



Año 1987 - N.º 9 Volumen I

**REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA
INFANTIL**

**ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION
ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL**

**Secretaría de Redacción
Servicio de Paidopsiquiatría
Hospital Infantil
Vall d'Hebrón Residencia Sanitaria**

**Paseo Vall d'Hebrón s/n
Barcelona
Tel. 358 33 11 ext. 538**

DIRECTOR

Dr. J. TOMAS VILALTELLA

SECRETARIO

Dr. B. OLIVA CERVERA

COMITE DE REDACCION:

**Dra. C. ADALID
Dr. AGUERO
Dr. J.L. ALCAZAR
Dra. CASILDA ESQUETE
Dr. LOÑO PEÑA
Dr. LOPEZ-CAMOS
Dr. C.G. DE LINARES**

COLABORADORES:

**Dr. R. RIERA
Dr. P. RODRIGUEZ
Dr. J. M. ROMACHO**

Depósito Legal B-10.236/83

EDITA:

EGOPRESS
S. B. R. V. I. C. E. S. A.

Paseo de Colón, 6 – Barcelona-2 – Tlfs. (93) 315 16 00 - 315 15 11

SUMARIO

NECROLOGICAS

Dr. J.L. Pedreira Massa, Dr. Vicente López-Camós Ibor 5

ESTUDIO DEL MOTIVO DE CONSULTA EN UNA POBLACION INFANTO-JUVENIL DEL SINDROME DEL ACEITE TOXICO

Dr. M.A. Jimenez Arriero 9

SITUACION LABORAL DE LOS JOVENES DEFICIENTES MENTALES QUE HAN ESTADO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL

Dr. Francisco-Javier Mendiguchía Quijada 25

UTILIDAD Y UTILIZACION DEL CONCEPTO DE FAMILIA NORMAL Y NO NORMAL

Dra. M^a Carmen Bragado Alvarez 43

SIGNOS NEUROLOGICOS MENORES Y SINDROME HIPERQUINETICO: PROBLEMAS METODOLOGICOS

J. Sanjuan Arias 49

EL NIÑO MALTRATADO I

B. Ferrer Masip 61

MALOS TRATOS A LA INFANCIA II

B. Ferrer Masip 77

INFORME Y RECOMENDACIONES DEL COMITE DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Junta Castilla-León 89

TRASTORNOS PSIQUICOS EN GRUPOS DE ADOLESCENTES CON ESTRUCTURA FAMILIAR TIPICA. UN ESTUDIO COMPARATIVO

P. Rodriguez Ramos 133

NOTICIAS:

XXVII REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

«CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

156

NOTA NECROLOGICA

El tiempo no pasa en balde, en ocasiones es injusto, pero las cosas son así. Todos lo sabemos, pero en ocasiones es difícil aceptarlo.

Se realizaba el I Congreso de la Sección de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría en Barcelona y, casi al inicio, fallecía en Madrid uno de sus Miembros de Honor y una de las figuras históricas de la Psiquiatría Infantil en España: la Doctora Flora Prieto Huesca.

La Dra. Pietro era una profesional de amplia formación humanística y técnica. Trabajó e investigó, sobre todo, en la clínica psicosomática infantil y en las relaciones madre-hijo desde una perspectiva psicoanalítica, siendo una de las pioneras en su campo en nuestro país. Desarrolló su actividad profesional en la Cátedra de Pediatría del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid y en el Instituto de Puericultura, hasta que el prof. Jaso la reclamó para la Clínica Infantil la Paz de Madrid, donde desarrolló su actividad profesional desde su apertura hasta su jubilación y constituyendo la primera consulta de Paidopsiquiatría de la Seguridad Social española.

Su formación humanística cubría un amplio espectro: desde la realización del guión cinematográfico de «La busca» de Pío Baroja, hasta narraciones cortas de singular sensibilidad y belleza, pasando por la música y otro tipo de actividades artísticas.

Su vitalidad y especial sentido del humor, unido a una ironía peculiar, la hacían en ocasiones de difícil comprensión y trato, según decían, pues el tiempo en que

yo me formé con ella solo quedan gratos recuerdos y un estímulo permanente al estudio y a la (in) satisfacción intelectual.

Además, Flora era una persona comprometida ideológicamente, a su manera, pero era fiel a ese compromiso.

Su capacidad de trabajar con niñas y niños era inenarrable, había que estar a su lado para observar su capacidad de saber hacer, de contener y elaborar ese sufrimiento infantil.

Llevaba años apartada de la vida pública-científica. Tenía sus defectos, como todo el mundo, pero sus cualidades están ahí.

A su figura menuda e inquieta, a su presencia como-casi-un-soplo, no le hubiera gustado que se publicara nada sobre ella de lisonjas y honores y, así de puntillas, se ha ido... a lomos del viento en forma de caballo alado... descansa en paz, Flora, es un descanso merecido.

Fd. Dr. J.L. Pedreira Massa

EN RECUERDO DEL PROFESOR SERRATE.

«Vivir, dormir, morir: soñar acaso».

Hamlet.

Pocas tareas tan difíciles de cumplir como la que me propongo realizar a través de estas líneas, tratando de apiñar en unos cuantos trazos algo tan inabarcable

como son el afecto, la admiración y el recuerdo entrañable. Con la muerte del Profesor Agustín Serrate Torrente desaparece uno de mis maestros, de mis amigos y de mis compañeros más queridos.

Agustín Serrate lo fue prácticamente todo en nuestra especialidad. Su despertar vocacional, su primera aproximación a nuestra ciencia, se produce de forma casi bohemia, de raíz humanista y sabor literario, en el Café de Ambos Mundos de Zaragoza. Allí se formó una peña que presidida por el Dr. Gimeno Riera, convocaba a un nutrido y valioso grupo de neuropsiquiatras.

En una afectuosa cara, los Profesores Rey Ardid y Seva Díaz, compañeros y amigos de Agustín Serrate durante tantos años me recordaban esta anécdota que se encuentra en el pórtico de su trayectoria médica; recordándome también otros interesantísimos momentos del transitar clínico y universitario de Agustín, destacando su figura con tanto afecto como respeto.

Cabe resaltar de su largo y brillante camino profesional, su vertiente docente como Profesor Adjunto de la Cátedra de Psiquiatría de Zaragoza y su labor como Profesor de la Escuela Profesional de Psiquiatría de la misma ciudad.

En este punto, deseo llamar la atención sobre un hecho que para nosotros, especialistas españoles, considero objetivamente muy importante. Agustín Serrate era, por su valía —cuanto menos homóloga a los “cátedros” de paidopsiquiatría europeos con quienes además, tan magnífico lazos de amistad le unían—, por su prestigio y competencia médica, un auténtico catedrático de Psiquiatría de la Infancia y de la adolescencia, sin reconocimiento oficial. Si la administración no observase ni menos ordenase en ocasiones, la realidad científica con esa extraña miopía que parece poseer, el Profesor Agustín Serrate, hubiera sido un magnífico Catedrático de nuestra especialidad. Si bien, repito, llegó a serlo verdaderamente de facto.

Su tarea en beneficio de la Neuropsiquiatría Infanto-juvenil fue, dentro y fuera de nuestras fronteras, auténticamente fecunda. Colaboró activa y entusiastamente en el funcionamiento de nuestra Sociedad, casi desde su fundación. Ocupó los cargos de Vocal, Vicepresidente, y en el año 1971 en el II Congreso Nacional, fue elegido Presidente en sustitución del prestigioso psiquiatra Carlos Vázquez Velasco. Fue, con todo el honor que eso representó para la Psiquiatría Infantil española, Presidente de la Unión Europea de Paidopsiquiatría, etc.

Muchos amigos de la Sociedad disfrutamos momentos inolvidables con Agustín. Aprendimos primero y compartimos después su apasionado seguimiento del desarrollo, sin duda espectacular, de nuestra disciplina. Admiramos y tratamos de emular su pasión por la ciencia médica, su amor por la obra bien hecha, el sentido profundo de nuestra responsabilidad ante el enfermo. La elegante discreción de su señorío.

Yo tuve el honor de colaborar con Agustín como Vicepresidente, primero, en la Junta directiva por él presidida, y muy especialmente más tarde, —porque por evidentes razones de distancia geográfica él no podía atenderlas—, actuando su delegación en muchas facetas de la organización y desarrollo de no de sus grandes sueños cumplidos: traer a España —Madrid 1974— un Congreso Europeo, que honestamente podemos decir «es», por la calidad de los especialistas que generalmente intervienen en ellos, un auténtico Congreso Mundial de Paidopsiquiatría. Aquel Congreso constituyó y me enorgullece recordarlo, un gran éxito, en el que la participación de Agustín Serrate fue sencillamente decisiva.

También actuó Agustín como ponente en numerosas sesiones de Reuniones y Congresos de la especialidad, desplegando un trabajo de conjunto excelente e incesante, siempre producido con método, rigor y claridad. Creo ser fiel a su propia historia si afirmo que conversando, dialo-

gando, debatiendo sobre temas de psiquiatría, se encontraba Agustín en su elemento.

A la muerte de su inseparable compañera de siempre, a la muerte Pepita, Agustín recibió la visita inaplazable y cruel, de la soledad, cuando tan a gusto vivía en compañía. Sin embargo como decía Juan Larre «en el interior de los seres hay numerosas avenidas por donde la experiencia derrama sus tesoros». Agustín que era un luchador nato, no se dejó caer en el abismo, perseveró en su batallar en defensa de nuestra especialidad en España y en la comunidad científica europea, hasta el punto de dejar un trabajo inconcluso sobre la situación de la Psiquiatría Infantil en Europa.

Numerosas son las anécdotas que conservo de mi amistad y compañerismo con Agustín. Recuerdo por ejemplo, nuestro desplazamiento a Filadelfia, al objeto de asistir al Congreso Mundial de la especialidad. Agustín y Diego Gutiérrez, buenos conocedores de mi temor, casi pánico a

los grandes pájaros de metal, me hicieron una psicoterapia magnífica salpicada de humor que me permitió llegar sano y sonriente al punto de destino.

La muerte en fin del maestro, deja a quienes por tal le estimaban en una de las más duras formas de desamparo.

El Profesor Serrate decía en su cincuentenario como Doctor en el aula magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, las siguientes bellas palabras que cobran ya un valor casi testamentario: «A todos os deseo lo mejor; una vida tranquila y fecunda, en la que brille la felicidad y la paz bien y honestamente ganadas».

La calidad del maestro nos sobreviene al calor de estas palabras.

Dice el poeta «Lo que ha sido raíz, tendrá mañana». Hoy Agustín Serrate, amigo y maestro, en nombre de la inmensa mayoría me honro en afirmar que para seguir, nos basta con tu ejemplo.

Fdo.Dr. Vicente López-Camós Ibor.

ESTUDIO DEL MOTIVO DE CONSULTA EN UNA POBLACION INFANTO-JUVENIL DEL SINDROME DEL ACEITE TOXICO

AUTORES

M.A. Jimenez Arriero
C. Lozano Gallego

Centro E. Ramón y Cajal, Unidad de seguimiento hospitalario del Síndrome Tóxico, MADRID.

RESUMEN

Se realiza un estudio de los motivos de consulta en tres poblaciones paidopsiquiátricas afectadas por el Síndrome de Aceite Tóxico, y se comparan con los motivos de consulta de una población control obtenida en una consulta paidopsiquiátrica de un hospital general infantil.

Se observa en primer lugar un altísima morbilidad que lleva a solicitar consulta al 48,3% de los afectados y a un 36,9% de los considerados población en riesgo.

Los motivos de consulta marcan unos perfiles sintomáticos totalmente característicos de cada uno de los distintos grupos de estudio, con diferencias estadísticas claramente significativas.

La población afectada se caracteriza por una alta incidencia de trastornos depresivos y conductuales, la población en riesgo por trastornos conductuales y ambas se diferencian claramente de la población control.

INTRODUCCION

En un trabajo anterior (1), realizado en una población afectada por el Síndrome por Aceite Tóxico (SAT.), estudiábamos la diferencia evolutiva presentada a lo largo de tres años por una población adulta y otra infantil.

Estos pacientes pertenecían a la Unidad de Seguimiento Ambulatorio de Móstoles, dependiente de la Unidad de Seguimiento Hospitalario de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Observamos que el 62% de la población adulta tenía una evolución tendente al estacionamiento, con un cuadro psicopatológico compatible con una Neurosis Traumática que ha evolucionado con características rentistas y que podríamos encuadrar en el diagnóstico de Reacción de Stress Posttraumático Crónico (Código DSM III: 309.81).

Por otra parte se observa en la población infantil una evolución tendente a la mejoría en el 87% de los casos, con una

sintomatología de características especiales que presenta dificultades para ser encuadrada en un diagnóstico tipo, acercándose con frecuencia a alteraciones adaptativas con rasgos depresivos o desajustes comportamentales.

Esta diferencia evolutiva la poníamos en relación con la distinta manera en que los factores socioambientales influían sobre ambas poblaciones y con las diferentes características de personalidad y de mecanismos defensivos disponibles por adultos o niños.

Psicodinamicamente, en el caso de los niños, el cuadro se caracterizaba por una situación de pérdida de objeto con temores fóbico paranoides, centrados sobre todo a nivel oral, ante lo cual reaccionaban con mecanismos defensivos de disociación, regresión, aislamiento, negación y retracción de la realidad. Produciéndose una aceptable mejoría al conseguirse durante el tratamiento una progresiva reparación de la relación ambivalente con las figuras parentales.

Sin embargo en el caso de los adultos se producía una situación de duelo patológico con angustias catastróficas y regresiones narcisísticas y orales; que ponían en marcha defensas proyectivas masivas que junto con los aspectos reivindicativos bloqueaban la evolución.

Nos pareció interesante continuar con un estudio en mayor profundidad sobre la forma de evolución de la población infantil. Interesaba determinar si existía un perfil psicopatológico típico del SAT., en cuyo caso podría justificarse un estudio posibilidad era que estos síntomas se debieran a reacciones inespecíficas de adaptación o a descompensaciones de psicopatología previa en cuyo caso el posterior estudio de la evolución requeriría un planteamiento metodológico diferente.

Para esto nos planteamos como primer paso el análisis comparativo del "Motivo de Consulta" entre varias Unidades de Seguimiento y una población con-

trol. Seguido en una segunda fase con el estudio de su evolución en el tiempo y las similitudes o discordancias de dicho análisis con los diagnósticos que posteriormente elaboramos.

DESCRIPCION DEL FENOMENO SAT

Recordemos brevemente que el SAT. se inicio bruscamente y con carácter epidémico el primero de mayo de 1981, creándose una situación de pánico y confusión acrecentados por el desconocimiento de esta extraña enfermedad y por las distintas posibilidades etiológicas y pronósticas que continuamente se barajaban.

Durante los primeros meses en que prepondero la etiología infectocontagiosa, esa situación se caracterizo por el aislamiento de los enfermos en zonas especiales hospitalarias bajo situación de gran stress y con el consiguiente rechazo por otros miembros de la comunidad y a veces incluso por los de su propia familia.

Una vez conocida la etiología toxicoalimentaria disminuyeron estas pautas de aislamiento y rechazo, pero se mantuvieron o incluso se incrementaron todas las vivencias de pertenencia a un grupo de población marcado por un futuro incierto e imprevisible, con inminencia de muerte o secuelas, e incertidumbre de pronóstico a largo plazo.

Esta situación era mantenida de forma crónica por una información dramáticamente sensacionalista, que a diario, transmitía la cifra de muertos y los distintos comentarios que, surgiendo de las más diversas fuentes, competían acerca de la malignidad del pronóstico.

A esto habría que añadir la problemática creada por la demanda masiva de atención sanitaria que requería la población de las zonas afectadas, lo cual produjo un desbordamiento de la estructura asistencial presente en aquel entonces,

obligando a la puesta en marcha de dispositivos médicos y sociales que se han mantenido a lo largo de estos años.

Las características de la población que al final resultó ser afectada por el SAT, configuraban un grupo social de alto riesgo, con un grado de vulnerabilidad determinado (2). Se trataba de personas pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo, con un elevado porcentaje de inmigración, con el consiguiente desarraigo socioafectivo, bajo nivel cultural, importante incidencia de analfabetismo y alto índice de desempleo en un periodo de crisis económica.

Es obligado resaltar el grupo infantojuvenil que representa por sí mismo un colectivo con mayor grado de vulnerabilidad por encontrarse en un momento evolutivo de crisis vital, en el sentido de Caplan, y por la menor capacidad operativa consecutiva a la pasividad impuesta por su momento de desarrollo vital (3,4).

ESTRUCTURA ASISTENCIAL

Describiremos a continuación la estructura asistencial del SAT, como marco de referencia que ha presidido nuestro trabajo diario.

Con el fin de proporcionar una atención adecuada que abarcara todos los campos afectados por esta enfermedad, se creó un dispositivo sanitario que se modificaría a lo largo del tiempo para ajustarse mejor a los cambios médicos y sociales de los enfermos.

En un principio este dispositivo se centró en el área hospitalaria, creándose en estos centros Unidades de Seguimiento que constituían pequeñas parcelas dentro del hospital y cubrían tres áreas fundamentales para el tratamiento y gestión de estos enfermos: el área médica, el área social y el área administrativa.

En Octubre-Noviembre de 1981 se crearon los primeros equipos de salud

mental, constituidos por psiquiatras y psicólogos específicos para la población infantil y la adulta (5,6).

Por aquel entonces la enfermedad, el número de ingresos y el de muertes iniciaba una fase de estabilización, se vislumbraba la no existencia de tratamiento curativo (7) y la necesidad de tratamientos crónicos con carácter paliativo sobre las secuelas (rehabilitación física y psicoterapia). Este enfoque terapéutico fue insistentemente propiciado en los sucesivos informes que la O.M.S. realizó sobre el SAT (8).

Fue por esto por lo que la estructura asistencial creada fue trasladándose progresivamente hacia Unidades Extrahospitalarias de nueva creación. Este cambio repercutió muy favorablemente en la atención a los niños que anteriormente se veían obligados a importantes desplazamientos y ausencias escolares, al tener que acudir a los hospitales, los cuales representaban por sí mismo un factor estresante sobreañadido.

El trabajo en equipo y coordinado de los profesionales, fue la tónica general. Se realizaron entrevistas con profesores de Centros escolares y otras actuaciones comunitarias que facilitaron la comprensión de la problemática de los niños y el que se adoptaran medidas especiales en determinados casos en que lo creíamos oportuno. El área Social fue de gran ayuda como intermediaria en los problemas que surgieron en el ámbito escolar.

Un elemento que influyó negativamente en la planificación de la asistencia, obligándonos siempre a la elaboración de programas terapéuticos a corto plazo, fue la inestabilidad laboral creada por el sistema de contrataciones eventuales y el desconocimiento de si serían o no renovados y si se daría continuidad a la planificación que se iniciase (6).

MATERIAL Y METODO

POBLACION DE ESTUDIO

Los niños de este estudio pertenecían a las Unidades de Seguimiento Extrahospitalario de tres núcleos urbanos periféricos de Madrid, con características sociodemográficas, culturales y económicas idénticas a las del resto de la población SAT, y con un grado similar de repercusión por la afectación (2).

Básicamente son grupos periurbanos de aluvión con residencia de alrededor de diez años en estas localidades y cuyas características sociodemográficas coinciden con las que hemos descrito al principio para el resto de la población SAT. Otro factor que ha influido a la hora de elegir las poblaciones ha sido el que en ellas el trabajo se ha realizado por los mismos profesionales durante los cuatro años que recoge el estudio.

Los niños acudían a consultar a partir de la demanda que nos realizaba el pediatra de la Unidad de Seguimiento y otras veces tras la petición que realizaban los padres en la consulta de adultos o mediante la Asistencia Social. En todos los casos se aplicó una sistemática de trabajo consistente en una entrevista diagnóstica de una hora de duración, parcialmente dirigida, durante la cual se preguntaba a los padres sobre el desarrollo del niño y a este se le hace asociar sobre un dibujo libre realizado durante el tiempo de la entrevista. En una segunda cita se aplicaban pruebas psicodiagnósticas (Bender, H.T.P., Botertag y Familia) y en aquellos casos en que parecía indicado, pruebas psicométricas (WISC) o proyectivos (Rorschach o Cat) según la edad.

Las tres Unidades de Seguimiento elegidas para este trabajo han sido: Alcalá de Henares, Móstoles y Torrejón. La población infantil existente en cada una de ellas era:

Alcalá: 124 "afectados" y 104 "ries-

go" de los que consultaron
140 niños, (61,4%).

Móstoles: 137 "afectados" y 110 "riesgo" de los que consultaron
110 niños, (44,5%).

Torrejón: 66 "afectados" y 89 "riesgo" de los que consultaron
80 niños, (51,9%).

Hay que destacar la alta incidencia de morbilidad psiquiátrica en estas poblaciones, un 48,3% en la población "afectada" y un 36,9% en la población en "riesgo" del total de los niños de estas tres Unidades. Cifras muy superiores al 8-10% considerado como morbilidad psiquiátrica en la población general.

La denominación de población en "riesgo" se refiere a aquellas personas, hijos, hermanos, u otros familiares de "afectados", que convivían en el mismo núcleo familiar al producirse la intoxicación.

Como considerábamos importante disponer de un grupo control constituido por niños de edades similares y que igualmente hubieran acudido a una consulta paidopsiquiátrica para poder comparar si existían diferencias entre los motivos de consulta de niños SAT. y NO SAT, elegimos de la unidad paidopsiquiátrica de un hospital general infantil, e igualmente por técnicas de azar, una población de 100 niños que habían consultado en el mismo periodo de tiempo, randomizada por grupos de edades y sexo con los grupos de niños "afectados y "riesgo" de nuestra muestra.

Este grupo había sido estudiado en dicho hospital general por otros profesionales distintos, por lo que nos limitamos a reflejar el motivo de consulta presente en la historia clínica. Pensamos que esta metodología tenía una ventaja manifiesta, ya que siendo profesionales que trabajaban con nuestra misma sistemática clínica y con los mismos criterios diagnósticos, realizarían una valoración de cada caso homologable a la nuestra y sin em-

bargo evitaríamos el posible sesgo que podríamos introducir al buscar el motivo de consulta en una población control constituida por nosotros.

De este modo el grupo que ha sido objeto de nuestro estudio en este trabajo ha estado configurado por 100 casos control y por 270 niños de la población SAT., con edades comprendidas entre 1 y 14 años y que han consultado entre 1981 y 1984 ambos inclusive (Cuadro 1).

Esta muestra de estudio de 270 niños de población SAT. estaba formada por 158 Afectados y 112 en Riesgo. Su distribución por Unidades era: 80 pacientes en Torrejón, 110 pacientes en Móstoles (el total de los niños que consultaron en paidopsiquiatría en dichas Unidades), y además 80 pacientes en Alcalá de Henáres; este último grupo se obtuvo mediante técnicas de azar del total de 140 niños que consultaron en la consulta de paidopsiquiatría de dicha Unidad.

A continuación describiremos el análisis detallado de la distribución de las variables SEXO y EDAD en las tres Unidades y un segundo análisis según su pertenencia al grupo de AFECTADOS o al de población en RIESGO.

En la Unidad de Alcalá de Henáres, los 80 pacientes estaban formados por 42v. y 32h. con la siguiente distribución por edades: el grupo de 0-5 años estaba constituido por 12 pacientes, 5v. y 7h.; el grupo de 6-10 años por 38 pacientes, 23v. y 15h.; y el grupo de 11-14 años por 30 pacientes, 14v. y 16h.

En la Unidad de Móstoles el grupo de 110 pacientes estaba constituido por 60v. y 50h. y su distribución por edades era: 22 pacientes, 14v. y 8h. en el grupo de 0-5 años; 61 pacientes, 32v. y 29h. en el de 6-10 años y 27 pacientes, 14v. y 13h. en el de 11-14 años.

En la última Unidad, Torrejón de Ardoz, los 80 pacientes estaban constituidos por 43v. y 37h.. En el grupo de menor edad había 17 pacientes, 11v. y 6h.; en el grupo mediano 38 pacientes, 21v. y 17h.; y

en el grupo de mayor edad 25 pacientes, 11v. y 14h.

Del análisis de estos datos se desprendió la uniformidad existente en cuanto a las variables consideradas no existiendo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad y sexo entre las tres Unidades.

En el análisis de los 270 niños, 158 Afectados y 112 Riesgo considerados como un único grupo homogéneo según se deduce del planteamiento anterior, encontramos que su distribución por edades, agrupados en periodos de 5 años, era: 51 pacientes (18%) menores de 5 años; 137 pacientes (50.7%) entre 6 y 10 años; y 82 pacientes (30.3%) entre 11 y 14 años. La composición total por sexos era: 145 niños (53.7%) y 125 niñas (46.3%). Cuadros 3 y 4.

La población total Afectada presentaba una distribución por edades de: 28 pacientes (17.7%) entre 0-5 años; 80 pacientes (50.6%) entre 6-10 años; y 50 pacientes (31.6%) entre 11 y 14 años. Su composición por sexos era de 79 niños (50%) y 79 niñas (50%). Cuadros 5 y 6.

Una vez realizado el análisis detallado de la composición, en cuanto a las variables sexo y edad, pudimos afirmar que no existían diferencias significativas entre las poblaciones de las tres Unidades ni entre los dos subgrupos, Afectados y Riesgo, que existían en cada una de ellas.

Como el grupo control fue elegido de forma randomizada, teniendo en cuenta las características de las variables anteriormente descritas, ver Cuadros 5 y 6, podíamos plantearnos el análisis comparativo entre la población SAT. —Afectados y Riesgo— y la población Control de los síntomas "motivo de consulta" encontrados en la población estudiada.

DESCRIPCION DE LOS SÍNTOMAS

Hay que tener en cuenta que los síntomas que hemos considerado, han si-

do aquellos a los que la madre o el pediatra se han referido como motivo que justificaba la consulta.

Los síntomas encontrados han podido ser clasificados en los siguientes grupos:

1. Trastornos de esfínteres
2. Tristeza
3. Trastornos de conducta
4. Trastornos del lenguaje
5. Somatizaciones
6. Trastornos de escolaridad
7. Trastornos psicóticos
8. Trastornos del sueño
9. Anorexia
10. Fobias

En la población Control hemos encontrado que existían otros tres grupos de síntomas motivo de consulta: 11. Retraso mental, 12. Suicidio, 13. Enfermedades psicósomáticas.

En nuestro trabajo se ha estudiado la distribución de estos síntomas en función de las distintas variables planteadas (sexo, edad, afectación o riesgo por el SAT, distribución anual y distribución por Unidades de Seguimiento).

Finalmente hemos seleccionado aquellos síntomas que caracterizan a cada uno de los grupos, por tener una diferencia estadísticamente significativa, siendo estos los que se estudian en mayor profundidad.

El resto, aquellos que no difieren en su presentación en ninguno de los grupos estudiados, son tratados de una forma más general, ya que no sirven para caracterizar un "Perfil Sintomático" de los grupos SAT.

RESULTADOS

Los resultados del presente estudio los hemos plasmado en cuatro cuadros que describiremos a continuación:

En el Cuadro 7 observamos una distri-

bución similar de la totalidad de los síntomas en las distintas Unidades, con la preponderancia de los grupos Tristeza y Trastornos de conducta en la población Afectada de cada una de ellas, y aunque con menor intensidad en las poblaciones en Riesgo, donde el Trastorno de conducta destaca del resto de los grupos sintomáticos. Les siguen en frecuencia Trastornos de esfínteres y Trastornos escolares en las poblaciones de cada una de las Unidades con independencia de que sean Afectados o Riesgo.

Observando el grupo Control, vemos que los síntomas más frecuentes son Trastornos de esfínteres, Trastornos de conducta y Trastornos escolares. Llama también la atención la presencia en este grupo de síntomas como Suicidio, Retraso mental y Enfermedades psicósomáticas que no aparecen como motivo de consulta en nuestra muestra de población SAT.

En el Cuadro 8, considerando en conjunto las poblaciones Afectadas y las poblaciones en Riesgo y comparándolas con la Control, destaca la peculiar distribución de algunos síntomas en cada una de estas tres poblaciones:

La Control, obtenida en un hospital general infantil de su consulta ambulatoria de paidopsiquiatría, muestra una alta incidencia de Trastornos esfinterianos, de conducta, escolares y de lenguaje, y más baja del resto de los síntomas, siendo llamativo el bajo 3% con que aparece el síntoma Tristeza como motivo de consulta en esta población.

En la población Afectada, sin embargo, la Tristeza ocupa el primer lugar en orden de frecuencia (36%), seguido de Trastornos de conducta, escolares y esfinterianos, lo que permite señalar de entrada que la población Afectada por el SAT, comparándola con la Control presenta más Tristeza y Trastornos de conducta.

Por último la población en Riesgo, pre-

senta un perfil sintomático intermedio en algunos síntomas entre la Control y la Afectada por el SAT. Como síntoma más frecuente aparece Trastorno de conducta. Los síntomas Tristeza y Trastornos esfinterianos ocupan una situación intermedia entre las poblaciones anteriormente descritas. Curiosamente los Trastornos del sueño presentan una frecuencia mayor a la de las otras poblaciones.

En el Cuadro 9 hemos realizado un estudio comparativo de los porcentajes con que aparece cada grupo sintomático en cada una de las tres poblaciones (Control, Afectados y Riesgo), para intentar determinar si en función de estas variables (síntomas) las tres poblaciones continúan siendo homogéneas o se diferencian entre sí.

Nos hemos encontrado con que la mayor parte de los síntomas aparecían por igual en cada uno de estos grupos sin más diferencias que las producidas por azar; pero en cuatro de estos grupos sintomáticos (Trastornos de esfínteres, Tristeza, Trastornos de conducta y Trastornos de lenguaje) la incidencia de presentación guardaba una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre sí, por lo que podemos afirmar que en este sentido eran poblaciones cualitativamente independientes.

La población Afectada de nuestro estudio, se caracterizaba por haber reaccionado ante el SAT. mediante alteraciones de tipo depresivo y conductual.

La población en Riesgo se diferenciaba de la afectada por no haber recurrido a síntomas depresivos con igual frecuencia pero presentando una incidencia similar en los Trastornos conductuales.

Ambas se diferenciaban de la población Control en que esta tenía menos Trastornos de conducta, muy baja incidencia de Tristeza y mayor frecuencia de trastornos esfinterianos y de lenguaje.

En el Cuadro 10 consideramos la relación entre síntomas y edades. Dado

que nuestra población de estudio tenía una amplia distribución de edades (de 0 a 14 años), nos interesaba analizar si los síntomas que hemos considerado, aquellos que tenían un D.S. ($p < 0.05$) y por tanto caracterizaban a cada una de las poblaciones, mantenían una distribución peculiar en los distintos grupos de edades y si era o no similar a la que aparece en la población general que habíamos elegido como grupo control.

En Trastornos esfinterianos, la mayor incidencia se observa en el rango de edades de 6 a 10 años; donde se sitúa entre el 65 y el 78% de todos los casos de las tres poblaciones estudiadas. El siguiente porcentaje en importancia se sitúa en el rango de 11 a 14 años, excepto en la población Afectada, en la que llama la atención que un 22,3% aparece en el rango entre 0 y 5 años. Este último dato lo ponemos en relación con la ansiedad de los padres al producirse retrocesos en el control esfinteriano, en su mayor parte acaecidos tras la hospitalización.

En el síntoma Tristeza, en la población Control, llama la atención que su mayor incidencia aparece en el rango de 11 a 14 años, seguido del de 6 a 10, mientras que en las poblaciones Afectadas y en Riesgo esto se invierte, siendo la incidencia mayor en el rango de 6 a 10 años. De todo esto se deduce que la población SAT., sea Afectada o en Riesgo, presenta síntomas depresivos desde edades más tempranas que la población Control.

Los trastornos de conducta, curiosamente, presentan la misma distribución por edades en las tres poblaciones, volviendo a destacar una mayor incidencia en el rango de 6 a 10 años.

El otro síntoma en el que existía D.S. era Trastornos del lenguaje, pero debido al bajo número de casos no nos ha parecido válido la realización de un perfil por edades.

Hemos considerado que no estaba justificado el plantear el estudio en este trabajo, del resto de los grupos sintomá-

ticos, al no presentar una D.S. en su incidencia en cada una de las poblaciones de las respectivas Unidades de Seguimiento.

En el Apéndice A nos ha parecido interesante dejar reflejado un Cuadro resumen de toda la sintomatología de la población estudiada, incluidos los grupos sintomáticos sin D.S. a los que nos hemos referido anteriormente, realizando su clasificación por: nivel de afectación, sexo, Unidad de Seguimiento y año.

En el Apéndice B reflejamos gráficamente los perfiles sintomáticos obtenidos de cada una de las tres poblaciones. Podemos observar como los tres perfiles son casi idénticos para los últimos grupos sintomáticos, pero presentan una marcada diferencia en los primeros síntomas del perfil, y son estos últimos los que caracterizan de manera significativa a cada una de las tres poblaciones.

CONCLUSIONES

1. La población infantil Afectada por el SAT, que ha consultado en psiquiatría supone el 48,3% del total de la población infantil Afectada de las tres Unidades de Seguimiento. La población infantil en situación de Riesgo por el SAT, que igualmente ha consultado, supone el 36,9% del total de la población infantil en Riesgo de las tres Unidades de Seguimiento. Morbilidad muy superior en ambos casos a la de la población general.

2. El perfil sintomático de la población Afectada se caracteriza por la presencia de Tristeza y Trastornos de conducta como síntomas fundamentales. La población en Riesgo se caracteriza por la presencia de Trastornos de conducta como síntoma fundamental.

3. Los perfiles sintomáticos de las poblaciones Afectada y de Riesgo difieren en la mayor incidencia de presentación del síntoma Tristeza en la población Afectada y del síntoma Trastornos de esfínteres en la de Riesgo, teniendo los Trastornos de conducta una distribución similar.

4. El perfil sintomático de la población Control se caracteriza por la presencia de Trastornos de esfínteres, Trastornos de conducta y Trastornos escolares como síntomas fundamentales.

5. El perfil sintomático de la población Control se diferencia del de la población Afectada y del de la Riesgo en tener una mayor incidencia de Trastornos de esfínteres y de lenguaje, y una menor incidencia de Tristeza y Trastornos de conducta.

6. La población SAT (Afectada y Riesgo) se caracteriza y se diferencia de la población Control por presentar síntomas depresivos y conductuales.

7. La situación creada por el SAT, ha repercutido provocando un cuadro psicopatológico depresivo-conductual.

8. En la población SAT, la incidencia de los Trastornos de esfínteres, Tristeza y Trastornos de conducta ha sido mucho mayor en el rango de edades de 6 a 10 años. En la población Control la mayor incidencia de los Trastornos de esfínteres y de conducta se sitúa igualmente en el mismo rango, pero el síntoma Tristeza tiene su mayor incidencia en el rango de 11 a 14 años.

9. No hay ninguna otra diferencia estadísticamente significativa en cuanto al resto de las variables consideradas (sexo, pertenencia a las distintas Unidades de Seguimiento y fecha de consulta).

10. Los restantes motivos de consulta son de igual frecuencia tanto en la población Control como en la población SAT.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— JIMENEZ ARRIERO M.A. y cols.: El Síndrome Tóxico por aceite de colza desnaturalizado como patología psicosocial: diferencia evolutiva entre la población adulta y la infantil. *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*, 8, 15-33, 1984, Madrid.
- 2.— BARREDA MOLINA M. y col.: Aspectos clínicos y psicosociales. Mesa Redonda «Aspectos de Salud Mental en el Síndrome del Aceite Tóxico», Subcomisión de Investigación Clínica, 1984, Madrid.
- 3.— JIMENEZ ARRIERO M.A. y cols.: Repercusiones psicológicas del Síndrome Tóxico en la infancia. IV Symposium de la Sección de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría, 1982, Madrid.
- 4.— PEDREIRA MASSA J.L. y cols.: Aspectos paidopsiquiátricos del Síndrome Tóxico en la infancia. Symposium Nacional Síndrome Tóxico, 1982, Madrid.
- 5.— SORIA J. y cols.: Aspectos psiquiátricos del Síndrome Tóxico. Symposium Nacional Síndrome Tóxico, 1982, Madrid.
- 6.— JIMENEZ ARRIERO M.A. y cols.: Aspectos Asistenciales. Mesa Redonda «Aspectos de Salud Mental en el Síndrome del Aceite Tóxico», Subcomisión de Investigación Clínica, 1984, Madrid.
- 7.— OFICINA REGIONAL PARA EUROPA, O.M.S.: El Síndrome del Aceite Tóxico, intoxicación alimentaria masiva en España, 1983, Madrid.
- 8.— OFICINA REGIONAL PARA EUROPA, O.M.S.: Publicación de la primera reunión del Comité Científico del Síndrome Tóxico, 1984, Madrid.

CUADRO I

| AÑOS | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nº CASOS N=270 | 16 | 129 | 76 | 49 |

DISTRIBUCION DE CONSULTAS POR AÑOS

CUADRO II

| UNIDADES POBLACION | ALCALA | MOSTOLES | TORREJON | TOTAL |
|-------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|--------------|
| AFFECTADOS | 52 | 64 | 42 | 158 |
| RIESGO | 28 | 46 | 38 | 112 |
| TOTAL | 80 | 110 | 80 | 270 |

POBLACIONES AFECTADA Y RIESGO POR UNIDADES

CUADRO III

| UNIDADES EDAD | ALCALA | MOSTOLES | TORREJON | TOTAL |
|--------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|--------------|
| 0-5 AÑOS | 12 | 22 | 17 | 51 |
| 6-10 AÑOS | 38 | 61 | 38 | 137 |
| 11-14 AÑOS | 30 | 27 | 25 | 82 |
| TOTAL | 80 | 110 | 80 | 270 |

INCIDENCIA POR EDADES Y GRUPOS DE POBLACION

CUADRO IV

| UNIDADES SEXO | ALCALA | MOSTOLES | TORREJON | TOTAL (%) |
|------------------|--------|----------|----------|--------------|
| VARONES | 42 | 60 | 42 | 53,7 |
| HEMBRAS | 38 | 50 | 38 | 46,3 |

DISTRIBUCION POR SEXO Y GRUPOS DE POBLACION

CUADRO V

| POBLACION EDAD | AFECTADOS (%) | RIESGO (%) | CONTROL |
|-------------------|------------------|---------------|---------|
| 0-5 AÑOS | 17,7 | 20,5 | 18 |
| 6-10 AÑOS | 50,6 | 50,8 | 52 |
| 11-14 AÑOS | 31,6 | 28,5 | 30 |

DISTRIBUCION POR EDADES Y POBLACIONES

CUADRO VI

| SEXO POBLACION | VARONES | HEMBRAS |
|-------------------|---------|---------|
| AFECTADOS | 50% | 50% |
| RIESGO | 58,9% | 41,1% |
| CONTROL | 53% | 47% |

DISTRIBUCION POR SEXOS Y POBLACIONES

CUADRO VII

| GRUPOS DE POBLACION SINTOMAS | AFECTADOS | | | RIESGO | | | CONTROL |
|---------------------------------|-----------|----------|----------|--------|----------|----------|---------|
| | ALCALA | MOSTOLES | TORREJON | ALCALA | MOSTOLES | TORREJON | |
| TRASTORNOS ESFINTERIANOS | 1 | 6 | 2 | 5 | 6 | 3 | 26 |
| TRISTEZA | 18 | 18 | 21 | 5 | 9 | 7 | 3 |
| TRASTORNO DE CONDUCTA | 19 | 22 | 13 | 9 | 16 | 15 | 22 |
| TRASTORNO DE LENGUAJE | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 7 |
| SOMATIZACIONES | 4 | 4 | 0 | 0 | 3 | 3 | 7 |
| TRASTORNO DE ESCOLARIDAD | 4 | 7 | 6 | 5 | 5 | 6 | 15 |
| TRASTORNOS PSICOTICOS | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| TRASTORNOS DEL SUEÑO | 3 | 4 | 0 | 0 | 4 | 2 | 1 |
| ANOREXIA | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| FOBIAS | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| RETRASO MENTAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| SUICIDIO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| PSICOSOMATICAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |

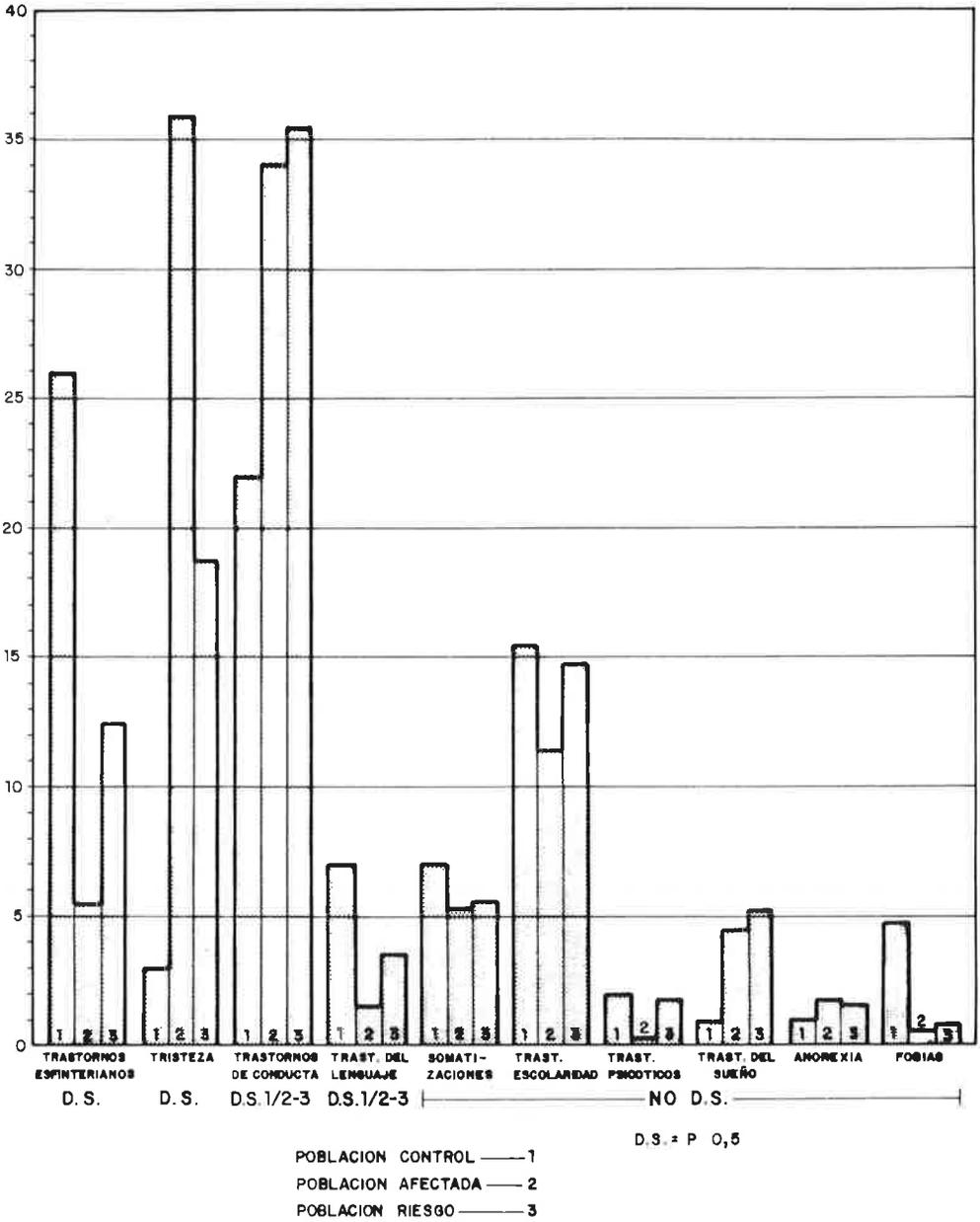
INCIDENCIA DE SINTOMAS POR GRUPOS Y UNIDADES

CUADRO VIII

| POBLACIONES SINTOMAS | CONTROL (%) | AFECTADOS (%) | RIESGO (%) |
|-------------------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|
| TRASTORNOS ESFINTERIANOS | 26 | 5,6 | 12,5 |
| TRISTEZA | 3 | 36 | 18,75 |
| TRASTORNOS DE CONDUCTA | 22 | 34,1 | 35,7 |
| TRASTORNOS DE LENGUAJE | 7 | 1,2 | 3,5 |
| SOMATI- ZACIONES | 7 | 5 | 5,35 |
| TRASTORNO DE ESCOLARIDAD | 15 | 10,75 | 14,2 |
| TRASTORNOS PSICOTICOS | 2 | | 1,7 |
| TRASTORNOS DEL SUEÑO | 1 | 4,43 | 5,3 |
| ANOREXIA | 1 | 1,8 | 1,7 |
| FOBIAS | 4 | 0,6 | 0,8 |
| RETRASO MENTAL | 2 | | |
| SUICIDIO | 1 | | |
| PSICO- SOMATICAS | 9 | | |

PORCENTAJES DE LOS SINTOMAS POR GRUPOS DE POBLACION.

CUADRO IX



DISTRIBUCION DE SINTOMAS POR POBLACIONES

CUADRO X

| | TRASTORNOS ESFINTERIANOS (%) | | | TRISTEZA (%) | | | TRASTORNOS DE CONDUCTA (%) | | |
|------------|------------------------------|--------|---------|--------------|------|------|----------------------------|------|------|
| | AFFECT. | RIESGO | CONTROL | A. | R. | C. | A. | R. | C. |
| 0-5 AÑOS | 22,3 | 7,1 | 11,5 | 12,2 | 14,2 | 0 | 20,3 | 27,5 | 22,7 |
| 6-10 AÑOS | 77,7 | 78,5 | 65,3 | 49,1 | 57,1 | 33,3 | 53,7 | 50 | 54,5 |
| 11-14 AÑOS | 0 | 14,3 | 23,1 | 38,6 | 28,5 | 66,6 | 26 | 22,5 | 22,7 |

INCIDENCIA DE SINTOMAS POR RANGO DE EDADES

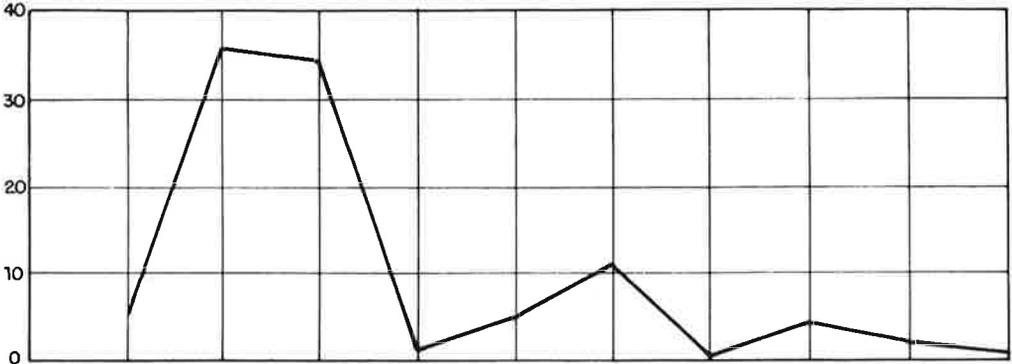
APENDICE A

| | | 1981 | | | | | | 1982 | | | | | | 1983 | | | | | | 1984 | | | | | | |
|--------------------------|----|--------|---|----------|---|----------|---|--------|----|----------|----|----------|----|--------|----|----------|---|----------|----|--------|----|----------|----|----------|---|-----|
| | | Alcala | | Mostoles | | Torrejon | | Alcala | | Mostoles | | Torrejon | | Alcala | | Mostoles | | Torrejon | | Alcala | | Mostoles | | Torrejon | | |
| | | V | H | V | H | V | H | V | H | V | H | V | H | V | H | V | H | V | H | V | H | V | H | V | H | |
| TOTALES | Nº | 7 | 4 | 5 | | | | 36 | 50 | 43 | | | | 26 | 23 | 27 | | | | 11 | 33 | 5 | | | | 270 |
| | A | 2 | 5 | 3 | 1 | 3 | 2 | 18 | 18 | 25 | 25 | 24 | 19 | 14 | 12 | 14 | 9 | 13 | 14 | 8 | 3 | 18 | 15 | 3 | 2 | 270 |
| | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | R | | | 1 | 1 | | | 1 | 9 | 3 | 12 | 7 | 10 | 4 | 8 | 5 | 5 | 7 | 10 | 9 | 3 | 2 | 8 | 5 | 2 | 2 |
| TRASTORNOS DE ESFINTERES | A | 1 | | | | | | | | | | | 1 | | | 3 | | 1 | | | | 1 | 2 | | | 9 |
| | R | | | | | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 2 | 1 | | | 14 |
| TRISTEZA | A | 4 | | | | 2 | 1 | 3 | 6 | 3 | 5 | 6 | 11 | 1 | 2 | 3 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 4 | | | 57 |
| | R | | | | 1 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | | | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | | | 21 |
| TRASTORNO DE CONDUCTA | A | 2 | | | | 1 | | 3 | 7 | 6 | 8 | 5 | 2 | 4 | 2 | | | 2 | 3 | 1 | | 7 | 1 | | | 54 |
| | R | | | 1 | | | | 4 | | 4 | 4 | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 | | 3 | 1 | 1 | 1 | 40 |
| TRASTORNO DE LENGUAJE | A | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | R | | | | | | | | 2 | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 4 |
| SOMATIZACIONES | A | | | | | | | 1 | | 1 | | | | 2 | | 1 | | | | 1 | | 2 | | | | 8 |
| | R | | | | | | | | | | 2 | | | | | | 1 | 1 | 1 | | | | | 1 | | 6 |
| TRASTORNO DE ESCOLARIDAD | A | | | 1 | | | | 1 | | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | 17 |
| | R | | | | | | | 3 | | 2 | | 2 | 1 | 1 | 2 | | | 3 | | 1 | | 1 | | | | 16 |
| TRASTORNOS PSICOTICOS | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| | R | | | | | | | | | 1 | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 2 |
| TRASTORNOS DEL SUEÑO | A | | | 1 | | | | 1 | | 1 | 1 | | | 2 | | | | | | | | 1 | | | | 7 |
| | R | | | | | | | | | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | 1 | | | | 6 |
| ANOREXIA | A | | | | | | | | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | R | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | 2 |
| FOBIAS | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| | R | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 1 |

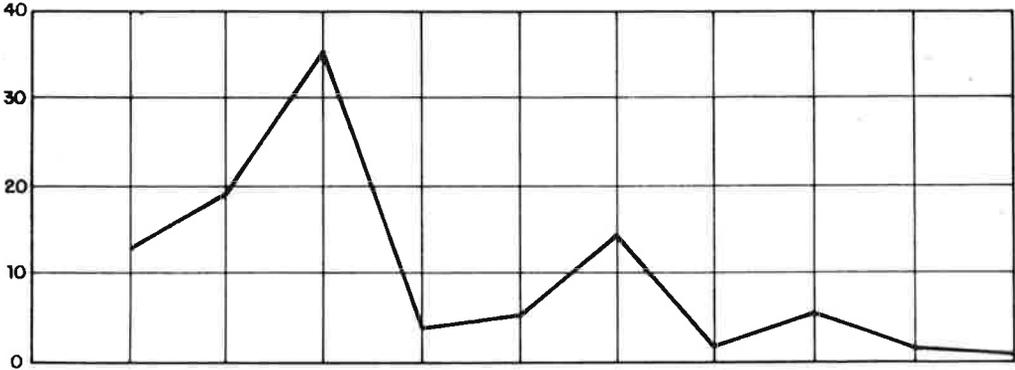
DISTRIBUCION DE SINTOMAS POR AÑO, UNIDADES, SEXO Y GRADO DE AFECTACION

APENDICE B

POBLACION AFECTADA

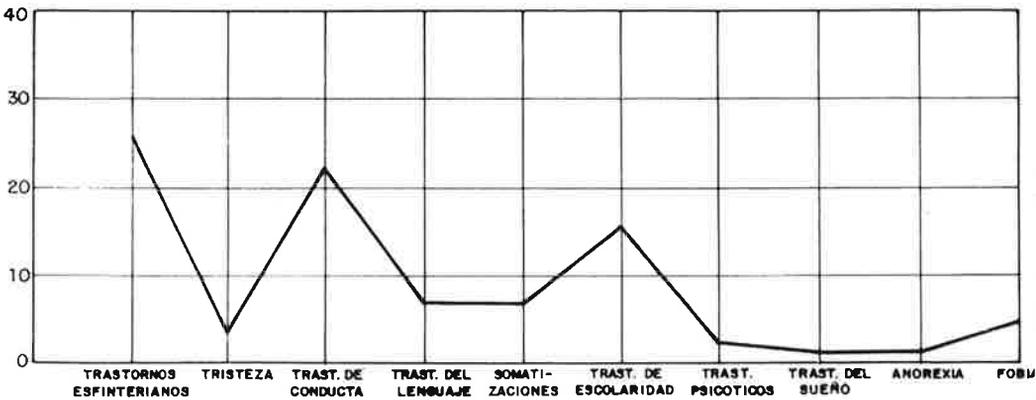


POBLACION RIESGO



Nº CASOS

POBLACION CONTROL



SINTOMA:

SITUACION LABORAL DE LOS JOVENES DEFICIENTES MENTALES QUE HAN ESTADO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL «FRAY BERNARDINO ALVAREZ» MUESTREO DE LOS DATOS DE ALTA EN LOS 10 ULTIMOS AÑOS

Dr. D. Francisco-Javier Mendiguchía Quijada - Director.
Srta. María-Victoria Sancho Nuñez - Asistente Social.
Srta. Julia Núñez de la Fuente - Asistente Social.

RESUMEN

Se refleja en el trabajo los resultados obtenidos en un estudio prospectivo hecho en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Fray Bernardino Alvarez" cerca de los familiares de los jovenes deficientes mentales que dejaron el Centro en los últimos diez años en relación con sus posibilidades de integración en el mundo laboral, comparando los resultados con otro estudio hecho en 1968.

Se enviaron 438 cuestionarios, obteniéndose 211 respuestas válidas, de las que se sacan unas conclusiones que contribuyen a aportar unos datos al conocimiento del estado actual de la inte-

gración laboral de los deficientes mentales.

Pretende este trabajo hacer una contribución al conocimiento "real del problema de las posibilidades laborales de los deficientes mentales en nuestro país.

Un antecedente a esta comunicación lo tenemos en uno que el entonces Secretario General del P.A. N.A.P., Dr. Serigó efectuó con unos datos recogidos en nuestro Centro hace ya 10 años.

Aquel primer muestreo se hizo mediante la visita directa de la Asistente Social Srta. Sancho Nuñez y arrojó, además de otros resultados los siguientes datos referidos a la situación laboral de los jóvenes deficientes mentales encuestados:

(Tabla nº 1)

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

Gral. Ricardos, 165
Telfs.: 4650652
4656021
MADRID 25

Estamos realizando una ENCUESTA para saber cuáles han sido las posibilidades de encontrar trabajo de los jóvenes que han estado en este Centro, para contribuir a un estudio que, sobre la creación de Talleres Protegidos, se está haciendo por parte del Estado.

Por ello le rogamos conteste al siguiente CUESTIONARIO y nos lo remita lo antes posible.

Muy agradecidos por su colaboración.

MODO DE RELLENAR LA ENCUESTA

En donde encuentre recuadros () , cubra con una cruz (X) el que corresponda a la pregunta que se hace. Por ejemplo: si el joven trabaja de forma EVENTUAL, se rellenará así:

¿Es fijo?
¿Es eventual)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL JOVEN: _____

DOMICILIO: _____

EDAD: _____

1. TRABAJO

1.1. ¿Trabaja en la actualidad? SI NO

1.2. Si trabaja ¿dónde?:

¿En un taller protegido?

¿En un taller normal?

¿En una fábrica?

¿En la agricultura?

¿En una oficina?

¿Por cuenta propia?

¿En las labores del hogar?

¿En la Administración (Ministerio, Ayuntamiento, Diputación).

1.3. Puesto de trabajo que desempeña (describalo): _____

El empleo:

1.4. ¿Es fijo?

¿Es eventual?

1.5. ¿Ha cambiado de trabajo? SI NO

¿Cuántas veces? 1 2 3 4 5

1.6. ¿Tiene Seguridad Social? SI NO

1.7. Problemas más importantes que ha encontrado en relación con el trabajo de su hijo: _____

1.8. Por distintas circunstancias ¿ha tenido que ser ingresado su hijo en algún Centro? SI NO

¿Residencia? SI NO

¿Hospital Psiquiátrico? SI NO

OBSERVACIONES:

En el trabajo actual la técnica de obtención de datos fué distinta: se mandaron unos cuestionarios sencillos a los familiares de los deficientes para que los rellenaran, acompañándose estos cues-

tionarios de un sobre con las señas escritas del Centro y el correspondiente franqueo, para facilitar así la respuesta y obtener el mayor número posible de ellas:

T A B L A N º 2

M U E S T R E O D E 1968

| | | |
|-----------------------------|----|-----|
| Visitas realizadas | 50 | |
| Casos estudiados | 34 | |
| Ingresados en Centros | 5 | 15% |
| Fallecidos | 5 | 15% |

Situación laboral

| | | | | |
|-------------------|--|---------------|----|-----|
| Trabajan | | Varones | 8 | 26% |
| | | Hembras | 1 | |
| No trabajan | | | 15 | 44% |

Se enviaron 438 cuestionarios correspondientes a otros tantos jóvenes de ambos sexos dados de alta en el Centro en los 10 últimos años; se obtuvieron 211 contestaciones válidas, 2 que no fueron válidas por errores manifiestos, y 95 cartas fueron devueltas al Centro sin con-

tar por diversas razones, la mayoría de ellas por cambio de domicilio. 132 cuestionarios enviados quedaron sin respuesta.

Los resultados obtenidos de la elaboración estadística de los cuestionarios válidos fueron los siguientes:

T A B L A N º 3

TOTAL CUESTIONARIOS ENVIADOS - 178

TOTAL RESPUESTAS - 67

| | | | |
|---------|--|----------------|-------|
| TRABAJO | | Si = 28 | 42'4% |
| | | No = 38 | 57'5% |
| | | Fallecidas = 1 | |

N I V E L I N T E L E C T I V O

| | | | | |
|-----------------|--|---------|----|-------------|
| | | 20 - 29 | 1 | |
| | | 30 - 39 | 1 | |
| Trabajadoras | | 40 - 49 | 10 | Media 51'78 |
| | | 50 - 59 | 11 | |
| | | 60 - 69 | 4 | |
| | | 70 - 79 | 1 | |
| | | | | |
| | | 20 - 29 | 3 | |
| | | 30 - 39 | 8 | |
| No trabajadoras | | 40 - 49 | 14 | Media 45'78 |
| | | 50 - 59 | 10 | |
| | | 60 - 69 | 2 | |
| | | 70 - 79 | 1 | |

T A B L A N º 4

Niños

TOTAL CUESTIONARIOS ENVIADOS - 260

TOTAL RESPUESTAS - 144

| | |
|---------|----------------|
| TRABAJO | Si = 63 44'0% |
| | No = 80 55'6% |
| | Fallecidos = 1 |

NIVEL INTELECTIVO

| | | | |
|------------------------|------------|----|-------------|
| C.I. (Trabajadores) | 20 - 29 | 2 | Media 54'5 |
| | 30 - 39 | 5 | |
| | 40 - 49 | 15 | |
| | 50 - 59 | 18 | |
| | 60 - 69 | 18 | |
| | 70 - 79 | 4 | |
| | 80 - 89 | 1 | |
| | Psicóticos | 0 | |
| C.I. (No Trabajadores) | 20 - 29 | 8 | Media 39'12 |
| | 30 - 39 | 23 | |
| | 40 - 49 | 21 | |
| | 50 - 59 | 14 | |
| | 60 - 69 | 5 | |
| | 70 - 79 | 0 | |
| | 80 - 89 | 1 | |
| | Psicóticos | 8 | |

T A B L A N º 3

NIÑAS

T I P O D E T R A B A J O

| | | | |
|------------------------|----|------------------------------|---|
| Taller protegido | 14 | Hogar propio (casadas) | 5 |
| Taller normal | 4 | Hogar ajeno (criadas) | 1 |
| Taller familiar | 1 | Hogar familiar | 4 |
| Tareas de hogar | 10 | | |

Ayuden en casa pero los padres no los consideren como trabajo 11

Trabajadoras con Seguridad Social . 4 - (14%)

T A B L A N º 8

DIAGNOSTICO CLINICO DE LOS TRABAJADORES

| | |
|---------------------------------|----|
| Endogenas | 20 |
| Connatales | 16 |
| Mongoloidismo | 3 |
| Post-meningoencefaliticas | 11 |
| Hipotiroidismo | 2 |
| Desconocido | 11 |

Mongolismo - 8 Total

| | | |
|----------------------|--|---|
| Trabajan - 3. 37% | | Taller protegido - 1 Terapia Ocupacional Centro de Adultos - 2 |
|----------------------|--|---|

T A B L A N O 9

PERSONALIDAD

Estables = 19 67'7%

Inestables = 9

Estables = 32 48'4%

Inestables = 36

Total

E D A D E S

| Años | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | Media |
|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------|
| Trabajan | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 2 | | | 1 | 1 | 1 | | | 21 años |
| No trabajan | 2 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 5 | 6 | 2 | 2 | 1 | 1 | 24 años |

TABLA Nº 10

PERSONALIDAD

| | | |
|--------------|-----------------|-------|
| Trabajadores | Estables = 43 | 68'2% |
| | Inestables = 20 | |
| Total | Estables = 32 | 48'4% |
| | Inestables = 36 | |

EDADES

| Años | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | Media |
|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----------|
| Trabajan | 3 | 3 | 2 | 4 | 6 | 7 | 7 | 8 | 5 | 3 | 4 | 6 | 2 | 2 | 1 | 23'5 a. |
| No Trabajan | 4 | 9 | 2 | 4 | 9 | 8 | 5 | 8 | 5 | 6 | 8 | 4 | 3 | 3 | 2 | 23'35 a. |

TABLA Nº 17

TIEMPO DE SALIDA DEL CENTRO

| Años | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-----------------|---|----|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Trabajadoras | 4 | 12 | 1 | 6 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| No trabajadoras | 0 | 5 | 6 | 6 | 1 | 5 | 4 | 4 | 1 | 6 |

Trabajadoras - 3 años

Salida media

No trabajadoras - 5 años y medio

SITUACION DE LAS NO TRABAJADORAS

Siguen en el hogar = 54

Ingresada = 16

Hos. Psiquiátricos = 4 (1) 6%

Centros Sub. adultos = 12 (2)

Epilepsia = 3

(1) Hosp. Psiquiátricos

Psicosis = 1

Moderadas = 4 (C.I. medio = 44'5)

(2) Centros Sub. adultos

Severas = 8 (C.I. medio = 32'7)

TABLA Nº 12

TIEMPO DE SALIDA DEL CENTRO

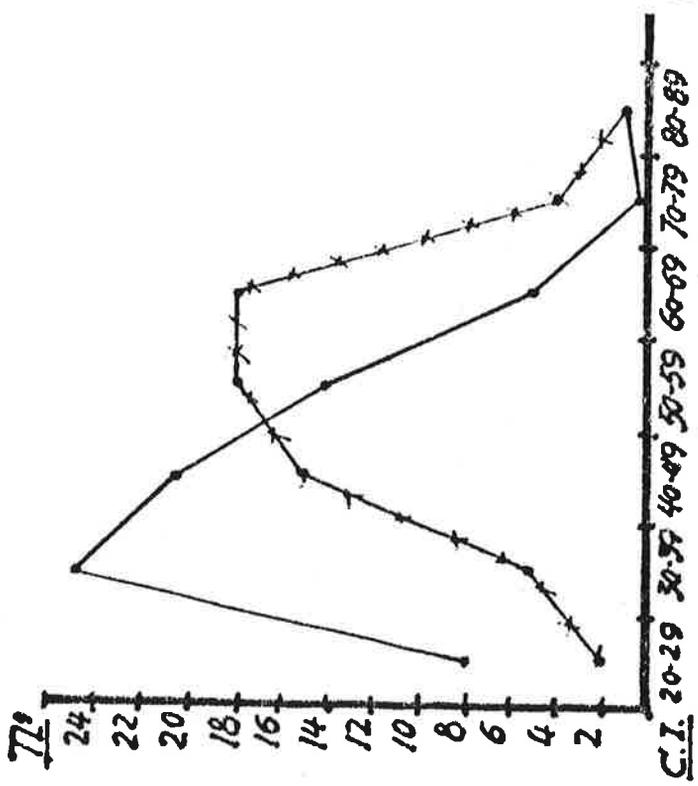
| Años | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | |
|-----------------|--|------|---|----|---|---|----|---|---|----|--------------|---|------|-----------------|---|------|
| Trabajadores | 8 | 6 | 3 | 10 | 5 | 7 | 9 | 3 | 5 | 7 | | | | | | |
| No trabajadores | 8 | 8 | 7 | 3 | 9 | 9 | 11 | 9 | 5 | 11 | | | | | | |
| Salida media | <table border="0"> <tr> <td>Trabajadores</td> <td>-</td> <td>5'36</td> </tr> <tr> <td>No trabajadores</td> <td>-</td> <td>5'92</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | Trabajadores | - | 5'36 | No trabajadores | - | 5'92 |
| Trabajadores | - | 5'36 | | | | | | | | | | | | | | |
| No trabajadores | - | 5'92 | | | | | | | | | | | | | | |

SITUACION DE LOS NO TRABAJADORES

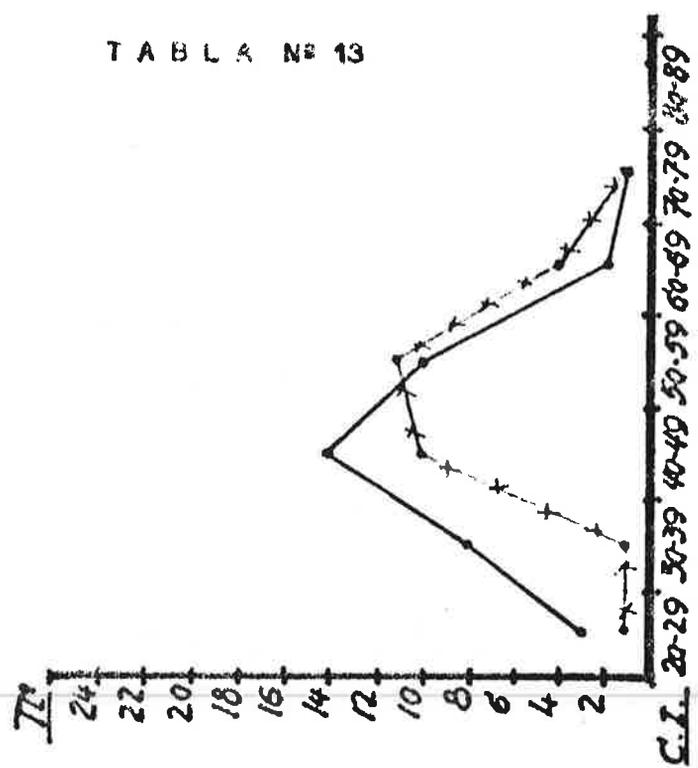
| | | |
|----------------------|---|------------------------|
| Siguen el hogar | = | 102 |
| Ingresados | = | 41 |
| Hosp. Psiquiátricos | = | 18 (1) 12'5% |
| Centros Sub. adultos | = | 22 |
| Paralisis cerebral | = | 1 |
| Epilepsia | = | 2 |
| Deficiencia mental | = | 10 (C.I. medio = 34'2) |
| Psicosis | = | 4 |
| Conductopatias | = | 1 |

NIVEL INTELLECTIVO

TABLA Nº 13



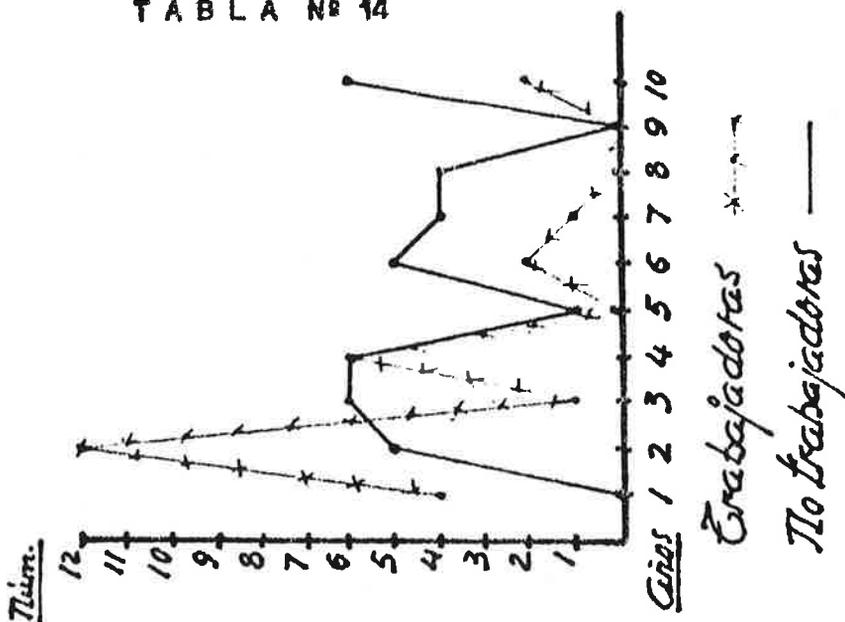
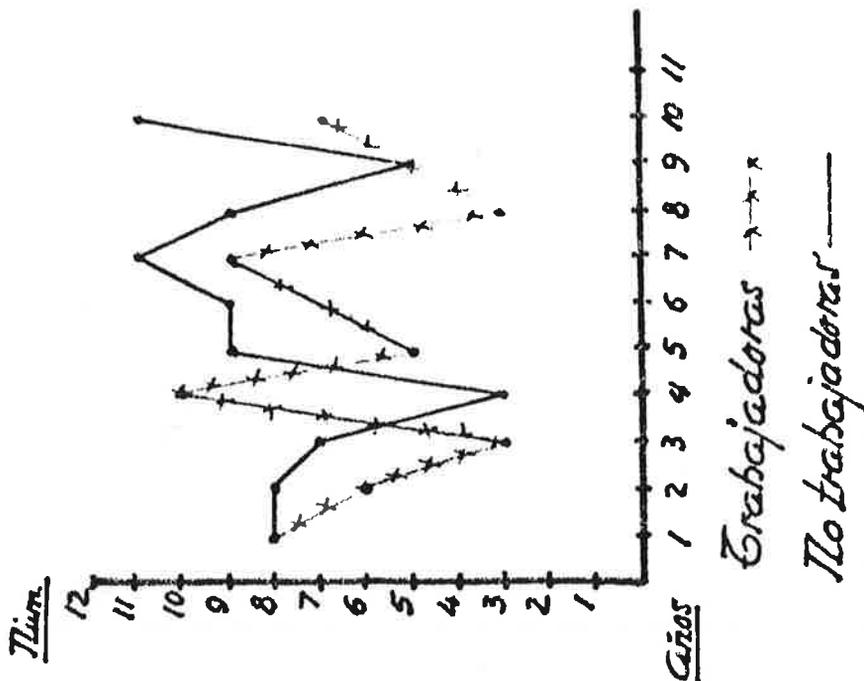
Trabajadores —●—
No Trabajadores —x—



Trabajadores —●—
No Trabajadores —x—

TIEMPO de SALIDA del CENTRO

TABLA Nº 14



A la vista de estos datos creemos que pueden sacarse las siguientes conclusiones:

1ª. El nivel de empleo alcanzado se encuentra entre un 40-45%. Creemos que este índice no puede extrapolarse a una población general, que no consideramos tan elevado, debiéndose esta diferencia a que el Departamento de Asistencia Social del Centro se ha preocupado de buscar trabajo a los jóvenes que estaban a punto de abandonar el mismo.

2ª. El nivel intelectual alcanzado influye algo, pero no demasiado, en la capacidad para encontrar empleo, excepto en los casos más severos. Se señala una pequeña diferencia entre varones y hembras pues los primeros el nivel intelectual ha tenido una influencia un poco mayor.

3ª. En el tipo de trabajo alcanzado se aprecian también ligeras diferencias entre varones y hembras. En ambos el mayor índice se obtiene en la asistencia a talleres protegidos, siendo sin embargo mayor el índice ocupacional de los varones en relación con las hembras en los talleres normales. En cambio, y esto de momento es lógico, en las tareas del hogar el índice de empleo es mayor en las hembras. Hemos de señalar que el trabajo en el hogar es considerado por los familiares unas veces como tal trabajo y otras veces no, en relación probablemente con la mayor o menor intensidad del mismo.

4ª. Consideramos de gran importancia el dato de que solo el 23% en los varones y el 14% en las hembras tengan como tales trabajadores los beneficios de la Seguridad Social.

5ª. La etiología de la deficiencia mental no parece constituir un factor a valorar para la capacidad laboral. Solamente es de destacar el caso de los niños mongoloides en los que sólo uno ha conseguido una situación laboral medianamente satisfactoria en un taller protegido

puesto que los otros dos casos que trabajan lo hacen en talleres ocupacionales de Centros para adultos.

6ª. Si parece ser un factor influyente en la capacidad laboral y en la posibilidad de encontrar trabajo, la personalidad del deficiente mental: encuentra más fácilmente trabajo los estables que los inestables, con independencia de su nivel intelectual.

7ª. En relación con el tiempo de salida del Centro, no parece haber una influencia significativa en los varones, pero si en las hembras, en las que se aprecia una mayor facilidad de empleo en los 3 últimos años.

8ª. Como dato independiente de la capacidad laboral y posibilidad de empleo, pero interesante a la hora de valorar el porvenir social tenemos el de que el 12'5% de los varones y el 6% de las hembras están ingresados en Hospitales Psiquiátricos para adultos. Si se analizan estos datos se aprecia como la mitad de estos varones tenían problemas psiquiátricos sobreañadidos a su deficiencia mental o que no eran realmente deficientes sino psicóticos.

9ª. Otro hecho a destacar es que en un total de 34 casos, es decir el 15'6% se ha encontrado acomodo de estos deficientes, mayormente los más severos en Centros para adultos.

10ª. Si comparamos estos resultados con los obtenidos en el muestreo de hace 10 años parece ser que se evidencia una mejoría en relación con estos tres puntos:

- a) Porvenir vital: 15% de fallecidos en la primera encuesta contra 0'9% en esta.
- b) Porvenir social: 15% de ingresados en Hospitales Psiquiátricos en la primera muestra contra 9% en esta.
- c) Porvenir laboral: 26% de trabajadores en la primera muestra contra 13'2% en esta.

UTILIDAD Y UTILIZACION DEL CONCEPTO DE FAMILIA NORMAL Y NO NORMAL

M^a Carmen Bragado Alvarez. Dra. en Psicología
Centro de Salud Mental Infante Juvenil Cádiz, Mayo, 1985.

- (1) H. Turkewitz, «Family Systems. Conceptualizing Child Problems within the Family Context», en Craighead, W.E. y Meiers, A.W. *Cognitive Behavior Therapy with Children*, N.Y. Plenum Press, 1984 (pags. 69-99).

En la presente comunicación efectuamos un análisis crítico acerca de la utilidad de ciertos conceptos diagnósticos, ampliamente utilizados en nuestro ámbito profesional, pero que, en nuestra opinión, contribuyen muy poco al desarrollo de nuevas técnicas terapéuticas o a la investigación de indicadores específicos, que nos permitan prevenir eficazmente la aparición de algunos comportamientos. Comportamientos, que preocupan a la comunidad, tanto por su frecuencia como por la perturbación que puedan ocasionar a nivel familiar o institucional. Piénsese por ejemplo, en la delincuencia, la drogadicción, la depresión o simplemente, en el tan repetido fracaso escolar.

Hace casi 20 años, Mischel (1968) publicaba "Personalidad y Evaluación", obra que supuso un hito importante en la historia de la Evaluación de la Personalidad. En ella, proporcionaba pruebas concluyentes respecto a la inoperancia, la falta de utilidad y el escaso rigor científico de ciertas categorías diagnósticas,

tales como las nosologías psiquiátricas, los rasgos de personalidad, los juicios clínicos, etc. Dichas categorías carecían de validez para predecir el comportamiento esperado en una situación concreta y, además, no proporcionaban información relevante respecto a la terapia a seguir.

Como el propio Mischel indicaba, estas deficiencias no pueden ni deben ser ignoradas por los clínicos, máxime cuando, en base a una "cierta etiqueta diagnóstica" se derivan consecuencias importantes para la vida de un individuo. El efecto que genera en el entorno social de una persona el hecho de ser diagnosticado como "esquizofrénico" "neurótico" o "antisocial", no es, ni mucho menos neutral, sino que produce una serie de reacciones entre los demás individuos que, en la mayoría de los casos, sirven más para consolidar la conducta problemática que para modificarla.

Aunque la obra, antes mencionada, generó una fuerte polémica en el ámbito académico, algo cambió desde entonces

en el foco de atención de la Evaluación Psicológica. Desde finales de los 60 y durante toda la década de los años 70, se suceden una serie de trabajos (Kanfer y Saslow, 1969; Kanfer y Phillips, 1970; Pelechano, 1976 o Haynes y Wilson, 1979, por citar los más representativos) que, desde el modelo conductual, desarrollan el Análisis Funcional de la Conducta, hoy de notable influencia en este campo.

Este enfoque propone una descripción detallada de la conducta problema así como un análisis cuidadoso de las situaciones que anteceden o siguen a la conducta, y de las características del organismo en un momento dado. El objetivo final consiste en determinar el efecto que antecedentes, organismo y consecuencias provocan en el comportamiento objeto de estudio.

Frente al diagnóstico tradicional, la Evaluación Conductual **rechaza las categorías diagnósticas** por su carácter global y ambiguo. Por ejemplo, en vez de diagnosticar a un adolescente como "agresivo" o "antisocial", términos que no aportan ninguna información específica respecto a la frecuencia, intensidad o contexto en el que se emite la conducta, ni respecto al tratamiento a seguir, propone definir, lo más objetivamente posible, los comportamientos concretos. Siguiendo con nuestro ejemplo, la evaluación se llevaría a cabo de la manera siguiente, el sujeto X insulta a sus compañeros de clase cuando no le permiten participar en un juego común, o bien, rompe sus cuadernos cuando su madre le pide que repita una determinada tarea que está mal realizada, después de haber invertido media hora en su ejecución. La **anterior descripción** nos proporciona una información más precisa respecto a las variables que están favoreciendo la aparición de estos comportamientos, variables que el terapeuta debe tener necesariamente en cuenta a la hora de planificar una estrategia terapéutica. Lo anterior, implica que el proceso de evalua-

ción y el proceso terapéutico se encuentran íntimamente relacionados entre sí, de modo que no se concibe el uno sin el otro. El terapeuta de conducta analiza aquellos factores que pueden resultar **útiles** en la corrección de la conducta objetivo.

En suma, la evaluación conductual opera con unidades de análisis que comprenden, la conducta del sujeto, el entorno en que se emite dicha conducta y las condiciones biológicas del organismo. Teniendo en cuenta que el término conducta se refiere, tanto a comportamientos externamente observables (lo que las personas hacen o dicen), como a conductas no accesibles a la observación directa (pensamientos, sentimientos, expectativas, etc.), así como a las respuestas psicofisiológicas que pueden ser objetivadas a través de ciertos instrumentos (electromiógrafo, psicogalvanómetro, etc.), tales como la ansiedad.

Otro punto de discrepancia entre el diagnóstico tradicional y el Análisis Funcional proviene de la asunción, por parte del último, de que el comportamiento **anormal** no se diferencia del **normal** en términos de cómo se desarrolla o se mantiene. La conducta anormal no representa una disfunción o un proceso de enfermedad mental; la conducta es regulada por las mismas leyes, tanto si se califica de normal como de anormal.

La calificación del comportamiento como normal o no normal se realiza, en la mayoría de los casos, en base a criterios **subjetivos** más que objetivos; por ejemplo, una violenta pelea entre adolescentes varones puede ser interpretada como un indicador de masculinidad por los demás compañeros, pero puede ser valorada como un signo de trastorno emocional por los maestros.

Por otro lado, resulta evidente que la valoración de una determinada conducta como desviada o anormal está en función del **contexto social** en que tal conducta tiene lugar; por ejemplo, las con-

ductas calificadas como "antisociales" reflejan modelos de comportamientos que están condenados socialmente por gran parte de la comunidad, pero que son positivamente valorados en determinados grupos sociales. En situaciones más cotidianas pueden encontrarse múltiples ejemplos de lo que estamos diciendo, supongamos que yo "suelte una carcajada" mientras leo estas líneas, probablemente varios de ustedes interpretarían esta conducta como un indicio de mi supuesto estado emocional, creerían que estoy nerviosa o algo por el estilo, sin embargo, si hago eso mismo mientras tomamos un vino o un café, seguramente sería percibido como un signo de simpatía o de buen trato social.

Los ejemplos anteriores ilustran, de forma sencilla y sin hacer grandes incursiones en el terreno de la metodología, hasta qué punto carece de utilidad el uso de estos conceptos, puesto que fuera de un contexto determinando, resulta cuanto menos, arriesgado diferenciar las conductas normales de las anormales.

En el caso concreto del título que preside nuestra mesa redonda, cabe preguntarse cuáles son los aspectos que nos permiten discriminar entre una familia normal y no normal, ¿su estructura formal?, ¿el número de los miembros que la integran?, ¿las pautas de interacción entre ellos?, ¿el hecho de que alguno manifieste un comportamiento inadecuado? O, simplemente, ¿el hecho de que demanden ayuda profesional?. Responder estas preguntas supondría, casi con seguridad, muchas horas de discusión entre los asistentes a este congreso. Aún así, las cuestiones que venimos planteando no son insensatas o caprichosas, simplemente muestran que la distinción entre lo normal y lo anormal no es sencilla. Con esto, no queremos decir que no existan comportamientos raros o desviados, sino que los conceptos de normalidad-anormalidad, cordura o enfermedad mental y los diagnósticos que se derivan

de ellos, pueden ser menos básicos y útiles que otro tipo de análisis.

En definitiva, si nuestro objetivo consiste en averiguar cuáles son los factores que, en el contexto familiar, están favoreciendo la manifestación de ciertas pautas de comportamiento en el niño o en el adolescente, con el propósito de controlarlos, difícilmente lo conseguiremos si continuamos analizando el problema utilizando conceptos vagos o abstractos. Afirma que los hijos de padres separados, alcohólicos o esquizofrénicos manifiestan problemas emocionales, proporcionan al clínico escasa información acerca de lo que está ocurriendo en ese contexto y de lo que podría hacer para cambiarlo.

Por otro lado, los estudios que analizan este tipo de relaciones suelen ofrecer resultados contradictorios, básicamente debidos a deficiencias de tipo metodológico, tales como, la utilización de muestras exclusivamente clínicas, la forma en que se realiza la recogida de datos o la ausencia de definiciones específicas de las variables sometidas a estudio. A título ilustrativo, varios autores (Hetherington, Cox y Cox, 1977; Weiss, 1975; Wallerstein y Kelly, 1980) han indicado que el **divorcio** es un acontecimiento altamente estresante que provoca fuertes alteraciones emocionales entre los miembros de una familia. Sin embargo, Levitin (1979) hacía notar que la investigación clínica había sobreestimado la importancia de estos problemas y que la población investigada no era representativa de la población general. Los datos de Fulton (1979) parecen confirmar las opiniones de Levitin. Fulton entrevistó a 560 padres, cierto tiempo después de su divorcio, y encontró que solamente un 7% de los casos había requerido ayuda profesional para solucionar problemas de conducta en sus hijos, y que tan solo el 3% de los padres precisaron ayuda psicológica para arreglar sus propios problemas emocionales. Cuando se han comparado familias de divorciados con familias intactas

tas, los resultados han sido sorprendentes, pues se ha encontrado que el tipo de relación mantenida entre los padres resultaba un predictor más potente, acerca de las alteraciones de comportamiento de sus hijos, que el estatus civil del matrimonio (Hess y Camara, 1979).

Afortunadamente, el modelo conductual con su énfasis en el análisis sistemático de la conducta, la eficacia demostrada de sus técnicas terapéuticas y su rigurosa metodología experimental, ha causado notable influencia en el ámbito clínico. Aún a riesgo de ser tachada de partidista o petulante, me atrevería a decir que, algunas de las innovaciones observadas en el reciente Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales¹, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (D.S.M.III, 1980), han estado en parte motivadas por los resultados experimentales derivados de los enfoques conductistas.

En concreto, el D.S.M.III propone un sistema de evaluación multiaxial, en el que además de utilizar el sistema de clasificación diagnóstico, incluye el análisis de ciertos factores ambientales proque permiten obtener información que puede resultar útil en la planificación del tratamiento y para predecir la evolución del individuo (pág. 11). A tal efecto, recomienda evaluar **la intensidad del estrés psicosocial** (eje IV) y **el nivel de adaptación del sujeto durante** el último año (eje V). En el primer caso, señala la necesidad de analizar aquellos acontecimientos, que puedan ser fuente de estrés, en el entorno familiar, laboral, conyugal, de relación interpersonal, o relacionados con la economía. El eje V, complementario del anterior, tiene por objeto investigar el grado de adaptación del individuo en tres áreas de funcionamiento, relaciones sociales, laborales y uso del tiempo libre (actividades recreativas, hobbies, etc.). En nuestra opinión y al margen de otras discrepancias teóricas, la inclusión de ambos ejes supone un reconocimiento de la

enorme importancia que tiene el entorno ambiental en la determinación de las alteraciones del comportamiento, tal como nosotros hemos venido afirmando en estas líneas.

Además, el D.S.M.III, declara que el manual persigue una aproximación descriptiva e intenta utilizar "criterios específicos" para establecer un determinado diagnóstico, aunque reconoce que ciertas categorías de clasificación, en él contenidas, se basan en juicios clínicos que no han sido suficientemente validados (págs. 10 y 11). Llama la atención acerca de un error conceptual, frecuente entre los clínicos, y al que nosotros hemos aludido en estas páginas al mencionar el riesgo de las "etiquetas diagnósticas", señalando:

"Un error bastante común es creer que la clasificación de los trastornos mentales sirve para clasificar a los individuos, cuando en realidad lo que se clasifica son los trastornos que aquellos padecen el texto de la D.S.M.III evita el uso de términos tales como "un esquizofrénico", un alcohólico" ... (pág. 9).

A modo de conclusión, podríamos afirmar que, aún cuando la utilización de categorías de clasificación ambiguas siguen siendo demasiado frecuentes y aunque, las investigaciones efectuadas en el ámbito familiar sigan conteniendo considerables deficiencias metodológicas (Jacob y Lessin, 1982; Turkewitz, 1984), en los últimos años parece apreciarse un importante esfuerzo por mejorar este estado de cosas. Cada vez son más abundantes las publicaciones que analizan aspectos concretos que nos permitirán diferenciar, en un futuro, cuales son los factores que están determinando la aparición de problemas comportamentales en ciertas familias y no en otras. Los interesados pueden consultar al respecto la excelente revisión de Turkewitz, 1984) (1)

BIBLIOGRAFIA

- FULTON, J.A. (1979): «Parental reports of children's postdivorce adjustment» *Jr. of Soc. Issues*, 35, (4), 126-139.
- HAYNES, S.N. y WILSON, C. (1979): *Behavioral Assessment. Recent advances in methods, concepts and applications*. San Francisco, - Jossey-Bass.
- HESS, R.D. y CAMARA, K.A.: «Postdivorce family relations-hips as mediating factors in the consequences of divorce for children». *Jr. of Soc. Issues*, 35 (4), 79-96, 1979.
- HETHERINGTON, E.; COX, M. y COX, R. (1977): «Divorced fathers», *Psychol. Today*, abril, 42-46.
- JACOB, I. y LESSIN, S. (1982): «Inconsistent communication in family interaction» *Clinical Psychol. Review*, 2, 295-309.
- KANFER, F. y PHILLIPS, J. (1970): *Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento*. (Trad. castellana), Méjico, Trillas, 1976.
- KANFER, F. y SASLOW, G. (1969): «Behavioral Diagnosis» en Franks, C. (ed) - *Behavior Therapy: appraisal and status*, N.Y. MacGraw-Hill.
- LEVITIN, T.E. (1979): «Children of divorce: an introduction», *Jr. of Social Issues*, 35 (4), 1-25.
- D.S.M, III (1980): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (Trad. castellana), Barcelona, Masson, 1983.
- MISCHEL, W. (1968): *Personalidad y evaluación*. (Trad. castellana), Méjico, Trillas, 1973.
- PELECHANO, V. (1976) (Dir.): *Psicodiagnóstico*, Unidades didácticas, U.N.E.D.
- VALLERSTEIN, J. y KELLY, J. (1980): *Surviving the breakup: how children actually cope with divorce*. N.Y. Basic Books.
- WEISS, R. (1975): *Marital Separation*. N.Y. Basic Books.

SIGNOS NEUROLOGICOS MENORES Y SINDROME HIPERQUINETICO: PROBLEMAS METODOLOGICOS

J. Sanjuan Arias (*)
C. Leal Cercos (**)
A. Aguero Juan (***)
E. Pucho Pinazo (****)
I. Bofill Moscardó (*****)
M.A. Catalá Angel (*****)

Dpto. de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.

(*) Médico Residente. (**) Catedrático de Psiquiatría. (***) Prof. Titular de Psiquiatría. (****) Méd. Asistente Voluntario. (*****) Colaborador Docente. (*****) Prof. Ayudante de Clases Prácticas.

RESUMEN

En este artículo los autores revisan los problemas del concepto, fiabilidad, estabilidad etc... de los Signos Neurológicos Menores (SNM) así como de las distintas variables: edad, sexo, CI, etc... a considerar.

Posteriormente se resumen los trabajos más importantes de los SNM en el Síndrome Hiperkinético. Atendiendo a la metodología empleada, los trabajos más rigurosos están, en general, en contra de la especificidad de los SNM en este síndrome.

Finalmente se propone un modelo de utilización de Iso SNM en la práctica clínica.

Palabras clave:

Signos Neurológicos Menores,
Síndrome hiperkinético,
Síndrome por déficit de atención

SUMMARY

The authors review the concept, validity, reliability, etc... of "soft neurological signs" (SNS) and the different variables: age, sex, IQ, etc... that have to be taken into account.

Also the most important studies of SNS in the Hyperkinetics Syndrome are summed up. The most rigorous studies from a methodological perspective, are against the specificity of SNS in this syndrome.

Finally a model for the use of SNS in clinical practice is proposed.

Key words: soft signs, Hyperkinetic Syndrome,
Attentional Deficit Disorder.

INTRODUCCION

Signos Neurológicos Menores:

"Expresión aplicada a ligeros signos de discapacidad o disfunción; que se refiere particularmente a los resultados que obtienen en el examen neurológico niños con daño cerebral mínimo o esquizofrénicos."

En esta definición de "Soft-Sign" o signo neurológico menor (SNM) que aparece en al 4ª edición del Diccionario de Psiquiatría de HINSIE y CAMPBELL (1977) queda claramente reflejada la conexión entre los llamados signos neurológicos menores y determinada patología psiquiátrica infantil. De entre los diversos trastornos infantiles en Iso que se han estudiado los SNM sin duda es en el Síndrome Hiperquinético donde más repetidamente se han mencionado. Sin embargo la importancia de los SNM en este cuadro clínico es aún discutida. Mientras para algunos autores "es uno de los elementos fundamentales tanto para el diagnóstico como para la justificación de este grupo nosológico." (BUENO y SALAMERO 1983) para otros "el mismo concepto de Signo Neurológico Menor no es indicativo más que de pensamientos o concepciones menores" (INGRAM 1973).

Por otro lado quizás gran parte de las discrepancias pudieran justificarse por la dificultad de definir inequívocamente tanto el Síndrome Hiperkinético (RUTTER 1982; CATALA y cols 1985) como los Signos Neurológicos Menores (SHAFFER y cols 1984).

Existe pues una primera pregunta básica respecto a la validez, de este concepto de SNM. Otra cuestión es si éstos son específicos del Síndrome Hiperquinético. Por último cabe plantearse si en cualquier caso la búsqueda de estos SNM tiene alguna utilidad en la práctica clínica. Trataremos en este artículo de revisar estas cuestiones desde una perspectiva metodológica.

SNM PROBLEMAS METODOLOGICOS

La primera cuestión es pues, saber a que nos referimos cuando hablamos de SNM. La mayoría de las definiciones aluden a la relación de los SNM con una "disfunción" o una "mala integración" del Sistema Nervioso Central (SNC). En cualquier caso, y aquí está una de las principales dificultades del concepto, se resalta sobre todo su carácter NO específico.

Dentro de los problemas metodológicos de Iso SNM que quedan resumidos en la Tabla I, encuadramos este primer problema de definición en una VALIDEZ APARENTE discutida. Siguiendo a BALLEY (1978) este tipo de validez se refiere al grado según el cual una medida parece tener que ver con lo que se pretende medir. En este caso los SNM no son en realidad una medida sino un conjunto de pruebas o signos cada uno con un significado funcional diferente. Si a esto añadimos la tendencia de muchos autores en este campo a describir cada uno su propia escala, (GANDARA 1985) la dificultad para operativizar una definición común de Iso SNM se hace aún mayor.

En nuestra opinión la definición más concreta sea quizás la de SHAFFER y cols (1984) para estos autores los SNM son rendimientos anormales en un test motor o sensorial, idéntico o similar a los test del examen neurológico tradicional, por un sujeto sin un daño neurológico focal. Esta definición se amplía con los siguientes criterios excluyentes:

- 1 — secuelas neurológicas de un daño cerebral mayor.
- 2 — un patrón de déficit específico que apunte a una lesión localizada.
- 3 — un bajo rendimiento en un test neuropsicológico estructurado.

Sin embargo como veremos no todos los autores comparten ni este concepto

ni esta serie de criterios excluyentes.

A parte de este problema de concepción las primeras críticas realizadas a los SNM fue la de su baja fiabilidad y estabilidad (JAUFERW. y DENHOFF 1957). Así en los estudios clásicos de RUTTER y col (1966, 1970) en la Isla de Wight la concordancia interexaminador dependía no sólo de la muestra empleada sino también directamente del tipo de signo estudiado. En contraste los trabajos de WOLF (1966) y WERRY (1972) en amplias muestras de sujetos mostraron una cuerdo interexaminadores por encima del 90%. En general hoy se admite una fiabilidad interexaminadores en los SNM aunque ésta debe ser corroborada para cada escala específica.

Los datos acerca de la estabilidad en el tiempo de Iso SNM son más contradictorios, mientras PETERS y cols (1975), DENCKLA (1973), SHAPHIRO y cols (1978) encuentran una alta estabilidad a largo plazo en diferentes escalas de SNM; Mc MAHON y cols (1977) muestran fluctuaciones en la disdiadococinesia valorada cinco veces en 8 semanas en un grupo de 44 niños hiperkinéticos. Así mismo FOSTER y cols (1978) destacaron las variaciones que aparecían en el rendimiento de estas pruebas con la práctica o repetición de las mismas.

Respecto a la estabilidad a largo plazo HERTZIG (1982) reexaminó 53 niños que habían demostrado tener SNM cuatro años atrás. En estos cuatro años el nº de SNM objetivables decreció casi a la mitad existiendo grandes variaciones según el tipo de signo.

Otro aspecto importante a considerar son las variables que afectan directa o indirectamente la existencia de los SNM. Las más importantes quedan reflejadas en la Tabla II. Respecto al primer punto existe una clara influencia entre el grado de maduración del SNC y la existencia de capacidades motoras y cognitivas. Por ello la hipertonicidad o la respuesta extensora plantar se consideran normales

en el lactante pero indican patología si persisten o aparecen a los 3 años. De ahí también que las pruebas o test neuropsicológicos para niños llevan siempre una baremación según la edad para cada signo/prueba específica. En realidad esto ya está hecho al menos para algunos de los llamados SNM, aunque sin considerarlos o denominarlos como tales, nos referimos por supuesto a las pruebas neuropsicológicas estandarizadas (LEZAK 1933; BENTON y cols 1983). Este factor pudiera ser el directamente responsable de la baja estabilidad de los SNM a largo plazo. En el periodo involutivo de la vida GANDARA (1985) demostró una clara relación entre el número de SNW y la edad elevada en sujetos normales.

Otro factor reconocido pero de difícil interpretación es el repetido hallazgo de un mayor número de SNM en varones que en hembras, ocurriendo esto tanto en la infancia como en la edad adulta. SHAFFER. y cols. (1984), ROCHOFORD (1970).

EL CI es otra de las variables que afecta directamente la presencia o no de los SNM. Aunque en la mayoría de los estudios se descarta los sujetos con retraso mental, parece necesario realizar una baremación algo más precisa entre el grupo control y el grupo experimental, ya que es razonable pensar que al ser esta una variable continua afecta también de forma continua a los rendimientos en pruebas funcionales, y no sólo cuando el CI cae por debajo de determinados límites.

Otro aspecto importante es el de excluir a aquellos sujetos con daño cerebral estructural o localizado. Algunos de los trabajos revisados incluyen sujetos con daño cerebral bien de forma dispersa en la muestra, bien como grupo experimental aparte (CAREY 1979; GANDARA 1985). Otros dicen excluir estos sujetos pero no dan criterios definidos para ello (WERRY y col 1975; PETERS 1972) Volvemos aquí al problema del concepto de

SNM. Si nos atenemos a la definición anterior, no tiene sentido de búsqueda de SNM para plantearnos la sospecha de organicidad en sujetos ya reconocidamente orgánicos. Si lo que buscamos es un correlato funcional de la lesión cerebral, ese es precisamente el objeto de la neuropsicología que nos ofrece multitud de test más específicos que los SNM para trazar esta correlación (LEZAK 1983).

La medicación es otra de las variables que es olvidada frecuentemente. LERER y LERER (1976) estudiaron el efecto del metilfenidato sobre los SNM de 40 hiperkinéticos que tenían al menos 3 SNM antes de iniciar el tratamiento. Después de 60 días de tratamiento (dosis media 0,6-0,7 mg/kg/día) se objetivó una marcada reducción en el nº de SNM, sin que ésta fuera paralela a la mejora conductual. Del mismo modo está reconocido el efecto de otros psicofármacos en general y de los neurolépticos en particular tanto sobre el estado cognitivo del paciente como sobre sus rendimientos en test neuropsicológicos (WAHHA M. y cols 1981; LINDSKI 1981; ROCHFORD 1970).

Por último es necesario añadir otros problemas metodológicos más inespecíficos como posible sesgo en el muestreo, no realizar la experimentación a doble ciego, errores en el análisis e inferencia de los datos, etc... Así como factores difíciles de valorar como el grado de atención-concentración del sujeto o la motivación-cooperación en el momento de la prueba.

SNM EN EL SINDROME HIPERQUINETICO

Una vez visto los problemas generales en las interpretaciones de los SNM, vamos a revisar el grado de especificidad de éstos en el síndrome hiperquinético. Nos vamos a referir únicamente a aquellos trabajos en los que se hace mención

específica a niños hiperquinéticos.

Resumiremos en primer lugar los principales estudios a favor de la existencia de un aumento de SNM en el síndrome hiperquinético.

LUCAS (1965) estudiaron 72 niños con problemas de aprendizaje mediante una batería standart neurológica, pero sin utilizar criterios clínicos definidos. Encontraron que la hiperquinesia se asociaba a pobre coordinación, sinkinesias, movimientos coreiformes y disdiadococinesias.

HERTZIG (1969) valoración 90 niños con supuesto daño cerebral y 15 niños control pasando una batería standar a ciegas, sin explicitar la forma de diagnóstico de la hiperquinesia. Como resultado hallaron un aumento del número de SNM en el grupo hiperquinético.

WERRY (1972) compararon 20 niños hiperquinéticos con 20 neuróticos y 40 niños normales. En contraste con los trabajos antes mencionados estos autores si utilizaron una escala standar para la definición de hiperquinesia así como para los SNM. Los SNM aparecieron más frecuentemente en los niños hiperquinéticos que demostraron especial dificultad en las pruebas de coordinación motora.

McMAHON (1977) refiere que en un grupo de 102 hiperquinéticos el 75% tenían SNM. Sin embargo, no utilizaron grupo control ni criterios de selección, ni batería standar de los SNM.

CAREY y cols (1979) estudiaron 61 niños de una clínica neuropediátrica utilizando una escala de conducta standar, aunque no especificaron la standarización de los SNM. Encontraron un aumento de Iso SNM tanto en los hiperquinéticos como en los negativistas.

Más recientemente, STEINHAUSEN y GOBEL (1985) tratando de validar el mismo concepto de síndrome hiperquinético. Estudiaron 51 niños, evaluando su diagnóstico en escalas de conducta, una de hiperactividad y una de estado emocional. También validaron el grado de

coordinación motora, así como los antecedentes familiares y personales; todo ello en comparación con el grupo control. Los autores defienden la existencia del síndrome hiperquinético como entidad nosológica, basándose en los patrones de distribución de edad sexo, el retraso en el desarrollo general y la aparición frecuente de dificultades en la coordinación motor. Esto apoya la apreciación de algunos autores (BUENO y SALAMERO 1983; BALLUS y cols 1979) en el sentido de dar un gran peso al hallazgo de SNM para el diagnóstico del síndrome hiperquinético.

Sin embargo, analizando globalmente estos estudios, encontramos que exceptuando el de WERRY y cols (1972) el resto carecían de criterios clínicos rigurosos en el diagnóstico del síndrome hiperquinético. Dado que la diferencia de criterios clínicos han provocado variaciones en los estudios de prevalencia de este cuadro que oscilan entre un 25% a un 0,1% (CATALA y cols 1985). La utilización de dichos criterios, es una necesidad metodológica sin la cual es difícil hablar de especificidad de ninguna prueba o signo por riguroso que éste sea.

Vamos a resumir a continuación los principales trabajos en contra de la hipótesis de la especificidad de los SNM en el síndrome hiperquinético.

RUTTER y cols (1968) tomaron una muestra de niños de 7 a 9 años entre niños normales, niños con retraso mental, niños con dificultades en la lectura y niños que acudían a una clínica psiquiátrica. Utilizaron escalas estandarizadas en la valoración **neurológica**, **cognitiva** y **psiquiátrica**. **No encontraron ninguna correlación significativa entre grupos/variables a excepción de un aumento de los movimientos coreiformes en los niños con retraso mental.**

Más centrado en el estudio de hiperquinéticos CAMP y cols (1978) estudiaron 32 hiperquinéticos en comparación con 111 controles baremados en edad y CI.

Utilizaron escalas diagnósticas standardo para el síndrome hiperquinético como para los SNM. No aparecieron diferencias significativas en el número de SNM entre el grupo control y el grupo de hiperquinéticos.

Del mismo modo, WIKLER y cols (1970) compararon 24 niños que acudían a una clínica ambulatoria por problemas escolares con 24 niños normales baremados en edad y CI. Utilizaron también criterios clínicos específicos y una batería standard de SNM. Destacaron la presencia de mayor número de SNM en el grupo experimental sobre el grupo control, sin encontrar sin embargo, diferencias significativas en el subgrupo de niños hiperquinéticos.

TALLIS (1982) recogió 78 niños hiperquinéticos entre 6-12 años diagnosticados según estrictos criterios clínicos y comparándolo con otro grupo similar baremado en edad, sexo, CI y nivel socio-cultural. A todos ellos se les paso escalas standard de anomalías físicas menores, SNM, EEG, así como una batería de ocho test neuropsicológicos que implicaban problemas de discriminación táctil, reacción sensorial, test de contraste diferencias significativas entre los niños hiperquinéticos y el grupo control respecto a la exploración neurológica clásica incluyendo SNM y EEG. Apreciándose, por el contrario, claras diferencias en las pruebas neuropsicológicas.

Pero, es sin dudar, los trabajos de SHAFFER y cols (1983) los que a nuestro entender tienen mayor peso a favor de la falta de especificidad entre SNM y síndrome hiperquinético. Estos autores tomaron una muestra de 456 niños (dentro del Proyecto de Colaboración Perinatal) de 7 años, valorando el número de SNM de una lista standard de 18. De todos ellos, 127 (28%) tenían uno o más SNM. Se les pasó también varias escalas cognitivas y una escala de conductas que recogían tres patrones generales: hiperactividad, agresividad y dependen-

cia. No encontrando correlaciones positivas entre el número de SNM y los niños agresivos o hiperactivos. Existiendo, sin embargo, un aumento significativo de SNM en los niños con puntuaciones altas en la escala de dependencia.

Resumiendo los trabajos hasta aquí revisados: podemos decir que cuantitativamente existe un mayor número de estudios a favor de la especificidad de los SNM en el síndrome hiperquinético. Sin embargo, atendiendo al rigor metodológico, los trabajos más cuidadosos están en contra de dicha especificidad. Si a esto añadimos los numerosos estudios que refieren un aumento de SNM en niños con otras patologías. (KENARD, 1964; PETERS, 1975; PAULSEN, 1978; LEWIS y cols 1979) Debemos concluir que aún en el caso, cuestionable, de que existe un incremento de SNM en niños hiperquinéticos bien diagnosticados, no existe ninguna base para pensar que este hallazgo sea ni característico ni exclusivo del síndrome hiperquinético.

Otro planteamiento diferente es la importancia que la existencia de SNM pueda tener para predecir la aparición de determinados trastornos psiquiátricos en la edad adulta. En este sentido, especial interés ha suscitado el estudio de hijos de pacientes esquizofrénicos y por tanto con alto riesgo de padecer la enfermedad (ERLENMEYER-KIMLINHG y cols 1982, WATT y cols 1984). Dichos niños presentan también un aumento de SNM (MARCUS y cols 1985) y lo que es más interesante para el tema que tratamos el patrón de déficit neurológico-cognitivo, es claramente distinto del que presentan los niños hiperquinéticos (NUECHTERLEIN, 1984).

Más aún, de nuevo SHAFFER y cols (1985) en un estudio clarificador hacen seguimiento de 10 años de niños que a los 7 años habían tenido al menor un SNM. Encontrando que la mayoría de los adolescentes que presentaban un cuadro de ansiedad habían tenido algún

SNM a los 7 años. Esta correlación SNM-Ansiedad entra en contradicción con las conclusiones de otros autores (GANDARRA, 1985).

Esta definitiva vemos que aunque exista un aumento de SNM en determinados grupos de niños de alto riesgo. La aparición de SNM no tiene, por sí sola valor predictivo de ningún cuadro psiquiátrico específico.

COMENTARIOS FINALES

Una vez revisados los problemas metodológicos de los SNM en general y su dudosa especificidad en el síndrome hiperquinético en particular, cabe preguntarse sobre su utilidad en la práctica clínica diaria.

Para poder contestar a esta pregunta, lo primero que se debería responder es al significado fisiopatológico de dichos SNM. Desgraciadamente como decíamos al principio esta pregunta básica está aún sin contestar. Así, la postura quizás más generalizada es concebirlos como secundarios a un daño cerebral temprano (PRECHTL, 1962), otros lo interpretan como problemas o retrasos específicos del desarrollo; esto vendría apoyado sobre todo por la disminución de dichos SNM con la edad (PETERS, 1975) y otros han resaltado la importancia de factores genéticos (NICHOLS y CHEN'S, 1981) y finalmente otros no les dan ningún significado específico (INGRAM, 1973). DENKLA (1977) en una postura más coherente específico (INGRAM, 1973). DENKLA (1977) en una postura más coherente ha tratado de clasificar a los SNM en dos grupos 1) aquellos que no ocurren en ningún momento del desarrollo y que por tanto son evidencia necesaria, pero no suficiente de daño cerebral (temblor, asimetría de reflejos, alteración marcha/posturales, apraxia ocular, estrabismo fijo, nistagmo, disdiadococinesia) 2) aquellos que podrían considerarse normales

en niños en estadios previos de desarrollo (incoordinación motora, impersistencia motora, alteración en doble estimulación, desorientación derecha-izquierda, movimientos coreiformes, dificultades oculomotoras leves).

Sin embargo, en la práctica se trata de saber que cambios en la orientación terapéutica o en el pronóstico implican la aparición de SNM en un niño hiperquinético concreto. En términos generales creemos que hoy por hoy el hallazgo de SNM en un síndrome hiperquinético tiene un significado similar al que pueda tener un EEG no específico, es decir: simplemente añade un dato más a favor de la organicidad.

Ahora bien coincidimos con KANDT (1985) en que para aumentar la utilidad práctica de los SNM sería conveniente asociarlos según áreas funcionales. Un esquema del lugar que puedan ocupar los SNM en la exploración neuropsiquiátrica infantil está representando en la Tabla III. Como puede verse el primer paso es la exploración neurológica standar

descartando la existencia de SN Mayores. El segundo paso sería la exploración de áreas funcionales específicas a través de la agrupación de los SNM con un mismo significado fisiopatológico. El tercer paso y éste es en nuestra opinión fundamental, se trata de aplicar baterías de test neuropsicológicas que estudien de forma más exhaustiva y sistemática los supuestos déficits funcionales. La importancia de este tercer nivel de estudio radica fundamentalmente en dos cuestiones. En primer lugar poder establecer correlaciones precisas con otras técnicas neurológicas EEG, TAC, P. Evoc, etc. En segundo lugar, los test neuropsicológicos, nos dan una valoración mucho más exacta que los SNM del tipo de déficit o programas de reeducación o rehabilitación.

En este modelo por tanto, los SNM constituirían en la infancia algo similar al minitest cognitivo en sujetos adultos. Un método rápido y fiable de "screening" que sirve para orientarnos hacia valoraciones o estudios más precisos.

TABLA I

SIGNOS NEUROLOGICOS MENORES :
Problemas metodológicos

- | | | | |
|---|---------------------------------|-------------|---|
| 1 | VALIDEZ APARENTE | Discutida : | a) dificultad en la definición. b) diferentes escalas de evaluación. |
| 2 | FIABILIDAD INTEREXAMINADORES | Alta : | por encima del 90% al menos en alguna escala. |
| 3 | ESTABILIDAD EN EL TIEMPO | | |
| | a)- corto-plazo : | - | Resultados contradictorios estabilidad solo de algunos signos. |
| | b)- largo plazo : | - | Gran variabilidad en los pocos pocos estudios longitudinales. |

TABLA II

SIGNOS NEUROLOGICOS MENORES :
Variabes a considerar.

- | | | | |
|-----|---------------|---|---|
| 1 - | EDAD | - | Disminuyen en el desarrollo. - Aumenta en la involución. |
| 2 - | SEXO | - | Más frecuente en varones. |
| 3 - | CI | - | Relación inversa al nº de SNM. |
| 4 - | DAÑO CEREBRAL | - | Necesidad de criterios de exclusión |
| 5 - | MEDICACION | - | Metifenidato : disminuyen los SNM - otros Psicofármacos: poco estudiados |

TABLA III

SNM EN LA PRACTICA CLINICA

EXPLORACION NEUROLOGICA BASICA

SIGNOS NEUROL. MAYORES

NO

SI

EXPLORACION SNM
(Agrupacion funcional)

- 1. FUNCIONES MOTORAS
- 2. LATERALIDAD
- 3. DIRECCIONALIDAD
- 4. PROCESAMIENTO SENSORIAL
- 5. OTROS

TEST NEUROPSICOLOGICOS
DETERMINACION ESPECIFICA DEL DEFICIT

MODIFICACION DE LOS PROGRAMAS DE:
REHABILITACION
REEDUCACION

EXPLOR. COMPLEMENTARIAS

- E.E.G.
- P.EVOC.
- T.A.C. etc...

POSIBLE CORRELACION

REFERENCIAS

- 1.— ADAMS, R.M. y cols (1974): Soft neurological signs in learning disabled children and controls, *Amer. J. Dis. Child.* 128, 614-618.
- 2.— BAILEY, K.D. (1978): *Methods of social research*, The Free Press, New York.
- 3.— BENTON, A.L. y cols (1983): *Contributions to neuropsychological assessment* Oxford University Press, New York.
- 4.— BALLUS, C.; VALLEJO, J. y BUENO, A. (1979): Criterios neurofisiológicos en psiquiatría, *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, 7, 215-232.
- 5.— BUENO, J.A. y SALAMERO, M. (1983): Signos neurológicos menores en los enfermos esquisofrénicos, *Rev. Dept. Psiquiatría, Fac. Med. Barna*, 3, 177-188.
- 6.— CAMP, J.A. y cols (1978): Clinical usefulness of the NIMH physical and neurological examination for soft signs, *Am. J. Psychiat.* 135, 362-364.
- 7.— CATALA, M.A.; AGÜERO, A. y QUILES, J. (1985): El niño hiperquinético (I). Diagnóstico, *Ann Psiquiatría*, 1, 2, 94-135.
- 8.— CAREY, W.B. y cols (1979): Differentiating minimal brain dysfunction and temperament, *Dev. Med. Child. Neurol.*, 21, 765-772.
- 9.— CONDE LOPEZ, V.; GANDARA, J.L. y JUAREZ, J.A. (1983): Valoración neuropsiquiátrica y signos neurológicos menores en los trastornos afectivos, *Arch. de Neurobiol.*, 46, 6, 351-368.
- 10.— DENKLA, M.B. (1977): MBD and dyslexia: Beyond diagnosis by exclusion, *Top. Child. Neurol.* 253-260.
- 12.— ERLLENMEYE - KIMLING, L. y cols (1982): Neurological signs child development and learned behavior, *Cuidd. Psychiat. Hum. Dev.*, 9, 28-32.
- 13.— FOSTER, R.M. y col (1978): Equivocal neurological signs child development and learned behavior, *Child. Psychiat. Hum. Dev.*, 9, 28-32.
- 14.— GANDARA, J.J. (1985): Contribución al estudio de los signos neurológicos menores en psiquiatría clínica, *Arch. Neurobiol.* 48, 1, 26-50.
- 15.— HERTZIG, M. y BIRCH, H. (1964): Neurologic organization in psychiatrically disturbed adolescent. A comparative consideration of sex differences, *Arch. Gen. Psychiat.*, 19, 528-537.
- 16.— HERTZIG, M.E.; BORTNER, M. y BIRCH, H.G. (1969): Neurological findings in children educationally designed as «brain damaged», *Am. J. Orthopsychiat.* 39, 437-446.
- 17.— HERTZUG, M.E. (1982): Stability and change in monofocal neurological signs, *J. AM. Acad. Child. Psychiat.* 21, 231-236.
- 18.— HINSIE, L.E. y CAMPBELL, R.J. (1977): *Psychiatric Dictionary*, Oxford Univ. Press, London.
- 19.— INGRAM, T.T.S. (1973): Soft Signs, *Dev. Med. Child. Neurol.*, 15, 527-530.
- 20.— KANDT, R.S. (1984): Exploración neurológica de niños con trastornos de aprendizaje, *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, vol. 2. Edicc. Española Interamericana, Méjico.

- 21.— LANGER, M.W. y DENHOFF, E. (1957): Hyperkinetic behavior syndrome in children. *J. Pediatr.* 50, 463-474.
- 22.— LEZAK, M.D. (1983): *Neuropsychological assessment*, 2 Edic. Oxford Univ. Press, New York.
- 23.— LERER, R.J. y LERER, M.P. (1976): The effects of methylphenidate on the soft neurological signs of hyperactive children. *Pediatrics*, 57, (4), 521-525.
- 24.— LEWIS, D.O. y cols (1979): Violent juvenile delinquents. *J. Am. Acad. Child. Psychiat.*, 18, 307-319.
- 25.— LIDSKY, T.; LABUSZEWSKI, T.; LEVINE, F. (1981): Are movement disorder the most serious side effect of maintenance therapy with antipsychotic drugs? *Biol. Psychiat.*, 16, 12, 1189-1194.
- 26.— LUCAS, A.R.; RODIN, E.A. y SIMSON, C.B. (1965): Neurological assessment of children with early school problems. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 7, 145-156.
- 27.— NUECHTERLEIN, K.H. (1984): Sustained attention among children vulnerable to adult schizophrenia and among hyperactive children. Edit. Watt y cols. *Children at risk for schizophrenia*, Cambridge Univ. Press, Cambridge.
- 28.— NICHOLS, P. y CHEN, T. (1981): *Minimal brain dysfunction: a prospective study*. Hillsdale N. J. Erlbaum.
- 29.— MARCUS, J. y cols (1985): Neurological dysfunctioning in offspring of schizophrenics in Israel and Denmark. *Arch. Gen. Psychiat.* 42, 753-761.
- 30.— McMAHON, S.A. y GREENBERG, L.M. (1977): Serial neurological examination of hyperactive children. *Pediatrics*, 59, (4), 584-587.
- 31.— MIKKELSEN, E.J. y cols (1982): Neurologic status in hyperactive enuretic, encopretic and normal boys. *J. Am. Acad. Child. Psychiat.*, 21, 75-78.
- 32.— PAULSEN, K. y O'DONELL, J.P. (1979): Construct validation of children's behavior problems dimensions: relationship to activity level, impulsivity and soft neurological signs. *J. Psychol.*, 101, 273-278.
- 33.— PETERS, J.E. y cols (1975): A special neurological examination of children with learning disabilities. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 17, 63-78.
- 34.— PRECHTL, H.F.R. y STEMMER, C.H. (1982): The choreiform syndrome in child. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 4, 119-127.
- 35.— ROCHFORD, J.M.; DETRE, T. y TUCKES, G.J. (1970): Neuropsychological impairments in functional psychiatric disease. *Arch. Gen. Psychiat.*, 22, 114-119.
- 36.— RUTTER, M.; GRAHAM, P. y BIRCH, H.G. (1968): Interrelations between the choreiform syndrome, reading disability and psychiatric disorder in children of 8-11 years. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 8, 149-159.
- 37.— RUTTER, M.; GRAHAM, P. y YULE, W. (1972): A neuropsychiatric study in childhood. *Clinic. Dev. Med.*, 35-36.
- 38.— RUTTER, M. (1982): Syndromes attributed to «Minimal Brain Dysfunction» in childhood. *Am. J. Psychiat.*, 139 (1), 21-33.
- 39.— SHAPIRO, T. y cols (1978): Consistency of nonfocal neurological signs. *J. Am. Acad. Child. Psychiat.*, 17, 70-79.
- 40.— SHAFFER, D. y cols (1985): Neurological soft signs. *Arch. Gen. Psychiat.*, 42, 342-351.
- 41.— SHAFFER, D. y cols (1984): Neurological «soft signs» their origins and significance for behavior. Edit. Rutter, M. *Developmental Neuropsychiatry*, Churchill Livingstone, Edimburgh.

- 42.— SHAFER, Q.S. y cols (1984): Hard thoughts on neurological «soft signs». Edit., Rutter, M. *Developmental Neuropsychiatry*, Churchill Livingstone, Edimburgh.
- 43.— TALLIS, J. (1982): *Metodología diagnóstica en la disfunción cerebral mínima: enfoque neuropsicológico*. Edit., Paidós, Buenos Aires.
- 44.— TAYLOR, E. (1985): Syndromes of overactivity and attention deficit. *Child and adolescent psychiatry*. RUTTER, M. y HERSOW L. (second edi) Blackwell S.P. Oxford.
- 45.— WAHBA M. y cols (1981): Cognitive changes in acute schizophrenia with brief neuroleptic treatment. *Am. J. Psychiat*, 138, 1307-10.
- 46.— WAI L N.F. y cols (1984): *Children at risk for schizophrenia. A longitudinal perspective*. Cambridge U.P., Cambridge.
- 47.— WERRY, Y. y cols (1972): Studies on the hiperactive child. VII Neurological status compared with neurotic and normal children. *Am. J. Orthopsychiat.*, 42, 441-451.
- 48.— WIKLER, A. y cols (1970): Brain function in problem children and controls. Psychometric, neurological, and electroencephalographic comparisons. *Am. J. Psychiat.*, 127, 94-105.
- 49.— WOLF, P.H. y HURWITZ, I. (1966): The choreiform syndrome. *Dev. Med. Child, Neurol.*, 8, 160-166.
- 50.— WOLF, P.H. y cols (1982): The neuropsychological status of adolescent delinquent. *J. Child. Psychol. Psychiat.*, 23, 267-279.

EL NIÑO MALTRATADO I

B. Ferrer Masip*
M.P. Vicente de Vera Bellostas**

* Profesor de la Escuela Departamental de Puericultura.— Zaragoza.

** Médico Puericultor.

RESUMEN

Se estudia en el artículo la historia del síndrome desde su descripción por Kempe, Silverman, Steele, Droegmuller y Silver, haciéndose a continuación una descripción de los tipos de abuso y negligencia en la infancia.

Un análisis epidemiológico extenso estudiando distintas variables, junto al análisis de la etiología, historia clínica, exploración, sintomatología, diagnóstico y tratamiento, con análisis específico de la prevención, desembocan en un estudio del pronóstico de estos niños.

PALABRAS CLAVE

Síndrome del niño apaleado.— Abuso y negligencia en la infancia.

INTRODUCCION

En su debilidad el niño puede ser víc-

tima fácil que permita al adulto satisfacer su agresividad. Este abuso puede producirse en el grupo social general o bien en el grupo familiar. En ciertos grupos sociales el niño puede hallarse especialmente en peligro físico y moral. El abuso y abandono intencional y premeditado de los niños, ya individual o colectivo, por parte de parientes y amigos representa una lamentable situación de la que la sociedad debe defenderlos, correspondiendo al médico, no averiguar culpabilidades, sino conocer, diagnosticar y tratar en forma adecuada al niño, además de averiguar lo sucedido y comunicarlo.

Los malos tratos a niños se conocen desde la más remota antigüedad, como un derecho de los jefes de tribu, patriarcas, etc... de golpear a los miembros menores del grupo. Esto se transmitió a los educadores ("la letra con sangre entra") y a los padres, como un elemento necesario para la educación de los hijos. En la legislación penal española todavía se conserva la huella de esta tradición, pues

en el párrafo segundo del artículo 420, que sanciona con la pena de reclusión menor al autor de lesiones graves, si la víctima fuera el padre, madre, hijo, se excluye de la agravación al padre que causare tales lesiones al hijo, extendiéndose en la corrección.

Zacchia (1626) ya planteó el problema médico-legal de los malos tratos en la infancia, lo que fué reemprendido por Tardieu en 1879. Pero, han sido los trabajos de los últimos veinticinco años los que han estudiado la frecuencia, causadas y consecuencias, dando un conocimiento más amplio.

El término "Síndrome del niño apaleado" se acuñó en un simposio de la American Academy of Pediatrics en 1961, por C. Henry Kempe quien junto a F. Silverman, O. Steele, W. Droegmuller y H. Silver, describió el síndrome. Desde entonces se emplea este término para incluir en él cualquier problema que resulte de una falta de normal cuidado y protección de los niños por los padres, tutores u otras personas que se ocupen de ellos. También se le ha llamado "Síndrome de abuso y abandono del niño", "síndrome del niño maltratado", y "Traumatismo X". Sin embargo, independientemente del nombre empleado, este síndrome constituye hoy causa considerable de subdesarrollo físico y mental, incapacidad y más raramente de muerte, por lo que debe considerarse siempre que un niño presente cualquier fractura, heridas o hematomas, hemorragias meníngeas, trastornos atípicos del crecimiento, así como ante muertes repentinas y siempre que la importancia y naturaleza de las lesiones no se correspondan con el relato familiar de las circunstancias del accidente.

Tipos de abuso y negligencia en la infancia:

Siguiendo a Schmitt y Kempe (1):

— **Abuso físico:** Traumatismo no ac-

cidental inflingido al niño por las personas que lo cuidan, del tipo de magulladuras, quemaduras, lesiones craneales, fracturas y semejantes. El médico debe establecer, ya que el castigo físico aun está aceptado en nuestra sociedad, cuando ha sido excesivo o indebido, indicando ya un abuso físico. El castigo físico que requiere tratamiento médico está en el límite del castigo normal.

— Negligencia en la alimentación:

Es la causa más frecuente de peso excesivamente bajo en la infancia. Junto con la privación calorica, también se han descrito la de agua, como otra forma de abuso infantil.

— **Abuso sexual:** Quizá sea el tipo que más probablemente quede sin diagnóstico. En la mayoría de los casos es del sexo femenino. Se sospechará al encontrar en niños antes de la pubertad vulvitis, vaginitis y enfermedades venéreas.

— **Abuso emocional:** **Niños que son abandonados en lugares públicos o bien en sus casas encerrados en sótanos o cualquier habitación pequeña mientras sus padres están ausentes. Existe un abuso emocionalmente más sutil cuando se hace a los niños de forma crónica y continua, víctima propiciatoria, aterrizándole, reprendiéndole y rechazándole, lo cual trastorna el desarrollo normal de la personalidad del niño. El abuso emocional, difícil de demostrar, puede evidenciarse al aunarse un abuso físico comprobado o un mayor grado de abandono.**

EPIDEMIOLOGÍA:

a) **Frecuencia:** Existe una evidente falta de datos concretos respecto a la verdadera frecuencia del abuso y abandono del niño.

En E.E.UU., Kempe estima un nivel de aproximadamente unos 300 casos por millón de población y por año o 60.000

casos comunicados por año (2), mientras que Zalba da cifras de 30.000 a 40.000 casos de abusos físicos serios (3) y Eli Newberger calcula valores netamente más altos (250.000 a 400.000 casos por año) que en su opinión responden más exactamente a la realidad (2).

Becker en la República Federal Alemana calcula unos 10.000 casos por año y Chesser en Gran Bretaña piensa que un 7-8% de los niños necesitan en algún momento protección contra los malos tratos (3).

Green señala que todo niño víctima de malos tratos que regresa al hogar sin adoptarse previamente las precauciones pertinentes, tiene un 50% de probabilidad de que se reitere el abuso y un 10% de que acabe en su fallecimiento.

En EE.UU., en los servicios de urgencias hospitalarias aproximadamente el 10% de los traumatismos observados en niños menores de cinco años de edad son provocados y comportan una mortalidad de cerca del 1%, que lleva a unas 600 muertes por año. El doctor Fontana informa que tan solo en la ciudad de Nueva York muere un niño cada semana por abuso de su padre o tutor. El 30% de las fracturas en niños menores de dos años de edad no son accidentales y en el 50% de los casos comprobados de abuso se obtienen pruebas evidentes de malos tratos previos. (2)

Se ha observado, analizando los datos con rigor, que en contra de la opinión general, en síndrome de abuso y abandono del niño, es bastante menos frecuente en la comunidad negra en EE.UU. (2)

El problema fundamental es el de la información, pues que el 98% de los casos, en EE.UU., se comunican a través de organismos públicos, los cuales atienden entre otros a familias de escasos recursos, mientras que el 2% restante proceden de organismos privados y médicos particulares, lo que nos haría pensar que el abuso y abandono del niño no existi-

ría en las capas altas de la sociedad, por tanto se llega a la conclusión de que el conjunto de los datos comunicados es de una grave parcialidad, así como que posiblemente haya una gran cantidad de casos no comunicados.

Se ha visto también que por cada caso de abuso de niños, se registran cuatro casos de abandono o negligencia en su cuidado (2),

b) Respecto a las víctimas de malos tratos: Hay que distinguir entre "niños descuidado" al que faltan cuidados y que están sucio y mal vestido y "niño maltratado" que puede estar limpio y bien alimentado y vestido, aunque en algunas condiciones socioeconómicas, un niño puede estar a la vez descuidado y maltratado.

— **Edad:** Aunque ocurren lesiones no accidentales durante todo el periodo del desarrollo, la mayor parte de los casos comunicados corresponden a niños menores de tres años, (en los observados por J. M. Grislain eran la totalidad de los casos), es decir que los autores de los malos tratos puede deducirse que pertenecen al medio familiar. En una tercera parte de los casos tienen estos niños menos de seis meses de vida (MacHenry); en otra tercera parte, de los seis meses a los tres años de edad y la tercera parte restante son niños mayores de tres años. De lo que resulta que aproximadamente un 50% de los niños tienen edad inferior al año (Strauss) y el 70% según comprobó Schloesser tienen menos de tres años. (3) Los prematuros presentan este riesgo tres veces más que los normales (1). Por otra parte todavía hay pocos datos sobre la magnitud de este problema en el niño en edad escolar.

Respecto al abuso sexual, parece ser que no hay una preponderancia clara en ningún grupo de edad (4), aunque para De Jong et al., considerando víctimas inferiores a dieciocho años de edad, la edad media en niños varones, siete años,

es más baja que en niñas que es de trece años. (5) También se señala que a menor edad, el abuso proviene más probablemente de personas conocidas, mientras que en niños mayores lo es de desconocidos.

— **En cuanto al sexo:** Hay un claro, aunque no muy acusado predominio de los niños varones en caso de maltrato físico (49:30, Rabouille; 30:11, Camps y Cameron) (3). Sin embargo, predominan las niñas entre las víctimas de abuso sexual (2,4).

— **Otros factores:** Se ha incluido el stress como un importante factor predisponente al abuso infantil, ya como un hecho aislado (pérdida del trabajo, etc...) ya como un stress crónico. En este segundo apartado se encuentran factores como: ser el primer hijo de la pareja, no deseado por ser ilegítimo o por ser inconveniente para las condiciones económicas del momento, por ser hijos adoptivos que no han respondido a las esperanzas en él puestas, o bien adopción obligada por circunstancias especiales. Están más predisuestos los hijastros (3). También lo están los gemelos (6), en los que se unen factores tales como el aumento de riesgo en familias amplias (factor que junto a problemas de espacio, ambos compartidos en familias con gemelos y el hecho de que los gemelos suelen tener incidencia aumentada de problemas perinatales, predispone al abuso.

Por último, y ampliando lo anterior, reseñar que a veces son niños subnormales, débiles mentales, con trastornos del carácter, terrores nocturnos, gritos y llanto continuo, vómitos persistentes, o bien con trastornos físicos, a veces neuropatías etc... Todo ello hace que aumenten las frustraciones y los problemas para la educación y la crianza.

c) **Los autores de los malos tratos:** Los estudios realizados sobre las familias que someten a los niños a malos tratos indican que provienen de todo tipo de

grupos étnicos, geográficos, religiosos, educacionales, ocupacionales, y socioeconómicos. Quizá los grupos socioeconómicamente peor situados presenten alguna mayor incidencia, por padecer más crisis, así como limitaciones tanto en medios materiales como por sus características emocionales y de personalidad. Son muchas veces familias en que los apuros económicos obligan a trabajar fuera de casa a ambos padres.

— Los autores son generalmente los padres, habitualmente es uno solo, bien el padre, bien la madre, y más raramente ambos de forma conjunta. En general son padres jóvenes y a veces no están casados. También pueden ser autores los padrastros o madrastras, amantes de los padres, tutores o guardianes del niño. Se han descrito más excepcionalmente como autores a los abuelos del niño o a sus hermanos mayores (3).

— Las madres u otras mujeres vigilantes participan más en el proceso del abuso que los padres, porque están más tiempo al cuidado de los hijos (2). En la serie de Steele y Pollock de 1968 (7), se trataba de la madre en 50 casos y del padre en 7 casos. En otros estudios, los padres figuran en proporción similar a las madres. La diferencia entre padres y madres no se observa si los padres carecen de empleo (1). Sin embargo, el abuso por parte de los padres u otros vigilantes varones se caracteriza por lesiones más graves en el niño (2).

— Grislain et al. (7), señalan que según las estadísticas de los Tribunales de Menores de Nantes, en el 90% de los expedientes se menciona alcoholismo en los padres. Este grupo también relaciona estas familias con condiciones socioeconómicas desfavorables. También se han observado además de la asociación alcoholismo crónico o bien abusos esporádicos de alcohol, la presencia de bajos coeficientes de inteligencia. Por el contrario, Steele y Pollock en 1968 (7) no encuentran diferencias entre sus pacien-

tes y la población general desde el punto de vista socio económico del nivel intelectual (C.I.: 70-130); en su grupo, además, el alcoholismo no tiene relación directa con los episodios de malos tratos sobre los niños.

— Las características psicológicas de los autores de malos tratos son importantes, con personalidades inestables, poco maduras emocionalmente, con falta de adaptación a la responsabilidad de la paternidad, incluso con alteraciones psicopatológicas más o menos acentuadas de histeria, psicopatías, neurosis o personalidades anormales, además de problemas de alcoholismo o bien de bajo nivel de inteligencia, ya comentado anteriormente. (3) Bryan y Kaufman han observado en estos padres antecedentes de existencia a su vez, de padres neuróticos o psicópatas, o bien alcohólicos. Ellos mismos también sufrieron durante su niñez de malos tratos y se educaron en ambientes violentos y en medios de gran promiscuidad sexual.

Steele y Pollock indican que los sujetos que maltratan a los niños han sido descritos como "inmaduros", "narcisistas", "impulsivos", "dependientes", "sadomasoquistas", "egocéntricos", "exigentes"; estos adjetivos son apropiados, sin embargo estas características psicológicas suelen ser bastantes frecuentes entre la población general, por lo tanto constituyen un escaso apoyo para la comprensión del problema. (7) Estos autores también han intentado describir un modelo, una forma constante de comportamiento de estos padres, que bien puede ir unido a otros trastornos de orden psicológico, o bien pueden no coincidir con estos trastornos. Este modo de comportarse se correspondería con un modelo específico de educación, que han recibido estos padres. Describen dos elementos básicos:

— Espera y exigencia por parte del padre, opuestas a las funciones del niño.

— Falta de consideración por parte del padre para con las necesidades propias del niño, de sus capacidades limitadas, de su impotencia.

Kaufman (7) ha descrito el mismo fenómeno como "distorsión de la realidad" por el padre y de "percepción aberrante del niño pequeño". Según este autor, el niño no es percibido por el padre, sino que éste solo percibe una cierta figura delirante. Puede ser percibido como aquella porción psicótica del padre que éste desea dominar o destruir. El padre actuaría a veces como lo haría un niño asustado, desarmado, que busca en su propio hijo, un adulto capaz de dar amor y consuelo: es la "inversión del rol" de Morris y Gould. También describe Kaufman la existencia de padres psicológicamente muy infantiles que desearían ser niños, y muestran resentimiento en contra de la dependencia y las necesidades de su hijo. La expresión de este resentimiento se realizaría de forma hostil, proyectando sobre los hijos sus dificultades y problemas, pues tienen la idea de que el niño es la causa de los mismos.

Se señalarán entre las características de estos padres:

— Noción aberrante sobre las necesidades y las capacidades de sus hijos.

— La vivencia de las actitudes del hijo como una rebeldía dirigida contra ellos, como una falta de reconocimiento de sus deberes para con los padres, como la no sumisión a la autoridad, que ellos como padres se han atribuido.

— Actitud educativa rígida, rigurosa, con uso de correcciones y castigos, que en realidad significa una defensa contra el temor de que los hijos se desvíen del camino adecuado y correcto.

En la mayor parte de estos padres, los

malos tratos no se acompañan de sentimientos de culpabilidad porque se sienten en su derecho, considerar su actitud educativa o como la consecuencia de una autoridad indispensable, estando además como están en una sociedad que permite el castigo físico como método educativo. Sin embargo en algunos, estas reacciones agresivas pueden acompañarse de cierto desconcierto y sentimiento de culpa.

Las reacciones del niño maltratado pueden aumentar la agresividad del padre tanto si lo hace de manera pasiva o bien reactiva. Esto conlleva el peligro de que se establezcan entre ambos unas relaciones violentas como forma de diálogo que se aceptan tanto por parte del agresor, como de la víctima.

ETIOLOGIA:

Clement Smith piensa que el abuso y maltrato del niño representa una enfermedad de adultos que se expresa en el niño y Helfer amplia esta idea al añadir que la etiología de este síndrome de abuso del niño se podría sintetizar en:

- existencia de un tipo particular de padre.
- existencia de un tipo particular de niño.
- acontecimientos, circunstancias de las que depende el paso a la acción y que provocan ansiedad y finalmente la crisis.

Además Green añade la tolerancia cultural de la sociedad permitiendo el castigo corporal, por lo tanto esta etiología recoge al niño en el contexto familiar y a la familia dentro del contexto de la sociedad. (2) Por lo tanto, para que ocurra un episodio de abuso se requeriría la confluencia de los tres factores.

Se ha hablado ya sobre la personalidad de este tipo de padres: él mismo víc-

tima de malos tratos, sometido a una educación deformante (fenómeno cíclico), con trastornos psicológicos, adicto a los narcóticos o al alcohol, etc...

Respecto al niño también se ha comentado el que sea no deseado, crónicamente enfermo o inválido, o bien hiperactivo o que llora sin descanso, en el niño pequeño una mala regulación de las funciones fisiológicas elementales (alimentación, esófiteros), puede provocar la crisis. En niños mayores conductas interpretadas erróneamente por los padres como oposición o un exceso de demandas a sus padres.

Crisis: Suele ocurrir el abuso físico en días en que existe en el medio familiar una tensión evidente. Más frecuentemente pérdida del empleo, muerte, divorcio, avería en el coche o en el televisor, el nacimiento de un hermano, o una enfermedad infantil que provoque llanto constante. En resumen, situaciones que provocan angustia, tensión, pudiendo ser el niño un blanco accesible sobre el cual descargar la ira y la frustración. También actúa como blanco de reacciones agresivas interconyugales o bien porque interfiere las disputas entre la pareja.

La tolerancia cultural de la sociedad acepta e incluso estimula el uso del castigo corporal como método educativo válido y legítimo.

Más del 90% de los padres que cometen abusos no son psicóticos, ni sociopatas, sino que han golpeado a sus hijos, después de un acceso de ira provocado por circunstancias determinadas, conductas o comportamientos, acceso que han sido incapaces de controlar. A menudo por los antecedentes que tienen de haber sufrido también malos tratos en la infancia, tienen un escaso control de estos impulsos. Realizan así la actuación de lo que a ellos les sucedió, es pues, un fenómeno cíclico.

Para Dietrich et al., (8) el abuso y abandono en niños se origina fundamentalmente por un fracaso en la interacción

padre-hijo. Separa los casos leves de los graves, y los divide en: casos de simple abandono, casos de lesión no accidental, casos con apenas fallo de crecimiento (manifestado por anemia ferropénica) más lesión no accidental y casos de fallo de crecimiento más lesión no accidental. Por otra parte, señala que cuanto peores o más deficientes son las interacciones padre-hijo, más severos y graves son los tipos de abuso lo que sugiere que la ruptura de las interacciones adecuadas padre-hijo es la base del problema del niño maltratado, aunque indudablemente los factores demográficos, de personalidad, económicos, de salud y otros dependientes del tipo de personalidad de padres y niños contribuyen a esta ruptura por diversos caminos, pero las dificultades de interacción representan un indicador para el diagnóstico más palpable, facilitándose una intervención en el problema.

HISTORIA CLINICA:

El síndrome del abuso del niño es prototípico en sus manifestaciones, de complicada etiología y complejo en su tratamiento. Las grandes dificultades diagnósticas no se plantean en aquellos niños gravemente lesionados, ni en el muerto apenas nacido, sino en aquellos niños en los que la historia clínica y datos de exploración son más sutiles, obligando a una cuidadosa observación clínica y agudeza en el diagnóstico.

Los médicos sospecharán la existencia de este síndrome en circunstancias como las siguientes (1,2):

— En aquellos casos en que los padres ofrecen una historia poco convincente del traumatismo experimentado por el niño. Algunos padres se resistirán a la información voluntaria o incluso dirán que no tienen idea de lo que ha podido pasar; serán explicaciones muy vagas e inconsis-

tentes como por ejemplo: "puede haberse caído". Estas explicaciones los acusarán en cierta manera, puesto que los padres que no son responsables de las lesiones de sus hijos suelen conocer con toda exactitud el lugar, la forma y cuando su hijo se hizo daño.

— En aquellos casos en los que existe una discrepancia entre la historia que relatan ambos padres o testigos del accidente.

— Cuando exista discrepancia entre la historia del traumatismo leve que cuentan los padres y el hallazgo a la exploración clínica de un grado más grave de lesiones físicas.

— En las ocasiones en las que hay discrepancia entre la edad de desarrollo del niño y la historia del accidente. Los niños menores de seis meses de edad no suelen provocar ningún tipo de accidentes: es totalmente falso que los lactantes puedan lesionarse rodando sobre sus brazos y rompiendoselos o bien aprisionando sus cabezas en la cama y provocándose fracturas de cráneo. También es falso que los niños más mayores puedan hacerse daño deliberadamente.

— Cuando hay un intervalo prolongado entre el momento de la lesión y la búsqueda de ayuda y cuidados médicos para el niño. Los padres normales generalmente acuden a la consulta inmediatamente después de producirse el traumatismo. Algunos niños sometidos a tales abusos físicos no son llevados al especialista hasta transcurrido un largo tiempo y a pesar de lo aparatoso de las heridas. Smith (1) observó que para el 40% de los niños no se solicitaba atención médica hasta la mañana siguiente de ocurrido el accidente, mientras que había otro 40% que fueron llevados al médico en el plazo de cuatro días después del traumatismo.

— También se sospechará cuando haya historia de traumatismos repetidos que han sido tratados en diferentes clínicas.

— Por último, siempre que la respuesta

o actitud de los padres ante los consejos del personal sanitario, no sea la apropiada, incluyéndose en ésto hasta el abandono del niño en el consultorio o servicio de urgencias.

Morris et al. (2) han descrito 28 características distintivas en la conducta de los padres responsables de abuso y abandono con respecto a las lesiones de sus hijos, que para este autor poseen importancia diagnóstica decisiva, y entre las cuales podemos citar:

— Las ya citadas actitudes evasivas o contradictorias sobre las circunstancias de la lesión, o la resistencia a la información voluntaria.

— Dura crítica y manifestaciones de cólera contra el niño lesionando.

— Falta de interés y preocupación en cuanto a las lesiones, tratamiento o pronóstico.

— El presunto culpable rara vez toca o mira al niño.

— Respuestas inapropiadas o ausencias de las mismas ante el llanto del niño.

— También se han observado unas características sobre la conducta del niño víctima de abusos físicos, que pueden orientar al médico, como:

— Puede llorar desesperadamente durante el exámen o tratamiento, o bien apenas se queja, no llora ni se mueve.

— No mira a los padres en busca de apoyo o protección.

— Muestra recelo ante el contacto con personas adultas y miedo a confiarse.

— Se halla siempre en acecho, en actitud vigilante, como si presintiera un peligro para él.

Para Rosenberg et al. (9) es importante contar con un buen procedimiento de screening, para detectar niños con especial riesgo de sufrir abuso. Propone la valoración por el personal sanitario de una serie de factores que han sido asociados a abuso infantil, como:

— En los padres:

— Conducta agresiva definida por solicitar fuera de lugar exámenes, inyecciones, radiografías, u hospitalización.

— Conducta hostil definida por gritos en la zona de urgencias con críticas al personal sanitario y amenazas.

— Críticas al niño o esperar de él un comportamiento imposible para su edad como pretender que un niño menor de seis meses pueda dejar de llorar ante sus órdenes.

— Falta de vínculo:

— Falta de contacto físico, visual, verbal con el niño.

— Conducta alterada:

— Definida por estar bajo la influencia del alcohol, con olor en el aliento y marcha alterada, o bien eufórico o deprimido.

— En los hijos:

— Desaliño definido como ropas sucias, suciedad bajo uñas o en axilas o pies, u olor desagradable.

— Calvicie en occipucio.

— Magulladuras, quemaduras o mordiscos.

En resumen, el médico sospechará cuando observe cualquier lesión, sobre todo en niños pequeños y deberá registrar con todo cuidado si existen características de conducta inapropiada tanto en padres como en los niños. Puede ayudar en estos casos el preguntarse si un buen padre se comportaría tal como lo estamos observando.

EXAMEN FISICO:

Determinadas lesiones identificarán un abuso. Las lesiones serán de diferente naturaleza, de acuerdo con el tipo de malos tratos inflingidos al niño. Encontraremos, siguiendo a Schmitt y Kempe (17):

— **Contusiones, magulladuras, ronchas en la piel:** Cuando estén localizadas a nivel de nalgas o parte inferior de la espalda siempre serán muy sugestivas de abuso (1,10). Las lesiones se localizan preferentemente, pero no exclusivamente en la cabeza y cara. Cuando estas lesiones en cara y cabeza son accidentales predominan en niños menores de tres años, haciéndose más infrecuentes conforme aumenta la edad y se desarrolla una mejor coordinación, mientras que cuando son intencionadas se presentan a cualquier edad (10). Las lesiones más frecuentes de las accidentales (10).

Casi siempre son múltiples y normalmente en diferente momento de evolución. Se producirán por diferentes mecanismos:

- Por golpes en la cabeza y especialmente en la cara, con la mano abierta y más raramente con objetos contundentes.
 - Por golpes en otras partes del cuerpo con bastones, reglas, cinturones, látigos, etc... A menudo la equimosis tendrá la forma de éste.
- Por empujones tirando al niño al suelo o golpeándolo contra las paredes.
- Haciéndoles caer escaleras abajo.
- Pateamientos en todo el cuerpo, sobre todo en las nalgas.
- Al zarandear a los niños brusca y violentamente, se encuentran huellas de dedos y del pulgar en los brazos.

En muchas fases de la curación se observan todavía magulladuras, hematomas y cicatrices.

Hay que tener un gran cuidado en no confundirlas con lesiones de otra etiología como por ejemplo una mancha mongólica con un hematoma, o en eritemas multiformes asociados a lesiones equimó-

ticas, cuya asociación se menciona raramente, pero existe y esto junto al buen estado general del niño pueden hacer sospechar (11).

— **Heridas:** Cortes y punturas, utilizando como instrumentos agujas, navajas, tijeras, tenedores. Generalmente superficiales, pero a veces extensas. También es típico que estén en diferente momento de evolución. Son muy clásicas las laceraciones del labio superior con desgarramiento del frenillo que se originan al intentar callar a un niño que chilla, o al forzar la alimentación. Así mismo son típicas también las lesiones peribucales.

— **Lesiones extrañas:** Como por ejemplo:

Mordeduras, que dejan señales definidas del tipo de áreas con un aumento de pigmentación y centro claro.

Señales de cuerdas: Marcas curvas sobre la piel, alrededor del cuello si son de estrangulación, y también en tobillos y muñecas.

Señales de quemaduras de cigarrillos o quemaduras que recuerdan las del ganado ejecutadas con hierro de marcar.

— **Signos de lesiones frecuentes:** Cicatricez, descubrimiento de viejas fracturas pro radio-diagnóstico.

— **Enfermedad avanzada y no atendida.**

— **Fallo del crecimiento y mal estado nutricional.**

— **Traumatismos en las zonas preineales o genitales:** Se dan sobre todo en el niño varón, recaen sobre testículos y se asocian a lesiones preineales, públicas o de los muslos.

— **Lesiones musculares y nerviosas:** Se producen cuando se suspende al niño por los brazos, dando así lugar a arrancamientos ligamentosos, desgarramientos musculares, elongación del plexo braquial, etc...

— **Quemaduras:** Aproximadamente el 10% de casos de abusos físicos incluyen quemaduras. Se localizan más en

tronco y extremidades. Hay varios tipos: — El más frecuente, ya comentado, producidas por cigarrillos encendidos. Son múltiples y suelen encontrarse en las palmas de las manos o en las plantas de los pies dejando sobre la piel señales circulares, en áreas punteadas de tamaño similar.

— Quemaduras de contacto de tipo seco: Con instrumentos calientes como planchas, rizadores, etc... En sus primeros estadios es muy significativo el agente térmico empleado. También por colocar al niño sobre una estufa encendida, o por obligarle a mantenerse pegado a un radiador apareciendo en este caso quemaduras de segundo grado sin ampollas y normalmente incluyen una sola superficie del cuerpo o ambas palmas de las manos.

— Quemaduras con agua caliente: Son de diversos tipos. Se producen por derramar sobre el niño agua u otros líquidos calientes. Las quemaduras en nalgas ocurren cuando uno de los padres sostiene los muslos del niño contra su abdomen y le sumerge éstas y perineo en un baño de agua hirviendo como una forma de castigo a una enuresis o a una resistencia en el aprendizaje de su aseo personal. Se provoca así una quemadura circular en las nalgas de borde muy definido que acaba en la cintura y los muslos. En este caso las manos y los pies estarán ilesos lo que nos hará descartar una caída accidental en la bañera o que se haya producido su lesión al abrir el agua caliente estando allí el niño. Cuando se obliga al niño a sumergir en agua hirviendo una mano o un pie como castigo, la quemadura se delimitará perfectamente alrededor de la muñeca o del tobillo lo que hará sospechar. También se ha descrito el poner los pies del niño en agua hirviendo y sacarlos luego a pasear.

— **Las lesiones oculares:** Incluyen hifema, dislocación del cristalino, y desprendimiento de retina. Aparecerán pla-

cas atróficas en la periferia del campo retiniano temporal. Más de la mitad de este tipo de lesiones provocan un trastorno permanente de la visión en uno o en ambos ojos.

— **Lesiones cerebro-meningeas:**

Entre las lesiones se destaca sobre todo:

El hematoma subdural, como el más grave de todos estos traumatismos posibles en un cuadro de malos tratos, en cuanto a su alta mortalidad y las graves secuelas neurológicas que ocasiona (1,12), Caffey en 1946 acuñó con su nombre un síndrome caracterizado por fracturas de los huesos largos y hematoma subdural, del que inicialmente pensó que pudiera corresponderse con alguna nueva entidad morbosa en la infancia; sin embargo hoy se le ha reconocido de origen traumático, formando parte del síndrome de abuso infantil. Estos niños a menudo se presentan por la compresión cerebral, con coma y convulsiones. Algunos presentan múltiples fracturas craneales (después de haber sido golpeados contra una pared, o contra una puerta); más de la mitad no presentan fractura. Suelen llamarse espontáneos los hematomas subdurales sin fractura evidente, pero en recientes estudios se ha visto que éstos responden también etiológicamente a un violento zarandeo. La rápida aceleración y desaceleración de la cabeza que se produce al aumentar y disminuir el zarandeo origina un desgarramiento de las venas anastomóticas, con la formación de una hemorragia que se localizará en el espacio subdural, usualmente de forma bilateral. Las hemorragias retinianas casi siempre presentes ayudan a establecer el diagnóstico.

Pueden producirse también hemorragias meningeas cuando se trata de niños de más edad.

También hay meningitis serosas traumáticas cuando los traumatismos se repiten frecuentemente.

— **Fracturas:** Por orden de frecuencia e importancia se señalarán:

Fracturas de cabeza: Que afectan al macizo facial, nariz sobre todo, y al cráneo, tanto a la bóveda como a la base. A menudo se encuentran varias fisuras que parten del punto donde se ha recibido el golpe directo, aunque también pueden estar en huesos distintos.

Fracturas de las extremidades: En las diáfisis de los huesos largos, sobre todo en fémur y húmero. También son muy típicas las lesiones en la unión diafiso-epifisaria que tendrá repercusión en el crecimiento del niño. El síndrome más característico es el del polifracturado, sin antecedentes de un accidente que lo justifique y, sobre todo con diferentes estadios evolutivos en las distintas fracturas. Son habituales los callos viciosos por mala consolidación.

Fracturas torácicas: Afectando sobre todo a costillas, por mecanismo de hiperflexión debido a caídas sobre planos duros, aunque los golpes directos explicarán otras localizaciones. Para Feldman (13), en ausencia de evidencia radiológica de otra enfermedad ósea, las fracturas costales inexplicables son específicas de abuso. Respecto al hecho de que puedan producirse por reanimación cardiopulmonar durante el viaje al hospital, la literatura sobre abuso infantil asegura que la compresión anteroposterior realizada en la reanimación da fracturas laterales mientras que si es por abuso son posteriores.

Muy excepcionalmente se ven fracturas de pelvis y de columna vertebral.

— **Los traumatismos intraabdominales:** son la 2ª causa más frecuente de muerte en los niños maltratados, aunque no son frecuentes. Afectan a órganos huecos (estómago, vejiga, intestino), al mesenterio, hematomas retroperitoneales, etc... Los más frecuentes hallazgos consisten en desgarros mesentéricos o del intestino delgado en las zonas donde existen conexiones ligamentosas, como en duodenos y yeyuno proximal. Tam-

bién se ha observado ascitis quillosa. En cuanto a la sintomatología, estos niños se presentan con vómitos recurrentes, distensión abdominal, ausencia de ruidos intestinales o bien con zonas deprimidas localizadas.

— **Enfermedades de transmisión sexual:** Para White et al. (4) en niños preadolescentes, las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes en el abuso sexual sobre niños son:

Gonorrea: Más comunmente diagnosticada en niñas. Los niños con vaginitis o uretritis tienen síntomas generalmente con supuración de unas 8 semanas. Si está asintomático puede persistir hasta 6 meses sin tratamiento. Las infecciones faringéas y rectales son casi siempre asintomáticas. Es la más común encontrada en niños prepuberales.

Sífilis: Un test serológico debería ser rutinario en los casos de abuso sexual en niños. Es más frecuente en niñas. Suele asociarse a otras enfermedades de transmisión sexual.

Condilomas acuminados: Más frecuentes en varones.

Tricomoniasis: Más frecuentes en niñas, su presencia en muchachas prepuberales sugiere actividad sexual.

El número de casos de abuso sexual está aumentando y es difícil obtener información, además la exploración suele resultar poco indicativa.

— **El síndrome de Munchausen by Proxy** ha sido aplicado a niños con enfermedades artificiales inducidas por adultos. Es causa de graves problemas diagnósticos. También se le ha llamado síndrome de Polle. Se han descrito sobre todo sepsis polimicrobianas cuyo origen ha sido manipulación de catéteres intravenosos con inyección de soluciones u otro tipo de sustancias como saliva, agua contaminada, etc... (14,15). También se han descrito casos de epilepsia ficticia (16).

Finalmente es importante reseñar que las lesiones del tipo de contusiones, he-

matomas, heridas, quemaduras, ofrecen un signo muy valioso: la dramática mejoría que experimentan en cuanto se sustrae al niño de su medio ambiente.

DIAGNOSTICO:

Son importantes los datos de laboratorio para descartar la posibilidad de trastornos de coagulación que favorezcan la presentación de hematomas ante mínimos traumatismos. Junto a esto en toda sospecha de malos tratos será inexcusable la exposición radiológica de todo el esqueleto: Normalmente no suelen encontrarse grandes fracturas, pero los torcimientos, sacudidas y zarandeos suelen desprender el periostio y una esquina metafisaria. Inmediatamente después del traumatismo se verá radiológicamente la astilla de la fractura. De 10 a 14 días después de éste la hemorragia subperióstica empezará a calcificarse en la periferia y aparecerá en la radiografía como una muesca. Cuando se observen múltiples traumatismos óseos en diferentes estadios de evolución, indicará abusos físicos repetidos.

Será necesario un radiólogo experto que diferencie el abuso físico de algunas enfermedades óseas que pueden parecerse, como la osteogénesis imperfecta, la hiperostosis infantil cortical, el escorbuto, la sífilis y las neoplasias.

Generalmente el estudio radiográfico es suficiente sin necesidad de acompañarlo de un scanning óseo que expondría al niño a la radiación de forma gratuita. Sin embargo cuando los resultados son poco claros y hay signos de abuso físico, el realizar ambas pruebas, asegura la probabilidad de detectar las fracturas (17).

El diagnóstico de abuso infantil tiene importantes ramificaciones psicológicas y sociales y no debe hacerse a la ligera. Siempre que cntre a formar parte del diagnóstico diferencial es muy importan-

te que todo lo que se registre sea de forma exacta, con una clara diferenciación entre los hallazgos subjetivos y objetivos y con una relación cuidadosa y completa de los datos básicos.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN:

En los casos que se sospeche un abuso físico será necesario establecer un plan lógico para el tratamiento. Dado que el abuso es un problema multidimensional en su etiología, es obligado que el tratamiento sea dirigido por un equipo integrado por especialistas en diversas disciplinas.

Pero el médico actúa no solo como terapeuta de los niños sometidos a sus cuidados, sino también como abogado a quien preocupa el bienestar de la población infantil de su comunidad, luego entre sus objetivos estarán:

- Eliminar o reducir la frecuencia del abuso físico al niño en su comunidad.
- Garantizar la terapéutica adecuada al niño víctima de abuso.

La terapéutica tendrá tres objetivos específicos:

- Proteger al niño contra toda violencia inicial o reiterada.
- Proporcionar a los padres el apoyo y tratamiento necesario para enfrentarse a las causas de conducta anormal.
- Facilitar el retorno del niño a su hogar, ya rehabilitado, lo antes posible.

El tratamiento eficaz incluye cuatro componentes: Tratamiento, vigilancia, rehabilitación y prevención. Su eficacia se valorará por la rapidez con la que el niño víctima puede de nuevo convivir con sus padres en su hogar rehabilitado.

a) Tratamiento: Varios pasos (1):

- Hospitalizar al niño: Para protegerlo mientras se investiga las condiciones de su hogar. Se puede decir a los padres que "las lesiones necesitan un periodo de vigilancia". Las preguntas incriminadoras se reducirán al mínimo. Ya hospitalizado, se estudia con detalle.
- Tratar los traumatismos con las medidas médicas y quirúrgicas pertinentes.
 - Mantener un acercamiento hacia los padres: Es difícil por los sentimientos de ira que despiertan, pero no deben expresarse, puesto que sería negativo para llegar a la cooperación necesaria. Se tendrá en cuenta que las lesiones se produjeron en momentos de tensión, no deliberadamente y que los padres sienten ya su culpabilidad. No hacer acusaciones ni realizar interrogatorios repetidos.
- Explicar a los padres el diagnóstico y la necesidad del informe oficial: Recibirán el diagnóstico del médico antes de que éste haga el informe oficial, explicándoles que es una obligación legal ante lesiones no explicadas satisfactoriamente. El asunto será confidencial (no aparecerá en prensa) y se convencerá a los padres de que únicamente se intenta ayudarles para que logren una mejor convivencia con sus hijos pero no castigarles.
- Informe: Oficial y a un servicio de protección infantil.
- Consultar a los asistentes sociales hospitalarios: Para que evalúen la seguridad y las condiciones que ofrece el hogar del niño, los problemas entre los padres, su relación conyugal, su manera de aceptar el tratamiento y la totalidad de los problemas de la familia. A veces el asistente necesitará la ayuda del psiquiatra.
- Cooperación: Entre los asistentes sociales hospitalarios, pediatras, enfermeras, el organismo de protección infantil, ocasionalmente el psiquiatra y los diferentes servicios de la comunidad que tengan relación con la familia. Se evaluará totalmente el problema y se decidirán los planes de acción que deben seguirse.
- Seguir los consejos del organismo de protección infantil: Decidirá si el niño necesita apoyo oficial o no para que vuelva seguro a su domicilio o si es preferible internarlo en algún centro especial para su cuidado. El pediatra está obligado a proteger al niño hasta que se determine el plan de acción más apropiado.
- Funciones de los servicios de protección: (2) Son otras modalidades de tratamiento que proporcionan un seguimiento psicosocial y medidas terapéuticas adecuadas. Propuestas por Kempe, algunas han sido de gran utilidad en casos aislados. Por ejemplo:
 - Ayuda a las madres.
 - Terapéuticas por no profesionales competentes, capaz de proporcionar ayuda y sostén de forma ininterrumpida.
 - Grupos de padres anónimos, inspirados en los mismos conceptos utilizados por los alcohólicos anónimos.
- Guarderías e instituciones que presten servicio durante las 24 horas y que proporcionan ayuda a las madres al ofrecer cuidado temporal a sus hijos cuando éste sea necesario.
 - La psicoterapia infantil.
 - Centros terapéuticos en los cuales los padres agresivos puedan incrementar sus capacidades educati-

vas, rehabilitación vocacional y consejos para los cónyuges.

- Centros para suministro de recursos familiares, instituciones de servicios múltiples accesibles a las familias para la resolución de la crisis. Existen estos y otros muchos tratamientos. Los servicios de protección también visitan los hogares y localizan e identifican a los pacientes.
- Por último, testificar ante la justicia, si es necesario: Para determinar la posibilidad de que sea el Estado el que se encargue del cuidado del niño durante un tiempo. Será también importante que los Jueces conozcan a fondo el problema, pues él finalmente decidirá que el niño vuelva a su hogar.

b) **Vigilancia y rehabilitación:** El niño maltratado necesita muchos más cuidados y más frecuentes que el niño normal, por lo que después del alta, debe regresar al servicio a intervalos regulares, para valoración, durante una temporada y prevención con este seguimiento médico de cualquier recurrencia del abuso. En los casos de lesiones en la cabeza necesita evaluación por un posible retraso, espasticidad o por la aparición de un hematoma subdural.

Junto a esto los padres deben realizar apoyo continuo mediante alguna modalidad de tratamiento para modificar sus conductas. Solo el 10% de los padres agresivos son psicóticos o sociópatas que requieran el ingreso en una institución. Es posible ayudar al 90% de los padres a recuperar un papel educador eficaz.

En toda comunidad, deberá existir personal preparado y instituciones de cuidado para aquellos niños que necesiten ser sacados de sus hogares.

c) **Prevención:** (18). Varios puntos:

- Necesidad de atención sanitaria óp-

tima, con independencia de raza, lugar de residencia o estado socioeconómico para todos los niños, garantizando diagnóstico y tratamiento temprano, así como la conservación de la salud.

- Capacidad de identificar a los padres y niños vulnerables, antes de que ocurra un episodio grave de abuso; lo que requiere el desarrollo de formas de predicción (9), lo que se va poniendo en marcha en muchas instituciones. Sin embargo tiene el problema del impacto que supone clasificar a un individuo como potencial padre de realizar abuso o determinar cual será la forma de intervención preventiva.

— Aumentar la difusión y conocimiento de este síndrome entre los sanitarios.

— Desarrollo de centros e instituciones destinados a atender el abuso del niño con el fin de que se den tratamientos adecuados, educación de equipos especializados y recopilación de datos y su análisis.

También es importante la información a no profesionales, pero de forma no sensacionalista.

En el futuro hay que subrayar la necesidad, no solo de proteger al niño de lesiones futuras, sino también restablecer la capacidad de los padres, si es posible, para lograr una adecuación más apropiada de sus hijos, a través de programas de prevención y de educación para la salud.

PRONOSTICO:

Los abusos físicos y psicológicos, la privación de cuidados y alimentos, acaban por repercutir sobre el estado general del niño cuya conducta expresa un marcado déficit motor: no llora, ni habla, no expresa sus estados anímicos, quizás

excepto el temor, y se retrasa su maduración.

Si se devuelve el niño al hogar sin intervención médica, un 5% fallecen y el 35% aparecen gravemente lesionados de nuevo, además las familias no tratadas tienden a convertir a sus hijos en delincuentes juveniles y en padres que tam-

bién pagarán a sus hijos.

En resumen, el abuso infantil es un programa complejo y multidimensional que deben conocer profundamente los médicos pues estos disponen de medios y conocimientos para mitigar este trágico problema.

BIBLIOGRAFIA:

1. SCHMITT, B.D.; KEMPE, C.H. (1981): Negligencia y abuso en la infancia. En: Nelson, W.E., et al. Tratado de Pediatría. Barcelona, Salvat, tomo I, p.p. 104-109.
2. GREEN, F.C. (1975): Abuso y abandono del niño. Un problema de alta prioridad para el médico familiar. *Clinic. Pediatric. Norteam.*, Mayo 75, 329-339.
3. GISBERT, J.A. (1977): Malos tratos a los niños. En: *Medicina Legal y Toxicológica*. Valencia, Fundación García Muñoz, p.p. 371-374.
4. WHITE, S.T., et al. (1983): Sexually Transmitted Diseases in Sexually Abused Children. *Pediatrics*, 1983 Jul.; 72 (1): 16-21.
5. DE JONG, A.R., et al. (1982): Epidemiologic Factors in Sexual Abuse of Boys. *Am. J. Dis. Child*, 1982; 136(11): 990-993.
6. GROOTHUIS, J.R., et al. (1982): Increased Child Abuse in Families with Twins. *Pediatrics* 1982 Nov.; 70 (5): 769-73.
7. AJURIAGUERRA, J. de; *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona, Toray-Masson S.A. (1972), p.p. 969.
8. DIETRICH, K.N., et al. (1983): Infant Maltreatment: Caretaker-Infant Interaction and Developmental Consequences at Different Levels of Parenting Failure. *Pediatrics* 1983, Oct. 72 (4), 532-39.
9. ROSENBERG, N.M., et al. (1982): Prediction of Child Abuse in an Ambulatory Setting. *Pediatrics*, 1982, Dec.; 70 (6): 879-782.
10. ROBERTON, D.M., et al. (1982): Unusual injury? Recent injury in normal children and children with suspected non-accidental injury. *Br. Med. J.* 1982 Nov.; 285 (6352): 1399-1401.
11. ADLER, R. and KANE-NUSSEN, B. (1983): Erythema Multiforme: Confusion with Child Battering Syndrome. *Pediatrics*, 1983 Nov, 72 (5): 718-20.
12. Child Abuse and cerebral palsy. *Lancet*, 1983, May, 21; 1 (8334): 1143.
13. FELDMAN, K.W. and BREWER, D.K. (1984): Child Abuse, Cardiopulmonary Resuscitation, and Rib Fractures. *Pediatrics* 1984, March 73 (3): 339-342.
14. LISTON, T.E., et al. (1983): Polymicrobial Bacteremia Due to Polle Syndrome: The Child Abuse Variant of Munchausen by Proxy. *Pediatrics* 1983 Aug. 72 (2): 211-13.
15. HALSEY, N.A., et al. (1983): Recurrent Nosocomial Polymicrobial Sepsis Secondary to Child Abuse. *Lancet* 1983 Sept.; 2 (8349): 558-60.
16. MEADOW, R. (1984): Fictitious Epilepsy. *Lancet* 1984 Jul.; 2 (8393): 25-28.
17. JAUDES, P.K. (1984): Comparison of Radiography and Radionuclide Bone Scanning in the Detection of Child Abuse. *Pediatrics*, 1984 Febr. 73 (2): 166-68.
18. KEMPE, C.H. (1976): Approaches to Preventing Child Abuse. *Am. J. Dis. Child*, 1976: 130, 941-47.

MALOS TRATOS A LA INFANCIA II

B. Ferrer*.
M.A. Alvarado**.

* Profesor de la Escuela Departamental de Puericultura.— Zaragoza.

** Médico Puericultor.

RESUMEN

Se inicia el trabajo con un estudio histórico de los malos tratos en la infancia, desde los fenicios hasta el siglo XX.

Se estudia a continuación la naturaleza de los malos tratos, clasificándolos en violencia física, abandono físico y emocional, maltrato emocional y explotación sexual.

Se termina la revisión con la exposición de posibles formas de prevención, exponiendo a continuación una aportación personal de la repercusión que los malos tratos tienen sobre la maduración del niño.

PALABRAS CLAVE:

Niño maltratado. Maduración.

SUMMARY

The work is initiated with a historical

study about the childhood ill-usages, from the phoenicians till the twetieth century.

The work is continued with a study of the nature of the ill-usages, classifying them in fysical violence, fysical and emotional abandonment, emotional ill-usage and sexual exploitation.

The revisión is ended with exposition of the likely ways of prevention, explaining then a personal bringing of the repercusión that the ill-usages have in the child's maturity.

KEY WORDS:

Battered child. Maturity.

I - INTRODUCCION

El niño ha sido objeto de trato muy diverso según las épocas, (1) civilizaciones o pueblos. Haciendo un breve recorrido a través de la historia vemos que se han

perpetrado contra él verdadero crímenes, dede venderlos como esclavos o explotarlos como mano de obra barata, a ofrecerlos en sacrificio para calmar la ira de los dioses. Así, en Fenicia, Tiro y Sidón, eran quemados. En Egipto se ahogaba cada año a una jovencita para que el río se desbordara y fertilizara las tierras. En China, en Palestina, en Judea, en Escandinavia, nos cuentan las crónicas que los padres sacrificaban a sus hijos con el fin de ofrecérselos a los dioses, para aplacar sus iras y atraerse sus favores.

En Atenas el padre era dueño absoluto del hijo recién nacido. En Esparta, cada recién nacido era sometido al juicio de la Asamblea de Ancianos, si le juzgaban útil, respetaban su vida, en caso contrario le despeñaban y servía de alimento para las fieras. En Roma se seguían prácticas similares.

El infanticidio no constituía tan solo una amenaza en las familias reales, sino que en determinadas culturas era ampliamente aceptado como medio para controlar la población. La mutilación de niños como hábito, se remonta también a lejanas edades, desde los vendajes de las niñas chinas, a las deformaciones craneales practicadas en tribus indias y africanas, pasando por la mutilación de órganos sexuales, como rito religioso.

A principios de nuestra era y debido en parte al cristianismo, se inicia un movimiento que en principio es de piedad hacia los niños y que va enriqueciéndose con medidas de protección y asilo. Tenemos ejemplos en el Código Teodosiano (438) y las Leyes visigodas, que prohíben a los padres vender a sus hijos y darlos en prenda. Justiniano, da libertad a los expósitos y ordena que se les eduque con fondos públicos. En Roma y ya en el S. XII, el Papa Inocencio III dispuso que en el Hospital del Espíritu Santo se asistiera a los niños expósitos. En 1136 se crea el Hospital de los Inocentes de Florencia.

El primer centro de protección al niño

en nuestro país, la Insitución El Padre de Huérfanos, data del S. XIV, en Valencia, en virtud del privilegio que le otorga Pedro IV de Aragón, extendiéndose por Navarra, Aragón y Castilla, y recoge a niños huérfanos y abandonados.

En 1567 se funda en Madrid la Inclusa o Casa de Expósitos; y en 1600, el médico Jerónimo Soriano, fundó en Teruel el primer hospital de niños y escribió un tratado sobre la infancia.

Carlos III en 1780 y Carlos IV en 1794 fomentan la educación de niños abandonados. En Sevilla se crea el llamado Hogar "Los Toribios de Sevilla", antecedente lejano de la que fuera jurídica del menor.

Un hito trascendental en orden a la medicina infantil en la España del S. XIX fue la creación en las Universidades de la Cátedra de Pediatría. La legislación española se va haciendo fecunda a lo largo del S. XX, partiendo la Ley de 1904 de Protección a la infancia.

Los progresos de la psicología evolutiva, los trabajos de Spitz, (hospitalismo), de Bolwy (carencias maternas), pueden corroborar las palabras de Laín "solo bien entrado el S. XX ha ganado madurez la consideración científica del niño".

Como vemos el trato que ha recibido el niño en el pasado ha sido absolutamente inadecuado, históricamente la sociedad no se preocupó por los abusos. Cuando los hijos no habían sido deseados, la mortalidad alcanzaba elevadas cuotas. En el Londres decimonónico, por ejemplo, perecían un 80% de los hijos ilegítimos. Durante mucho tiempo la ignorancia de las necesidades psíquicas y físicas de los niños constituyeron la norma, pero los malos tratos a éstos, han sobrevivido hasta la época actual virtualmente inmodificados, debido a que persisten dos creencias:

Primera, los niños son considerados como propiedad de sus padres y se admite que estos tienen pleno derecho a tratarlos como estimen conveniente.

Segunda, los hijos caen bajo la plena responsabilidad de sus padres, el trato riguroso se justifica por la creencia de que los castigos físicos severos, son necesarios para mantener la disciplina e inculcar decisiones educativas. Ahí tenemos la máxima "la letra con sangre entra".

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por A. Tardieu, catedrático de Medicina Legal en París. Hubo de basarse forzosamente en hallazgos obtenidos en las autopsias. Recogió 32 casos de niños golpeados o quemados hasta causarles la muerte. En el mismo año A. Jhonson llamó la atención sobre la frecuencia de fracturas múltiples en los niños. Tuvo que pasar bastante tiempo hasta que J. Caffey en 1964 informó sobre sus primeras observaciones relativas a la hasta entonces no explicada asociación entre hematomas subdurales y alteraciones radiológicas anormales en los huesos largos. Caffey y Silverman establecieron claramente la índole traumática de dichas lesiones. H. Kempe, en 1961, en la Reunión Anual de la Academia Americana de Pediatría describió de forma completa el síndrome del niño golpeado bajo el punto de vista pediátrico, psiquiátrico, radiológico y legal, así como las primeras cifras de incidencia correspondientes a los Estados Unidos.

La historia de la violencia contra el niño como lacra social implica no solo un creciente reconocimiento de que supone un mal innecesario, sino que además, debe estimular nuestra capacidad para diseñar medios que permitan establecer la historia clínica de las lesiones infligidas al niño y la buena disposición de la comunidad, para enfocar el problema de un modo constructivo.

NATURALEZA DE LOS MALOS TRATOS

El maltratado infantil supone la existen-

cia de un niño golpeado, pero la conexión de causa y efecto no se concibe perfectamente. Un modo de consideración es el estudio de los síntomas que presenta el niño, otro consiste en tener en cuenta las acciones de los adultos que lo tienen a su cargo, ya sean padres, encargados o amigos. (2, 3, 4, 5)

Corrientemente se utilizan cuatro categorías para clasificar el maltrato recibido por los niños:

- Violencia física
- Abandono físico y emocional
- Maltrato emocional
- Explotación sexual

La violencia física implica la existencia de actos físicamente nocivos contra el niño, queda definida como cualquier lesión infligida ya sean hematomas, quemaduras, traumatismos en cráneo o cara, fracturas, daños abdominales o envenenamiento. Las lesiones producidas requieren atención médica, ya la reciba o no el niño.

El límite entre las lesiones causadas deliberadamente y el abandono físico es en ocasiones difícil de determinar. (6) El abandono, la negligencia, pueden constituir una forma muy insidiosa de causar daños graves, y si no interviene un médico, pueden persistir en ignorancia durante mucho tiempo. La negligencia implica un fallo del progenitor en cuanto a actuar debidamente para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño. La negligencia física incluye el abandono alimenticio, la falta de cuidados médicos, o bien la ausencia de una suficiente protección del niño contra riesgos físicos y sociales.

La negligencia referida a la nutrición consiste en no proporcionar al niño las calorías suficientes, bien por alimentación escasa o bien por someterle a una dieta extravagante. Ello da lugar a insuficiencias en el desarrollo, un estado potencialmente amenazador para la vida en el que

el peso, la talla están por debajo del tercer percentil en las gráficas de niños de la misma edad. Si bien existen enfermedades que ocasionan deficiencias en el desarrollo, más de la mitad de los casos observados son debidos a una nutrición inadecuada. El lactante es pequeño, con huesos prominentes y sin panículo adiposo en sus mejillas y sus nalgas; presenta una expresión angustiada y un apetito voraz. Los niños que padecen estas deficiencias del desarrollo muestran con frecuencia otros signos de abandono, tales como falta de aseo y alteraciones emocionales, establecen difícilmente comunicación con los demás, están deprimidos y apáticos.

Hay casos flagrantes de niños a los que se deja atados en un desván o en un sótano, pero son mucho más frecuentes las formas sutiles de maltrato emocional, en las que un niño es constantemente aterrizado, regañado o rechazado.

Los malos tratos sexuales, suponen la explotación de niños mediante actos tales como incesto, abusos y violación.

Los abusos sexuales se definen como la implicación de niños y adolescentes dependientes, e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado. Incluyen la pedofilia, la violación y el incesto, como ya hemos dicho. Otro término es el de la explotación sexual"; estos niños y adolescentes son explotados ya que el abuso sexual les arrebató el control, determinado por el desarrollo, sobre sus propios cuerpos; y el de su propia preferencia, por el aumento de madurez, por compañeros sexuales y en igualdad de condiciones. Esto es así ya tenga que enfrentarse el niño con un acto aislado, manifiesto y quizá violento, cometido por lo general por un extraño, o bien con actos incestuosos, forzados o no y proseguidos con frecuencia durante muchos años.

El comportamiento del adulto, bien

adopte una actitud colérica, indiferente o incluso seductora puede variar enormemente de unos casos a otros. Resulta difícil abstenerse de acusar a tales padres, pero es más convincente considerar su comportamiento como una respuesta extrema a un stress y tener en cuenta que con frecuencia dichos padres son individuos que a su vez padecieron malos tratos en su infancia. Uno de los errores principales sobre los padres que golpean a sus hijos consiste en la creencia de que se trata siempre de sujetos en malas condiciones económicas; unos padres pobres pueden estar sometidos a mayor número de tensiones externas, producidas por la falta de vivienda adecuada, el hacinamiento o las deudas que no sufren otros económicamente mejor situados, pero las tensiones internas esenciales son notablemente similares en ambas circunstancias.

Otro error consiste en creer que los padres que maltratan a sus hijos son fundamentalmente e incurablemente anormales, psicóticos, criminales...

Y una tercera concepción errónea es pensar que ocurre raramente el que los padres den malos tratos a sus hijos.

No existen datos fiables sobre la frecuencia. (7)

Un cálculo aproximado de la frecuencia de los malos tratos a los niños nos lo pueden dar las estadísticas de Estados Unidos donde se vienen a señalar 320 casos por millón de habitantes y las comunicaciones de abusos sexuales son de 150 por millón de habitantes. Parece ser que los casos comunicados no representan más que una fracción de la totalidad, sobre todo en los casos de abuso y ultrajes sexuales. Los investigadores que basen sus conclusiones tan solo en los casos comunicados, subestiman inevitablemente el problema.

Siguiendo con Estados Unidos, vemos que cuando las actitudes públicas llegaron a ser más comprensivas, fueron muchos más los padres que buscaron ayuda. En 1968 se comunicaron 4000 casos

en California, en 1972 fueron 40.000. En Florida, se elevaron desde 10 a 30.000 en los mismos cuatro años y en Michigan de 721 a 30.000. No solo se informa de un mayor número de casos sino que estos son de índole más leve, lo cual indica que las familias reciben antes ayuda. En Denver la cifra de niños hospitalizados y que fallecieron a causa de sus lesiones descendió entre 1960 y 1975 desde 20 al año hasta menos de uno al año.

Los malos tratos a los niños constituyen un problema pero no insoluble. (8, 9) Parece ser que cuatro de cada cinco padres que violentan físicamente a sus hijos pueden ser convencidos de que abandonen esa actitud.

Siempre han existido padres que han maltratado físicamente a sus hijos. Treinta años atrás, el niño ingresado en un hospital a causa de malos tratos se consideraba como un caso raro y dramático, como víctima inconfundible de un ataque criminal. Por lo general la violencia era atribuida a un padre alcohólico o una madre desnaturalizada. (12) (13) Las familias implicadas parecían pertenecer siempre a las clases menos privilegiadas socioeconómicamente. Sin embargo los padres que maltratan a sus hijos proceden de todos los estamentos sociales, son ricos o pobres, bien educados o mal educados, pertenecientes a cualquier raza o religión. Resulta posible describir muchas de las características que tienen en común, pero no corresponden a un estereotipo; dichos padres no se ajustan a un patrón psicológico único que permita establecer un diagnóstico psiquiátrico.

Si tuviésemos que trazar una gráfica que representase a todos los padres, ordenados con arreglo a sus capacidades como tales, obtendríamos probablemente una curva en forma de campana. La mayoría quedarían incluidos en la porción más amplia y redondeada de la curva, que representa a aquellos padres que ofrecen a sus hijos un comportamiento

excelente, bueno o suficiente. En un extremo algún caso superejemplar y en el otro extremo del espectro, la curva no descendería de modo abrupto, sino gradualmente, comprendido de un 20 a un 30% de los padres que tendrían algún género de dificultades en proporcionar a sus hijos una asistencia adecuada. Esta cifra se limita a individuos que tienen una dificultad potencial en cuanto a su labor como padres pero no todos serán negligentes o violentos. La mayoría presentan una angustia indebida acerca de sus capacidades parentales, están escasamente informados o la aptitud para tratar a sus hijos varía según atravesasen momentos difíciles o no.

Un padre ha de tener capacidad para reconocer las necesidades de un niño; primeramente de cuidados y protección físicos; segundo, de educación; tercero, de cariño y oportunidades de relacionarse con otros; cuarto, de desarrollo corporal y ejercicio de las funciones físicas y mentales y, por último, de ayuda para relacionarse con el entorno mediante la organización y el dominio de la experiencia. Además de reconocer todas estas necesidades, un padre o una madre han de ser capaces de satisfacerlas o, al menos, de facilitar su satisfacción.

El rasgo más frecuente de las historias de familias que maltratan a sus hijos, es la repetición de una generación a otra de una pauta de actos violentos, negligencias y pérdida o privación de progenitores. El comportamiento parental puede ser inadecuado, debido a ausencia física o emocional, lo cual ocasiona en las etapas tempranas de la vida un síndrome de subdesarrollo. (19) Cuando el progenitor está constantemente ausente en el sentido emocional, el niño puede sufrir a causa de una privación que puede pasar inadvertida. Esto se produce en todas las clases sociales y puede observarse en aquellos hijos de personas bien acomodada, cuya vida transcurre en manos de sucesivas e indiferentes niñeras.

El maltrato emocional, en ausencia de daños físicos, resulta difícil de demostrar, pero sus efectos pueden ser invalidantes; suelen ser diagnosticados por psicólogos y psiquiatras tan solo años después, cuando los síntomas de la alteración emocional se hacen más evidentes. Se admite a priori que los malos tratos físicos y la negligencia implican la presencia, al menos, de cierto agravio emocional, pero lo contrario puede no ser siempre cierto, y debido a que las secuelas que dejan no son de carácter físico, pueden pasar inadvertidas. Los mecanismos mediante los cuales aquellos padres que maltratan a sus hijos repiten las pautas parentales a las que estuvieron expuestos, son comunes a todos y únicamente varía la índole de dichas pautas.

En un momento o en una etapa de crisis, que afecta a los padres, y cuando la relación con el hijo ha alcanzado tal grado de tensión que se hace insostenible, es muy raro que se el pensamiento lógico el rector de su conducta, pues esta queda determinada más bien por el tono subyacente a la relación. A esto se debe probablemente que muchos padres conscientes e interesados por sus hijos, que han rechazado sus propios métodos parentales de criar al niño, regresan en momentos de crisis, cuando sus métodos cuidadosamente meditados no funcionan ya bien, a los procedimientos que habían rechazado. Es entonces cuando se dan cuenta de que se han deslizado hacia las pautas que experimentaron ellos mismos de niños. El percatarse de lo que les sucede es lo único que puede capacitarles para razonar de modo que dominen la situación. (14)

Aparte de las propias experiencias infantiles de los padres, existen factores relacionados con las expectativas puestas en cada nuevo hijo, con la actitud parental sobre como debería ser, tanto física como mentalmente, lo cual hace que los padres muestren más o menos satisfacción a su respecto y que, por tanto, sea más

o menos probable que le hagan objeto de agravios. Estos factores no solo se refieren a la tensión adicional que supone el hecho de tener un hijo para las vidas de los padres, sino también a la significación que el hijo tiene para ellos desde el punto de vista emocional.

Desde el principio del embarazo existen factores que pueden comenzar a influir desfavorablemente el destino de cada hijo y, si se acumulan tales consideraciones, cada una de las cuales parece en si trivial, el resultado puede constituir una tragedia. Margaret Linch, ha señalado como la enfermedad de una madre durante el embarazo, un parto prolongado y difícil, la existencia de malformaciones congénitas o lesiones obstétricas y la prematuridad, con su incierto resultado y ruptura de esperanzas, están asociados con una cierta potencialidad para maltratar al niño. La separación del recién nacido de su madre, debido a la prematuridad o enfermedad, o bien la separación de la madre de su familia, a causa de enfermedad, da lugar a tensiones suplementarias.

La interrelación entre la energía interna que posean, o de la cual carezcan, los padres y las tensiones debidas a la relación con el recién nacido determinan hasta que grado el resultado será catastrófico. Ya que son escasos los recursos internos de una madre que en potencia es propensa a maltratar a su hijo, sus circunstancias han de ser lo suficientemente adecuadas para permitirle encontrar en éste la satisfacción que busca. Si su matrimonio, su hogar, su vida, sus relaciones con los demás, pueden ser lo bastante satisfactorias como para mantenerla relativamente satisfecha y libre de tensiones. Si su hijo está sano, es atractivo y pertenece al sexo que ella quería y si, sobre todo, es fácil de alimentar y cuidar, pueden sentir se satisfecha con su maternidad y mantener una buena comunicación. El niño que puede satisfacer así las expectativas de sus padres es afortu-

nado. Si la mutua adaptación sigue siendo buena, si el niño continúa acomodándose a la clase de cuidados que la madre sabe proporcionarle y no llora solicitando algo más, la situación se va realizando con éxito. Tal situación, se ve con frecuencia interrumpida cuando la presión ejercida por las necesidades del niño, al irse desarrollando, de una mayor atención y una interacción social y de exploración del entorno y autonomía, comienza a entrar en conflicto con la expectativa de la madre de que el niño está ahí para que ella disfrute, pero no para plantear excesivas exigencias a su tiempo y sus energías. Al llegar este momento, o bien el niño debe ser capaz de modificar o suprimir sus propias necesidades, impuestas por el desarrollo, o bien su madre le considerará molesto, malo, y comenzará a castigarle para asegurarse de que andará derecho. En ocasiones, los padres pueden poner esperanzas muy elevadas en sus hijos antes de que el desarrollo de éstos haya avanzado mucho, esperanzas que casi siempre se ven ciertamente frustradas. Si el niño es capaz de dominar sus inclinaciones naturales y, mediante inhibición o aspiraciones suplementarias, se ajusta a los deseos de sus padres, evitará su desaprobación y castigo, pero ello a costa casi siempre de su espontaneidad y su desarrollo social.

Estos niños que no aprenden en su hogar como agrandar a otros, sin privarse ellos mismos de placer, ni que el dar y tomar significa satisfacción para ambas partes, probablemente no aprenden multitud de formas de utilizar su inteligencia en tareas mentales, de modo que en la escuela son calificados de incapaces para lograr éxito en la Universidad. Si son especialmente retraídos, angustiados o agresivos se encontrarán etiquetados de niños problema. Pueden tener dificultades para ganar amigos, ya que les da miedo confiar en ellos, son sensibles al rechazo y tienden a retraerse fácilmente.

Más de un niño maltratado o privado

de cariño ha crecido solitario, incapaz de hacer uso de las oportunidades que se le ofrecían cuando abandonó definitivamente el hostil ambiente de su hogar, sin posibilidad de tener amigos ni de revisar su opinión acerca de sí mismo. Los niños maltratados tienen gran dificultad para reconocer sus propios sentimientos y para hablar de los mismos, en especial de sus inclinaciones y simpatías, su soledad, su angustia y sus gustos.

Los escolares y los adolescentes tienden a ocultar como un secreto vergonzoso los malos tratos proporcionados por sus padres. Si los malos tratos son graves, un adolescente puede huir repetidamente, pero sin buscar la ayuda adecuada por parte de las autoridades. Muchos comienzan a expresar la furia que han sentido durante tanto tiempo no en su casa, sino mediante un comportamiento delictivo en cualquier otra parte. Pertenecer a una banda, lo cual proporciona a dichos menores un sentimiento de ser aceptados por los demás, puede ayudarles a superar sus sentimientos de privación emocional y convertirse también en un medio de descarga la agresividad reprimida mediante una actividad delictiva aprobada por el grupo.

B. Steele y J. Hopkins realizaron un estudio en un centenar de adolescentes internados por primera vez en un centro para delincuentes y criminales juveniles (15). De ellos 84 habían sufrido malos tratos o fueron desatendidos por sus padres antes de los seis años de edad, y 92 recibieron agravios o ultrajes sexuales en los dieciocho meses anteriores al estudio. Otros trabajos sobre niños delincuentes y criminales juveniles violentos confirman la intensa conexión que existe entre la experiencia de ser maltratados durante la infancia y el subsiguiente comportamiento antisocial. Esto significa desde luego, que la mayoría de estos niños actúan más adelante contra la ley, pero indican que aquellos que la vulneran con frecuencia poseen tales antecedentes.

Un número considerable de los jóvenes escapados de sus casas admiten haber sido maltratados en sus hogares (16), y haber intentado huir por primera vez de una situación intolerable.

Antes de la adolescencia no habían visto más alternativa que la de someterse; incluso a la edad de doce o trece años, huir de casa en un paso difícil de adoptar. El hecho de que lo hicieran a tal edad demuestra, como una prueba más, cuan enorme son las presiones ejercidas sobre un niño maltratado.

III - POSIBLES FORMAS DE PREVENCIÓN

Los médicos y las enfermeras que realizan sus trabajos con futuros padres y con las madres durante el embarazo, el alumbramiento y después del nacimiento, se hallan idealmente situados para realizar observaciones sutiles y significativas sobre la forma de reaccionar los padres con sus hijos recién nacidos. Tales observaciones no son difíciles de realizar, ni tampoco debería resultar complicado el organizar servicios especiales y establecer un frecuente contacto con las familias de riesgo elevado. Si tan solo es posible observar una vez a la familia el mejor momento para ello es poco después del nacimiento del niño. Esta forma nos proporciona a los médicos y enfermeras la oportunidad de practicar medicina preventiva del más alto nivel. (17)

Cuando alguno de nosotros sospeche malos tratos a un niño, debe ingresarle en un hospital diciendo a sus padres que las lesiones que presenta tienen que ser vigiladas. No hemos de enfadarnos con ellos, sino recordar que son también personas dañadas que precisan de nuestra ayuda y debemos dársela en la medida en que podamos.

La asistencia psiquiátrica y la psicoterapia a largo plazo a los padres que mal-

tratan a sus hijos, parece ser que ha dado buenos resultados en Estados Unidos, y aquí debería implantarse.

Otras formas de ayuda a los padres y por lo tanto preventivas que ya se practican en algunos países como Estados Unidos, Norte de Europa y poco a poco en nuestro país son: Teléfono para casos urgentes (teléfono de la esperanza). La simple existencia de tal línea telefónica, puede hacer que los padres busquen ayuda antes, sabiendo que al otro extremo de la línea hay alguien que puede aconsejarles.

Guarderías de emergencia, que deben estar abiertas las veinticuatro horas del día, y con capacidad para prestar asistencia completa a todos los niños, desde los recién nacidos hasta la edad de cinco años.

Asistentes sociales, auxiliares del hogar y terapeutas auxiliares, trabajan con éxito para prevenir, denunciar e intentar solucionar los malos tratos infantiles, prestando su máxima colaboración a los padres.

La terapia de grupo, que puede lograr mucho éxito, sobre todo cuando el grupo está constituido por parejas.

Aparte de lo anteriormente citado, sería necesario planificar y llevar a cabo, un programa que involucre a toda la sociedad, crear equipos de trabajo que incluyeran médicos, abogados, educadores, asistentes sociales, policías y padres de familia etc.

Los medios de comunicación social, tienen un gran papel a desempeñar, su capacidad para informar al público, abogar por la modificación del código legal, buscar apoyos financieros, etc. es de extrema importancia. La toma de conciencia por parte de la comunidad, le hará preocuparse más por sus niños.

No quiero acabar este trabajo sin recordar el pensamiento del académico Jordana de Pozas, «La suerte y trato de los niños es del signo más cierto del rumbo político y social del nivel económico

y ético de los pueblos. El niño es, en gran medida, la obra de la sociedad en que nacen y crecen».

IV - EXPERIENCIA PERSONAL

— Ejemplo que demuestra prácticamente la repercusión que los malos tratos tienen sobre la maduración de un niño:

Para ello he elegido a dos niños: Oscar y Pablo.

Oscar tiene cuatro años y pertenece a una familia normal, recibe de sus padres un trato afectivo adecuado.

De Pablo no se sabe la edad cierta pero parece estar comprendida entre cuatro y cinco años, hijo de alcohólicos, hasta su llegada a un centro benéfico había vivido con sus padres en una casa pequeña, viéndose obligado a dormir en la misma habitación que ellos, a su ingreso en el centro era un niño delgado, que no presentaba signos claros de haber sido maltratado físicamente pero sí emocionalmente. Lo que más llamaba la atención de él era su gran retraso en el lenguaje ya que no hablaba sino que se limitaba a gritar sonidos no pudiendo ser entendido por nadie aunque el niño sí comprendía lo que se le decía, presentaba también grandes deficiencias de tipo motriz.

Pablo lleva once meses viviendo en el centro en régimen de internado, y si bien el ambiente en el que está no es ni mucho menos el ideal para un niño, ha realizado grandes avances, ahora, aunque continua siendo un niño especial, es capaz de comunicarse con los demás utilizando un lenguaje sencillo y ha aprendido a jugar y a moverse con sus compañeros. Durante estos once meses ha visto a sus padres solo una vez no mostrando ninguna simpatía por

ellos, sin embargo si se muestra cariñoso con todas las personas que en la actualidad se ocupan de él.

A Oscar y Pablo se les ha realizado un test (18) que en esencia intenta la construcción de un mapa gráfico donde se refleje su nivel madurativo de diversas áreas de función.

Para la estructuración grafomadrativa se han escogido ocho áreas exploratorias correspondientes a los siguientes aspectos:

- A - Desarrollo neuromuscular
- B - Adaptación mediante experiencias
- C - Comunicación
- D - Reacción personal-social
- E - Capacidad espacial
- F - Capacidad temporal
- G - Atención
- H - Funciones fisiológicas.

Estas ocho áreas han sido divididas en niveles progresivos de maduración, cada nivel corresponde a un año madurativo biológico aproximadamente, de tal forma que la totalidad del círculo grafomadrador abarcaría diez años madurativo-biológicos. Cada área explorativa, así como las coronas de círculo o parte de ésta que las constituyen, están subdivididas en espacios numerados más pequeños; cada uno de ellos recoge un ítem o función.

Se consigna la realización perfecta, dificultosa o nula de cada una de las actividades indicadas en las listas de ítems del siguiente modo:

Realización perfecta

Realización dificultosa

Realización mala

Lista de Ítems

(únicamente hasta los cinco años)

A - Desarrollo neuromuscular

1. Puede estar sentado sin ayuda
2. Se sienta solo en silla
3. Sube escaleras con ayuda
4. Arroja una pelota
5. Imita un trazo vertical
6. Corre
7. Sube, baja escaleras paso a paso
8. Da patada a pelota
9. Sabe pasar hojas de libro
10. Hace torre con tres cubos
11. Ensarta cuentas grandes en aguja
12. Utiliza vaso con una mano
13. Imita un trazo horizontal
14. Hace torre con seis cubos
15. Dobla papel a lo largo
16. Utiliza triciclo
17. Abre, cierra puertas
18. Salta con los pies juntos
19. Mantiene equilibrio sobre un pie
20. Copia un círculo
21. Sabe pintar una cruz
22. Utiliza tijeras elementalmente
23. Abre, cierra cajones
24. Salta a la pata coja
25. Mantiene equilibrio de puntillas
26. Se lava solo cara y dientes
27. Sibuja figura humana
28. Pega cosas sencillas
29. Utiliza goma de borrar
30. Dobla papel en diagonal

B - Adaptación mediante experiencias

1. Se señala al mandato la nariz, ojos y pelo
2. Distingue blanco y negro
3. Gusta de oír cuentos
4. Usa verbos en presente
5. Une correctamente una figura de papel cortada en dos partes
6. Reconstruye un rectángulo cortado en dos triángulos
7. Ordena los juguetes
8. Sabe escoger en la tienda lo que le gustaría comprar

C - Comunicación

1. Expresa mímicamente sus emociones
2. Dice no con la cabeza
3. Usa el mio
4. Cumple instrucciones verbales simples (ven, dame, trae)
5. Conoce figuras impresas familiares
6. Canturrea
7. Conoce nombre de objetos habituales
8. Reconoce algunas melodías
9. Puede reproducir canciones
10. Diferencia yo, mí, tú
11. Dice verbalmente lo que está haciendo cuando se le pregunta
12. Cuenta hasta cuatro
13. Usa plurales de nombras y emplea tiempos verbales en pasado
14. Expresa sus deseos verbalmente
15. Conoce el uso de formas negativas
16. Pregunta como hacer cosas
17. Mantiene conversaciones
18. Puede contar historias
19. Sabe poner motes a personas
20. Puede contar un cuento largo con exactitud
21. Pregunta sobre significados y funcionamiento de cosas
22. Cuenta hasta diez

D - Reacción personal-social

1. Distingue tu, yo
2. Ayuda para ser vestido
3. Utiliza cuchara
4. Trae las zapatillas
5. Controla esfínteres por la noche
6. Come solo
7. Escancia agua en vaso
8. Se desabotona
9. Sabe reír para hacer reír
10. Sabe sacar el cubo de basura o recoger botellas de leche
11. Controla esfínteres de día

12. Se peina solo
13. Se pone solo las ropas
14. Va solo al retrete
15. Lava y seca los platos
16. Se abotona

E - Capacidad espacial

1. Conoce la significación de arriba, afuera, al otro lado
2. Conoce la significación de aquí, allí, bajo, alrededor
3. Al salir a la calle conoce a donde va
4. Conoce el nombre de su calle
5. Conoce el significado de encima, alto, largo
6. Reconoce los caminos rutinarios
7. Sabe colocar al mandato objetos encima, debajo, enfrente, detrás.
8. Sabe visitar vecinos
9. Sabe cruzar calles solo
10. Conoce el camino al colegio o sitios similares
11. No se pierde en paseos o excursiones

F - Capacidad temporal

1. Conoce palabras diferentes para designar el pasado, presente y futuro
2. Sabe los años que tiene
3. Sabe lo que hará al día siguiente
4. Conoce el horario de las diversas tareas a ejecutar durante el día
5. Distingue próximo verano y verano pasado
6. Sabe de memoria los días de la semana
7. Conoce los años que cumplirá próximamente

G - Atención

1. Dirige la vista hacia estímulos visibles intensos
2. Dirige la vista hacia estímulos auditivos intensos
3. Dirige la vista hacia donde se le llama
4. Mantiene durante unos minutos la atención sobre sucesos externos con movimiento
5. Es capaz de efectuar una tarea durante varios minutos sin distraerse
6. Mantiene la atención varios minutos sobre televisión, radio.
7. Es capaz de mantener la atención sobre conversaciones ajenas durante las comidas

H - Funciones fisiológicas

1. Tiene fuerza normal en los músculos
2. Percibe normalmente las sensaciones físicas (hambre, frío, dolor etc)
3. Tiene buena coordinación
4. Mantiene postura corporal normal
5. Movimiento normal de ojos
6. Visión normal
7. Audición normal

De las tres gráficas que siguen, la primera corresponde a Pablo en el momento de su ingreso en el centro, la segunda es la actual y la tercera intenta reflejar la maduración de Oscar en la actualidad.

Comparándolas podemos ver el avance realizado por Pablo en menos de un año, notándose todavía grandes lagunas si la comparamos con la de un niño, aproximadamente de su edad, que siempre ha vivido en un hogar normal y recibido un trato adecuado.

BIBLIOGRAFIA

1. RABDILL, S.X.— A history of child abuse and infanticide. In: Herfer R.E. and Kempe C.H. eds: *The Battered Child* 2nd ed: 3-21. University of Chicago Press, Chicago, 1974.
2. NEWBERGER, E.H. and HYDE, J.N.: *Maltrato en Niños: Principios e implicaciones en la práctica pediátrica actual*. Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 699: 1973.
3. MELMICK, B. and HURLEY, J.: Distinctive personality attributes of child abusing mothers. *J. Consult. Clin. Psych*, 33: 746, 1969.
4. KEMPE, C.H. and alt.: *The battered child syndrome*. J.A.M.A., 181: 1, 1962.
5. GIL, D.C.: *Violence Against Children*, Harvard University Press, Cambridge, 1970.
6. COHEN and SUSSMAN, A.: *The incidence of child abuse in United States*. Un published paper, juvenile Justice Standards Project. Institute for Judicial Administration, New York, University School of Law, 1974.
7. Mc.DONALLD, A. and REECE, R.: *Síndrome del niño maltratado: problemas de información*. Clínica Pediátrica de Norteamérica 4: 785, 1979.
8. BROWN, R.H.: *Child abuse: Attempts to solve the problem by reporting laws*. *Women Lawyers Journal*, 60: 73-78, 1974.
9. RAWLS, J.: *A theory of justice*. In *The Rights of Children* Cambridge. Harvard University Press, 1972.
10. CASE, M.E. and NANDIRE, R.: *Laceration of the stomach by blunt trauma in a child: A case of child abuse*. *J. Forensic Sci*, 28: 496, 1983.
11. DINE, M.S. and MC. GOVERA, M.E.: *Intentional poisoning of children— an overlooked category of child abuse. Report of seven cases and a review of the literature*. *Pediatrics*, 70: 32, 1982.
12. KAPLUN, D. and REICH, R.: *The murdered child and his Killers*. *Am. J. Psychiatry*, 133: 809, 1976.
13. BERGMAN, A.B. and LARSEN, R.M.: *Variación en el espectro de los malos tratos en los niños*. *Pediatrics* (ed. esp.), 21: 49, 1986.
14. FOSARELLI, P.: *Niños que cuidan de si mismos: una nueva prioridad para el pediatra*. *Pediatrics* (ed. esp.), 21: 201, 1986.
15. STELLE, B.F. and POLLOCK, C.B.: *A psychiatric study of parents who abuse infants and small children*. In Herfer RE and Kempe CH eds.: *The Battered child* 2nd ed. 89-133. University of Chicago Press, Chicago, 1974.
16. AJURIAGUERRA, J.: *Los niños, víctimas de agresión en el grupo social y familiar*. En *Manual de Psiquiatría Infantil*, 945-948. Toray-Masson, S.A. - Barcelona, 1973.
17. NEWBERGER, E.H. and alt.: *Child abuse and child neglect*. In: Hockelman, R.A. eds, *Principles of Pediatrics. Health Care of the Young*. 621-622. Mc. Graw-Hill Book Company. New York, 1978.
18. *Test Adistramiento y maduración mental. Determinantes valorativos*.
19. LEON, J.L., - NOA, M.F.: *Delincuencia y Droga en el medio escolar*, En: B. Ferrer Masip ed.: *Fracaso Escolar*, 335-349. Diputación General de Aragón. Zaragoza, 1985.

INFORME Y RECOMENDACIONES DEL COMITE DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

COMPONENTES DEL COMITE DE EXPERTOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE CASTILLA Y LEON

- **D. José Luis Pedreira Massa**
Psiquiatra Infantil. Centro de Salud Mental de Avilés. Principado de Asturias.
- **D.ª Rosario Alonso Cuesta**
Psiquiatra Infantil. Servicio de Psiquiatría Infantil.
Hospital de la Cruz Roja, Burgos.
- **D. Enrique Alvarez Ferreiro**
Psiquiatra. Instituto Neuropsiquiátrico Provincial. Avila.
- **D.ª Carmen Ballesteros Alcalde.**
Psiquiatría Infantil. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
Departamento de Psiquiatría.
Hospital Clínico Universitario.
Valladolid
- **D.ª M.ª Asunción Barlolomé Calvo**
Psiquiatra Infantil. Servicio de Psiquiatría Infantil. Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.
- **D.ª Ana García Fuertes**
Psiquiatra Infantil. Servicio de Psiquiatría.
Hospital Princesa Sofía. León.
- **D.ª Pilar Gómez-Pallete Moliner**
Psiquiatra Infantil. Centro de diagnóstico y Orientación Terapéutica. Delegación Territorial de Bienestar Social. Valladolid.
- **D.ª Esperanza González Marin**
Psiquiatra Infantil. Servicios Provinciales de Salud Mental.
Diputación Provincial. Salamanca.
- **D. Félix López Sánchez**
Psicólogo. Departamento de

Psicología Evolutiva. Facultad de Filosofía y CC.EE. Sección de Psicología. Salamanca.

• **D. Santiago Martín Acera**

Pediatra. Jefe de Sección de Atención Primaria. Delegación Territorial de Bienestar Social. Salamanca.

• **D. Alfonso Prieto Rodríguez**

Servicio de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Bienestras Social. Junta de Castilla y León.

• **D. Francisco Rey Sánchez**

Psiquiatra Infantil. Servicio de Psiquiatría Infantil. Departamento de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

• **D. Fernando Santander Cartagena**

Servicio de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Bienestar Social. Junta de Castilla y León.

• **D. José Santos Borbujo**

Pediatra. Servicio de Neurología. Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

• **D.ª Eva Sardinero García**

Psicólogo Infantil. Centro de Salud Mental de Gijón. Principado de Asturias.

• **D. Miguel Angel Verdugo Alonso**

Psicólogo. Centro de Educación Especial. Boecillo (Valladolid).

RELATADORES INVITADOS

• **D. Federico Menéndez Osorio**

Psiquiatra Infantil. Centro de Salud Mental de Avilés. Principado de Asturias

• **D. Ignasi Pons i Antón**

Sociólogo. Instituto Andaluz de Salud Mental. Junta de Andalucía.

• **D. Jaime Rodríguez Sacristán**

Catedrático de Psiquiatría Infantil. Facultad de Medicina Universidad de Sevilla.

PRINCIPIOS DE PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

- I - Introducción
- II - El Sector
- III - El Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil
- IV - Coordinación del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil con otros estamentos
- V - Tratamientos
- VI - Recursos asistenciales y sociales en Salud Mental Infanto-Juvenil en Castilla y León

I - INTRODUCCION

Hablar de asistencia en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil, es hablar de una ausencia o de una deficiencia estructural. Existen unas características iniciales, generales, que definen estos problemas asistenciales:

- 1.— Dispersión administrativa y geográfica de los recursos dedicados a este fin.
- 2.— Concentración de estos escasos recursos en determinandos lugares.
- 3.— Escasa cobertura a los problemas psíquicos de la infancia y adolescencia.
- 4.— Actuaciones puntuales y descontextualizadas de la vida y ambiente de la infancia y adolescencia.
- 5.— Falta de coordinación entre las diversas agencias que operan en la vida del niño y del adolescente.
- 6.— Inexistencia de un registro de datos fiables.

7.— Solapamiento y duplicidad en las prestaciones.

Estas características se agravan en nuestra región castellanoleonesa por dos razones fundamentales: su gran extensión geográfica y la desigual distribución de la población infanto-juvenil en ella.

No obstante hay profesionales en este campo que, aún siendo insuficientes para prestar la asistencia, convenientemente redefinida su función y su misión, pudieran hacerse cargo de la atención en SMI-J con los refuerzos pertinentes en personal y otro tipo de recursos.

Con esta perspectiva es por lo que en el presente Comité de Expertos hemos abordado este problema con realismo y claridad, sentando unas bases generales desde las que poder dar cuenta de una voluntad para afrontar este tipo de asistencia y atención.

1— La asistencia a la infancia y la adolescencia deberá prestarse en el marco de la atención sanitaria y enmarcada en

las áreas sanitarias, como segundo nivel de atención.

2— Entendemos como segundo nivel de atención el marco de la atención especializada, en íntima relación con la Atención Primaria de Salud.

3— La atención se realizará por un equipo multidisciplinario en la composición e interdisciplinario en el funcionamiento. Su composición se basará en los siguientes mínimos: 1 psiquiatra con formación específica; 1-2 psicólogos con formación clínica específica; la posibilidad de un ATS ó DUE especializado y 1 auxiliar administrativo. La presencia de trabajadores sociales se supedita a la creación de los equipos de trabajo social de base comunitaria, recomendando que una parte de estos profesionales obtengan una formación específica.

4— La atención que se preste a la comunidad ha de ser integral: tanto en las facetas más orgánicas, psicológicas, como sociales, contemplando la rápida y continua evolución del niño y adolescente y la prolongada interdependencia con el contexto en que se desarrolla; lo cual hace que tenga una forma específica de reaccionar y enfermar que lo diferencia la edad adulta.

5— La atención desarrollada por el equipo ha de ser integrada: lo que se refiere a que las intervenciones acordadas no serán individuales ni descontextualizadas y tenderán a abarcar: la prevención y promoción de la salud, el diagnóstico, los seguimientos, los tratamientos adecuados y los procesos de reinserción y rehabilitación sociales. Todo ello realizado por un mismo equipo asegurando así la continuidad asistencial.

6— Se han de establecer los mecanismos adecuados de coordinación y de integración funcional que se consideren oportunos, con el fin de evitar duplicidades y solapamientos, dependiendo de los recursos de cada área.

7— Habrá de delimitarse tanto el concepto de intervención, como los criterios de hospitalización, urgencia e interven-

ción en crisis, así como el sentido de los tratamientos en el sector público.

En definitiva se trata de realizar un marco teórico firme, en desarrollo de lo expuesto para este campo por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que catalogó el programa de SMI-J como específico y de carácter permanente.

Este marco teórico tiene sentido al establecer unas prioridades que lo lleven a la práctica. Práctica que es dependiente de la voluntad política y de otro tipo de variables; no obstante nuestro criterio pasaría por:

- 1º Enmarcar las áreas sanitarias. En tanto se desarrollan es preciso definir un marco de acción para cada equipo de SMI-J que se atenga a las características demográficas de esa comunidad.
- 2º Adscribir a esas áreas a los profesionales que en estos momentos desarrollan su actividad, pero sin salir de su provincia de actual destino si ese es su deseo.
- 3º Completar los equipos con el personal adecuado antes de crear nuevos equipos.
- 4º Dotación de material y de edificios adecuados a la labor a desarrollar.
- 5º Establecer un sistema de evaluación y registro de casos moderno y útil.
- 6º Asegurar que cada equipo pueda cumplir los tres principios de todo programa:
 - a) Formación y actuación específicos.
 - b) Continuidad en las prestaciones por un mismo equipo.
 - c) Investigación específica.

II - EL SECTOR

El Sector representa el lugar geográfico y demográfico en el cual trabaja el Equipo de Salud Mental, siendo el medio social en el que emergen y viven los

pacientes; estructurándose a partir de la determinación de las áreas sanitarias.

Según Paumelle: «El Sector es la realidad social común compartida por los pacientes y el equipo tratante». Para él, la noción de compartir («partage»), implica una abolición de la distancia tradicional entre el personal técnico («traitant») y el paciente.

De acuerdo con la OMS, el sector de SMI-J, se constituye cuando la población infantil suponga en torno al 25% de la general (siendo ésta de 150.000 habitantes) y se mantenga la media de crecimiento vegetativo de los dos últimos años.

El sector debe delimitar una unidad natural: por ejemplo, una comarca porque en ella hay un modo de vida determinado, unas costumbres y tradiciones, unas referencias comunes, unos recursos (guarderías, escuelas, agencias sociales, parroquias, etc.) lugares a los que el equipo de SMI-J debe prestar atención para trabajar y colaborar en un momento y otro.

Idealmente debe haber una correspondencia entre el sector adulto y el infantil, porque en ocasiones trabajarán en conjunto, tanto a nivel de evaluaciones como de tratamientos. A veces la consulta solicitada para un niño oculto o pone de manifiesto la problemática de los padres o de uno de ellos, y la respuesta en esos casos puede venir dada por una terapia de adultos o de pareja. Otras veces, en el caso de familias con problemas múltiples un miembro del equipo de SMI-J se encargaría de la patología infantil y otro del equipo de Salud Mental de adultos de los problemas de los padres u otros miembros de la familia. Incluyéndose en igual medida las labores de prevención, trabajo comunitario y reinserción social de forma unificada por ambos equipos.

El Equipo de Salud Mental implantado en el sector debe tener como objetivo la evaluación de las necesidades, determinando las prioridades de ahí la importancia del «análisis sociológico del

sector» que nos permitirá conocer los problemas e específicos del mismo y contribuir a la elaboración de respuestas adecuadas a dichos problemas.

El Equipo de Salud Mental debe ofrecer a la población del Sector los servicios de detección, diagnóstico, tratamiento y readaptación, así como participar en los programas de prevención primaria.

La demanda se articulará con la Atención Primaria de Salud como cobertura especializada de 2.º nivel y con otras redes sociales e institucionales, para ello dicha demanda vendrá canalizada siempre a través de la familia.

Para que todo esto pueda llevarse a cabo los equipos deben ser dotados de personal suficiente que pueda responder a las necesidades de la comunidad, debiendo ser un personal cualificado a fin de que sepa responder a esa demanda; asimismo deben contar con lugares físicos donde ubicarse.

El Sector debe disponer también de los dispositivos necesarios para la puesta en marcha de ciertos tipos de tratamiento y de recursos a ofrecer al Equipo en ciertos casos de rehabilitación; por lo que cada sector deberá tener:

- 1.— Centros de consulta ambulatoria: situados en el mismo sector, en lugares de fácil acceso, donde se lleven a cabo las consultas de los equipos y que puedan ser también un lugar de encuentro con los miembros, y otras estructuras, de la comunidad.
- 2.— Hogares familiares: para niños con ambientes familiares muy destrutturados, niños abandonados, niños maltratados, etc., adecuadamente evaluados por los Servicios Sociales de base.
- 3.— Un club terapéutico: con actividades de tarde e integrado con otros recursos sociales.
- 4.— Un taller protegido (para adolescentes): coordinado con los servicios sociales en cuanto a la utili-

zación y cobertura de forma polivalente.

- 5.— Un centro de día: que quizá podría dar respuesta a varios sectores, según las necesidades. Se tenderá a utilizar y redefinir prioritariamente los recursos naturales, integradores del desarrollo de la vida del niño y del adolescente, con los apoyos adecuados de los equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- 6.— Las excepciones hospitalizaciones se realizarán en los dispositivos habituales de hospitalización infanto-juvenil del área sanitaria.

III - EL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Los equipos multidisciplinarios y el entrenamiento interdisciplinar son necesarios para cualquier cambio mínimo en la atención de la Salud Mental de los sujetos. Ningún profesional posee la formación ni la disponibilidad totales para asumir al niño y adolescente en su realidad bio-psico-social. Esto supone reconocer la insuficiencia o limitación a nivel individual, del técnico.

El contenido del trabajo de los profesionales del Equipo no se restringen al tipo de trabajo tradicional en asistencia psiquiátrica, ni es suficiente con la utilización de una sola metodología terapéutica.

Las tareas a abordar por el ESMI-J son: Prevención, Promoción, Diagnóstico, Tratamiento, Orientación, Seguimiento, Reinserción y Coordinación con otras áreas de vida del niño. Los roles del ESMI-J se han de modificar abarcando otras funciones además del trabajo terapéutico, tales como:

- 1.— Dinamización de la atención a la SMI-J en otros grupos de profesionales, en labores de asesoramiento, entrenamiento y orienta-

ción. Por ejemplo, una de estas tareas sería la sensibilización y apoyo de los equipos de Atención Primaria (Pediatra, Médico de familia...), así como de todos los profesionales que detecten en primer lugar la problemática del niño (Maestros, Puericultores...). Toda esta labor ha de incidir en una sensibilización general de la Comunidad en la que el equipo presta su servicio.

- 2.— Coordinación con otros servicios asistenciales y profesionales que trabajan en la Salud Mental Infanto-Juvenil y con los propios de salud mental general del área sanitaria.
- 3.— Diseño, desarrollo y evaluación de programas de investigación, formación e intervención, de forma integral e integrada.

El escaso desarrollo de los servicios de SMI-J hace necesario el incrementar el nº de profesionales así como mejorar su cualificación técnica, pues la calidad de los servicios se eleva en la medida que se aumenta la capacitación profesional.

Este aumento del número de profesionales y de su cualificación técnica es necesario para atender a poblaciones específicas, cuya problemática exige un mayor nivel de especialización (adolescentes, deficientes severos y profundos, psicóticos, etc.).

Al ser la población adolescente un grupo de alto riesgo que no cuenta con servicios específicos de atención en S.M. consideramos necesario la inclusión en el Equipo de un programa específico para la adolescencia, que incluya la formación general en la problemática de este sector de población para todos los componentes del equipo.

El Equipo de SMI-J lo componen:

- Psiquiatra Infantil
- Psicólogo Infantil
- Asistente Social

- ATS ó DUE Psiquiátrico
- Auxiliar psiquiátrico y administrativo así como la articulación con otros profesionales relacionados con la SMI-J, dependiendo de las necesidades y recursos del área sanitaria en su conjunto.

La cobertura en el trabajo social debe tender a integrarse en los Equipos Sociales de Base, con la adecuada coordinación e integración funcional; no obstante, en momento actual, puede crearse un lugar en los Equipos de SMI-J.

En las tareas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del niño, deben participar todos los componentes del equipo, en función del grado de especialización y capacitación de cada uno, y siendo delimitadas en cada caso por el propio equipo, en aras a asegurar la accesibilidad de la comunidad, la continuidad asistencial y la cobertura total de forma integrada e integral que evite solapamientos y duplicidades en la prestación asistencial.

Además de las funciones asistenciales, objetivo prioritario del trabajo, el equipo debe dedicar periodos de tiempo a: formación, investigación, reuniones (valoración de diagnósticos, tratamientos y evolución) y coordinación con otros servicios y profesionales.

IV - COORDINACION DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL CON OTROS ESTAMENTOS

La O.M.S. en los diferentes informes de los comités de expertos publicados en el año 1977 recomienda una coordinación del ESMI-J a dos niveles:

- Coordinación intersectorial con todos los departamentos gubernamentales cuya actividad intervenga en el desarrollo psicosocial de los niños, en especial los departamentos de salud, justicia, educación y asistencia social.

- Coordinación de estos departamentos gubernamentales con los organismos no gubernamentales pertinentes.

Con objeto de mejorar la coordinación entre departamentos a escala nacional para que puedan atender a las necesidades de los niños convendría constituir un COMITE COORDINADOR que debiera ejercer sus funciones a nivel autonómico. tendrá como cometido esencial estudiar regularmente las necesidades de la infancia, velando porque se atiendan las necesidades de ciertos grupos de riesgo. Los mecanismos de coordinación deberán estructurarse a escala provincial y local de forma que se establezcan normas claras respecto de los diferentes servicios de consulta para los niños.

Al ser la familia el punto de referencia de la demanda, es imprescindible que estén perfectamente al corriente de los planes de intervención y de las respectivas atribuciones de cada servicio.

Aparte de estas líneas básicas consideramos que el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil debe estar coordinado con:

1.— AREA SANITARIA

1.1.— Con los Equipos Básicos de Salud y Consultas pediátricas ambulatorias

Actualmente tanto los médicos de familia como los pediatras raramente requieren los servicios de ESMI-J creemos que por tres razones:

- Desconocimiento de la SMI-J
- Escasez de Psiquiatras Infantiles
- Desconfianza de la psiquiatría en general y en la psiquiatría infantil en particular.

Las labores de coordinación se concretan en:

- a/ Apoyar y asesorar en la identificación del trastorno psicoemocional.
- b/ Asesorar en el tipo de intervención necesaria, que puede ser:
 - b.1.— Atención y seguimiento propio
 - b.2.— Atención con asesoramiento del equipo especializado.
 - b.3.— Derivación a los equipos especializados.
- c/ Colaborar con los Equipos de Atención Primaria de Salud en el asesoramiento, seguimiento, derivación y rehabilitación de los pacientes.
- d/ Participar con los Equipos de Atención Primaria de Salud en la formulación y desarrollo de programas de Salud Mental Infanto-Juvenil.

1.2.— **Con Servicios Hospitalarios de Pediatría o de otras especialidades en que se pueda ingresar niño.**

Convendría establecer que el ESMI-J informará a esos servicios de la importancia de:

- Hospitalización conjunta madre/hijo.
- Situaciones de hospitalización por razón social.
- Momento oportuno de intervenciones quirúrgicas necesarias pero no urgentes.
- Manejo de situaciones de niños enfermos crónicos y en situaciones clínicas graves y de sus familias.
- Manejo de hospitalizaciones por motivo de enfermedad psíquica.

También podría realizar un asesoramiento respecto al diseño y equipamiento de los servicios en función de los niños.

1.3.— **Con los Equipos de Salud Mental General**

- Programación conjunta de objetivos.

- Elaboración de criterios uniformes de cobertura y atención.

2.— **AREA EDUCATIVA**

2.1.— **Con los equipos psicopedagógicos**

La coincidencia de la sectorización de dichos equipos con la del ESMI-J facilitará cualquier planteamiento de trabajo coordinado.

Mantener reuniones periódicas revisando y evaluando el trabajo en común.

El Equipo psicopedagógico puede actuar en determinados casos como sensibilizador de la familia ante un problema y su derivación hacia el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil a través del referente institucional de la escuela.

2.2.— **Con los Centros de Perfeccionamiento del Profesorado y con las Escuelas de Formación del Profesorado**

Participando en las actividades de formación continuada del profesorado que el Centro programe.

2.3.— **Con estamentos del Ministerio de Educación y Ciencia (M.E.C.)**

Asesorando en la vigilancia de la existencia de factores académicos administrativos o disciplinarios que se puedan oponer al correcto desarrollo de la personalidad de los alumnos y puedan provocar tensiones psicológicas superfluas.

2.4.— **Con Centros específicos de Educación Especial**

Participarles la información diagnóstica y terapéutica de los pacientes vistos por el equipo.

Revisar cuando el Centro lo solicite, an-

te cambios evolutivos, un diagnóstico o una orientación terapéutica.

Sesiones conjuntas con claustros y el equipo psicopedagógico que corresponda, para coordinar actividades y evitar duplicidades.

Favorecer los intentos integradores y de redefinición de estos Centros, respetando en todo momento ambos campos.

2.5. Con Centros Escolares

Establecer un sistema de relación con los Centros, de manera que los profesionales de la enseñanza tengan oportunidad de solucionar sus dudas, recabar ayuda, ..., a ser posible de forma conjunta con el equipo psicopedagógico del sector para evitar duplicidades.

Cobertura y apoyo de la integración del «niño diferente» en el plano técnico que le pueda corresponder.

3.— INSTITUCIONES CON COMPETENCIAS EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES

3.1. INSERSO

Información de las necesidades del sector para poder coordinar la planificación y utilización de los medios con los que el organismo cuenta.

Evitar reconocimientos iterativos del niño que no lleven a aportes terapéuticos.

3.2. Servicios Sociales de Administraciones Locales y Autonómicas

Como parte del trabajo comunitario.

3.3. Hogares Infantiles y Casas Cuna

Asesoramiento de las características que deben reunir los Centros dedicados a la infancia (a mayor tamaño menor eficacia), posibilitando que en dichos cen-

tros se cuente con grupos de discusión organizada.

3.4.—Tribunal Titular de Menores y sus centros

Evitar la situación actual de «peritaje» sustituyéndola por un estudio pluridimensional de cada caso y una búsqueda de soluciones reales y alternativas para el niño.

Apoyo técnico y asesoramiento al personal que atiende directamente esos centros.

V - TRATAMIENTOS

En el seno de los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil se deberá debatir el sentido de los tratamientos que se realicen en cada caso. No obstante este Comité de Expertos se pronuncia sobre los siguientes criterios.

- 1.— El Equipo a la hora de debatir la indicación terapéutica se sensibiliza a una escucha terapéutica a nivel de la evaluación y análisis de la demanda.
- 2.— Se han de utilizar los seguimientos y la evaluación de los diversos modos de intervención estructural como elementos dinamizadores, tanto de las indicaciones terapéuticas como de la formación continuada.
- 3.— Cualquier intervención acordada se integrará de forma global en un todo que implique el abordaje general de la demanda.
- 4.— Consideramos como concepto de intervención el siguiente.: Buscar la indicación terapéutica más adecuada para cada caso concreto, por parte del equipo, sin exclusión de ninguna opción e integrándola de forma global, de manera complementaria, con el fin de asegurar la continuidad en la prestación asistencia a la demanda presentada.

En este contexto creemos oportuno reseñar lo siguiente en lo relativo al tipo de tratamiento que se puede prestar desde el sector público, en el campo de la SMI-J.:

- 1) El análisis e integración de la demanda en este campo que supone la inclusión de la familia ante la demanda.
- 2) Es necesario realizar un análisis de la evaluación diagnóstica y orientación terapéutica, independientemente de la línea teórica, en el seno de los equipos.
- 3) En caso de emplear psicofarmacología, ésta se considerará como una intervención integrada en el conjunto del plan terapéutico diseñado para cada caso y no supondrá un fin en sí mismo.
- 4) La hospitalización, caso de realizarse, se tenderá a efectuar en aquellos dispositivos asistenciales hospitalarios del propio área sanitaria en

los cuales la marginación sea menor, de acuerdo a las necesidades del niño o adolescente y a las particularidades del ESMI-J.

- 5) Las intervenciones en crisis precisan de una evaluación y requerimiento adecuados, con el fin de discernir la intervención posterior más acorde para cada caso.
- 6) El empleo de psicoterapias en el sector público, independientemente de la orientación teórica tenderá a realizarse de acuerdo a los siguientes criterios:
 - a/ Tendencia a que sean psicoterapias breves y focales hacia el problema presentado.
 - b/ En la provisión de cuidados asistenciales el equipo gestionará el tiempo dedicado a las terapias continuadas a largo plazo, de acuerdo con la demanda asistencial recibida y con los requerimientos del personal sanitario en formación.

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

- I - Introducción
- II - Plan de formación específico en salud mental infanto-juvenil
- III - Consideraciones acerca de la formación de otros profesionales
- IV - La supervisión

I - INTRODUCCION

Para poder prestar una atención y asistencia adecuada en salud mental infanto-juvenil (SMI-J) se precisa no sólo una correcta formación específica para los técnicos y profesionales directamente implicados, sino unos instrumentos teóricos y prácticos para el resto de los profesionales que intervienen en la atención de la infancia y adolescencia. Podría resultar pretencioso querer especificar al máximo todas y cada una de las áreas, por ello haremos un énfasis especial en la formación específica de postgrado y de forma menos minuciosa para el resto. Hay que señalar que la programación la concebimos de forma interdisciplinar y por áreas generales de conocimiento, en su formulación académica, lo que no implica necesariamente que para todos los profesionales sea la misma.

Un segundo tema importante se deriva de la legislación sobre el tercer ciclo de enseñanzas universitarias. Con el fin de unificar criterios se formula una pro-

puesta que pudiera ser asumida por las dos Facultades de Medicina de la Comunidad Autónoma y por la Facultad de Psicología, pero que a la vez contara con los dispositivos asistenciales que en este campo se vayan desarrollando.

En el momento actual la especialización en psiquiatría infanto-juvenil no se encuentra contemplada, pero existen técnicos y profesionales que intervienen directamente en este área. Existe, por lo tanto, un peligro potencial: que al no existir especialistas formados específicamente no se implementen dispositivos asistenciales y que, al no existir estos, no se formen nuevos profesionales en este campo de la salud mental. Con el fin de romper este círculo vicioso es preciso desarrollar, al máximo posible, los recursos formativos que se poseen en la Comunidad Autónoma, con el objetivo de poder formar a profesionales de manera específica que, si bien es cierto que no poseerán un título, no es menos cierto que podrán acreditar cuál ha sido su formación en este campo.

Por lo anterior es por lo que creemos oportuno que se habiliten unos créditos docentes específicos a obtener de forma mixta: desde los dispositivos asistenciales de forma sectorizada y desde los recursos docentes de la Comunidad Autónoma.

En términos generales es preciso desarrollar:

1 — **Tiempo de especialidad:** Entre 4 y 5 años

2 — **Rotaciones propuestas:**

- Psiquiatría general: 12 - 18 meses
 - Pediatría: 12 meses (Incluyendo neurología infantil)
 - Unidades específicas de Salud Mental Infanto-Juvenil: 2,5 - 3 años
- De esta manera se contempla un acceso mixto desde la Pediatría y la Psiquiatría, como en otros países europeos y se contempla la realidad actual española.

3 — **Campos de formación teórica:**

- Psicología evolutiva.
- Dinámica familiar.
- Psicósomática infanto-juvenil.
- Psicopatología del niño y del adolescente.
- Nosografía: Método de clasificación y Registro de casos.
- Técnicas de exploración en la infancia y adolescencia: Neurológicas, neuropsicológicas, y psicológicas.
- Legislaciones para la infancia y la adolescencia.
- Métodos psicoterapéuticos y modalidades de intervención en la infancia y la adolescencia.
- Psicofarmacología en la infancia y la adolescencia.
- Principios de salud pública en el campo infanto-juvenil.

4 — **Campos de entrenamientos práctico:**

- La entrevista y la Historia Clínica en

Psiquiatría Infanto-Juvenil.

- Las instituciones infanto-juveniles: Escuelas, Centros de Educación Especial, Protección de Menores, Tribunales Tutelares, Hospitales de Día, Hogares alternativos, Talleres Protegidos, etc.
- La hospitalización Infanto-Juvenil en el amplio sentido de la palabra.
- Principios de intervención en Salud Mental Infanto-Juvenil Comunitaria.
- Los programas integrados de Salud Mental.
Técnicas psicoterapéuticas.

5 — **La supervisión** que cubrirá un mínimo de horas de duración y que abarcará: tanto al trabajo clínico realizado como el funcionamiento interinstitucional.

Con estas bases se precisan unos criterios mínimos para la acreditación de Unidades docentes de Salud Mental Infanto-Juvenil.

- 1.— La acreditación se realizará no a un Servicio de forma aislada, sino a un conjunto de dispositivos asistenciales en este campo convenientemente sectorizados.
- 2.— Se precisa un estudio de necesidades de profesionales, así como de la capacidad formativa de cada dispositivo, con el fin de que exista un principio de graduabilidad y no una sobrecarga repentina o inadecuada formación.
- 3.— Existencia de equipos con funcionamiento interdisciplinar en esos dispositivos asistenciales, con personal cualificado en el campo de la Infancia y la Adolescencia.
- 4.— Programa específico (teórico y práctico) de formación en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil, en el que consten los dispositivos asistenciales que se coordinarán para el inicio y desarrollo del programa.

- 5.— Existencia de programas y equipos de Atención Primaria, así como unidades asistenciales en otros niveles de atención (Psicoterapia, Hospitalización, Instituciones, etc...) con una adecuada coordinación.
- 6.— Adecuación de recursos materiales: biblioteca, archivo de historias clínicas, material pedagógico diverso, locales, etc.
- 7.— Posibilidad de desarrollar las supervisiones necesarias con el fin de que se evalúen las responsabilidades progresivas de las diferentes tareas del personal en formación.
- 8.— Existencia de una Comisión de Docencia que se responsabilice del seguimiento del programa de acreditación y del cumplimiento de sus distintas fases, así como de establecer una metodología de evaluación que sea pertinente para cada nivel.

Estas perspectivas se deben completar con una formación a los siguientes niveles, independientemente de la titulación académica básica:

- A/ A nivel de pregraduado: Incluyendo en las materias pertinentes de los currículos, sobre todo en aquellos que se encuentren en fase de revisión, temas específicos sobre la Salud Mental del niño y del adolescente, tanto en los temarios teóricos como en las prácticas, seminarios, etc. posibilitando el desarrollo de tesis de licenciatura y otros trabajos.
- B/ A nivel de postgraduados en formación reglada: Bien de forma específica o como parte integrante de la totalidad del programa a desarrollar y habilitando los créditos docentes oportunos, cursos monográficos del doctorado y tesis doctorales.
- C/ Formación continuada para los pro-

fesionales de plantilla, con el fin de adecuar los desarrollos prácticos con los distintos avances que se vayan produciendo en este campo específico.

Es evidente que para todo lo expresado se precisa un principio de graduabilidad y de optimación en el aprovechamiento de los recursos existentes en toda la Comunidad Autónoma, por lo que se tenderá a compaginar los programas centralizados con aquellos otros que se desarrollen de forma sectorizada, teniendo en cuenta que la oferta docente, al realizarse por áreas de conocimientos, es general y que serán los propios profesionales, de acuerdo con su titulación específica y las prioridades en la concesión de los planes para cada área, los que se decantarán hacia una u otra forma prioritaria para la obtención del correspondiente crédito docente.

II - PLAN DE FORMACION ESPECIFICO EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

1.— INTRODUCCION

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la O.M.S. y el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Apartado 3.7.3.1. y Recomendaciones del Cap. VII), así como la falta de reconocimiento de las especialidades de Psiquiatría Infantil y Psicología Clínica Infantil, proponemos el siguiente plan de formación, con carácter coyuntural, a la vez que recomendamos sean reconocidas y creadas estas especialidades.

En el programa que se expone a continuación es un programa abierto en el que pretenden caber cualquiera de las orientaciones teóricas del campo de la Salud Mental.

2.— CARACTERISTAS GENERALES

2.1.— Consideración de los aspectos

bio-psico-sociales del enfermar y consecuentemente su carácter interdisciplinario.

2.2.— La formación debe ocuparse del conocimiento (estudio), explicación, profilaxis (prevención), diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todos los tipos y modos psíquicos - conductuales de enfermar de la infancia y adolescencia.

2.3.— En el programa de formación debe garantizarse preparación para la asistencia, docencia e investigación.

— **Asistencia:** (Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación) de los problemas psíquicos-conductuales de la infancia y la adolescencia.

— **Docencia:** Especialmente orientada a aquellos profesionales con los cuales han de estar coordinados en la actividad asistencial: médicos de familia, A.T.S., puericultoras, asistentes sociales, maestros, sociólogos, etc.

— **Investigación:** que permita describir y explicar con seguridad los problemas psíquico-conductuales así como evaluar adecuadamente los tratamientos.

2.4.— La formación debe ser teórico-práctica evitando tanto los defectos de la mera teorización, como los de la rutina asistencial.

2.5.— El programa de formación debe incluir formas de evaluación y supervisión individualizada llevadas a cabo por profesionales pertenecientes a instituciones con acreditación docente.

3.— AREAS DE CONOCIMIENTO

3.1.— Factores que influyen en el desarrollo y grandes riesgos

2.2.1.) Factores bio-fisiológicos

3.2.2.) Factores psico-sociales: familia e instituciones

3.2.3.) Factores intrapsíquicos

3.3.— **La intervención como optimización del desarrollo.** Prevención de los problemas psíquico-conductuales y fomento del desarrollo óptimo.

3.3.1.) Programa materno-infantiles de Salud

3.3.2.) Programas de Salud escolar

3.3.3.) Otros programas específicos: adolescentes, grupos de riesgo, etc.

3.4.— **Neurología pediátrica** (Ver Documento de Comisión Nacional de Especialidad en Psiquiatría).

3.5.— **Pediatría aplicada** (Ver Documento de Comisión Nacional de Especialidad en Psiquiatría)

3.6.— **Foniatría, Logopedia y Psicomotricidad** (Ver Documento de Comisión Nacional de Especialidad en Psiquiatría)

3.7.— **Psicopatología y Clínica Infantil** (Ver Documento de Comisión Nacional de Especialidad en Psiquiatría)

3.8.— **Evaluación** (Psicodiagnóstico) (Ver Documento de Comisión Nacional de Especialidad en Psiquiatría)

3.9.— **Terapias:** Individual, Grupal, Familiar, Institucional y Comunitaria.

3.10.— **Tratamientos psicofarmacológicos en la infancia**

3.11.— La **investigación** en clínica infanto-juvenil.

Formato de Formación

- Cursos
- Seminarios
- Bibliografía
- Participación en investigaciones

Nota: El número de horas asignadas a cada área será flexible, si bien puede servir, con carácter indicativo, lo señalado por la Comisión Nacional de Especialidad.

4.— FORMACION PRACTICA

Esta se llevará a cabo básicamente con la incorporación a unidades asistenciales, la participación en sesiones clínicas y la supervisión individualizada.

Las rotaciones se realizarán en los Centros o Servicios con funcionamiento interdisciplinar y con acreditación docente según los criterios emanados de la correspondiente Comisión de Especialidad.

4.1.— **Psicólogos**

4.1.1.) Rotaciones.

- Dispositivos de Salud Mental según posibilidades reales y con equipos interdisciplinarios.
- Logopedia, Foniatría y Psicomotricidad.
- Psicología Clínica.
- Otras instituciones de atención a la infancia.
- Psicología escolar.

4.1.2.) Participación en sesiones clínicas.

4.1.3.) Supervisión individualizada.

4.2.— **Médicos Internos Residentes (MIR)**

4.2.1.) Rotaciones

- Pediatría, incluida la neurología pediátrica.
- Psiquiatría General en los correspondientes dispositivos de Salud Mental.
- Psiquiatría Infantil, en centro Nacional e Internacionales con equipos interdisciplinarios.

4.2.2.) Participación en sesiones clínicas.

4.2.3.) Supervisión individualizada.

5.— **DURACION, CREDITOS Y EVALUACION**

5.1.— El programa de formación específica durará dos años como mínimo. En el caso de los psiquiatras infantiles será condición previa necesaria el cumplir las disposiciones que emanen del Consejo Superior de Especialidades Médicas.

5.2.— La formación en cuanto a las

áreas de conocimiento se llevará a cabo por un sistema de créditos docentes.

- Los créditos docentes necesarios serán 32 correspondiendo cada uno de ellos a 10 horas de clase o seminario.
- La participación en investigaciones llevadas a cabo por los Departamentos podrá valorarse con un máximo de 9 créditos.
- Los cursos y seminarios fuera del programa podrán valorarse con un máximo de 5 créditos.

5.3.— La obtención del grado de suficiencia profesional requerirá:

- La obtención de 32 créditos docentes.
- El visto bueno del tutor-supervisor, acreditado por la Comisión de docencia respectiva.

6.— **POSIBILIDADES LEGALES Y RECURSOS**

6.1.— **Posibilidades legales**

6.1.1.) Recomendamos a medio plazo:

La organización de un Tercer Ciclo inter-departamental sobre Salud Mental.

— Aunque el objetivo central del Tercer Ciclo es la formación de investigadores y la consecución y transmisión del conocimiento científico, así como la formación del nuevo profesorado, también se incluye entre estos perfeccionar el desarrollo profesional.

— Dado que se trata de un ciclo de nueva creación nos parece adecuado que se oriente uno de ellos a suplir la necesidad de formación en Salud Mental y más específicamente en Salud Infanto Juvenil.

— La naturaleza flexible del tercer grado permite crear un marco adecuado para esta formación.

6.1.3.) Recomendamos a largo plazo:

Acogerse al artículo 18 del mismo decreto antes reseñado y solicitar la creación y reconocimiento de las Especialidades Psiquiatría Infantil y Psicología Clínica.

ca Infantil de acuerdo con la homologación de la legislación con la CEE.

6.2.— Recursos

Los departamentos de Psiquiatría, Pediatría, la Facultad de Psicología y aquellos dispositivos asistenciales con la adecuada acreditación docente por parte de la correspondiente Comisión de Especialidades.

III - CONSIDERACIONES ACERCA DE LA FORMACION DE OTROS PROFESIONALES

1.— Durante los últimos años ha sido frecuente la convocatoria por el Ministerio de Sanidad, Ministerio de Educación y otros organismos, de cursos y cursillos dirigidos a formar profesionales especialistas en perturbaciones del lenguaje y audición (logopedas), profesores de alumnos deficientes (pedagogos, terapeutas) psicomotricistas, monitores de ocio y tiempo libre, educadores, auxiliares psiquiátricos, terapeutas ocupacionales, etc...

2.— Esos cursos, cuya duración y seriedad científica son cuestionables, han servido en muchas ocasiones para obtener una titulación oficial del Ministerio y Organismo convocante que permite el ejercicio profesional.

3.— La mayor parte de los cursos que aún hoy se convocan adolecen de:

3.1.— Desarraigo de las estructuras académicas competentes (Universidad, Departamentos, ...)

3.2.— Carencia de programas de estudio estructurado y coordinados.

3.3.— Escasez o inexistencia de formación aplicada y su previsión.

3.4.— Subespecialización ambigua de muchos profesionales.

3.5.— Carencia de exigencias o requisitos mínimos para obtener la titulación.

3.6.— Insuficiencia de profesorado pre-

parado o dedicado para formar adecuadamente a estas profesionales «nuevas».

4.— La consecuencia práctica generada ha sido la formación deficitaria de muchos profesionales, que han difundido una imagen de baja cualificación para muchas especialidades nuevas y han desprestigiado las titulaciones y profesiones.

5.— La formación de todos los profesionales de Salud Mental Infantil debe integrarse en el sistema general de formación secundaria y universitaria, siguiendo programas de entrenamiento teórico-práctico, y superando los mínimos standards de cualificación teórica previamente al ejercicio de la profesión.

6.— Simultáneamente la universidad debe flexibilizar los sistemas de formación, ofreciendo un panorama multiopcional, dando cabida a nuevos planes y titulaciones, obteniendo la colaboración transitoria o permanente de profesionales con varios años de ejercicio. De esta manera, los programas de formación de los profesionales se reforzarán con contenidos pragmáticos.

7.— Para los psiquiatras generales, pediatras y médicos de familia, su rotación será acorde a los dispositivos existentes de Salud Mental Infanto-Juvenil y a sus capacidades docentes, eliminando duplicidades y solapamientos en la creación de otras alternativas de programas. Durante dicha rotación quedarán integrados en las labores de formación teóricas según las disponibilidades.

8.— Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE) con especialidad en Psiquiatría: Dada la importancia de estos profesionales consideramos su especialización de forma global, pero contemplando las siguientes matizaciones específicas para el temario infanto-juvenil:

a) Areas de conocimiento:

- Principios de psicología evolutiva.
- Relaciones familiares.

- Lo normal y lo patológico en la infancia.
- La obtención y cuidados del niño enfermo en sus aspectos integrales.
- Principios de psicopatología infanto-juvenil.
- Los tratamientos psicofarmacológicos.
- La observación psicoterapéutica e institucional.
- Equipo y roles.

b) Areas prácticas:

- Se hará de forma progresiva según la implantación de los dispositivos asistenciales.
- Asignarla a los dispositivos asistenciales de Salud Mental del área sanitaria.
- Integrar los programas de Atención Primaria.
- Funciones y roles del equipo.
- Promoción de la salud materno-infantil.

c) Se recomienda que en las próximas convocatorias de plazas de DUE, a la hora de adscribir dicho personal a los dispositivos asistenciales de Salud Mental, se contemple con prioridad los baremos de especialización en psiquiatría.

9.— Para las Escuelas Universitarias de Trabajo Social se recomienda que en sus programaciones contemplen áreas específicas de la vida y desarrollo infanto-juvenil, así como del funcionamiento y funciones específicas de las instituciones que operan en la vida del niño y adolescente.

10.— A nivel de pregrado de las facultades de Medicina:

Dado que en el momento actual puede comenzar la revisión de currículos de estudio, este Comité quiere sensibilizar a los claustros correspondientes para que incluyan aspectos de la psicología nor-

mal y psicopatología infanto-juvenil en esta revisión. Para ello nos basamos en las tasas de prevalencia de estos trastornos que según la OMS se cifran en un 10% de la población infanto-juvenil, así como la forma específica y variada de presentación de dichos trastornos en la infancia y adolescencia y la implicación de contenidos psicológicos en otros procesos del enfermar que en esta etapa de la vida son más frecuentes que en otras.

IV — LA SUPERVISION

1.— CONCEPTO

Supervisar es someter a un tercero, un profesional con mayor experiencia en el campo concreto de la Salud Mental Infantil, el contenido de un trabajo desarrollado (entrevistas precias, historia clínica, sesiones psicoterapéuticas, trabajo institucional a todos los niveles, etc.) con las referencias que se vean pertinentes el caso que se trate y, fundamentalmente, la relación transferencial que esa intervención implique, para poder dar cuenta de los contenidos intersubjetivos que se movilicen.

2.— CARACTERISTICAS

2.1.— Podrán realizarse independientemente de la línea teórica y psicológica dominante.

2.2.— Podrán ser globales o específicas para cada línea teórica.

2.3.— Lugar de la supervisión: El fin y misión de la supervisión representa la bisectriz de dos discursos: el conocimiento y la práctica:

- a) Conocimiento en tanto referente teórico como fundamento científico y señas de identidad, lo cual descarta la inspiración e intuición de una persona.

b) Práctica en tanto representa la plasmación en un aquí y ahora concreto de la relación intersubjetiva que se establece entre el supervisado «paciente» y se articula con la del supervisado supervisor.

2.4.— La supervisión representa, en este sentido, contrastar los contenidos teóricos con los emergentes de la clínica, por lo tanto representa el dar cuenta desde un lugar teórico preciso y el poder dilucidar los contenidos teóricos de esa práctica concreta y un momento determinado.

2.5.— Existencia de un compromiso entre supervisado y supervisor en lo relativo a la tarea a desarrollar: tipo de supervisión, lugar de supervisión, método a seguir, tiempo de duración, honorarios, hora de inicio, etc.

3.— METODO

El método fundamental es la narración y descripción, lo más detallada y pormenorizada posible, de lo ocurrido durante el desarrollo del trabajo que se pretende supervisar, de acuerdo al encuadre realizado.

El método de narración y descripción será aclarado entre el supervisor y el supervisado para cada tarea de supervisión a realizar.

El supervisor deberá, en su caso, recomendar referentes teóricos acordes con cada circunstancia a supervisar.

En la medida de lo posible el supervisor deberá mantener la necesaria distancia con la tarea a supervisar.

4.— MODALIDADES

El método fundamental es la narración y descripción, lo más detallada y pormenorizada posible, de lo ocurrido durante el desarrollo del trabajo que se pretende

supervisar, de acuerdo al encuadre realizado.

El método de narración y descripción será aclarado entre el supervisor y el supervisado para cada tarea de supervisión a realizar.

El supervisor deberá, en su caso, recomendar referentes teóricos acordes con cada circunstancia a supervisar.

En la medida de lo posible el supervisor deberá mantener la necesaria distancia con la tarea a supervisar.

4.— MODALIDADES

4.1.— En lo tocante a la temática a supervisar:

- a) Primeras entrevistas.
- b) Seguimiento de casos.
- c) Terapias:
 - Individuales
 - Grupales
 - Familiares
- d) Institucional:
 - Programa de atención.
 - Roles institucionales.
 - Trabajo comunitario.
 - Trabajo interinstitucional.

4.2.— Referente a los profesionales:

- a) Individual: Aunque es la modalidad ideal no obstante en los servicios públicos, hoy por hoy, debe dejarse en reserva.
- b) Grupos homogéneos de líneas teóricas, independientemente de su lugar de trabajo y del área de abarque. En términos generales habría una financiación mixta: Administración y componentes.
- c) Grupos institucionales: sería fundamental para los trabajos institucionales y se dirigiría a los miembros de un mismo equipo. La financiación sería mixta, similar a la anterior.

4.3.— Referente a los estamentos y contenidos:

a) MIR y otros profesionales que inician la formación.

- Primeras entrevistas
- Devoluciones
- Seguimientos de casos
- Informes

Podrán ser realizadas por el personal de staff.

b) MIR de últimos años de especialidad:

- Tratamiento y terapias
- Institucional

Supervisor específico

c) Staff.: Se considera inserto en formación continuada

- Terapias
- Institucional
- Trabajo de formación (MIR, PIR, etc.)

Supervisor específico

5.— OBJETIVOS

5.1.— Control de los procesos de transferencia y contratransferencia independientemente de la línea teórica.

5.2.— Posibilitar el equilibrio entre los contenidos teóricos y la práctica clínica.

5.3.— Incrementar la calidad del trabajo asistencial.

5.4.— Contribuir a los procesos de formación continuada.

5.5.— Crear núcleos de debate y formación que, a su vez, puedan extender los conocimientos y experiencia de otros grupos.

5.6.— Revertir al grupo institucional unos nuevos conocimientos.

5.7.— Fomentar la investigación, independientemente de la línea teórica.

6.— FINANCIACION

Como ha quedado expuesto con anterioridad sería parte del compromiso adquirido, y por lo tanto, deberá ser: una parte a delimitar, por parte de la Administración según la periodicidad, número de individuos, etc., y una parte por cada componente del grupo a supervisar.

La financiación por la Administración guardará el criterio de ser con el fin de que el trabajo desarrollado sea transmisible, y por lo tanto, elaborado en el seno de cada equipo de origen de los componentes supervisados. En este sentido el criterio prioritario se establecería para supervisar: grupos homogéneos y grupos institucionales.

7.— MINIMOS

7.1.— Profesionales de inicio de formación: 100 h/año

7.2.— Profesionales de medio y final: 65-70 h/año

7.3.— Profesionales de plantilla: 100 h/año

50 h. Institucional

50 h. Terapias

LINEAS GENERALES PRIORITARIAS DE INVESTIGACION EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

- I - Introducción
- II - Metodología
- III - Registro de casos en salud mental infanto-juvenil
- IV - Registro de relaciones interinstitucionales
- V - Líneas de investigación en el desarrollo y evolución de la infancia y la adolescencia
- VI - Valoración de las pruebas complementarias de tipo instrumental en la infancia y la adolescencia
- VII - Líneas de investigación en psicofarmacología en la etapa infanto-juvenil

I.— INTRODUCCION

El primer punto a aclarar es el relativo a qué se entiende por «política de investigación» en el ámbito que compete a éste Comité de Expertos. Hemos de señalar que no entendemos una política de investigación aislada para nuestro campo, sino englobada en un contexto investigador de los múltiples factores que inciden en el proceso Salud Enfermedad; lo cual a su vez se engloba en una política general dedicada a la investigación con el fin de que existan posibilidades reales para llevarla a cabo con rigor y por el personal adecuado, así se podrá determinar un «hábito» en el personal asistencial hacia el análisis y teorización de aquello que está desarrollando.

Un segundo aspecto lo ubicamos en resaltar la importancia de que la investigación es una tarea de equipo y de los equipos asistenciales, pues se articula

con la reflexión permanente de tipo de trabajo que se lleva a cabo y con la demanda que se realiza de esa oferta asistencial mejorándose así la calidad asistencial.

En tercer lugar, una política de investigación comportaría asumir una metodología capaz de poder dar cuenta, en cada circunstancia concreta, de los contenidos de aquello que se pretende investigar. De esta suerte sería posible evitar duplicidades y solapamientos en las líneas de investigación que se planteen de manera concreta, lo cual no excluye que de forma complementaria se lleve a cabo un determinado estudio. Este es el sentido de la metodología: elaborar un diseño claro y establecer una coordinación adecuada que se articula con una supervisión y evaluación de los distintos trabajos.

Un último aspecto sería el desterrar viejos conceptos que tienden a hacer

creer que la investigación sólo puede desarrollarse en un determinado nivel de sofisticación. Ello supone una redefinición del concepto general de investigación, pero también se articula con los niveles diferentes de la investigación así como la redefinición de las responsabilidades investigadoras que compete a cada nivel de atención de salud.

Estos niveles de partida pueden dar cuenta de una voluntad para llevar a cabo principios metodológicos y conceptuales que ubiquen una investigación que pueda contrastar y comparar resultados, pero además que tenga la posibilidad de aplicar sus resultados a un ejercicio y a una práctica que, en nuestro campo, vaya en beneficio de los niños y adolescentes. Por todo esto, sin desdeñar la investigación básica éste Comité recomienda que se enfatice sobre los aspectos clínico-epidemiológicos.

Se ve preciso sentar una metodología científica que implique dos de los principios básicos que la definen: comprobabilidad de los resultados por la repetición en las mismas circunstancias y posibilidad de generalizar los resultados obtenidos. Pero en las ciencias de la salud en general y de la conducta en particular, estos principios están en permanente debate, por lo que el empleo de la estadística tiene sus limitaciones derivadas de la cualificación de las variables y las pocas posibilidades de cuantificar (lo cuantitativo y lo cualitativo se emplea en terminología de estadística analítica) ello hace que se pierda una cierta exactitud. Además se utiliza con gran frecuencia el método $N = 1$ ó de reduplicación intrasujeto, lo cual tiene sus ventajas pero también sus inconvenientes a la hora del análisis metodológico y estadístico.

Por ello, antes de poder delimitar cualquier línea prioritaria de investigación, parece adecuado conocer la realidad sobre la que se va a investigar, es decir: el entramado de redes sociales y de agencias que actúan e interactúan en la vida y de-

sarrollo del niño y del adolescente.

Un segundo nivel se establece en el intento de homogeneizar necesidades, demanda y oferta de modo que el espacio común sea lo más amplio posible. Así pues, es importante acercarse al análisis de la demanda a través de la demanda real para poder inferir la demanda potencial que se realiza en los dispositivos asistenciales. Así se podrá establecer no solo el derivante, sino el detector y el camino que sigue la demanda desde que se establece hasta que llega a un dispositivo asistencial especializado.

Por lo tanto es capital poder realizar una adecuación o ajuste entre la oferta y la demanda, que vendría determinado por un conjunto de variables que configuren las actitudes de la población hacia estos problemas, lo cual es subsidiario de establecer un estudio e investigación, pero no de tipo transversal sino de tipo dinámico, con capacidad de contrastar entre las zonas con dispositivos asistenciales implementados y aquellas otras que no lo poseen.

En este apartado pretendemos sentar unas líneas generales que configuren la investigación que sin ser las únicas si son las prioritarias, y aunque algunas no se desarrollen con profusión en buena medida van a quedar inmersas en otras de las que se desarrollen.

1. Epidemiología: La investigación epidemiológica moderna tiende a reunir las siguientes características.

1.1.— No priorizar los estudios de campo, tendiendo a integrarlo en las labores asistenciales.

1.2.— Ello implica que el lugar adecuado para realizar esta investigación debe partir de los dispositivos asistenciales.

1.3.— Tener presente las dificultades nosográficas y las dificultades de las tabulaciones estadísticas.

1.4.— Establecer un sistema de registro de casos que se defina por:

- 1.4.1 : Recogida sistemática de datos.
- 1.4.2 : Zona definida.
- 1.4.3 : Implicar a la totalidad de los servicios.
- 1.4.4 : Evitar la repetición de los casos.
- 1.4.5 : Supone un feed-back informativo con los equipos asistenciales.
- 1.4.6 : Debe asegurar la confidencialidad.
- 1.4.7 : No debe ser para temas puntuales.
- 1.4.8 : Debe ser continuado.
- 1.4.9 : Establecer unos objetivos claros en los datos a registrar.
- 1.4.10: Realizar una etapa de ajuste experimental.
- 1.4.11.: Delimitar un procedimiento para todo el proceso.
- 1.4.12.: Crear un «capital» de investigación.

1.5. — Posibilitar una metodología de evaluación, que sea coherente con:

- 1.5.1 : Los objetivos que se establezcan
- 1.5.2 : La evaluación debe incluir la técnica cuantitativa, pero deberá introducir una comprensión cualitativa.
- 1.5.3 : Será capaz de definir indicadores que cumplan sus condiciones de objetividad, fiabilidad y manejabilidad.

2. Líneas de investigación en el desarrollo y evolución de la infancia y la adolescencia: Describir y explicar el desarrollo infantojuvenil ha sido, y creemos que aún hoy debe ser, una línea abierta de investigación sobre todo con vistas a:

- 2.1.— Establecer una aproximación al desarrollo normal.
- 2.2— Comparar el desarrollo normal con el desarrollo en los déficits sensoriales (ceguera, sordera, P.C.I., etc)

2.3.— Definir los factores de riesgo y situaciones que originan interferencias en el desarrollo (hospitalizaciones, afecciones crónicas, institucionalización, abandonos, adopciones, etc.)

2.4.— Acercarnos a una visión diferente de la clínica infanto-juvenil y de los procesos psicopatológicos en la infancia y adolescencia.

3. Los elementos de base orgánica en los procesos psíquicos, sobre todo en aquellos relativos al funcionalismo cerebral, a la genética, al metabolismo, etc.

4. Las pruebas complementarias:

Las pruebas de investigación de tipo psicológico (psicometría, de personalidad,...) y otras técnicas de evaluación (EEG, TAC, potenciales evocados, gammagrafías, ultrasonidos, etc) pueden realizar aportaciones adecuadas si se realizan de forma contextualizada.

5. La psicofarmacología es profusamente utilizada en la infancia y adolescencia, pero datos de análisis de demanda hacen inferir que su uso es un tanto inadecuado y sin criterios clínicos precisos, por ello aconsejamos.:

- 5.1. : Establecer los controles precisos, sobre todo para evitar efectos secundarios y colaterales indeseables
- 5.2. : Pauta su utilización en el seno de una intervención y no como un fin.
- 5.3. : Desaconsejar el uso de productos cuyos principios farmacológicos, su farmacocinética y su farmacodinámica estén poco claros.
- 5.4. : Enfatizar el uso de fármacos sin mezclas, por la vía / adecuada, a sus propias dosis y con los controles pertinentes.
- 5.5. : Debatir el ritmo y el tiempo de utilización de los psicofármacos

en la infancia y la adolescencia, así como sus efectos secundarios.

6. Aunque específicamente no se incluyan en estas líneas de investigación, de forma desarrollada y explícita, las diferentes psicoterapias, no es que éste Comité las postergue, sino que las enmarca en el tipo de intervención en la atención a la demanda.

Para terminar esta introducción quisiera hacer una referencia a la preocupación que siente éste Comité de Expertos ante la difusión de las investigaciones en éste campo a todos los niveles y por ello queremos expresar nuestros criterios.:

A/ Publicaciones profesionales. Deberá reseñarse en toda publicación científica:

- a) Fuentes de información referenciada según las normas internacionales. Incluso si es una variación de lo existente debe hacerse constar.
- b) Cuestionarios y métodos de valoración: No solamente se han de publicar los resultados, sino que como anexos o en el propio texto, se han de introducir los cuestionarios y la valoración realizada, o en su caso el lugar en que puedan ser contrastados.
- c) Cuando se empleen los datos estadísticos se hará referencia al método empleado así como a la fiabilidad del experimento y la fiabilidad general.

B/ Divulgación en medios de comunicación general, deberá tender a ser:

- a) Ponderada, no alarmista y evitando sensacionalismos.
- b) No generalizable
- c) Citando las fuentes
- d) Controlada y limitada al ámbito del estudio

- e) Que posibilite la replicabilidad de argumentos
- f) No inferior de las meras correlaciones una relación causa-efecto

II.— METODOLOGIA

1.— Para lograr una mejora e la atención prestada, todos los profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil (especialmente psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales) deben estar al corriente de los desarrollos actuales de la investigación clínica. Para ello necesitan saber evaluar y utilizar las investigaciones publicadas, lo que a su vez exige familiarización con la metodología de investigación.

2.— Los técnicos de Salud Mental Infanto-Juvenil han de recibir entrenamiento en conceptos básicos y métodos de investigación (observacional-descriptivo, correlacional, experimental, clínico y cuasiexperimental). Las técnicas para desarrollar investigaciones experimentales sobre fenómenos comportamentales son los diseños de investigación y los procedimientos estadísticos. Han de enfatizarse el método científico y el diseño experimental, así como las opciones alternativas de diseño (de grupo único, de grupo múltiple, de caso único, etc...) y las reglas de selección entre diseños alternativos.

3.— Conviene unificar criterios, salvando las particularidades de cada uno de ellos, en la aplicación de la metodología así como en la presentación pública de las investigaciones. Los componentes básicos que incluye todo diseño experimental son.:

- a) Objetivos de la investigación
- b) Muestra de sujetos utilizados
- c) Hipótesis de trabajo
- d) Fases de desarrollo
- e) Tipo de pruebas administradas y condiciones de aplicación

- f) Tratamiento estadístico de los datos
- g) Conclusiones y discusión

4.— En nuestra región, y en toda España, la escasez de investigaciones sobre Salud Mental Infanto-Juvenil es alarmante. La deficiente formación en investigación de los profesionales, y la escasez de recursos para financiar proyectos, son algunas de las causas determinantes de esta situación. La Administración debe proporcionar recursos suficientes para el desarrollo de investigaciones y para la formación de investigadores.

5.— Han de potenciarse las investigaciones interdisciplinarias, en el seno del equipo y entre varios equipos, relacionadas con el desarrollo de la vida del niño y adolescente. La creación de un centro de investigación regional en Salud Mental Infanto-Juvenil interdepartamental incluido en alguna Universidad, como asesor a las diversas investigaciones en curso, podrá dar cuerpo institucional a ésta idea.

6.— De acuerdo con cada método emplead ha de realizarse el tratamiento estadístico más adecuado y fiable según sus propias normativas.

III.— REGISTRO DE CASOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

1.— LOS REGISTROS DE MORBILIDAD EN PSIQUIATRIA

Desde el siglo XVIII se vienen utilizando los registros de morbilidad y las encuestas de salud como las dos principales fuentes de datos epidemiológicos, datos utilizables tanto para averiguar la distribución en la población de las enfermedades, como para servir de base nacional a la planificación sanitaria y a la investigación de probables factores etiológicos, especialmente en el caso de las enfermedades de causa mal conocida, como fueron las enfermedades infecciosas en su día.

Actualmente los estudiosos de la epidemiología afirman que la metodología propia de esta rama de la ecología médica sería un valioso instrumento no ya para la prevención y el mantenimiento de la salud en la población sino para el estudio de las enfermedades crónicas, psicósomáticas y psiquiátricas.

En nuestro siglo se ha abierto una nueva era en el campo general de las estadísticas sanitarias con el uso generalizado de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, que ha hecho posible realizar diagnósticos comparables internacionalmente y que, en consecuencia, ha promovido un creciente interés también en el campo de las estadísticas psiquiátricas. Tras el éxito que tuvieron los registros en el caso del cáncer y la tuberculosis fueron recomendados para las enfermedades mentales por el Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud. El resultado ha sido el establecimiento de registros de casos psiquiátricos en varios países: Escocia (Baldwin, 1965), Estados Unidos (Bahn, 1966), Israel (Goodman et al., 1984), Londres (Wing et al., 1967, 1968), etc. En Noruega se estableció un registro de casos psiquiátricos en 1926 (Odegaard, 1946) y en Dinamarca desde 1928 (Weesteergard, 1928). En Islandia se estableció en 1968 (Helgason, 1978) y en Lomest, Norte de Italia, en 1975 (Marinoni, 1983).

La 6ª Reunión de Investigadores del Estudio en Colaboración de la Organización Mundial de la Salud para extender los cuidados de Salud Mental (Ginebra, 7-11-IX-1981) recomendaba la utilización de registros de casos psiquiátricos en los países en vías de desarrollo y describía su metodología y organización.

Posteriormente los informes de la O.M.S. acerca de los métodos de evaluación de los problemas de Salud Mental encontrados en la comunidad insisten en el establecimiento de registros de casos psiquiátricos como la única forma de lle-

var a cabo un estudio prospectivo longitudinal de los pacientes mentales que tienen como es sabido una tendencia a usar sucesivamente, y a veces simultáneamente, varios de los servicios psiquiátricos disponibles en un área determinada (Giel, 1983).

Actualmente se consideran los Registros de Casos Psiquiátricos como un instrumento al servicio de los Sistemas de Información en Salud Mental, los cuales a su vez, se insertan en el proceso clínico de planificación sanitaria, concebido como un sistema abierto, representando una de sus etapas fundamentales que consiste en.:

- 1.— Determinar las necesidades en materia de salud mental de la población del área cubierta, previa definición de sus niveles (necesidad percibida, necesidad definida médicamente, demanda, etc), lo cual se logra a partir de datos sobre frecuentación, prevalencia e incidencia en población, etc. suministrados por el propio sistema.
- 2.— Determinar la correcta ubicación de los recursos y su deseable evolución temporal, labor fundamental de la sectorización en salud mental, lo cual se consigue a partir de los datos sobre el territorio, población, necesidades, etc.
- 3.— Control de la utilización de los servicios, logrado a partir de los datos obtenidos sobre su funcionamiento, población atendida, necesidades de la misma, modelos de utilización, etc..
- 4.— Mejoría de la efectividad del sistema global de servicios en la prestación de cuidados de Salud mental a través de los resultados obtenidos en la evaluación (1) de los programas diseñados en función de los objetivos a conseguir.
- 5.— Configuración progresiva de un banco de datos que permite el de-

sarrollo de investigaciones epidemiológicas básicas y aplicadas, de utilidad no tan directa a corto plazo, pero que constituyen la garantía de un futuro progreso de las actividades emprendidas.

2.— CONCEPTO DE REGISTRO DE CASOS PSIQUIATRICOS

De acuerdo con Wing (1975) un registro de casos psiquiátricos es una colección de datos acerca de los contactos realizados por los individuos de un área geográficamente definida con los servicios psiquiátricos de la misma.

Así pues, las notas distintivas de un Registro son las siguientes.:

1. El estar centralizado y poseer una estructura capaz de recoger, clasificar, archivar, tratar y emitir los datos.
2. El estar referido a un área geográfica discreta de la que poder obtener datos demográficos con los que comparar las características sociodemográficas de los pacientes del propio área o de otras áreas.
3. El estar referido a una población estable.
4. El disponer de un formato estandarizado de recogida de datos, realizado preferentemente por personal entrenado.
5. El ser acumulativo y tener capacidad para realizar informes longitudinales de cada paciente psiquiátrico.
6. El recoger datos de los servicios psiquiátricos que componen el nivel especializado de asistencia, definiéndose como tal, cualquier estructura asistencial que posee cuando menos un psiquiatra.

(1) Aunque hoy en día el término evaluación se encuentra en periodo de revisión (evaluación-valoración) nosotros lo seguimos empleando en la acepción que a evaluación se otorga en el ámbito de la Salud Pública.

Desde hace años en muchos países en los que vienen funcionando registros de casos psiquiátricos, se ha establecido una extensión a las personas incluidas en el registro, iniciándose la recogida de datos referentes a los problemas de Salud Mental Infanto-Juvenil y una extensión a los servicios psiquiátricos contactados incluyéndose la recogida de datos referentes a contactos mantenidos por servicios sociales con personas que tienen problemas mentales y otros procedentes de las clínicas psiquiátricas privadas.

3.— OBJETIVOS DE UN REGISTRO DE CASOS PSIQUIATRICOS

El objetivo de un registro de casos psiquiátricos, según la 6ª Reunión de Expertos para extender estrategias de Cuidados de Salud Mental (O.M.S.), es elaborar informes longitudinales de todos los contactos realizados por los pacientes individuales de una población geográficamente definida con todos los Servicios que prestan atenciones psiquiátricas en la misma.

Según Ozamiz (1985) los objetivos de un registro se podrían resumir como sigue.:

1. Estudiar el grado de complementación de las atenciones combinadas de varios servicios psiquiátricos.
2. Analizar el curso del paciente por la red de servicios y las tenencias cronológicas de contactos.
3. Establecer un banco de datos para el personal sanitario de cada comarca acerca de las experiencias psiquiátricas previas de los pacientes que contactan con cada servicio.
4. Conseguir datos comparables intra y extra comarcamente
5. Estudiar los patrones de contactos y los efectos resultantes de la creación de nuevos servicios.
6. Analizar política asistenciales específicas (listas de espera, etc.)

7. Constituir un marco apto para extraer muestras de pacientes
8. Estudiar el grado de integración de la salud mental en el Sistema Sanitario.
9. Producir tablas, listas y estadísticas útiles para la planificación y evaluación.

4.— IMPLANTACION DEL SISTEMA DE REGISTROS PSIQUIATRICOS DE ADULTOS EN NUESTRA AUTONOMIA.

La sensibilización de las autoridades sanitarias y de los profesionales implicados ha permitido iniciar la implantación en nuestra Autonomía del Sistema de Registros Psiquiátricos con la ayuda de una subvención económica del Ministerio de Sanidad y Consumo. El proyecto se inició con carácter experimental en la provincia de Soria en Octubre de 1985, la cual fué elegida como zona piloto por ser la primera de las 9 provincias de la autonomía castellano-leonesa en la que se ha firmado un convenio de articulación funcional de los recursos psiquiátricos pertenecientes a diferentes administraciones (INSALUD, Diputación, Junta de Castilla y León) de cara a la constitución de un único dispositivo asistencial de salud mental, existiendo, por otra parte, una buena disponibilidad de los profesionales sanitarios en general hacia la reforma psiquiátrica.

En el resto de las provincias, a lo largo del primer trimestre del año 1986, se ha ido implantando también de modo experimental.

En una etapa posterior se incluirán en el registro los casos atendidos por servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil y se iniciará el seguimiento de una cohorte de los pacientes drogodependientes que sean tratados en los diferentes servicios psiquiátricos.

5.— RAZONES QUE JUSTIFICAN LA PUESTA EN MARCHA DE UN REGISTRO INFANTO-JUVENIL ACUMULATIVO EN NUESTRO MEDIO

1. Es preciso estudiar las lagunas y du-

plicidaes en la asistencia psiquiátrica infantil derivadas del funcionamiento mal coordinado de los recursos actualmente existentes entre sí y con otras instancias asistenciales no especializadas.

Es preciso conocer el tipo específico de pacientes infantiles que son atendidos en cada uno de los servicios, en tanto en cuanto ciertas patologías se adecúan más que otras a los procedimientos asistenciales propios de cada dispositivo.

Se considerarían pacientes en régimen ambulatorio aquellos que realizaran por lo menos un avista antes y por lo menos otra después de la fecha elegida con no más de tres meses entre consulta y consulta. Posteriormente se incorporarían al registro infanto-juvenil todos los pacientes que fueran vistos en consultas ambulatorias o que realizaran ingresos o reingresos en los años sucesivos.

Para ser incluido en el registro infanto-juvenil el paciente tiene que residir en el territorio castellano-leonés. Si un paciente inicia su residencia en la Autonomía en el curso de un tratamiento activo iniciado con servicios psiquiátricos ajenos a la misma se le incluye en el registro desde la fecha del primer contacto con los servicios autonómicos que siga al cambio de residencia. Los pacientes en tratamiento con servicios propios que se trasladen a vivir a otra autonomía son incluidos en las estadísticas producidas por el registro únicamente durante su periodo de residencia en la Autonomía.

7.— SERVICIOS CONTACTADOS POR EL REGISTRO

Los centros ambulatorios de diagnósticos y orientación terapéutica, los servicios de psiquiatría infanto-juvenil pertenecientes a los departamentos de psiquiatría y pediatría que atienden pacientes en régimen ambulatorio o de hospitalización, los servicios ambulatorios de hospitales

generales y los hospitales psiquiátricos infantiles monográficos.

8.— RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN BÁSICA Y DE SEGUIMIENTO

Se utilizarán dos documentos diferentes, cada uno de los cuales cumple una función distinta en el tratamiento de la información: La Hoja de Registro Básico y la Hoja de Seguimiento de Contactos.

8.1. Hoja de Registro Básico

La Hoja de Registro Básico se realiza a cada paciente infantil con ocasión de su primer contacto con un servicio psiquiátrico, bien en consulta ambulatoria, en visita domiciliaria, en urgencias o en hospitalización, y en ella la información sociodemográfica y clínica se ordena según los siguientes apartados:

- 8.1.1 .— Identificación de la hoja de registro
- 8.1.2 .— Identificación del paciente
- 8.1.3 .— Identificación de los responsables del paciente.
- 8.1.4 .— Dinámica familiar
- 8.1.5 .— Antecedentes personales
- 8.1.6 .— Consulta actual
- 8.1.7 .— Diagnóstico clínico
- 8.1.8 .— Tipo de intervención terapéutica y lugar
- 8.1.9 .— Vía de acceso al sistema sanitario
- 8.1.10.— Derivación del paciente

8.2. Hoja de Seguimientos de Contactos.

La información referente a la evolución del paciente se vehicula a través de la Hoja de Seguimiento de Contactos, en la que se anotan los datos que se refieren a los contactos de revisión que tras la primera consulta mantiene el paciente con el equipo de salud mental infanto-juvenil al que acude.

9.— RECOGIDA DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS EN LA INFORMACIÓN BÁSICA SOCIODEMOGRÁFICA.

IV.— REGISTROS DE RELACIONES INTERINSTITUCIONALES

En el momento actual, consecuentes con los apartados anteriores, es preciso calibrar la necesidad de campos de investigación que incluyan las relaciones, en el amplio sentido de la palabra, entre la Atención Primaria de Salud y el nivel especializado de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Con este fin destacamos los siguientes contenidos en consonancia con líneas abiertas de investigación.:

1º) Objetivos.:

- a) Sistemas de información uniformes para toda la Comunidad Autónoma.
- b) Colaborar en la elaboración del diagnóstico de salud del área sanitaria.
- c) Tender a la protocolización de las actividades y su cuantificación en el tiempo, junto con el establecimiento de prioridades.
- d) Colaborar en la formulación y desarrollo de programas generales de salud en la edad infanto-juvenil.
- e) Investigar instrumentos válidos para el despistaje de trastornos de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- f) Tender a actuar sobre los problemas de salud del niño y adolescente en el seno de un contexto, intentando que no se le desintegre de él.

2º) Derivación:

- a) Desarrollo de canales y vías de comunicación entre niveles de atención de Salud, que intenten clarificar las actividades de interconsultas, consultas y derivación-devolución de pacientes, como partes integrantes de los procesos de formación continuada.
- b) Establecimiento de criterios clínicos-asistenciales conjuntos para la discriminación de problemas de S.M. I-J. por parte del nivel de Atención

Primaria, en especial de la patología prevalente.

3º) Criterios generales.:

De acuerdo a las bases de asesoramiento y formación conjunta entre la Atención Primaria y el nivel especializado se establecerán los niveles de derivación-devolución para asegurar el principio de la continuidad asistencial, con el fin de que paulatinamente pueda realizarse de la siguiente forma orientativa:

- a) Los problemas evolutivos y madurativos sean asumidos por el nivel de la Atención Primaria.
- b) Los problemas psicósomáticos de la infancia y la adolescencia, por su complejidad, precisan un abordaje conjunto entre ambos niveles.
- c) Los problemas derivados de la estructura y funcionamiento de la personalidad son susceptibles de derivación al nivel especializado.

4º) Investigación continuada tendente a perfeccionar y a integrar los aspectos de la Salud Mental Infanto-Juvenil en los sistemas habituales de registros de la Atención Primaria.:

- a) Incluyendo en los datos de la historia pediátrica los items relativos a los aspectos evolutivos individuales y aquellos que se refieran a la historia familiar.
- b) Incluir en los registros de morbilidad los aspectos de causa psico-afectiva.

V.— LINEAS DE INVESTIGACION EN EL DESARROLLO Y EVOLUCION DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Entre los numerosos campos de las investigaciones sobre Psicología Evolutiva se destacan dos direcciones relacionadas con temas de Salud Mental Infanto-Juvenil:

- 1.— Interacciones del ambiente sobre el desarrollo del niño.
- 2.— Diferencias individuales que modifican las influencias de los factores ambientales.

En la primera dirección se estudia cómo afecta el contexto ambiental al curso del desarrollo: qué factores influyen en éste, en qué forma y con qué intensidad. Estas investigaciones permiten especificar:

- Qué propiedades del contexto favorecen los procesos del desarrollo humano.
- Qué contextos son patógenos para el desarrollo y cómo inciden en la expresión de estos desórdenes.
- Cómo la influencia de terceras personas (estudio de las relaciones triádicas) pueden actuar como soporte y estimulación de los sistemas evolutivos.
- Cómo la forma de interconexión entre los diferentes medios actúan sobre el desarrollo, favoreciéndolo o retrasándolo, según sea ésta.

La segunda línea de investigación es la que intenta describir precozmente los patrones de reacción infantil diferencial y su interacción con el desarrollo. Es decir trata de descubrir:

- Las características de estos patrones.
- Los efectos de éstos sobre el desarrollo.
- Los efectos de éstos sobre el ambiente.
- La posible perdurabilidad y estabilidad a lo largo de la vida del niño y del joven después.
- La posible existencia de rasgos patológicos.

De este enfoque interrelacional se deriva la actual tendencia a considerar la ca-

sualidad de las alteraciones del desarrollo infanto-juvenil de forma múltiple y dialéctica.

De la aceptación y desarrollo de estas hipótesis obtenemos las siguientes aplicaciones prácticas:

- En el campo de la prevención primaria, evitar y modificar las variables ambientales patógenas (una vez conocidas éstas y su forma de interacción con las restantes) y fomentar la salud mental (mediante la promoción de las variables más estimuladoras)
- En el campo de la prevención secundaria, la detección de población de alto riesgo psiquiátrico (individuos muy vulnerables o afectados por factores de riesgo) y predicción de reacciones futuras ante situaciones determinadas.
- En el campo de la prevención terciaria señalar los niveles de intervención posible, es decir, dónde hay que actuar, cómo hay que hacerlo y la posible evaluación de la actuación.

La O.M.S. (1977), recomienda de forma prioritaria las siguientes investigaciones en este campo:

- 1.— Descripción de datos que apuntan a la mejora de la salud mental y del desarrollo psicosocial de los niños.
- 2.— Utilización de criterios de salud y desarrollo más que de procesos patológicos.
- 3.— Inclusión y valoración del contexto del niño en su desarrollo y forma de enfermar.
- 4.— Prioridad en el estudio de los problemas de salud mental que tienen prevalencia máxima y se acompañan de una grave disfunción psicosocial.
- 5.— Realización de estudios de epide-

miología comparada entre sectores y condiciones de vida diferente, entre grupos con diferentes prevalencias, para detectar los factores de riesgo más importantes y dentro de grupos homogéneos para determinar las características y las experiencias individuales que diferencian a los niños con un desarrollo psicomotor normal (pese a las tensiones y desventajas) de los niños con problemas de salud mental.

6.— Evaluación de las intervenciones para observar su eficacia actual.

Recomendaciones generales sobre áreas de investigación

Expondremos a continuación, de forma esquemática, generalizada y quizás algo redundante las líneas generales de investigación preferentes en este tema.:

1. En lo referente a los patrones de reacción infantiles:

- 1.1) Determinar éstos, sobre todo los que originan una mayor vulnerabilidad del niño frente al ambiente.
- 1.2) Determinar los rasgos de personalidad que favorecen o dificultan la adaptación del niño.
- 1.3) Estudiar la posibilidad de modificar estos rasgos a través del ambiente.
- 1.4) Estudio de una posible perdurabilidad y estabilidad en edades más avanzadas.
- 1.5) Estudio de la influencia de variables individuales sobre ellos (sexo, déficits sensoriales, etc...)
- 1.6) Repercusión de las experiencias prenatales sobre éstos (hasta ahora los trabajos sobre ellas se han limitado al estudio de su papel en la génesis de la oligofrénia, aunque últimamente ya hay algunos realizados sobre la relación entre la ansiedad materna y la posterior hipercinesia del niño).

2. En lo referente al ambiente podemos citar tres grandes grupos.:

2.1) Evaluación del ambiente

2.1.1/ Condiciones que se han de dar en el ambiente para un desarrollo óptimo

2.1.2/ Descripción de contextos patológicos

2.2) Relación individuo/ambiente

2.2.1/ Investigación de la influencia de las interacciones de unas variables con otras (favoreciendo el desarrollo, disminuyendo la incidencia de los factores de riesgo o aumentándola)

2.2.2/ Posibilidad de influir en el curso del desarrollo a través de terceras personas

2.2.3/ Influencia de los rasgos de personalidad en el ambiente.

2.2.4/ Efectos sobre la personalidad de los medios posiblemente patógenos.

2.3) Análisis institucional

2.3.1/ Análisis y características de los grupos psico-sociales e instituciones en relación con el niño.

2.3.2/ Actuación de estos grupos e instituciones sobre el desarrollo infantil (favoreciéndolo o entorpeciendo)

2.3.3/ Consideración de éstos como posibles factores de riesgo.

Los numerosos trabajos de Salud Mental Infanto-Juvenil publicados nos descubren una serie de factores de alto riesgo, pero conviene insistir en aclarar su forma de interacción, tanto entre sí como entre ellos y otras variables del contexto, que pueden modificar su incidencia (aumentándola o disminuyéndola) o su potencial patógeno. Estos factores de riesgo son: prematuridad (con toda su constelación relacional y substrato somático), sufrimiento neonatal, enfermedades

somáticas agudas y descompensadoras, enfermedades crónicas, separaciones tempranas del medio familiar, retraso en el desarrollo intelectual y disminución en su rendimiento, maltrato y abandono, disarmonía entre la pareja parental, pareja parental incompleta, padres menores de edad o que padecen enfermedad crónica o mental o familia emigrante, situaciones de educación o comunicación patógenas, status socio-económico bajo, presión escolar, etc.

Temas preferentes de Investigación en Psicopatología Infanto-Juvenil

Está comprobado que toda dificultad o alteración o retraso en el desarrollo de las funciones normales influyen particularmente en la tasa de prevalencia, por lo que pasaremos a aplicar las líneas de investigación generales anteriormente dichas a las diferentes disfunciones posibles en el desarrollo infanto-juvenil.

1.— Disfunciones sensoriales.

Debemos subrayar aquí el hecho de que los niños con dificultades sensoriales son niños diferentes pero no anormales, así como que tales niños diferentes poseen un perfil evolutivo distinto que debemos investigar, sobre todo buscando los periodos más eficaces para cada aprendizaje. Hay que señalar que su idiosincrasia viene dada por las siguientes características: dificultad para recibir, procesar, almacenar, recuperar, emitir y expresar información, afectando a todo el sistema de interacciones (por ej. no oír las alabanzas maternas). Conviene así mismo averiguar las variables ambientales que favorezcan su aprendizaje, entre ellas la actuación familiar más correcta, así como la influencia del sistema de comunicación y del programa educativo sobre el resto de las facetas del desarrollo. Recomendamos especialmente no psiquiatrizar el tema, ya que realmente tiene más implicaciones con el área de rehabilita-

ción (desarrollo de medios protésicos) con la de atención primaria (detección temprana) o con la escolar (programas de detección precoz y educación), pero no debemos descuidar el periodo de la adolescencia en el que el índice de prevalencia de los trastornos de adaptación es alto en estos jóvenes.

2.— Disfunciones o lesiones somáticas congénitas o adquiridas.

En su vivencia o en la actuación de éstas como factores de alto riesgo psiquiátrico influyen variables a determinar en posteriores investigaciones: alteraciones del esquema corporal, concepto de la enfermedad como castigo o mecanismos de regresión en lo que se refiere al niño; actitud de rechazo, sobreprotección o fomento de su dependencia, así como limitación de sus actividades y cambio de sus costumbres cotidianas en lo que se refiere al medio familiar; marginación por parte del grupo y agresividad en los medios de diagnóstico y tratamiento, así como separación del medio habitual y retraso escolar en lo que se refiere a la hospitalización.

3.— Disfunciones cerebrales

Está demostrado que éstas aumentan el riesgo de aparición de problemas de salud mental, pero convendría precisar y tener más información sobre las influencias indirectas que también intervienen en estos casos: falta de estimulación sensorio-motor, privaciones afectivas, menor autoestima, actitudes negativas de la colectividad y tensiones inherentes al tratamiento médico (hospitalizaciones, medicamentos)

4.— Disfunciones cognitivas.

Conviene asegurar y determinar la influencia de varios factores causales, tanto los que conducen al deterioro cognoscitivo, como los derivados de la experiencias repetidas de fracasos escolares y los inherentes al medio escolar (programas

de educación, aceptación de niños con bajo rendimiento, funcionamiento con ellos y ventajas que pueden obtener éstos de su integración.)

5.— *Disfunciones socio-familiares.*

Por orden cronológico en que el niño entra en contacto con los diferentes grupos e instituciones sociales tendremos los siguientes temas problemáticos que pueden influir en el desarrollo del niño y del adolescente y en una posible aparición de trastornos mentales.

5.1) Repercusión sobre el niño de las actitudes de su madre hacia el embarazo (por ej. rechazo), así como las relaciones de ésta con el padre (se ha comprobado que un apoyo y presencia del marido en el momento del parto favorece la evolución de éste)

5.2) Adopción. Cuándo se debe establecer y en qué forma, estudiando este proceso más profundamente y fomentando su instauración precoz en los casos de abandono

5.3) Familia.: Se habla de la importancia de la salud mental de la pareja parental y de su armonía en el desarrollo del niño, pero conviene saber cómo disminuir el riesgo, en el caso en que la situación no sea la que deseamos, a través por ejemplo, de la modificación de otras variables (Ej.: figuras parentales sustitutas)

5.4) Guarderías.: Se debe estudiar la influencia de éstas en el desarrollo del niño, tanto en lo que supone de separación precoz de la madre (antes del establecimiento de las relaciones objetales), como de instrucción preescolar que pueda contribuir a un mejor rendimiento escolar posterior; también hay que determinar cómo deben ser éstas para eliminar un posible riesgo.

5.5) Escuela.: Es pertinente un amplio análisis de la institución, en vistas al creciente aumento de los fracasos escolares, procurando evitar la actual culpabilización, psiquiatrización y/o psicologización del niño afecto de este problema, así como el estudio de la influencia de terceras personas (implicación de la familia en la marcha del colegio) que puedan mejorar este rendimiento.

5.6) Sociedad.: Hay que analizar cómo los actuales cambios culturales pueden modificar el desarrollo del niño, tanto de forma directa (medios de comunicación, normas sociales), como a través de las relaciones con sus padres (reducción de horas de contacto, etc.)

5.7) Medios de comunicación.: Televisión y video fundamentalmente, por el papel que juega en aspectos relativos a la agresividad, consumismo, etc, así como la delimitación de modelos de identificación o imitación a través de la observación.

5.8) Medio hospitalario: En el caso en que el niño o joven se vea obligado a recurrir a él conviene estudiar las variables que puedan ser perjudiciales para su salud mental y sus consecuencias. Estas variables pueden ser tanto físicas (decoración de habitaciones) como afectivas (separación de su medio familiar) o inherentes a la situación (retraso escolar por ausencia, agresividad y excesiva tecnificación de los medios diagnóstico-terapéuticos)

5.9) Otras instituciones asistenciales y terapéuticas: En la excepcional situación en que haya que acudir a estos servicios (por ejemplo abandono familiar), conviene saber su influencia y conveniencia,

así como las variables ecológicas que afectan y la forma en que la hacen para suposible corrección: arquitectónicas, personales (cuánto personal y en que proporción de sexo), sociales (establecimiento de reglamentos), etc.

5.10) Medio laboral: Elección del trabajo y estudio de la influencia del paro juvenil.

Evidentemente estas investigaciones deben ser complementadas por un análisis de la situación asistencial, programación de ésta de acuerdo con los datos obtenidos y elaboración y evaluación de las intervenciones preventivas y terapéuticas existentes.

VI - VALORACION DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE TIPO INSTRUMENTAL EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

En primer lugar recordar, que antes de cualquier examen complementario, es imprescindible una exploración neurológica, la cual compete al neurólogo, tras lo que, y de acuerdo a su criterio, se efectuarán las pruebas complementarias que se consideren oportunas. Actuar de otra forma da lugar a efectuar pruebas innecesarias o bien desconocer la valoración de las mismas.

1.— EXPLORACIONES NEUROFISIOLOGICAS:

1.1) **Electroencefalografía.:**

Tiene escaso valor en Psiquiatría Infantil, unicamente se describen alteraciones del tipo de inestabilidad en áreas cerebrales posteriores e hipersensibilidad en la hiperpnea así como alteraciones focales, que no suponen comicialidad, ni valoración patológica específica, en los niños con trastornos del comportamiento y/o del aprendizaje.

En otras entidades clínicas tiene también escaso valor, variando mucho las opiniones de unos autores a otros.

1.2) **Potenciales evocados.:**

Mediante esta técnica se pretende la obtención de las respuestas corticales provocadas por estimulación sensoriales, bien sean somestéricas, visuales o auditivas.

1.2.1) Potenciales evocados visuales (P.E.V.)

Son útiles en el estudio de los disturbios de la percepción-integración visual (neuritis óptica o retrobulbar, esclerosis múltiple, procesos compresivos de las vías ópticas, enfermedades neuronales primarias progresivas,..)

1.2.2) Potenciales evocados acústicos de tramo cerebral (P.E.A.)

Estos potenciales son la expresión eléctrica de la activación sucesiva de las diferentes estructuras sobcorticales de la vía auditiva, que aparecen tras la aplicación de estímulos acústicos.

Estos potenciales están indicados en la evolución de los comas, esclerosis múltiple, tumores de tronco, hipoacusias. En el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil prestan una gran ayuda para el diagnóstico diferencial entre los síndromes autísticos y las sorderas perceptivas.

1.2.3) Potenciales evocados somatosensoriales (P.E.S.)

La respuesta evocada somatosensitiva es aquella variación de potencial eléctrico cerebral que aparece sobre el área de recepción sensitivo cortical, tras la aplicación de un estímulo eléctrico o sensorial táctil.

Están indicados en múltiples procesos tanto periféricos como centrales, incluidos determinados procesos de diagnóstico di-

ferencial con crisis convulsivas, sobre todo en la etapa adolescente.

2.— EXPLORACION NEURORADIOLOGICA

2.1) **Ecografía cerebral transfontanelar:**

Antes del cierre de la fontanela, la ecografía constituye uno de los mejores métodos de estudio de las estructuras cerebrales, superior incluso a la T.A.C.

2.2) **Tomografía axial computarizada (T.A.C.)**

Nos permite descartar cualquier proceso expansivo, malformativo, atrófico o degenerativo, siendo en estos momentos de elección preferente frente a otro tipo de exploraciones neuroradiológicas más agresivas.

2.3) **Resonancia magnética nuclear:**

Es una técnica que tiene un poder resolutorio superior a la tomografía y ofrece una mejor diferenciación entre tejidos normales y patológicos.

Sus ventajas sobre la T.A.C. son las siguientes.:

- Mejor demostración de las estructuras anatómicas y de la reconstrucción tridimensional.
- Mejor estudio de las enfermedades de la sustancia básica.
- Permite el estudio de la mielinización y de la desmielinización en particular en el recién nacido.
- Mejora el estudio de las fosas posteriores, temporal y tronco cerebral.

2.4) **Tomografía de emisión de positrones:**

Con respecto a las técnicas anteriores permite el estudio de planos metabólicos del cerebro, pudiendo medir el flujo sanguíneo cerebral y el consumo de glucosa y oxígeno.

Puede ser de especial utilidad en diagnósticos cerebrales por sufrimientos fetales.

3.— EXPLORACIONES BIOQUIMICAS

El laboratorio de bioquímica es un servicio de ayuda al diagnóstico, pero nunca debe suplir a una minuciosa exploración clínica y a una elaborada tesis sobre el diagnóstico del enfermo.

3.1) **Diagnóstico prenatal.:**

la mayoría de las enfermedades cuyo trastorno bioquímico es conocido, pueden ser diagnosticadas mediante determinaciones enzimáticas en fibroblastos cutáneos cultivados in vitro. También es posible en cultivos de células amnióticas.

Principales enfermedades metabólicas diagnosticables mediante amniocentesis.:

- Mucopolisacaridosis (todos los tipos)
- Oligosacaridosis (manosidosis y fucosidosis)
- Mucopolisacaridosis (tipos I, II, III y IV)
- Anomalías de los lípidos: Enf. de FABRY, Enf. de GAUCHER GM₁, GM₂, Enf. de KRABBE, Enf. de NEUMAN PICK, leucodistrofia metacromática.
- Anomalías de los ácidos aminados y orgánicos: acidosis propiónica y metilmalónica, leucinosis, cistinosis, homocistinuria, tirosinosis.
- Anomalías diversas: Enf. de LESCH-NYHAN, Enf. de MENKES, Ataxia-telangiectasia.

3.2) **Diagnóstico postnatal**

Sería imposible, técnica y económicamente, realizar a todo paciente un grupo de pruebas que cubran todas las vías metabólicas.

En la actualidad a nivel nacional, no en todas las comunidades autónomas, se realiza un despistaje metabólico en el periodo neonatal inmediato de las más frecuentes aminoacidopatías.

En cuanto a las diferentes pruebas diagnósticas, para el estudio de los diversos errores metabólicos vendría dado por la clínica de cada una de las metabolopatías.

Las pruebas má utilizadas son las siguientes.:

- Test de FOHLING.: para el despistaje de la fenilce tonuria.
- Cuerpos reductores en orina: para el despistaje de galactosemia.
- Reacción de BRANDT: para el despistaje de homocistinuria y cistinuria.
- Reacción de EHRLICH: para el despistaje de Enf. de HARTNUP
- Reacción de cetoácidos: para el despistaje de Enf. de jarabe de arce, tirosinosis, histidinemia.
- Test de BERRY: para el despistaje de mucopolisacaridosis.

VII - LINEAS DE INVESTIGACION EN PSICOFARMACOLOGIA EN LA ETAPA INFANTO-JUVENIL

En la psiquiatría infantil, la psicofarmacología tiene unos matices que la diferencian bastante de la del adulto, ya que un sistema neuroendocrino en evolución no es lo mismo que un sistema neuroendocrino maduro, un cerebro en vías de organizarse funcionalmente no es igual que un cerebro ya organizado, ni tampoco es lo mismo lo que cabe esperar de un organismo bisocial experimentado, biográficamente forjado, que de un organismo bisocial escaso todavía de experiencia sy con una biografía reducida.

Estos hechos suelen olvidarse en la administración de psicofármacos al niño y en tal sentido el psiquiatra infanto-juvenil debería estar prevenido contra dos peligros.:

- Tendencia a dejarse llevar por la comodidad de tratar el síntoma sin intentar llegar al fondo del problema.
- Y la contraria a la anterior, considerar al psicofármaco como algo nocivo para el niño, sobre todo si tenemos en cuenta que el niño tiende a defenderse de «esta agresión».

Estos dos hechos son quizás los responsables de una realidad: El consumo de psicofármacos por el niño suele deberse más a la acción de los médicos generales, pediatras o a las propias madres que a propuesta del psiquiatra. A esto habría que añadir la dificultad que tienen muchos psiquiatras infanto-juveniles para asociar en un mismo proyecto terapéutico métodos variados de acción, como si existiera un cierto sentimiento de competición entre las diferentes posibilidades, llegando incluso a pensar en un sentimiento de exclusión recíproca.

Ser partidario o no de una farmacoterapia en el niño no puede reposar sobre bases de opinión sino que, debe establecerse en virtud de datos objetivos según normas adaptadas a las especificidades de la psiquiatría infantil.

1.— Los fármacos deberían quedar limitados en su administración a aquellos trastornos que por su intensidad o gravedad comprometan la habilidad de niño para desenvolverse con normalidad en su casa, escuela o grupo de compañeros.

2.— El fármaco debe ejercer un efecto relativamente específico y no constituir simplemente una camisa de fuerza farmacológica.

3.— En tal sentido no deben recetarse fármacos cuya eficacia no haya sido demostrada (Los que dicen mejorar el C.I. por ejemplo)

4.— El fármaco debe recetarse cuando otras medidas han sido utilizadas y no se ha conseguido efectos satisfactorios. Esto supone que previamente se ha debido intentar la reorganización ambiental o la modificación de conducta propias del caso.

5.— El fármaco debe prescribirse con la intención de mejorar o facilitar la acción de otras terapias: psicoterapia, modificación de conducta, intervención familiar...

6.— Abundando en lo anterior, el fármaco prescrito debe formar parte de un

programa global terapéutico y no convertirse en un fin de sí mismo.

7.— El niño debe tener explicación de las razones por las que se le administra el fármaco, de los efectos que de él se esperan, de las expectativas de su acción, eliminando siempre todo tipo de confusiones.

8.— A los padres y educadores se les debe suministrar una explicación racional y veraz del fármaco y de sus efectos, eliminando en ellos toda concepción mágica, insistiendo en que tiene un efecto paliativo más que curativo y que no constituye más que un eslabón dentro del programa general terapéutico.

9.— El tratamiento psicofarmacológico deberá prolongarse exclusivamente según las necesidades.

10.— Las dosis deberán ser flexibles y variables: no existen dosis terapéuticas fijas. Las pautas de dosificación deben planificarse en función de las características farmacocinéticas del producto empleado, realizándose los controles clínicos y plasmáticos adecuados, tomando las precauciones necesarias para evitar las complicaciones graves.

11.— Sería deseable utilizar las interrupciones del tratamiento en lugar de los controles con placebo, con el fin de determinar si el fármaco es verdaderamente eficaz, si todavía es necesario y con el fin de reducir las posibilidades de tolerancia o de alguna complicación debida a la acumulación de dosis.

CONVENIENCIA DEL ENSAYO TERAPEUTICO EN P.I.

Frecuentemente se han opuesto razones de orden ético para la realización de ensayos clínicos rigurosos en Psiquiatría Infanto-Juvenil pero es más peligroso autorizar el uso de medicamentos cuya utilidad en relación a una indicación no haya sido demostrada y cuya posología no considere sobre datos ciertos las ca-

racterísticas de la edad y las variaciones inter-individuales.

En investigación psicofarmacológica los datos del adulto no son en modo alguno extrapolables al niño. Puede decirse que nos encontramos en una situación en la que nuestra ignorancia es muy superior a nuestros en una situación en la que nuestra ignorancia es muy superior a nuestros conocimientos por lo cual sería necesario el establecimiento de criterios objetivos por los cuales se pueda juzgar la eficiencia terapéutica y la toxicidad de los psicofármacos en el niño tratando así de dar respuesta a las dos cuestiones que el médico se plantea ante la utilización de medicamentos.: la evaluación de la respuesta y el objetivo terapéutico a cumplir.

BASES PARA UNA METODOLOGIA DE EVALUACION DE LA RESPUESTA

Una revisión del diagnóstico y la valoración clínica usada para investigar en psicofarmacología infantil durante la pasada década revelan más posibilidades que logros. Muchas veces se olvidan los aspectos singulares de la valoración clínica de niños, y esto porque medir el cambio en los niños es particularmente conflictivo ya que el niño, por definición, no presenta un estado estable. Este hecho debe constituir un argumento a favor de la realización de ensayos incluyendo «grupos de control» porque únicamente así podríamos evaluar lo que consideraríamos la evolución natural durante el periodo de ensayo.

Los criterios para evaluar una respuesta serán diferentes para los tratamientos preventivos, curativos, sintomáticos o paliativos.

1.— En tratamientos preventivos, el criterio será la frecuencia de aparición del estado que se desea prevenir. Ello exige una definición precisa de éste.

2.— En tratamientos curativos (procesos agudos en general) el criterio será la duración de la enfermedad, lo cual requiere definir con precisión el estado de curación o bien la tasa de aparición de una complicación desfavorable o de una evolución desfavorable.

3.— En los tratamientos sintomáticos lo que habría que valorar es la intensidad del síntoma.

4.— En tratamientos paliativos en los que el objetivo es retrasar una evolución ineludible, el criterio será el tiempo de aparición del suceso.

El criterio principal para la evaluación de una respuesta a los medicamentos no ha de ser únicamente la eficacia terapéutica. Hay que valorar igualmente la tolerancia a la medicación, el grado de aceptación por parte del niño y la frecuencia del incumplimiento o abandono de las instrucciones terapéuticas.

El gran problema que plantea la evaluación clínica en psiquiatría es el gran desacuerdo existente en relación con los sistemas de evaluación de psicofármacos, y la existencia de numerosas escalas de hétero y autoevaluación que no siempre resultan equiparables.

Por ello es importante, a la hora de elegir los criterios de valoración, considerar sus limitaciones y cualidades, la mayor o menor subjetividad de los mismos, su grado de especificidad, sensibilidad y consistencia y la concordancia entre diferentes observadores.

Quizas hasta ahora las líneas de investigación psicofarmacológica apuntaban hacia un síntoma-objetivo ya que tiene la ventaja de una mayor claridad tangible. Sin embargo, las tendencias actuales en Psiquiatría Infanto-Juvenil se centran principalmente en la labor de establecer otros métodos de evaluación para la investigación psicofarmacológica.

De manera más específica podrían ser usadas las evaluaciones de:

— El marco educacional del niño

- Funcionamiento familiar
- Relaciones con los compañeros
- Comportamiento en el juego
- Escalas de informes sobre sí mismos (en niños pequeños las medidas indirectas podrían dar mejores resultados)

PRINCIPIOS DE PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

RECOMENDACIONES

1.— Con el fin de adecuar y evaluar los recursos asistenciales en S.M. I-J. es urgente y necesario la creación inmediata de los Comités de Enlace y Coordinación, siguiendo las directrices marcadas por el Documento de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En ellas estarían integrados representantes del ámbito de SMI-J.

2.— En el campo concreto de la SMI-J, dada la peculiaridad y particularidad de la vida de la infancia y la adolescencia, se cree muy oportuno la creación de Comités de coordinación de servicios de atención, servicios sociales, etc. con los diversos aspectos que contemplen (educación especial, protección de menores, APAS, ayuntamientos, etc.).

3.— Necesidad de una actuación sectorizada de la asistencia, que contemple y sea:

- a) Integrada: En los recursos de la asistencia sanitaria general, como unidades funcionales específicas en los recursos de salud mental que se creen.
- b) Integral: que contemple una continuidad asistencial por parte de los equipos, en el sentido de dar: prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y reinserción, entre otros.

4.— El trabajo se ha de desarrollar por

equipos multidisciplinarios en la composición e interdisciplinarios en el funcionamiento, en tanto en cada realidad concreta y dependiendo del grado de formación y sensibilidad de cada componente se puedan elaborar funciones no estáticas pero específicas, para la totalidad de los componentes de los equipos.

5.— Una vez implantados los equipos de SMI-J su función se adecuará a las características socio-demográficas de la población, pudiéndose hacer en dos tiempos:

- La atención directa
- La atención de apoyo a otros sectores que, por sus características, no reúnan los criterios para implantarlos.

6.— Composición de un equipo de SMI-J: psiquiatra infantil, psicólogo infantil, posibilidad de ATS psiquiátrico, auxiliar (psiquiátrico ó administrativo). Los trabajadores sociales se integrarán en los servicios sociales de base, pero si su constitución no está contemplada podría dotarse al equipo de un asistente social de forma transitoria hasta el desarrollo de los servicios sociales de base.

7.— En aquellas provincias en que ya existen recursos de SMI-J se tenderá de forma urgente a:

- a) Terminar de completar el personal de los equipos
- b) Determinar el ámbito territorial y de población para el desarrollo de su labor asistencial.
- c) Coordinar y reconvertir las funciones de algunos equipos según las disposiciones emanadas de los Comités de Enlace y Coordinación.

8.— En aquellas provincias en que no existen recursos de SMI-J se tenderá a crearlos a medio plazo y a corto plazo se posibilitará la supervisión del trabajo realizado por los equipos de salud mental (general) de esos sectores por parte de los equipos de salud mental infantil más próximos.

9.— Hospitalización.

a) Serán valorados dentro de un contexto general de intervención para cada caso y no con un fin en sí misma.

b) La hospitalización, caso de realizarse, se tenderá a efectuar en aquellos dispositivos asistenciales hospitalarios del propio área sanitaria, en los cuales la marginación sea menor, de acuerdo a las necesidades del niño adolescente y a las particularidades del ESMI-J.

En el caso de los niños de menor edad es posible que los servicios de pediatría sean el lugar más adecuado. Dicha hospitalización supone, simplemente, un momento terapéutico en el conjunto de una intervención global.

c) Se ha de intentar valorar recursos alternativos (casas de acogida, intervenciones domiciliarias y familiares, etc.), que tiendan a evitar las hospitalizaciones.

d) La intervención hospitalaria se realizará por parte de los equipos de SMI-J de sector, independiente de que parte de esos equipos tengan como especial interés el ámbito institucional.

e) En cuanto al Hospital Psiquiátrico Infantil se precisaría una transformación tendente a que:

— Los niños y adolescentes de otras comunidades autónomas retornen a la de origen para que allí se les preste la asistencia adecuada.

— Para los niños y adolescentes de Castilla y León se intentará crear recursos alternativos de acuerdo con los equipos sectorizados de SMI-J que existan.

10.— Un principio base de los equipos de SMI-J es la continuidad de las prestaciones asistenciales para cada caso y en la propia comunidad con el fin de no desinsertar al niño de su realidad.

En base a esta continuidad se preci-

sa la evaluación de los distintos niveles de intervención y, por lo tanto, la evolución y la posibilidad diagnóstica y de recogida de datos con rigor.

11.— La creación de equipos de SMI-J precisa de la asignación de recursos materiales y humanos suficientes, así como una ubicación concreta en espacios físicos adecuados.

12.— La creación y el funcionamiento de equipos de SMI-J precisa de la existencia de programas de Atención Primaria y de otros niveles de actuación de salud.

13.— Las urgencias en psiquiatría infanto-juvenil suelen ser escasas, pero parece adecuado que sean asumidas, de forma transitoria, a nivel de las urgencias generales, hasta que se incorporen los componentes del ESMI-J.

14.— Intervenciones en crisis: serán evaluadas de forma concreta para cada caso en los equipos de SMI-J, que según sus criterios diseñarán la metodología de intervención y la cobertura a prestar en el caso concreto.

15.— Se cree adecuado presentar y debatir el tipo de tratamientos a prestar por parte de los equipos de SMI-J.

16.— Es estrictamente necesario aportar una metodología de abordaje asistencial para la adolescencia y que podrá realizarse en conjunto por las unidades funcionales de adultos e infanto-juvenil de cada sector, según las específicas características de los equipos.

FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

RECOMENDACIONES

1.— Reservar en las programaciones docentes un espacio específico sobre tema de SMI-J, intentando que sea.:

a) Unificado en la medida de lo posible

b) Coordinado con la visión de un trabajo en equipo y los diversos roles del mismo.

2.— Recalcar la necesidad de homogeneización con los países de la CEE en el reconocimiento de la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil. En tanto esto ocurra se cree conveniente la obtención de créditos docentes específicos en base a.:

a) Posibilidad de la elaboración de una propuesta del III ciclo de SMI-J con la colaboración de la Junta de Castilla y León y las Facultades de Medicina y Psicología de la región.

b) Posibilitar cursos monográficos de doctorado específicos en SMI-J transitorios hasta la instauración del III ciclo.

3.— A medio y largo plazo se ve necesario la revisión de los diferentes currículos de estudios, siendo importante sensibilizar a las instituciones competentes para que en la medida de lo posible, se contemplen áreas específicas en SMI-J en los diversos niveles para posibilitar y potenciar unos criterios unificados.

4.— Deben hacerse especial hincapié en la formación continuada y unificada, incluyendo la posibilidad de supervisiones, puestas en común, etc.

5.— En este momento es aconsejable la organización por parte del Servicio de Salud Mental de la Consejería, de un sistema de información que permita vehicular a todos los recursos de SMI-J, el inventario de todas las publicaciones y documentación que en este momento existe en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

6.— Con el fin de incrementar la sensibilidad de los diversos profesionales implicados en la atención a la infancia y adolescencia, se ve necesario fomentar el trabajo continuado entre los profesionales de SMI-J y los otros sectores (pediatras, médicos de familia, etc), con el fin de coordinar el abordaje de los dife-

f) Se vigilarán los posibles efectos paradjicos de los productos a utilizar.

16.— En los registros interinstitucionales se incidirá en la recogida de datos de la evolución infanto-juvenil y de la dinámica familiar.

17.— Se adecuarán criterios conjuntos con los servicios de pediatría y neurología pediátrica para establecer los criterios pertinentes para las técnicas complementarias (EEG, TAC, etc.) previa evaluación clínica conjunta.

18.— En la evolución y desarrollo

infanto-juvenil interesa.:

a) Las líneas de desarrollo normal

b) La delimitación de factores de riesgo evolutivo así como la incidencia en el desarrollo de factores intercurrentes (hospitalismo, adopción, institucionalización, etc.)

c) Los estudios comparativos del desarrollo de los déficits sensoriales

19.— Es importante ver cuales son las intervenciones prevalentes en el campo de la SMI-J y su incidencia en la evolución de los procesos.

BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D.: Manual de Psicopatología del niño. Ed. Toray Masson, Barcelona, 1982
- AJURIAGUERRA, J. de: La elección terapéutica en psiquiatría infantil. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1970.
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD PSYCHIATRY: Child psychiatry: A plan for the coming decades. Ed. American Academy of Child Psychiatry, Washington D.C., 1983
- ANDRES MARTINEZ, J.: «Sistemas de información sanitaria un problema de actualidad.» Jano n.º extra, 1984.
- ANTHONY, E.J.; CHILAND, C; KOUPELNIK, C.: L'enfant à haut risque psychiatrique. Ed. P.U.F. París, 1980.
- ARAJARVI, T: «Carta personal» Profesor de Psiquiatría Infantil de Helsinki, Finlandia, 1985.
- AUSUBEL, D.P.; SULLIVAN, E.V.: El desarrollo infantil. Ed. Paidós, Barcelona, 1983.
- BALIN, M.: El médico, el paciente y la enfermedad. Ed. Libros Básicos. Buenos Aires, 1961.
- BARDISA, M.D. et al.: «El desarrollo del niño ciego». Niños, 14, 51-52: 49-58, 1982.
- BASQUIN, M.: «Carta personal». Profesor de Psiquiatría Infantil de París. Francia, 1985.
- «B.O.E.»: Real Decreto - Ley sobre doctorado y formación de profesionales, 185/1985 de 21 de enero nº 41, 16 de febrero de 1985/3949.
- BOLETIN OFICIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIOS: Ley de Salud Escolar para el Principado de Asturias, 22 de Octubre de 1984.
- BOLLEA, G.: «Carta personal». Director de la Escuela de Neuropsiquiatría Infantil de Roma, Italia, 1985.
- BORRELL, F.; ESTEBAN, J.; DALFO, A. et al.: Análisis de la calidad de la historia clínica en atención primaria, 2, 1; 11-6, 1985.
- CASTELL CUIXART, P.: «El E.E.G. en los procesos psicopatológicos». Arch. Pediat, 23: 553-558, 1972.
- CARROBLES, J.A.: Aplicaciones clínicas de la modificación de conducta. Ed. UNED. Madrid, 1985.
- COBO MEDINA, C: Paidopsiquiatría Dinámica I. El Servicio Científico «Roche». Madrid, 1983.
- COLIN, P.: Psicología del niño sordo. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1980.
- COMISION MINISTERIAL PARA LA REFORMA PSIQUIATRICA: Informe, Ed. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1985.
- COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA: Programa de formación para médicos residentes en los años III y IV de Psiquiatría Infantil. ed. Subdirección General de Docencia e Investigación del Ministerio de Sanidad. madrid, 1980.
- COMITE DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL INFANTIL: Psiquiatría Infantil. Ed: Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 1984.

- COMPANY, A.: Mortalitat a la ciutat de Barcelona 1983, Estadístiques de Salut, Ajuntament de Barcelona, Subàrea de Salut Pública, 1985.
- CORBOZ, R.J.: «Carta personal», Director de la Policlínica Psiquiàtrica para la Infancia y la Adolescencia de Zurich, Suiza, 1985
- CUIF, F.: «Evolution des besoins psychologiques et éducatifs des sourds», Revue General de l'enseignement des déficients auditifs, 76,1:23-32, 1984.
- DECOBERT, S.; DIATKINE, R.: Hygiène mentale de l'âge scolaire, Encyd. Méd. Chir, Paris, Psychiatrie, 37960 D¹⁰, 11-1967.
- EISENBERG, L.: «Desarrollo infantil normal» en FREEDMAN, KAPLAN, SADOCK: Tratado de Psiquiatría, II: 2245 - 2263, Ed. Salvat, Barcelona, 1982.
- EVRAD, P.; MATHURIN, P.; AUBERTTULKENS, G.: «Progrès dans l'exploration du système nerveux central», Med. Infantil, 91: 131-135, 1984.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R.; CARROBLES, J.A.: Evaluación conductual. Ed. Pirámide, Madrid, 1981.
- FOZ, G.; PRIETO, A.: Historia Clínica y Sistemas de Registro en Atención Primaria de Salud, Organización y Protocolos, Ed. Doyma (en prensa).
- FREUD, A.: Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980.
- FREUD, A.: Neurosis y sintomatología en la infancia, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1984.
- FREUD, A.: Normalidad y patología en la niñez, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1975.
- GARCIA GONZALEZ, J.; PEDREIRA, J.L.: «Reflexiones acerca de la salud mental en la atención primaria de salud (Notas sobre una experiencia de reforma de la atención de la salud mental en Asturias)», Ponencia presentada en I^o Encuentro Internacional sobre teoría y praxis grupal, Madrid, 1980.
- GENERALITAT DE CATALUÑA: La Historia Clínica per a l'Assistència Primària. Informes tècnics d'assistència sanitària, departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1984.
- GISBERT, J.; et al.: Educación especial, Ed. Cincel, Madrid, 1980.
- GLENWICK, D.: Behavioral community psychology, Progress and prospects, Ed. Praeger, New York, 1980.
- GONZALEZ ALONSO, M.: «Deficiencia sensorial», Diccionario Enciclopédico de Educación Especial.
- GRAHAM, P.J.: «Carta personal» Profesor de Psiquiatría Infantil del Instituto de Salud Infantil de Londres, Inglaterra, 1985.
- GULLNITZ, G.: «carta personal» Profesor de Psiquiatría Infantil y Adolescencia de Rostock, República Democrática Alemana, 1985.
- HERSEN, M.; BARLOW, D.H.: Single case experimental designs, Ed. Pergamon Press, New York, 1976.
- HUCK, S.W.; CORMIER, W.H.; BOUNDS, W.G.: Reading statistics and research, Ed. Harter 8 Row, New York, 1974.
- KLEIN, F.: «Hygiène mentale du jeune enfant», Encyd. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37960 C 10, 11-1979.
- LANG, J.L.: Introducción a la psicopatología infantil, Ed. Paraninfo, Madrid, 1985.
- LEVINE, S.: «Estimulación de la infancia» en Psicología contemporánea: 69-78, Scientific American, 1978.
- MANACORDA, P.: Informática sanitaria, Ed. Feltrinelli, Milán, 1979.
- MARCHESI, A.: «El desarrollo de la imagen mental en los niños sordos profundos», Infancia y Aprendizaje, 6: 45-55, 1979.
- MARCHESI, A.: «Gestos, signos y palabras: comunicación y lenguaje en niños oyentes y sordos profundos», Actividad humana y procesos cognitivos: 185-197, Ed. Alhambra Universidad, Madrid, 1985.
- MATHIS, M.: Hygiène mentales des premiers âges de la vie, Encyd. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37960 C¹⁰, 11-1968.
- MATTEO, J.F.: «Experience du diagnostic prenatal des anomalies chromosomiques et des maladies du métabolisme» Ed. Flammarion: 43-45, 1984.
- MIDENET, M.; FAVRE, J.P.: Psychiatrie infantile a l'usage de l'équipe medico-sociale, Ed. Masson, Paris, 1976.
- de MIGUEL, J.M.; PEDREIRA, J.L.; PONS, I.; SARDINERO, E.: «Principios metodológicos para la recogida de datos en investigación en epidemiología de salud mental infantil: atención primaria», Ponencia presentada en XXVI Reunión Nacional de la Asociación Española de Neuropsitria Infanto-Juvenil, Cádiz, 1985.
- MILLON, T.: Psicopatología moderna, Ed. Salvat, Barcelona, 1981.
- OCHAITA, E.: «Una aplicación de la teoría piagetiana al estudio del conocimiento especial en niños ciegos», Infancia y Aprendizaje, 25: 81-104, 1984.
- OLOFFSSON, O.; PETERSEN, I.; SELLDEN, U.: «The development of the electroencephalogram in normal children from the age of 1 through 15 year», Neuropaediatric, 2: 375-404, 1971.
- OMS: Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de salud, OMS. Informes técnicos 600, Ginebra, 1976.
- OMS: Salud mental y desarrollo psicosocial del niño, OMS. Informes técnicos 613, Ginebra, 1977.

- OMS: Los servicios universitarios de higiene escolar. OMS, Informes técnicos 320, Ginebra, 1966.
- OMS: Les problèmes des enfants d'âge scolaire I (5-9 ans), Rapport d'un groupe de travail, OMS, Copenhague, 1977.
- OMS: Les problèmes des enfants d'âge scolaire II (10-13 ans) Rapport d'un groupe de travail, OMS, Copenhague, 1978.
- OMS: Les problèmes des enfants d'âge scolaire III (14-18 ans) Rapport d'un groupe de travail, OMS, Copenhague, 1978.
- OMS: The child and the adolescent in society, WHO, Euro Reports and Studies 3, Copenhague, 1979.
- OMS: Evaluation of school health programmes. Report on a working group, WHO, Copenhague, 1977.
- OMS: Health Information Systems, Report on a Conference, WHO, Copenhague, 1973.
- PATRICK, A.D.: «Inherited metabolic disorders», Br. Med. Bull. 39: 378-385, 1983.
- PEDREIRA, J.L.: «Atención de Salud Mental en la Infancia», Norte de Castilla, Valladolid: 3-4, 22, Agosto, 1985.
- PEDREIRA, J.L. et al.: «Metodología de trabajo comunitario en la implantación de un servicio comarcal de salud mental infantil, Comunicación en II Congreso de Sociología, Santander, Septiembre, 1984.
- PEDREIRA, J.L.: «Reflexiones acerca de un modelo de formación continuada del personal de instituciones infantiles: el hogar infantil de Oviedo», (en prensa).
- PERRET CLERMONT, A.N.: «Procesos psicológicos y fracaso escolar», Infancia y Aprendizaje, 6: 3 - 13, 1979.
- PORTERA SANCHEZ, A y cols.: «Epilepsias», Monografías de Pediatría, 11, Madrid, 1984.
- REDONDO, M.: «Acerca de la supervisión, Entrevista al Dr. Carlos Sopena», Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, O :, 1981.
- REMSCHMIDT, H.: «carta personal», Profesor de Psiquiatría Infantil y Adolescencia de Masburg, República Federal de Alemania, 1985.
- RENAU, D.: ¿Otra psicología en la escuela? Ed. Laia, Barcelona, 1985.
- XX REUNION NACIONAL DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL (Actas), Pamplona, 1977.
- RODRIGUEZ DE RIVERA, J.: «Los minusválidos sensoriales; problemática y perspectivas», Cuadernos INAS, 2-3 : 45-51, 1981.
- RODRIGUEZ SACRISTAN, J.: «Nuevas fronteras en psiquiatría infantil» An. Psiquiatría, 1.1 : 45-51, 1984.
- SALVAYRE, R.: «Maladies héréditaires du métabolisme des muco-polysaccharides, glucoprotéines et sphingolipids II, 3, Rev. Toulouse, XVI : 127 - 139, 1980.
- SANS, S.: «Estado actual de los indicadores de salud: su posible aplicación en la atención primaria de salud», MIR, 4,1:71-76, 1982.
- SARTORIUS, N; GRAHAM, P.: «Salud Mental infantil, Experiencia de ocho países», Crónica de la OMS, 38, 5, 1984.
- SECULI, E. et al.: Situación actual y perspectivas de la información sanitaria en el ambiente asistencial, II Jornadas Economía de la Salud, Servicio Publicaciones Gobierno Vasco, 1982.
- SEGURA, A. et al.: «Informació sanitària per a qué? A propòsit de la conveniència d'un sistema d'informació sanitària» Gasetta Sanitària (Serie Monografies 1): 4-10, 1983.
- SELVINI, M.: «Qué es la terapia del contexto?», Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, V, 12 : 15-22, 1985.
- TOLSTRUP, K.: «Carta personal», Profesor-Director Médico del Rigshospitalet de Copenhague, Dinamarca, 1985.
- UNESCO: La educación especial, Ed. Sígueme, Salamanca, 1977.
- VARGHA, M.: «Carta personal», Profesor de Psiquiatría Infantil de Szeged, Hungría, 1985.
- VUORI, H: III Jornadas sobre Sanidad Pública, Murcia, 1985.
- VV.AA.: «Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible?» (Monográfico), Recherches, 17, Mars, 1985.

TRASTORNOS PSIQUICOS EN GRUPOS DE ADOLESCENTES CON ESTRUCTURA FAMILIAR TIPICA Y ATIPICA. UN ESTUDIO COMPARATIVO.

P. Rodriguez Ramos, E. Asenjo Rodriguez, P. Jimeno Marco, T. Monsalve Aulestiarte, M^a Amor Fernandez Alvarez.
«CENTRO DE CONDUCTA INFANTO-JUVENIL. A.I.S.N MADRID»

PALABRAS CLAVE: Adolescentes. Anomalías Familiares. Trastornos psíquicos.

«La paternidad enriquece y arruina, cerca y destruye, libera y somete, genera agonia y éxtasis, y no puede compararse a ninguna otra experiencia humana»

FRENCH, A.P.

1.— INTRODUCCION

En cualquier familia la aparición de anomalías en las esferas psíquicas, biológica y social, ya sea por carencia o mal funcionamiento en algunas de ellas, va a dar lugar a conflictos en los demás niveles, y como resultado final en el desarrollo de las personas que constituyen esa familia.

En la actualidad, y en nuestro país no se puede conocer más que de forma muy fragmentaria, la cantidad de niños

o adolescentes que forman parte de una familia con anomalías suficientemente importantes en su estructura o en su funcionamiento como para ser calificadas de familias atípicas.

Los censos de población no son útiles para conocer la cantidad de niños o adolescentes que se encuentran en estas condiciones anómalas. Podemos conocer el número de divorcios, pero no el de hijos de padres divorciados, ni el tamaño de su fratria, ni la edad. En los casos de viudez ocurre lo mismo, y también en las adopciones. Los casos de trastornos psíquicos graves, o enfermedades invalidantes también pueden ser conocidos, grosso modo, pero no los hijos de padres que se encuentran en estas situaciones.

Además de desconocer la cantidad de niños o adolescentes que viven en familias consideradas como atípicas, carecemos de datos sobre los trastornos psicopatológicos de dicha población, ya se trate de la incidencia o prevalencia de tras-

tornos psíquicos o del tipo de trastornos que se presentan y la intensidad de los mismos.

Los estudios realizados sobre hijos de familias anómalas se han tenido que realizar sobre grupos especiales de esta población (niños inadaptados de escuelas residenciales KELLMER, 1965), en estudios comparativos reducidos de grupos escolares enviados a tratamiento psiquiátrico comparados con grupos control de las mismas características (WOFF, 1968), o en cuentas más amplias sobre la población adolescente (GREGORY, 1965), cuyos resultados no pueden aplicarse a otros países sin dar lugar a posibles sesgos debido a diferencias socioculturales y económicas.

Según el estudio de GREGORY (1965), uno de cada ocho adolescentes de quince años pertenecía a familias disgregadas, siendo los casos más frecuentes, divorcio o separación y muerte del padre. En este estudio también se ofrecen algunos datos que ponen en evidencia variaciones en las cifras de orfandad y divorcio según estratos sociales, mostrando una mayor incidencia de ambos en las familias obreras. Los divorcios también mostraban diferencias de presentación entre la población urbana y rural, siendo menos frecuentes en esta.

Las investigaciones que comparan poblaciones de niños y adolescentes con trastornos psíquicos con población general como referencia muestran diferencias. Los de BANNISTER (1945) mostraban que entre los enviados a clínicas de guía uno de cada ocho era huérfano y uno de cada cuatro procedía de familias rotas, mientras que en el grupo control uno de cada dieciocho era huérfano y uno de cada doce procedía de hogares rotos. El estudio de WOLFF y ACTION (1968), es más reciente, y compara niños de escuela primaria. En él un 28% del grupo enviado a tratamiento psiquiátrico procedía de hogares rotos, mientras que solo el 6% del grupo de referencia se encontra-

ban en esta situación de anomalía familiar. Desde otro punto de vista KELLMER PRINCLE (1961), analizaba la procedencia de niños que reciben tratamiento residencial, encontrando tasas altas de atipicidad familiar: 19% con padres divorciados, 17% con padrastros, 15% ilegítimos, 9% huérfanos y 8% adoptados.

Son escasos en la bibliografía los estudios de población más orientativos, que son los que estudian la sintomatología de los hijos de familias atípicas comparándolos con un grupo de adolescentes control. En este sentido solo existen algunos datos referidos a Trastornos de Conducta (muy en relación con actos delictivos y el ya citado de WOLFF y ACTION 1986, y GREGORY (1965), encuentra que entre los adolescentes que presentaban Trastornos de Conducta de incidencia máxima se daba entre hijos de padres divorciados o separados, y a continuación entre hijos varones de padres fallecidos, ocupando el tercer lugar las hijas de madres fallecidas, apoyando así la hipótesis de una falta de identificación adecuada con el padre del mismo sexo. No encontrando diferencias entre las diversas clases sociales. Aparte de los Trastornos de Conducta no se pueden hacer otras precisiones en cuanto a mayor incidencia de trastornos psíquicos en hijos de familias atípicas ni en cuanto a las características de estos trastornos.

Las vivencias reales o ficticias de pérdida de seres queridos son un factor de reconocida importancia en el desarrollo de los trastornos depresivos. En la **orfandad**, con una pérdida dramáticamente intensa y real, parece darse una condición suficientemente traumática para dar lugar a la aparición de trastornos adaptativos importantes. Cuando muere uno de los progenitores no solo se pierde el vínculo con él, sino también con una parte del progenitor superviviente, quien se encuentra en situación de duelo más intensa que la de los hijos. El duelo mantenido y los cambios de la familia

(económicos, sociales y de relación entre los miembros) pueden configurar rasgos similares o diferentes en los trastornos emocionales y de conducta de los huérfanos. Las variaciones en la resolución, la aparición del padrastro o madrastra, y las distintas soluciones en sentido favorable o desfavorable para comprender las características psicopatológicas de un adolescente huérfano.

Según los estudios de poblaciones huérfanas, los hijos se ven más afectados por la muerte del progenitor del mismo sexo, y más cuando las relaciones previas entre los padres no habían sido adecuadas (HILGARD 1960). Existen diferencias según la edad a que tiene lugar el impacto. Las consecuencias psicológicas son mayores cuando la edad de incidencia son las 3 - 4 años (RUTTER 1966), por las necesidades de identificación existentes en esa etapa del desarrollo. Según los estudios de estos y otros autores las consecuencias psicológicas a largo plazo son más importantes que las experiencias del hecho de la muerte del padre/madre y del duelo.

El estudio de ELIZUR (1982) ofrece datos reveladores de la importancia a corto y medio plazo de la orfandad sufrida antes de los diez años. Un 40% de los niños estudiados muestran Trastornos de Conducta de intensidad severa, y dificultades importantes en las funciones sociales a los cuarenta y dos meses de la pérdida del padre en guerra. Este trabajo tiene un interés complementario ya que las condiciones del soporte social son semejantes para todos, y aparentemente buenas, pues está realizado en niños y niñas de kibbutzs. De este trabajo se puede deducir un apoyo a la idea de que el hecho de la orfandad es traumático a largo plazo independientemente del soporte social y de la superación del duelo por el conyuge superviviente.

Las **separaciones o divorcios** suponen la pérdida de uno de los padres para el hijo/a, y existen referencias bibliográ-

ficas en que se reflejan algunas características de personalidad de hijos de familias divorciadas atribuidos al hecho de la pérdida. BOHANNAN (1980), señala diferencias según la edad en que aparece el divorcio, con duelo e incompreensión en edades tempranas, así como regresiones diversas en su conducta; esta situación es similar, aunque menos intensa, en los hijos en edad escolar. Los adolescentes reaccionan con coraje y aislamiento, intentando no tomar partido, aunque comprenden racionalmente la situación. En todas las edades surgen sentimientos de culpa en los hijos por las propias limitaciones que puedan haber conducido al divorcio. En cualquier caso la adaptación, asimilación y superación dependen notablemente de las nuevas perspectivas de vida que se establezcan a partir de la separación, con las reestructuraciones de una nueva familia con padrastro/madrastra. La superación del divorcio y el establecimiento de nuevos proyectos orientados hacia el futuro, son más importantes que el hecho del divorcio en lo que se refiere a las consecuencias emocionales para los hijos. El estudio de BOHANNAN y ERICHSON (1978) apuntan datos para sustentar estas ideas: los hijastros de segundos matrimonios tienen un rendimiento escolar similar a los hijos de familias típicas, y lo mismo ocurre con las características de su integración social y sentimientos de bienestar personal. HETHERINGTON y COLS (1982) en su estudio llegan a conclusiones similares, estableciendo algunos factores de buen/mal pronóstico según los comportamientos de padres e hijos posteriores al divorcio.

El hecho de la **adopción** es valorado de distintas formas según las perspectivas que se toman para el análisis. Mirando hacia el pasado la adopción puede considerarse con el fin de un desarrollo vital traumatizado y el comienzo de un proceso de reestructuración que ofrece un ambiente más estable en el que se pueden solucionar los conflictos anterio-

res. Si se analizan las perspectivas de futuro de la misma adopción pueden exponerse dificultades potenciales para la adaptación de los padres y el hijo/a al nuevo grupo que acaban de constituir. Además el hecho de la adopción significa una ruptura en la que los padres biológicos, conocidos o no, renuncian al hijo/a en todos los aspectos, incluyendo los lazos afectivos, reales o ficticios. Para un adolescente descubrir que es adoptado supone poner en marcha los sentimientos antes señalados, vinculándolos de formas diferentes, y con consecuencias también distintas, a los padres biológicos (fantasmas ausentes) y a los adoptivos con los que conviven. Discusiones que apoyan puntos de vistas retrospectivos o prospectivos se han realizado por diversos autores (CHESS 1975), (BERNARD 1974), (SOROSKY. 1977).

Las reacciones del hijo/a y padres adoptivos ante cualquier conflicto de relación surgen en ellos a partir de premisas distintas, no mejores o peores, que los existentes en las familias «típicas». El contexto emocional y de interacción será también distinto, al moverse entre desconocimientos y fantasías sobre la calidad de origen del hijo adoptado, de las características de aceptación del mismo por parte de los padres adoptivos, y del temor de los padres adoptivos a no ser aceptados como «padres» por el hijo/a adoptado.

La convivencia con padres que presentan **trastornos psíquicos graves** y sostenidos, así como la descalificación habitual al otro conyuge, separando o no, por parte del padre que convive con el hijo/a, ofrecen una imagen muy poco constructiva para el establecimiento de identificaciones positivas en el hijo del mismo sexo y para el desarrollo de su personalidad, o para la creación de una imagen ideal del sexo opuesto atractiva y positiva. Los padres de los niños con trastornos psíquicos presentan trastornos moderados o graves con más frecuencia

que los padres de los niños normales (WOLFF 1970). En el caso de los padres, los trastornos psicopatológicos tienen que ser de gran intensidad para provocar en los hijos, efectos similares a los de las madres (WOLFF y ACTION 1986).

Diversas investigaciones en nuestro país y en el extranjero han puesto de manifiesto trastornos de personalidad, conductas asociales y rasgos neuróticos en hijos de padres alcohólicos, sin conclusiones definitivas sobre las afectaciones mayor o menor sobre los hijos del mismo sexo o del opuesto, y sobre la intensidad según sea el padre o la madre el efecto al alcoholismo.

2.— MATERIAL Y METODO

En el Centro de Conducta, dedicado al estudio y tratamiento de trastornos emocionales y de conducta en niños y adolescentes, se han revisado las fichas de recogida de datos de los últimos 400 pacientes atendidos, a fin de tomar aquellos de edad igual o superior a los doce años y separarlos en dos grupos según presentasen anomalías familiares, o no.

De los 236 mayores de 12 años se eliminaron 26 por motivos diversos: en 11 casos por carecer de datos fiables al no haber sido evaluados directamente por los miembros del equipo, o por carecer de datos familiares suficientes. En otros 12 casos los motivos fueron la presencia de Encefalopatía acompañantes a, o causales de su alteración emocional o de conducta y/o deficit intelectual, o casos de separación de los padres inferior a un año.

La división de los casos en los dos grupos quedó tal como se inserta en la Tabla 1 con los números de adolescentes de cada sexo existentes en cada grupo.

El grupo de adolescentes con familia anómala se formaba con aquellos que presentasen datos familiares de las siguientes características:

TABLA 1: DISTRIBUCION POR FAMILIAS Y SEXOS

| ADOLESCENTES | NUMERO | (%) | SEXOS |
|------------------------|--------|---------|------------------------|
| TOTAL CASOS ESTUDIADOS | 210 | 100'00% | S.MASCULINO 140 66'66% |
| | | | S.FEMENINO 70 33'33% |
| FAMILIA TIPICA | 153 | 72'85% | S.MASCULINO 102 66'66% |
| | | | S.FEMENINO 51 33'33% |
| FAMILIA ATIPICA | 57 | 27'14% | S.MASCULINO 38 66'66% |
| | | | S.FEMENINO 19 33'33% |

- Trastornos psíquicos graves en uno o ambos padres, que se mantengan de forma crónica o intermitente y/o que muestren signos de deterioro (psicosis esquizofrénica, Psicosis afectiva bipolar o depresión resistente, alcoholismo crónico con embriaguez patológica).
- Adoptados.
- Separación de los padres superior a un año. Divorcio o existencia de padrastro o madrastra.
- Orfandad superior a un año.
- Enfermedades crónicas en los padres que por sus características y/o intensidad daban lugar a invalidez importante en el desarrollo de la vida sociolaboral y familiar, o a tratamientos hospitalarios prolongados.
- Hijos de madres solteras.
- Hijos de familias emigrantes con separaciones prolongadas y repetidas de uno o ambos padres.

Una vez seleccionado el grupo, se analizan las frecuencias de aparición de los síntomas estudiados, los diagnósticos y los motivos de consulta, comparando

los resultados con los del grupo de adolescentes que no presentan anomalías familiares del tipo de las referidas.

Se han seleccionado 9 categorías sintomáticas entre las valoradas en la Historia Clínica por considerar que podrían estar más relacionados con el grado de adecuación-inadecuación en el funcionamiento familiar. Como control de síntomas se han recogido Enuresis y Encopresis en ambos casos. (Anexo 1).

El diagnóstico se ha realizado por dos de nosotros (P.R.R. y E.A.R.), de acuerdo al DSM III, utilizando en cada caso el diagnóstico principal, comparando posteriormente la selección del mismo en prueba cruzada. Para el estudio de los casos se han unido diversos diagnósticos en grupos coherentes, pudiendo así realizar una comparación más productiva sin que ello de lugar a conclusiones erróneas. En el grupo de Trastornos de Ansiedad se han incluido los de inicio de la infancia y adolescencia y los correspondientes a los Trastornos por Ansiedad. Los Trastornos Adaptativos aparecen con manifestaciones diversas. En el grupo de Trastornos de Conducta no se han hecho

| TIPOS DE ANOMALIA FAMILIAR | | | | |
|-------------------------------|----|-------|---------|-------|
| | | | TOTALES | |
| | Nº | % | Nº | % |
| MADRE FALLECIDA | 3 | 5'26 | 13 | 22'80 |
| PADRE FALLECIDO | 10 | 17'54 | | |
| MADRE ENFERMA PSIQUICA | 7 | 12'28 | 16 | 28'07 |
| PADRE ENFERMO PSIQUICO | 7 | 12'28 | | |
| PADRES ENFERMOS PSIQUICOS | 2 | 3'50 | | |
| PADRES SEPARADOS | 15 | 26'31 | | |
| MADRE O PADRE ENFERMO CRONICO | 7 | 12'26 | | |
| ADOPTADO | 3 | 5'25 | | |
| MADRE SOLTERA | 1 | 1'75 | | |

subdivisiones; por responder los cuatro tipos a un Trastorno común.

En los grupos de Familia Típicas (FT) y Familias Atípicas (FA), se han realizado otros subgrupos por sexos para su posterior comparación: de una parte, la sintomatología de varones con anomalía fa-

miliar se ha comparado con la de los varones con estructura familiar típica. La misma comparación se ha realizado entre los grupos de sexo femenino.

No se han realizado comparaciones según el nivel socioeconómico. Por tratarse de un Centro Oficial, predomina la

agrupación de pacientes en clase media-baja y baja, lo que no permite hacer comparaciones entre las diversas clases sociales. En lo referente al nivel profesional, las proporciones que resultan del total de pacientes estudiados es similar en ambos grupos.

RESULTADOS

Del total de adolescentes que forman parte del estudio (210), 153 corresponden al grupo de Familias Típicas (73'85%) y 57 casos formaban el grupo de Familias Atípicas (27'14%). TABLA 1.

La distribución por sexos entre ambos grupos es coincidente, ya que aparece un 33% de hembras frente a un 66% de varones, tanto en las Familias Típicas como en las Atípicas. TABLA 2.

La distribución por edades nos muestra un máximo en ambos grupos de los 12-13 años, 22'8% de las Atípicas y un 24'18% de las Típicas, para ir descendiendo el número de adolescentes atendidos a medida que crecen en edad. Se aprecia un ligero incremento en los 15 años en el grupo de Familias Típicas.

Los 57 casos de Familias Atípicas se han recogido distribuidos por el tipo de anomalía en la Tabla 2. Las anomalías más abundantes, citadas en frecuencia decreciente, son Enfermedades Psíquicas de uno o ambos padres, Separación o Divorcio de los padres y la muerte de uno o ambos padres. Las proporciones de presentación de estas tres formas de atipicidad son muy similares. Las formas de atipicidad menos frecuentes corresponden a Madre Soltera, Adopción y Enfermedad crónica invalidante de uno de los padres.

La Tabla 3 recoge los datos referentes a Síntomas en número y porcentaje, en cada uno de los distintos grupos de familia típica y familias atípicas, así como los correspondientes a los subgrupos de sexo masculino y femenino entre los ca-

sos de familias típicas y atípicas. También se han incluido los síntomas en los tres grupos de anomalía familiar que cuentan con más casos.

Para conocer las diferencias entre Familias Típicas y Familias Atípicas, se ha realizado una triple comparación según las asociaciones: 1.— Tipo de anomalía-perfil sintomático, 2.— Tipo de familia-perfil diagnóstico, 3.— Tipo de familia-motivo de demanda. Se han cuantificado y analizado las diferencias entre Familias Típicas y Atípicas en cada caso.

1.— Tipo de familia - Perfil sintomático (Figura 1). Los síntomas incluidos en el estudio muestran un incremento en los porcentajes de presentación de todos los síntomas a excepción de Miedos (porcentaje casi igual en ambos grupos). La diferencia a favor del grupo de Familia Atípica es pequeña en los casos de Hiperactividad y Trastornos del Sueño. En los casos de problemas de Interacción Familiar y de Irritabilidad es donde la diferencia es mayor, con porcentajes muy superiores para el grupo de Familia Atípica, en ambos casos, el estudio estadístico da una diferencia significativa (P 001). Como síntomas de referencia se han tomado las frecuencias de presentación de Enuresis y Encopresis en ambos grupos, aquí las frecuencias de aparición son algo mayores en el grupo de FT (Enuresis: Familia Típica = 16'99%; Familia Atípica = 15'78% / Encopresis: Familia Típica = 4'57%; Familia Atípica = 1'75%), Las diferencias no son estadísticamente significativas en ninguno de los casos.

2.— Tipo de familia - Perfil Diagnóstico (Figura 2). La comparación de diagnósticos entre FT y FA, también ofrece diferencias importantes en algunos casos. Los adolescentes de FA son diagnósticados de Trastornos Adaptativos en un 35'08% de los casos, mientras que los de FT lo reciben en un 19'99% (P 001). Los Trastornos de Conducta también muestran un incremento notable a favor del grupo de FA, 14,03% frente a un

TABLA 3

| FAMILIAS TIPICA | | | | FAMILIAS ATIPICAS | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---------|-------|----------|-------------------|---------|---------------------|----------------|----------------|----------------|----|-------|----|------|----|------|----|-------|----|---|
| S. FEM. | S. MAS. | TOTAL | SINTOMAS | TOTAL | S. MAS. | S. FEM. | PADRES SEPARA. | PADRES E. PSQ. | PADRES FALLEC. | | | | | | | | | | |
| 27 | 52,9 | 62 | 60,7 | 89 | 58,7 | INTERACION FAMILIAR | 77,1 | 44 | 76,3 | 29 | 78,9 | 15 | 80,6 | 3 | 68,7 | 1 | 87,7 | 11 | |
| 6 | 11,7 | 29 | 28,4 | 35 | 22,8 | AGRESIVIDAD | 31,5 | 18 | 44,7 | 17 | 5,2 | 1 | 66,6 | 0 | 24,9 | 4 | 14,1 | 2 | |
| 16 | 31,3 | 47 | 46,07 | 63 | 41,1 | IRRITABILIDAD | 78,9 | 44 | 89,4 | 34 | 52,6 | 10 | 86,6 | 3 | 68,7 | 11 | 61,5 | 8 | |
| 1 | 1,9 | 5 | 4,9 | 6 | 3,9 | CONDUCTAS ASOCIALES | 10,5 | 6 | 15,7 | 6 | 0,0 | 0 | 13,3 | 2 | 6,2 | 1 | 7,7 | 1 | |
| 10 | 19,6 | 47 | 46,1 | 57 | 37,2 | HIPERACTIVIDAD | 42,1 | 24 | 52,6 | 20 | 21,05 | 4 | 46,6 | 7 | 37,4 | 6 | 38,5 | 5 | |
| 20 | 39,2 | 58 | 56,8 | 78 | 50,9 | AISLAMIENTOS | 52,6 | 30 | 44,7 | 17 | 68,4 | 13 | 33,3 | 5 | 62,4 | 10 | 61,6 | 8 | |
| 20 | 39,2 | 51 | 50,0 | 71 | 46,4 | TRASTORNO del SUEÑO | 52,6 | 30 | 50,0 | 19 | 57,8 | 11 | 46,6 | 7 | 49,9 | 8 | 61,6 | 8 | |
| 12 | 23,5 | 23 | 22,5 | 35 | 22,8 | MIEDOS | 22,8 | 13 | 15,7 | 6 | 38,8 | 7 | 20,0 | 3 | 31,2 | 5 | 14,14 | 2 | |
| 18 | 35,2 | 13 | 12,7 | 31 | 20,2 | SINTOMAS DEPRESIVOS | 29,8 | 17 | 23,6 | 9 | 42,10 | 8 | 20,0 | 3 | 37,4 | 6 | 38,5 | 5 | |
| Nº | % | Nº | % | Nº | % | | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |

FIG. 1

- PERFILES SINTOMATICOS DE LAS FAMILIAS
TIPICAS Y ATIPICAS -

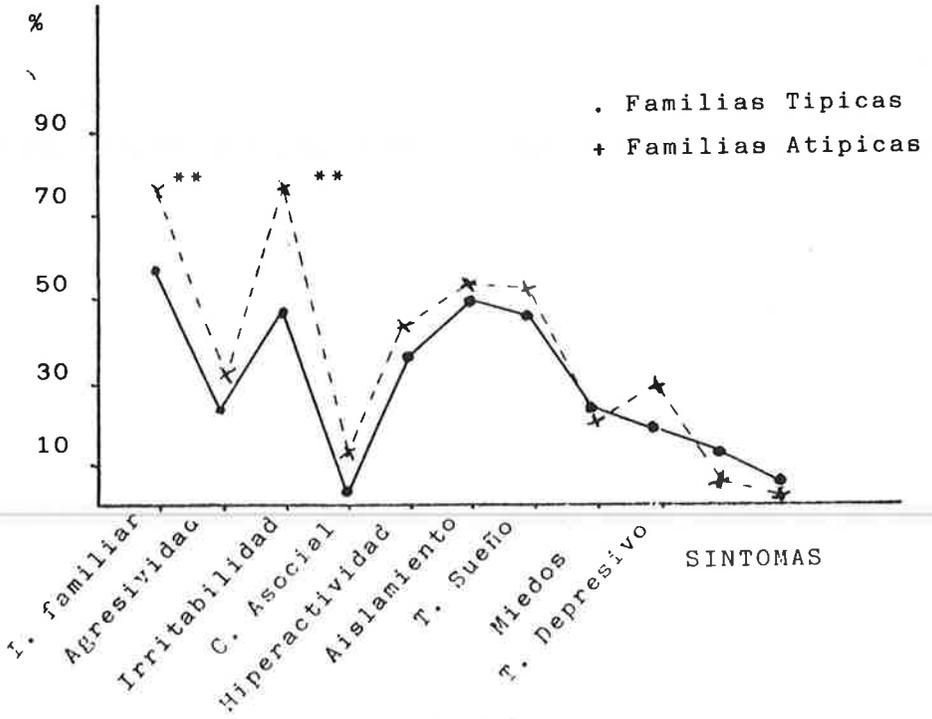
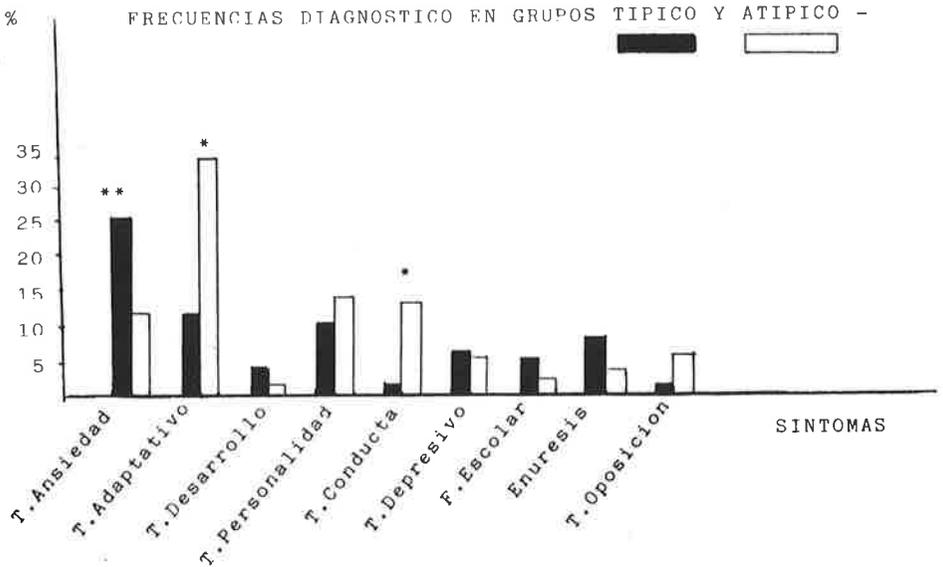


FIGURA 2



1'96% en las familias de estructuras típicas (P 0'05). Los Trastornos de Personalidad también son aplicados en mayor porcentaje de casos en las FA, 14'03% frente al grupo de FT. Inversamente, los diagnósticos de Enuresis y Fracaso Escolar, aparecen en una proporción ligeramente mayor en las FT. La mayor diferencia a favor de las FT se da en los Trastornos de Ansiedad, con un 26'14% de los casos diagnosticados en el grupo frente a un 11'11% en el grupo de FA (P 0'01).

3.— Tipo de Familia -Motivo de Demanda (Figura 3). La tercera comparación entre los dos grupos de FT y FA, se hizo sobre los motivos de consulta, agrupados por quejas o peticiones de padres en grupos característicos. La intención de esta comparación es conocer las conductas más llamativas y menos aceptadas por cada grupo familiar, y las sospechas de la familia sobre salud/enfermedad de sus hijos, que pueden aparecer en los llevados a consulta por estudio o sin motivos específicos. Mientras en las FT el problema escolar es el primer motivo de consulta, 32'02% de los casos, en las FA el lugar de preferencia es el ocupado por las denominadas conductas por exceso (C+) (33'33%). Las conductas por defecto (C-) tienen una proporción similar de aparición en ambos grupos. El motivo de consulta Enuresis es más frecuente en el grupo de FT que en el de FA (12'41% y 5'26%). LOs que son traídos a consulta sin quejas específicas, y con intención de valorar su estado, forman un grupo proporcionalmente más numeroso entre las FT (10'45%) que entre las FA (5'26%), lo que parece estar relacionado, tanto con un incremento de la patología como con una mayor sensibilización ante el hecho de la anomalía familiar y su relación con la patología de los hijos. En los casos de la conducta por exceso de diferencia encontrada entre ambos grupos estadísticamente significativa (P 0'01).

Una vez comparados los grupos de adolescentes con FT y FA, el posterior desarrollo del trabajo se encaminó al análisis de las formas de presentación de los trastornos en cada sexo de los subgrupos típicos y atípicos.

4.— Diferencia por Sexos. Teniendo en cuenta las variaciones de anomalías sintomáticas que presentan los niños y adolescentes dependiendo de su sexo, hemos comparado dentro de cada uno de los grupos FT y FA la presentación de cada síntoma según los pacientes pertenecían al sexo femenino o al masculino.

Síntomas según sexo en FT (Figura 4).

Dentro del grupo de FT el sexo masculino muestra una proporción de aparición mayor que el femenino, en todos los síntomas excepto en el caso de los Miedos, en el que el porcentaje es similar, y en el de Síntomas Depresivos en donde se produce una inversión de ambos perfiles, con mayor proporción en el sexo femenino, la diferencia en este caso es significativamente estadística (P 0'01); tratándose además del único síntoma que muestra más frecuencia de aparición en el sexo femenino. Entre los otros síntomas con mayor presentación en el sexo masculino, también existen diferencias significativas, tanto en el caso de la Agresividad como en el de la Hiperactividad (en ambos casos P 0'01), y en el Aislamiento (P 0'05). Los problemas de Interacción Familiar tienen una tasa de presentación mayor en el sexo masculino, no siendo significativa la diferencia estadística en este caso.

Síntomas según sexo en FA (Figura 5).

Al realizar la comparación de expresividad de síntomas según sexos en el grupo de FA se aprecian algunas similitudes y algunas diferencias con los resultados por sexos en el grupo de FT. En el grupo de FA la expresión de sintomatología de tipo «activo» (Agresividad, Irritabilidad, Conductas Asociales e Hiperactividad), continua siendo más alta para el sexo masculino que para el femenino, pero en los

FIGURA 3

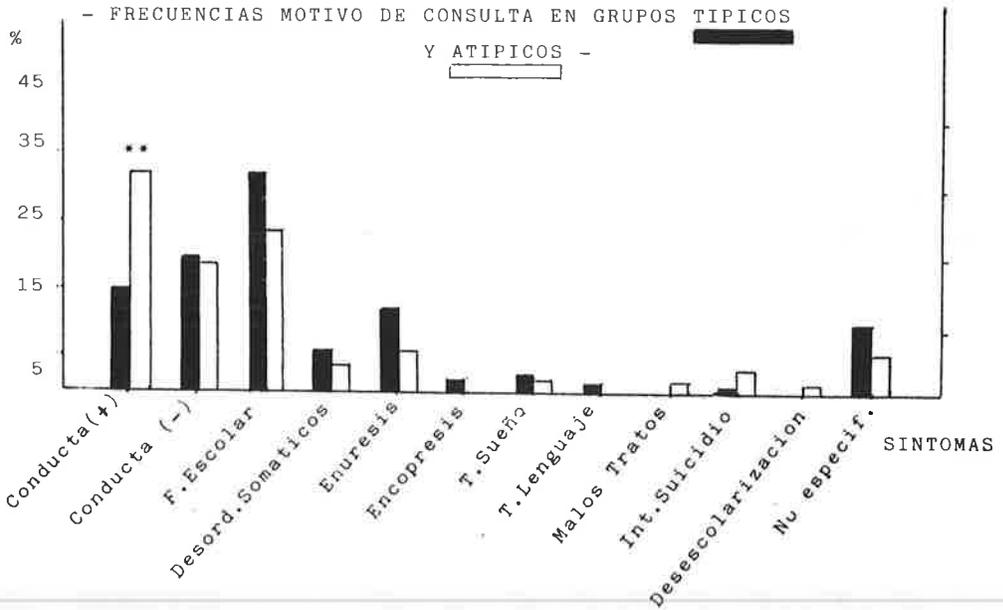


FIG. 4

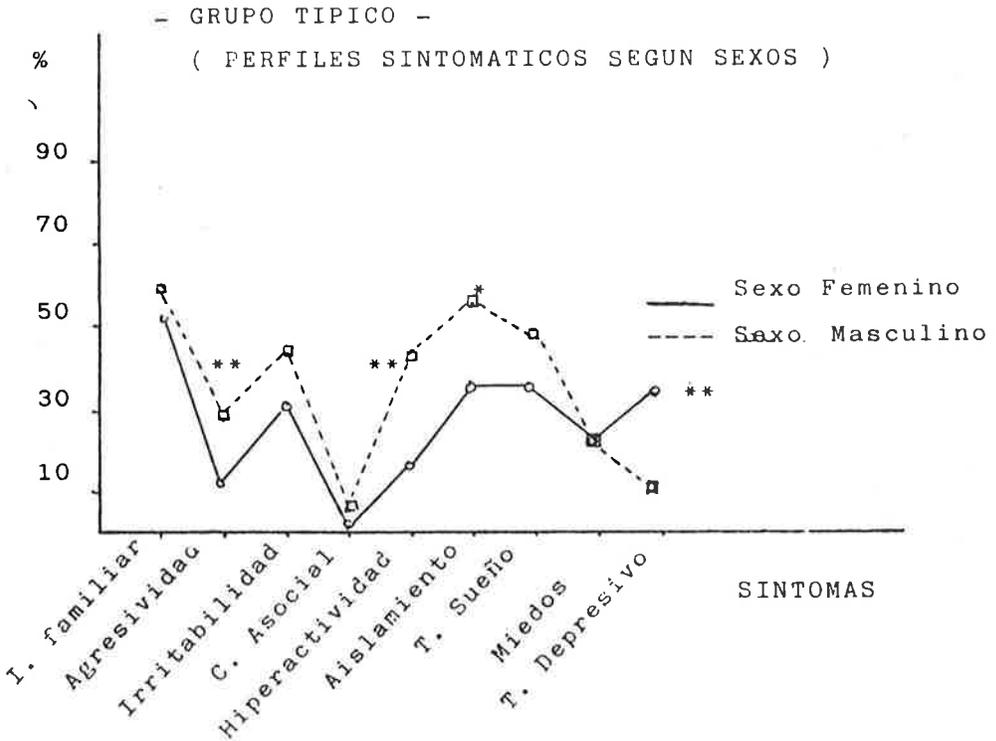
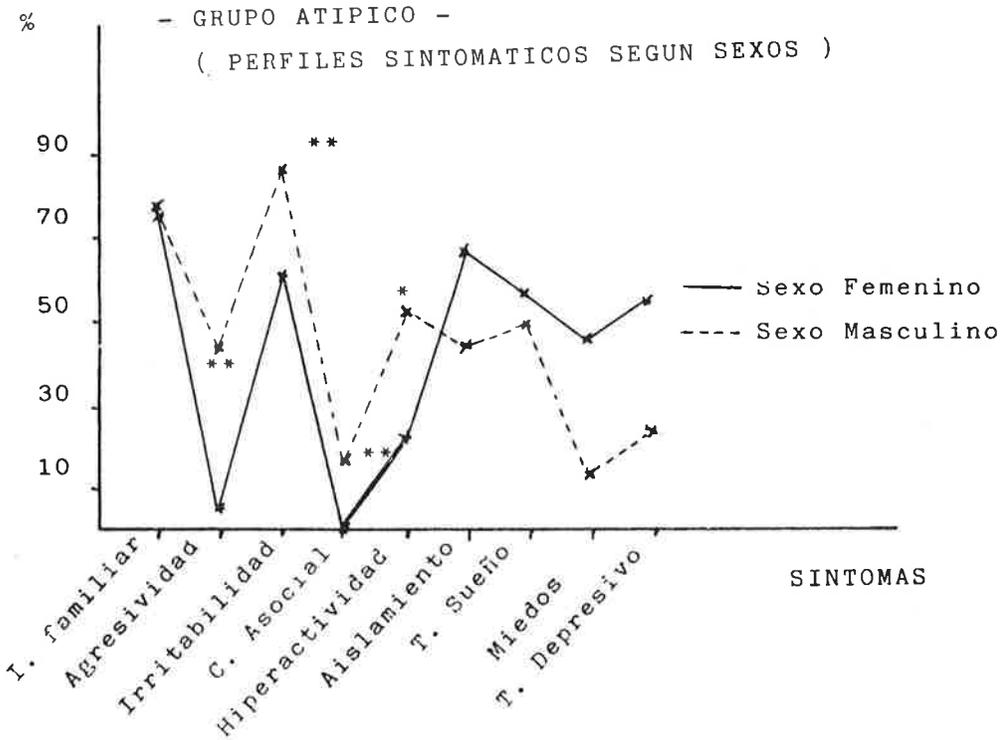


FIG. 5



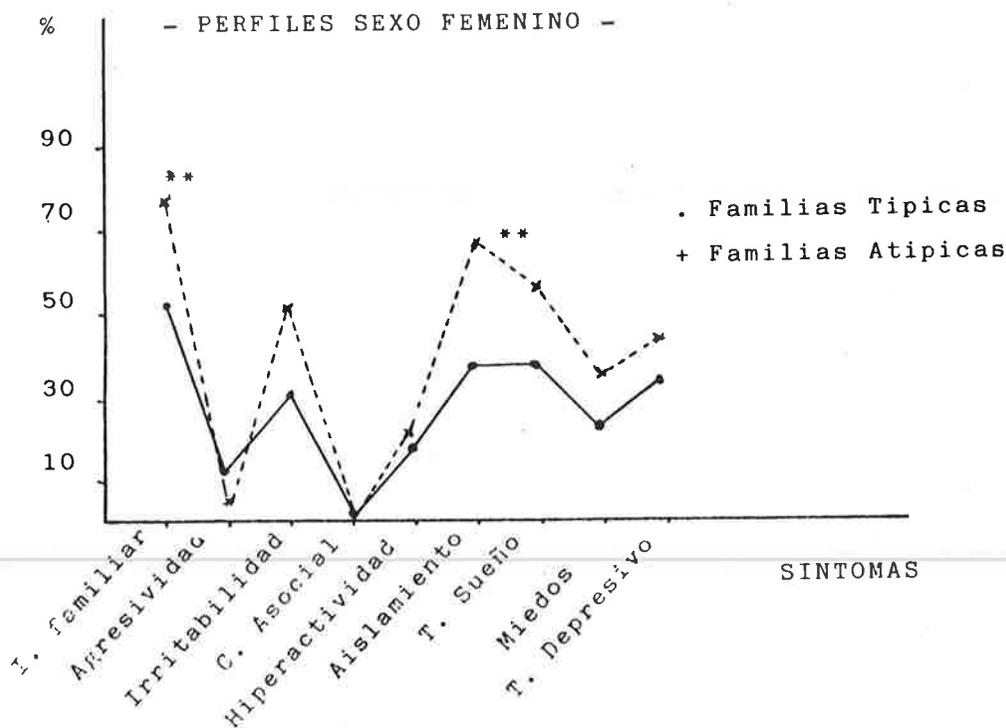
síntomas de tipo «pasivo» (Aislamiento, Trastornos del Sueño, y Miedos), se aprecia una inversión del perfil respecto a la misma comparación pro sexos en el grupo de FT, mostrándose estos síntomas en una proporción más alta para el sexo femenino que para el masculino. En el caso de los síntomas depresivos al expresividad se mantiene más alta en el grupo femenino FA que en el masculino FA, tal y como ocurría en ambos sexos entre los FT. En esta comparación de sexos dentro del grupo FA las diferencias son significativas para los síntomas que hemos denominado «activos»: Agresividad, Irritabilidad, Conductas Antisociales (todos $P < 0.01$) e Hiperactividad ($P < 0.05$). La inversión del perfil sintomatológico en los síntomas de tipo «Pasivo» es un hallazgo específico de las FA y que no ocurre en el grupo de FT. Al analizar los porcenta-

jes de presentación de problemas de Interacción Familiar en el grupo de FA entre ambos sexos no se aprecian diferencias.

Diferencias intrasexos entre FT y FA.

Otra forma de apreciar rasgos específicos en los hijos de FA será comparándolos, en cada sexo, con el correspondiente de FT. En el sexo femenino el perfil sintomático muestra un porcentaje diferente en casi todos los síntomas, siendo mayor en el grupo de FA en todos los casos excepto en Agresividad donde es ligeramente menor (Figura 6), en el resto de los síntomas se observa un porcentaje mayor para el grupo de FA que se hace más evidente en los síntomas de tipo «pasivo» (Aislamiento, Trastornos del Sueño y Miedos), y también en Síntomas Depresivos. De estos cuatro síntomas el único que muestra una diferencia esta-

FIG. 6



dísticamente significativas al comparar los grupos de FT y FA al diferenciar sexos, ni al compararlos en el sexo masculino. Los problemas de Interacción Familiar son mayores entre el grupo femenino de FA respecto a su homólogo de FT, y la diferencia también es significativa ($P < 0.01$).

Para el sexo masculino las diferencias encontradas, al hacer la comparación entre los varones-FT y los varones-FA, se reflejan en la Figura 7. En este sexo la mayor presencia de sintomatología aparece en todos los síntomas de tipo «activo» (Agresividad, Irritabilidad, Conductas Asociales e Hiperactividad). Con diferencias estadísticamente significativas para la Irritabilidad ($P < 0.01$). Esta mayor proporción de presentación de síntomas en los adolescentes de FA del sexo masculino respecto a los FT desaparece e incluso

se invierte al comparar los síntomas de tipo «pasivo», y solo vuelve a ser mayor en el grupo masculino de FA en los Síntomas Depresivos. Para los problemas de Interacción Familiar, tal como ocurre en las comparaciones FA y FT de sexo femenino y de ambos sexos, existe una diferencia significativa ($P < 0.01$), de su mayor presencia en el grupo masculino de FA.

5.— Diferencias de Tipo Anomalia Familiar - Síntomas (TABLA 3)

En este caso se han revisado los porcentajes de presentación de los síntomas estudiados en cada uno de los tres subgrupos de FA más abundantes (padres separados, padres con trastorno psíquicos graves y huérfanos). Existen rasgos sintomáticos que aparecen específicos en cada uno de estos subgrupos.

Entre los hijos de padres separados los

mayores porcentajes corresponden a los síntomas de tipo «activo», que son superiores a cualquier otro conjunto en Agresividad, Irritabilidad, Conductas Sociales e Hiperactividad. Por el contrario, en los Síntomas de tipo «pasivo» los porcentajes de presentación son menores que los correspondientes al grupo de FT.

Los hijos de padres con Trastornos Psíquicos graves, muestran los mayores porcentajes de presentación de síntomas en los de tipo «pasivo», fundamentalmente en Aislamiento, Miedo y Síntomas Depresivos. En el resto de los síntomas los porcentajes de presentación son menores que los de FA y mayores que los de FT.

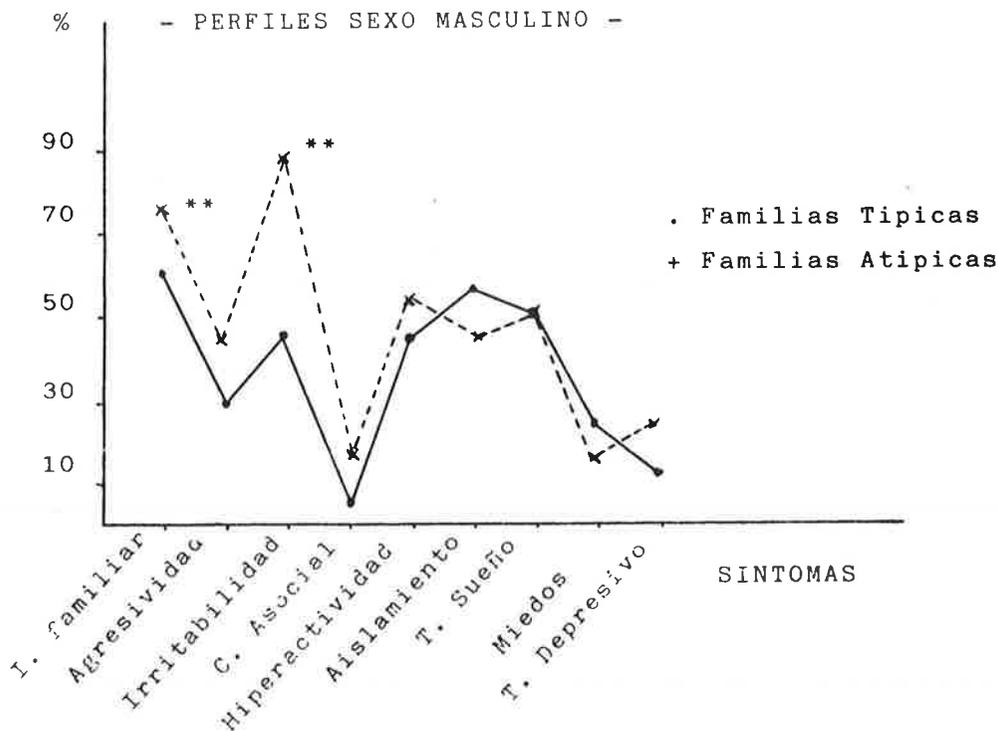
Los huérfanos estudiados constituyen un grupo equilibrado en cuanto a sexos (7/6). En este subgrupo los síntomas cuyos porcentajes de presentación se

muestran más altos son también los de tipo «pasivo» (especialmente Aislamiento, Trastornos del Sueño y Síntomas Depresivos). En el resto de los síntomas los porcentajes de aparición son menores que los del resto del grupo de FA, excepto en el caso de Interacción Familiar.

DISCUSION

La existencia de un 27% de adolescentes con familia atípica entre la población de esa edad atendida en consulta en un Centro de Salud Mental Infantojuvenil coincide con la encontrada por otros autores en condiciones similares (WOLFF 19(8)). En nuestro país MARTIN PRIETO Y DIEZ DE SANTAMARIA (1985), han realizado un estudio prospectivo con la misma intención, obteniendo porcentajes

FIG. 7



inferiores. Esta diferencia es explicada por los autores debido a las características específicas en la mecánica de la recogida de datos y a ser un estudio retrospectivo de pacientes atendidos en cinco años. Las diferencias que pueden encontrarse con trabajos similares merecen un estudio comparativo adecuado siempre que la recogida de datos sea homogénea. Es necesario establecer unos criterios de selección y unos a recoger para lo cual se proponen unos mínimos indispensables en el Anexo II.

En los estudios de población general adolescente realizados fuera de nuestro país las proporciones obtenidas son menores que las encontradas entre adolescentes con trastornos psíquicos. WOLFF y ACTION (1.968) encuentran que entre los niños de diez años, un 6% pertenecen a familias atípicas. GREGORY (1.965), en un estudio de población encuentra un 12% de adolescentes con familia atípica, entre los escolares de esa edad. Comparando estos datos con los recogidos por WOFF y por nosotros en la población adolescente con Trastornos Psíquicos se deduce que los adolescentes de familias atípicas acuden a consulta en mayor proporción que los de familias estructurales. También sugiere un mayor porcentaje de adolescentes con Trastornos Psíquicos en los de familia atípica comparados con los de familias de estructura típica; para confirmar esta ingerencia convendría realizar estudios comparativos más adecuados entre la población general en dos grupos de FT y Fa.

En cuanto a las variaciones por sexos no parecen existir diferencias entre los grupos de FT y FA al menos en lo referido a la cantidad de individuos afectados de un sexo u otro. Tanto en el grupo de FT como en el de FA la proporción de sexo femenino/masculino es de 1/3. Esta ausencia de variación puede interpretarse como una sensibilidad similar en ambos sexos ante el hecho de la anomalía familiar y sus consecuencias en la dinámica familiar. Las características sintomáticas, la for-

ma de reaccionar ante los desajustes derivados de la anomalía familiar, sí resulta diferente en cada sexo analizando los resultados de nuestro estudio tal como haremos más adelante.

No parecen existir datos para hablar de un cuadro sintomático específico de los hijos de FA excepción de la mayor asociación con Trastornos de Conducta señalados por diversos autores. Las actitudes parentales inadecuadas, y la falta de solidez en el grupo familiar son referidas como uno de los elementos destacables en el ambiente de los adolescentes con Trastornos de Conducta (THOMAS 1.968, FRENCH 1.980). Existen factores individuales o familiares que puedan influir sobre la variedad de Trastornos Psíquicos aparecidos. Las diferencias temperamentales de los niños y adolescentes son un elemento importante para comparar las diferencias de reacción ante un mismo hecho, incluso entre los propios hermanos. La diferente atipicidad familiar (separación, enfermedad prolongada, orfandad, etc.) y las formas de resolución o adaptación de cada familia son otro elemento importante.

Los síntomas estudiados en los grupos de familia típica y atípica muestran un incremento cuantitativo en prácticamente todos los síntomas a excepción del Síntoma Miedos. El perfil del grupo atípico es similar al típico, pero con mayor presencia de sintomatología. En los casos de adolescentes pertenecientes a FT, existe un decremento de las posibilidades de la familia como soporte emocional del hijo. Por el contrario en la FT existe una red de apoyo al hijo adolescente en la que puede establecerse una mayor adaptación y presentar una menor sintomatología. La Interacción Familiar, y la Irritabilidad son los elementos que se muestran más altos en las FA, con una diferencia estadísticamente significativa, en el primer caso como una manifestación del mal funcionamiento familiar, y en el segundo como reacción a la inadecuación de la familia en su función de soporte emocional. También es importante valorar la Irritabilidad

como una reacción ante la ausencia de la relación adecuada y de la estabilidad emocional en los padres necesaria para ello, tanto por la falta de comunicación adecuada (Interacción familiar), como por la imagen desorganizada de la propia familia comparándola con otras de su entorno. La mayor frecuencia de presentación de los síntomas estudiados en el grupo de FA se corresponde con el mayor nivel de «Stress» soportado por este tipo de pacientes.

Los diagnósticos encontrados muestran variaciones entre los grupos de FA y FT. Las diferencias son significativas en los casos de Trastorno de Ansiedad, en los Trastornos Adaptativos, y en los Trastornos de Conducta. Los Trastornos de Ansiedad aparecen con una proporción doble entre los casos de FT. Esta diferencia puede explicarse, al menos en parte, por el hecho que entre los familiares algunos Trastornos de Ansiedad que han aparecido con posterioridad a la anomalía familiar, se han diagnosticado como Trastornos Adaptativos con alteraciones de las emociones, al cumplir criterios de este diagnóstico. Otro factor que puede explicar la diferencia es el hecho señalado por diversos autores (BANISTER 1.945; WARDLE 1.961; FRENCH 1.980), en el que se aprecia una mayor abundancia de Trastornos emocionales en la FT, mientras que los Trastornos de Conducta son más abundantes que la FA.

Los Trastornos Adaptativos están presentes entre la FA con una proporción mayor del doble que entre la FT. Nos parece comparable que la existencia de factores estresantes claros en el grupo de FA facilite la decisión diagnóstica hacia este grupo de Trastornos, e incluso que en los casos de duda diagnóstica se pueda inclinar hacia Trastornos Adaptativos con afectaciones emocionales de la conducta o síntomas depresivos en lugar de Trastornos de Ansiedad, Trastornos de Conducta y Trastornos Depresivos, si se cumplen los criterios de Trastornos Adaptati-

vos y se aplica este como primer diagnóstico.

En el caso de los Trastornos de Conducta su mayor aparición en el grupo de FA con diferencias estadísticas significativas, coincide con los hallazgos de diversos autores, tanto al estudiar las características familiares más frecuentes entre los adolescentes diagnosticados de Trastorno de Conducta. (THOMAS 1.960; GREGORY 1.961; FRENCH 1.980). En el trabajo de MARTIN PRIETO Y SAENZ DE SANTAMARIA (1.985) también se recoge una alta incidencia del Trastorno de Conducta entre la FA.

El tipo de problema que lleva a la familia a solicitar consulta nos proporciona datos de las preocupaciones predominantes de la familia, y también de si hay variaciones en ambos grupos de familia en cuanto a su interés por el bienestar psicológico del hijo o más bien por los conflictos en los que el hijo participa activamente.

Al analizar estos datos se aprecian motivos de consulta específicos de las FA únicamente en caso de malos tratos (1 entre las FA).

El resto de los motivos de consulta son similares en su expresión entre ambos grupos, pero existen diferencias en los porcentajes entre FT y FA (ver cuadro). En la FA el motivo de consulta más numeroso, con diferencia estadísticamente significativa, es el de «conducta por exceso». Este tipo de motivo de consulta, de acuerdo a la definición que de él hemos hecho, está muy saturado de comportamientos «activos», que ya hemos visto están incrementados en el grupo atípico respecto al típico, con diferencia claramente significativa en el grupo de Irritabilidad. También los problemas de Interacción Familiar que son más frecuentes con diferencias significativas, entre los adolescentes de FA, tiene una relación notable con las conductas por exceso.

La concordancia motivo de consulta-sintomatología en este caso, apoya la hipótesis que ambos grupos de familias tie-

nen niveles similares de aceptación de los hijos y sus conductas, pero que en el caso de la FA, no cambia dicha aceptación sino que se incrementa la sintomatología y ello da lugar a un incremento de la demanda de «conductas por exceso». La falta de adaptación familiar por las anomalías de su estructura y las consecuencias emocionales de aquella situación, parecen suficientemente importantes como para favorecer por sí mismas el incremento de la sintomatología.

La ausencia de diferencias en la capacidad de tolerar la conducta de los hijos en ambos grupos de familias, viene apoyado por el resto de los motivos de consulta. El motivo escolar es más frecuente entre los adolescentes de estructura de FT. Los datos actuales no establecen diferencias significativas entre el rendimiento académico de los adolescentes de ambos grupos, si acaso el fracaso es mayor entre el grupo atípico. Esta discordancia entre la demanda y los hechos puede deberse a varios motivos, pero puede interpretarse como reveladora de una comprensión del posible fracaso escolar a consecuencia de los conflictos familiares entre las FA, mientras que las típicas parecen más intolerantes ante este tipo de problema. Los datos de demanda de los casos de «Conducta por defecto» parecen quitar argumentos válidos a la hipótesis de que las FA consultan menos por fracaso escolar debido a que tienen escaso interés en el hijo y en su integración psicosocial. El motivo de consulta por «defecto» tiene una presentación similar entre ambas familias. A la vista de este hecho creemos que no se puede atribuir a ambos grupos de FT y FA capacidades diferentes de preocupación por el bienestar psíquico del hijo, e incluso capacidad de percepción de los problemas del hijo adolescente.

El comportamiento de los grupos de adolescentes de cada sexo muestra diferencias en sus perfiles sintomáticos. En el grupo de FT el sexo masculino muestra unos porcentajes significativamente supe-

riores al femenino en Agresividad, Hiperactividad y Aislamiento. En este mismo grupo el sexo femenino presenta únicamente los Síntomas Depresivos con porcentajes significativamente más altos.

El perfil sintomático de los sexos masculino y femenino en el grupo de FA muestra diferencias similares a las de FT, al comparar los síntomas del tipo «activo» (Fig.5 y Fig.4), mostrando mayores porcentajes de presentación en la población masculina tal como era de esperar. Esta semejanza en el comportamiento de cada sexo según síntomas deja de apreciarse y se convierte en diferente al comparar los síntomas de tipo «pasivo» en cada sexo del grupo FA. El sexo femenino de FA parece que tiene preferencia por este tipo de síntomas como forma de reacción a los conflictos que entraña la atipicidad familiar. Según nuestro trabajo, en las familias atípicas el sexo masculino tiende a reaccionar con síntomas de tipo «activo» mientras que el femenino lo haría con los de tipo «pasivo». En la revisión de literaturas hemos encontrado escasas referencias que discriminen por sexos para confirmar o discrepar esta hallazgo. HETHERINGTON (1.982) encuentran diferencias en el comportamiento de hijos divorciados, atendidos o no en consultas de Salud Mental. Los datos de este estudio muestran diferencias entre los sexos similares a las encontradas en nuestros grupos de FA, con mayor agresividad en el sexo masculino y mayor retraimiento social en el femenino. Las diferencias entre sexo muestra una disminución a los cuatro años del divorcio, comparandolos con adolescentes de FT.

Los síntomas depresivos tienen un porcentaje de presentación mayor en el sexo femenino tanto en el grupo de FT como en el de FA. En el caso de FT está diferencia de presentación muestra significación estadística. La existencia de una sintomatología depresiva más abundante entre los adolescentes del sexo femenino coincide con los hallazgos de población adulta que muestra una mayor prevalen-

cia de trastornos depresivos en el sexo femenino. Los diversos factores que pueden influir en este hecho quedan fuera de la intención de este trabajo, pero para su valoración en futuros estudios nos parece importante resaltar que el sexo femenino muestra unos porcentajes menores que el masculino en la presentación de síntomas activos de descarga. Resulta sugestivo pensar que la menor expresividad de reacciones de Agresividad e Irritabilidad podrían favorecer la aparición de sintomatología depresiva.

Entre los padres separados del grupo FA existen diversas situaciones desde la continuidad en los conflictos entre la pareja, con falta de medidas acordadas para establecer la separación definitiva, y uno o varios intentos de reiniciar la relación, hasta los casos del conyuge que vive con el hijo da muestras de haber superado el problema de la separación y realiza una orientación a la vida, estableciendo nuevas vías de desarrollo en el ámbito personal, laboral y social. Revisando los casos de nuestro estudio vemos que únicamente dos padres (sexo femenino) que convivían con los hijos habían dado muestras explícitas o implícitas de iniciar una nueva orientación a sus problemas personales, laborales y sociales, situando la separación como un hecho ya pasado de su vida, con características traumáticas, pero evitando que le hecho de la separación continúe constituyendo el foco conflictivo no resuelto de su vida después de más de un año de haber sucedido. En el resto de los casos faltaba cooperación entre los padres respecto al divorcio y la nueva organización familiar, y el progenitor con quien convivían los hijos no había reestructurado su vida social y/o laboral.

El factor más importante como causa o coadyuvante de los trastornos psíquicos, no sería la estructura familiar atípica, sino el funcionamiento anómalo de dicha familia que no ha podido superar el hecho traumático en merced a los recursos personales del padre o madre que permanecen con los hijos. Son necesarios los es-

tudios comparativos, pero las investigaciones de BONNAHAN (1878 y 1980), aportan datos en este sentido, y WALLESTEIN (1984) señala como factor de riesgo para los hijos la inadecuada readaptación postdivorcio.

En los casos de orfandad el padre superviviente de cada familia, se encuentra ante perspectivas similares a las de los padres separados, aunque parta de un situación familiar y conflictos diferentes en cuanto a sus características cualitativas. Dependiendo de su estructura de personalidad, conflictos psicológicos y experiencias previas, se ve abocado a buscar una solución a sus nuevas condiciones de vida una vez superado el duelo: o continúa como viuda-viudo «respetando» la ausencia de la pareja y con una orientación vital que gira en torno al pasado, o inicia una serie de acciones destinadas a reorientar su vida como individuo, como padre-madre viudo/a, y como ser social y laboral, que le van a permitir organizarse con perspectivas de futuro aunque asumiendo el pasado. Cada una de estas formas de vivir la nueva vida que se presenta tras el duelo tendrá una incidencia diferente sobre el padre o la madre superviviente, que lo decide consciente o inconscientemente, y sobre los hijos con los que continúa formando una familia que ahora es de estructura atípica. En nuestra opinión una vida organizada en torno al pasado supone una cristalización de un episodio de duelo en el que de alguna forma se va a ver incluido el hijo adolescente para poder seguir perteneciendo a la familia. En el segundo caso, tras la fase de duelo, se establecen nuevas formas de relación intra y extrafamiliares con perspectivas de futuro que pueden incluir, aunque no necesariamente, el establecimiento de una nueva pareja, reorganización de tareas en la familia, o cambios de amistades, o integración laboral en el caso de las madres que antes no trabajasen. Estas condiciones claramente diferentes para los padres, suponen una situación de organización y autonomía que afianza los

propios sentimientos de capacidad y evita dependencia de figuras ajenas a la familia nuclear, o al menos, la mitiga. Esta segunda opción de nueva vida, que depende en gran parte del conyuge superviviente, aunque también del soporte familiar y social, proporciona, según nuestra opinión, más perspectivas favorables para el adolescente. En nuestros casos de familias atípicas por orfandad las «decisiones» de los padres supervivientes, se han inclinado más hacia el polo de la organización en torno al pasado, de indefensión, dependencia, y de la cristalización del duelo, que hacia el de perspectivas de futuro y autonomía. Incluso en los casos de madres fallecidas, en los que el padre tiene más permisos sociales para actuar de viudo sin excesivo «respeto» a la madre ausente no ha habido ningún caso de nuevos matrimonios, ni de buena adaptación a la situación, a pesar de contar con hijos ya mayores en los tres casos. Estos padres han organizado su familia con dependencia de tías y abuelas que realizan la sustitución de la madre en muchos casos sólo en el aspecto formal. En los casos los padres reconocen haber organizado una vida personal de amistades de ambos sexos, pero fuera del alcance o conocimiento de los hijos. De las madres viudas, en ningún caso han vuelto a organizarse en parejas estables, una ha conseguido incorporarse a la vida laboral y dos mantienen su anterior trabajo. En cuatro casos las madres siguen tratamientos psicoterapéuticos, al menos dos años después de haber quedado viudas, por problemas derivados del duelo. Estas situaciones de cronificación de la reacción de duelo y de no resolución de las complicaciones que crea la desaparición de uno de los padres por fallecimiento, parecen suficientemente intensas como para considerarse muy importantes en la génesis y mantenimiento de los problemas emocionales y de conducta en estos adolescentes.

CONCLUSIONES

Los adolescentes de FA constituyen más de una cuarta parte del total de la población demandante de asistencia por presentar trastornos psicóticos. Dicha proporción parece ser superior a la que representa dentro de la población general adolescente, aunque este hecho requiere confirmación mediante un estudio adecuado entre los adolescentes y sus familias, de nuestro país.

La expresión de sintomatología muestra un incremento global por parte de los hijos de FA, siendo los rasgos más predominantes los que corresponden a los problemas de Interacción Familiar y de Irritabilidad. Este tipo de síntomas constituiría la respuesta a los problemas familiares y a las dificultades de relación derivadas.

Los Trastornos de Conducta tienen una presentación significativamente más presente entre los adolescentes con FA, tal como se ha observado en otros estudios. Las anomalías en la estructura familiar indican un alto riesgo para la aparición de Trastornos de Conducta en los hijos de dichas familias. Para conocer que características estructurales o funcionales de estas familias pueden influir sobre la aparición de dichos trastornos es necesario realizar estudios prospectivos en los que se tengan en cuenta las diversas variables. Desde el punto de vista asistencial la población infantil y adolescente con FA, requiere una atención preferente que se desarrolle desde el nivel preventivo.

Los datos de la demanda no apoyan la hipótesis de que una mayor intolerancia por parte de la familia lleva a los adolescentes a consulta, más bien sugieren que el aumento de aquellos es debido fundamentalmente al incremento de la sintomatología que incluye las conductas por «exceso». Este motivo de consulta es el más importante en porcentaje entre los hijos de FA y su mayor presentación en ellos es significativa.

No hay indicios de que algunos de los

sexos sea más vulnerable ante la atipicidad familiar. Si existen datos que asocian el sexo a formas diferentes de expresión de los conflictos psicopatológicos de forma más marcada que entre los hijos de FT. Mientras el sexo masculino tiene una mayor proporción de presentación de conductas y síntomas de descarga activa (Irritabilidad, Agresividad, Conductas Asociales, Hiperactividad). Los adolescentes de sexo femenino y familia atípica tienden a incrementar la sintomatología de tipo pasivo (Aislamiento, Miedos y Síntomas Depresivos y Trastornos del Sueño).

RESUMEN

En el Centro de Conducta Infanto-juvenil de Madrid se han estudiado las Historias Clínicas de los últimos 210 adolescentes vistos en consulta, agrupándolos en dos categorías según presentasen anomalías familiares (FA): 57 (27,14 %) o no las presentasen. (FAMILIAS TÍPICAS: FT): 153 (72,58 %).

Se analiza la frecuencia de aparición de síntomas, el diagnóstico y los motivos de

consulta, comparando ambos grupos de adolescentes.

Con respecto a SINTOMAS el perfil del grupo atípico es similar al típico pero con una frecuencia de presentación más elevada, sobre todo en los ítems de Irritabilidad e Inteacción Familiar que son estadísticamente significativos. El comportamiento sintomático según sexos demuestra que el masculino tiende a presentar unos síntomas de tipo más activo que el femenino que se comporta más pasivamente. Esto es especialmente válido en el caso de los síntomas depresivos que tienen un porcentaje de presentación mayor en el sexo femenino de ambos grupos.

En el estudio comparativo de DIAGNOSTICO el grupo Típico presenta una proporción doble de Trastornos de Ansiedad, mientras que en el Atípico predominan los Trastornos Adaptativos y de Conducta.

En cuanto a la comparación del MOTIVO DE CONSULTA sólo hay significación estadística en el ítem de Conducta por Exceso, que aparece incrementada en el grupo de Familias Atípicas.

DEFINICION DE LOS SINTOMAS Y CONDUCTAS

ANEXO 1 :

| | |
|----------------------------|--|
| INTERACION FAMILIAR | Cuando existen dificultades en la comunicación entre dos o más personas a nivel de respuesta verbal, gestual, motora o en la forma del mensaje. * * * |
| AGRESIVIDAD | Patrón repetitivo y persistente de conducta con el que se violan activamente los derechos de los demás de forma física o verbal. * * * |
| IRRITABILIDAD | Reacciones comportamentales habituales de terquedad intensa, expresiones de coraje, y actividad verbal o física ante estímulos de poca o media intensidad, sin llegar a comportamientos de agresividad. * * * |
| CONDUCTAS ASOCIALES | Ausencia de interiorización de normas del grupo social habitual. Conductas no ausentes de hurtos, peleas en grupo, agresiones a personas u objetos fuera y/o dentro del ambiente familiar. * * * |
| HIPERACTIVIDAD | Manifestación habitual de una actividad motora llamativa, de forma continuada y sin objeto concreto. * * * |
| AISLAMIENTO | Mantenimiento de conductas de evitación de relaciones interpersonales, y de intercambio afectivo, muy fuerte en el ambiente familiar y social. * * * |
| TRASTORNOS DEL SUEÑO | Existencia regular de alguna de las siguientes anomalías en el inicio o transcurso del sueño: sonambulismo, terrores, somnolencia, insomnio, dificultades de conciliar. * * * |
| SINTOMAS DEPRESIVOS | Sensaciones mantenidas de abatimiento, indefensión y desesperanza; acompañados por problemas de la conducta de dormir y comer. * * * |
| MIEDOS | Perturbación angustiosa del ánimo ante objetos específicos, fantasías o situaciones que, en sí mismas, no son amenazantes, acompañados o no de conducta de evitación * * * |
| CONDUCTAS POR EXCESO (C+) | En este concepto se incluyen todas aquellas conductas inadaptables que se manifiestan a través de un exceso de actividad motora, psíquica y emocional (impulsividad, rabietas, irritabilidad, hurtos, peleas, etc...) * * * |
| CONDUCTAS POR DEFECTO (C-) | En este concepto se incluyen todas aquellas conductas inadaptables que se manifiestan a través de un déficit de actividad motora, psíquica y emocional (Aislamiento, timidez, miedos, evitación, etc...) |

ANEXO II:

Relación de datos considerados de interés para poder realizar estudios comparativos entre diversos trabajos sobre anomalías familiares.

ANEXO II ;

ANOMALIAS FAMILIARES:

- 1.— DIVORCIO. SEPARACION. ABANDONO: SEXO DEL PADRE CON EL QUE CONVIVE.
2. ADOPCION
- 3.— ORFANDAD: SEXO DEL PADRE SUPERVIVIENTE
- 4.— ENFERMEDAD PSIQUICA CRONICA PADRES: SEXO
- 5.— ENFERMEDAD INVALIDANTE PADRES: SEXO

VARIACIONES FAMILIARES:

- 1.— CAMBIOS DEL NIVEL SOCIOECONOMICO
- 2.— REESTRUCTURACION FAMILIAR O NO
- 3.— VARIACIONES EN EL SOPORTE SOCIAL
- 4.— TRASTORNOS PSIQUICO EN LOS PADRES: TIPO
- 5.— TRASTORNOS PSIQUICOS EN OTROS HERMANOS: TIPO

VARIACIONES INDIVIDUALES:

- 1.— EDAD AL APARECER LA ANOMALIA
- 2.— SEXO
- 3.— RASGOS TEMPERAMENTALES
- 4.— TAMAÑO DE LA FAMILIA Y ORDEN
- 5.— FACTORES ASOCIADOS: ENFERMEDADES, TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE, ETC.
- 6.— INTEGRACION SOCIOESCOLAR PREVIA

BIBLIOGRAFIA

- BANISTER H, Y RAVDEN M. : 1945. «The enviroment and the child». British Journal of Psychology, 35.
- BERNAD V.W. : 1976. «Adoption». En American Handbook of Psychiatry S. Arieti Ed. Basic Books. New York.
- BOHANNAN P. y ERICKSON R. : 1978. «Stepping in». Psychol Today, 11.53.
- BOHANNAN P. : 1980 «Marriage and Divorce». En comprehensive Testbook of Psychiatry. Ed. Haplan, Freedman y Sadock. Willians & Wilkins. Baltimore.
- CHESS S. : 1975. «Introducción a la Psiquiatria Infantil». Ed. Paidos, Madrid.
- ELIZUR E. y KAFFMAN M. : 1982. «Children's bereavement reactions following Death of the father». Journal of the Am. Academy of Children Psychiatry. 21,5:474—480.
- FRENCH A.P. : 1980. «Parenthood». En Comprehensive Testbook of Psychiatry. Ed. Kaplan H., Freedman A., Y Sadock., Willians & Wilkins. Baltimore.
- GREGORY I. : 1965. «Anterosperspective data following childhood loss of the parent». Arch. of General Psychiatry. 13.
- METHERINGTON E.M., COX M., y COX R. : 1982. «Effects of divorce on parents and children». En Lamb M.E Ed. Now Traditional families. Pp. 233—288. Lawrence Erlbaum, Hillside, New Jersey.
- HILGARD J.R., NEWMAN M.F. y FISK F. : 1960. «Strength of Adult Ego following childhood bereavement». American Journal of Orthopsychiatry. 30.
- KELLMER PRINGLE M.L. : 1965. «Deprivation and education». Ed. Longmans, London.
- MARTIN PRIETO M.V. y SAENZ DE SANTA MARIA M. : 1985. «Estudio comparativo de patologia en adolescentes con familia normal y no norma». Comunicación personal. XXVII Reunión de la Sociedad Española de Neuropsiquiatria Infanto-juvenil. Cádiz.
- RUTTER M. : 1966. «Children of sick parents». Monografias del Maudsley Hospital nº 16. Oxford Univ. Press.
- SOROSKY M.D. y COLS. : «Comprehensive testbook of Psychiatry».
- THOMAS A, CHESS S, Y BIRCH H.G. : 1968. «Temperamente and Behavior disorders in cildren». N.Y. Univ. Press. New York 1968.
- WARDLE C.J. : 1961. «Two generations of broken homes in the genesis of conduct and behavior disorders in childhood». British Med. Journal. 1961. 2.
- WOFF S, y ACTION W.P. : 1968. «Characteristics of parents of disturbed children». British Journal Psych. 114.
- WOFF S. : 1970. «Trastornos psicicos del niño: causas y tratamientos». Ed. Siglo XXI de España. Madrid Pp. 110—113.

* * *

— Agradecemos a Dña. Ma. Carmen Dalmau Bejarano su paciencia y estrecha colaboración en la elaboración del manuscrito, sus figuras y tablas y la recogida de referencias bibliográficas.

NOTICIAS

XXVII REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

AVANCE DE PROGRAMA

TERRASSA

21, 22 y 23 de Junio de 1987

SECRETARIA DE LA REUNION:

XXVII Reunión Nacional de la Socie- dad E. de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.

Edificio del Centro Cultura de la Caja
de Ahorros - Rambla de Egara -

Terrassa

Tel. (93) 788 93 49

DIA 21 - Jueves

10 a 12: Entrega de documentacio-
nes.

12 a 14: Actos oficiales. Inaugura-
ción.

14,30: Almuerzo de trabajo.

16,00: PONENCIA: Perspectivas en
la asistencia psiquiátrica
infanto-juvenil en el año 2000.

18,30: Descanso.

17,00: Discusión de la Ponencia.

DIA 22 - Viernes

9,00: MESA REDONDA: PSICOPA-
TOLOGIA Y REPERCUSION
SOCIAL EN EL NIÑO
INADAPTADO.

11,30: Descanso.

12,00: Discusión de la Mesa
Redonda.

13,30: Almuerzo de trabajo.

16,00: Comunicaciones a la
Ponencia.

18: Comunicaciones a la Mesa
Redonda.

DIA 23 - Sábado

9,00: Comunicaciones libres.

— Si es necesario se habilitarán varias sa-
las para comunicaciones.

— Se admitirán comunicaciones en for-
ma de Poster.

— La fecha tope para admisión de comu-
nicaciones será el 15 de marzo.

12,00: Acto de clausura.

14,30: Comida de clausura de la
Reunión.

«CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL»

nº 0; 1.985

Ficha técnica:

— Edita: Sociedad Española de Psiquia-
tría y Psicoterapia del Niño y Adoles-
cente (SEYPNA)

— Presidente SEYPNA: F. Cabaleiro

— Directora de la Revista: M. Fernández
Galindo

— Suscripciones: C/. Numancia, nº 24
28039-Madrid.

El nacimiento de cualquier revista, co-
mo expresión y vehículo de ideas y de-
bates, como expresión y vehículo cultu-

ra y científico, es siempre una buena noticia. Una inmejorable noticia. La SEPYPNA es una sociedad científica joven y ya ha empezado a dar frutos: la celebración de dos Congresos y la edición de una revista. El Presidente de SEPYPNA en una primera editorial dice que «El nacimiento de SEPYPNA coincide, y no por casualidad, con los inicios de la apertura democrática... En nuestro ánimo está centrar el fin último de dicho quehacer en el mundo psíquico del niño, cosa que no es evidente para todos... nuestra fuente de inspiración más presente es el psicoanálisis». La Directora de la publicación, en el segundo editorial, expresa un deseo de que «nuestra revista creara y mantuviera un espacio de debate, abierto a todos aquellos que, sensibilizados por la problemática teórica, clínica o institucional, tengan algo que aportar».

El sumario de este nº 0 lo constituyen las Ponencias seleccionadas del I Congreso, que se celebró en Lérida en Noviembre del año 1984. Los firmantes de los trabajos son de primera línea: Kreisler, Mises, Cramer y Palacio por los extranjeros (aunque Palacio sea español, desarrolla una actividad profesional y científica, de manera prioritaria, en Suiza); Lasa, Corominas, Escario y Campo por los que desarrollan su actividad en nuestro país.

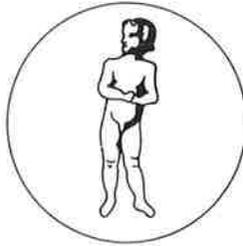
El número se estructura en dos partes que abarcan e intentan delimitar el concepto de Psicoterapia en la infancia y adolescencia. La primera parte es un apartado más estructural: «Nuevas adquisiciones en Psicoterapia Infantil» por J. Corominas; «Las bases psicodinámicas de las terapias psicósomáticas en el niño» por L. Kreisler; «Aproximación dinámica a las deficiencias intelectuales del niño» por R. Mises, y «La psicoterapia breve y el niño neurótico, presentación de un caso» por B. Cramer. En estos trabajos se alternan el contenido teórico riguroso y la técnica de abordaje desde la perspectiva psicoanalítica, así como las dificultades técnicas: unas derivadas de

la complejidad de acción en la infancia (Corominas), otras dadas por los propios elementos estructurales y dinámicos (Mises), y otras por los cuadros en sí y las elecciones que hay que llevar a cabo (Kreisler y Cramer).

La segunda parte de los trabajos se sitúan en una dimensión estructurada: «La psicoterapia del niño pequeño: indicaciones y problemas» por F. Palacio; «Psicoterapia en el periodo de latencia» por L. Escario, y «Psicoterapia en la adolescencia» por A. Campo. En efecto, esta segunda parte está técnicamente estructurada en la psicoterapia de una forma cronológica, con las dificultades técnicas de cada etapa y los contenidos teóricos para abordar esas dificultades.

La revista está pulcramente presentada en una encuadernación en rústica de tela de un tamaño muy manejable de 14 x 21 cm. (algo mayor que una ficha). La calidad del papel es adecuada. Existen algunos defectos de tipografía y maquetación fácilmente subsanables. La traducción de los artículos de Kreisler, Mises y Cramer, encomendada a M^a Angeles Quiroga Estevez y Nuria Camacho Mendoza, es correcta. Faltan las normas de publicación y la abreviatura de reseña bibliográfica.

Nos encontramos ante una revista joven; esperanzadora por el campo que pretende cubrir; rigurosa, no solo por los autores de los trabajos, sino también por los mentores; sólida teórica y técnicamente. Cuando aparece una revista que «pretende cubrir un vacío» teórico y científico, suele ser la norma, se desea una larga vida a la publicación. Pero en este caso debe ser y es algo más que una mera fórmula rutinaria o semántica por doble motivo: en primer lugar, el vacío era un hecho constatable y, al menos parcialmente, podrá verse relleno. El segundo motivo viene representado por la seriedad teórica y profesional de aquéllos que la editan. Bienvenidos y larga vida, por el bien de todos.



Las normas de publicación serán las reconocidas internacionalmente, y vienen detalladas a continuación:

- 1) Los originales para su publicación deberán enviarse a la secretaría de redacción.
- 2) Los originales se presentarán por duplicado, (original y copia) mecanografiados a doble espacio y con márgenes suficientes. Las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse en el orden que se citan:
 - a) Título original
 - b) Inicial del nombre y apellidos del autor 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 6 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 numerarán, indicando la parte superior con una fecha 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: *internacionales*.
 - 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 ó 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 Secretaria de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha de posible publicación.

REVISTA ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL

La REVISTA ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL es el órgano oficial de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL y como tal se remite gratuitamente a todos sus Asociados. En caso de interesarle adherirse a la dicha Asociación (Revista incluida) rogamos rellene todos los datos, especialmente la casilla de ADHESION, así como la Autorización Bancaria por duplicado. En caso de solamente interesarle el recibir la Revista, rogamos rellene especialmente la casilla de SUSCRIPCION así como la Autorización Bancaria por duplicado.

BOLETIN DE ADHESION/SUSCRIPCION

Nombre y apellidos

Dirección

Ciudad/D. Postal

Cuota ADHESION 6.000 ptas./año Cuota SUSCRIPCION 4.000 ptas./año

Socios Proponentes: Dr. J. Tomás Vilaltella y Dr. B. Oliva Cervera

Firma

Firma

Firma

AUTORIZACION BANCARIA para el pago de cuota de Adhesión 6.000 ptas./año
para el pago de cuota de Suscripción 4.000 ptas./año

Nombre y apellidos

Banco, Caja o Entidad N° de Cuenta

Sucursal

Dirección

Ciudad/D. Postal

Teléfono

Firma

AUTORIZACION BANCARIA para el pago de cuota de Adhesión 6.000 ptas./año
para el pago de cuota de Suscripción 4.000 ptas./año

Nombre y apellidos

Banco, Caja o Entidad N° de Cuenta

Sucursal

Dirección

Ciudad/D. Postal

Teléfono

Firma

En caso de desear algún número suelto o atrasado, solicitarlo junto con talón de 2.500 ptas. a SECRETARIA ASOCIACION: Dr. R. Martínez Figueró. C/ Rambla, 313, 2º, 2ª. TERRASSA (Barcelona).



