



Año 1986 - N.º 7 Volumen I

**REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA
INFANTIL**

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

REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL



ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

Presidente:

Dr. VICENTE LOPEZ-CAMOS IBOR

Vicepresidente:

Dra. CONCEPCION GOMEZ-FERRER GORRIZ

Secretario:

Dr. RAFAEL MARTINEZ FIGUERO

Tesorero:

Dr. CARLOS DE LINARES VON SMITHTERLOW

Vocal:

Dr. FRANCISCO TORRES GONZALEZ

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



editor
publicaciones y revistas

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

FE DE ERRATAS

SUMARIO

ALCOHOLISMO FAMILIAR. Repercusiones psicoemocionales y escolares en el niño	
M. ^a Esther San José Capilla	X 5
EL INGRESO EN LA EDAD PREESCOLAR Y AL INICIO DE LA ESCOLARIDAD	
Elisa Mendoza Berjando	X 69
METODOLOGIA DE LA BUSQUEDA EN PSICOPATOLOGIA DE LA PRIMERA INFANCIA	
Lic. Carmen Costa	X 77
REFLEXIONES SOBRE LA VALIDEZ DE LOS DISEÑOS DE INVESTIGACION EN PSICOPATOLOGIA	
J. López Ruiz	85
ESTUDIO DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL (CEDI) EN UNA POBLACION DE ESCOLARES GALLEGOS	
M. D. Domínguez	93
NOSOLOGIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	
M. C. Ballesteros Alcalde	99
CONCLUSIONES DE LA REUNION DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE "EL PERFIL PROFESIONAL DEL PAIDOPSIQUIATRA"	X 133
ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD. LAS EPILEPSIAS MIOCLONICAS EN LA INFANCIA	
Dr. J. Solé Sagarra	143
CARTAS AL DIRECTOR O COMUNICACIONES BREVES	153
II CONGRESO NACIONAL DE NEUROPEDIATRIA	155

SUMARIO

ALCOHOLISMO FAMILIAR. Repercusiones psicoemocionales y escolares en el niño	
M. ^a Esther San José Capilla	5 X
EL INGRESO EN LA EDAD PREESCOLAR Y AL INICIO DE LA ESCOLARIDAD	
Elisa Mendoza Berjando	69 X
METODOLOGIA DE LA BUSQUEDA EN PSICOPATOLOGIA DE LA PRIMERA INFANCIA	
Lic. Carmen Costa	77 X
ESTUDIO DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL (CEDI) EN UNA POBLACION DE ESCOLARES GALLEGOS	
M. D. Domínguez	93
REFLEXIONES SOBRE LA VALIDEZ DE LOS DISEÑOS DE INVESTIGACION EN PSICOPATOLOGIA	
J. López Ruiz	85
CONCLUSIONES DE LA REUNION DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE «EL PERFIL PROFESIONAL DEL PAIDOPSIQUIATRA»	
.....	133 X
ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD. LAS EPILEPSIAS MIOCLONICAS EN LA INFANCIA	
Dr. J. Solé Sagarra	143
CARTAS AL DIRECTOR O COMUNICACIONES BREVES	153
II CONGRESO NACIONAL DE NEUROPEDIATRIA	155

ALCOHOLISMO FAMILIAR

Repercusiones psicoemocionales y escolares en el niño

- (1) M.^a Esther San José Capilla; (2) Rafael Fojo Sierra;
(3) Rosa Nogueira Rodríguez; (4) M.^a Carmen Ares Lois

- (1) Residente MIR, Hospital General de Galicia
(2) Catedrático de Pediatría (Fac. Med. Santiago)
(3) Psicólogo Unidad Paidopsiquiatría
(4) Médico Asistente, Unidad Paidopsiquiatría

1) INTRODUCCION

EL ALCOHOLISMO Y LA FAMILIA

La familia moderna experimenta la tensión periódica porque es el gran portador de la carga del orden social. La familia hoy día no es solamente el punto focal de frustraciones y tensiones, es también el origen para resolver las frustraciones y relajar las tensiones. En nuestra sociedad, los individuos confían que su familia mostrará gran capacidad de simpatía, inteligencia y apoyo.

Si la familia es considerada como un sistema social con papeles interdependientes consistentes en la interacción de personalidades, se deduce que la conducta de cada uno afecta sensiblemente al funcionamiento de los otros. Un malfuncionamiento de una parte puede conducir a un desequilibrio del sistema total. Si una parte, debido a problemas particulares se hace incapaz de asumir la conducta cotidiana esperada

y las actividades asociadas con su posición en la familia, todos los demás miembros de la familia sienten el cambio en la balanza. Aquellas tareas llevadas a cabo normalmente por el miembro que no funciona, deben ser asignadas a otros miembros. Los niños en esta situación con frecuencia están confundidos por el cambio de papeles, y ellos inevitablemente se ven envueltos en situaciones de conflicto entre los padres.

Lo que es funcional para la familia como un todo puede tener muchos efectos perjudiciales sobre una persona (Spiegel, 1957).

La madre subviene a las necesidades básicas del hogar. Esta existencia tensa durante años y años va haciendo mella en su carácter y en su propia concepción de estar en el mundo. No es infrecuente el desmoronamiento moral de la esposa ante el estado de continua presión.

El desarrollo de la personalidad del niño está complicado en esta situación de problema familiar.

Los hijos de alcohólicos tienden a ser neuróticos porque el sentido de seguridad tan necesario para la formación de un ego fuerte e independiente raramente se encuentra en el hogar.

Para los niños la convivencia con un padre alcohólico resulta más grave que para el resto de los miembros, sobre todo por su imposibilidad de comprender lo que está pasando. El niño necesita de la madre —a quien ama—, y del padre —a quien admira— hasta edad muy avanzada. El cariño y el ejemplo son el sustento espiritual sin el cual no puede crecer.

Los hijos de alcohólicos sufren problemas significativos de identificación y modelo. Ellos pueden rechazar al alcohólico o pueden coger muchas de sus características. Las riñas y disensiones entre los padres desfiguran las perspectivas de los niños sobre las relaciones matrimoniales, y pueden forzarlos a tomar una posición en los conflictos paternos. Ellos tienen problemas particulares para definir su propia identidad y auto-estima. Según se hacen sensibles al mayor mundo social a su alrededor, ellos pueden reaccionar con gran vergüenza y humillación, frecuentemente haciéndose retraídos y aislados de sus compañeros.

Bailey y cols. encontraron que los niños de alcohólicos exhibían más síntomas de conducta negativa que los niños de grupos control de familias no alcohólicas.

Bacon (1945) y Jackson (1958, 1962) han señalado que la presencia de niños puede intensificar los problemas del alcohólico. La conciencia del fracaso en las responsabilidades de la paternidad, y relativo a la culpa, puede representar presión añadida para la bebida excesiva.

La mayoría de los investigadores coinciden en señalar que, más que el alcoholismo de la madre, es el del pa-

dre el que destruye o deforma la estructura del superego de los niños, convirtiéndose en ilusorias las identificaciones necesarias para la edificación ulterior de la personalidad. Por el contrario, cuando se trata de una madre de familia dada al alcoholismo, trata de hacer cómplices a sus hijos, y determinar en éstos estados ambivalentes de aceptación y repulsa hacia ella, con instalación de molestos sistemas neuróticos compensadores.

II) JUSTIFICACION

El motivo para la realización de este trabajo estriba en el hecho de que cada vez se hacía más patente en la consulta de Paidopsiquiatría la comprobación de que alguno de los familiares más allegados a los niños con problemas psicopatológicos estaba afectado de alcoholismo. Si bien creemos que el porcentaje de casos en que el alcoholismo está presente en la dinámica familiar es más elevado, no nos ha sido posible confirmarlo en muchos casos, ante la resistencia que ofrece la familia al ser interrogada sobre este aspecto, siendo a veces necesarios varios controles, incluso con distintos miembros de la familia, para que se esclareciese la causa de la sospecha de sociopatía familiar que se había establecido.

Al realizar suficiente justificación para este estudio, se realizó una revisión de las últimas 3908 historias del archivo de Paidopsiquiatría, comprendiendo, en el momento de realización de este trabajo, desde noviembre de 1977 hasta mayo de 1981, hallándose 188 casos en los que aparecía de forma explícita el factor del alcoholismo en alguno de los miembros de la familia, y que consideramos muestra suficientemente significativa para su estudio.

III) MATERIAL Y METODOS

El material para la realización de este trabajo fue obtenido del archivo de la consulta de Paidopsiquiatría del Departamento de Pediatría del H.G.G. Fue revisado el período comprendido entre noviembre de 1977 y mayo de 1981, recogiendo un total de 3.908 historias, de las que en 188 casos se encontró presente el factor del alcoholismo en algún miembro de la familia, bien en la primera consulta o en controles posteriores, lo que representa el 4,8% del total de las historias de Paidopsiquiatría.

Las historias van orientadas en 2 sentidos:

- A) Entrevista con los padres o persona que acompaña al niño a la consulta.
- B) Examen del niño.

III-A) ENTREVISTA CON LOS PADRES O PERSONA QUE ACOMPAÑA AL NIÑO

Realizada por el jefe de sección: paidopsiquiatra, o por el médico-residente que prestaba allí sus servicios durante este período.

Es una entrevista semi-estructurada, en la que se trata de dirigir al entrevistado hacia lo que queremos saber, pero sin alterar su espontaneidad de relato, ya que tiene gran importancia el énfasis que pone en lo que nos va contando, las resistencias que ofrece ante ciertas preguntas...

Es de destacar que en el 43% de los casos fue la madre la que acompañó al niño a la consulta, en el 36% fueron ambos padres, en el 14% algún familiar: abuelos, tíos, hermanos, ... y en el 7% restante, otra persona: vecino, maestro, ...

IV) RESULTADOS Y DISCUSION

IV-A) MUESTRA DE TRABAJO ESTUDIADA

De las 3.908 historias revisadas, en 188 aparecía de forma explícita el factor del alcoholismo en uno o más miembros de la familia, lo que representa un 4,8% del total de historias de la consulta de Paidopsiquiatría. Si bien, como ya indicamos anteriormente, aunque creemos que el porcentaje real es mayor, no nos fue posible constatarlo ante la resistencia que ofrecen los familiares al preguntarles sobre este aspecto.

De los 188 casos estudiados, 115 correspondían a niños, y 73 a niñas, lo que representa el 61 y 39% de la muestra total respectivamente, siguiendo la generalidad de los procesos estudiados en la consulta de Paidopsiquiatría, en los que se ven más afectados los niños que las niñas, aunque en este caso es mayor la diferencia de los porcentajes. Es debido a que la cultura en que el niño es criado tiene mucho que ver con el desarrollo de las actitudes propias, lo que induce incluso a los niños muy pequeños a reconocer su identificación con un sexo o el otro, y advertir en sí mismos las cualidades que están asociadas con las expectativas culturales propias de la conducta de los miembros de ese sexo. Dado que el alcoholismo es mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres, creemos que es la causa de la mayor repercusión que tiene este problema familiar en los niños que en las niñas, al fallarles su identificación con el padre.

Del total de la muestra 11 casos correspondían a niños que consumían de forma más o menos frecuente bebidas alcohólicas: GRUPO I, que representa el 6% del total, y 19 correspondían a hijos de madre alcohólica: GRUPO II, significando el 10% de la muestra.

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

MUESTRA DE TRABAJO ESTUDIADA
N: 188

<u>NINOS</u>		<u>NINIAS</u>	
(N)	%	(N)	%
(115)	61	(73)	39

<u>GRUPO I</u> (consumidores de alcohol)		<u>GRUPO II</u> (hijos de alcohólicas)	
(N)	%	(N)	%
(11)	6	(19)	10%

IV-B) EDAD

El mayor porcentaje de niños que acudieron a la consulta de Paidopsiquiatría y en los que se comprobó antecedente familiar de alcoholismo corresponde al intervalo de edad de 6-8 años: 24% del total, con la mayor incidencia a los 7 años: 15% de la muestra, siendo ésta ligeramente superior en los niños: 26%, con una máxima a los 7 años: 16%, y con una mayor dispersión en las niñas, que acuden a la consulta en igual porcentaje: 21%, durante los intervalos de edad: 4-6, 6-8 y 8-10 años, con una máxima de afectación a los 5 años: 15%.

Coincide esta etapa de máxima afectación con la iniciación de la escolaridad propiamente dicha y de las primeras experiencias competitivas fuera del ambiente familiar, dado que los problemas aparecieron con término medio un año antes de acudir a la consulta de Paidopsiquiatría. La entrada a la escuela supone un momento crítico de la vida infantil. Es la iniciación en la lucha por la vida, y la aparición de otras fuentes

de poder y autoridad distintas de los padres. La familia suele tener ceguera para recibir las anomalías que presenta el niño (de las que la familia es responsable), y por ello es en la escuela donde suele darse la voz de alarma ante las dificultades de adaptación y conducta anormal del niño.

En el grupo I se observa un ascenso de la edad de mayor afectación, siendo el porcentaje de casos más elevado: el 27% del total, en el intervalo de 8-10 años, y habiendo entre los intervalos de edad 14-16 y 16-18 otro 27%, mientras que en el total de la muestra estos intervalos representaban el 3%.

En el grupo, aún habiendo también mayor predominio a partir de los 8 años, se observa mayor afectación en niños menores de 2 años: 16%, mientras que en el total de la muestra el porcentaje era del 4%.

las edades medias de afectación son: para el total de la muestra: 7 años 6 meses; para los niños: 7 años 8 meses; para las niñas: 7 años 3 meses; para el grupo I: 11 años 7 meses, y para el grupo II: 7 años 9 meses.

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

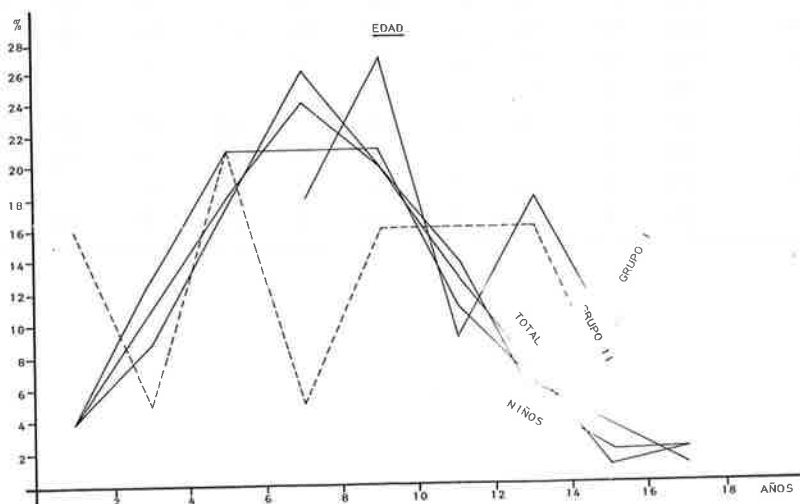
EDAD

AÑOS	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
0- 2	(8)	4	(5)	4	(3)	4	—	—	(3)	16
2- 4	(20)	11	(10)	9	(10)	13	—	—	(1)	5
4- 6	(35)	18	(20)	17	(15)	21	—	—	(4)	21
6- 8	(45)	24	(30)	26	(15)	21	(2)	18	(1)	5
8-10	(38)	20	(23)	20	(15)	21	(3)	27	(3)	16
10-12	(24)	13	(16)	14	(8)	11	(1)	9	(3)	16
12-14	(13)	7	(7)	5	(6)	8	(2)	18	(3)	16
14-16	(2)	1	(2)	2	—	—	(1)	9	(1)	5
16-18	(3)	2	(2)	2	(1)	1	(2)	18	(1)	5

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

EDAD

AÑOS	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
0- 6	(63)	33	(35)	30	(28)	38	—	—	(8)	42
7-12	(107)	57	(69)	60	(38)	52	(6)	55	(7)	37
13-18	(18)	10	(11)	10	(7)	10	(5)	45	(4)	21



IV-C) NUMERO DE HIJOS

En el total de la muestra estudiada hay un predominio de las familias con 2 hijos: 28%, seguidas de las de 3 hijos: 21%, 4: 18%, 1 y 5 hijos, ambos con un 10% cada uno, y después en proporción decreciente las de 6, 7, 8, 9 y 10, significando estas últimas el 2% del total, con un término medio de 3 hijos por familia, lo que viene a corresponder con la medida del total de la población.

El grupo de niños sigue la misma proporción, con un 30% de familias con 2 hijos, un 21% de 3, un 40% de 4, un 12% de 5, un 11% de 1, ... siendo la media de 3 hijos por familia.

En las niñas Predomina sin embargo la familia de 4 hijos: 26%, seguida por la de 2: 25%, 3: 19%, 1 y 5 con un 7% en cada caso, 6 y 8 con un 5%, ... con una media de 4 hermanos.

En el grupo I la mayor incidencia está en las familias de 7 hijos: 27%, seguidas de las de 2 y 4: 18%, y las de 1, 3, 8 y 10, todas con un 9% del total, siendo la media de 5 hijos, siendo en las familias de varios hijos donde predomina la indiferencia por los problemas o comportamiento de cada uno de ellos.

En el grupo II predominan las familias de 4 hijos: 32%, siguiendo las de 1, 2 y 3, con un 16%, las de 7, con un 10%, y las de 8 y 10 hijos con un 5% cada una, siendo 4 el número de hijos por término medio.

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

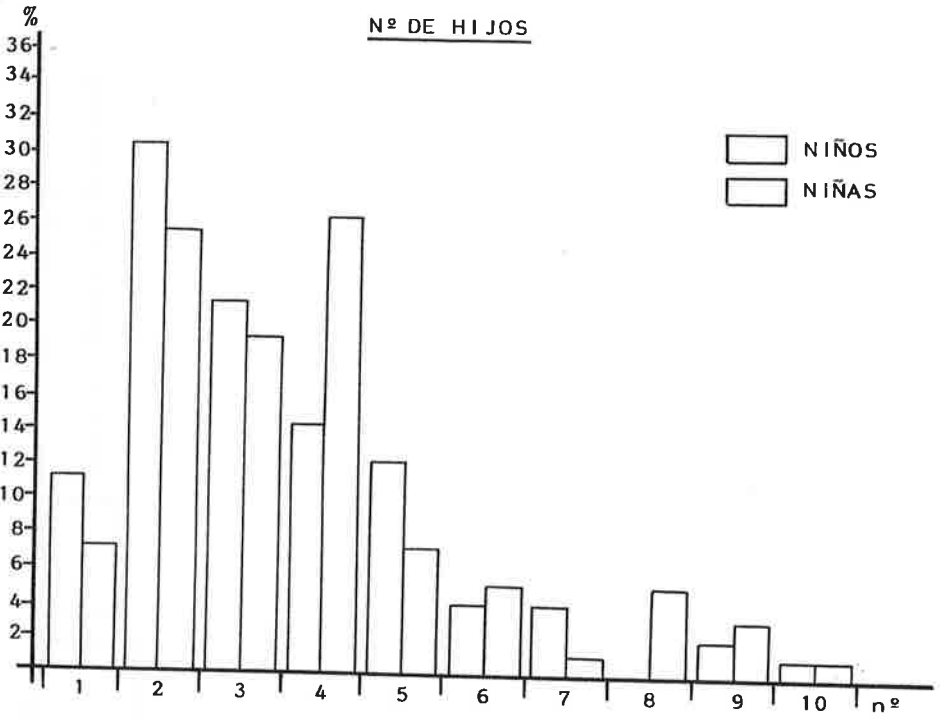
«NUMERO DE HIJOS»

NUMERO	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Uno	(18)	10	(13)	11	(5)	7	(1)	9	(3)	16
Dos	(53)	28	(35)	30	(18)	25	(2)	18	(3)	16
Tres	(39)	21	(25)	21	(14)	19	(1)	9	(3)	16
Cuatro	(35)	18	(16)	14	(19)	26	(2)	18	(6)	32
Cinco	(19)	10	(14)	12	(5)	7	—	—	—	—
Seis	(8)	4	(4)	4	(4)	5	—	—	—	—
Siete	(5)	3	(4)	4	(1)	1	(3)	27	(2)	10
Ocho	(4)	2	—	—	(4)	5	(1)	9	(1)	5
Nueve	(4)	2	(2)	2	(2)	3	—	—	—	—
Diez	(3)	2	(2)	2	(1)	1	(1)	9	(1)	5

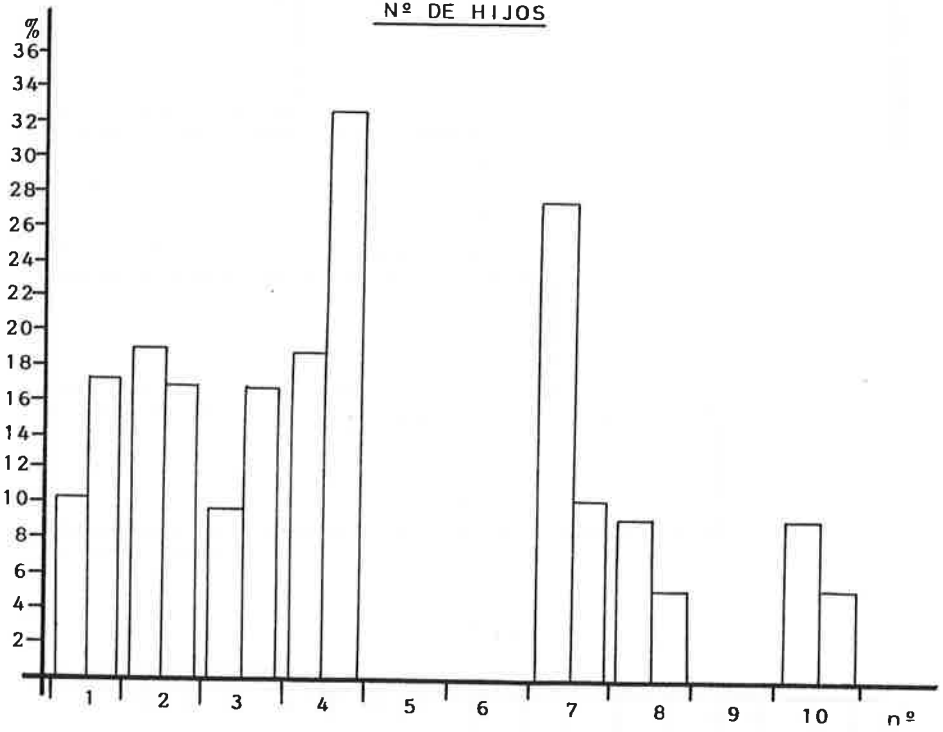
NUMERO DE HIJOS



Nº DE HIJOS



Nº DE HIJOS



IV-D) PUESTO ENTRE HERMANOS

En cuanto al lugar que ocupa el niño dentro de la familia hay una uniformidad en todos los grupos en cuanto a que es el último hermano el más afectado por el problema familiar que constituye el alcoholismo, representando el 36% del total de la muestra, y donde se da el más alto índice de sentimiento de culpabilidad, dado que el niño se encuentra «como si sobrara», en ese hogar inestable, e inconscientemente se cree responsable de la problemática familiar, al sentirse haber irrumpido en algo ya establecido. Les sigue en incidencia el primer hijo, con un 32%, y en el que recaen las mayores exigencias por parte de ambos padres, al ser el hijo mayor, y por lo tanto, el responsable en parte de los hermanos. Esta relación es inversa a la mayor parte de los procesos estudiados en Paidopsi-

quiatria, en donde es el hermano mayor más afectado. El hermano intermedio o «hermano perdido» representa el 22%, y otros puestos el 10%.

En el grupo de niños la relación es del 40% para el último hermano, del 35% para el primero, y del 25% para el hermano intermedio, no afectando a los otros hermanos.

En las niñas es igual la afectación del primer y último puesto, con un 29%, seguidas de las niñas con un puesto indiferente, en el 26%, y el hermano intermedio en el 16%.

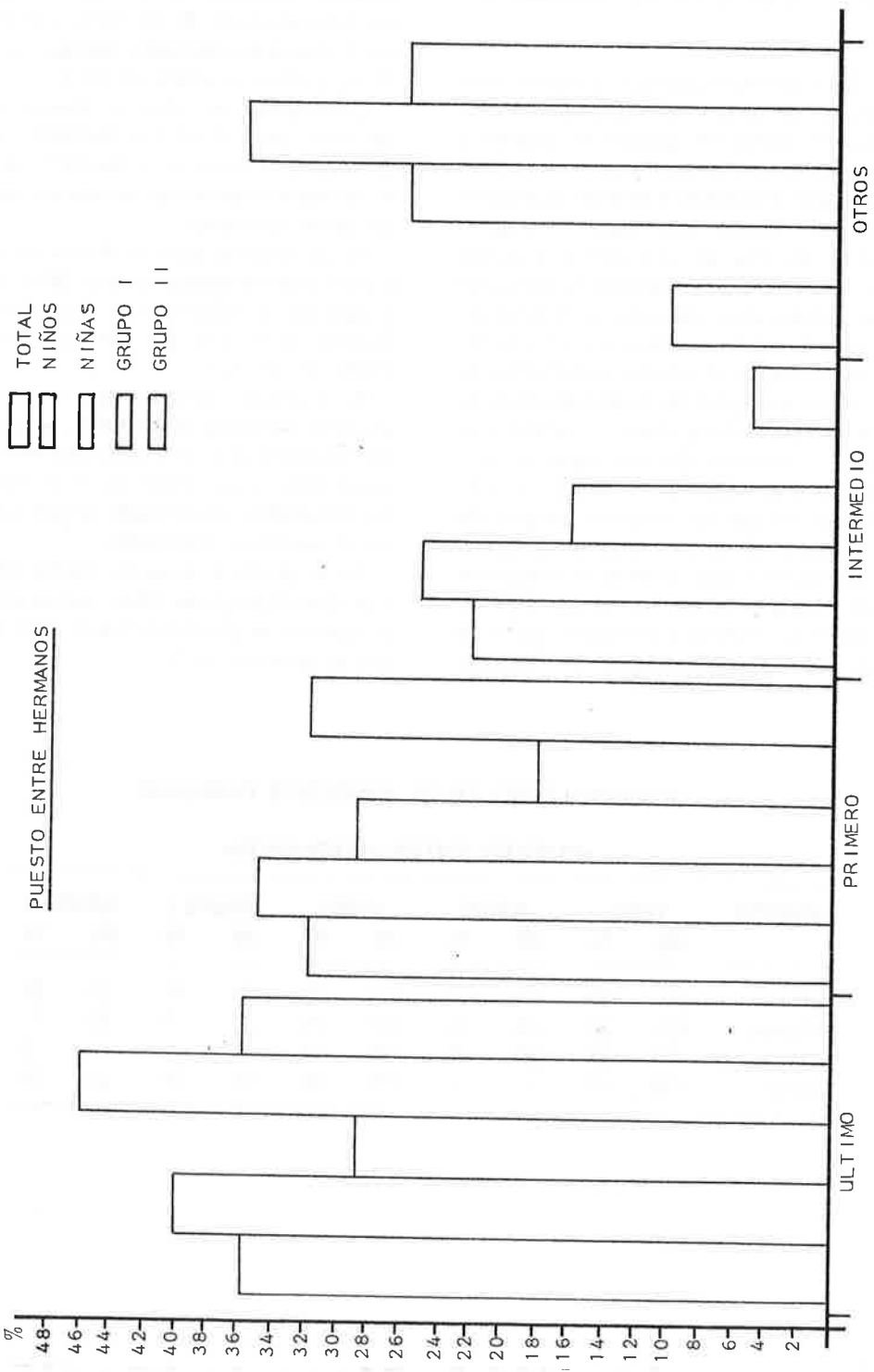
En el grupo I también está afectado el último hermano en un 46%, seguido del hermano con un puesto indiferente en un 36%, y el primer hijo en un 18%, no habiéndose encontrado ningún caso en el hermano intermedio.

En el grupo II sigue la misma relación que el grupo de niñas, aún cuando predomina el último hermano: 36% sobre el primero: 32%.

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«PUESTO ENTRE HERMANOS»

PUESTO	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Ultimo	(67)	36	(46)	40	(21)	29	(5)	46	(7)	36
Primero	(61)	32	(40)	35	(21)	29	(2)	18	(6)	32
Intermedio	(41)	22	(29)	25	(12)	16	—	—	(1)	5
Otros	(19)	10	—	—	(19)	26	(4)	36	(5)	26



IV-E) MIEMBRO ALCOHOLICO

Aún siendo 188 el número de historias recogidas con antecedentes de alcoholismo, el número de miembros familiares alcohólicos asciende a 251, lo que significa que el 23% de los niños tienen más de un miembro alcohólico en la familia.

En el 75% de los casos el familiar afectado de alcoholismo convive regularmente con el niño, y en el 25% restante mantiene un estrecho contacto con él.

En cuanto al miembro afectado, en el 77% de los casos es el padre, seguido del abuelo materno en el 12%, la madre en el 10%, el niño en el 6%, el abuelo paterno en el 6%, hermanos en el 4%, y otros familiares con menor porcentaje.

La relación se mantiene aproximadamente igual entre niños y niñas, aún cuando en los niños el padre representa el 73%, seguido del abuelo materno con un 14%, la madre con un 10%, el

abuelo paterno con un 9%, el niño con un 7%, la abuela paterna con un 6%, hermanos con un 3%, y otros familiares.

En las niñas está afectado el padre en un 84%, la madre en un 11%, el abuelo materno en un 10%, hermanos en un 5%, el niño en el 4%, el abuelo paterno en el 3%, y otros familiares.

En el grupo I está representado el niño en el 100% de los casos, el padre en el 64%, la madre en el 55%, hermanos en el 45% y el abuelo paterno en el 9%.

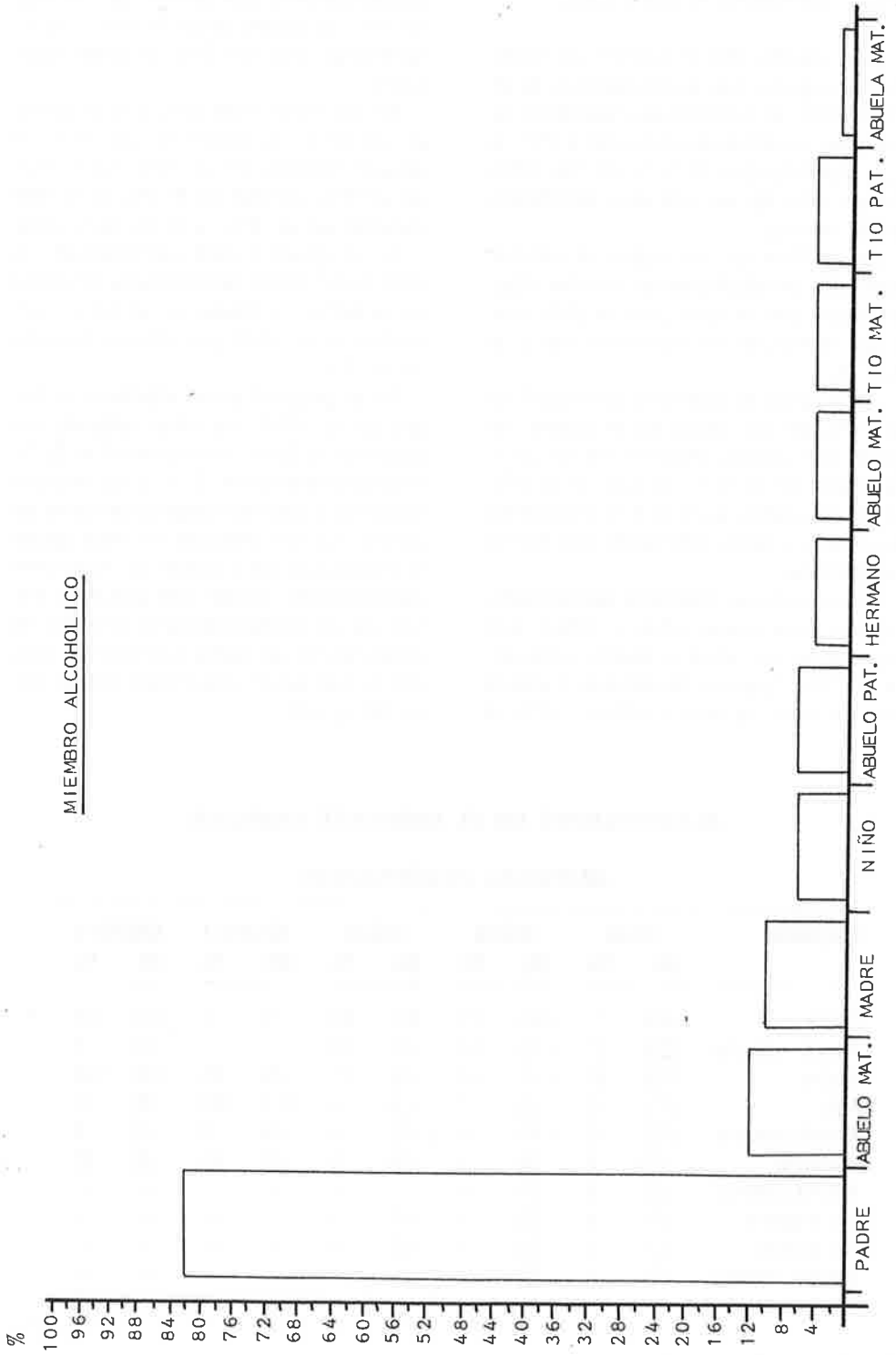
En el grupo II se ve afectada la madre en el 100% de ellos, seguida del padre en el 63%, hermanos en el 32%, el propio niño en el 32%, y los abuelos materno y paterno respectivamente en el 5%. Es de destacar en este grupo la existencia de 2 casos de «síndrome alcohol-fetal», si bien, por proceder ambos de un médico-pediatra privado, no disponemos de datos somatométricos, por lo que serán estudiados con el resto del grupo.

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

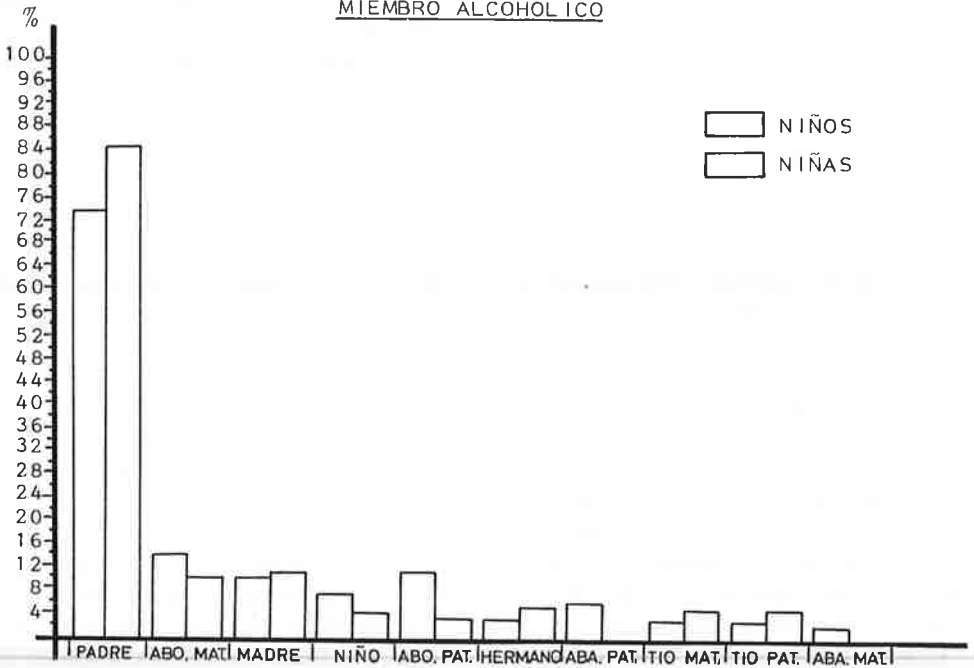
«MIEMBRO ALCOHOLICO»

MIEMBRO	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Padre	(145)	77	(84)	73	(61)	84	(7)	74	(12)	63
Abuelo materno	(23)	12	(16)	14	(7)	10	—	—	(1)	5
Madre	(19)	10	(11)	10	(8)	11	(6)	55	(19)	100
Niño	(11)	6	(8)	7	(3)	4	(11)	100	(6)	32
Abuelo paterno	(12)	6	(10)	9	(2)	3	(1)	9	(1)	5
Hermano	(7)	4	(3)	3	(4)	5	(5)	45	(6)	32
Abuela paterna	(7)	4	(7)	6	—	—	—	—	—	—
Tío materno	(7)	4	(3)	3	(4)	5	—	—	—	—
Tío paterno	(7)	4	(3)	3	(4)	5	—	—	—	—
Abuela materna	(2)	1	(2)	2	—	—	—	—	—	—

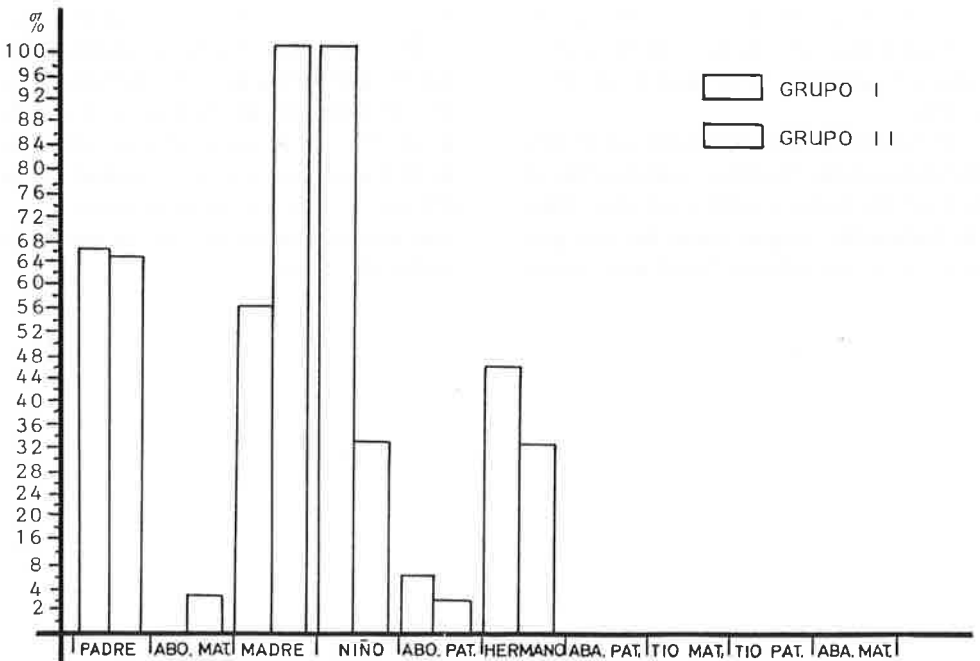
MIEMBRO ALCOHOLICO



MIEMBRO ALCOHOLICO



MIEMBRO ALCOHOLICO



IV-F) ANTECEDENTES FAMILIARES PSICOPATOLOGICOS

Ya muchos autores han resaltado la asociación que suele existir entre el alcoholismo y las afecciones psicopatológicas, en alguno de los miembros de la familia.

El llamado «contagio emocional» o «inducción ambiental» son modos de reacción anormales de los padres, que éstos «contagian» a los hijos o inducen en ellos otras anomalías del comportamiento, mecanismos psíquicos deteriorados en la primera infancia.

En nuestra muestra de estudio, el 65% de los niños tenían algún familiar con afectación psicopatológica más o menos severa, siendo en total 196 los miembros familiares afectados.

El 46% de la muestra tiene el padre con alguna afección psicopatológica, y la madre el 29%, siendo igual el porcentaje en niños y niñas, e invirtiéndose la relación, aunque con menor porcentaje, en los grupos I y II, en los que la madre está afectada en el 18 y 26% respectivamente, y el padre en el 9 y 5%.

El hermano está afectado en el 6% del total de la muestra, significando el 6% en los niños y el 5% en las niñas, no habiendo ningún caso en los grupos I y II. Los demás familiares: abue-

los y tíos están afectados en menor proporción.

En cuanto a la afección que predomina, destaca el comportamiento agresivo en el 30% de los casos, correspondiendo el 25% al padre, y el 4% a la madre. Le sigue psicopatía en el 14% de los casos, siendo el padre el afectado en el 11%, y en ningún caso la madre; y la ansiedad, con el 12%, siendo aquí en todos los casos la madre la afectada.

Están internados en una Institución Psiquiátrica el 12%, correspondiendo el 4% al padre, el 2% a un hermano, el 1% a la madre, y el resto a otros familiares.

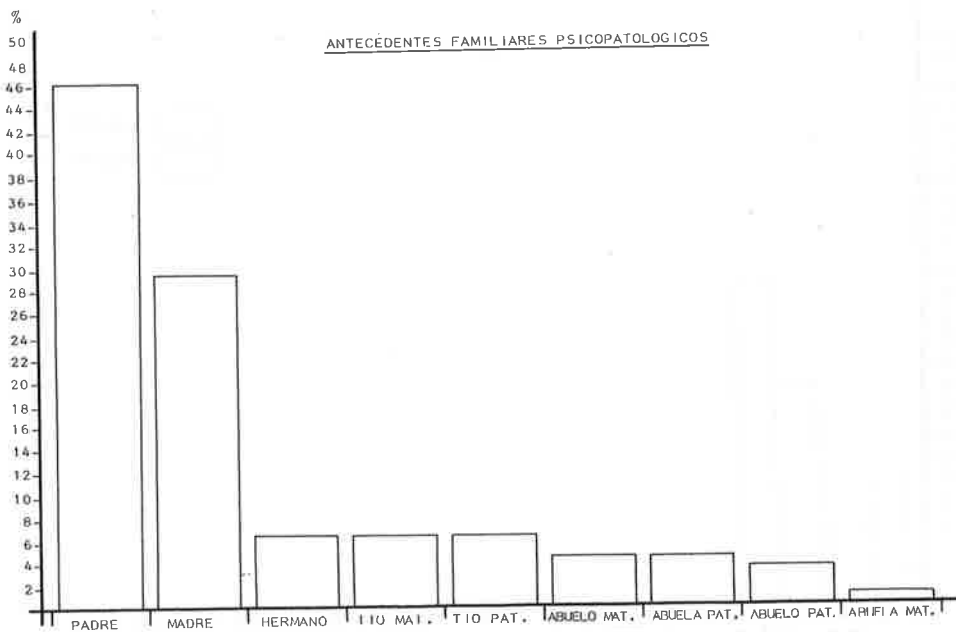
Padecen de depresión el 8% del total, correspondiendo el 7% a la madre y el 1% al padre; esquizofrenia en el 5%, siendo en un 1% la madre la afectada, y el resto correspondiendo en todos los casos al padre. Se suicidaron el 3%, siendo el padre en el 2%. Otros procesos como histeria, epilepsia, neurosis obsesiva, retraso mental, paranoia, ... afectan en menor proporción.

En lo que concierne al alcoholismo, sufren demencia el 11%, siendo el padre el afectado en el 8%, y la madre en el 2%; están sometidos a tratamiento anti-alcohólico el 5%, siendo el padre en el 4% y la madre en el 1%, y son ex-alcohólicos el 1%, el padre en todos los casos.

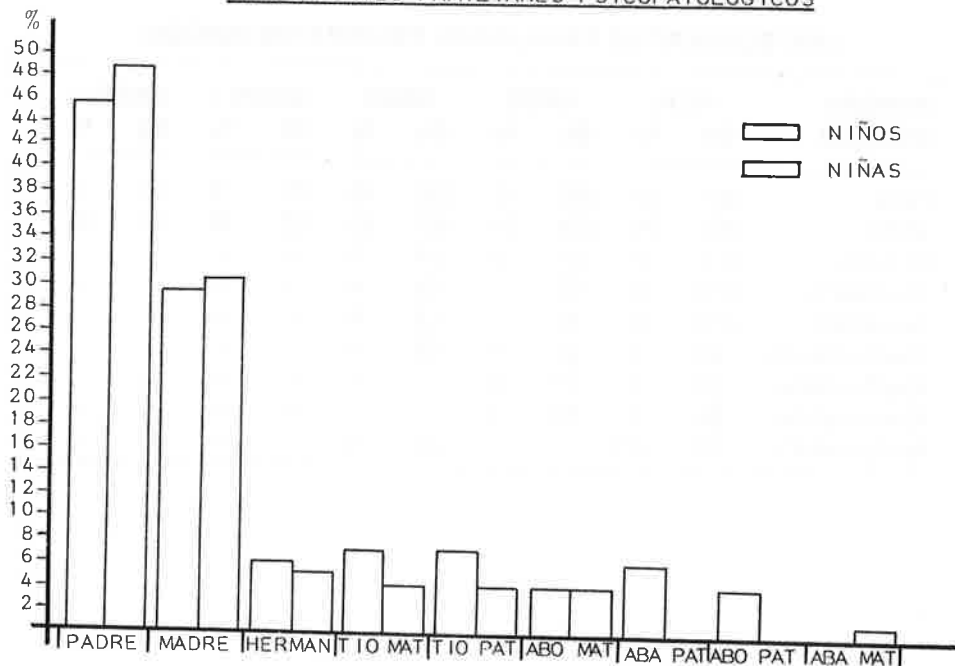
ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«ANTECEDENTES FAMILIARES PSICOPATOLOGICOS»

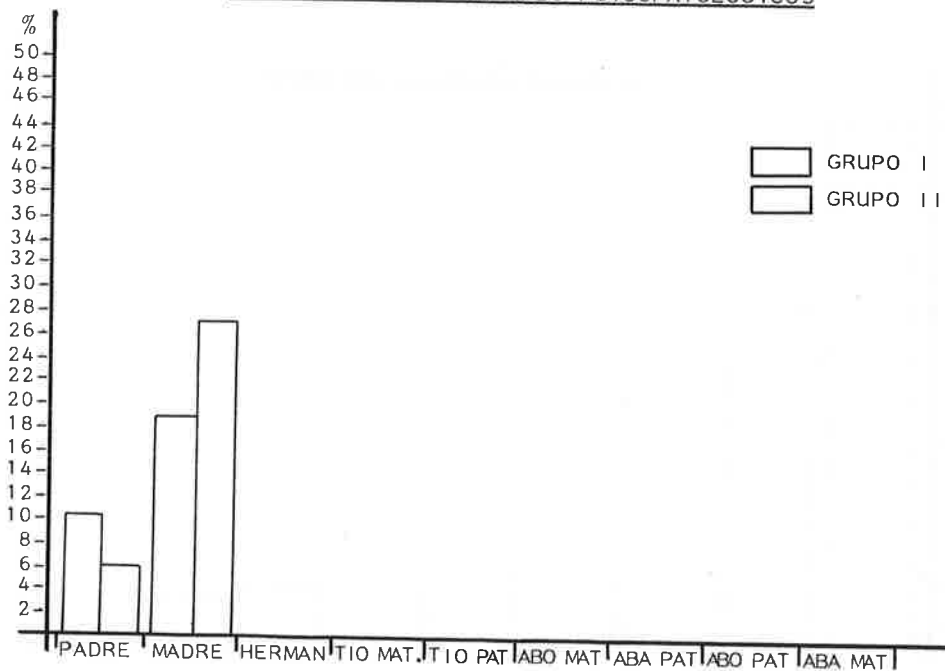
MIEMBRO AFECTADO	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Padre	(87)	46	(52)	45	(35)	48	(1)	9	(1)	5
Madre	(55)	29	(33)	29	(22)	30	(2)	18	(5)	26
Hermano	(11)	6	(7)	6	(4)	5	—	—	—	—
Tío materno	(11)	6	(8)	7	(3)	4	—	—	—	—
Tío paterno	(11)	6	(8)	7	(3)	4	—	—	—	—
Abuelo materno	(8)	4	(5)	4	(3)	4	—	—	—	—
Abuela paterna	(7)	4	(7)	6	—	—	—	—	—	—
Abuelo paterno	(5)	3	(5)	4	—	—	—	—	—	—
Abuela materno	(1)	0,5	—	—	(1)	1	—	—	—	—



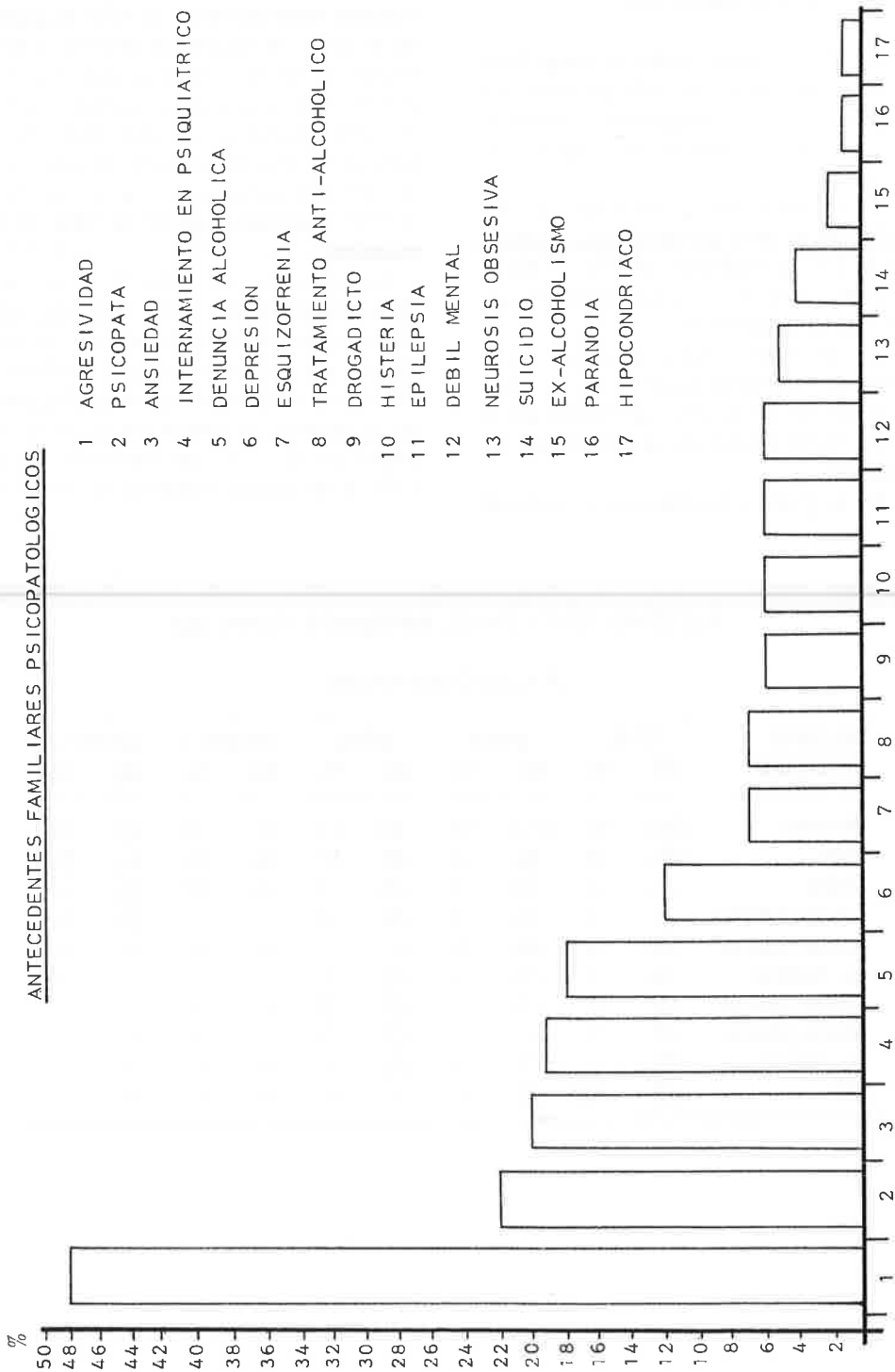
ANTECEDENTES FAMILIARES PSICOPATOLOGICOS



ANTECEDENTES FAMILIARES PSICOPATOLOGICOS



ANTECEDENTES FAMILIARES PSICOPATOLOGICOS



IV-F) FALLECIMIENTOS

En el 15% de la muestra había fallecido un hermano, seguido del padre en el 8% y en menor proporción la madre: 3%, y otros familiares en menor proporción.

En los niños había fallecido un hermano en el 18% de los casos, el padre en el 5%, la madre en el 3%, el abuelo paterno en el 5%, y otros familiares, en menor proporción.

En las niñas falleció el padre en el 12%, un hermano en el 11%, el abuelo materno en el 4%, la madre en el 3% y otros familiares ya con menor incidencia.

En el grupo I se observa un notable

incremento de fallecimientos en los familiares más cercanos al niño: el padre en el 45%, la madre en el 27% y hermanos en el 90%, al igual que era mayor en este grupo el porcentaje de familiares alcohólicos, lo que apoya la hipótesis de una defectuosa satisfacción de sus necesidades afectivas, bastante más marcado que en el total de la muestra.

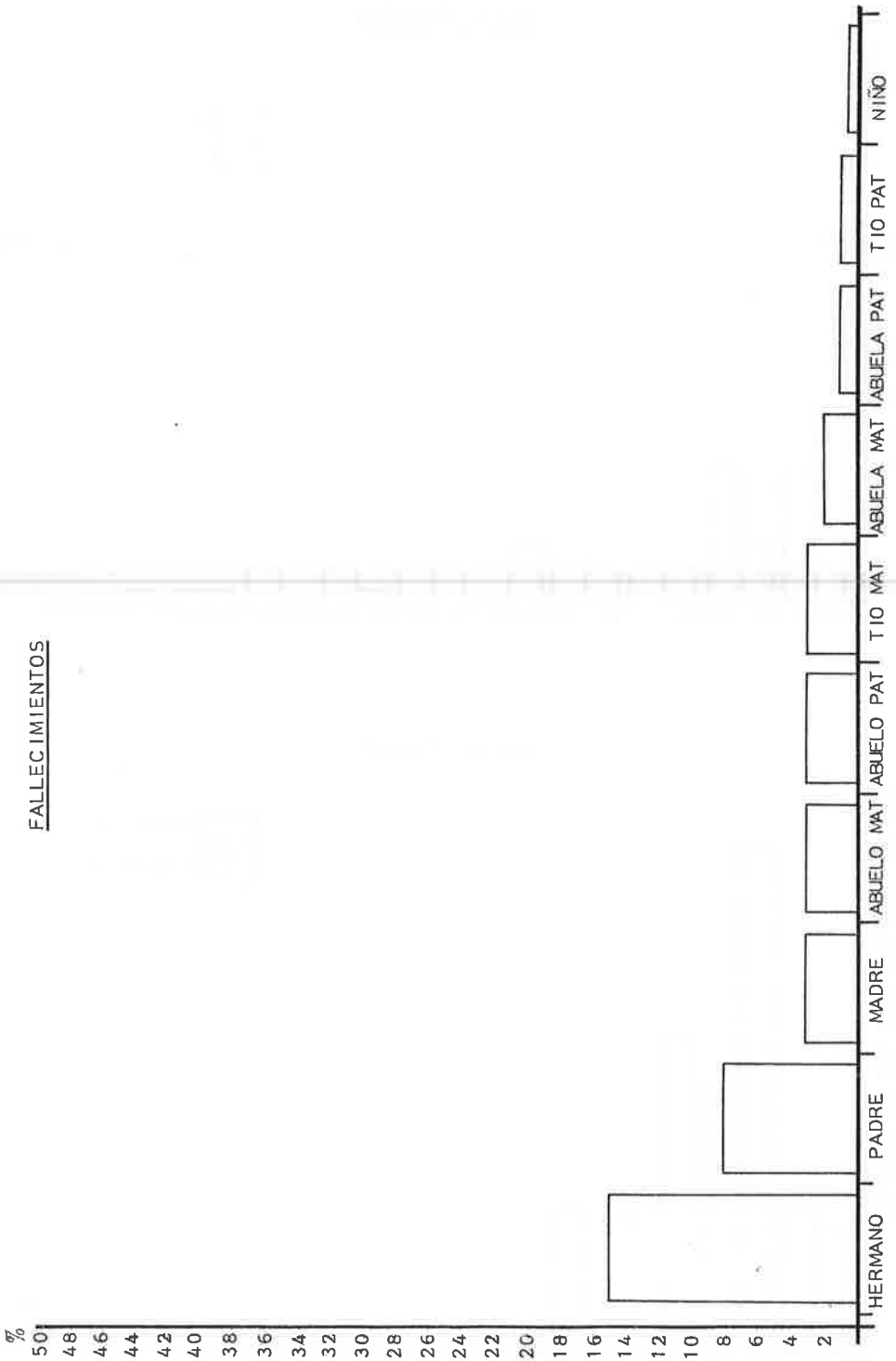
Asimismo en el grupo II, en el que ya el apoyo afectivo de la madre es más defectuoso por su problema de alcoholismo, existe un mayor índice de fallecimientos en los miembros más allegados de la familia: la madre en el 21%, el padre en el 11%, un hermano en el 11% y el abuelo materno en el 11%

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

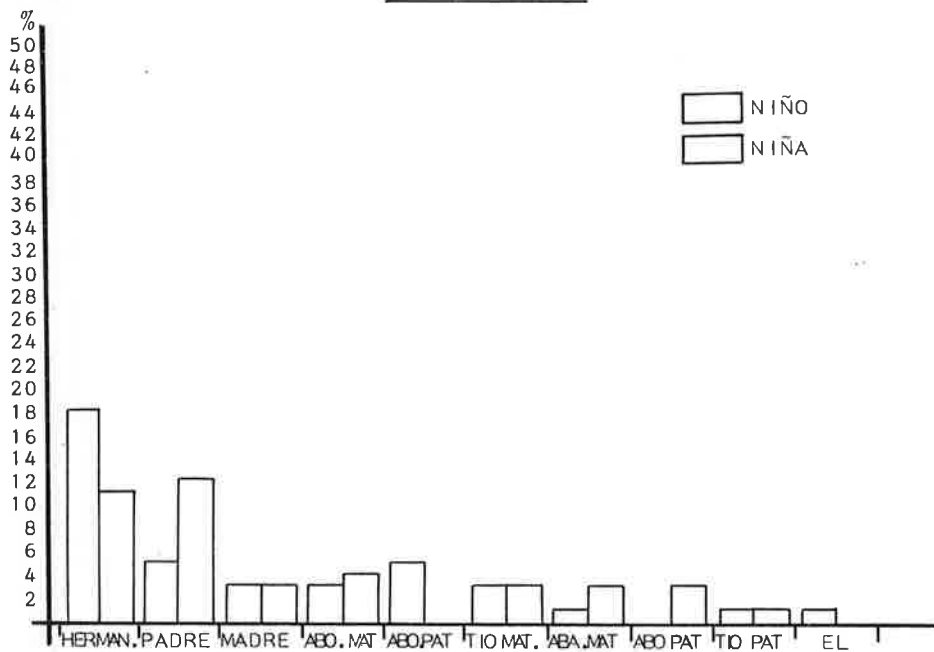
«FALLECIMIENTOS»

MIEMBRO FALLECIDO	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Hermano	(29)	15	(21)	18	(8)	11	(1)	9	(2)	11
Padre	(15)	8	(6)	5	(9)	12	(5)	45	(4)	21
Madre	(6)	3	(4)	3	(2)	3	(3)	27	(2)	11
Abuelo materno	(6)	3	(3)	3	(3)	4	—	—	(2)	11
Abuelo paterno	(6)	3	(6)	5	—	—	—	—	—	—
Tío materno	(5)	3	(3)	3	(2)	3	—	—	—	—
Abuela materna	(3)	2	(1)	1	(2)	3	—	—	—	—
Abuela paterna	(2)	1	—	—	(2)	3	—	—	—	—
Tío paterno	(2)	1	(1)	1	(1)	1	—	—	—	—
Niño	(1)	0,5	(1)	1	—	—	—	—	—	—

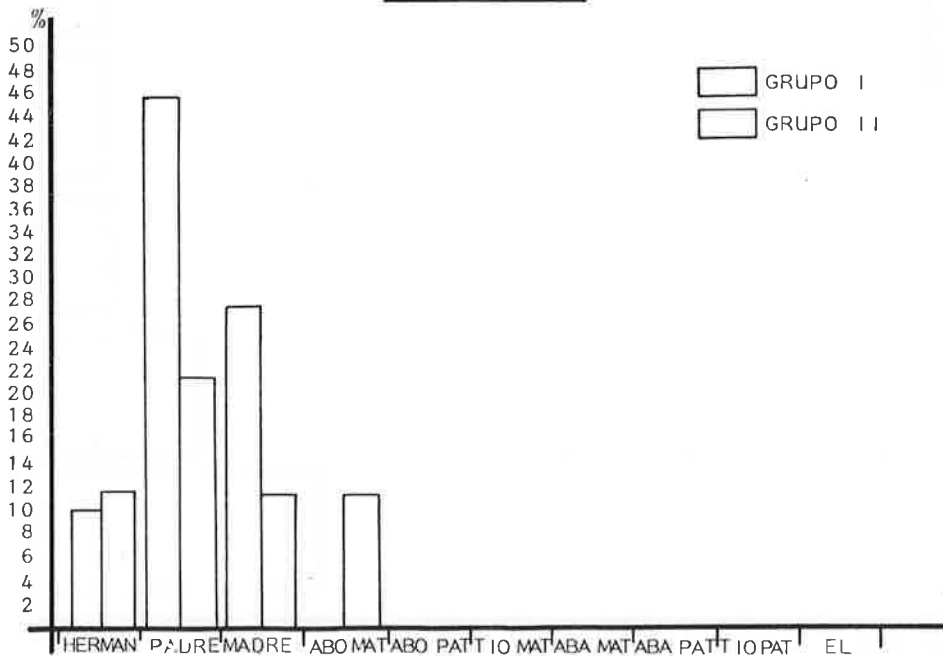
FALLECIMIENTOS



FALLECIMIENTOS



FALLECIMIENTOS



IV-H) PROFESION DEL PADRE

Al igual que en la mayoría de los otros casos de neurosis infantiles, la mayor incidencia se observa en las familias de clase baja y media baja, que corresponden en conjunto al 83% de la muestra estudiada, de los que el 27% son hijos de obreros sin cualificar, tales como: albañiles: 8%, labradores: 8%, peones: 6%, camareros, celadores ...; seguidos inmediatamente por los hijos de marineros: 26%, de los que el 54% son navegantes, con más de 3 meses de permanencia continuada alejados de casa. A continuación destacan los obreros especializados: 19%, entre los que se encuentran: pintores, electricistas, tapiceros ... Se hallaban en paro el 11% del total. Estos datos contrastaban un poco con el último estudio realizado por la Dirección General de Salud Pública sobre el Alcoholismo en España, en donde el más alto consumo de alcohol por habitante se da en los propietarios agrícolas y los trabajadores cualificados.

El 17% de la muestra corresponde a clases más acomodadas, bien por ser industriales autónomos: 7% (panadería, bar ...), de esfera militar: 5% (guardia

civil, policía nacional ...), estudios superiores: 3% (médico, abogado ...), y técnico-administrativos: 2% (banca...).

En los niños la relación es igual que en la muestra total, siendo el 81% de clase baja y media baja, variando un poco en las niñas, en las que representa el 84%, correspondiendo a hijas de marinerero el 27%, siendo el padre obrero sin cualificar y obrero especializado en el 23% cada uno, y estando en paro el 11%. Son industriales autónomos el 6%, de esfera militar el 7%, de estudios superiores el 1%, y técnico-administrativos el 1%.

En el grupo I no existe ningún caso de padre marinerero o navegante, por lo que no hay separación temporal del mismo, y sin embargo hay un aumento significativo del número de padres en paro, que asciende al 36%, siguiéndole el obrero sin cualificar, también en un 36%, y el técnico-administrativo: 27%.

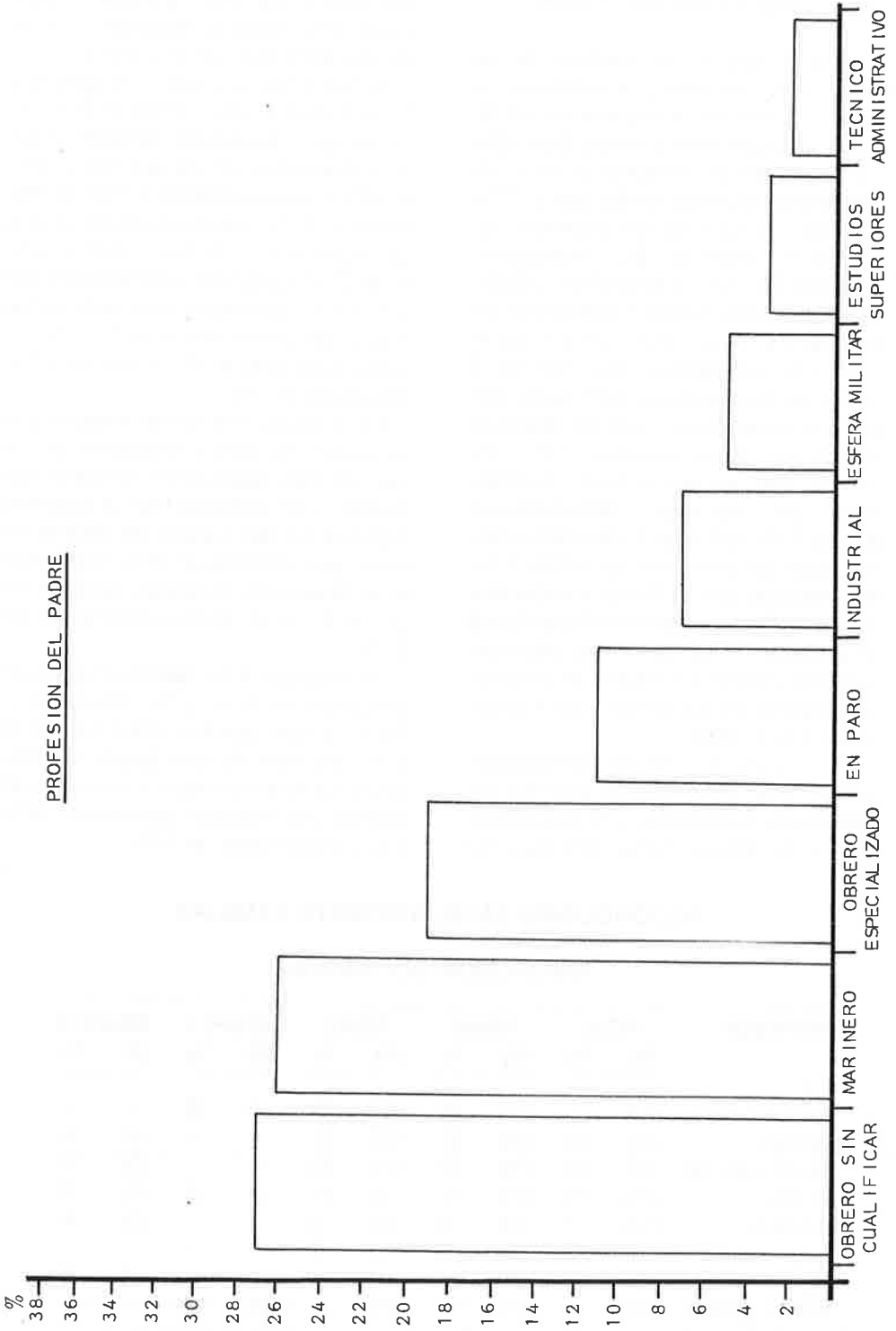
En el grupo II los padres en paro representan el 37%, y los marineros el 26%, lo que significa entre los dos el 63% del total de este grupo, contrastando también la mayor proporción de padres con estudios superiores: 10%, y los industriales: el 16%.

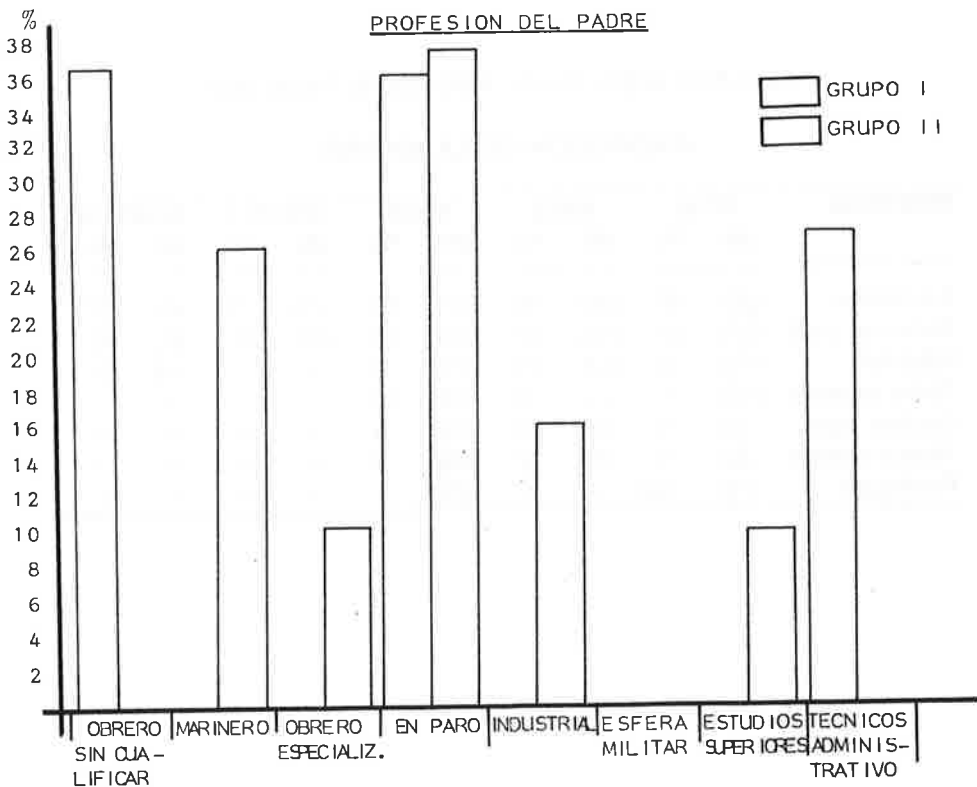
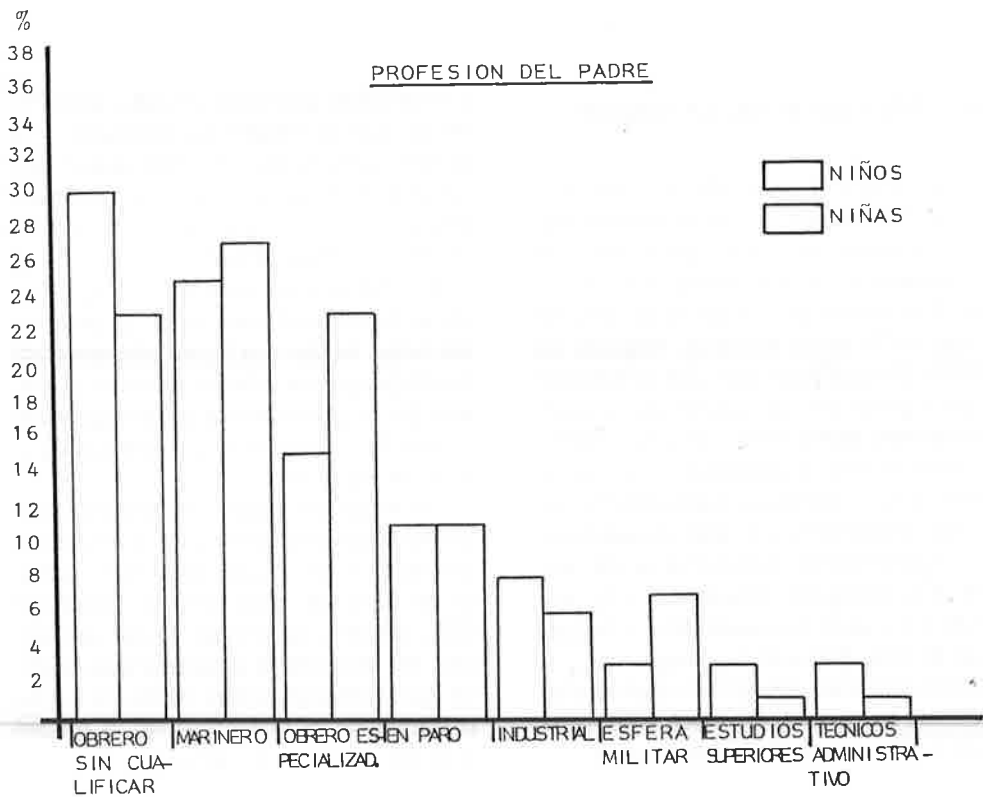
ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«PROFESION DEL PADRE»

PROFESION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Obrero sin cualif.	(52)	27	(35)	30	(17)	23	(4)	36	—	—
Marinero	(49)	26	(29)	25	(20)	27	—	—	(5)	26
Obrero especializ.	(35)	19	(18)	15	(17)	23	—	—	(2)	10
En paro	(21)	11	(13)	11	(8)	11	(4)	36	(7)	37
Industrial	(13)	7	(9)	8	(4)	6	—	—	(3)	16
Esfera militar	(9)	5	(4)	3	(5)	7	—	—	—	—
Estudios super.	(5)	3	(4)	3	(1)	1	—	—	(2)	10
Técnico-administ.	(4)	2	(3)	3	(1)	1	(3)	27	—	—

PROFESION DEL PADRE





IV-1) PROFESION DE LA MADRE

Como en la mayoría de los otros procesos observados en la consulta de Psiquiatría, así como en el total de la población, en la madre predomina como actividad primordial la de ama de casa: 49% de la muestra, seguida de obrero sin cualificar, con una proporción algo superior a la del padre: 30%, comprendiendo como tales: labradora: 15%, asistentes: 5%, limpiadoras: 3%, camareras: 3%, ... Destaca asimismo los estudios superiores en una proporción: 4%, ligeramente superior a la del padre: 3% (abogado, maestra, ...). El resto de los casos corresponden a: industrial el 8% (panadería, droguería, ...), obrero especializado el 5% (peluquera, modista, bordadora, ...), técnico-administrativo: 3% (banca, administrativo, ...),

y reseñando asimismo un caso, el 0,5%, en el que la madre se dedicaba a la prostitución, si bien en este caso hubo un abandono de la niña por parte de los padres, éste en paro, estando internada en un Hogar Infantil.

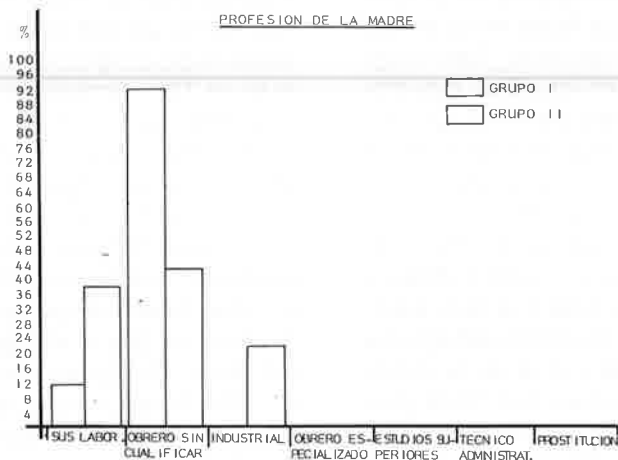
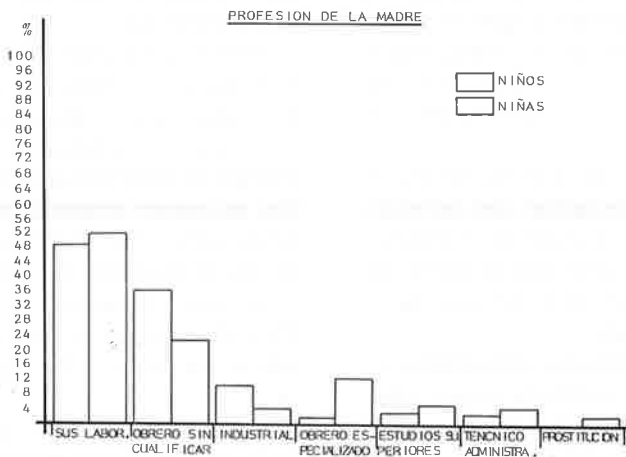
La relación en los niños y las niñas es aproximadamente igual, si bien en las niñas existe una ligera elevación de la ocupación de ama de casa en la madre: 51%, así como de obrero especializado: 12%, frente al 5% del total y al 1% de los niños.

En el grupo I, por el contrario, hay un marcado predominio de la profesión de obrero sin cualificar: 91% sobre la de ama de casa: 9%, y siendo el 65% de ellas labradoras, lo que va también en favor de la desafección afectiva que padecen estos niños, al verse privados de la presencia de la madre durante gran parte del día.

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«PROFESION DE LA MADRE»

PROFESION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Sus labores	(92)	49	(55)	48	(37)	51	(1)	9	(7)	37
Obrero sin cualif.	(57)	30	(41)	36	(16)	22	(10)	91	(8)	42
Industrial	(15)	8	(12)	10	(3)	4	—	—	(4)	21
Obrero especializ.	(10)	5	(1)	1	(9)	12	—	—	—	—
Estudios super.	(8)	4	(4)	3	(4)	5	—	—	—	—
Técnico-administ.	(5)	3	(2)	2	(3)	4	—	—	—	—
Prostitución	(1)	0,5	—	—	(1)	1	—	—	—	—



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«AREA GEOGRAFICA»

LUGAR DE RESIDENCIA	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Costero	(103)	55	(60)	52	(43)	59	(4)	36	(11)	58
Interior	(85)	45	(55)	48	(30)	41	(7)	64	(8)	42
Rural	(96)	51	(64)	56	(32)	44	(6)	55	(11)	58
Urbano	(60)	32	(36)	31	(24)	33	—	—	(4)	21
Suburbano	(32)	17	(15)	13	(17)	24	(5)	45	(4)	21

IV-K) AMBIENTE AFECTIVO FAMILIAR

El alcoholismo es un proceso que no sólo afecta a la persona que lo padece, sino que repercute en todos aquellos que rodean al enfermo, en el plano social, laboral, ... y, fundamentalmente, familiar.

El alcoholismo no sólo incide en el niño al ver la afectación del familiar, como ocurriría en el caso de cualquier otra enfermedad, sino por el clima de tensión y desestabilidad del que siempre va acompañado.

El 68% de las familias estudiadas se pueden clasificar como de hogar inestable, sin incluir en ellas la separaciones matrimoniales, en las que, aparte de las continuas discusiones, en el 73% de ellos la violencia física entre el matrimonio era algo cotidiano. Este rasgo se eleva un poco en los niños, que provienen de hogar inestable en el 71% de los casos, y sin embargo desciende en las niñas: 62%, y en los grupos I y II: 55 y 42% respectivamente.

En cuanto a la separación matrimonial, en el total de la muestra alcanza el 24%, cifra de incidencia muy superior a la de otros procesos estudiados en Paidopsiquiatría y a la de la población en general, lo que confirma la gran desventaja que para el matrimonio supone el alcoholismo de uno de los miembros, ya que sólo en un caso de separación matrimonial ninguno de los cónyuges era alcohólico, sino el abuelo paterno, que convivía con el matrimonio. Al mismo tiempo observamos cómo afecta mucho más al matrimonio el alcoholismo del padre, ya que de los 45 casos encontrados en la muestra de separación matrimonial, en 44 había alcoholismo en el padre, por lo tanto el 98% del total, no habiendo ningún otro familiar afectado de alcoholismo, más que el padre, en 33 casos: 73% del total; y sólo en un caso en que ambos pa-

dres eran alcohólicos hubo separación matrimonial, mientras que no la hubo en los 7 casos en los que sólo la madre era alcohólica.

Asimismo se observa que afecta más la separación matrimonial, por lo tanto, la destrucción del hogar, a las niñas: 27% que a los niños: 21%, así como cuando el miembro alcohólico es la madre, es menor proporcionalmente la relación niño-niña: 53-47%, que en el total de la muestra: 61-39%.

El niño se siente rechazado en el 40% del total de la muestra, afectando más a los niños: 43% que a las niñas: 36%.

Hubo emigración de los padres en el 16% de los casos, siendo aquí mayor el porcentaje de niños: 18% que de niñas: 14%, ya que en el 100% de los casos hubo emigración del padre, y sólo en el 74% también de la madre, de más repercusión en las niñas.

Otro dato negativo en el ambiente afectivo familiar radica en el abandono de los hijos por uno de los padres, comprobándose también aquí la mayor repercusión que tienen estos hechos en la niña, fundamentalmente por parte materna, ya que el abandono de la madre, en el 4% de la muestra, afectaba al 10% de las niñas y sólo al 1% de los niños; asimismo el abandono del padre: 6% del total, afectaba al 8% de las niñas y al 4% de los niños. En todos los casos en que hubo abandono de la madre, lo hubo del padre simultáneamente.

Igualmente el internamiento en Instituciones como Hogares Infantiles, en el 3% del total afecta más a las niñas: 7% que a los niños: 1%. Asimismo destaca el intento de asesinato de la madre por parte del padre: 5%, siendo el 2 y el 11% respectivamente, para niños y niñas; suicidio del padre: 2% (1 y 3%); intento de suicidio del padre: 1% (0 y 3%); hijo de soltera: 1% (0 y 3%); in-

tento de suicidio de la madre: 1% (1 y 1%); separación del niño de los padres durante el primer año de vida en el 4% (5 y 1%).

En el grupo I desciende el porcentaje de hogar inestable: 55% y los casos de separación matrimonial: 9%, y sin embargo aumentan en el niño los sentimientos de verse rechazado por los padres en el 45%, y los casos de abandono de la madre o del padre: 9% en ambos casos.

En el grupo II desciende el porcentaje de hogar inestable: 42%, y notablemente el de separación matrimonial: 5%, elevándose sin embargo la proporción de separación del niño de los padres durante el primer año de vida en el 11%, dándose también el sentimiento de rechazo en el 37%, la emigración de los padres en el 5%, así como el abandono del padre o la madre, los niños internados en Instituciones-Hogar y los hijos de soltera en el 5% cada uno.

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«AFECTIVIDAD FAMILIAR-I»

CIRCUNSTANCIAS	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Hogar inestable	(128)	68	(81)	71	(45)	62	(6)	55	(8)	42
Rechazo del hijo	(75)	40	(49)	43	(26)	36	(5)	45	(7)	37
Separación matri.	(45)	24	(24)	21	(21)	27	(1)	9	(1)	5
Emigrac.-padres	(30)	16	(20)	18	(10)	14	—	—	(1)	5
Abandono del padre	(11)	6	(5)	4	(6)	8	(1)	9	(1)	5
Padre intento de asesinato	(10)	5	(2)	2	(8)	11	—	—	—	—
Abandono de la madre	(8)	4	(1)	1	(7)	10	(1)	9	(1)	5

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«AFECTIVIDAD FAMILIAR-II»

CIRCUNSTANCIAS	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Separación de padres 1 ^{er} año	(7)	4	(6)	5	(1)	1	—	—	(2)	11
Hogar infantil	(6)	3	(1)	1	(5)	7	—	—	(1)	5
Suicid. del padre	(3)	2	(1)	1	(2)	3	—	—	—	—
Madre soltera	(2)	1	—	—	(2)	3	—	—	(1)	5
Padre intento de suicidio	(2)	1	—	—	(2)	3	—	—	—	—
Madre intento de suicidio	(2)	1	(1)	1	(1)	1	—	—	—	—

IV-L) DESARROLLO DEL AREA MOTORICA

La conquista del mundo está bajo la dependencia del movimiento. Las adquisiciones motoras del niño permiten, efectivamente, un rápido progreso en el conocimiento del medio que le rodea y en su liberación con respecto a su entorno.

Tomando como punto de referencia

la edad de comienzo de la deambulación, se observa una uniformidad en los casos revisados, en los que tanto en el total de la muestra como en los niños y niñas, el término medio comenzó a andar a los 13 meses.

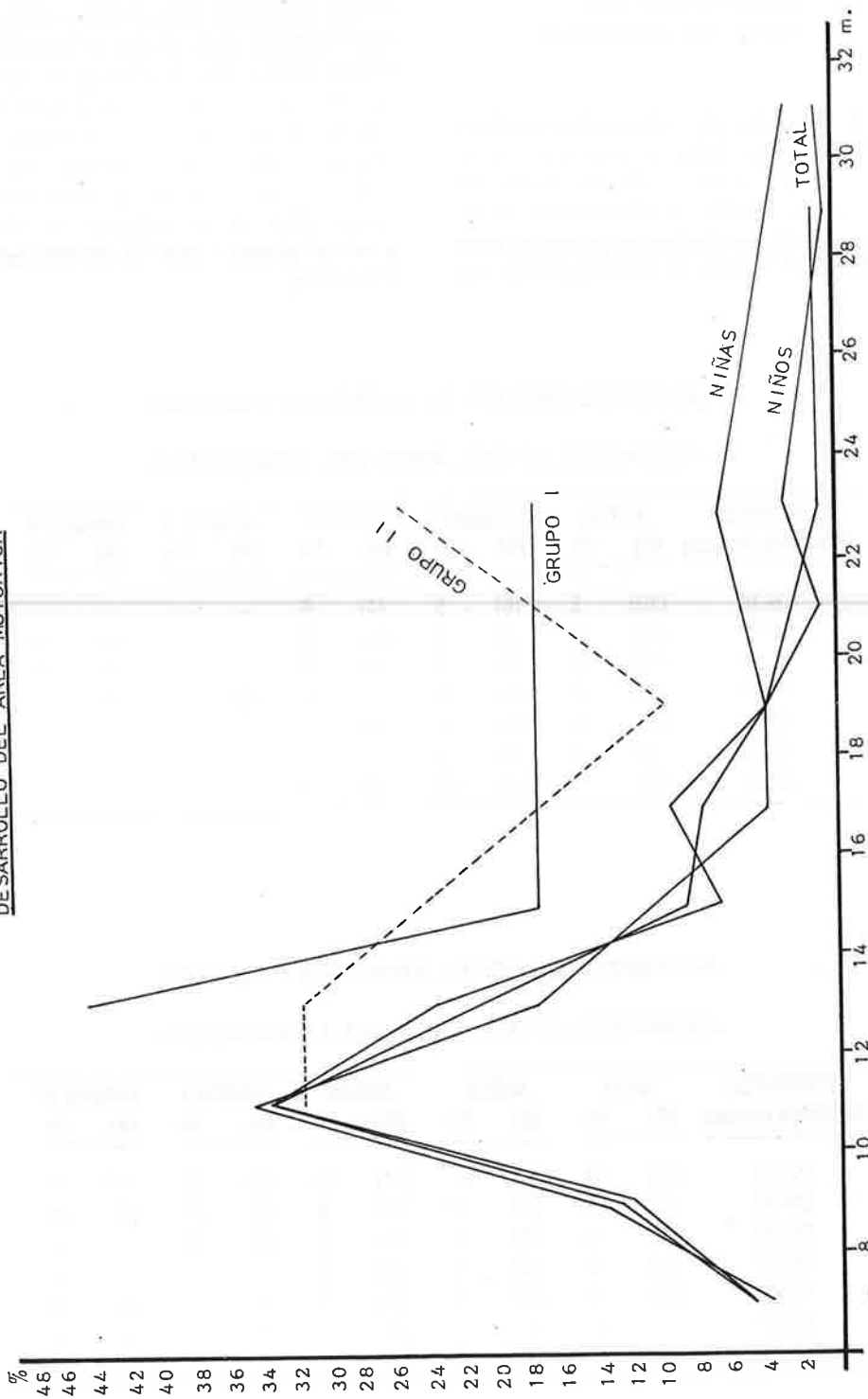
Por otra parte, en los grupos I y II la edad media asciende a los 16 meses en ambos casos, lo que demuestra un mayor déficit afectivo, aún cuando no se aprecia un evidente retraso.

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«DESARROLLO DEL AREA MOTORICA»

EDAD DE DEAMBULACION (meses)	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
8-10	(33)	18	(20)	17	(13)	18	—	—	—	—
10-12	(65)	34	(39)	34	(26)	35	—	—	(6)	32
12-14	(41)	22	(28)	24	(13)	18	(5)	45	(6)	32
14-16	(16)	9	(8)	7	(8)	11	(2)	18	—	—
16-18	(15)	8	(12)	10	(3)	4	(2)	18	—	—
18-20	(7)	4	(4)	4	(3)	4	—	—	(2)	10
20-22	(2)	1	(2)	2	—	—	—	—	—	—
22-24	(6)	3	(1)	1	(5)	7	(2)	18	(5)	26
24-26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26-28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28-30	(1)	0,5	(1)	1	—	—	—	—	—	—
30—	(2)	1	—	—	(2)	3	—	—	—	—

DESARROLLO DEL AREA MOTORICA



IV-M) DESARROLLO DEL
AREA DEL LENGUAJE

Al igual que en el desarrollo del área motórica, se observa una similitud en el total de la muestra, ya que de los 188 casos estudiados, la edad media de iniciación de las primeras palabras está en los 21 meses, si bien aquí hay una

mayor diferencia entre niños y niñas, ya que mientras que en los niños la edad media está en los 23 meses, en las niñas está en los 19. Aún en grupos control, las niñas comienzan a emplear el lenguaje más pronto que los niños.

En el grupo II la media coincide con la del total de la muestra: 21 mese, y en el grupo I con la de los niños: 23 meses.

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«DESARROLLO DEL AREA DEL LENGUAJE-I»

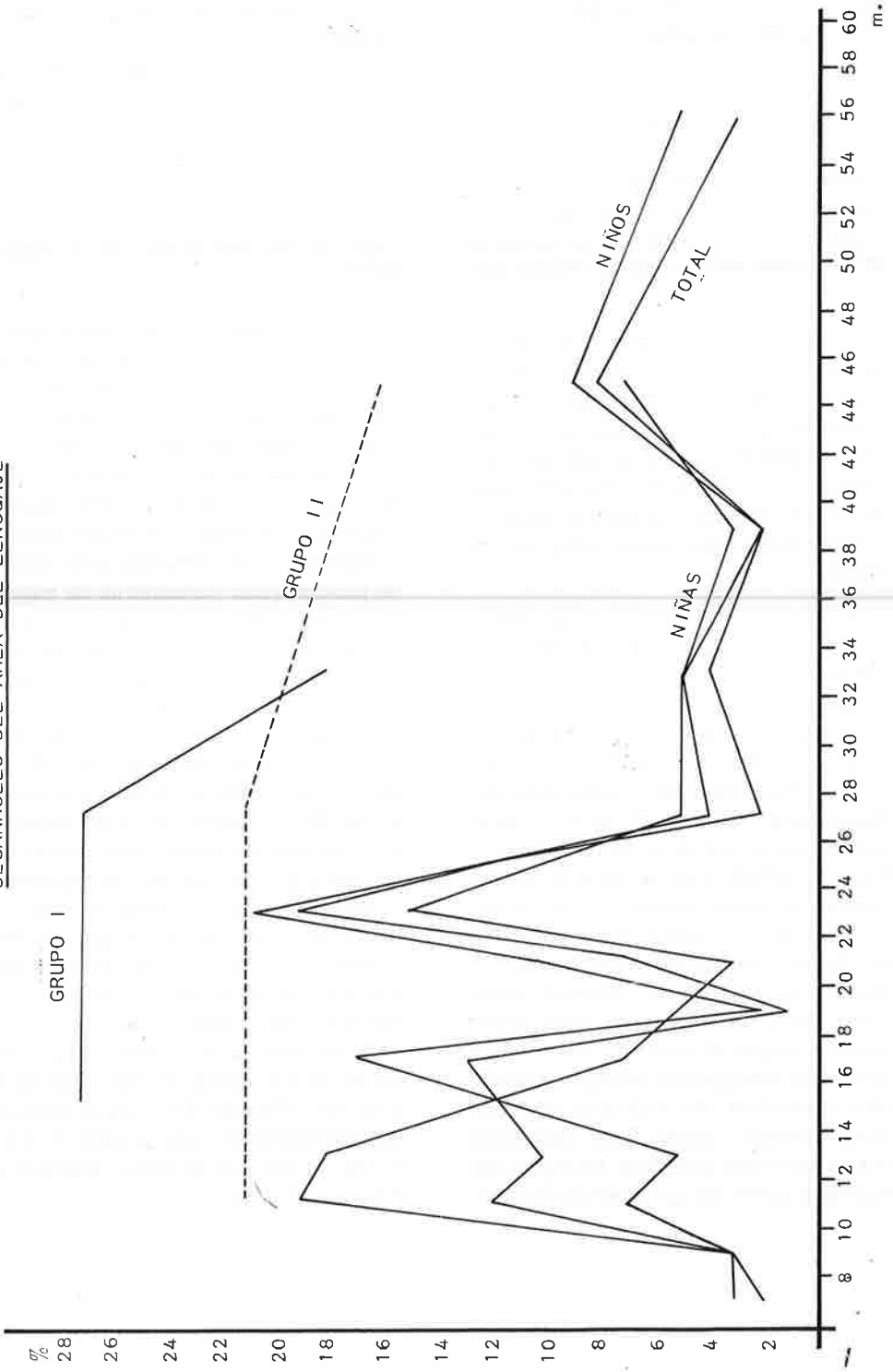
PRIMEROS SONIDOS (meses)	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
8-10	(10)	5	(6)	5	(4)	6	—	—	—	—
10-12	(22)	12	(8)	7	(14)	19	—	—	(4)	21
12-14	(19)	10	(6)	5	(13)	18	—	—	(4)	21
14-16	(20)	11	(11)	10	(9)	12	(3)	27	(4)	21
16-18	(25)	13	(20)	17	(5)	7	—	—	—	—
18-20	(3)	1	(3)	2	—	—	—	—	—	—
20-22	(13)	7	(11)	10	(2)	3	—	—	—	—

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«DESARROLLO DEL AREA DEL LENGUAJE-II»

PRIMEROS SONIDOS (meses)	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
22-24	(35)	19	(24)	21	(11)	15	(3)	27	—	—
24-30	(7)	4	(3)	2	(4)	5	(3)	27	(4)	21
30-36	(9)	5	(5)	4	(4)	5	(2)	18	—	—
36-42	(4)	2	(2)	2	(2)	3	—	—	—	—
42-48	(15)	8	(10)	9	(5)	7	—	—	(3)	16
48-52	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
52-58	(6)	3	(6)	5	—	—	—	—	—	—

DESARROLLO DEL AREA DEL LENGUAJE



IV-N) VALORACION DE LA INTELIGENCIA

Wechsler define la inteligencia como «la suma o capacidad global del individuo para actuar de un modo provisto de finalidad, para pensar racionalmente y para tratar de enfrentarse de un modo eficaz con su medio ambiente».

Sarason ha señalado que el período de la infancia es indudablemente de gran importancia para moldear la conducta del individuo, y que en consecuencia puede suponerse que las prácticas para la educación del niño sean de crucial importancia para el desarrollo de la capacidad intelectual y de otra índole.

Al igual que los demás casos observados en la consulta de Paidopsiquiatría en los que está deteriorada la afectividad del niño en menor o mayor grado, en el caso del alcoholismo se observa un notable descenso del cociente de inteligencia, que en este caso conduce a una media de 87 de C.I., considerado como ligeramente retardado, si bien, no debido a un verdadero retraso mental de causa orgánica o funcional, sino que es un pseudoretardo mental por la falta de estimulación, tan necesaria en el niño para un correcto desarrollo, tanto en el plano físico como mental, ya que el concepto más útil relativo a la inteligencia refleja la capacidad intelectual del individuo en cualquier momento dado. Esta capacidad deriva tanto del potencial biológico del individuo como de su experiencia o en-

trenamiento desde el momento del nacimiento.

El tipo más común de retardo mental recibe el nombre de «deficiencia mental de tipo familiar» (Sarason) y retardo cultural familiar, porque con frecuencia aparece de una manera sistemática en ciertas familias, tal es el caso de las afectadas por el alcoholismo.

Comparando los casos del «retardo cultural familiar» con los niños que viven en Instituciones para los retardos mentales, Sarason (1953), encontró que «en ambos casos existe poca estimulación del medio ambiente, normas inconsistentes de control, y exacerbación de la tensión corporal. En ambos casos, la capacidad de respuesta recibe poca recompensa, y las personas y los objetos no poseen valor consistente de estimulación. En ambas categorías, las normas de respuesta adquiridas durante la infancia, en vez de facilitarlas interfieren con el desarrollo de aquellas habilidades intelectuales y sociales que otros puntos de vista culturales valoran tan alto. En su propio escenario cultural, la forma de conducta de estos niños no es inusitada. Es solamente cuando son juzgados por las normas de valores de otros escenarios culturales, es decir, de la escuela, cuando se ve que les falta interés, y la habilidad social e intelectual necesaria, es decir, que su funcionamiento es «inadecuado».

En el total de la muestra el C.I. medio es de 87, siendo en los niños de 89 y en las niñas de 84, y descendiendo notablemente en los grupos I: 74 y II: 78, en los que el déficit afectivo es más acentuado.

IV-O) PROBLEMAS PSICOPATOLOGICOS

Hemos agrupado los trastornos que presenta el niño en una serie de apartados que se irán reseñando según la proporción en que afectan a la mues-

tra estudiada, si bien hay que destacar que muchos de ellos no eran considerados por los padres como afecciones que padecía el niño, ya que fueron encontrados al realizar la historia, pero como algo secundario, a lo que los padres no le concedían importancia.

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

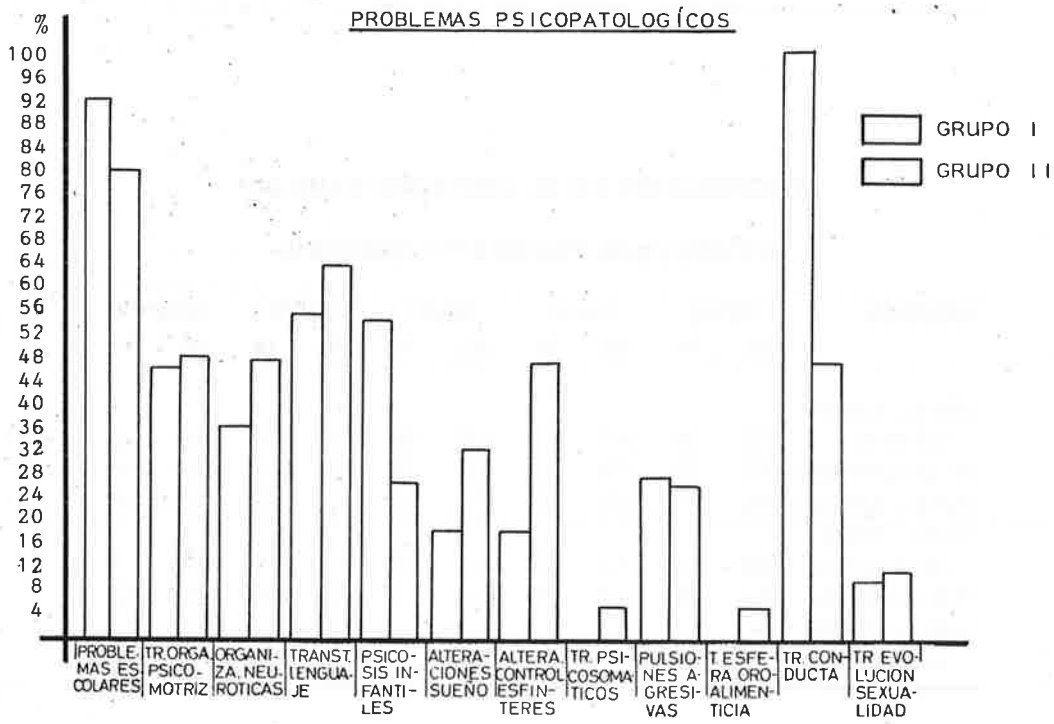
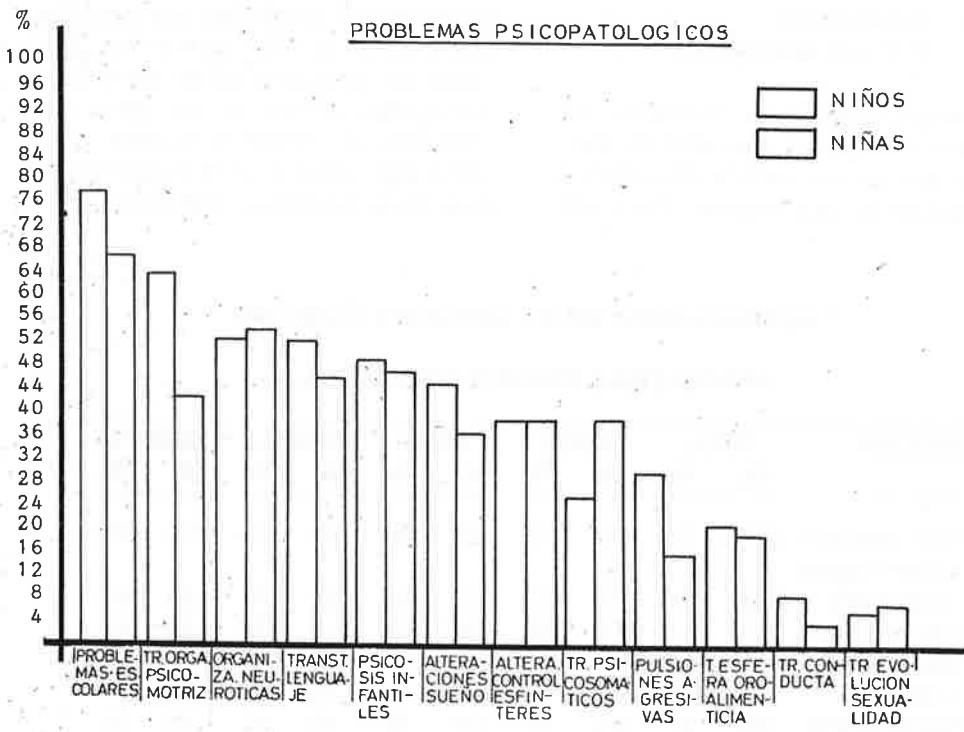
«PROBLEMAS PSICOPATOLOGICOS-I»

AFECCION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Probl. escolares	(137)	73	(89)	77	(48)	66	(10)	91	(15)	79
Trastorn organiz. psicomotriz	(103)	55	(72)	63	(31)	42	(5)	45	(9)	47
Organiz. neurót.	(99)	53	(60)	52	(39)	53	(4)	36	(9)	47
Trastor. lenguaje infantil	(92)	49	(59)	51	(33)	45	(6)	55	(12)	63
Psicosis infantil.	(89)	47	(55)	48	(34)	46	(6)	55	(5)	26
Alterac. sueño	(77)	41	(51)	44	(26)	36	(2)	18	(6)	32

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«PROBLEMAS PSICOPATOLOGICOS-II»

AFECCION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Alterac. control esfinteres	(72)	38	(44)	38	(18)	38	(2)	18	(9)	47
Alt. psicósomática	(57)	30	(29)	25	(28)	38	—	—	(1)	5
Pulsión. agresivas	(44)	23	(33)	29	(11)	15	(3)	27	(5)	26
Trastor. esfera oroalimentaria	(36)	19	(23)	20	(13)	18	—	—	(1)	5
Trast. conducta	(11)	6	(9)	8	(2)	3	(11)	100	(9)	47
Trast. evolución sexualidad	(10)	5	(6)	5	(4)	6	(1)	9	(2)	11



IV-O-1) PROBLEMAS ESCOLARES

Los presentaban el 73% de la muestra, siendo algo más aparente la afectación en los niños: 77%, que en las niñas: 66%.

Son debidos, no sólo al pseudorretardo mental que presentan estos niños dada la falta de estímulo ambiental, sino también a la falta de capacidad de concentración en un ambiente tenso, la baja cultura de los padres, la existencia en el niño de otras afecciones consecuentes al problema familiar, que vive, el sentimiento del niño de incompreensión de lo que le sucede, el rechazo de la sociedad hacia los enfermos alcohólicos, y por lo tanto hacia su familia y hacia él mismo.

En la escuela el niño: 1.º Se enfrenta por primera vez con nuevas exigencias (relación social adecuada y competición con sus compañeros, esfuerzos de aprendizaje escolar, ...). 2.º Se le observa en un medio «casi experimental» en el que otros niños de su edad están sometidos simultáneamente a las mismas demandas, y, por lo tanto, es muy fácil la comparación «objetiva» (dificultades para aprender, trastornos específicos de la lectura, anomalías del comportamiento, ...). 3.º La observación se realiza por una persona «imparcial», el maestro, no sometido a las deformaciones afectivas de percepción y valoración inevitables en la familia.

El niño que es inseguro y se encuentra en estado de ansiedad como resultado de una situación perturbadora en el hogar, con frecuencia tiene dificultades en la situación escolar, tanto en el aprendizaje como en la memoria.

Del total de la muestra, el 35% sufrieron una mala adaptación al colegio ya desde sus primeras etapas, más marcada en el niño: 38% que en las niñas: 31%. Si bien la integración en la escuela fue en etapas normales, a los

5 años por término medio, ya a esta edad presentaban trastornos derivados de la problemática familiar, que repercutieron en una deficiente adaptación a un ambiente nuevo que consideraban hostil.

Presentan un retraso de curso para su edad cronológica el 24% del total, con repeticiones de 1-2 cursos, fobia escolar el 20%, y un 3% que realizan novillos de forma habitual, como expresión de un rechazo hacia el colegio.

El 42% de la muestra presenta fracaso escolar, más bien debido a bajo rendimiento por la nula estimulación familiar, los sentimientos de rechazo hacia la situación que vive, ... que por causas de auténtico déficit intelectual. El 25% de los niños presentan dislexia, el 10% disgrafía, el 14% se muestran en clase distraídos, como consecuencia de una disfunción cerebral mínima, y el 5% tienen poca memoria.

Asisten a Unidades Especiales de Aprendizaje el 12% de los niños, en los que el promedio de C.I. es del 60%.

Si bien las niñas presentan menos problemas escolares que los niños: 66% frente al 77%, debido a que las niñas muestran mejor respuesta a los elogios escolares, por escasos que sean; en el resto de los datos las proporciones se mantienen aproximadamente igual al total de la muestra.

En el grupo I el porcentaje de niños con problemas escolares asciende al 91%, presentando como más significativo dislexia en el 45% de los niños, retraso de curso el 36%, fobia el 36%, novillos, disfunción cerebral mínima y poca memoria el 9%, y asistiendo a Unidades Especiales de Aprendizaje el 27%.

En el grupo II, donde la estimulación afectiva es más deficiente al ser la madre alcohólica, ya que las madres parecen subrayar el valor de la educación más que los padres, presentan proble-

ma escolar el 79% del total, con un 67% de niños con retraso de curso, dislexia en el 32%, fobia escolar en el 16% y un 21% de niños que asisten a Unidades Especiales de Aprendizaje como más significativo, habiendo también un 5% de niños que presentan res-

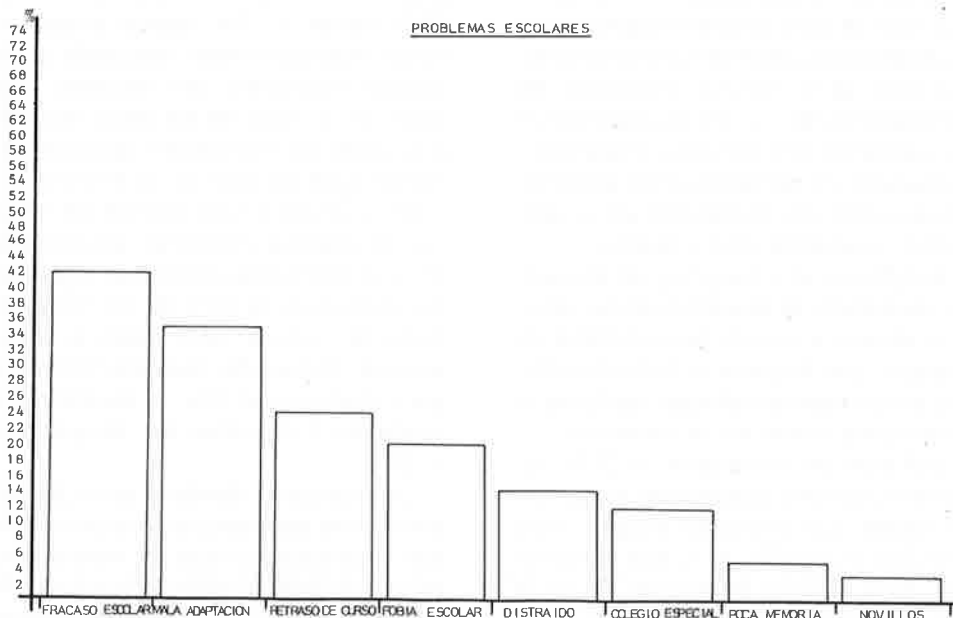
pectivamente: disfunción cerebral mínima, poca memoria y novillos.

Es de destacar, asimismo, que es en los grupos I y II, donde se dan los índices más bajos de mala adaptación al primer contacto con el ambiente escolar: 9 y 11% respectivamente.

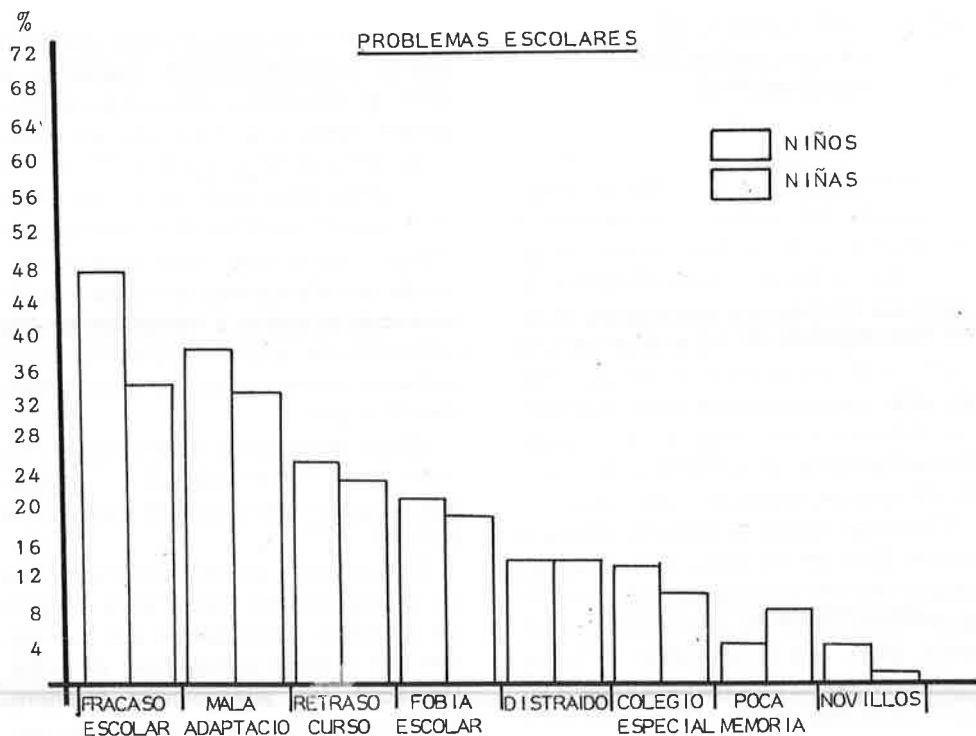
ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«PROBLEMAS ESCOLARES»

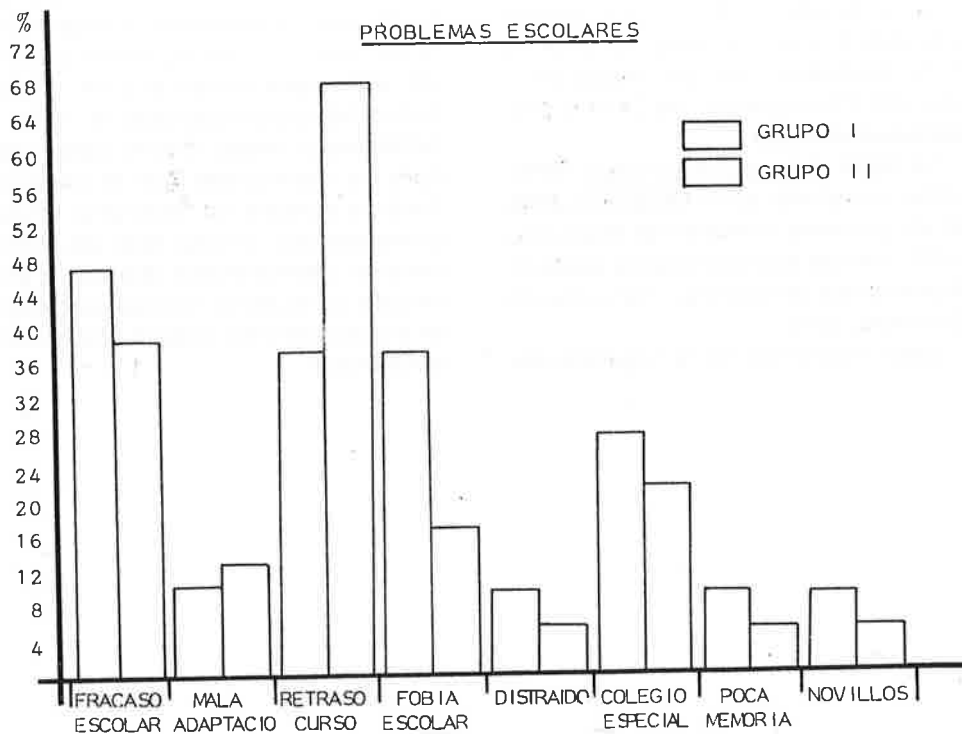
MANIFESTACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Fracaso escolar	(79)	42	(54)	47	(25)	34	(5)	45	(7)	37
Mala adaptación	(66)	35	(44)	38	(22)	31	(1)	9	(2)	11
Retraso de curso	(45)	24	(28)	25	(17)	23	(4)	36	(13)	67
Fobia escolar	(38)	20	(24)	21	(14)	19	(4)	36	(3)	16
Distraído	(26)	14	(16)	14	(10)	14	(1)	9	(1)	5
Colegio especial	(22)	12	(15)	13	(7)	10	(3)	27	(4)	21
Poca memoria	(10)	5	(4)	4	(6)	8	(1)	9	(1)	5
Novillos	(6)	3	(5)	4	(1)	1	(1)	9	(1)	5



PROBLEMAS ESCOLARES



PROBLEMAS ESCOLARES



IV-O-2). TRASTORNOS DE LA ORGANIZACION PSICOMOTRIZ

Los presentan el 55% de la muestra, siendo más evidente la incidencia en los niños: 63% que en las niñas: 42%. Es consecuencia de la deficiente estimulación afectiva recibida por el niño, que depende de los padres de una forma total durante los primeros años de vida, fundamentales para el posterior desarrollo del niño; es asimismo, frecuentemente, la manifestación externa de una organización neurótica.

Entre los rasgos principales destaca que el 29% de los niños presentan alteraciones témporo-espaciales, siendo igualmente mayor la afectación en los niños: 35%, que en las niñas: 19%; se manifiesta como desorientación para situar sobre todo el día de la semana y ver su correlación, y, fundamentalmente para distinguir la lateralidad, propia o ajena; de ellos, el 53% mostraba una lateralidad, propia o ajena; de ellos, el 53% mostraban una lateralidad derecha, el 24% izquierda, y el 22% la presentaban cruzada.

Le sigue el retraso psicomotor: 18%, como un retraso en el establecimiento de los patrones normales de desarrollo motor, siendo aquí ligeramente superior el porcentaje en las niñas: 19% que en los niños: 18%.

Estos trastornos de la organización

psicomotriz se asocian con debilidad mental o pseudorretraso mental en el 18% de los casos, afectando al 23% de los niños y al 11% de las niñas.

Se observaron tics en el 7% del total, siendo más evidente en los niños: 10% que en las niñas: 4%. Los tics son interpretados como un equivalente motor de las obsesiones; la mayoría están limitados al rostro, y consisten en movimientos de la boca, fruncimiento de la frente, elevación de las cejas, parpadeo forzado, ...

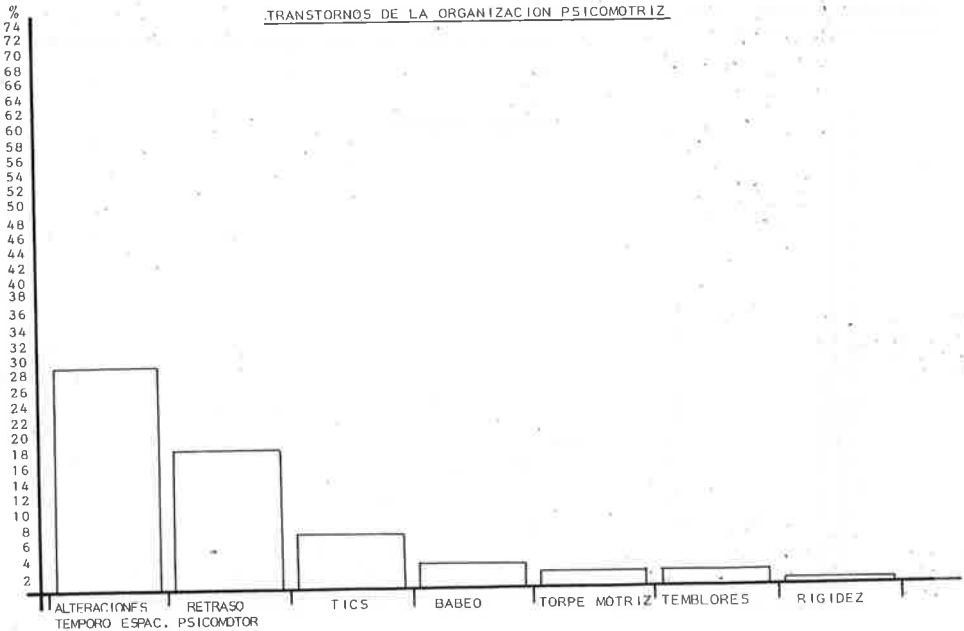
Otros datos como babeo, torpe motriz (caerse con frecuencia, ...), temblores y rigidez, aparecen en menor proporción.

En el grupo I, presentaron trastornos de la organización psicomotriz el 45% de los niños, coincidiendo con pseudorretraso mental la totalidad de ellos. Destacan las alteraciones témporo-espaciales y el retraso psicomotor, ambos con un 18%, y babeo el 9%.

En el grupo II, con un 47% de afectación, que coinciden con pseudorretraso mental el 37% de los casos, presentan retraso psicomotor el 21%, alteraciones témporo-espaciales el 16%, y temblores y babeo el 5% cada uno. Spitz ha demostrado que la carencia materna produce un fenómeno similar al hospitalismo: el niño, falto del afecto materno, permanecerá apático, y presentará un evidente retraso, tanto desde el punto de vista psíquico como sensitivo-motor.

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR
«TRASTORNOS DE LA ORGANIZACION PSICOMOTRIZ»

ALTERACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Alt. Temp.-espa.	(54)	29	(40)	35	(14)	19	(2)	18	(3)	16
Retr. psicomotor	(34)	18	(20)	18	(14)	19	(3)	25	(5)	28
Tics	(14)	7	(11)	10	(3)	4	—	—	—	—
Babeo	(6)	3	(6)	5	—	—	(1)	9	(1)	5
Torpe motriz	(4)	2	(2)	2	(2)	3	—	—	—	—
Temblores	(4)	2	(1)	1	(3)	4	—	—	(1)	5
Rigidez	(1)	0,5	(1)	—	—	—	—	—	—	—



IV-O-3) ORGANIZACIONES NEUROTICAS

En el total de la muestra aparecen en el 53%, siendo ligeramente inferior el porcentaje de niños afectados: 52% que de niñas: 53%, y descendiendo en los grupos I y II, con un 36 y 47% respectivamente.

White (1964) cree que la médula de una neurosis radica en el punto en que la ansiedad ha bloqueado o deformado el proceso de aprendizaje, de manera que no puede tener lugar nuevo aprendizaje, que es esencial para el ajuste.

Los conflictos neuróticos pueden estar expresados a diferentes niveles:

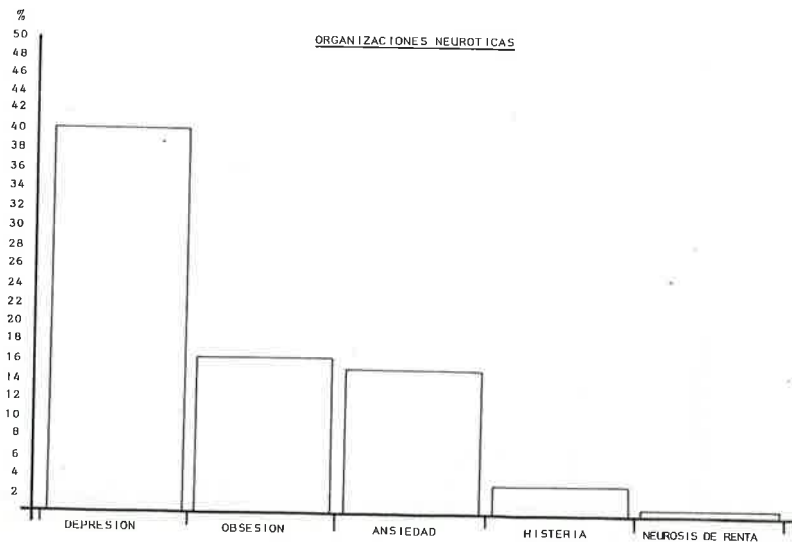
- ① al nivel de ideación, bajo la forma de preocupaciones, sentimientos de culpabilidad y temores irracionales conscientes, o como deseos, pensamientos y fantasías perturbadores;
- ② al nivel de las funciones sensoriales o motoras, bien por inhibición, bien por exageración de la actividad;
- ③ al nivel de una alteración de la función fisiológica.

Los dos últimos niveles serán estudiados como trastornos psicossomáticos; dentro de los procesos clasificados en el primer grupo destacan.

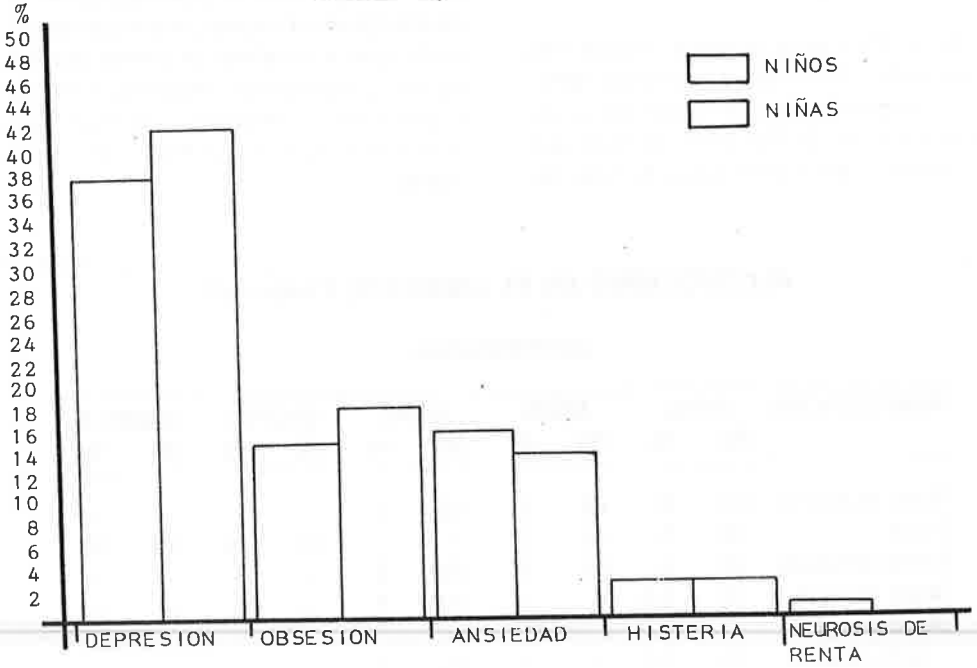
ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«ORGANIZACIONES NEUROTICAS»

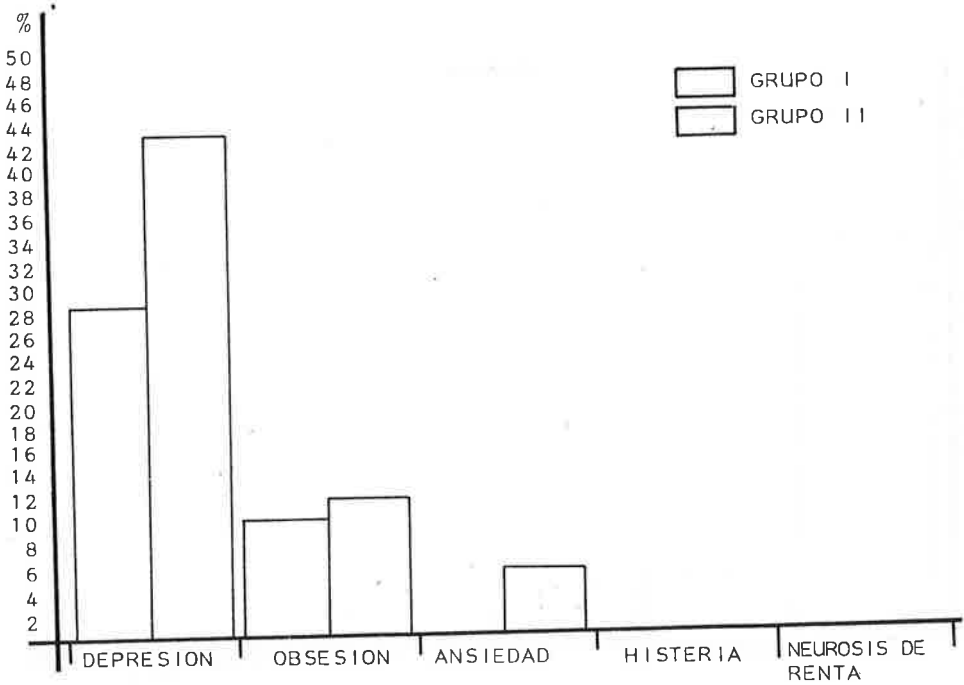
AFECCION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Depresión	(75)	40	(44)	38	(31)	42	(3)	27	(8)	42
Obsesión	(30)	16	(17)	15	(13)	18	(1)	9	(2)	11
Ansiedad	(28)	15	(18)	16	(10)	14	—	—	(1)	5
Histeria	(5)	3	(3)	3	(2)	3	—	—	—	—
Neurosis de renta	(1)	0,5	(1)	1	—	—	—	—	—	—



ORGANIZACIONES NEUROTICAS



ORGANIZACIONES NEUROTICAS



IV-O-3-a) Depresión

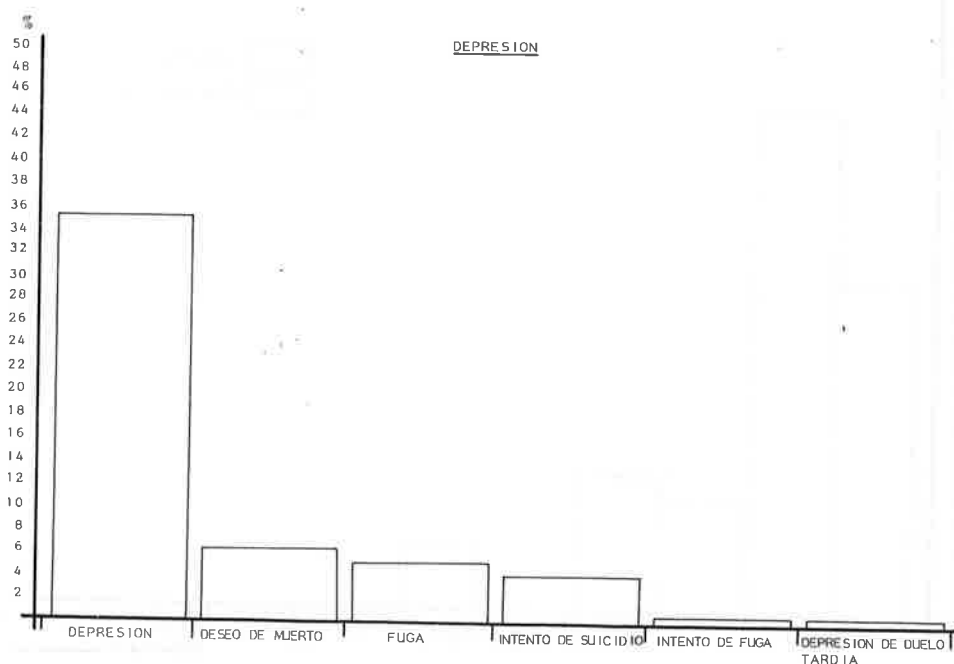
En el 40% de la muestra. Afecta más a las niñas: 42% que a los niños: 38%, y es debida fundamentalmente a los sentimientos hostiles y de rechazo que no pueden ser expresados. El niño de-

primido experimenta disminución de la confianza en sí mismo, limitación del interés que normalmente siente por las cosas, y pérdida de iniciativa. Con frecuencia los sentimientos coléricos y los instintos hostiles no pueden ser expresados.

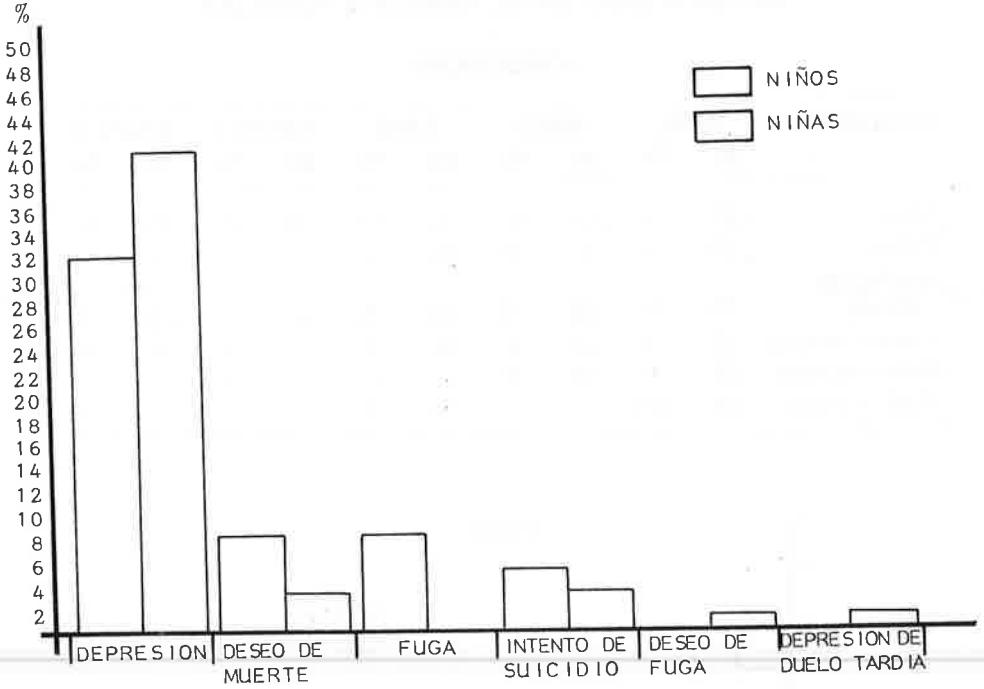
ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«DEPRESION»

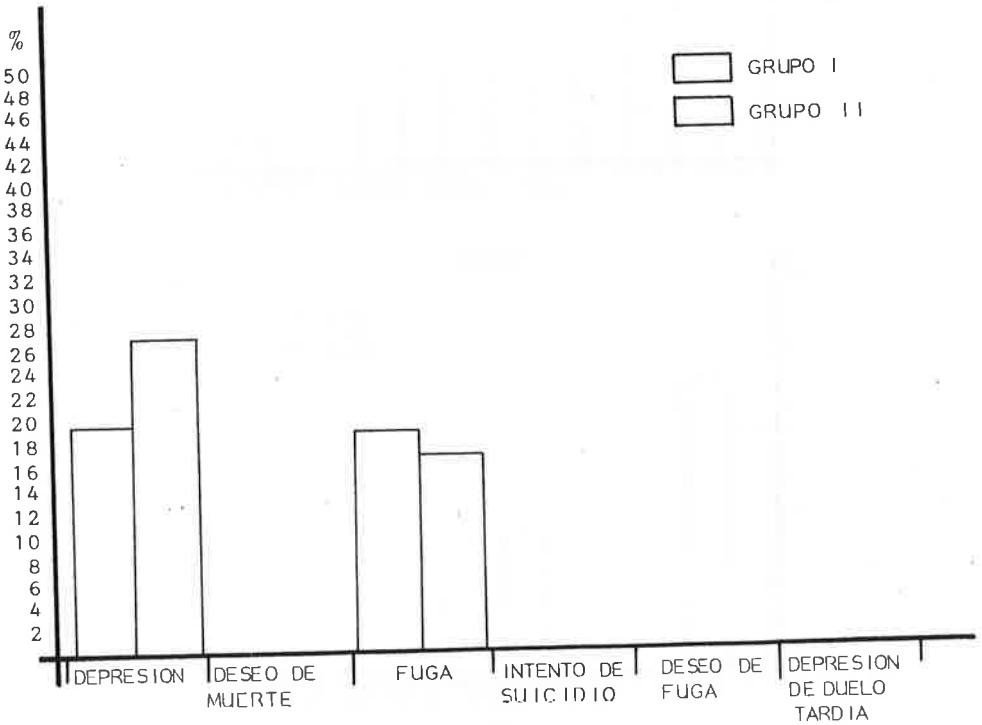
MANIFESTACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Deseo de muerte	(11)	6	(9)	8	(2)	3	—	—	—	—
Fuga	(9)	5	(9)	8	—	—	(2)	18	(3)	16
Intento de suicidio	(8)	4	(6)	5	(2)	3	—	—	—	—
Deseo de fuga	(1)	0,5	—	—	(1)	1	—	—	—	—
Depresión de duelo tardía	(1)	0,5	—	—	(1)	1	—	—	—	—



DEPRESION



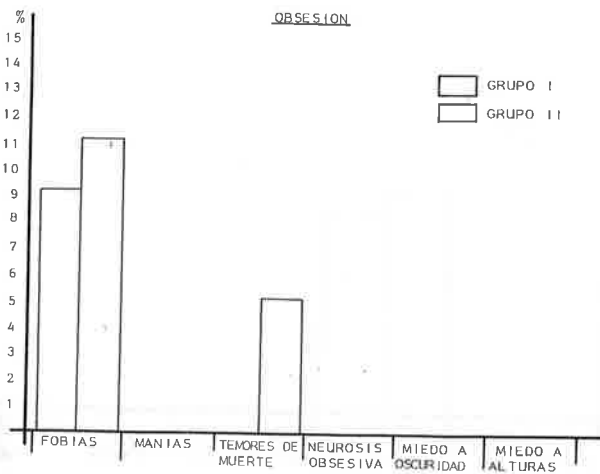
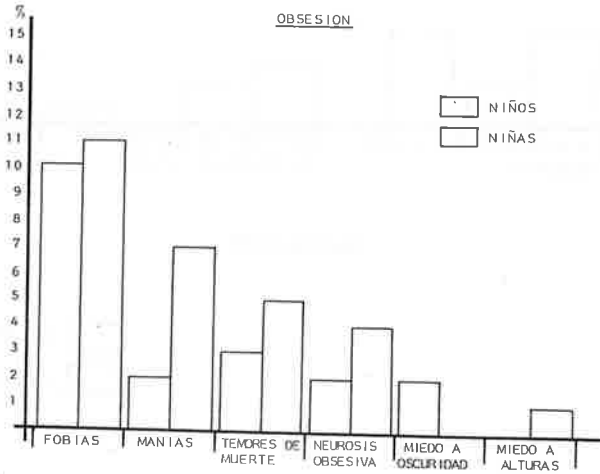
DEPRESION



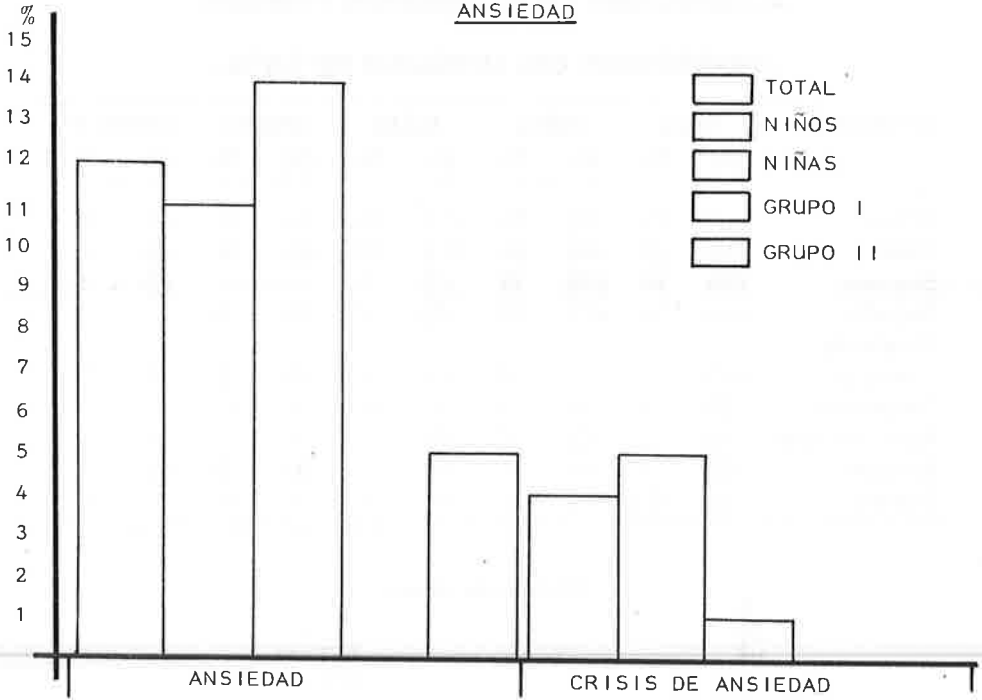
ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«OBSESION»

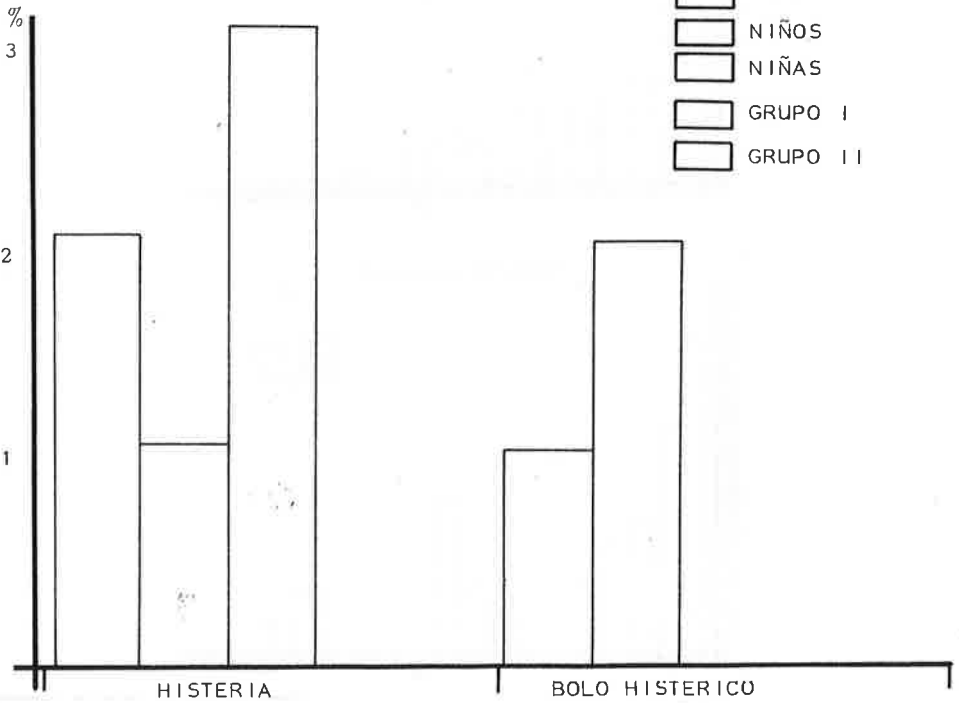
MANIFESTACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Fobias	(20)	11	(12)	10	(8)	11	(1)	9	(2)	11
Manías	(7)	4	(2)	2	(5)	7	—	—	—	—
Temores de muerte	(7)	4	(3)	3	(4)	5	—	—	(1)	5
Neurosis obsesiva	(5)	3	(2)	2	(3)	4	—	—	—	—
Miedo oscuridad	(2)	1	(2)	2	—	—	—	—	—	—
Miedo a alturas	(1)	0,5	—	—	(1)	1	—	—	—	—



ANSIEDAD



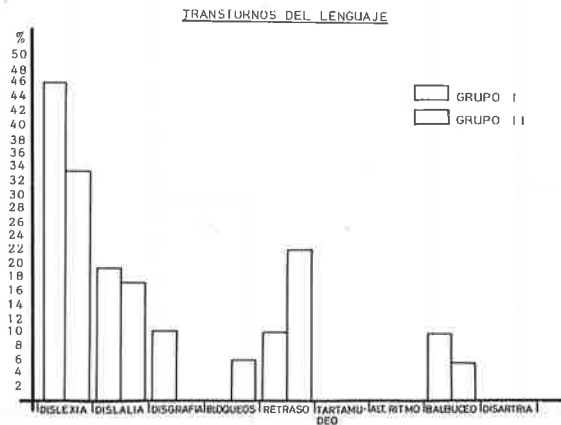
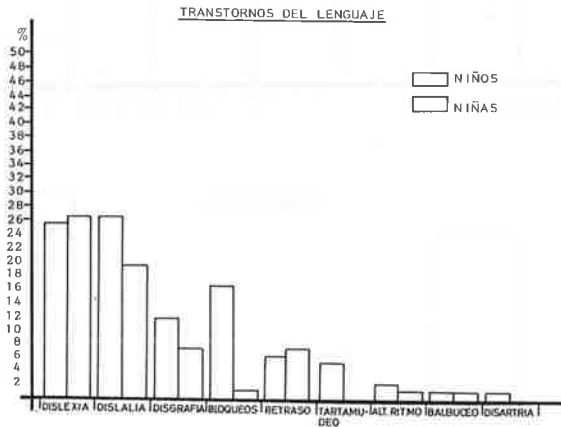
HISTERIA



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«TRASTORNOS DEL LENGUAJE INFANTIL»

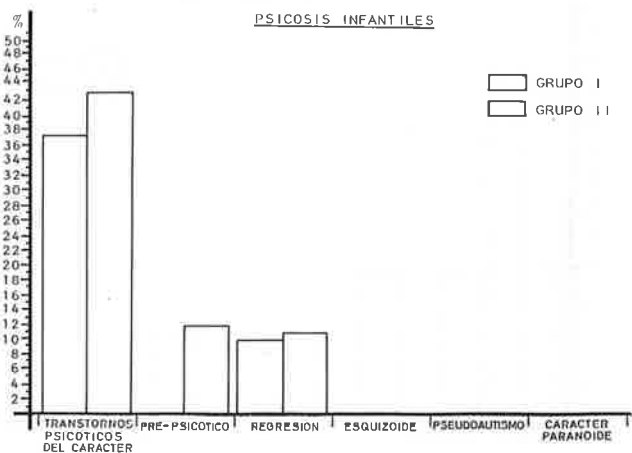
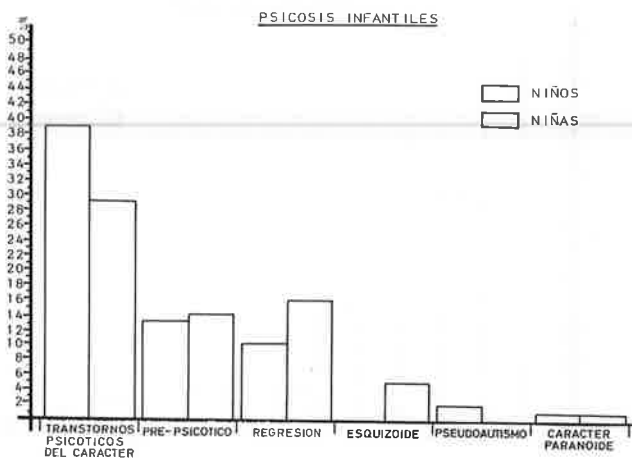
ALTERACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Dislexia	(47)	25	(28)	25	(19)	26	(5)	45	(6)	32
Dislalia	(44)	23	(30)	26	(14)	19	(2)	18	(3)	16
Bloqueos	(19)	10	(18)	16	(1)	1	—	—	(1)	5
Disgrafía	(18)	10	(13)	11	(5)	7	(1)	9	—	—
Retraso del lenguaje	(12)	6	(7)	6	(5)	7	(1)	9	(4)	21
Tartamudeo	(6)	3	(6)	5	—	—	—	—	—	—
Alter. de ritmo	(3)	2	(2)	2	(1)	1	—	—	—	—
Balbuceo	(2)	1	(1)	1	(1)	1	(1)	9	(1)	5
Disartria	(1)	0,5	(1)	1	—	—	—	—	—	—



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«PSICOSIS INFANTILES»

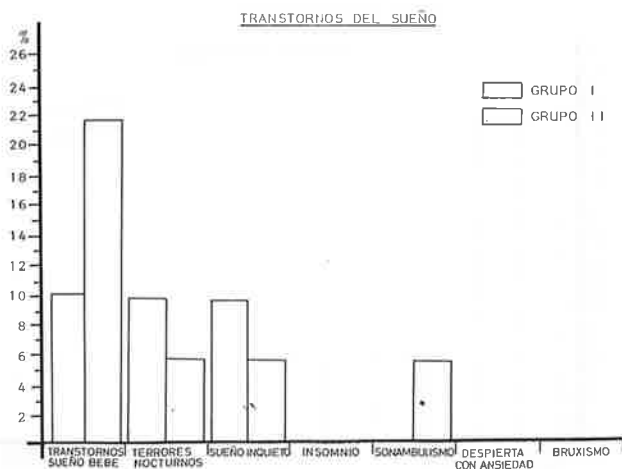
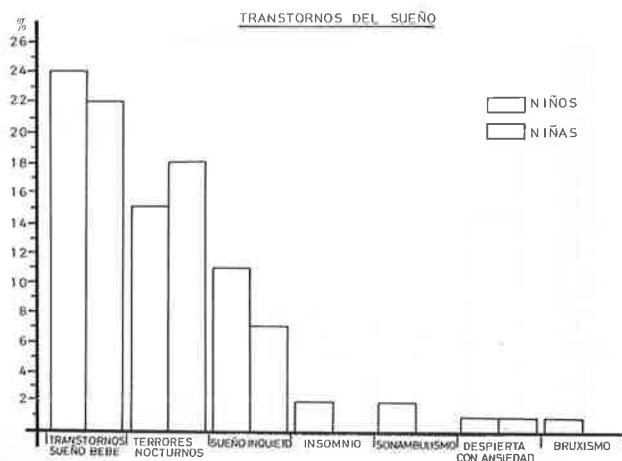
MANIFESTACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Trastor. psicótico del carácter	(65)	35	(44)	39	(21)	29	(4)	36	(8)	42
Pre-psicótico	(25)	13	(15)	13	(10)	14	—	—	(2)	11
Regresión	(23)	12	(11)	10	(12)	16	(1)	9	(2)	11
Esquizoide	(6)	3	—	—	(4)	5	—	—	—	—
Pseudoautismo	(2)	1	(2)	2	—	—	—	—	—	—
Paranoide	(2)	1	(1)	1	(1)	1	—	—	—	—



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«TRASTORNOS DEL SUEÑO»

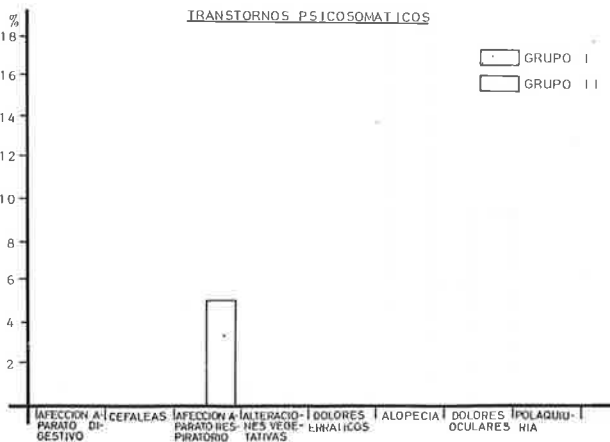
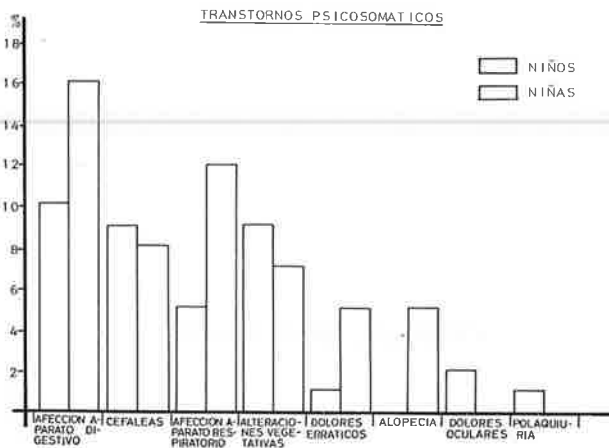
ALTERACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Trast. sueño bebé	(44)	23	(28)	24	(16)	22	(1)	9	(4)	21
Terror. nocturnos	(30)	16	(17)	15	(13)	18	(1)	9	(1)	5
Sueño inquieto	(18)	10	(13)	11	(5)	7	(1)	9	(1)	5
Insomnio	(2)	1	(2)	2	—	—	—	—	—	—
Sonambulismo	(2)	1	(2)	2	—	—	—	—	(1)	5
Despierta con ansiedad	(2)	1	(1)	1	(1)	1	—	—	—	—
Bruxismo	(1)	0,5	(1)	1	—	—	—	—	—	—



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«TRASTORNOS PSICOSOMATICOS»

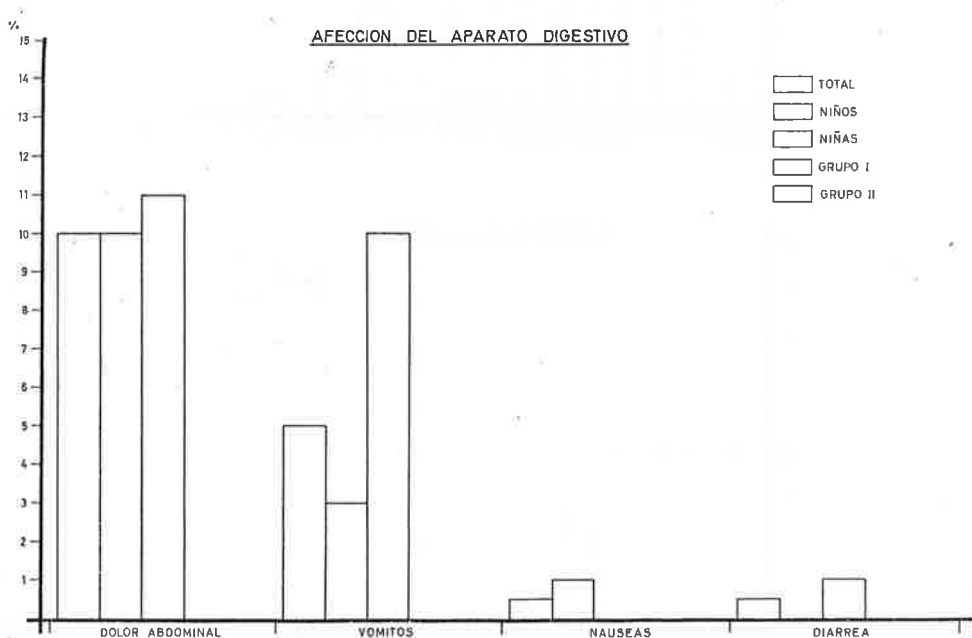
MANIFESTACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Aparato digestivo	(24)	13	(12)	10	(12)	16	—	—	—	—
Cefaleas	(16)	9	(10)	9	(6)	8	—	—	—	—
Aparato respirat.	(15)	8	(6)	5	(9)	12	—	—	(1)	5
Alter. vegetativas	(15)	8	(10)	9	(5)	7	—	—	—	—
Dolores erráticos	(5)	3	(1)	1	(4)	5	—	—	—	—
Alopecia	(4)	2	—	—	(4)	5	—	—	—	—
Dolores oculares	(2)	1	(2)	2	—	—	—	—	—	—
Polaquiuria	(1)	0,5	(1)	1	—	—	—	—	—	—



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«AFECCION DEL APARATO DIGESTIVO»

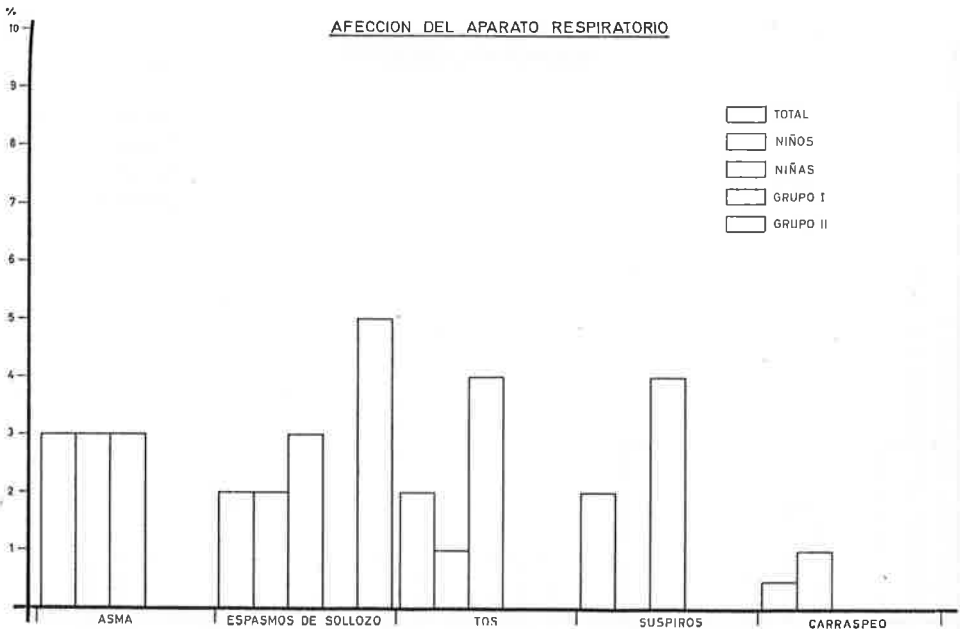
MANIFESTACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Dolor abdominal	(19)	10	(11)	10	(8)	11	—	—	—	—
Vómitos	(10)	5	(3)	3	(7)	10	—	—	—	—
Náuseas	(1)	0,5	(1)	1	—	—	—	—	—	—
Diarrea	(1)	0,5	—	—	(1)	1	—	—	—	—



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«AFECCION DEL APARATO RESPIRATORIO»

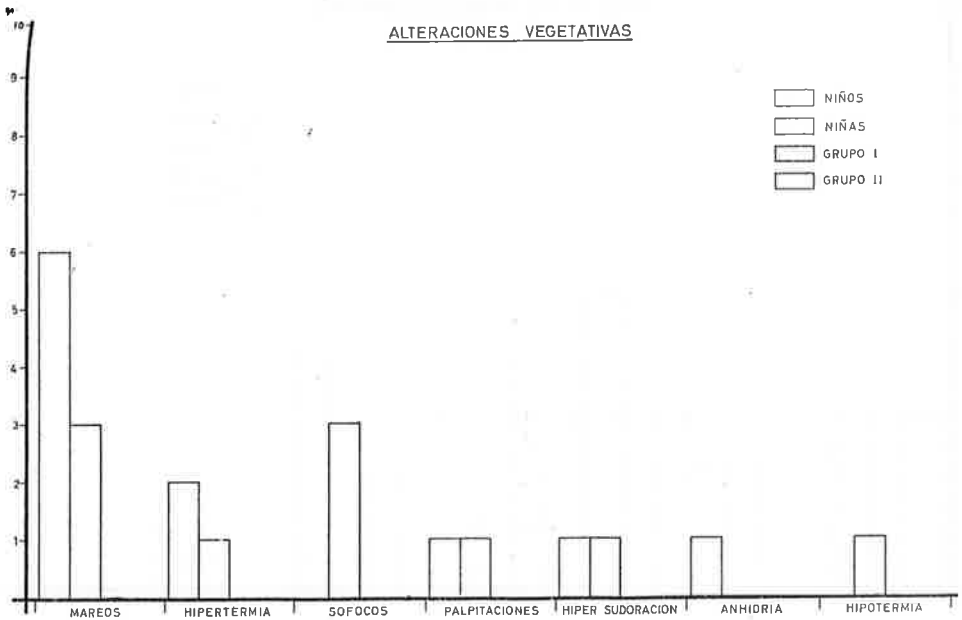
MANIFESTACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Asma	(5)	3	(3)	3	(2)	3	—	—	—	—
Espasmos de sollozo	(4)	2	(2)	2	(2)	3	—	—	(1)	5
Tos	(4)	2	(1)	1	(3)	4	—	—	—	—
Suspiros	(3)	2	—	—	(3)	4	—	—	—	—
Carraspeo	(1)	0,5	(1)	1	—	—	—	—	—	—



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«ALTERACIONES VEGETATIVAS»

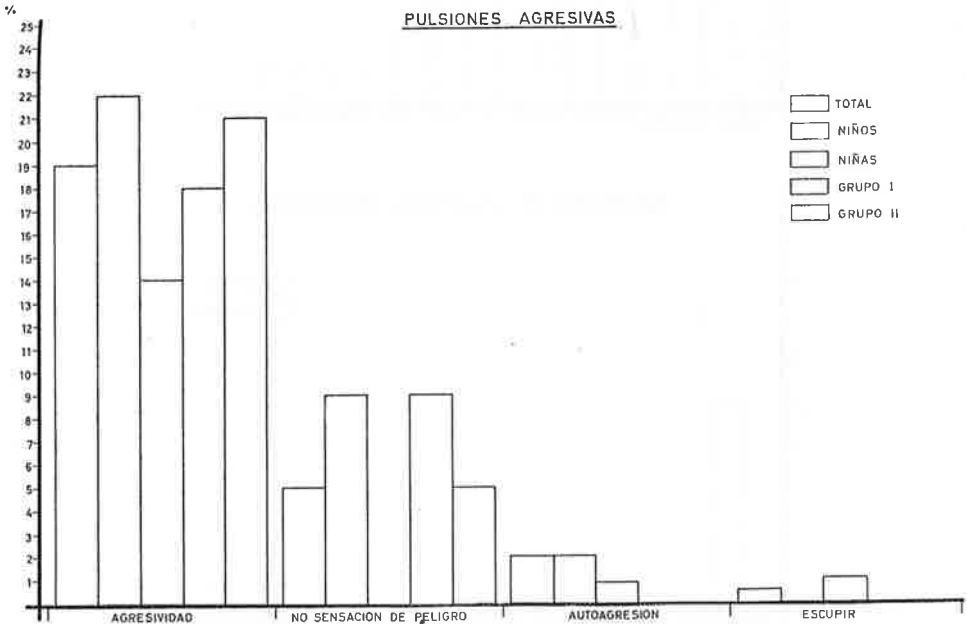
MANIFESTACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Mareos	(9)	5	(7)	6	(2)	3	—	—	—	—
Hipertermia	(3)	2	(2)	2	(1)	1	—	—	—	—
Sofocos	(2)	1	—	—	(2)	3	—	—	—	—
Palpitaciones	(2)	1	(1)	1	(1)	1	—	—	—	—
Sudoración	(2)	1	(1)	1	(1)	1	—	—	—	—
Anhidria	(1)	0,5	(1)	1	—	—	—	—	—	—
Hipotermia	(1)	0,5	(1)	1	—	—	—	—	—	—



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«PULSIONES AGRESIVAS»

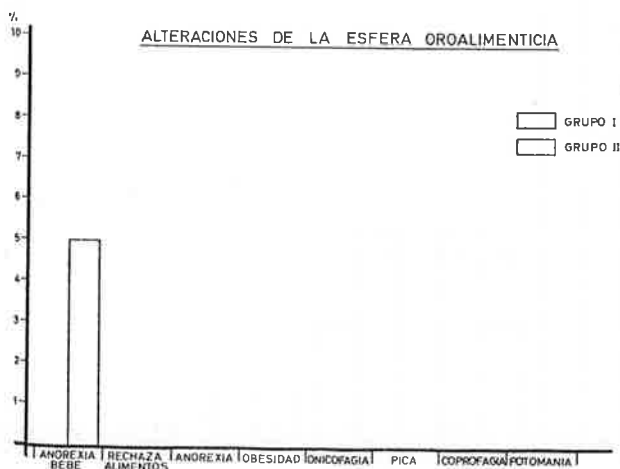
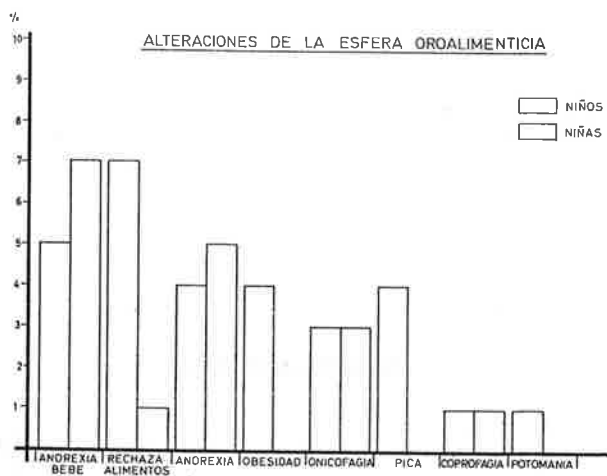
MANIFESTACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Agresividad	(35)	19	(25)	22	(10)	14	(2)	18	(4)	21
No sensación peligro	(10)	5	(10)	9	—	—	(1)	9	(1)	5
Autoagresión	(3)	2	(2)	2	(1)	1	—	—	—	—
Escupir	(1)	0,5	—	—	(1)	1	—	—	—	—



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«ESFERA OROALIMENTICIA»

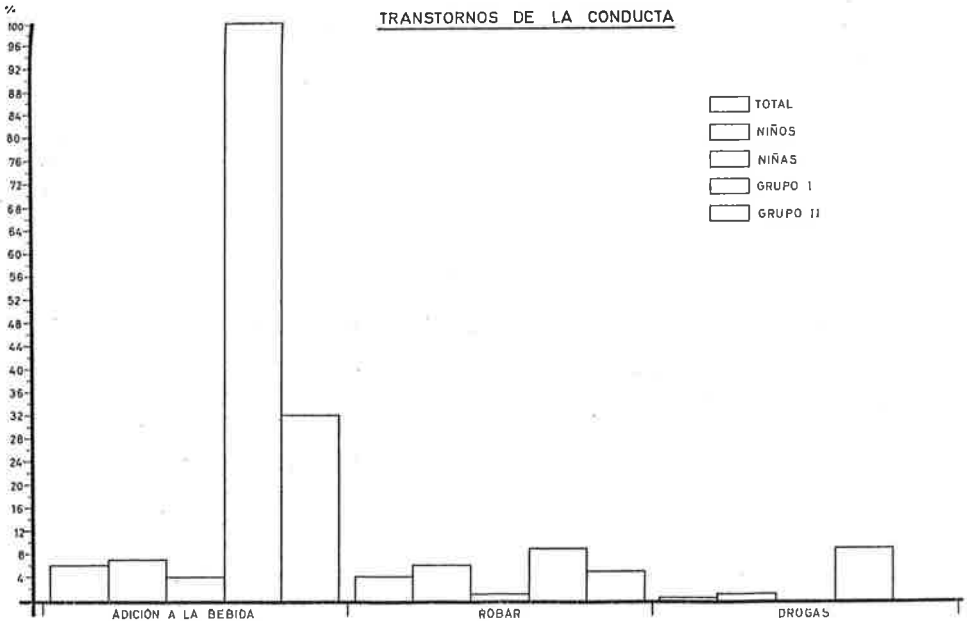
ALTERACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Anorexia bebé	(11)	6	(6)	5	(5)	7	—	—	(1)	5
Rechaza aliment.	(4)	5	(8)	7	(1)	1	—	—	—	—
Anorexia	(8)	4	(4)	4	(4)	5	—	—	—	—
Obesidad	(5)	3	(5)	4	—	—	—	—	—	—
Onicofagia	(5)	3	(3)	3	(2)	3	—	—	—	—
Pica	(4)	2	(4)	4	—	—	—	—	—	—
Coprofagia	(2)	1	(1)	1	(1)	1	—	—	—	—
Potomanía	(1)	0,5	(1)	1	—	—	—	—	—	—



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«TRASTORNOS DE LS CONDUCTA»

MANIFESTACION	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Adicción a bebida	(11)	6	(8)	7	(3)	4	(11)	100	(6)	32
Robar	(8)	4	(7)	6	(1)	1	(1)	9	(1)	5
Drogas	(1)	0,5	(1)	1	—	—	(1)	9	—	—



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«MANIFESTACIONES DE 0-6 AÑOS		(N)	%
1.º	Trastornos de la organización psicomotriz	(30)	48
2.º	Alteraciones del sueño	(30)	48
3.º	Psicosis infantiles	(29)	46
4.º	Alteraciones del control de esfínteres	(27)	43
5.º	Problemas escolares	(26)	41
NIÑOS			
1.º	Trastornos de la organización psicomotriz	(20)	57
2.º	Alteraciones del sueño	(17)	49
3.º	Psicosis infantiles	(17)	49
4.º	Problemas escolares	(16)	46
5.º	Alteraciones del control de esfínteres	(15)	43
NIÑAS			
1.º	Alteraciones del sueño	(13)	46
2.º	Psicosis infantiles	(12)	43
3.º	Alteraciones del control de esfínteres	(12)	43
4.º	Trastornos de la organización psicomotriz	(10)	36
5.º	Problemas escolares	(10)	36

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«MANIFESTACIONES DE 7-12 AÑOS»	(N)	%
1.º Problemas escolares	(83)	78
2.º Organizaciones neuróticas	(56)	52
3.º Trastornos de la organización psicomotriz	(53)	50
4.º Trastornos del lenguaje	(49)	46
5.º Psicosis infantiles	(46)	43

NIÑOS

1.º Problemas escolares	(55)	80
2.º Trastornos de la organización psicomotriz	(38)	55
3.º Organizaciones neuróticas	(34)	49
4.º Trastornos del lenguaje	(33)	48
5.º Psicosis infantiles	(32)	46

NIÑAS

1.º Problemas escolares	(28)	74
2.º Organizaciones neuróticas	(22)	57
3.º Trastornos del lenguaje	(16)	42
4.º Trastornos psicosomáticos	(16)	42
5.º Trastornos de la organización psicomotriz	(15)	39

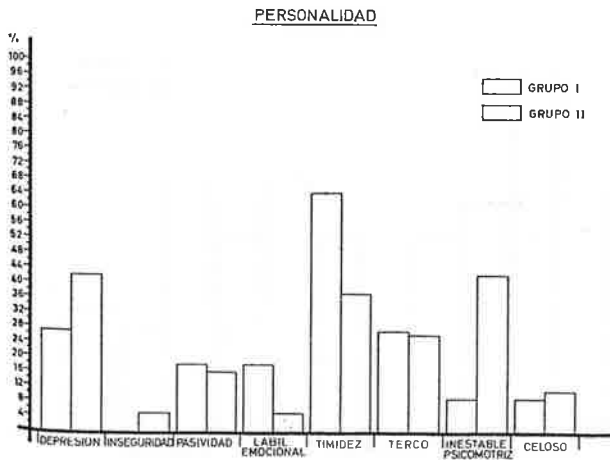
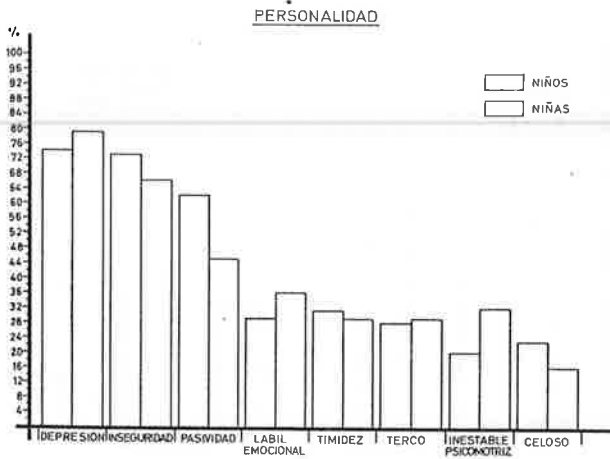
ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«MANIFESTACIONES DE 13-18 AÑOS»		(N)	%
1º	Problemas escolares	(16)	89
2º	Organizaciones neuróticas	(8)	44
3º	Psicosis infantiles	(8)	44
4º	Trastornos del lenguaje	(5)	28
5º	Alteraciones del control de esfínteres	(5)	28
6º	Alteraciones del sueño	(5)	28
NIÑOS			
1º	Problemas escolares	(11)	100
2º	Organizaciones neuróticas	(7)	63
3º	Alteraciones del sueño	(4)	36
4º	Psicosis infantiles	(3)	27
5º	Trastornos del lenguaje	(3)	27
6º	Trastornos de la organización psicomotriz	(3)	27
NIÑAS			
1º	Problemas escolares	(6)	86
2º	Psicosis infantiles	(5)	71
3º	Trastornos del lenguaje	(2)	29
4º	Alteraciones del control de esfínteres	(2)	29
5º	Alteraciones de la esfera oroalimentaria	(2)	29

ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«PERSONALIDAD»

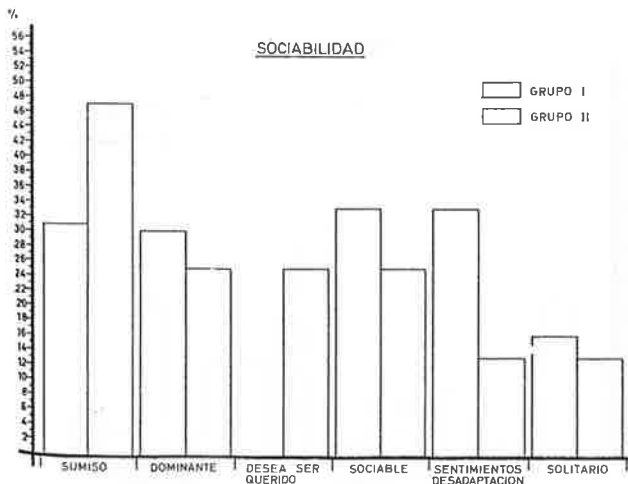
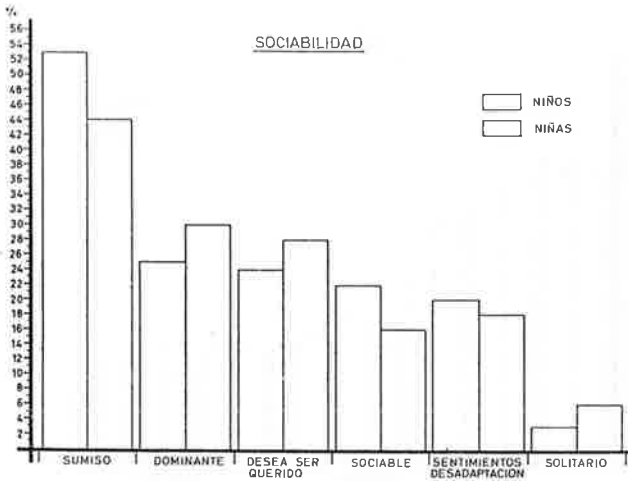
CARACTERISTICA	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Depresión	(143)	76	(85)	74	(58)	79	(3)	27	(8)	42
Inseguridad	(132)	70	(84)	73	(48)	66	—	—	(1)	5
Pasividad	(104)	55	(71)	62	(33)	45	(2)	18	(3)	16
Lábil emocional	(59)	31	(33)	29	(26)	36	(2)	18	(1)	5
Timidez	(57)	30	(36)	31	(21)	29	(7)	64	(7)	37
Terquedad	(53)	28	(32)	28	(21)	29	(3)	27	(5)	26
Inest. psicomot.	(46)	24	(23)	20	(23)	32	(1)	9	(8)	42
Celos	(38)	20	(26)	23	(12)	16	(1)	9	(2)	11



ALCOHOLISMO EN EL AMBIENTE FAMILIAR

«SOCIABILIDAD»

CARACTERÍSTICA	TOTAL		NIÑOS		NIÑAS		GRUPO I		GRUPO II	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Sumiso	(90)	48	(59)	52	(31)	43	(3)	30	(9)	47
Dominante	(51)	27	(29)	25	(22)	30	(3)	30	(5)	26
Desea ser querido	(47)	25	(27)	24	(20)	28	—	—	(5)	26
Sociable	(36)	19	(25)	22	(11)	16	(4)	36	(5)	26
Sent. desadaptac.	(36)	19	(23)	20	(13)	18	(4)	36	(2)	11
Solitario	(7)	4	(3)	3	(4)	6	(2)	18	(2)	11



V) CONCLUSIONES

- 1) El alcoholismo es una de las dependencias más frecuentes en España, y fundamentalmente en Galicia.
- 2) El miembro familiar más afectado por el alcoholismo es el padre (77%), seguido en menor porcentaje por el abuelo materno (12%), y la madre, estando ésta representada en el 10% de la muestra.
- 3) Cuando la madre es alcohólica, existe también un gran porcentaje (84%) de alcoholismo en otros miembros de la familia nuclear.
- 4) En los niños que consumen con frecuencia bebidas alcohólicas o que son alcohólicos (6%), la incidencia de alcoholismo en la madre (55%) y los hermanos (45%) es significativamente más alta que en el resto de la muestra.
- 5) Un alto porcentaje de las familias alcohólicas (65%) tiene historia de procesos psicopatológicos.
- 6) Un 83% de las familias alcohólicas pertenece al grupo social de clase baja y media baja, perteneciendo el 54% de los padres al grupo profesional de obreros sin cualificar y marineros.
- 7) La mayor incidencia de familias alcohólicas corresponde al área costera de Galicia y al medio rural.
- 8) Se observa en estos ambientes familiares afectados por el alcoholismo una alta incidencia de hogar inestable (68%) y de separación matrimonial (24%).
- 9) Le repercusión del ambiente familiar alcohólico es significativamente más alta en los niños (61%) que en las niñas (39%).
- 10) La edad predominante de consulta paidopsiquiátrica de los hijos de alcohólicos es la de 6-8 años, coincidiendo con los dos primeros años de escolarización.
- 11) En cuanto al grupo de niños que consumen de forma más o menos habitual bebidas alcohólicas, provienen fundamentalmente de zonas rurales del interior de Galicia (64%), son hijos de obreros sin cualificar o en paro en su gran mayoría (73%), y en ellos se da la mayor incidencia de madres trabajadoras, en su mayor parte como obreras sin cualificar (91%).
- 12) En los hijos de madre alcohólica se eleva notablemente el porcentaje de padres en paro (37%).
- 13) El problema del alcoholismo en la dinámica familiar afecta fundamentalmente al rendimiento escolar del niño (73%) y al desarrollo de la organización psicomotriz (55%), dándose también un alto índice de organizaciones neuróticas (53%), fundamentalmente depresión (40%), trastornos del lenguaje (49%) y psicosis infantiles (47%).
- 14) En los niños consumidores de bebidas alcohólicas predominan los trastornos de la conducta (100%), los problemas escolares (91%), los trastornos del lenguaje y las psicosis infantiles (55%), y los trastornos de la organización psicomotriz (45%).
- 15) En los hijos de madre alcohólica destacan los problemas escolares (79%), los trastornos del lenguaje (67%), y los trastornos de la organización psicomotriz, los trastornos del lenguaje y los trastornos de la conducta en un 47%.
- 16) Aparece en estos niños un notable retraso en el desarrollo del área del lenguaje, al igual que en el total de la muestra.
- 17) Un alto porcentaje de niños (30%) compensan su ansiedad en base a trastornos psicossomáticos, con afección, fundamentalmente del aparato digestivo (13%).

- 18) El C.I. medio es de 87, inferior al nivel medio normal, debiéndose fundamentalmente a un pseudorretraso mental por desafección afectiva, y descendiendo en los niños que consumen de forma más o menos frecuente bebidas alcohólicas: 74, y en los hijos de madre alcohólica: 78.
- 19) En la personalidad de estos niños destaca fundamentalmente la depresión, la inseguridad y la pasividad.
- 20) En el grupo de edad de 0-6 años predominan los trastornos de la organización psicomotriz (48%), las alteraciones del sueño (48%), las psicosis infantiles (46%), las alteraciones de control de esfínteres (43%) y los problemas escolares (41%), descendiendo sin embargo significativamente en las niñas los trastornos de la organización psicomotriz (36%).
- 21) En el grupo de edad de 7-12 años predominan los problemas escolares (78%), las organizaciones neuróticas (52%), los trastornos de la organización psicomotriz (50%), los trastornos del lenguaje (46%) y la psicosis infantiles (43%). En las niñas de esta edad desciende igualmente la afectación de la organización psicomotriz (39%), y presentan sin embargo trastornos psicosomáticos un 42% de ellas.
- 22) En el grupo de edad de 13-18 años, presentan problemas escolares el 89%, organizaciones neuróticas el 44%, psicosis infantiles el 44%, y trastornos del lenguaje, alteraciones del control de esfínteres y alteraciones del sueño el 28%. En los niños de esta edad asciende el porcentaje de problemas escolares (100%), organizaciones neuróticas (63%) y alteraciones del sueño (36%). En las niñas, sin embargo, se eleva notablemente la incidencia de psicosis infantiles en esta edad (71%), apareciendo también alteraciones de la esfera alimentaria en el 29%.

BIBLIOGRAFIA

1. AJURIAGUERRA, J. (1976): *Manual de Psiquiatría Infantil*. 3.^a ed. Editorial Toray-Masson, S. A.
2. ABLON, J.: «Family Structure and Behavior in Alcoholism: A Review of the Literature». *The Biology of Alcoholism*, Vol. 4, cap. 6, *Social Aspects of Alcoholism*. Benjamin Kissin and Henri Begleiter Eds.
3. ALONSO FERNANDEZ, F. (1972): «Aspectos socioculturales del alcoholismo y las toxicomanías en España», XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías. Sevilla.
4. ALONSO TORRENS, F. J. (1979): «Consecuencias del alcoholismo». Simposium sobre «Sociedad y Alcoholismo». Madrid.
5. ANASTASI, A. y FOLEY, J. (1949): *Differential Psychology*. New York, MacMillan.
6. BACON, S. D. (1945): «Excessive drinking and the institution of the family». *Alcohol, Science, and Society*. *Quart J. Studies Alc.* ed. Yale Summer School of Alcohol Studies New Haven. 223-238.
7. BAILEY, M. B. (1965): «Al-Anon family groups as an aid to wives of alcoholics», *Social Work* 10(1): 68.
8. BLANCO PRADAS, F.; MENDOZA BERJANO, R. y VEGA FUENTE, A. (1979): «Técnicas de prevención de las farmacodependencias». VII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Pamplona.
9. BOGANI MIGUEL, E.: *El alcoholismo: enfermedad social*. Rotativa, Plaza y Janés Ed.
10. DE COLMENARES, F.: «El consumo de bebidas alcohólicas en España». *Tribuna Médica*, n.º 897, pp. 13-14, 8 de mayo de 1981.
11. «Factores hereditarios del alcoholismo». *Tiempos Médicos*, n.º 186, pp. 53-60. Mayo 1981.
12. FIOCCHI, A.; COLOMBINI, A. y CODARA, L. (1978): «La embriopatía alcohólica». *Min. Ped.* 30, 19.
13. FOX, R. (1956): «The alcoholic spouse», in «Neurotic Interaction in Marriage». V-W Eisenstein, ed., pp. 148-168. Basic Books, New York.
14. FOX, R. (1962): «Children in the alcoholic family», in «Problems in Addiction: Alcohol and Drug Addiction». W. C. Bier ed. Fordham University Press, New York, pp. 71-96.
15. FRANK, G. (1965): «The role of the family in the development of psychopathology». *Psychol. Bull.* 64: 191-197.
16. GARCIA NUÑEZ, M. T.; ARGUELLES TORAÑO, N.; SAMPEDRO NUÑO, A.; CEREZO PANCORBO, J. M. y SANCHEZ BADIA, J. (1981): «Síndrome alcohólico-fetal. A propósito de dos observaciones». *Boletín de la Sociedad Castellano-Astur-Leonesa de Pediatría*, XXII, 357.

17. GAUDRIAULT, M. y BRACONNIER, A.: «Psicología Médica». F.A.C. Revista práctica de Medicina. Edit. LAFARQUIM, S.A.
18. HANSEN, D. A. and HILL, R. (1964): «Families under stress» in «Handbook of Marriage and the family», H. T. Christensen, ed. pp. 782-819, Rand McNally and Company, Chicago.
19. JACKSON, J. K. (1958): «Alcoholism and the family». *Annals on the American Academy of Political and Social Science* 315:90.
20. JACKSON, J. K. (1962): «Alcoholism and the family» in «Society, Culture, and Drinking Patterns», D. J. Pittman, and C. R. Snyder, eds., pp 472-492, Wiley, New York.
21. KOGAN, K. L., and JACKSON, J. K. (1965): «Some concomitants of personal difficulties, in wives of alcoholics, and nonalcoholics». *Quart J. Estudios Alc.* 26(4):595.
22. MACCOBY, E.; NEWCOMB, T. y HARTLEY, E. (dirs.) (1957): *Readings in Social Psychology*, 3.ª ed. New York, Henry Holt.
23. NELSON WALDO, E.; VAUGHAN VICTOR, C. y MCKAY, R. J. (1978): «Desarrollo psicológico: Trastornos psicológicos». *Tratado de Pediatría*, 6.ª ed., tomo I, pp. 59-90. Edit. SALVAT.
24. PARELLADA FELIU, D.: «Las plagas sociales del alcoholismo y las drogas». «Psicología y Psiquiatría dirigidas al médico de familia». Cap. XIV, pp. 57-63.
25. PIAGET, J.: *Seis estudios de Psicología*. Gonthier.
26. SARASON, S. B. (1953): *Psychological Problems in Mental Deficience*. New York, Harper.
27. SEARS, R. R.; MACCOBY, E. C. y LEVIN, H. (1957): *Patterns of Child Rearing*. Evanston, Ill., Row, Peterson & Co.
28. SPIEGEL, J. P. (1957): «The resolution of role conflict within the family». *Psychiatry* 20(1): 1, p. 2.
29. SPITZ, R. (1945-1946): «Hospitalism», in «Psychoanalytic Study of the Child», New York, International Universities Press, vols. I and II, parts I and II.
30. VALLEJO NAJERA, J. A. (1977): *Introducción a la Psiquiatría*, 9.ª edic., Edit. Científico Médica, pp. 91-93, 381-388, 471.
31. WECHSLER, D. (1944): *The Wechsler Adult Intelligence*, Baltimore, Williams & Wilkins.
32. WHITE, R. W. (1964): *The abnormal personality*, 3.ª edic. New York, Ronald Press.
33. WHITTAKER, J. O. (1971): «Desarrollo de la conducta», *Psicología*, 2.ª edic. Edit. Interamericana.

EL INGRESO EN LA EDAD PREESCOLAR Y AL INICIO DE LA ESCOLARIDAD

ELISA MENDOZA BERJANDO
JOSE LUIS PEDREIRA MASSA

Unidad de Psiquiatría y Psicología Infantil, Hospital del Niño Jesús.

CURSO DE INTRODUCCION AL DESARROLLO Y CUIDADOS PSICOLOGICOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO PARA PERSONAL DE ENFERMERIA.

EL NIÑO HOSPITALIZADO EN EDAD PREESCOLAR Y RECIEN ESCOLARIZADO

El niño es un proceso en evolución. Vamos a intentar ver qué puede significar la hospitalización en este período: el niño, al ingresar, deja detrás muchas cosas; «la hospitalización es la mayor desgracia que puede ocurrir a un niño. Al principio reacciona gritando, llorando, rebelándose y con irritabilidad; luego se vuelve hosco y retraído, está triste, y finalmente se resigna y se adapta».

¿Qué significa la hospitalización para el niño preescolar y qué papel van a jugar las nuevas personas con las que se va a encontrar? En primer lugar, la hospitalización es **separación**, el niño tiene que afrontar la **ausencia** y **desaparición** de los seres queridos, casa, juguetes... Es en este período, de dos a seis años, con la aparición del pensamiento simbólico, que el niño puede representar, recordar, imaginar, retener, interiorizar y llevar dentro los objetos de

los que se ha separado. Tiene que simbolizar, que una persona, aunque no esté presente, no se la pierde (permanencia de objeto).

Caben dos actitudes en el personal sanitario:

- Una, deprimirse con el niño, acompañarle en su dolor, hablar con él: «estás triste porque mamá no está, porque esto no lo conoces...», regresar con el niño en su vulnerabilidad.
- Otra, sería negar, banalizar, el dolor físico y psíquico del niño, queriendo ocupar el lugar de la madre, queriendo «recrear» a la madre, tapar agujeros, no tolerando que el niño se deprima. Aquí nos encontramos con el eterno problema de la omnipotencia del personal sanitario a todos los niveles, que pone en cuestión, si no sustituye a la madre, su valía personal y profesional.

El mensaje que la enfermera puede dar a la madre es: «soy tan buena madre como tú, el niño no te necesita, por-

que además de madre, soy profesional "de" (de lo que tú no sabes)». Uno intenta cumplir su función y la función no es omnipotente: no se puede dar a la madre el metamensaje de «conmigo está mejor».

Existe la seducción afectiva hacia el niño: hay que sacar a toda costa y adaptar al niño, cuando a lo mejor, no hay que sacarle de su tristeza, porque **la madre es insustituible**. Lo que habría que decir al niño hospitalizado es: «Yo sé que no puedo sustituir a mamá, pero me tienes aquí contigo», haciendo así de mitigador, de contenedor de la angustia del niño.

Es necesario que caigamos de nuestra omnipotencia profesional.

A veces, se siente al niño como algo propio y se alía uno con él en contra de los padres: de este modo se hace tan pesada la hora de la información a los padres, el darle cuenta, etc. Es necesario tranquilizar a la madre, diciéndole que es natural que el niño llore cuando ella tiene que irse y no debe evitarlo yéndose a hurtadillas, el llanto es penoso para los padres y el niño, pero la desilusión de éste después que los padres se han ido en secreto es mucho peor. Hay también que decirle cuándo va a estar de vuelta y cuándo sus papás van a venir a verlo... Hay que asegurarle que sabrá cómo «encontrarlo», si no está en cama, sino en el salón de juegos o donde quiera que esté.

Evidentemente, el grado de traumatismo ante la hospitalización depende del momento evolutivo del niño, y tanto más dramática será en cuanto para el niño la ausencia significa separación sin retorno, es decir, muerte.

De aquí se deriva la importancia de la información adecuada a la edad del niño sobre sus enfermedad, causa de hospitalización, tiempo, ritmo de vida, intervenciones, etc. El personal sanitario deberá conocer lo que los padres dije-

ron al niño, si éste sabe o no que tendrá que quedarse y si la madre le ha asegurado que estará cerca de él y pronto volverá a visitarlo.

¿Y cómo vivirá este mismo ingreso el niño de 4 a 7 años, ya en edad escolar? Así como en la etapa anterior el niño es sólo de la madre, en esta edad, pertenece a los amigos, colegio, etc., su mundo externo, su campo de intereses es más abierto, está socializado, lo cual le va a permitir comprender que el otro también existe y tiene sus mismas dolencias, le va a ayudar a compartir y compartir es mitigar.

Al poder simbolizar, ya puede comprender mejor que las intervenciones y hospitalización ya no son un modo de ataque, sino de curación.

Una misión de la enfermera sería mitigar el miedo a lo desconocido pero desde lo real, potenciando las sublimaciones: «esto te servirá para ser mayor, fuerte, como papá... cuando salgas de aquí estarás hecho un hombre»; como ocurre en los cuentos infantiles, donde hay que superar todo tipo de dificultades, matar al dragón para casarse con la princesa, es decir, para crecer. (La enfermera sería aquí una madre omnipotente sublimada.)

Otra actitud fundamental, es no negar ni banalizar el sufrimiento ni los síntomas del niño: ante la agresión que supone una inyección o cualquier prueba complementaria, el «no es nada, no te va a doler», no conduce más que a la soledad del niño frente a la mentira del adulto.

Diríamos con Poletti y Dobbs que «la enfermera que cuida a un niño enfermo debe saber que su misión no es solamente ayudar a vencer su enfermedad, sino **también ayudarle a continuar su desarrollo**. Desde este prisma, la estimulación sensorial, la interacción verbal y el juego, son tan necesarios como la alimentación y el reposo».

Igual que en el período anterior (sensoriomotriz), deben aprovecharse los cuidados: alimentación, higiene, contacto con la piel, como modo de comunicación emocional entre la enfermera y el niño, en este período, será a través del lenguaje, juego, dibujo... como actuemos con el niño hospitalizado.

Por el juego, el niño descubre el mundo que le rodea y expresa sus vivencias y fantasías, de tal modo que, aunque sea incapaz de colaborar con otros, emplea el juego para vencer el miedo y la ansiedad. Es fundamental, por parte del adulto, el observar lo que nos quiere decir el niño con ese juego y desarrollar la capacidad de jugar con el niño. Títeres, carreras... compensar.

En todo momento, y en cualquier edad, es necesaria la reflexión e introspección por parte del personal quien cuida del niño acerca de sus propios sentimientos, con el fin de disociar lo profesional de lo personal: como decíamos el otro día, hay que ser conscientes de por qué unos niños nos producen rechazo, a veces incomprensible, y otros nos atraen tanto.

Santiago, niño de seis años, fue ingresado por gingivitis aftosa, tras muchas presiones familiares. Su aspecto, la baba que le caía, las llagas de la lengua, las contracciones y movimientos involuntarios que tenía, producían gran rechazo en todo el mundo, hasta el punto que todo el mundo intentaba delegar responsabilidades, no reconociéndolo como de su especialidad: se le diagnosticó como «esquizofrénico» por el personal médico, con conocimiento psicológico adecuado. Se prescribió atarlo para que no se tocara las llagas; ante ello, el personal de enfermería supo entender que sería más válido si el niño comprendía, mediante palabras, por qué no tenía que meterse las manos en sus llagas. Al poco tiempo, el niño mejoró, consiguió comer y cedió su irritabilidad. Una vez

más, las palabras tienen más fuerza que las cadenas.

¿Y qué diremos del niño ingresado en una **sala de infecciosos**? ¿Cómo no se vivirá vivirá de despreciable, rechazable, cuando ha sido AISLADO por todo el mundo ante una enfermedad contagiosa? Rocío, niña de cuatro años, muy guapa, fue ingresada por tuberculosis, siendo aislada recientemente por la varicela cogida en el hospital. Cuando la enfermera de nuestro equipo va a visitarla (nos han requerido por depresión de la niña), Rocío le pide que le ponga pomada por todo el cuerpo, a la vez que le ofrece un tubito de plástico. Entendemos que la demanda de la niña es para comprobar que no es rechazada por ella, queriendo romper la barrera que le han impuesto, al acercársele todo el mundo con mascarillas y batas. Cuando dibuja con ella un muñeco que se asemeja a la varicela, la niña le dice que no es ella, que será su hermana, defendiéndose así del rechazo que produce su esquema corporal.

¿Cómo nos extrañará que se deprima en su aislamiento, no llore ante los pinchazos y no sea capaz de manifestar emoción ni agresividad alguna, si la respuesta del adulto es el abandono?

Resumiendo: la hospitalización adquiere un significado según el momento de la evolución del niño; si está pasando por una fase de oposición va a vivir la enfermedad como un castigo a su conducta negativista, o a sus deseos incestuosos hacia la madre, etc.

Es preciso, pues, que el equipo cuidador adquiera información respecto a la psicología del niño.

EL NIÑO ANTE LA INTERVENCION MEDICA Y QUIRURGICA

Cualquier intervención médica, manipulaciones, pinchazos, etc., es vivida por

el niño como un ataque. En esta edad, el niño no entiende que nadie va a actuar sobre su cuerpo, si no es para dañarlo, porque él, en su imaginación, cuando actúa sobre el cuerpo de la madre, del otro, es para atacarlo y dañarlo. Su pensamiento es mágico, concreto. Aquí es fundamental la explicación al niño (a través de la palabra o dibujo), sobre sus contenidos internos, y sobre todo, por parte de los padres sobre el qué y porqué le van a intervenir o qué le van a hacer, para ayudarlo, para curarlo... los padres pueden mitigar la angustia mejor que nadie.

En esta edad, el niño vive su cuerpo a través del conocimiento, principalmente de los ojos, rostro, manos y genitales. Pero lo importante es lo que no ve, esa parte de su cuerpo que no conoce porque no palpa ni ve.

¿Qué fantasías se hace el niño frente a sus contenidos corporales?

¿Cómo vive el niño la intervención quirúrgica en unos órganos internos que no conoce? La preparación psicológica se impone como una necesidad para superar el trauma operatorio, y esto sólo es posible si se hacen conscientes, tanto el peligro de muerte como el miedo a morir, y si al mismo tiempo se esclarece cómo y cuándo va ser la operación.

El niño, a partir de los seis años, sabe que las cosas no dependen sólo de él y del médico, sabe que no enferma sólo porque haya sido malo con mamá o papá, sino que acepta la existencia de leyes naturales, sociales: sabe que se enferma por coger frío, por la lluvia, por jugar en el barro y por contagio.

En cualquier edad, la situación del niño que tiene que colocar su cuerpo en manos de otras personas, despierta en él ansiedades primitivas muy intensas.

Las técnicas que se han desarrollado de psicoprofilaxis quirúrgica son un importante factor de psicohigiene y de salud primaria.

El niño puede jugar a su propia operación: a través del juego con utensilios, de dramatizar y representar la intervenciones, de jugar a las enfermeras y médicos, el niño maneja sus ansiedades y temores, a la vez que pierde el miedo a lo desconocido. El personal sanitario le enseña la sala de operaciones, se le explica la anestesia, que es el miedo a dormir y no despertar nunca, que es igual, la muerte, y se le acompaña en el posoperatorio. Debe cuidarse el despertar de la anestesia y permanecer junto al niño; alguien que le coja la mano y le diga su nombre, que le explique que no debe tener miedo, en un lenguaje inteligible para el niño.

En el posoperatorio, al principio, el personal de enfermería suele estar atento con el niño porque está grave, pero a medida que mejora, muchas veces por sobrecarga de trabajo, se le va abandonando: el niño que está mejor, reacciona con celos y rabia, se queja de los tubos, reproduce comportamientos imitativos, es cuando consideramos que el niño «se adapta mal» y tiene trastornos de conducta. Una vez más el personal sanitario se implica: al principio acepta la regresión del niño, pero en seguida hace que se comporte como un niño mayor. Hay que hacerle expresar al niño sus sentimientos y debe sentirse comprendido.

En cuanto a las manipulaciones del niño, hay que tener en cuenta que en ciertas edades, se da el pudor en el niño, en el hospital se niega. Ciertas maniobras tienen un alto valor erotizante, que a veces es inevitable, por ejemplo, al colocar la sonda uretral, del mismo modo movilizan angustias profundas, como puede ser la sonda bucal.

La noción del cuerpo resulta esencial para la consolidación de la identidad del niño. El niño es una unidad somatopsíquica. La intervención quirúrgica, es pues, vivenciada por el niño como un

ataque a su integridad corporal y a la identidad de su yo.

Cada intervención le hace sentirse tan perseguido y vulnerable (su piel es abierta y maltratada), que regresa y se fija en etapas evolutivas anteriores.

La experiencia ha demostrado que los niños tratados con psicoprofilaxis quirúrgica, no solamente reaccionan a la operación de un modo más adecuado (pre-anestesia, conducción a la sala de cirugía, separación de la madre e inducción a anestesia), sino que con la psicoprofilaxis se logra eliminar una serie de trastornos bastantes frecuentes, entre otros, las fobias, los terrores nocturnos, el insomnio, los trastornos de adaptación y los problemas de conducta y aprendizaje.

EL NIÑO ANTE LA MUERTE

El descubrimiento de la muerte por parte del niño, a los tres o cuatro años, tiene lugar al observar los animales, al encontrar inmóvil una mariposa, un pájaro, una lagartija... Porque se hacen demasiado viejos, pero también porque han sido atacados por otros, que han ganado la batalla y los han matado. Matar es inmovilizar, dar muerte es reducir lo que está animado al estado de cosa inanimada.

Desde esta perspectiva podemos comprender cómo vive el niño la inmovilización forzosa que supone una escayola, el estar atado a una cama o rodeado de tubos. En el niño, la inmovilidad corporal, total o parcial, cuando se le impone, es experimentada como sádica y aun más el silencio, que es vivido como una mutilación, como muerte (el niño es vida, ruido, movimiento).

Si en un principio la muerte es inmovilidad, después, ante la muerte de un ser humano, para el niño de esta edad, la muerte es la **ausencia**, la separación

del ser querido, el niño no tiene aún el sentido de la muerte, es adulto el que le va a dar un significado a través del llanto, luto y duelo social.

En un segundo momento, la muerte significará **separación sin retorno**, sin reencuentro... aquí es donde el niño empieza a encontrar las contradicciones de los adultos: tanto cielo, pero tú llorando.

¿Cómo debe comportarse el personal sanitario ante la muerte de un compañero de la sala o ante la próxima muerte del niño?

Una enfermera no tiene que explicar demasiado lo real, porque esto invadiría al niño, que no puede simbolizarlo, comprenderlo: sería intentar que un niño tenga excesivo sentido de la vida, cuando no tiene sentido, ni comprensión de toda la realidad. Lo entenderá mejor cuando se encuentre con la muerte de un ser querido.

Para este niño la muerte es que **«se fue»**. No hace falta explicarle que no volverá. Cuando se trata de un compañero de sala, ese niño no va a volver al hospital (muerte como ausencia), pero «no volverá» a su casa, será después (ausencia sin retorno).

Hay niños que **«saben todo»**, pero no **entienden** nada, de aquí la diferencia entre el saber y el entender. El saber sobre la muerte no es lo mismo que el entender sobre la muerte, ni sobre los contenidos corporales, ni sobre una operación.

Cuando el niño pregunta sobre su propia muerte, es porque «sabe» algo (hay un saber inconsciente que pasa por la comunicación inconsciente).

«Aun cuando la noción de muerte en el niño varía según la edad y según su experiencia y nivel intelectual, somos contrarios a revelarles el destino final, la verdad, lo real a que aludíamos antes. Hay que afrontar la muerte con el niño y que entienda que el adulto le va a ayudar. ¿Cómo hacerlo? Acompañándolo en

esos momentos, mostrándole que tú has apostado por la vida y tu deseo es por la vida: «sé lo que estás sufriendo, yo estoy contigo y voy a hacer lo posible por vivir el presente contigo».

Hemos de tener en cuenta la ritualización que se hace de la muerte en nuestra cultura: Banquetes en los duelos a los que acuden plañideras, danzas de la muerte, autos sacramentales, etc., que emiten mensajes contradictorios al niño, de dolor y placer a la vez.

Juan José, un niño de doce años, ingresado en la UVI por Síndrome Tóxico, nos comunicaba su deseo de «irse» a su pueblo con su familia, conociendo su gravedad, en la «esperanza» de que le confirmáramos sus sospecha de muerte. Nosotros le decíamos que comprendíamos su dolor y deseo de estar con su familia, pero que se sentiría mejor en la medida en que se esforzara e hiciera por curarse. Cuando murió un compañero de la misma edad y también del Síndrome Tóxico, en la cama de enfrente, se hizo una negación por parte del personal sanitario, que afirmaba que J. José no se había enterado de nada. Al día siguiente, lo primero que nos comentó fue: «Ha muerto X de la misma enfermedad que yo». Nosotros le hicimos ver que la evolución de su enfermedad no tenía que ser la misma, que podría mejorar como sus padres y hermanos, etc.

Una vez más aparece el problema de la omnipotencia (ante la impotencia) del profesional: Se establece una esgrima entre el profesional y la muerte, donde el paciente no tiene nada que decir... ¿Por qué no dejar al niño que muera a gusto en su casa, rodeado de su familia, en vez de mantenerlo artificialmente en un hospital? ¿Por qué el adulto puede enfermar y morir paulatinamente con autoagresiones físicas y psíquicas y no respetamos el deseo del niño de «irse» y «despedirse» definitivamente de su casa, de su familia?

Es preciso tener muy en cuenta que la muerte, y especialmente la de un niño, provoca mucha culpabilidad, consciente o inconscientemente, entre las personas que se ocuparon de él.

Y., una niña en hemodiálisis de nueve años, presentaba en un principio reacción depresiva tras la lectura de una revista sobre la muerte en enfermos como ella. Poco a poco se ha ido familiarizando con la muerte, «sé que tengo el futuro muy mal», nos dice, ante el abandono familiar, que le lleva a transgredir las dietas peligrosamente. Ante la culpabilización externa y afán de curación por parte del personal sanitario, su única salida —de su callejón sin salida— es buscar «lo temido», la muerte, derecho que tiene tanto el niño como el adulto.

Por último, no debemos olvidar la implicación personal del adulto al enfrentarse con la explicación de la muerte hacia el niño: al igual que la sexualidad, no se le va a dar una explicación racional, teórica, sino que pasará por la vivencia y actitud que el adulto tenga hacia el tema y el grado de elaboración.

Estructuración del tiempo y del espacio en el niño hospitalizado

El sentido del tiempo viene dado por el momento evolutivo del niño. Existe el tiempo psíquico, subjetivo: todos tenemos experiencia de cuán larga se nos hace la ausencia de un ser querido, o la espera de algo que deseamos mucho.

En un primer momento, en el bebé sólo lo existe el **presente**. Cuando la madre se ausenta por un instante, la expectativa del «**enseguida**» prometida por el adulto amado, enseña al niño la noción de tiempo. Después distinguirá el «mañana» o la «semana o año» que viene. La noción del **pasado**, se adquiere más tarde traducida en fórmulas como «una

vez» y «ayer», que se aplican tanto al pasado inmediato, como al que se confunden en su fantasía.

Así comprendemos lo que puede significar el tiempo para un niño hospitalizado, en que la ausencia de los seres queridos hemos visto que es equivalente a la muerte. A medida que puede imaginarlos en su mente, recordarlos, el tiempo de separación se hará más llevable. El tiempo en el hospital también se estructura con datos objetivos: el niño sabe que después del baño de por la mañana viene la visita médica, y la hora de la rehabilitación y la de la comida: «ya comí, falta poco para que vengan... a verme mis padres».

Así vemos lo diferente que es la concepción del tiempo para el niño.

Lo mismo ocurre con el ESPACIO.

El espacio físico, donde uno vive y trabaja es la continuación de uno mismo (del propio esquema corporal): ahí depositamos los objetos que nos gustan, lo adecuamos a nosotros, según nuestro estilo. Cuando entramos en una habitación, o despacho, ya nos hacemos una idea del tipo de persona que nos vamos a encontrar. El niño tiene su casa con sus olores, colores, muebles y juguetes; ¿qué ruptura no sentirá el niño hospita-

lizado con todo eso que no está ahí? Para el adulto, la sala será un nombre o un número, lo mismo que la cama, pero para el niño la cama que tiene que ocupar en el hospital no es ni siquiera su cama, y si pensamos que la enfermedad es regresión, cuanto más hostil y ajeno sentirá el niño todo esto? De aquí la importancia, una vez más de que el niño tenga sus juguetes y objetos propios, como objetos transicionales entre la casa y el hospital.

¿Cómo estructurar el personal de enfermería ese tiempo y ese espacio en el niño hospitalizado?

En el preescolar será a través de juegos, dramatizaciones, dibujos, canciones, paseos, teatros infantiles que vengan de fuera, etc.

En el niño que ha iniciado ya su escolaridad, ocupará más tiempo en continuación de sus tareas escolares, que le mantienen en contacto con el mundo externo que para él en estos momentos es muy importante.

Este hecho es más acuciante en el niño hospitalizado crónico como los de polio o Síndrome Tóxico en la actualidad, por la obtención de beneficios secundarios y mayor riesgo de regresión a etapas anteriores.

BIBLIOGRAFIA

- BARBARA DOBBS-ROSETTE POLETTI: *Vivir en el hospital*. Colección Rol de Enfermería.
- EMMA PLANK: *El cuidado psicológico del niño enfermo en el hospital*. Paidós.
- FLORENCIO ESCARDO: *Pediatría psicosomática*. Edit. Ateneo. Buenos Aires.
- GINETTE RAIMBAULT: *El niño y la muerte*. Ed. Saltés.
- W.H. HITZG: «El niño y la muerte, acerca de la relación entre el pediatra y el niño desahuciado».
- DIANA BECHER DE GOLDBERG y GUILLERMO RINALDI: «Psicoprofilaxis quirúrgica en cirugía del niño». *Revista de Psicoanálisis*. Asociación psicoanalítica argentina.
- «Preparación psicoterapéutica en cirugía cardiovascular infantil».
- EMMA PLANK: «El niño ante la operación», *Noticias Médicas*.
- F. DOLTO: *Psicoanálisis y pediatría*. Edit. Siglo XXI.
- A. ABERASTURY: «La percepción de la muerte en el niño».
- CARLOS COBO: Simposium de Pediatría Social: «Psicosomática evolutiva en la infancia». Tenerife, Mayo 1981.
- PEDREIRA y E. MENDOZA: «Desarrollo y cuidados psicológicos del niño en cuidados intensivos». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. N.º 1. Mayo 1981.
- J. L. PEDREIRA y ELISA MENDOZA: «El niño en hemodiálisis». *Ann. Esp. Pediatr.*, 18, 3, 204, 1983.

METODOLOGIA DE LA BUSQUEDA EN PSICOPATOLOGIA DE LA PRIMERA INFANCIA

Lic. Carmen COSTA
Prof. Edelmira DOMENECH
Univ. Autóanoma Barcelona, Bellaterra

RESUMEN

Introducción

Muchos procedimientos metodológicos de investigación en Psiquiatría parten del presupuesto de una situación de experimentación ideal que no existen en la realidad de la búsqueda en Psicopatología clínica y menos en la búsqueda en Psicopatología de los niños antes de los tres años.

Vivimos una época marcada por la preocupación de la técnica y de las metodologías. Esto es bueno, siempre que detrás de la técnica no falte el espíritu creativo sin el cual la ciencia no puede avanzar.

En Psicopatología de la primera infancia el espíritu creativo es particularmente importante. La búsqueda está aquí en una etapa rudimentaria. Es preciso, crear en parte los propios Instrumentos de búsqueda.

Delimitación de la etapa

Niños de 0 a 3 años.

Se incluye la etapa de recién nacido, que corresponde al primer mes.

Estado actual de la búsqueda en la primera infancia

En el campo de la búsqueda Psicopatológica, la infancia ha sido considerada hasta ahora una etapa de segunda categoría. La primera infancia lo ha sido todavía más.

La orientación reciente de las ciencias de la salud, con una visión mucho más preventiva, ha despertado el interés por las primeras etapas de la vida. Ya se considera importante la detección precoz de los niños de riesgo elevado. La Psicopatología de los tres primeros años puede convertirse en poco tiempo un centro de interés de la búsqueda psicopatológica.

TECNICAS DE EVALUACION COMPORTAMENTAL DEL RECIEN NACIDO

aplicación y comentario

material	screen.	aval. neurol.	aval. comport.	items y medidas	técnicas	aplicación y comentario
APGAR	XX	X	XX	5 parámetros funcionales perfil, informe	observación test	sencilla, amplia
APIB			XX	27 reacciones comportamiento	observación test	difícil, precisa mucha preparación interés preventivo muy interesante clínica. búsqueda precisa entrenamiento. Muy utilizado fácil y corta. Interés preventivo peligrosa en prematuros
BNBAS		XX	X	32 items	algunos items Brazelton. otros neurol. observación test	bastante larga. aplic. prematuros reciente, poco conocida rápida y sencilla. Evalúa efecto anestésico, niños a término normales
DUBOW		X	X	20 items	observación test	diferencia rec. nac. y con lesión. Fácil. Fue la primera técnica comportamental
EINSTEIN	X	X	X	puntuación decrecimiento respuesta estímulo	observación test	identifica rec. nac. con riesgo aplic. más difícil que anterior modifica 1980
ENNS		X	XX	cuantifica respuestas nacido	observación test	rápida y fácil. Sólo rec. nac. sanos como el BNBAS, no lo mejora
GRAHAM			XX	punt. dos escalas motores y dos sensoriales	observación test	rápida amplia en países anglosajones
GRA-RDS		X	X	cuantifica 5 áreas de comportam. variación del BNBAS	observación test	amplia. Fue primer examen sistemático del recién nacido
NACS		X	X	cuantific. neurol. punt. neurol.	test observación test	En forma es uno de los forjados en Psicología. Se basa en la observación. A individual. Uno. Los se obtiene su
NBAS-K		X	XX	punt. neurol.	entrevista test	
PARM			X			
PRECHTL						
THOM						

búsqueda
0 a
combinacional

16
16
16
16

BIOGRAFIA SOBRE TECNICAS DE EVALUACION COMPORAMENTAL DEL RECIEN NACIDO

1. APGAR, V. A.: «A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant». *Current Researches in Anesthesia and Analgesia*, 1953, 32; pp. 250-267.
2. ALS, H., & BRAZELTON, T. B.: «A new model for assessing the behavioral organization in preterm and fullterm infants. Two case studies». *J. of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981, 20; pp. 239-263.
3. ALS, H. y otros: *Behavior of the fetal newborn*. Theoretical considerations and practical suggestions for the use of the APIB. In *Issues in Neonatal Care*. Western States Technical Assistance Resscruce, 1982, pp. 21-60.
4. BRAZELTON, T. B.: *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Philadelphia, Lippincott, 1973.
5. DOMENECH, E.: «Signos de alarma en el examen psicológico del neonato». *An. Esp. Pediat.*, 17, Supl. 14, 1982; pp. 131-145.
6. DUBOWITZ et als.: «Clinical assessment of gestional age in the newborn infant». *J. of Pediatrics*, 1970, 77; pp. 1-10.
7. DUBOWITZ, L. & DUBOWITZ, V.: *The neurological assessment of the preterm and fullterm newborn infant*. Spastics International Medical Publishers. Clinics in Developmental Medicine. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1981, 79; pp. 1-103.
8. DAUM, C. et als.: *The Albert Einstein Neurobehavioral Scale Manual*. 1977. Unpublished manuscript available from C. Daum, Dept. of Pediatrics Albert Einstein College of Medicine, Bronx, New York.
9. SCALON, J. W.: *The early neonatal neurobehavioral assessment. Perinatal drugs studies as one application of clinical utility*. In T. B. Brazelton and H. Aids (Eds.) *Behavioral Assessment in the Newborn and Young Infant*. Hilldate, N. J.: Lawrence Erpbaum (in press).
10. SELF, P. & HOROWITZ, F.: *Assessments of very young infants*. Paper presented at the meeting of the Southeastern Society for Research in Child Development. Chapel Hill, N. C. March, 1974.
11. ROSENBLITH, J.: «Neonatal Assessment». *Psychological Reports*, 1959, 5; p. 791.
12. ROSENBLITH, J.: «The modified Graham behavior test for neonates. Test-retest reability, normative date and hypothesis for future work». *Biologia Neonatorum*, 1961, 3; pp. 174-192.
13. AMIEL-TISON, C.; BARRIER, C.; SCHNIDER, S.; LEVINSON, G.; HUGHS, S. S.; STEFANI, S. J.: «A new neurologic and adptative capacity system for evaluating obstetric medicatives in fullterm newborns». *Anesthesiology*, 1982, 56; pp. 340-350.
- 13(bis). AMIEL-TISON, C. & GREMEI, A.: *Valoración neurológica del recién nacido y del lactante*. Barcelona, Toray-Masson, 1981.
14. HOROWITZ, F. D.; SULLIVAN, J. W.; LINN, P.: *Stability and instability in the newborn infant. The quest for alusive threads*. In Sameroff (Ed.) *Organization and stability of newborn behavior*. A commentary on the Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1978, 43; pp. 29-45.
15. PARMELLE, A. & MICHAELIS, R.: *Neurological examination of the newborn*. In J. Hellmuth (Ed.) *Exceptional Infant*. Vol. 2. New York: Brunner/Mazel, 1971, pp. 3-23.
16. PRECHTL, H. & BEINTEMA, D.: *The neurological of the fullterm newborn infant*. Philadelphia, Lippincott, 1964.
17. ST. ANNE DARGASSIES, J.: «Méthode d'examen neurologique du nouveau-né». *Etudes néonatales*, 1964, 3; pp. 101-123.
18. ANDRE THOMAS, CHESMI & ST. ANNE DARGASSIES, J.: *Examen neurologique du nourrisson*. Paris. Editeurs la Viè Médical, 1953.

TECNICAS DE MEDIDA DEL DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

material	screen.	diag.	aval. progr.	edades aplicació	medidas obtenidas	técnicas	standardización	aplicación
1. ALPERIN-BOLL Developmental Profile (1)	X			6 m. - 6 a.	5 escalas ED - CD	entrevista adulto	excelente	amplia sencilla
2. Escalas BAYLEY de desenvolupament infantil (3)		X	X	2 m. - 30 m.	índice desarrollo mental y motor	observación test	excelente	muy útil
3. Escala de desenvolupament de BRUNET-LEZINE (4)		X	X	1 m. - 6 a.	4 escalas ED - CD	test	buena hasta 30 m.	muy útil
4. Test de CASATI-LEZINE (5)		X	X	6 m. - 2 a.	estadios evolutivos	observación test	pobre	útil, lenta
5. CATTELL Infant Intelligence Scale (6)		X	X	2 m. - 30 m.	EM - CI	test observación	buena	útil
6. DENVER Developmental Screening Test (11)	X			1 m. - 6 a.	4 niveles aptitud	test observación	excelente	rápida
7. E.P.E.C. (10)			X	1 a. - 5 a.	15 escalas ED	test observación	pobre	útil en autistas
8. Escala de desenvolupament de GESELL (12)	X	X	X	1 m. - 5 a.	4 niveles ED - CD	test observación	bastante buena	útil
9. LEITER International Performance Scale (2)		X		2 m. - 10 a.	EM - CI	test observación	buena	útil en parálisis cerebral
10. K - ABC KAUFMAN Assessment Battery for Children (15)		X	X	30 m. - 12 a.	percentil - EM	test 11 subtests	excelente	útil, reciente
11. Escalas MC CARTHY d'aptituds i psicomotricitat per a nens (13)		X	X	30 m. - 8 a.	índice general cognitivo	test	buena	amplia, útil
12. PEABODY Picture Vocabulary Test (9)	X			30 m. - 18 a.	EM - CI	test	excelente	rápida
13. TERMAN - MERRILL (14)		X	X	2 a. - adult.	EM - CI	test	excelente	larga, valor predictivo
14. VINELAND Social Maturity Scales (7, 8)	X	X		1 m. - 25 a.	ED social CD social	entrevista adulto	buena	amplia

BIBLIOGRAFIA SOBRE TECNICAS DE MEDIDA DEL DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

1. ALPERN, G. D., & BOLL, T. J.: *Developmental Profile*. Indianapolis, Ind.: Psychological Development Publications, 1972.
2. ARTHUR, G.: *The Arthur Adaptation of the Leiter International Performance Scale*. Washington, D. C.: Psychological Services Center Press, 1962.
3. *Escalas Bayley de desarrollo infantil*. T.E.A. Madrid, 1972.
4. BRUNET, V. & LEZINE, I.: *El desarrollo psicomotor de la primera infancia*. Pablo del Río Editor. Madrid, 1978.
5. CASATI, I. & LEZINE, I.: *Les étapes de l'intelligence sensorio-motrice*. (Épreuves adaptées de J. Piaget) Centre de Psychologie Appliquée. Paris, 1968.
6. CATTELL, P.: *The Measurement of Intelligence of Infants and Young Children*. New York: Psychological Corp., 1940 (rev. 1960).
7. DOLL, E. A.: *The Measurement of Social Competence*. Minneapolis, Mn.: Educational Test Bureau (new American Guidance Service), 1963.
8. DOLL, E. A.: *Vineland Social Maturity Scale: Manual for Directions* (rev. ed.). American Guidance Service, 1965.
9. DUNN, I. M.: *Expanded Manual for the Peabody Picture Test*. Circle Pines, Mn.: American Guidance Service, 1965.
10. FLAHARTY, R. EPEC: «Evaluation and Prescription for Exceptional Children». In E.R. Ritvo (ed.), *Autism: Diagnosis, Current Research and Management*. New York: Wiley and Sons, 1976.
11. FRANKENBURG, W., & DODDS, J. B.: «The Denver Developmental Screening Test». *Journal of Pediatrics*, 1967, 71, 181-191.
12. GESELL, A., & AMATRUDA: *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*. Buenos Aires (Paidós), 1958.
13. KAUFMAN, A.S., & KAUFMAN, N. L.: *Evaluación clínica de los niños con las escalas McCarthy*. TEA Ediciones, S.A. Madrid, 1983.
14. TERMAN, L., & MERRILL, M.: *Medida de la inteligencia. Método para el empleo de las pruebas de Stanford Binet*. Madrid (Espasa-Calpe), 1975.
15. KAUFMAN, A.S.: *Assessment Battery for Children*. U.S.A. (American Guidance Service), 1983.

REFLEXIONES SOBRE LA VALIDEZ DE LOS DISEÑOS DE INVESTIGACION EN PSICOPATOLOGIA*

J. López Ruiz y R. Moreno Rodríguez

Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento,
Universidad de Sevilla.
Fecha de envío: 16-V-85
Apdo. 3128 - 41071 SEVILLA

Es claro que en el marco de la ciencia interesa delimitar de la manera más evidente posible, si las asociaciones encontradas entre variables reflejan una influencia directa de alguna de ellas sobre otra, o si por el contrario sólo son asociaciones espúreas, consecuencias de relaciones de cada una de esas variables por su parte con un tercer factor o serie de factores (Bunge, 1969). Y es que el hallazgo de relaciones directas no espúreas supone un conocimiento más ajustado de la realidad tan sólo a través del cual se puede aspirar a conseguir, como producto derivado, el objetivo científico de intervención plasmado en la producción, facilitación o evitación de comportamientos y estados, deseables o no.

También parece claro, y por eso podemos utilizarlo como otro punto de partida, que en la investigación psicopatológica nos interesa el hallazgo de las relaciones directas a través del estudio y

conocimiento de los procesos psicopatológicos y/o psicoterapéuticos que estemos observando. Se entiende, pues, que el estudio del proceso subyacente nos capacitará para una mejor comprensión de los cambios comportamentales de los sujetos. Dicho estudio de procesos, desde el punto de vista de la metodología experimental, generalmente ha consistido en la evaluación de los resultados finales en investigaciones entre grupos, aunque en las dos últimas décadas se han ido imponiendo los diseños cuya disposición permite evaluar los estados conductuales no sólo en el momento final, sino durante todo el transcurso de la investigación, lo cual desde luego supone una mayor y más rica información sobre el problema es-

* Un resumen de este artículo fue presentado como Comunicación a la XXVI Reunión Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil, Cádiz, Mayo de 1985.

tudiado y de mayor interés para el desarrollo de cualquier tema en general y de los psicopatológicos en particular.

Desde luego, y como ya ha quedado puesto de manifiesto abundantemente (Cronbach, 1957; Alvira et al., 1979...) este estudio de procesos puede ser abordado, según temas y circunstancias, tanto por procedimientos experimentales como los correlacionales. Sin entrar en esta cuestión que aceptamos en términos generales, nos interesa aquí realizar una serie de consideraciones sobre las implicaciones metodológicas respecto a la validez que en la experimentación tiene el estudio de procesos.

Una vez situados en el marco experimental, reconocemos la doble posibilidad que el profesional tiene para investigar, tanto en el terreno de las situaciones naturales, como en las más restringidas de laboratorio. Con todo, lo verdaderamente importante en ambas, resulta ser el control que de los distintos factores intervinientes se tenga, para así poder defender la validez de las conclusiones y defender por tanto el carácter no espúreo de las relaciones que se establezcan. Control en una investigación supone, pues, que el investigador pueda explicar las diferentes manifestaciones conductuales mediante los factores relevantes que inciden en ellas, para asegurar la validez interna de los diseños utilizados y de las conclusiones establecidas.

La validez interna de un diseño de investigación implica como premisa básica que los resultados obtenidos constaten, sean representativos de la situación estudiada; en psicopatología, esto supone que se puedan explicar los cambios en la conducta o estado del sujeto a partir de determinadas variables. Para el logro de tal validez, el control en los diseños de investigación puede ser abordado de diversas formas.

3. VALIDEZ INTERNA Y DISEÑOS INTERGRUPALES

En las estrategias intergrupales, la técnica base es la del grupo control, cuyo fundamento —como se sabe— es simple: si los sujetos experimentales son seleccionados aleatoriamente excepto en los niveles de la variable independiente, la posible influencia de otros factores afectará por igual a todos los sujetos, tanto a los del grupo control como a los experimentales.

A pesar de su amplia y continuada utilización, este planteamiento puede encontrar en determinadas investigaciones diversas limitaciones entre las que señalamos las siguientes:

- a) A veces se puede ocasionar y establecer una selección diferencial de participantes producida por el enmascaramiento de una serie de variables no controladas, con lo que podría invalidarse el diseño de investigación, por la existencia de un inadecuado grupo control como elemento de comparación. Es lo que puede ocurrir con el uso de sujetos «normales» versus sujetos «enfermos» para los grupos control y experimental.
- b) Otra fuente posible de invalidación en el caso citado anteriormente puede provenir a través de los efectos de regresión estadística. Al ser grupos extremos de una misma población, las diferencias de puntajes iniciales pueden verse aminoradas en mediciones sucesivas como consecuencia de la tendencia de regresión hacia la media, y ello podría confundirse con los efectos del tratamiento aplicado.
- c) La citada técnica del grupo control parte del supuesto de no-interactividad entre los posibles efec-

tos de la variable experimental y los de variables que pueden surgir en el transcurso de la investigación afectando a la validez (historia y maduración de los sujetos, mortalidad experimental, administración repetida de pruebas...); es decir, se considera que: si una variable ajena al diseño afecta a la conducta de los sujetos, su efecto repercutirá de la misma manera tanto en el grupo control como en los grupos experimentales, por lo que los datos finales seguirán teniendo la misma relevancia respecto de la acción de la V.I. Esta suposición, como es obvio, no puede ser siempre defendible.

- d) Por último, la pretendida neutralización de los distintos valores de las variables presentes en los sujetos seleccionados aleatoriamente, lo cual permitiría suponer la equivalencia intergrupala, puede ocasionar variabilidad diferente en cada grupo al interactuar diferencialmente con los diferentes valores de la V.I.

Cuando estas limitaciones (de las que puede encontrarse un análisis más extenso en obras como las de Sidman, 1970; Campbell y Stanley, 1973; Cook y Campbell, 1979 y Johnston y Pennyacker, 1980 entre otras) pueden ser superadas en la investigación clínica, los diseños grupales permitirían el establecimiento de un proceso, sólo en el sentido de que sus datos finales en los diferentes grupos expresarían las influencias de los diferentes niveles del tratamiento experimental y por lo tanto, en su conjunto, la expresión de la dependencia de la conducta respecto a los factores relevantes de la investigación ya que su fundamento estadístico está en la toma de decisiones a partir de dos estimaciones independientes

de la población; en términos generales, la relación expresada por el cociente entre una varianza intergrupo y una varianza intragrupo. (El análisis estadístico que fundamenta y se adecúa a estas estrategias fue desarrollado básicamente por Fisher, 1935, pudiendo encontrarse exposiciones ajustadas en obras como las de Arnau, 1982 y Cochran y Cox, 1965, entre otras). Sin embargo, al no existir reglas válidas de carácter general que aseguren la evitación de las restricciones señaladas, enfatizamos, coincidiendo con autores como Bergin y Strupp (1972), Hersen y Barlow (1981), la idea de que son los diseños experimentales de replicación intrasujeto, o de los diseños experimentales de replicación intrasujeto, o de $n = 1$, los más adecuados para la comprensión de un cambio conductual y el descubrimiento de los procesos básicos implicados.

2. VALIDEZ INTERNA Y DISEÑO DE REPLICACION INTRASUJETO

Debido a las diversas expresiones con que se denomina a este tipo de estrategia («replicación intrasujeto», « $n = 1$ », «de caso único», «de series temporales»...) conviene enfatizar las diferencias respecto al procedimiento experimental y al tipo de análisis de datos que se efectúa, para no confundirla con la estrategia de diseño intrasujeto clásico cuyo tratamiento estadístico se basa en los mismos fundamentos que la estrategia intergrupo analizada más arriba.

Así pues, de las características básicas que presentan estos diseños de investigación podemos enumerar esquemáticamente las siguientes:

- a) Cada sujeto sirve como su propio

control; es decir, el mismo sujeto pasa por las diferentes fases experimentales.

- b) El paso de una condición experimental a otra implica el establecimiento de medidas repetidas y estables, de tal manera que debe conseguirse el estado conductual representativo de cada condición experimental.
- c) El análisis cuantitativo de los datos, aun cuando pueden aplicarse pruebas estadísticas no paramétricas, suele venir dado por secuencias temporales, implicando por consiguiente una dependencia serial entre ellos (v. por ejemplo Arnau, 1984; Glass et al., 1975); en este sentido, cabe resaltar que interesa tanto el posible cambio de nivel (diferencia cuantitativa entre condiciones) como la igual o diferente pendiente de cada estado conductual (variabilidad que pueda existir dentro de cada serie).
- d) Por último, destacar el aspecto de reversión y replicación como técnica para garantizar la validez de los resultados y el estudio y comprensión del proceso implicado.

De las características mencionadas sobresale, aunque solamente sobre la base y con el concurso de las demás, la replicación. La réplica directa de determinadas relaciones en una investigación conductual supone en su forma más general el establecimiento de un estado conductual en una situación controlada (fase A), obtención de un nuevo estado conductual estable bajo la nueva situación experimental (fase B), la retirada del factor originario de la nueva situación (nueva fase A) y la introducción por segunda vez del mismo factor (nueva fase B). A partir de esta modalidad básica, se pueden derivar otra múl-

tiples variaciones de diseño que conlleven una o más réplicas de la situación primitiva (v. por ej. Arnau, 1984; Castro, 1975; Hersen y Barlow, 1981).

En cualquiera de los casos simples o complejos, el interés de esta técnica, es decir su fundamento para facilitar la representatividad y en consecuencia la validez interna de la investigación, estriba por una parte en la consecución de estados conductuales estables y representativos de cada condición experimental (establecimiento de línea de base de cada condición) y, por otra, en la capacidad de reproducir situaciones y por ende en la capacidad de atribuir los cambios conductuales a las manipulaciones originadas en el contexto de la investigación.

No obstante, no faltan restricciones o comentarios críticos respecto a estos diseños provenientes de dos conjuntos o tipos de factores claramente diferenciados.

El primero, metodológico, se refiere tanto a los criterios operativos para el establecimiento de la línea base como a los criterios del análisis de la reversión en las réplicas directas de situaciones experimentales. Los referidos al establecimiento de la línea base podrían ser sintetizados en términos de duración del número de observaciones necesarias para su representatividad o tendencia, que informarán del sentido de las variaciones dentro de la línea base. En este sentido, hay que hacer notar que si bien «todo criterio de estabilidad debe conllevar una especificación del grado de variabilidad que un experimentador considera permisible» (Sidman, 1970, p. 256), tendremos que diferenciar entre las investigaciones de laboratorio que permiten la obtención de líneas de base en condiciones determinadas por el investigador, y las investigaciones aplicadas; en éstas se recoge la línea de base en las condiciones

del ambiente natural en que se desenvuelve el sujeto, y en consecuencia pueden existir limitaciones bien por la naturaleza de la conducta —conductas de agresión por ejemplo—, bien por el no exhaustivo control en la determinación de los valores de variables relevantes presentes en el tiempo de observación.

En relación a la reversión, la pregunta a plantear se refiere a cuándo se puede considerar que se ha producido; de otra manera, ¿una reversión implicará un semejante nivel cuantitativo de la conducta en el estado reproducido?, o tan sólo ¿deberá existir una misma tendencia en la conducta observada en ambos estados conductuales? El elegir uno u otro criterio es importante por cuanto la segunda alternativa, aun cuando es más factible de seguir, puede implicar un menor grado de validez en las conclusiones a que dan lugar al ser menos preciso y restrictivo. De la misma manera, la reflexiones ya expuestas sobre estabilidad siguen siendo pertinentes en el problema de la reversión.

El segundo conjunto o tipo de restricciones de estos diseños, más que ser inherentes a ellos resultan ser de carácter puntual, y fundamentalmente son: la posibilidad de que el cambio ambiental introducido provoque un estado conductual que se manifieste como irreversible (es decir, con imposibilidad de volver al estado original), y la constatación de que en ocasiones no resulta ético ni deseable volver a alterar el comportamiento del sujeto experimental. Estas cuestiones han sido, sin embargo, superadas mediante el diseño de la línea base múltiple, consistente en el registro bien de diferentes clases de respuesta en una misma situación, bien de una misma clase de respuesta en distintas situaciones, o incluso, aunque de manera menos recomendable, una única clase de respuestas en diferentes su-

jetos. En cualquiera de estas modalidades, la réplica directa de la situación originaria queda sustituida eficazmente por una replicación de efectos en respuestas, situaciones o sujetos diferentes.

En resumen, pues, parece cierto que los diseños de replicación no conllevan los supuestos y riesgos que hemos analizado en las estrategias grupales, aunque obviamente no deben considerarse como la panacea para el abordaje de los problemas psicopatológicos. De todas formas, y aunque el estudio de los procesos implicados se han desarrollado con las dos estrategias, nuestra posición se inclina hacia las ventajas que ofrecen, desde el punto de vista de la metodología experimental, los diseños de replicación intrasujeto.

3. DISEÑOS DE REPLICACION INTRASUJETO Y VALIDEZ EXTERNA

A estos diseños, sin embargo, se les ha objetado la dificultad que de cara a la generalidad o validez externa podría tener el escaso número de sujetos, incluso uno, utilizados normalmente en ellos. Y es que, como normalmente se ha considerado, un tamaño considerable de la muestra es facilitador de generalidad dado que al obtener curvas promediadas de un gran grupo sus resultados pueden ser representativos de una población mayor. Sin embargo, esta afirmación correcta en principio resulta menos relevante cuando una se pregunta qué se quiere generalizar: si el parámetro obtenido en la relación encontrada, o la naturaleza o tendencia de la relación. La primera interrogante debe ser desechada por cuanto nuestras disciplinas humanas no cuentan aún con una respuesta posible y clara. Si, en consecuencia, hay que decidirse por la segunda cuestión, debemos pen-

sar que lo que se plantea es la cuestión de la mayor o menor validez de unos datos promedios en relación a unos datos reales de sujetos individuales y, como resultado, el peligro de que los grupos anulen resultados individuales (Bergin, 1966) como consecuencia de los diferentes valores de las variables que determinan un mismo comportamiento en diferentes sujetos. Además, el objetivo de poder conocer si un determinado tratamiento puede ser efectivo para otros sujetos, en otras instituciones, bajo ambientes diferentes, etc., nos lleva irremediablemente a plantearnos la pregunta en otros términos, para obtener una respuesta satisfactoria: bajo el control de otras variables o de valores diferentes de una misma variable, ¿cuál será la relación entre la variable experimental o de tratamiento y la conducta? La cuestión, que no es ajena a la validez interna, sólo puede quedar contestada por el conocimiento y análisis de determinantes o variables que pueden controlar una determinada conducta, o por el empleo de valores relevantes de la variable experimental en el ambiente del sujeto; en otras palabras, es un problema que sólo las investigaciones controladas pueden abordar para aportar datos compatibles entre investigadores similares.

En este sentido, también, es sobre la base del control interno desde donde podemos analizar las diferentes dimensiones de generalidad y en especial la problemática de la generalidad entre especies, tan cuestionada en el terreno de la investigación psicopatológica. Y es que no se trata de trasplantar las condiciones de estudio y resultados de especies infrahumanas a los sujetos humanos; por contra, lo que se intenta es investigar la generalidad de una relación entre las variaciones de respuesta de los organismos y las del ambiente experimental donde se desenvuelven; en

definitiva, se trata de llevar a cabo repeticiones sistemáticas sobre el aspecto de la investigación que se desea generalizar.

Así pues, y como síntesis de lo expuesto, la problemática de centrar la investigación clínica controlada en diseños individuales o en diseños de grupos no es relevante en sí misma, sino en lo referido a que las técnicas de control presentes permitan obtener evaluaciones claras y objetivas no tanto de los resultados finales como del proceso del cambio conductual; ello es aplicable especialmente al campo de la psicopatología por varias razones:

- a) La investigación no debe ser reducida simplemente a un criterio de tasas de curación, por cuanto se hace difícil obtener los criterios adecuados para que la delimiten.
- b) Sólo cuando se conocen los procesos básicos, se está capacitado para hacer cambios de estrategia
—a veces resulta inevitable— durante el tratamiento,
- c) el estado de desarrollo actual de los conocimientos parece aconsejar que avancemos con estudios controlados, que respondan a preguntas sobre procesos.

RESUMEN

Frente a la consideración quizás excesivamente frecuente de que la investigación clínica o psicopatológica está limitada, de manera casi intrínseca a procedimientos de estudio poco controlados, se enfatiza en la presente comunicación la necesidad y posibilidad de un control riguroso en las investigaciones en este terreno, ya sean realizadas en ambiente natural o en laboratorio.

Para ello se analiza el tema de la va-

lidez interna a través de la exposición de consideraciones referidas a estrategias grupales y a estrategias intrasujeto del tipo $n = 1$. En este sentido, mientras que en las primeras el uso de grupo control conlleva ciertas restricciones y tienden a primar casi exclusivamente el análisis de resultados finales, la segunda estrategia parece ofrecer ciertas ventajas en el terreno de las investigaciones psicopatológicas, basadas sobre todo en la técnica de la replicación, ya

que permite la contrastación de diferentes estados estables en un mismo sujeto a lo largo de un período de tiempo, y en consecuencia posibilita la apreciación de la existencia de los procesos básicos buscados, objetivo relevante de la investigación clínica.

Estos mismos planteamientos parecen ser también adecuados cuando son aplicados a la validez externa, aunque frecuentemente se considere lo contrario.

BIBLIOGRAFIA

- ALVIRA, F.; AVIA, M. D.; CALVO, R.; MORALES, J. F.: *Los dos métodos de las ciencias sociales*. Madrid. C.I.S., 1979.
- ARNAU, J.: *Diseños experimentales en Psicología y Educación*, vol. 1. México. Trillas, 1982.
- ARNAU, J.: *Diseños experimentales en Psicología y Educación*, vol. 2. México. Trillas, 1984.
- BEGIN, A. E.: «Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice». *Journal of Abnormal Psychology*, 1966. 71, 235-246.
- BEGIN, A. E. y STRUPP, H. H.: *Changing frontiers in the science of Psychotherapy*. Atherton. Aldins, 1972.
- BUNGE, M.: *La investigación científica*. Barcelona. Ariel, 1969.
- CAMPBELL, D. T. y STANLEY, J.: *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires. Amorrortu, 1973.
- CASTRO, L.: *Diseños experimentales sin estadística*. México. Trillas, 1975.
- COCHRAN, W. G. y COX, G. M.: *Diseños experimentales sin estadística*. México. Trillas, 1975.
- COOK, T. D. y CAMPBELL, D. T.: *Quasi-experimentation: Design and Analysis. Issues for field setting*. Dallas. Houghton Mifflin, 1979.
- CRONBACH, L. J.: «The Two Disciplines of Scientific Psychology». *American Psychology*, 1957, 12. 671-684.
- FISHER, R. A.: *The design of experiments*. London. Oliver & Boyd, 1935.
- GLASS, G. V.; WILSON, V. L. y GOTTMAN, J. M.: *Design and analysis of time-series experiments*. Boulder. Colorado Univ. Press, 1975.
- HERSEN, M.; BARLOW, D. H.: *Single case experimental designs: strategies for studying behavior change*. N. York. Pergamon, 1981.
- JOHNSTON, J. M. y PENNYPACKER, H. S.: *Strategies and Tactics of Human Behavioral Research*. New Jersey. L.E.A., 1980.
- SHAPIRO, M. D.: «The single case in clinical-psychological research». *Journal of General Psychology*, 1966, 74. 3-23.
- SIDMAN, M.: *Tácticas de investigación científica*. (Evaluación de datos experimentales en Psicología.) Barcelona. Fontanella, 1970.

ESTUDIO DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL (CEDI) EN UNA POBLACION DE ESCOLARES GALLEGOS

Domínguez, M. D.; de Castro, P.; Bugallo, P. y Cimadevila

Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Santiago
 Director: Prof. A. Rodríguez López
 Santiago, 30 de julio de 1985

RESUMEN

En este trabajo se recogen los resultados de 250 cuestiones (CEDI) contestados por adolescentes entre 11 y 15 años de edad, de ambos sexos. Una vez puntuados y clasificados según el diagnóstico que esta escala proporciona, se realiza un estudio comparativo teniendo en cuenta el criterio diagnóstico y el sexo. Los autores se plantean una búsqueda de posibles ítems de la escala que estén provocando un aumento de la puntuación y que lleven a un diagnóstico de depresión, basados en hallazgos descriptivos detectados en anteriores trabajos.

Se encuentran algunas diferencias significativas entre los distintos grupos pero no aparecen ítems o grupos que sistemáticamente den lugar a un aumento de las puntuaciones.

PALABRAS CLAVES:

Depresión, adolescentes, escala de valoración.

INTRODUCCION

En este trabajo intentamos profundizar en los aspectos depresivos de los adolescentes estudiados mediante el Cuestionario de Depresión Infantil de Rodríguez-Sacristán y Cardose (CEDI).

En un primer trabajo que ya sido Publicado por esta revista en el volumen II del año 1984 titulado: «Nivel de Depresión en escolares gallegos», estudiamos los resultados obtenidos por los adolescentes entre 11 y 15 años de edad y de ambos sexos, ante este cuestionario, al mismo tiempo que valorábamos la relación entre la puntuación obtenida y la existencia o no de fracaso escolar. Finalmente planteábamos un análisis descriptivo somero, del tipo de respuestas elegidas con mayor frecuencia por los adolescentes deprimidos.

En el presente trabajo nuestro objetivo ha sido profundizar en este último aspecto intentando averiguar a expensas de qué ítems, dentro del cuestionario, se producen las elevaciones de pun-

BIBLIOGRAFIA

1. BIRLESON, P.: «The validity of depressive disorder in childhood and development of a self-rating scale: A research report», *J. Child Psychology and Psychiatry*. Edimburgo, 1981, 22/1 (73-87).
2. KANDEL, D. E. et al.: «Epidemiology of depressive mood in adolescents. An empirical study». *Gen. Psychiatry*, Nueva York, 1982, 39/10 (1205-1212).
3. KAZDIN, A. E. et al.: «Self-report and interview measures of childhood and adolescents depression». *J. Child Psychology and Psychiatry*. Pittsburg, 1982, 23/4 (437-455).
4. ROBBINS, D. R. et al.: «The use of the research diagnostic criteria for depression in adolescent psychiatric inpatients». *J. Am. Acad. Child. Psychiatr.* Michigan, 1982, 21/3 (251-255).

NOSOLOGIA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

M. C. Ballesteros Alcalde, V. Conde López y
G. Rodríguez Carretero

X REUNION DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA BIOLÓGICA.
Participación a la II Ponencia sobre «Aspectos clínicos-biológicos de los trastornos afectivos».
Santiago de Compostela, 4 y 5 noviembre 1983.

Palabras claves:

Nosología de las depresiones infanto-juveniles
Clasificaciones de los trastornos afectivos (T.A.)
Trastornos afectivos infantiles juveniles

Key words:

Nosology of child-depression
Classifications of child disorders (A.D.)
Affective disorders in Child and Young Psychiatric

Fecha de envío: 14 de marzo de 1985

1. INTRODUCCION HISTORICO Y CONCEPTUAL

1.1. Introducción a la problemática de la nosología en paidopsiquiatría

Numerosos autores se han preocupado de los sistemas clasificatorios en paidopsiquiatría (Achenbach, Ackerson, Freedman, Jenkins y Glicman, Spitzer y Rutter), fundamentalmente después de la aparición del paidopsiquiatra, el cual no estaba tan condicionado como sus predecesores, los «psiquiatras de adultos que trataban niños», en gráfica expresión de Mendiguchia (1982). Antes de mediados de nuestro siglo la nosología psiquiátrica infantil prácticamente no existía como tal, limitándose a des-

cripciones nosográficas aisladas, tratando de encontrar en los niños las características que hacían semejantes sus cuadros psicopatológicos a los padecidos por los adultos. Sin embargo, parece indudable que existan diferencias entre unos y otros; así, Achenbach (1966), señaló una serie de ellas, a las que se pueden añadir tantas como constructos y modelos conceptuales haya en un momento histórico determinado sobre el enfermar en las primeras edades de la vida, en sus diversas aproximaciones psicopatológicas. Por ejemplo, y en primer lugar, el niño acude a consulta por voluntad de los adultos y, rara vez, contribuye voluntaria y conscientemente al proceso diagnóstico y a las indicaciones terapéuticas. El diagnóstico clínico se basa, cotidianamente, sobre todo, en

observaciones provenientes de los padres, maestros y médicos y no sobre los informes que el paciente infantil da sobre sí mismo, lo que constituye la base fundamental de un diagnóstico en los adultos. En segundo lugar, la mayoría de los trastornos psicopatológicos generales de los adultos no tienen una trasposición a la infancia. Para el citado autor la falta de relaciones entre los principales cuadros psiquiátricos que se observan en la infancia y en la edad adulta constituyen un argumento contra la aplicación apriorística en los niños de concepciones diagnósticas realizadas y para el adulto. Por último, la psicopatología de los adultos puede evaluarse en relación con criterios de interferencia en el funcionamiento social, psicológico y biológico. En los niños debe tenerse en cuenta, además el desarrollo, el crecimiento, la maduración y el estadio de evolución en que se encuentre en un momento dado, siendo a veces más importante que los síntomas en sí, la ausencia de una conducta adaptativa y la falta de progreso de una o más dimensiones del desarrollo, por lo que el paidopsiquiatra debe buscar no solamente la remisión de los síntomas sino, también, y de una forma más radical, el progreso en el desarrollo tanto cognitivo como social y emocional del niño. Por todo ello, Achenbach sugiere que la psicopatología infantil podría exigir un marco nosológico de referencia diferente al empleado en psiquiatría de otras edades de la vida, todo lo cual tampoco parece específico, aunque sí diferencial, de cualquier etapa de la vida humana en la que los procesos de evolución o involución se imbriquen en lo psiquiátrico como ocurre en gerontopsiquiatría.

Mendiguchia (1982), más recientemente, cuando se plantea el problema de la nosología, considera dos factores fundamentales que diferencian a los ni-

ños de los adultos. Por una parte el factor temporal, ya que al ser el niño un ser en evolución los síntomas que aparecen un día de determinada manera pueden cambiar rápidamente y aún desaparecer a veces espontáneamente, por un proceso de maduración o por el influjo de fuerzas ambientales; el mismo concepto de lo patológico se modifica cuando se tiene en cuenta la edad del niño. En segundo lugar, las fronteras entre los diversos cuadros nosológicos, relativamente delimitados en el adulto, no lo están en el niño. A aquí precisamente surge una de las raíces del diagnóstico nosológico y semiológico por criterios observacionales —directos o indirectos—, así como multiaxiales, con objetivos pragmáticos de incrementar significativamente la fiabilidad, validez y estabilidad diagnóstica. Los mismos conceptos de salud y enfermedad, muy relativos al aplicarlos a los adultos, tienen en paidopsiquiatría un sentido más indeterminado en su definición, designación, denotación, connotación y, frecuentemente, pasan desapercibidos o son sobrevalorados, dependiendo de la tolerancia del medio ambiente, tanto familiar como escolar o social entre otras cosas, a veces más que el propio cuadro clínico. Sin ánimo de entrar en polémica sobre la necesidad de profundizar en una paidopsicopatología fenomenológica y analítico-existencial y, nuevamente, a modo de ejemplo, algo semejante ocurre con «ser» y «estar enfermo», «ser depresivo» y «estar deprimido», «ser un distímico» y «estar disfórico», etc.

Otro autor español, L. Martín Santos, en la VI Reunión de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil en 1958, refiriéndose al problema de la nosología en paidopsiquiatría se preguntaba de qué manera la obsesión taxonómica por «la especie morbosa» que tanto preocupaba a la psiquiatría de adultos de la época,

había favorecido o estorbado al desarrollo de la paidopsiquiatría, suministrando pautas válidas de trabajo o más bien simples lechos de procusto en los que era necesario introducir al niño a la fuerza, deformándole y haciéndole perder su originalidad. Son cuestiones que aún quedan sin respuesta, aunque sí cada vez mejor planteadas tanto lógica como clínicamente.

Pese a todos estos problemas, se han hecho intentos de clasificación, y uno de los primeros fue realizado por Ackerson, en 1942, que utilizó métodos estadísticos para obtener correlaciones entre los problemas de conducta observados en los niños, logrando un número tan alto de ellas —superaban las siete mil— que resultaba enormemente complejo para ser utilizado en la práctica clínica habitual y con poco interés en relación a los T.A.

En 1946 Jenkis y Glickman (Tabla I), combinando criterios estadísticos y clínicos obtuvieron cinco síndromes para ambos sexos: hiperinhibido, delincuente social, agresivo no socializado, con lesión cerebral y esquizoide.

El Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría publicó en 1952 el DSM-I, pero sin mencionar los trastornos psíquicos en la infancia. En 1966 la misma Asociación Americana de Psiquiatría a través de su grupo para el Avance de la Psiquiatría (GAP) (Tabla II), en

TABLA II

COMITE DE PSIQUIATRIA INFANTIL DEL GRUPO PARA EL AVANCE DE LA PSIQUIATRIA (Nueva York, 1966)

1. Respuestas sanas:
 - Crisis del desarrollo.
 - Crisis situacionales.
2. Desórdenes reactivos.
3. Desviaciones del desarrollo.
4. Desórdenes psiconeuróticos:
 - Neurosis ansiosa.
 - Neurosis conversiva.
 - Neurosis disociativa.
 - Neurosis obsesivo-compulsiva.
 - Neurosis depresiva.
 - Neurosis traumática.
5. Trastornos de la personalidad:
 - Personalidad compulsiva.
 - Personalidad histérica.
 - Personalidad ansiosa.
 - Personalidad sobredependiente.
 - Personalidad opositorista.
 - Personalidad sobreinhibida.
 - Personalidad sobreindependiente.
 - Personalidad esquizoide.
 - Personalidad desconfiada.
 - Desórdenes de descarga de tensión.
 - Personalidad neurótica.
 - Desviación sexual.
6. Psicosis:
 - De la temprana infancia.
 - Autismo.
 - Simbiosis.
 - De la latencia.
 - Esquizofrenia.
 - Otras.
 - De la adolescencia.
 - Esquizofrenia.
 - Otras psicosis.

TABLA I

SINDROMES PAIDOPSIQUIATRICOS CLINICO-ESTADISTICOS SEGUN JENKINS Y GLICKMAN (1946)

1. Síndrome hiperinhibido
2. Delincuente social
3. Síndrome agresivo no socializado
4. Síndrome esquizoide

TABLA III

**TERCER SEMINARIO DE LA O.M.S.
(París, 1967)**

- 0.0. Variaciones normales.
 1. Reacciones adaptativas.
 2. Trastornos específicos del desarrollo.
 - 2.1. Hipercinesia.
 - 2.2. Trastornos de la palabra y el lenguaje.
 - 2.3. Otras dificultades específicas del aprendizaje.
 - 2.4. Dispraxia de evolución (o torpeza anormal).
 - 2.5. Enuresis (como síntoma aislado).
 - 2.6. Encopresis (como síntoma aislado).
 - 2.7. Tics.
 - 2.8. Tartamudez.
 3. Trastornos del comportamiento.
 4. Trastornos neuróticos.
 5. Psicosis.
 - 5.1. Psicosis infantil temprana.
 - 5.2. Psicosis desintegrativa.
 - 5.3. Esquizofrenia.
 - 5.4. Otras psicosis.
 6. Trastornos de la personalidad (desviaciones sexuales).
 7. Trastornos psicósomáticos.
 8. Otros síntomas clínicos.
 - 8.1. Estado confusional agudo.
 - 8.2. Demencia.
 - 8.3. Síndrome de Guilles de la Tourette.
 - 8.4. Anorexia nerviosa.
 - 8.5. Cualquier otro síndrome clínico.
 9. Trastornos caracterizados por subnormalidad mental únicamente (no encuadrable en ninguno de los síndromes anteriores).
-

su Sección de Psiquiatría Infantil, propone una clasificación con seis categorías diagnósticas, dentro de las cuales los T.A. podían incluirse en los desórdenes reactivos y en los psiconeuróticos, donde se integran las neurosis depresivas.

De la misma manera la O.M.S. en la Sección 5ª de su clasificación (1960) no disponía de un sistema apropiado para los trastornos psiquiátricos infantiles, y por ello el Comité de Expertos de dicha organización en la Reunión celebrada dicho año, observando tal carencia, expuso la necesidad de una clasificación conjunta para la infancia. El Tercer Seminario de la O.M.S. celebrado en París en 1967 propuso ya una clasificación de los trastornos paidopsiquiátricos (Tabla III). En dicha clasificación del T.A., fundamentalmente los depresivos, podrían incluirse en las reacciones adaptativas y trastornos neuróticos. En 1968 en la 8ª revisión aparecen por primera vez varias, escasas, categorías diagnósticas dedicadas a la infancia, algunas de ellas referentes ya a T.A.

Con la misma perspectiva histórica en los albores de la década de los 70 y desde un sistema teórico diferente, A. Freud elaboró una clasificación de trastornos paidopsiquiátricos (Tabla IV). En este contexto los trastornos afectivos resultan de cambios en la economía de la libido o dirección de la catexis.

Rutter en 1978, sienta los principios básicos para una buena clasificación multiaxial en Psiquiatría Infantil. Posteriormente Achenbach (1980), Spitzer y Cantwell (1980), vuelven a ocuparse del tema de la nosología, al considerar las aportaciones del DSM-III a la clasificación en paidopsiquiatría, aspectos evaluados posteriormente.

La Sociedad Americana de Psiquiatría, ya había publicado el DSM-II (1968), donde se describían trastornos más es-

pecíficos de la niñez y adolescencia, aunque los afectivos tenían que incluirse en las mismas categorías que los de los adultos. En 1980, hito histórico para el estudio de los trastornos afectivos contemporáneos, antes, y actuales a partir de la celebración de la Reunión

de Paidopsiquiatras de la Unión Europea (Estocolmo), el DSM-III se mantiene en la misma línea y señala explícitamente que los trastornos afectivos en el niño se diagnosticarán siguiendo los mismos criterios que en el adulto (Tabla V). En este Manual existen ya cate-

TABLA IV

CLASIFICACION PSICOANALITICA DE LOS TRASTORNOS PAISOPSIQUIATRICOS SEGUN A. FREUD (1970)

1. Síntomas que resultan de una no-diferenciación entre procesos somáticos y psicológicos: enfermedades psicosomáticas.
 2. Síntomas que resultan de formaciones de compromiso entre el ello y el yo: neurosis.
 3. Síntomas que resultan de la irrupción del ello en el yo: psicosis y/o delincuencia.
 4. Síntomas que resultan de cambios en la economía de la libido o dirección de las catexis:
 - Megalomanía.
 - Descuido del cuerpo.
 - Estados depresivos.
 - Despersonalización.
 - Hipocondría.
 5. Síntomas que resultan de cambios en la cualidad o dirección de la agresión:
 - Inhibiciones.
 - Fallas en el juego, aprendizaje.
 - Autoagresiones.
 - Explosiones agresivas.
 6. Síntomas que resultan de regresiones sin defensas:
 - Infantilismo.
 - Pseudodebilidad.
 - Sobredependencia.
 - Rasgos pasivo-femeninos.
 - Ineficiencia.
 7. Síntomas que resultan de causas orgánicas.
-

gorías diagnósticas para los trastornos de inicios en la infancia, la niñez o la adolescencia.

1.2. Introducción histórica y conceptos básicos sobre las divisiones, ordenamientos y clasificaciones de los trastornos afectivos en paidopsiquiatría

Es típico referirse al IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras como el comienzo de una preocupación

por los trastornos depresivos del niño que llevaría a la programación de estudios más sistematizados; esta fecha, 1971, marca un hito importante en la aproximación científica a estos trastornos de los que ya se encontraban referencias muchos años atrás. Estados de excitación y de depresión fueron señalados en 1852 por Delasieuvre. Moreau de Tours (1888), refería que el niño, a partir de los 7 años podía presentar una clara excitación maníaca o por el contrario una manifiesta depresión, y así mismo Griesinger (1867), refiriéndose a

TABLA V

	DSM-II (1968)	DSM-III
Trastornos mentales orgánicos		292.84 Trastornos afectivos por alucin. 293.83 Síndrome afectivo orgánico
Trastornos esquizofrénicos	295.70 Esquizofrenia tipo esquizoafectivo 295.73 Esquizofrenia tipo esquizoafectivo agitado 295.74 Esquizofrenia tipo esquizoafectivo depresiva	295.70 Trastornos esquizoafectivo 295.XX Esquizofrenia con trastorno afec. atípico superpuesto
Trastornos afectivos mayores	296.10 Enfermedad maniaco-depresiva tipo maniaco 296.20 Enfermedad maniaco-depresiva tipo depresivo 296.30 Enfermedad maniaco-depresiva tipo circular 296.33 Enfermedad maniaco-depresiva tipo circular, maníaca 296.34 Enfermedad maniaco-depresiva tipo circular, depresiva	296.4X Trastorno bipolar maniaco 296.2X Depresión mayor: 1 ^{er} episodio 296.3X Depresión mayor recurrente 296.5X Trastorno bipolar depresivo 296.6X Trastorno bipolar mixto
Otras psicosis	298.00 Reacción psicótica depresiva	
Trastornos neuróticos	300.40 Neurosis depresiva	300.40 Trastorno distímico
Trastornos adaptativos	307.00 Reacción adaptativa infantil 307.10 Reacción adaptativa de la niñez 307.20 Reacción adaptativa de la adolescencia	309.00 Trastorno adaptativo con estado ánimo depresivo 309.28 Trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos

la posibilidad de encontrar estados depresivos en la infancia, afirmaba: «También las formas melancólicas aunque decididamente menos corrientes, se producen en la niñez en todas sus variantes». Kraepelin (1921), señala que «En raros casos (0,4%) de la enfermedad maniaco-depresiva, los comienzos pueden encontrarse antes de los 10 años»; este mismo hecho es señalado por Breuler en 1936, y mucho antes lo había sido por Esquirol. En la década de los cuarenta al alcanzar la paidopsiquiatría su autonomía, las opiniones sobre la posibilidad de existencia de estos trastornos, son a veces contrapuestas. Así Kanner (1946) mantiene que los trastornos afectivos tales como la psicosis maniaco-depresiva son bastantes raros antes de la pubertad, y otros como Rice (1944), Olkon (1945) y Campbell (1952) siguen las opiniones clásicas de la posibilidad de su existencia ya en la infancia. En 1952, el interés por estos trastornos se pone de manifiesto con la publicación de un número monográfico en «The Nervous Child» sobre la enfermedad maniaco-depresiva en la infancia. Consideración aparte merece el camino seguido por los trastornos depresivos, desde que Spitz en 1945 publicó sus observaciones sobre las depresiones precoces de los niños a los que separaban de su madre y que denominó en un término que ha quedado clásico **Depresión anaclítica**. Bowlby (1951) describió unos cuadros «con gran parecido a los síndromes depresivos» determinados por la carencia de cuidados maternos, caracterizados por una disminución de interés en la comunicación, apatía, inhibición, pobre reactividad, abatimiento y tristeza. Aubry denominó «síndrome de estabulación hospitalaria» a un cuadro similar al anterior que aparecía en los niños que cambiaban frecuentemente de hogar. A partir de estos trabajos referidos a niños de

edades muy cortas fue generalizándose la opinión de la posibilidad de existencia de trastornos depresivos durante la segunda infancia y prepubertad, y a partir de 1960 crece el interés por los trastornos depresivos en los niños quizá por la convergencia histórica de tres grandes procesos, que fructifican posteriormente. En primer lugar, la madurez del sistema pedagógico-psicoanalítico, que prácticamente es el único capaz de proporcionar una concepción coherente de la etiopatogenia médico-psicológica y paidopsiquiátrica, cristalizando en las obras de A. Freud y su escuela. Al mismo tiempo, los desastres de la guerra exigen dar respuesta en la práctica clínica cotidiana al sufrimiento humano y especialmente al dolor de los niños huérfanos, abandonados, vagabundos, marginados, desenraizados, emigrantes, que sufren todas y cada una de las pérdidas posibles que se han descrito como causas de depresiones. En tercer lugar, con la aparición de la psicofarmacología en 1952, surge la última revolución psiquiátrica que permite el nacimiento primero, y el desarrollo posterior de una paidopsiquiatría biológica, que junto con los avances de la psicología genética y evolutiva se constituirían en las raíces actuales de nuestro quehacer.

Posteriormente se han ido multiplicando los trabajos acerca de estos trastornos afectivos observándose una serie de dificultades en su diagnóstico siendo quizás la principal el delimitar unos criterios nosológicos y nosográficos ya que la consideración del niño como un ser en constante evolución afectiva y cognitiva hacía difícil mantener unos criterios estables y válidos para todas las edades. Han sido numerosos los propuestos, valga como ejemplo la relación de los publicados en la década de los sesenta: Toolan (1962), Sandeler y Joffe (1966), Frommer (1968), Ling,

Ofiedal y Weinberg (1970), Poznanski y Zrull (1970), Malmquist (1971), Nissen (1971), Barwin (1972), Arajarvi y Huttunen (1972), Vranjesevicradojivic, Bum-basirevicitodorovic (1972), Huhn y Kuhn (1972), Connell (1972), Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick y Dietz (1973), McComville, Boag y Purchit (1973), Cytrin y McKnew (1974) y Renshaw (1974). A todos ellos hemos de añadir los incluidos en la sección 5.^a de la C.I.E. en su 8.^a y 9.^a revisión así como los del DSM-II y DSM-III. Como conclusión, se podría considerar la década de los cuarenta como la de maduración de los sistemas psicodinámicos, la de los cincuenta el descubrimiento y avances de la psicofarmacología y la de los sesenta se caracteriza por la búsqueda de criterios diagnósticos, fiables, válidos y estables, que culmina, por el momento, en los intentos de clasificaciones multiaxiales y glosarios de referencia clínica.

2. CLASIFICACIONES ACTUALES DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

Se entiende habitualmente por **nosología** los sistemas de división, ordenamiento y clasificación metódicos de las enfermedades, con objeto de establecer las características distintivas y diferenciales que permitan su investigación, designación, conceptualización, diferenciación, predicción, control, etc. Por **nosografía**, la descripción metódica de las enfermedades y extensivamente de los síndromes, complejos nosológicos, agrupamientos semiológicos, etc. Por **taxinomia, taxonomía o biotaxia** se entiende la división, discriminación o distribución de los elementos clínicos —cualesquiera que sea su nombre y valgan como ejemplo: trastor-

nos, alteraciones, perturbaciones— entre un cierto número de clases, habitualmente de forma disyuntiva con objeto de establecer un ordenamiento jerárquico, habitualmente de tipo estático, hasta intentar llegar a clasificaciones cada vez más sistemáticas en las cuales las diversas formas de clases se encuentran vinculadas por una o más relaciones que denotan, a su vez, relaciones con la realidad, en nuestro caso y de la forma más natural y menos subjetiva posible; en último extremo, todo sistema taxonómico más que una teoría o sistema de proposiciones es un sistema de conceptos y un conjunto de hipótesis asociado al sistema conceptual, que se utilizan para establecer la clasificación pero no se presentan en la misma; de aquí las dificultades en establecer tales sistemas taxonómicos en medicina en general y en psiquiatría en particular, y la confusión provocada en este campo por la imposibilidad de dilucidar y precisar conceptos; de aquí también que las obras actuales al uso traten más de «clasificaciones» que de sistemáticas o de taxonomías, al ser aquellas mucho menos categóricas y comprometedoras.

Sin más pretensiones, por el momento, que las derivadas de establecer un conjunto de aproximaciones nosológicas relevantes en nuestra actividad cotidiana, a continuación se resumen las nosologías fundamentadas en modelos de desarrollo genético-evolutivos, psicodinámicos, clínico-fenomenológicos y fenoménicos, «adultomorfas», neurobiológicas, psicométricas y conductistas.

Somos conscientes de las limitaciones de esta primera aproximación, de las dificultades en establecer una lógica jerarquizada y real y de la imposibilidad de agotar un ámbito bibliográfico que crece exponencialmente en las últimas décadas. Sólo la conjunción de los esfuerzos en investigación básica y

aplicada al servicio de nuestra práctica paidopsiquiátrica, permitirá contrastar nuestra experiencia real con la foránea. Valga como ejemplo, nuestra impresión de encontrarlo en una región de baja frecuencia de trastornos depresivos, en general, y paisopsiquiátricos, en particular; se podría establecer un conjunto de hipótesis, en función de las cuales el niño promedio castellano tendría, en su caso, una dotación biopsicológica común a la de otras regiones y países, pero con el desarrollo se troquelarían formas de aparición y expresión clínicas que no se ajustan a los patrones, modelos y criterios descritos en los últimos años.

2.1. **Nosologías basadas en sistemas y teorías del desarrollo genético-evolutivo y psicodinámico**

Al enfrentarnos con el problema de los trastornos afectivos en la infancia, siguiendo un modelo genético-evolutivo, es obligado comenzar por los trabajos de M. Klein, quien siguiendo a Abraham en su división de la fase oral en dos períodos: oral de succión y oral agresivo, formuló su teoría sobre la evolución de la libido en el primer año de la vida del niño. A la llamada por ella **posición esquizo-paranoide**, que abarcaría los 6 primeros meses de la vida del niño, seguiría la **posición depresiva**, en la que éste es capaz de vivir a su madre como «objeto total», fuente tanto de frustraciones como de gratificaciones, pudiendo ya sentir agresión ante dichas frustraciones, a las que reaccionaría con sentimientos de culpa y necesidad de reparación. La adecuada superación de ambas posiciones, supondría el primer paso hacia una madurez de la personalidad; consecuentemente, esta posición depresiva no implica trastorno

mental alguno sino, al contrario, un **estado evolutivo** normal.

En esta misma línea, algunos autores han insistido en la depresión durante la infancia como expresión emocional de un **estado fundamental y primario del yo**, que surge cuando el individuo se siente incapaz de obtener gratificaciones suficientes para mantener su equilibrio narcisista (Bibring, 1953). De la misma manera Hartmann (1964), postula que la capacidad para deprimirse en una medida apropiada a la causa originaria, es un importante **índice de salud**, y debe ser expresada por el niño normal a lo largo de su desarrollo como respuesta a pequeñas frustraciones, separaciones cortas y leves disminuciones de su autoestima. Sandler y Joffe (1965), describieron la depresión como un **afecto básico negativo** que aparece cuando se pierde un estado de bienestar, considerándola como una respuesta psicobiológica que, siguiendo a una privación, puede ser canalizada normalmente buscando nuevas fuentes de bienestar; por último, Arietti (1973) acepta también la existencia de la tristeza como una reacción a la privación que puede tener un objetivo beneficioso, alertando al individuo a buscar otros modos de obtener gratificación y estima. Es el fracaso en esta tarea lo que llevaría a la aparición de la depresión como episodio clínico.

Siguiendo el punto de vista evolutivo, R. Spitz describe el cuadro, ya clásico, de la **Depresión Anaclítica** que sobrevendría cuando la separación de la madre sucede en la segunda parte del primer año de la vida del niño, en que pasada la crisis de angustia o fobia —al extraño, el niño es capaz de reconocer a su madre como un «objeto» diferenciado y distinto del resto de las personas. La pérdida de la madre en este período, conlleva un riesgo decisivo para el funcionamiento del Yo, dando lugar

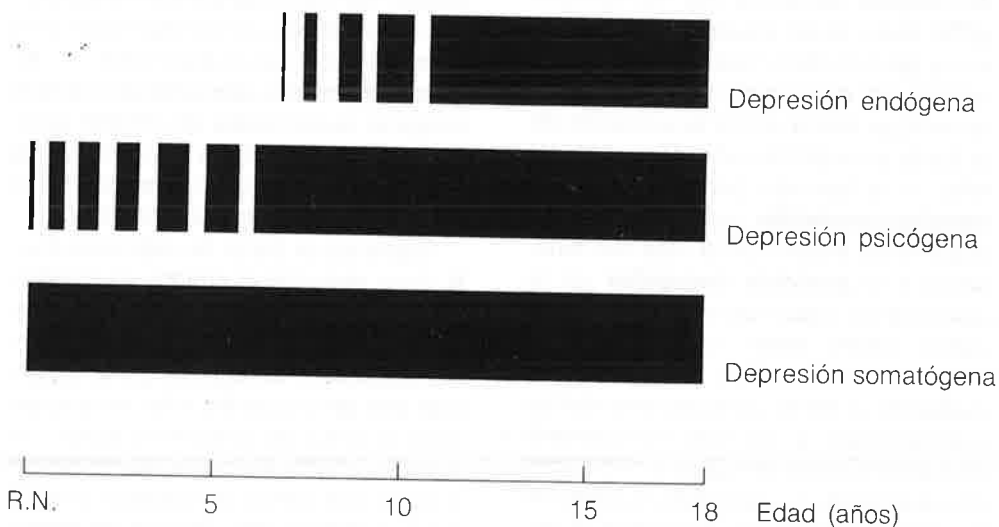
a los síntomas que dicho autor describió, característicos de este tipo de depresión. Aunque este cuadro ha sido criticado posteriormente por algunos autores, que lo consideran debido simplemente a carencia de estímulos, tiene la importancia de haber sido el primer estudio sobre las reacciones del niño a frustraciones afectivas precoces. Asimismo Nissen (1978), considera que ya en épocas muy precoces de la niñez pueden aparecer depresiones que él incluye entre las somatógenas, encuadrándose en ellas ciertos cuadros que más tarde se diagnosticarán de **depresión psicopática** (Figura 1).

Posteriormente, alrededor de los dos años de la vida del niño, se han descrito las depresiones de separación, fun-

damentalmente estudiadas por Bowlby, que consideraba su evolución de la siguiente manera: una primera fase de «protesta», que sigue inmediatamente a la pérdida, en la que el niño expresa su pena con llanto y llamadas a la madre, sin que otras personas le sirvan de sustituto materno. Le sigue la fase de «depresión», en la que cesan las quejas presentando una apariencia de patía y pena, sin responder a otras personas en sus demandas afectivas para, posteriormente, aferrarse excesivamente a alguna de ellas. Terminaría la elaboración de la pérdida con la fase de «despegamiento», en la que aparece más alegre, despreocupado, aceptado el afecto de los demás y estableciendo nuevas relaciones.

FIGURA 1

CRONOPATOGRAMA DE LAS FORMAS DE APARICION DE LAS DEPRESIONES SOMATOGENAS Y ORGANICAS, PSICOGENETICAS Y ENDOGENAS FASICAS UNIPOLARES O BIPOLARES NISSEN 1978



Aparentemente, termina con una vuelta a la normalidad pero con una mayor vulnerabilidad ante nuevas pérdidas.

Como el negativo de las descripciones de Bowlby, M. Mahler (1961), comunicó sus observaciones respecto a los niños que mostraban una gran dificultad para separarse de su madre y

que, sin embargo no parecen obtener gratificación en esta relación. Son niños sometidos y resignados, que aparecen como descontentos, enfadados, inhibidos y sin la «exuberancia» que generalmente muestran los niños en la primera infancia; sin observarse síntomas depresivos francos, tenían, en su opinión,

FIGURA 2

**DEPRESIONES DEPENDIENTES DE LA SOCIALIZACION EN LA INFANCIA
SEGUN G. NISSEN (1976)**

Edad	
15	Depresión de maduración.
14	
13	
12	Depresión neurótica.
11	
10	
9	Depresión de sobrecarga.
8	
7	
6	
5	
4	Depresión inducida.
3	
2	Depresión de la separación.
1	Depresión anaclítica.
R. N.	

un alto riesgo de presentar más tarde alteraciones afectivas.

Nissen (1976) sitúa las depresiones por separación alrededor de los dos años de la vida del niño. Este mismo autor describe la, llamada por él, «depresión inducida» en niños cuyas madres sufren cuadros depresivos, considerándola como una trasposición de estos síntomas a su hijo. (Figura 2)

Llama la atención que fueron autores de la Escuela Psicoanalítica los que describieron cuadros depresivos en los primeros años de la vida del niño y, posteriormente, otros autores, psicoanalistas también, negaron la posibilidad de la existencia de depresión en la infancia, basándose solamente en formulaciones teóricas. Así, Rochlin (1959) mantenía que si la melancolía era el resultado de un conflicto intrapsíquico derivado de un Super-Yo punitivo, era lógico pensar que los niños al carecer de un Super-Yo estructurado no podían sufrir sentimientos depresivos. Posteriormente, RIE (1966) considerando, dentro de la psicología del Yo, la depresión como una pérdida de autoestima motivada por la discrepancia entre el Yo

Ideal y el Sí Mismo (self) real, dado que los niños carecían de una autoimagen ideal estable, serían inmunes a la depresión. Arieti postuló una jerarquía de las emociones en la que la depresión sería un estado emocional de orden superior, que requiere un alto nivel cognitivo y social. Aunque estas ideas frenaran durante un tiempo los estudios sobre depresiones, desde el punto de vista dinámico, clínicamente era imposible negar la evidencia de su existencia y siguieron describiéndose cuadros depresivos en niños. Las que tienen lugar en la edad escolar fueron estudiadas por numerosos autores, algunos de los cuales como Cytryn y McKnew (1972) las clasificaron en tres tipos: **agudo, encubierto y crónico**, cuyas características se resumen en la Tabla VI.

McConville y cols. proponen una clasificación, teniendo en cuenta la edad del niño, en tres grupos: de los 6 a los 8 años, al que denominan «tipo afectivo», ya que se expresa fundamentalmente en sentimientos de tristeza y desamparo; un segundo grupo, de los 8 a los 10 años, en el que lo predominante es la negativa autoestima con inten-

TABLA VI

CLASIFICACION DE LAS REACCIONES DEPRESIVAS EN LA INFANCIA MEDIA
SEGUN CYTRYN Y MCKNEW (Año 1972)

Tipo	Frecuencia	Desencadenante	Adaptación premórbida	Patología familiar
Agudo	Bastante común	Pérdida reciente	Bien adaptado	Benigna
Encubierto	Muy frecuente	Ninguno	Grave, acting-out variado	Psicopatía grave
Crónico	Raro	Ninguno	Adaptación marginal	Padres deprimidos; separaciones tempranas frecuentes

escolar

tos sentimientos de desvalorización y de no ser querido, y un tercer grupo, a partir de los 10 años, en que ya se expresan, verbalizándose, ideas de culpabilidad y autodestrucción.

En estas edades, Nissen sitúa la **depresión por sobrecarga o depresión escolar**, con un importante condicionamiento sociológico, relacionándose con determinados substratos sociales, anómalo comportamiento de los maestros y nefastas reformas educativas; hace hincapié en el aumento de los suicidios en niños en edad escolar desde que la enseñanza se declaró obligatoria, aunque este hecho pudiera tener otras causas ajenas a la problemática escolar. Estas «reacciones de sobrecarga», según Mierke evolucionan en la infancia siguiendo tres fases: agresión, regresión y restitución. En la primera se objetiva una actividad excesiva, quizás como mecanismo de sobrecompensación, pero sin un objetivo adecuado; en la fase de regresión se observa inhibición, disminución del rendimiento y restricción en la esfera de intereses. En su opinión del autor esto, protegería al niño de una conmoción destructiva, facilitando la última fase de restitución. (Figura 3)

A partir de esta edad, aproximadamente los 10 años, pueden aparecer otros tipos de depresiones similares a las de los adultos: orgánica y sintomáticas, endógenas fásicas, constitucionales, etc. siendo las de los años anteriores, fundamentalmente psicógenas. (Figura 4)

Concluyendo la evolución de la infancia, ya en la adolescencia se han descrito las **depresiones de maduración**, llamadas por algunos autores psicoanalíticos, Lebovici entre otros, **depresiones de inferioridad**, en relación con la turbulencia de esta época debida a las dificultades en encontrar la identidad del yo, en responder a las exigencias pa-

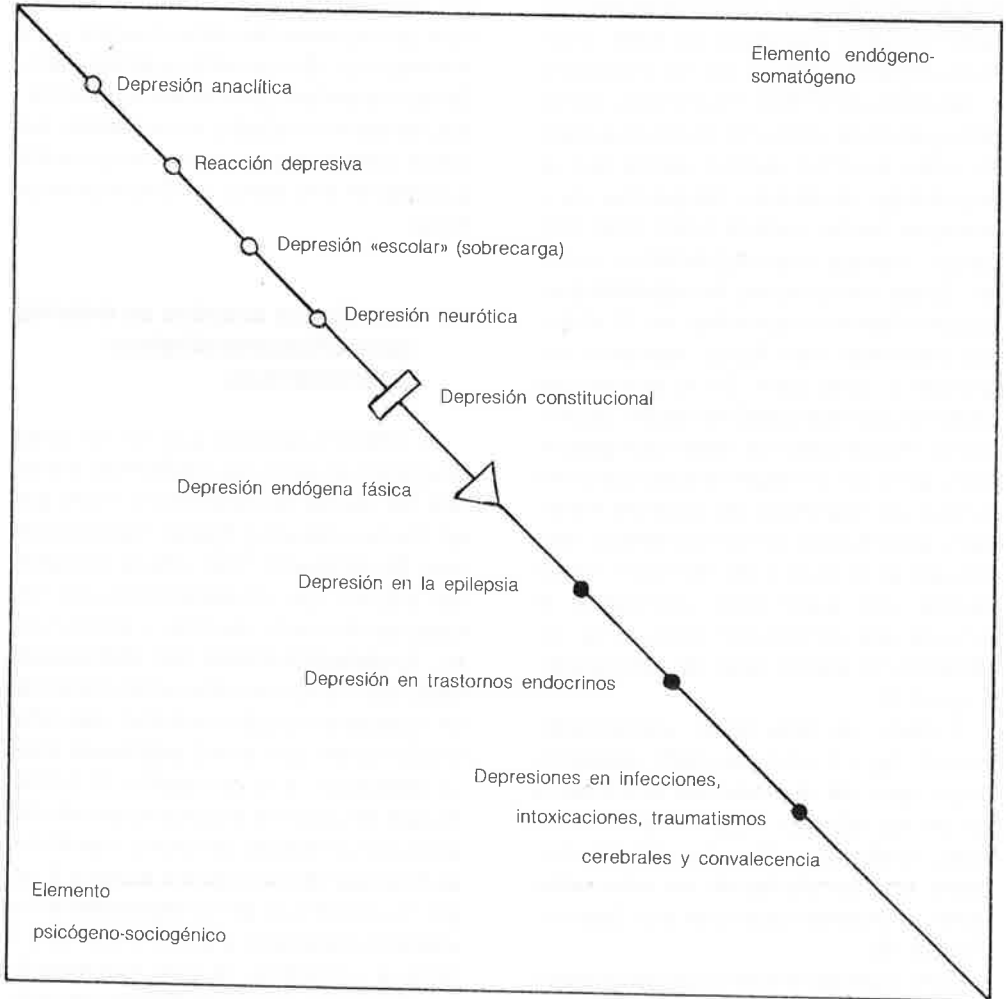
ternas y por los problemas de identificación. Akiskal (1980-83), refiriéndose a las depresiones crónicas las divide en cuatro subgrupos, uno de los cuales, que él denomina **carácter spectrum**, comenzaría en la infancia o adolescencia, seguiría un curso intermitente, apareciendo en personalidades dependientes, histriónicas o sociopáticas, siendo nula la respuesta de estos cuadros a los timolépticos. En los antecedentes familiares presentan con frecuencia trastornos de personalidad y alcoholismo, así como padres separados o divorciados o cualquier otro grado de disarmonía familiar.

2.2. Nosologías basadas en criterios clínico-fenomenológicos y fenoménicos

El DSM-III explicita que los criterios diagnósticos para los trastornos afectivos han de ser los mismos en niños que en adultos con muy ligeras modificaciones. Sin embargo, han sido numerosos los autores que interesándose por los cuadros afectivos del niño y adolescente, fundamentalmente los depresivos, describen síntomas diferentes teniendo en cuenta el estadio evolutivo del niño, lo que daría lugar a una expresión clínica diferentes a la del adulto. El hecho de que en algunas edades no pueda observarse un estado de ánimo claramente disfórico lleva a algunos autores a negar la existencia de la depresión en la infancia (Lefkowitz y Burton, 1978), y a otros a considerar la casi totalidad de los trastornos psicopatológicos de la infancia como posible expresión de un trastorno afectivo. De ahí la enorme diferencia entre las cifras dadas respecto a la incidencia de estos trastornos en la infancia y que varían del 1,6% (Nissen) o 3% (Weber) al 25% (Toolan y Frommer). Dadas las especiales ca-

FIGURA 3

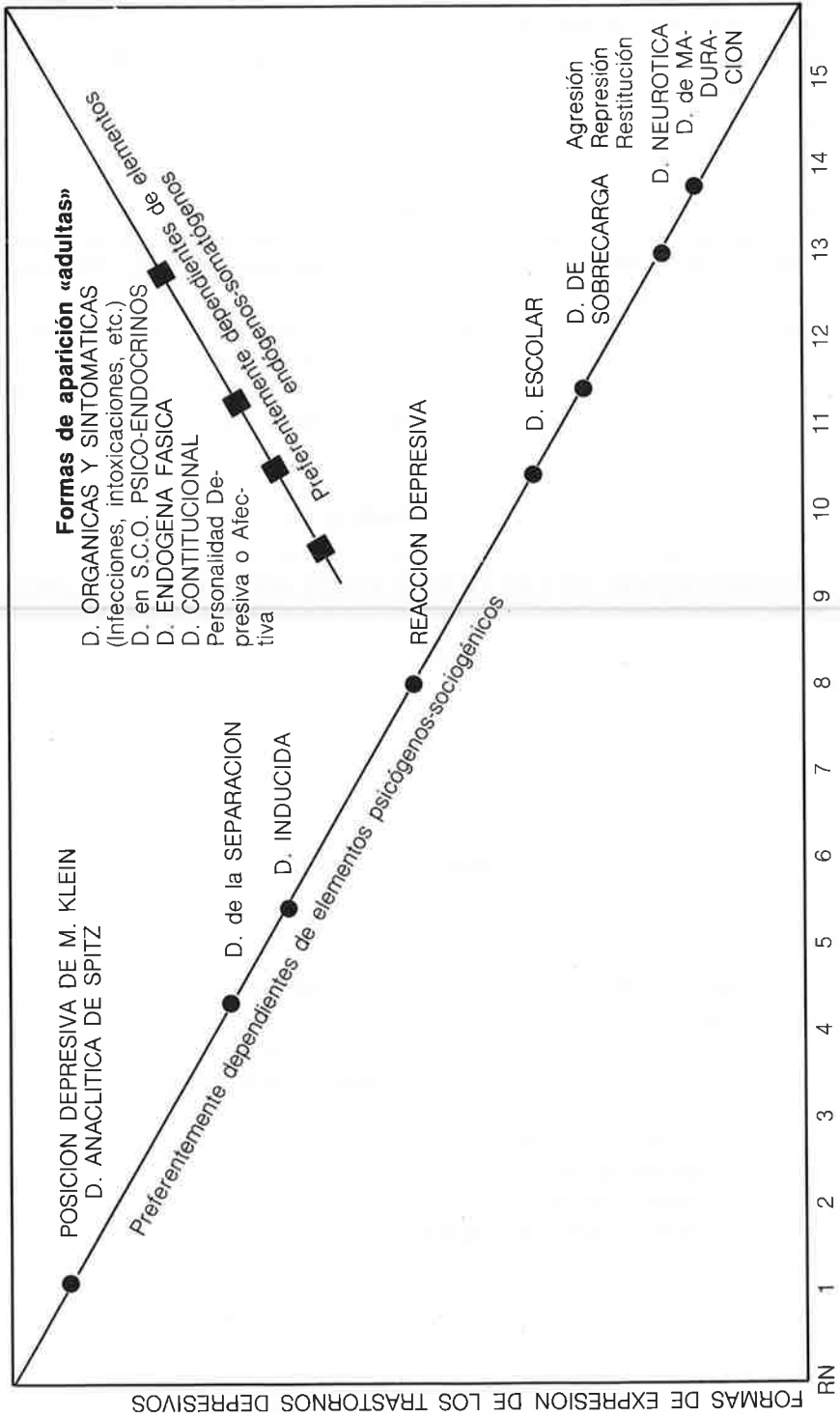
ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL DE LAS DEPRESIONES EN LA INFANCIA SEGUN G. NISSEN (1976)



- Predominio reactivo.
- Reactivo y condicionado por la disposición (núcleo neurótico-psicopático).
- ▽ Predominio de la predisposición.
- Predominio somatógeno (sintomático).

FIGURA 4

CLASIFICACION ETIOPATOGENICA MULTIFACTORIAL DE LAS DEPRESIONES INFANTO JUVENILES
SEGUN NISSEN (1976) (MODIFICADO POR V. CONDE LOPEZ)



racterísticas de los trastornos psicopatológicos en estas edades los términos, equivalentes depresivos, depresión enmascarada, etc. han sufrido en nuestra opinión un gran abuso en su utilización.

No obstante, es evidente que hay que tener en cuenta el momento evolutivo del niño al considerar los síntomas que expresan un trastorno afectivo.

Malmquist, en 1972 propuso una clasificación basada en los estadios evolutivos y cómo afecta esto a la manifestación clínica de la depresión (Tabla VII). Glaser especifica dos tipos clínicos de depresión: la primera se manifesta-

ría en retrasos de desarrollo con afectación física, intelectual y emocional, y que se daría fundamentalmente en bebés y en niños pequeños, y la segunda cuya expresión clínica lo constituían crisis de irritabilidad, fugas, desobediencia, delincuencia, etc. característica de los niños mayores y adolescentes.

Una explicación al cambio de la sintomatología en las diferentes edades podría encontrarse en las características psicopatológicas de cada edad: el preescolar es una criatura activa, «exuberante», con necesidades de exploración, que compensa sus frustraciones

TABLA VII

CLASIFICACION DE LAS DEPRESIONES INFANTILES (MALMQUIST, 1972)

A) DEPRESIONES ASOCIADAS CON ENFERMEDADES ORGANICAS:

1. Leucemia.
2. Enfermedades degenerativas.
3. Enfermedades infecciosas.
4. Enfermedades metabólicas.
5. Deficiencias nutritivas.

B) SINDROME DE PRIVACION AFECTIVA:

1. Depresión anaclítica.
2. Caracteropatía atímica.

C) SINDROMES ASOCIADOS CON TRASTORNOS EN EL PROCESO DE INDIVIDUALIZACION:

1. Problemas de separación-individualización.
2. Fobias escolares con componentes depresivos.

D) EQUIVALENTES DEPRESIVOS:

1. Somatización.
2. Hiperquinesia.
3. Paso al acto («acting-out»).
4. Alteraciones del apetito.

E) ESTADOS MANIACO-DEPRESIVOS

F) DEPRESIONES EN LA ADOLESCENCIA

mediante la actividad, y desviando su atención a situaciones más placenteras; cuando aparecen síntomas disfóricos toman la forma de inhibiciones, dificultades para jugar, trastornos en la alimentación y en el sueño.

En la edad escolar ya los afectos están más desarrollados, y el niño tiene un acercamiento al entorno más cognitivo ya que el lenguaje y el juego simbólico reemplazan a la acción. Los niños en esta fase de desarrollo expresan, a veces, períodos prolongados de infelicidad, pero en los primeros años de esta etapa no aparecen sentimientos de culpa o disminución de la autoestima, y no se acompañan de las cogniciones depresivas habituales; estos síntomas sólo aparecerán al final de esta etapa, lo que está de acuerdo con los períodos de evolución de la inteligencia descritos por Piaget.

Los síntomas depresivos descritos en la segunda infancia serían fundamentalmente: trastornos de los esfínteres y para algunos autores trastornos psicósomático-somatopsíquicos, dificultades en el aprendizaje y en el juego, disminución de las iniciativas, tendencia al aislamiento, trastornos agresivos, inestabilidad e irritabilidad, tendencia al llanto y con alguna frecuencia trastornos fóbicos; se debe mencionar aquí la consideración de la fobia escolar por algunos paidopsiquiatras como síntoma depresivo aunque en este problema se implican concepciones teóricas sobre la relación de la ansiedad y la depresión en la infancia, que bien estudiada en el adulto no lo es tanto en el niño; y hacemos referencia a ello, porque con mucha frecuencia se recogen en estos cuadros antecedentes en los primeros años de ansiedad de separación. La fobia escolar es considerada por algunos dentro de los cuadros depresivos de la segunda infancia y comienzo de la adolescencia, por la psicopatología subya-

cente y la buena respuesta a los anti-depresivos. Las depresiones en estas edades están motivadas fundamentalmente por influencias ambientales que implican pérdida de gratificación y de bienestar para el niño, más que por conflictos intrapsíquicos más profundos que afecten a su self y al ideal del Yo; por todo ello las depresiones en esta edad suelen ser la mayor parte reactivas y responden más que a antidepresivos a modificaciones ambientales.

Poznanski y Zrull (1970), refiriéndose ya a los niños en edad prepuberal, señalan que reaccionan menos a las frustraciones ambientales y están más afectados por sentimientos de desagrado consigo mismo. De la misma manera McConville y cols. (1973), encuentran que hasta los 8-10 años no aparecen expresadas ideas de baja autoestima y pasados los 10 años se observan ya sentimientos de culpabilidad. Además en el niño mayor empiezan a cristalizar mecanismos defensivos con los que trata de evitar el dolor o la humillación pero que pueden conducir a una mayor vulnerabilidad para los sentimientos depresivos. En consecuencia la depresión en los prepúberes se asemeja a la de los adultos, aunque frecuentemente está ausente la falta de expectación o Planes hacia el futuro, tan típico de los adultos deprimidos. En opinión de RIE (1966) los prepúberes pierden la dimensión temporal en su pensamiento, por lo que no experimentarán su desesperanza tan típicamente como los adultos, al no tener una conciencia de la relación entre los acontecimientos cotidianos y los fines a largo plazo. Estos conceptos están de acuerdo con los hallazgos de Piaget en cuanto a que la habilidad cognitiva para manejar estos tipos de abstracciones no se desarrolla hasta el período de las operaciones formales que tiene lugar alrededor de los 11 años.

En la adolescencia en cambio, al adquirir el sentido de tiempo aparece el sentimiento de que las cosas nunca podrán cambiar por lo que considera que una frustración trivial o una humillación tendrán efectos devastadores para el resto del futuro, y la imposibilidad que tiene de dar un poder correctivo al pensamiento y a la acción, como sucede en el adulto, es causa frecuentemente de los intentos de suicidio que se dan en estas edades. Por otra parte el adolescente tiene unas necesidades regresivas que satisface con dependencia de figuras paternas o uniéndose a otro grupo normal o patológico, a veces con expectativas irreales propias de otros períodos anteriores del desarrollo. No encuentran gratificación en «viejas formas» de vida y esta lucha contra reglas internalizadas les provoca ansiedad y culpa. Debe aprender a vivir en conflicto con estos modelos y fijar un código de conducta para el futuro. Los avances cognitivos de esta etapa junto con las presiones sociales serán, según Erikson (1959) un hecho decisivo en la expresión clínica de los trastornos afectivos, cuyos síntomas más frecuentes son: comportamientos disociales o antisociales, fugas, vagabundeos, hurtos, oposicionismo, agresividad y hostilidad. Con frecuencia abuso o adicción a drogas y fármacos. Todo ello con claros sentimientos de tristeza, culpa e inferioridad, que no siempre se exteriorizan porque utilizan frecuentemente mecanismos defensivos de negación, llegando incluso en estas épocas a describirse las depresiones denominadas de «cara alegre». La Tabla VIII resume una serie de clasificaciones propuesta por diferentes autores, atendiendo fundamentalmente factores clínicos, aunque tienen en cuenta también las etiopatogenias y evolutivos.

Nos hemos referido fundamentalmente a los trastornos depresivos, ya que

los maníacos tanto aisladamente como integrados en una enfermedad bipolar, en opinión de la mayoría de los autores son raros antes de la pubertad, quizás debido a problemas puramente biológicos. No obstante, algunos autores, Kasani (1931), Maving, J. D. y Campbell (1954) mantienen que estos trastornos no son infrecuentes en la infancia pero son escasamente diagnosticados, en parte porque se les incluye dentro de otras categorías diagnósticas como las esquizofrenias, trastornos neuróticos y de comportamiento, y en otras ocasiones son confundidos con enfermedades físicas, particularmente por los pediatras. Asimismo, en su opinión, se pone demasiado énfasis en los factores ambientales y dinámicos siendo de mayor importancia los constitucionales.

En la actualidad hay una tendencia a considerar que deberían incluirse dentro del grupo de las psicosis maniaco-depresivas ciertos cuadros de la infancia, con una serie de características comunes: un marcado componente afectivo, evolución con evidente periodicidad y recurrencia, antecedentes familiares de enfermedad bipolar y buena respuesta al tratamiento con litio; en cuanto a la clínica de estos trastornos han sido descritos cuadros heterogéneos y abigarrados: formas en las que predomina la hipercinesia y explosividad, fácilmente superponibles, y de ahí los errores diagnósticos con los trastornos por déficit de atención con hipercinesia (314.01 DSM-III); otras con estupor o excitación, e incluso algunos casos de delincuencia y alcoholismo. Fromer (1968), Annell (1969), Dyson y Barcai (1970), Schou (1972), Brumback (1977), Youngerman (1978), Puig-Antich (1980).

Es evidente que no hay una delimitación clara de estos trastornos, persiste la dificultad en encontrar en estas edades unos cuadros tan delimitados como en los adultos con las mismas ca-

TABLA VIII. — CLASIFICACION DE LAS DEPRESIONES EN LA INFANCIA

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS	
AUTOR	
MALMQUIST (1971)	<p>Por derivación (anafilítica o falta de afecto, respuesta realista a la pobreza ambiental)</p> <p>Aguda (pérdida reciente, duelo bien elaborado, patología familiar leve)</p> <p>Anafilítica (marcada dependencia y apegamiento, comienzo temprano, ansiedad de separación y reacciones somáticas)</p> <p>Con ansiedad de separación (dificultades en el nacimiento, infancia problemática, depresión post-parto)</p> <p>Neurótica (82%) (Incluye los subtipos psiconeuróticos, y reactivos)</p> <p>Simple (pérdida de interés, trastornos del sueño, apatía, irritabilidad, mal humor)</p> <p>Neurótica</p>
CYTRYN y MCKNEW (1972)	<p>Por separación (en respuesta a la separación-individuación, fobias escolares)</p> <p>Enmascarada (más frecuente, marcado desajuste) <i>Acting-out</i> — patología familiar severa</p> <p>Inhibida (hipercontrol, sentimientos de culpa sobre su comportamiento, inhibición de agresividad)</p>
ANTHONY (1975 a)	<p>«desilusionada» (desencanto, pérdida de ilusión, pesimismo, rechazo a comer)</p>
EISEN (1973)	<p>Psicosomática (separaciones en la infancia, angustia persistente por pérdida de afectos y de la madre, inhibición de la agresividad, somatización)</p>
CEBIROGLU y COLS. (1972)	<p>Endógena (8%) (Incluye los trastornos maniaco-depresivos y la depresión esquizoide)</p>
STACK (1972)	<p>Mixta (con trastornos del aprendizaje, anorexia nerviosa, trastornos del carácter, enuresis y encopresis)</p>
KOHLER y BERUARD (1972)	<p>Mixta (incluye los casos de melancolía y pre-esquizofrénicos)</p>

* No se incluyen las categorías diagnósticas secundarias a afecciones somáticas.

racterísticas clínicas, evolutivas y fármaco respondientes.

2.3. **Nosologías basadas en las clasificaciones psiquiátricas de adultos**

Es lógico pensar que las clasificaciones de los trastornos paidopsiquiátricos en general y los trastornos afectivos en particular, siguiesen una evolución histórica implícita en la de la psiquiatría. La etapa científica de la clasificación de las depresiones se constituye con el magno sistema nosológico kraepeliniano, en cuya formulación inicial se sintetiza una enfermedad o entidad nosológica —la P.M.D.—, añadiéndose posteriormente la llamada melancolía involutiva. En otras palabras, ya el factor genético y evolutivo se impone en la psiquiatría de adultos —en este caso en las edades involutivas preseniles y seniles— con todas sus dificultades y posibilidades de controversia, que han de llegar y seguir hasta nuestros días. Por otra parte, la paidopsiquiatría va surgiendo progresivamente en esta época y tiene que arrastrar las mismas dificultades teóricas y conceptuales que la psiquiatría de adultos, pudiéndose recordar aquí la pertinencia de la frase de A. R. Feinstein y de A. Lewis, que prolongan el glosario de la C.I.E. 8ª (1976): «Los actuales debates psiquiátricos acerca de los sistemas de clasificación, los numerosos esquemas hipotéticos y sin confirmar de «mecanismo psicodinámico» y el interés por la ingerencia etiológica en detrimento de la observación son actividades nosológicas que a veces recuerdan las «taxonomías medievales».

Como los trastornos incluidos en el presente glosario se identifican por criterios predominantemente descriptivos, el uso de esta obra contribuirá a fomen-

tar el interés por la observación cuidadosa.

Por último, el hecho asistencial de encontrarse estrechamente vinculadas las psicopatologías de las diferentes edades de la vida, une aún más el destino de los sistemas nosológicos, nosográficos y nosotáxicos en la práctica clínica cotidiana, a pesar de que no resuelve las aproximaciones teóricas y metateóricas de cada clínico, que pierden cada vez más interés cuando se trata de transmitir científicamente sus observaciones, aportaciones e investigaciones. Y aún cuando nuestras concepciones actuales sobre los trastornos afectivos estén todavía influidas por las ideas de Kraepelin, el primitivo esquema unitario nosológico de la locura maniaco-depresiva causó grandes insatisfacciones, de todo tipo, desde su propuesta, al comprobar que numerosos pacientes no encajaban adecuadamente en las categorías nosológicas clásicas de ese sistema, de donde surgió la dualidad, desde las raíces de la misma observación clínica entre formas típicas y formas atípicas. Posteriormente fueron apareciendo una serie de subconjuntos subclasificatorios, divididos en tipos clínicos dualistas de la depresión, intentando constantemente establecer criterios que incrementasen progresivamente la validez, fiabilidad, estabilidad y valor pronóstico-terapéutico, o si se prefiere de control y predictivo de las categorías diagnósticas utilizadas. En la tabla siguiente se resumen los tipos clínicos dualistas más frecuentes de los trastornos afectivos en general y de los depresivos en particular.

No parece éste el momento ni el lugar más adecuado para realizar una historia de los trastornos afectivos centrada en la evolución de estos términos antinómicos y en su traslocación de la psiquiatría de adultos a la infantil, así como tampoco las implicacionesteóri-

TABLA IX. — TIPOS CLINICOS DUALISTAS O BIPOLARES DE CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

DICOTOMIA	vs	ANTONOMIA	AUTOR	AÑO
ENDOGENA	vs	EXOGENA	MOEBIUS y LANGE	1890 - 1923 y 26
TIPICA	vs	ATIPICA	KRAEPELIN	1899
PSICOGENA	vs	SOMATOGENA	KRAEPELIN y otros	1899
AUTONOMA o AUTONOMICA	vs	REACTIVA	GILLIPSIE	1929
PSICOTICA	vs	NEUROTICA	BUZZARD	1930
TIPICA	vs	ATIPICAS, MIXTAS, MARGINALES, ETC.	KLEIST y LEONHARD	1937
MANIFIESTA	vs	ENMASCARADA, LARVADA, EQUIVALENTES, ETC.	LOPEZ-IBOR y otros	1954
ENDOGENA	vs	NEUROTICA	ROTH, KIELHOLZ y GARSIDE	1963
ANGUSTIADA o AGITADA	vs	RETARDADA o INHIBIDA	---	---
UNIPOLAR	vs	BIPOLAR	LEONHARD	1957
FISIOLOGICA	vs	PSICOLOGICA	POLLIT	1965
VITAL	vs	PERSONAL	VAN PRAAG	1965
MAYOR con MELANCOLIA	vs	MENOR sin MELANCOLIA	D.S.M. III - APA	1980

cas y prácticas, sobre todo su valor frente a las diversas posibilidades terapéuticas —en último extremo síntesis y piedra de toque de toda actividad médica— aunque sí parece adecuado establecer los componentes clasificatorios que se encuentran en las nosologías psiquiátricas habituales de los trastornos afectivos, sin olvidar que en la década de los cincuenta prácticamente se solapaban o se confundían también los criterios de adultos con los utilizados en las primeras edades de la vida (Stute, Spiel, Nissen, etc.).

La Sección V de la CIE-8.^a de la O.M.S. establece claramente los objetivos y relaciones entre nomenclatura, clasificación y glosario, ya en su introducción, recordando se trata «más (de) una clasificación de **enfermedades** que de **enfemos**. Sin embargo, para la mayor parte de los médicos el problema radica en clasificar enfermos... El objetivo fundamental del glosario, por consiguiente, es asegurar en todo lo posible que los usuarios empleen uniformemente los principales términos diagnósticos de uso habitual en psiquiatría. Además de contribuir a limitar al mismo las discrepancias entre los conceptos diagnósticos usados por los psiquiatras de diversos países para la notificación estadística de las enfermedades mentales, el empleo del glosario en las publicaciones sobre trabajos clínicos o de investigación podrá ayudar también a los psiquiatras de diferentes países y escuelas a comprender los trabajos y los conceptos de los demás. Aparte de su objetivo principal, de fomentar la comunicación, el presente glosario puede servir también como estímulo educativo, ya que ha sido compilado por psiquiatras representativos de muchos países y puntos de vista diferentes...» (págs. 12 y 13). En otras palabras, se establece los objetivos básicos que han de completarse en la CIE 9.^a, que, a su vez, ha-

brán de ser superados en el DSM-III, no tanto por los grandes cambios de terminología en la nosología propuesta, como por la introducción de un sistema de división, ordenamiento y clasificación multiaxial, y lo que es más importante por la aparición de criterios diagnósticos para cada forma de aparición y de expresión clínica. También aparecen cambios importantes entre el capítulo 5.^o de la CIE 8.^a y en el de la CIE 9.^a, especialmente en las categorías correspondientes a depresión, trastornos de la niñez y de la adolescencia, reacciones de adaptación y reacciones ante gran tensión, factores psíquicos asociados con enfermedades clasificadas en otra parte, psicosis orgánica y otras categorías. Nuevamente de una manera subrepticia aparece el criterio clasificatorio evolutivo en otras edades de la vida, por ejemplo en la categoría 290.2 al tratar de la **demencia senil de tipo depresivo o paranoide**, con sus ideas delirantes y alucinaciones de contenido persecutorio, depresivo y somático. En relación con las depresiones, señala la CIE 9.^a (1975) los problemas planteados y no resueltos en la dicotomía entre los trastornos neuróticos y psicóticos, aún cuando se mejora la situación nosológica al incrementarse de 10 a 19 categorías diagnósticas, ampliándose muchas de ellas a 4 dígitos y estableciéndose una ordenación más adecuada de las psicosis afectivas, del nuevo enfoque de los trastornos psíquicos pasajeros y de la incorporación apropiada de categorías para los trastornos psiquiátricos infanto-juveniles, estableciendo **una primera lista de referencia rápida con las categorías de la CIE 9.^o en las que la depresión constituye una característica principal o significativa**, que incluye 10 categorías de 3 dígitos y 19 de 4. En la tabla siguiente se resume esta comparación entre ambas clasificaciones, siendo adecua-

do recordar la necesidad de completar al máximo las categorías diagnósticas utilizadas en los trastornos depresivos y al mínimo la 311, revisando siempre las posibilidades de inclusión adecuada y pertinente en otras categorías de la CIE 9ª, utilizándose sólo por exclusión o cuando se esté persuadido «de que existen afecciones depresivas que no pueden clasificarse satisfactoriamente en función de la CIE como neuróticos ni como psicóticos (página 10).

Frente a esta dispersión nosológica, que categorizan los trastornos depresivos en 8 grandes categorías —295. Psicosis esquizofrénica; 296. Psicosis afectivas; 298. Otras psicosis no orgánicas; 300. Trastornos neuróticos; 301. Trastornos de la personalidad; 308. Reacción aguda ante gran tensión; 309. Reacción de adaptación; 311. Trastorno depresivo no clasificado en otra parte— el DSM-III (1980-1983) intenta un abordaje clasificatorio en términos aparentemente más unitarios, enunciando, de entrada, dos postulados: 1. «Dado que la sintomatología **esencial** de los trastornos afectivos y de la esquizofrenia es la misma para los niños que para los adultos, no hay categorías correspondientes a estos trastornos en este apartado de la clasificación (trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia). Por ejemplo, si un niño o un adolescente tiene una enfermedad que reúne los criterios de depresión mayor, trastorno distímico o esquizofrenia, estos diagnósticos deberían hacerse en función de la edad del sujeto. (En algunos casos, se incluye en el texto de la sintomatología “asociada” específica de los niños o adolescentes)» (página 41). 2. «En el DSM-III, la clasificación de los trastornos afectivos difiere de otras clasificaciones que se basan en distinciones dicotómicas, como neurótico **versus** psicótico, o endógeno versus reactivo. En este manual, los trastornos

afectivos se dividen en trastornos afectivos mayores (en los que hay un síndrome afectivo completo), en otros trastornos afectivos específicos (con un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de duración) y, por último, en trastornos afectivos atípicos (categoría que incluye aquellos trastornos afectivos que no pueden clasificarse en ninguna de las dos subclases específicas)» (página 215).

Sin entrar en discusiones apriorísticas, y sin ánimo de exponer las dificultades que plantea la utilización del DSM-III en la práctica clínica cotidiana y en nuestro ambiente habitual de trabajo, parece adecuado recordar que los sistemas multiaxiales intentan clasificar la situación clínica actual —en el sentido etimológico del término— de un paciente determinado en diferentes ejes o parámetros de evaluación de forma simultánea, con el objetivo primordial de incrementar la potencia de los juicios médicos clásicos, es decir, pronósticos o predictivos, diagnóstico o clasificatorio y terapéuticos o de control. Ya Essen-Moller, en 1947 y en sus trabajos clínico hereditarios y genéticos realizó una propuesta que pretendía superar el clásico sistema del diagnóstico polidimensional o pluridimensional de Kretschmer, que se encontró con las clásicas dificultades en sus estudios sobre biopsicopatología psiquiátrica. Strauss (1975) y Rutter y cols., también en 1975 y posteriormente otros autores, lo perfilan hasta desembocar en el DSM-III, tras una evaluación con una muestra de 126 niños y adolescentes —la mitad menores de 11 años— y realizada por 84 clínicos en diversas instituciones y con diferentes aproximaciones teóricas; en la fiabilidad entre los evaluadores se expresó al azar, considerándose aceptable a partir de 0,70 y habiéndose obtenido los resultados resumidos en las Tablas siguientes:

TABLA X. — LISTADO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS SEGUN LA O.M.S.

CIE - 8.^a Rev. (1968)

CIE - 9.^a Rev. (1978)

295.7	Esquizofrenia esquizoafectiva	Esquizofrenia esquizoafectiva
296.0		P.M.D. tipo maniaco
296.1	P.M.D. tipo maniaco	P.M.D. tipo depresivo
296.2	P.M.D. tipo depresivo	P.M.D. circular, fase maniaca
296.3	P.M.D. tipo circular	P.M.D. circular, fase depresiva
296.4		P.M.D. circular mixta
296.5		P.M.D. tipo circular fase no especifica
296.6		P.M.D. de otro tipo y del no especificado
296.8	Otras	Otras
296.9	No especificada	Sin especificar
298.0	Psicosis reactivo depresiva	Psicosis no orgánica tipo depresivo
298.1		Psicosis no orgánica tipo agitado
300.4	Neurosis depresiva	Depresión neurótica
301.1	Personalidad afectiva	Trastorno afectivo de la personalidad
307	Trastornos transitorios de inadaptación	
308.0		Reacción aguda con predominio alteraciones emocionales
308.2	Trastornos mixtos conducto-neurótico en la infancia	
308.4	Reacción de adaptación en la infancia	Reacción depresiva breve
309.0		Reacción depresiva prolongada
309.1		Reacción mixta de adaptación por sintomatología depresiva
309.4		Trastorno depresivo no clasificado
311		Trastorno de las emociones específico de la infancia o de la adolescencia
323		

TABLA XI

**COEFICIENTES KAPPA DE ACUERDO DIAGNOSTICO PARA
LOS EJES I Y II DEL DSM III.
NIÑOS Y ADOLESCENTES (MENORES DE 18 AÑOS)**

	1ª Fase (N=71)	% muestra	2ª Fase (N=55)	% muestra
Trastornos afectivos	.55	16,9%	.30	9,1%
Trastornos afectivos mayores	.36	11,3%	— .02	3,6%
Otros trastornos afectivos	.38	5,6%	— .02	3,6%
Trastornos afectivos atípicos	— .01	2,8%	1	1,8%

TABLA XII

**COEFICIENTES KAPPA DE ACUERDO DIAGNOSTICO PARA
LOS EJES I Y II DEL DSM III.
ADULTOS (DE 18 AÑOS EN ADELANTE)**

	1ª Fase (N=339)	% muestra	2ª Fase (N=331)	% muestra
Trastornos afectivos	.69	43,1%	.83	38,7%
Trastornos afectivos mayores	.68	28,9%	.80	26,9%
Otros trastornos afectivos	.49	18,3%	.69	12,4%
Trastornos afectivos atípicos	.29	3,2%	.49	3,6%

**2.4. Nosologías basadas en
sistemas y teorías
neurobiológicas**

Si se entiende por neurobiología, o en una acepción más moderna «neurociencia», el conjunto de aportaciones teóricas y técnicas proporcionadas por las ciencias médicas básicas y aplicadas del sistema nervioso central, una somera revisión bibliográfica rebasaría los límites impuestos en este estudio. Los avances de la heredobiología, neurobioquímica, neurofisiología, psicofisiología, psicoendocrinología, etc., en el ámbito

de los trastornos afectivos ha sido decisivo en los últimos años. Sin embargo, sus aplicaciones al campo psiquiátrico no parecen haber resuelto los problemas, de forma equivalente a lo ocurrido en los trastornos afectivos de adultos.

Las clasificaciones neurobioquímicas, o si se prefiere psicofarmacológicas de los trastornos afectivos basadas en las potencias relativas de los antidepresivos en la inhibición de la recaptación de aminas, con el clásico modelo según el cual las aminas secundarias tienden a inhibir más selectivamente la re-

captación de noradrenalina y las aminas terciarias la de serotonina, no han sido plenamente estudiadas en las depresiones infantiles. Por otra parte, los modelos psicofarmacológicos sobre los mecanismos de acción de los antidepresivos se encuentran en revisión permanente y parecen intervenir todos los sistemas de neurotransmisión y neuromodulación, todo lo cual complejiza la clasificación elemental sobre «depresiones noradrenérgicas», «serotoninérgicas», «dopaminérgicas», etc., al poderse combinar, al menos en teoría, sistemas intermediarios, desequilibrios parciales, o totales, entre ellos, disminución, descompensación o interferencias de sensibilidades de receptores, etc. En todo caso, parece fácil pronosticar un gran avance en el futuro inmediato de este campo, no tanto a la nosología como a la etiopatogenia de los trastornos afectivos infanto-juveniles. Puig-Antich (1980-83) investiga las alteraciones bioquímicas en las depresiones infantiles y juveniles, mostrándose aún cauto en la exposición de sus resultados, que precisan de un mayor seguimiento.

Las clasificaciones psiconeuroendocrinas también parecen de importancia secundaria en el campo de los trastornos afectivos infanto-juveniles. Incluso la D.S.T. o R.S.D. parecen ser menos fiables y sensibles. Poznanski y cols. (1982) y Geller, Rogol y Knitter (1983) han realizado estudios sobre el test de supresión con dexametasona en niños cuyos resultados son aún muy imprecisos; el primero estudió 18 niños de ambos sexos, entre los 6 y los 12 años, 9 diagnosticados con los criterios R.D.C. de depresión, encontrando en 7 de estos un subtipo endógeno: utilizando 0,5 mg. de dexametasona, 5 de los 7 presentaban un test positivo, 1 equívoco y 1 negativo y entre el total de los 18 niños, la prueba tuvo una especificidad del 91% y una sensibilidad del 71%, es

decir, semejante a la encontrada en los adultos. Otro marcador biológico reciente en adultos y adaptado por Puig-Antich a T.A. depresivos mayores en edades prepuberales, es la la respuesta de la GH a la hipoglucemia inducida por insulina, sugiriendo los resultados que en contraste con la prueba de supresión de la dexametasona y la hipersecreción de cortisol durante la enfermedad depresiva activa, la hiposecreción de GH en relación con la hipoglucemia inducida por insulina tiene una mayor sensibilidad en prepúberes depresivos que en los adultos, en una proporción del 90% v.s el 50% respectivamente.

Como conclusión provisional puede señalarse con la máxima prudencia que existen relativamente pocos estudios neurobiológicos, en general y psicoendocrinológicos y neurobioquímicos en particular en las primeras edades de la vida, lo cual abre un amplio campo de estudios de evaluación, comparación y control. Así mismo de todas las múltiples formas clínicas de aparición y de presentación de T.A. infanto-juveniles, parece ir emergiendo un cuadro clínico, cada vez mejor delimitado de «trastorno depresivo mayor infanto-juvenil», en un grupo de niños seleccionados y cada vez mejor delimitado, y que difieren en numerosos de estos parámetros neurobiológicos de los restantes trastornos mentales en estas edades, y de forma análoga a como se van perfilando en las formas adultas, siendo de esperar que planteen los mismos problemas de fiabilidad, validez, sensibilidad, etc. en el futuro. Obviamente parece recomendable su estudio en nuestro país.

2.5. Modelos psicométricos

A diferencia de lo que ocurre en psiquiatría de adultos, e incluso en gerontopsiquiatría, existe un cierto retraso en

la formalización lógico-matemática de los T.A. infanto-juveniles. Históricamente puede considerarse la aplicación de estos métodos, instrumentos, técnicas, conceptos y constructos como plenamente actual y prácticamente posteriores a 1975 y de forma más avanzada en el área cultural anglosajona, como puede comprobarse con los estudios de Achenbach (1966-1978), Carlos y Cantwell (1979-1982), Kovacs y Beck (1977-1980), etc.

Precisamente uno de los límites de las escalas de evaluación comportamental E.E.C. para la medida o cuantificación de la depresión estriba en las dificultades de aplicación que plantea ante de los catorce años, o por lo menos de los diez. Ello indujo a ciertos autores a elaborar E.E.C. no basadas en los diversos tipos de historia clínica o de entrevista, más o menos unificada, baremada, cuantificada o dirigida, tal como se expone en otra parte de la ponencia y como se resumió y revisó en otros estudios. En todo caso los límites cronológicos en la evaluación comportamental de los T.A. fundamentos en el lenguaje, en el habla y en el desarrollo de los procesos cognoscitivos superiores tendrán el mismo suelo y el mismo techo que éstos. Consecuentemente las trasposiciones, alocaiones e inferencias abusivas suelen ser fáciles y frecuentes de cometer. También en este campo se ha de ser enormemente crítico con los orígenes y fines, así como con los pasos intermedios en la baremación o normalización de estos presuntos instrumentos de medida, que unas veces implican modelos, otras constructos, otras agrupamientos sintomáticos y semiológicos, heterogéneos y heterológicos, que incrementan por meros «valores de prestigio y de autoridad», que no científicos, su uso y abuso, sobre todo si no se tiene en cuenta los conceptos implícitos —que no tie-

nen por qué ser operacionales ni operativos, en la jerga pseudopositivista al uso—, los habituales criterios de denotación, designación y relacionales, especialmente clínico-exploratorio, así como los habituales requisitos de baremación, validación, etc.

En todo caso y en principio se puede considerar que toda E.E.C., implica cuanto menos, un modelo de T.A., a delimitar y a dilucidar en cada caso o conjunto de casos; parece recomendable también aconsejar que el clínico debe acostumbrarse a un análisis clínico-cualitativo de los perfiles y de los items, ponderando su valor clínico, diagnóstico y pronóstico, y no sólo tener en cuenta los puntajes totales o los juicios clínicos globales, brutos o en porcentajes, así como recordar también **lo que no son** las E.E.C., por ejemplo, sustitutos de los criterios diagnósticos observacionales, empíricos, «operativos», escalas o pruebas de riesgo o con valor predictivo, criterios diagnósticos de «síntomas característicos», etc. y que varían de autor a autor, han de estudiarse en su marca conceptual en cada caso y deben conocerse ya adaptarse en profundidad por cada equipo de trabajo.

Puig-Antich (1980) ha llamado también la atención sobre el hecho de no haberse contrastado ninguno de estos métodos —o mejor dicho instrumentos— sin excepción alguna, con entrevistas clínicas; consecuentemente el significado y la significación clínicas de un «factor de depresión» o «de un índice, indicador, valor medio o puntaje de depresión elevado por encima de un límite» no puede considerarse como determinado ni relacionado con la clínica. Uno de nosotros (Conde, 1969-78) ha tratado de estos y otros problemas de evaluación comportamental de los T.D., insistiendo en las cuestiones planteadas por los solapamientos entre conjuntos

y subconjuntos muestrales, criterios diagnósticos, grados de intensidad de la depresión, agrupamientos de E.E.C. entre sí y con otras pruebas psicológicas, etc. sobre todo cuando se utilizan instrumentales y técnicas estadísticas tan elementales como es habitual en nuestro medio de trabajo y para fines de evaluación clínico-terapéutico.

En todo caso la C.D.I. o I.D.I. de Kovacs y Beck parece ser uno de los instrumentos más difundidos en los EE.UU. y en nuestro ambiente de trabajo, habiéndose utilizado por Carlson y Cantwel, entre 1979-1982, tanto para estudios epidemiológicos Iniciales como para establecer comparaciones nosológicas y nosográficas con los criterios diagnósticos de Weinberg y los del DSM-III, pudiéndose resumir sus hallazgos considerando como muchos niños que puntuaban alto con el C.D.I. clínicamente no parecían padecer un juicio diagnóstico nosológico de depresión infanto-juvenil, por lo que diversos autores —incluyendo Puig-Antich—, la consideran más bien como una E.E.C. de intensidad o de gravedad más bien que una E.E.C. diagnóstica, y en ningún caso, una E.E.C. predictiva. Todo ello nos lleva a plantearnos nuevamente los modelos y constructos implícitos en las técnicas psicométricas habituales para la medición de los T.A., especialmente depresivos, y que se van constituyendo en su utilización clínica en «verdaderos criterios diagnósticos operacionales» como ocurrió anteriormente en los modelos y constructos psicopatológicos utilizados en la psiquiatría de adultos. En todo caso no nos parece muy claro si Kovacs y Beck consideran los síntomas de su inventario como **«patrones, rasgos o respuestas esenciales»**, que tiene que presentarse para que el T.D. sea diagnosticado, como tal o como **«rasgos asociados»** presentes en niños con trastornos depresivos definidos y

«adultomorfos», es decir análogos clínicamente a las formas de aparición de presentación en los adultos. Todo ello nos recuerda las dificultades de dilucidar en la clínica práctica cotidiana entre nosología, nosografía y nosotaxía, así como entre sistemas clasificatorios, glosarios de síntomas y signos y criterios diagnósticos, e incluso entre psicometría y diagnóstico no psicométrico; el DSM-III vuelve a ser claro, apotando por un reduccionismo que se ha de verificar en el futuro, cuando en su pág. 41, postula que: «dado que la sintomatología **esencial** de los trastornos afectivos y de la esquizofrenia es la misma para los niños que para los adultos, no hay categorías correspondientes a estos trastornos en este apartado de la clasificación. Por ejemplo, si un niño o un adolescente tiene una enfermedad que reúne los criterios de la depresión mayor, trastorno distímico o esquizofrenia, estos diagnósticos deberían hacerse en función de la edad del sujeto (en algunos casos, se incluye en el texto la sintomatología asociada específica de los niños o adolescentes»); por ejemplo, el «trastorno por angustia de separación» (309.21) se considera asociado característicamente en niños prepuberales, aun cuando la edad de comienzo puede ser en la etapa preescolar.

3. COMENTARIOS

La nosología paidopsiquiátrica requiere una constante dilucidación terminológica y conceptual, que permita evitar vaguedades intensionales y extensionales, es decir, y dentro de los límites impuestos por la práctica clínica cotidiana, evitar la indeterminación parcial de la profundidad o de la amplitud de las definiciones y conceptos utilizados (Bunge, 1969).

El paidopsiquiatra, como el psiquia-

tra general, debe conocer y utilizar sus métodos clínicos —en la amplitud máxima del término— siguiendo la lógica de toda investigación científica, recordando las equivalencias entre ambas, por ejemplo «Etiología» o estudio de sistemas multicausales; «Patogenia» o tratamiento de los modelos de los mecanismos que se perturban y que mantienen el trastorno morboso; formas clínicas de aparición, presentación, estado, etc. como consecuencia de la observación clínico-fenomenológica y fenomenológica, de la evaluación psico-bio-sociométrica y de la experimentación clínica básica o aplicada, conociendo el nivel analítico-inductivo e hipotético-deductivo; «Los clásicos juicios médicos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos» equivalen a la contrastación de la observación a la ingerencia, el valor predictivo de la psicosis, teóricas y sistemas y el control del proceso morboso, cuales quiera sea el sistema de división, ordenación o clasificación que se siga. Los procedimientos interpretativos y heurísticos habituales son también válidos en este campo paidopsiquiátrico, y en los últimos años cada vez más frecuente, y en los últimos años cada vez más frecuente la concordancia y convergencia de constructos y modelos, especialmente en el campo de la nosología, nosografía y nosotaxia paidopsiquiátrica.

Desde una perspectiva histórica, esta problemática se hace actual a partir de la década de los setenta y cristaliza en los sistemas clasificatorios nacionales e internacionales en construcción. Como en los restantes ámbitos de la psiquiatría es frecuente confundir los diversos niveles gnoseológicos, considerados artificialmente excluyentes, clasi-

ficar antinómica y dicotómicamente, y no dilucidar correctamente conocimientos y saberes, hipótesis y especulaciones pre o metacientíficas, sin solución real y empíricas en la actualidad.

4. RESUMEN

Los autores en la primera parte hacen una revisión histórica de los problemas de la nosología en paidopsiquiatría y de los conceptos básicos sobre las dimensiones, ordenamientos y clasificaciones de los trastornos afectivos —ya señalados por Delasieuve en 1852 y con referencia especial a partir del IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatría de 1971 hasta la actualidad—, considerando la década de los 40 como la de maduración de los sistemas psicodinámicos, la de los 50 el descubrimiento y avances en psicofarmacología y la de los 60 la de búsqueda de criterios diagnósticos que culminarán en las clasificaciones multiaxiales y glosarios de referencia clínica actuales.

Resumen a continuación las nosologías fundamentadas en modelos de desarrollo genético-evolutivos, clínicos-fenomenológicos y fenoménicos, «adulomórficos», neurobiológicos y psicométricos, revisando la bibliografía habitual e intentando dilucidar críticamente los términos básicos y los fundamentos lógicos de estas aproximaciones nosológicas y nosotáxicas.

Concluyen exponiendo la necesidad de una nosología paidopsiquiátrica que permita evitar vaguedades y requiera una constante dilucidación terminológica y conceptual. Se incluyen 73 referencias bibliográficas, 12 tablas y 4 figuras.

BIBLIOGRAFIA

1. ACHENBACH, T. M.: «The Classification of children's psychiatric symptoms: a factor analytic study». *Psychol Monogr.*, 806 (1966).
2. ACHENBACH, T. M.: «DSM III Inlight of empirical research on the classification of child psychopathology. *J. Am. Child. Psychiat.*, 19 (1980).
3. ACKERSON, L.: *Childrens behavior Problems*. Vol. 2, Chicago. Univ. Chicago Press. (1942).
4. AKISKAL, H. S.; ROSENTHAL, T. L.; HAYKAL, R. F., cols.: «Characterological depressions: Clinical and EEG Gindings separating subaffective dysthimias from character-spectrum disorders». *Arch. Ge. Psychiatry*, 37, 777-783 (1980).
5. AKISKAL, H. S.: «Disthymic disorder: Psychopathology of propesed cronic depressive subtypes». *Am. J. Psychiatry*, 140, 11-20 (1983).
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*. (DSM-I) American Psychiatric Association, Washington (1952).
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*. (DSM-II) American Psychiatric Association, Washington (1968).
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders*. (DSM-III) Ed. 3. APA. Washington (1980).
9. ANNELL, A. L.: «Lithium in the treatment of children and adolescents». *Acta Psychiat. Scand. (Suppl)*, 207, 19-33 (1959).
10. ANNEL, W. L.: «Manic depressive illness in children and effect of treatment with lithium carbonate». *Acta Paedopsychiatrica*, 36, 299-301 (1969).
11. ANTHONY, J.: «Depression and children handbook of studies on depression». Ed. Borrow. *Excerpta Medica*, 105-120 (1977).
12. ANTHONY, J.; SCOTT, P.: «Manic depressive psychosis in childhood». *J. Child Psychol. Psychiat.*, 53-72 (1960).
13. ARIETTI, S.: *The psychobiology of Sadness. En Severe and Mild Depression*, Ed. by S. Arietti and J. Bemporad. New York. Basic Books (1978).
14. AUBRY, J.: *La carence de soins maternel*. Paris, P.U.F. (1955).
15. BIBRING, E.: *The Mechanism of Depression. En affective Disorders*. Ed. Ph. Grenacre. New York. International Iniversities Press (1953).
16. BOWLBY, J.: «Some pathological processes set in train by carly mother-child separation». *J. Ment. Sci.*, 99-265 (1953).

17. BOWLBY, J.: *Cuidados maternos y salud mental*. Ed. Humanitas. Buenos Aires (1964).
18. BOWLBY, J.: *Attachment and Loss*. Vol. 1. Attachment and Loss. New York. Basic Books (1969).
19. BOWLBY, J.: *Attachment and Loss*. Vol. 2. Separation. New York. Basic Books (1973).
20. CARLSON, G. A.; CANTWELL, D. P.: «Diagnosis of childhood Depression: A comparison of the Weimberg and DSM-III Criterie». *Journal of the American Academy of Child Psychiatri.*, 21, 3, 247-250 (1982).
21. CONDE, V.; SANCHEZ, J.: «La Escala Autoaplicada para la Depresión de ZUNG». *Archivos de Neurobiología*, XXXII, 4, 335-558. Noviembre-Diciembre, 1969.
22. CONDE, V.; ESCRIBA, J. A.; IZQUIERDO, J. A.: «Estudio Crítico de la Escala Autoaplicada para la medida cuantitativa para la Depresión de ZUG». *Revista Clínica Española*. XXXI, 117, 71-78 (1970).
23. CONDE, V.; ESCRIBA, J. A.; IZQUIERDO, J. A.: «La escala autoaplicada para la depresión (S.D.S.) de ZUNG en pacientes ambulatorios». *Medicina Clínica*, 54, 4, 305-318 (1970).
24. CONDE, V.: *Contribución y comentarios a la problemática en la evaluación de los trastornos depresivos*. Zamudio (Bilbao). Ed. Sandoz, 107-118. (11-12 de mayo 1974, 156 págs.)
25. CONDE, V.; ESTEBAN, T.: «Revisión crítica de dos adaptaciones castellanas de la "Self-Rating Depressions Scale" (S.D.S.) de ZUNG». *Arch. de Neurobiol.*, 36/5, 375/392 (1973).
26. CONDE, V.; ESTEBAN, T.: «Contribución al estudio de la S.D.S. (Self-Rating Depression Scale) en una muestra estratificada de población normal». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 29, 128, 515-553 (1974).
27. CONDE, V.; USEROS, E.: «Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de BECK». *Rev. Psicol. y Psiq. de Europa y América Latina*, XII, 4, 217-236 (1975).
28. CONDE, V.; ESTEBAN, T.; DOMENECH, B.: «Contribución a la evaluación en psicología y psicopatología clínicas de los trastornos angustioso-depresivos con terapéuticas psiquiátricas». *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol. VI, nº 2, 157-206, marzo-abril 1978.
29. CONDE, V.: «Manejo terapéutico de los trastornos depresivos. I». Symposium sobre Psiquiatría en Medicina General. Ed. Roche (en prensa) (1983).
30. CYTRYN, L.; KNEW, D. H.: «Proposed classification of childhood Depression». *American J. Psychiat.*, 129, 2, August (1972).
31. DE MAUSE, LL.: *Historia de la Infancia*. Alianza Universidad, 32. Madrid (1982).
32. ERICKSON, E. H.: *Identity and the Life-Cycle*. (Psychological Issue, Vol. L). New York. International Universities Press (1959).
33. FROMMER, E.: «Depressive illness in childhood». *Br. J. Psych.*, 2, 117-123 (1968).
34. GELLER, B.; ROGOL, A. D.; KNITTER, E. F.: «Preliminary data on dexamethasone suppression test in children with major depressive disorder». *Am. J. Psychiatry*, 140, 620-622 (1983).
35. GLASER, K.: «Masked depression in children and adolescents». *Annu. Prog. Child. Psychiatry Dev.*, 1, 345-355 (1968).
36. GRIESINGER, W.: *Die Pathologie und Therapie der psychischen. Krankheiten*. Stuttgart (1867).

37. GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY. PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN CHILDHOOD. Report No. 62, New York: Group for the Advancement of Psychiatry. Vol. 6 (1966).
38. JENKINS, R. L.; GLICKMAN, S.: «Common syndromes in child psychiatry», I. Deviant behavior traits; II. The schizoid child. *Amer. J. Orthopsychiat*, 16, 244-261 (1946).
39. KELIN, M.: *A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. En Contributions to Psychoanalysis*. London Hogart Press (1948).
40. KOVACS, M.; BECK, A. T.: «An empirical-clinical approach to toward a definition of childhood depressions». In Schulterbrandt, J. G., Raskin, A., Eds.: *Depression in Childhood*. New York, Raven Press, 1-25 (1977).
41. KOVACS, M.: «Interview Schedule for Children (ISC)». (10th Rev). University of Pittsburg School of Medicine, Pittsburg, Pennsylvania (1978).
42. KOVACS, M.; BECK: *Cognitive-affective processes in depression Emotions in Personality and psychotherapy*. Ed. C. E. Izard. New York: Plenum, 147-442 (1979).
43. KOVACS, M.: «Rating Scale to assess depression in school aged children». *Acta Paedopsychiat.*, 46, 305-315 (1981).
44. LEOVICI, S.: *Contribution psychanalytique à la connaissance de la depression chez l'enfant et l'adolescent*. En *Etats dépressifs chez l'enfant et l'adolescent*. Ed. por A. L. ANNELL. Almqvist-Wiksell. Estocolmo (1971).
45. LEFKOWITZ, M. H.; BURTON, N.: «Childhood Depression. A Critique of Concept». *Psychological Bulletin*, 85, 716-726 (1978).
46. MALMQUIST, C. P.: *Depressions in childhood and adolescence, en Annual Progress in child psychiatry and child development*. Ed. S. Chess. New York, Brunner-Mazel (1972).
47. MARTIN SANTOS, L.: «Actas de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil». VI Reunión. San Sebastián (1958).
48. MENDIGUCHIA, F. J.: «Nosología y Nosotaxia en Psiquiatría Infanto-Juvenil». XXXIII Reunión de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil. Córdoba (1981).
49. NISSEN, G.: *Depressive Sydrome im Kindesund Jugendalter*. Springer, Berlin - Heidelberg - New York, (1971).
50. NISSEN, G.: *Masked depression in children and adolescents*. En KIELHOLZ, P. (dir), *Masked depression*. Int. Symp. St. Moritz, 1973, p. 133. Huber, Berna - Stuttgart - Viena (1973).
51. NISSEN, G.: *Psychopatologie des Kindesalters*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Darmstadt (1977).
52. NISSEN, G.: *Das Depressive Kind*. Mschr. Kinderheilk, 126, 463 (1978).
53. NISSEN, G.: *Depressive Verstimmungen bei Kindern und Jugendlichen*. Dtsch. Arztebl., 76, 567 (1979).
54. NISSEN, G.: *Estados depresivos en los niños y adolescentes*. En KIELHOLZ, P.: «El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos», 151-160. Herder (1983).
56. O.M.S.: *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Sección 5ª, 9ª Revisión (1980).

57. POZNANSKI, E. O.; CARROLL, B. J.; BANEGAS, M. C.; COOK, S. C.; GROSSMAN, J. A.: «The dexamethasone suppression test in prepuberal depressed children». *Am. J. Psychiatry*, 139, 321-324 (1982).
58. POZNANSKI, E. O.; ZRULL, J. P.: «Childhood Depression». *Archives of General Psychiatry*, 239, 8-15 (1970).
59. PUIG-ANTICH, J.: «Affective disorders in childhood. A review and Perspective». *Psychiatric clinics of North America*, Vol. 3, n° 3, december (1980).
60. PUIG-ANTICH, J.: «Psychobiological Correlates of Major Depressive Disorder in Children and Adolescents». En *Psychiatry*, Part. III, Depression in Childhood and adolescence. A.P.A., 288-295 (1982).
61. RIE, H. E.: «Depression in childhood. A Survey of some pertinent contributions». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 653-685 (1966).
62. ROCHLIN, G.: «The loss complex». *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 7, 299 (1959).
63. RUTTER, M.; SHAFFER, D.; SHEPHERD, M.: *A Multiaxial Classification of Child Psychiatric Disorders*. Geneve, World Health Organization (1975).
64. SANDLER, J.; JOFFEE, W. G.: «Notes on Childhood Depression». *International Psychoanalysis*, 46, 88-96 (1965).
65. SPIEL, W.: «Depressive Zustandsbilder im Kindes- und Jugendalter». En Schulte, W., Mende, W. (dir) *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung*, 208. Thieme, Stuttgart (1967).
66. SPITZ, R.: «Hospitalism». *Psychoanal. Study Child.*, 2, 113 (1946).
67. SPITZ, R.; WOLF, K. M.: «Anaclitic depression». *Psychoanal. Study Child.*, 2, 313-342 (1946).
68. SPITZER, R.; CANTWELL, D. P.: «Diagnostic process and diagnostic classification in child psychiatry DSM-III». *J. Am. Acad. Child. Psychiat.*, 19, 348 (1980).
69. SPITZER, R. L.; CANTWELL, D. P.: «The DSM-III classification of the psychiatric disorders of infancy, childhood and adolescence». *J. Am. Acad. Child. Psychiat.*, 19, 355-370 (1980).
70. TOOLAN, J. M.: «Depression in children and adolescents». *Am. J. Orthopsychiatry*, 32, 404-414 (1962).
71. WEINBERG, W. A.; BRUMBACK, R. A.: «Mania in childhood». *Amer. J. Dis. Child.*, 130, 380-384 (1975).
72. WELLER, E. E.; PRESKORN, S.: *Imipramine Plasma Levels in Depressed Children*. Presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, New Orleans, Louisiana, Mayo (1981).
73. WELNER, Z.; WELNER, A.; MC CRAY, M. D. y cols.: «Psychopathology in Children of Nervous With Depression: A Controlled Study». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 408-413 (1977).

CONCLUSIONES DE LA REUNION DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE «EL PERFIL PROFESIONAL DEL PAIDOPSIQUIATRA»

Inst. Reg. de Estudios de la Consejería de Salud y Bienestar Social.
Comunidad Autónoma de Madrid. Julio 85.

I. INTRODUCCION

Un grupo de trabajo formado por expertos en Psiquiatría Infantojuvenil, constituido por los profesionales que se relacionan en el Anexo I, se reunió el pasado 6 de julio en Madrid, convocado por el Instituto Regional de Estudios de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid, con el objeto de discutir y obtener conclusiones, elaborando las correspondientes recomendaciones, en algunos aspectos importantes del área de la salud mental infantojuvenil que influyen decisivamente en la configuración del perfil profesional del Paidopsiquiatra. Se abordaron, entre otros, temas tales como recursos asistenciales, la formación del psiquiatra infantil, el análisis de la demanda, la hospitalización en psiquiatría infantojuvenil y la atención al adolescente.

El marco general de referencia en el que deberían inscribirse los anteriores puntos lo formaron los criterios marca-

dos hoy día para la atención a la Salud Mental en el sector público:

- Una atención integrada, íntegra e integral.
- El carácter comunitario y sectorizado.
- A cargo de un equipo multiprofesional.
- Con preferente desarrollo de los recursos extrahospitalarios.
- Manteniendo insertado en la medida de lo posible al niño y al adolescente en su medio familiar y social habitual.
- Con especial atención a las tareas de prevención y diagnóstico precoz.
- Dando apoyo a través de interconsultas al primer nivel asistencial, a los dispositivos de otras Instituciones y a los mediadores y agentes sociales relacionados con los problemas de la infancia y adolescencia inadaptadas.
- Manteniendo una continuidad en

las diferentes acciones emprendidas.

- Coordinando sus recursos y actuaciones con el resto del equipo de Salud Mental, principalmente en los temas referentes a la adolescencia y a la familia.

El grupo se desarrolló en sesiones de mañana y tarde, utilizando como método de trabajo la introducción de cada uno de los apartados concretos por un ponente, durante no más de diez minutos, con el objeto de servir de marco a la discusión general, durante aproximadamente una hora. Al final del día el relator ofreció una versión provisional de las conclusiones obtenidas que fue a su vez discutida y aprobada por unanimidad.

Actuó como moderador de las sesiones el Dr. José Rom Font y como relator el Dr. Prudencio Rodríguez Ramos, coordinando la reunión el Dr. José Luis Alcázar y presidiéndola el Dr. Vicente López Camos.

II. RESUMEN DE LAS CONCLUSIONES OBTENIDAS EN CADA TEMA PARCIAL

A. RECURSOS ASISTENCIALES

Introductor:

Dr. JOSE LUIS ALCAZAR
(IRES DE LA C. DE SALUD
Y BIENESTAR SOCIAL DE LA
COMUNIDAD DE MADRID)

En la exposición del tema se hizo una breve relación de los diferentes recursos, tanto humanos como de lugares terapéuticos que hoy en día se dedican a la atención de los problemas de la Salud Mental Infantojuvenil en los países de nuestro entorno geográfico y cultural, con similares niveles de desarrollo.

En la discusión se trataron diferentes aspectos del tema de los que resultaron las conclusiones que a continuación se exponen.

CONCLUSIONES

1. La intensa preocupación compartida por el grupo de trabajo, ante la situación actual de la psiquiatría infantojuvenil, dado que, además de ser insuficientes los recursos con que se cuenta, existe una falta de utilización mínimamente coordinada de los mismos.
2. El conocimiento escaso por parte de la Administración en lo referente a cantidad, distribución funcional y objetivos de los recursos, dando lugar todo ello a un solapamiento de funciones y encarecimiento de la asistencia prestada.
3. La necesidad de una gestión coordinada entre los diversos organismos asistenciales de las entidades estatales, autonómicas y locales, para superar los actuales conflictos de competencias que sufren tanto los propios organismos rectores como los equipos asistenciales de Salud Mental Infantojuvenil.
4. En la actualidad el rendimiento y la calidad dependen más de un voluntarismo de los equipos asistenciales que de las directrices y evaluación de gestión emanados de los órganos competentes.
5. Es imprescindible la creación, a partir de los equipos actualmente existentes, de unidades funcionales con una distribución sectorizada de competencias, coordinadas desde un centro rector, que presen atención integral y continuada en las distintas fases de los trastornos psíquicos.
6. En estas unidades se deben establecer unos programas de asisten-

cia especificando funciones y, objetivos a cumplir, realizados conjuntamente entre quienes realizan la asistencia y los órganos de planificación y evaluación. (Programación compartida.)

7. Esta programación debería tener en cuenta la necesidad de una dotación de recursos mínima para que la acción de los equipos sea posible y efectiva.
8. Los recursos intra y extrahospituarios actuales deberán estructurarse en cuanto a funciones y objetivos de acuerdo con las necesidades de la población asistida y que pueden diferir según el marco demográfico, geográfico y social en que se encuentren enclavados.
9. La preocupación por la existencia de una serie de recursos «apócrifos», semioficiales y privados que funcionan en base a una planificación autárquica, incluso recibiendo subvenciones oficiales, que conviene tener en cuenta para conocer y reorientar su acción a la hora de planificar la asistencia.
10. La proposición de un sistema de organización de los recursos asistenciales basado en el Equipo de Salud Mental en el que esté integrado el Equipo de Salud Mental Infantojuvenil, contando éste con la suficiente entidad y capacidad de gestión administrativa y funcional como para desarrollar los recursos que le sean asignados y adaptarlos a su zona de actuación y responsabilidad.
11. La necesidad de establecer unos límites que definan los campos que requieren la atención diferenciada de algunos de los problemas infantojuveniles, tal como ocurre con los derivados de la enseñanza, bienestar social, justicia, etc.

Además el equipo de Salud Mental Infantojuvenil debería estar relacionado, a través de las comisiones necesarias, con todas aquellas Instituciones que se relacionan con la infancia y adolescencia inadaptada.

12. Se considera necesario reseñar que una parte importante del tiempo de trabajo del equipo, deberá estar dedicado a los programas de sensibilización y formación en el área de la Salud Mental Infantojuvenil dirigidos a los profesionales sanitarios del primer nivel asistencial y a aquellos mediadores y agentes sociales en contacto con el niño y adolescente en su entorno natural.
13. La creación y mantenimiento de unos equipos complejos y costosos, pero imprescindibles para cumplir los programas de Salud Mental Infantojuvenil con criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, hace necesario que éstos actúen sobre unos núcleos numéricamente importantes de población, y de forma sectorizada en relación a las áreas sanitarias resultantes de la composición del mapa sanitario.

RECOMENDACIONES

Es urgente y necesario el desarrollo, en los órganos correspondientes de planificación de cada Comunidad Autónoma, de una unidad específica, que de forma coordinada con el Servicio que se encargue de la planificación general en Salud Mental, se ocupe de los aspectos relativos a la planificación y programación en Salud Mental Infantojuvenil. Dicha unidad debe estar formada por especialistas y actuar con los siguientes criterios:

1. Evaluación de los recursos existentes.
2. Coordinación de los mismos antes de crear otros nuevos.
3. Realizar aquellas reconversiones que se consideren oportunas para mejor aprovechamiento y puesta al día de los recursos.
4. Diseño de programas y objetivos de acción.
5. Evaluación continuada de los programas.
6. Dotación suficiente de recursos y medios a los equipos asistenciales.
7. Exigir acreditación específica a los técnicos que trabajen en los equipos y programas de Salud Mental Infantojuvenil.
8. Atención adecuada a la investigación y formación continuada.
9. Los equipos de S.M.I. se coordinarán de manera adecuada con el resto de recursos sanitarios y sociales del área (rehabilitación, logopedia, educación, sanitarios de todo tipo, etc.) con el fin de evitar solapamiento o duplicidad en las prestaciones asistenciales y a fin de que cada sector se ocupe de sus responsabilidades.

B. FORMACION DEL PSIQUIATRA INFANTOJUVENIL

Introductor:

Dr. LUIS PELAZ

(Director del Centro de Salud Mental Infantojuvenil del AISN. Madrid).

En la introducción al tema de discusión se hizo mención a la amplia formación necesaria del psiquiatra infantil, quien, procediendo a las ciencias médicas, debe completar su preparación con los conocimientos necesarios

en los aspectos psicodinámicos, de psicología evolutiva, teorías sistémicas y de la comunicación, etc.

A continuación se comenzó la discusión del grupo de trabajo, llegándose a las siguientes conclusiones.

CONCLUSIONES

1. Es imprescindible que la Psiquiatría Infantojuvenil sea reconocida oficialmente como una Especialidad Médica o al menos como un Área de Capacitación Específica, ya que nuestro país es el único de Europa, y no sólo de la Europa Comunitaria, que no reconoce la existencia de dicha especialidad.
2. Esta exigencia resultaría de obligado cumplimiento ante la necesidad de adaptar nuestra legislación a la de la Comunidad Económica Europea para permitir un adecuado intercambio de personal en esta área médica y proteger los derechos de los profesionales de la Psiquiatría Infantil en España.
3. Para que se obtenga el mencionado reconocimiento oficial se consideraría necesario:
 - Incrementar el porcentaje de formación en materia de Psiquiatría Infantojuvenil en los programas de pre y postgrado.
 - El establecimiento de un plan específico de formación en Psiquiatría Infantojuvenil.
 - En el mismo se tendrán en cuenta los aspectos biológicos, psicodinámicos y sociales de dicha especialidad, desarrollándose con el necesario equilibrio y criterios de atención integrada en programas de Salud Pública.
 - Dicho plan debería ser elaborado por representantes de las

Universidades y Asociaciones Científicas directamente vinculadas con la Psiquiatría Infantojuvenil.

- Para hacer frente a la falta de regulación actual a la enseñanza de la Psiquiatría Infantojuvenil, se sugiere la posibilidad de establecer un sistema de «acreditaciones docentes», en cuanto a programas y lugares de formación, avalados por la Institución competente (Comunidades Autónomas y/o Universidad) y las Sociedades Científicas de Psiquiatría Infantojuvenil oficialmente reconocidas.

RECOMENDACIONES

1. Exigir el reconocimiento de la Psiquiatría Infantil como especialidad médica en base a los ordenamientos legales actuales.
2. Creación de programas de formación pre y postgraduados específicos.
3. Estos programas deberán tener en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales imprescindibles para la correcta formación del psiquiatra infantil, en un justo equilibrio sin hipertrofias parciales y deformantes.
4. Constitución de una Comisión para el estudio y desarrollo de estos aspectos integrada por representantes de la Universidad y de las Sociedades Científicas de Psiquiatría Infantil.
5. Como alternativa hasta un reconocimiento oficial, crear programas de formación y Acreditaciones avalados por las Instituciones anteriormente mencionadas.
6. Control de Calidad de los lugares y programas de formación.

C. ANALISIS DE LA DEMANDA

Instructor:

Dr. FRANCISCO JAVIER
MENDIGUCHIA

Director del Hospital Psiquiátrico Infantil Fray Bernardino Alvarez (Madrid).

Se presentaron a título de ejemplo algunos datos y cifras relativos a las demandas efectuadas en los últimos años en una determinada zona de Madrid capital y en las que se aprecia la fuerte incidencia de los casos con edades inferiores a los 18 años.

Se comentan los tipos de trastornos que aparecen con mayor frecuencia como motivo de consulta y algunos datos relativos a las características socioeconómicas en relación con la demanda.

CONCLUSIONES

1. Hasta el momento presente no se han realizado suficientes estudios con una metodología adecuada que permitan conocer de manera fiable datos sobre prevalencia e incidencia de los trastornos relacionados con la salud mental infantojuvenil.
2. Se subrayan las discrepancias que aparecen entre los presupuestos teóricos y la realidad de una demanda alta y claramente superior a las posibilidades de cobertura actuales.
3. La falta de uniformidad en los criterios de recogida de datos dificulta la obtención de información epidemiológica válida para un intercambio de los mismos entre los técnicos de la salud mental infantil de las diferentes zonas del país.
4. La ausencia de responsabilidad sobre un sector determinado de población por parte de los equipos

de salud mental, plantea serias dificultades para la detección y el seguimiento de los casos y ello lleva a no poder actualmente contrastar algunas hipótesis como por ejemplo si la continuidad asistencial modifica realmente las demandas, qué diferencias cuantitativas hay entre las demandas de servicios por parte de la población adulta y de la infantojuvenil, etc.

5. Ante la gran influencia que ejercen los medios de comunicación social sobre la población y sus estilos de vida, existe la preocupación compartida de la necesidad de una información responsable y suficientemente asesorada para que no surjan ni la confusión ni las expectativas de difícil cobertura.
6. Dentro de los posibles canales de demanda en la salud mental infantojuvenil es necesario respetar aquellos que procedan directamente de la familia.

RECOMENDACIONES

1. Creación de un sistema homogéneo y homologado de recogida de datos epidemiológicos para la obtención de una información que permita un intercambio fiable de los mismos.
2. Estimular la creación de un grupo de trabajo para estudiar la viabilidad de un programa orientado al desarrollo de un registro acumulativo de datos para la población infantojuvenil.
3. Desarrollo de tareas precisas para conseguir los instrumentos necesarios que permitan la detección de las poblaciones de riesgo dentro de una comunidad, atendiendo a factores sanitarios y socioeconómicos.
4. Establecimiento de los canales de

demandas y derivación necesarios y agilizarlos para que cada petición sea atendida en el lugar correcto de los dispositivos asistenciales, evitando así la sobrecarga del equipo de salud mental con intervenciones que pueden corresponder a otros organismos (Educación, Bienestar Social, etc.).

5. Desarrollo de los programas necesarios para sensibilización y entrenamiento de los profesionales ajenos al equipo de salud mental y que están en contacto con la infancia y adolescencia con objeto de mejorar sus capacidades de detección y orientación adecuadas de las demandas.
6. Reconocimiento de la familia como posible fuente de demanda directa bajo determinadas condiciones.
7. Se estimularán estudios epidemiológicos y de demanda de tipo longitudinal en las áreas específicas.

D. ADOLESCENCIA

Introducción:

Dr. GONZALO MORANDE
Jefe de Sección de Psiquiatría
Infantojuvenil
Hospital Cruz Roja. Madrid

En la introducción se comentan algunos datos epidemiológicos y demográficos por los que se evidencia la situación de alto riesgo y baja cobertura asistencial en que se encuentra la población adolescente española.

Los recursos materiales y humanos requieren unas condiciones específicas en algunos aspectos para encajar con las características propias de la adolescencia, algunos de cuyos problemas quedan fuera del marco de acción de los equipos de Salud Mental Infantojuvenil. Finalmente se comentan los peli-

gros de realizar programas de asistencia muy específicos independientes de los programas de atención en salud mental infantojuvenil.

CONCLUSIONES

1. Se trata de una población numerosa, que dispone de pocos recursos asistenciales en cuanto a lugares de atención y equipos especialmente entrenados.
2. Las edades que abarcaría este sector de población serían las comprendidas entre los 12 y 18 años, teniendo en cuenta que se establece esta edad en base a criterios evolutivos y legales, sin que ello excluya la flexibilidad que exigen las variaciones individuales.
3. Existe un alejamiento de la población adolescente con respecto a los servicios públicos de salud general, lo que dificulta su seguimiento.
4. Dado que el individuo en estas etapas de su vida está todavía en un período de formación de la personalidad, es al equipo de Salud Mental Infantojuvenil, y a las estructuras que con él atienden los problemas del adolescente, a quienes les corresponde la cobertura asistencial.
5. Estos casos remarcan aún más la necesidad de una íntima colaboración con el resto del equipo de Salud Mental.
6. Se hace patente la conveniencia de crear lugares asistenciales específicos para la atención del adolescente en el área de salud mental (intra y extrahospitalaria) así como en aquellos servicios de salud general en los que se integran los servicios de Salud Mental así como los Servicios Sociales con los que han de coordinarse.

RECOMENDACIONES

1. Potenciación de programas de Salud Mental que puedan proporcionar una acción preventiva importante en las primeras etapas de la adolescencia, dado que es más fácil y efectivo el abordaje en estas fases que en las posteriores.
2. Entrenamiento adecuado del personal que trabajará directamente con el adolescente.
3. Creación de lugares específicos intra y extrahospitalarios para la atención de este sector de población.
4. Desarrollo de recursos alternativos de apoyo para adolescentes.
5. Atención especial a las relaciones entre los equipos de Salud Mental Infantojuvenil y los órganos relacionados con delincuencia, justicia y protección de menores en los temas relativos a la adolescencia.
6. Estimular el estudio conjunto de las unidades funcionales de S.M. de Adultos y S.M. Infantil de las Áreas sanitarias, con el fin de que la elaboración de programas para la adolescencia estipulen los criterios asistenciales y de cobertura para cada área según sus realidades concretas de formación, tipo de asistencia, situación de la demanda, etc.

E. HOSPITALIZACION

Dr. CARLOS COBO MEDINA
Jefe de la Unidad de
Psiquiatría Infantil
Hospital del Niño Jesús. Madrid.

En la introducción se comentan algunas ventajas e inconvenientes de la hospitalización en psiquiatría infantojuvenil,

criterios y la opinión de un grupo de expertos en Psiquiatría Infantojuvenil antes de acometer la misma.

5. Creación de los lugares alternativos anteriores y posteriores al Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil de forma sincrónica y coordinada a las modificaciones y reconversiones que han de introducirse en el mismo, con objeto de evitar vacíos asistenciales.
6. Creación de recursos específicos para atender la hospitalización del adolescente dentro de los propios dispositivos generales de salud del área sanitaria.
7. Tener en cuenta a la hora de planificar los recursos para hospitalización, que en psiquiatría infantojuvenil se sobreponen, casi continuamente, los problemas biológicos, psíquicos y educativos, así como en la etapa de la adolescencia a éstos se añaden los de orientación profesional y justicia.
8. Permitir la movilidad del personal dentro de la Institución y proporcionarles los medios necesarios para que su formación y calidad de trabajo no se vean deteriorados por las duras condiciones que el mismo exige, tendiendo mediante la formación y el reciclaje oportunos, a una transformación de sus actividades hacia otros recursos extrainstitucionales y/o de asentamiento comunitario de base.
9. Valorar la importancia de la continuidad en el tratamiento por parte del equipo que habitualmente atiende al paciente en los dispositivos extrahospitalarios. En el caso de tener que recurrir al ingreso se regulará su mayor o menor implicación y responsabilidad en los cuidados a dispensar durante la fase de internamiento.

así como las diferentes formas de realizar dicha hospitalización. A partir de considerar la conveniencia de una mínima pero inevitable hospitalización, se llega a su aceptación en determinados casos. Se comentan algunas situaciones clínicas específicas y objetivos asistenciales (observación diagnóstica, terapia, situaciones de crisis) que requieren hospitalización, y se recomienda el desarrollo de recursos alternativos.

CONCLUSIONES

1. Evitar en lo posible la hospitalización, reservando para ella un mínimo de camas en el hospital general.
2. Valorar la conveniencia de que el equipo que realiza la asistencia ambulatoria mantenga una vinculación con los tratamientos que se realizan en régimen de hospitalización.
3. Llevar a cabo las actuaciones necesarias, tanto a nivel estructural como humano que permitan a los hospitales psiquiátricos infantojuveniles transformarse en centros de atención integral.

RECOMENDACIONES

1. Desarrollo de los recursos que permitan potenciar la hospitalización parcial.
2. Reducir al mínimo imprescindible las hospitalizaciones a tiempo completo.
3. Para aquellos casos en que esta medida terapéutica sea inevitable, articular lugares para la misma en hospitales generales.
4. En caso de plantearse la reconversión de algún recurso de hospitalización infantojuvenil ya existente, debería contarse con los

LISTA DE PARTICIPANTES ANEXO I

Dr. ALCAZAR, José L.

Instituto Regional de Estudios de la Consejería de Salud y Bienestar Social, Comunidad Autónoma de Madrid.

Dr. ANGULO, Fernando

Presidente de la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares.

Dr. CABALEIRO FABEIRO, Luis F.

Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente.

Dr. COBO MEDINA, Carlos

Jefe de la Unidad de Psiquiatría Infantil, Hospital «Niño Jesús» de Madrid.

Dra. GOMEZ FERRER, Concepción

Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil, Hospital Psiquiátrico «Román Alberca» de Murcia.

Dr. GUTIERREZ GOMEZ, Diego

Responsable de la Unidad de Psiquiatría del Hospital del Rey.

Dr. DE LINARES PEZZI, Miguel

Presidente de Honor de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.

Dr. LOPEZ CAMOS, Vicente

Presidente de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.

Dr. MENDIGUCHIA QUIJADA, Francisco

Director del Hospital Psiquiátrico Infantil «Fray Bernardino Alvarez». Madrid.

Dr. MOLINA CAMPUZANO, Luis

Ex-Director del Centro de D. y O.T. de la Cátedra del Hospital Clínico. Madrid.

Dr. MORANDE, Gonzalo

Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital de la «Cruz Roja». Madrid.

Dr. PEDREIRA MASSA, José L.

Responsable de la Unidad Infantil del Centro de Salud Mental de Mieres, Consejería de Salud del Principado de Asturias.

Dr. PELAZ LORENZO, Luis

Director del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del AISN. Madrid.

Dra. PERTEJO, Jesusa

Profesora Titular de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

Dr. RODRIGUEZ RAMOS, Prudencio

Director del Centro de Conducta del AISN. Madrid.

Dr. RODRIGUEZ SACRISTAN, Jaime

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

Dr. ROM FONT, José

Director Médico del Centro de Autistas CERAC, Comarca del Vallés. Barcelona.

Dr. SORDO SORDO, Luis

Jefe del Servicio del Hospital Psiquiátrico Infantil «La Atalaya». Ciudad Real.

Dr. TORO TRALLERO, José

Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. Responsable de la Unidad de Psiquiatría Infantil del Hospital Clínico.

Dr. TORRES, Francisco

Director del Hospital Psiquiátrico Infantil «La Atalaya». Ciudad Real.

Dr. VICENTE, José Antonio

Responsable de la Unidad de Paidopsiquiatría de la Clínica Infantil de la Ciudad Sanitaria «La Paz». Madrid.

Dr. TOMAS VILALTELLA, José

Presidente de la Sección de Psiquiatría Infantil de la A.E.P. Jefe del Departamento de Psiquiatría Infantil del Hospital Valle de Hebrón. Barcelona.

ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD

LAS EPILEPSIAS MIOCLONICAS EN LA INFANCIA

Dr. J. Solé Sagarra

III REUNION DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL
Valencia, mayo-junio 1954

I. A medida que se van perfeccionando los métodos auxiliares de exploración neurológica (electroencefalografía, arteriografía, etc.), se ve que la mayoría de ataques convulsivos aparecidos en la primera década de la vida tienen mucho que ver con la epilepsia, contra lo que se creía no hace muchos años y que todavía está en la mente de no pocos pediatras y médicos en general. La problemática de las convulsiones infantiles viene complicada por el hecho clínico de que en la primera edad de la vida el cerebro reacciona con capacidad convulsiva aumentada, si se compara con la reactividad convulsiva cerebral del adulto. Causas endógenas y exógenas (metabólicas, fiebre, intoxicaciones) que en el adulto pocas veces originan convulsiones, desencadenan con facilidad en el niño un ataque, con todas las apariencias del gran mal epiléptico. La maduración (mielinización) cerebral del niño, en la primera infancia sobre todo, explica parte de la riqueza de formas epilépticas infantiles, ya que los ataques

convulsivos en lactantes y niños muy pequeños se caracterizan por la particular variación en su presentación clínica. Este aumento *per se* de la capacidad convulsiva en la infancia explica que muchas de las llamadas convulsiones ocasionales, secundarias a los más diversos patológicos del infante (sarampión, anginas, trastornos digestivos, etc.), tengan un pronóstico del todo favorable. Y lo mismo podemos decir en lo que se refiere al pronóstico de la mayoría de los mal delimitados conceptos nosológicos de la espasmofilia, tetania, laringospasmos funcionales, ataques convulsivos respiratorios y paroxismos vegetativos sincopales. El peligro de tal realidad clínica es la sobrevaloración de la benignidad de las convulsiones infantiles en general.

Estudios recientes (Lennox, Gastaut, Escardó, Sal y Rosas) dedicados a relacionar las convulsiones infantiles con la epilepsia demuestran bien claramente el nexa etiológico entre epilepsia crónica, disposicional, y la mayoría de convulsio-

nes reiteradas en un mismo niño en el curso de los diversos procesos patológicos corrientes en la infancia. Niños que sus aparentemente banales accesos convulsivos resultan ser fatalmente epilépticos después de la pubertad o, incluso, en la edad madura, no son una rareza ni mucho menos. Esto en lo que se refiere a los comúnmente llamados ataques «funcionales» o acompañatorios de determinada enfermedad del niño, puesto que los ataques convulsivos que acompañan a groseras afecciones orgánicas (meningitis, encefalitis, tumores cerebrales) entrañan de inmediato un mal pronóstico para el clínico con un mínimo de experiencia pediátrica o neuropsiquiátrica. En la directriz de la problemática pronóstica de las convulsiones infantiles debemos separar aún el tercer grupo constituido por afecciones degenerativas progresivas del cerebro, que muchas veces sólo se manifiestan claramente después de la infancia; en este caso están las convulsiones infantiles de futuros enfermos de epilepsia mioclónica progresiva, como vamos a ver.

Sabido es que el ataque no lo es todo en la epilepsia, pues hay en muchos casos trastornos genéticos y constitucionales característicos que, cuando predominan en el cuadro clínico, determinan el diagnóstico de la epilepsia genuina o idiopática, que en la práctica suele oponerse al otro gran grupo de epilepsia, la sintomática; la primera sería siempre de causa endógena y la segunda de origen exógeno. Se dice también: cuando hay aura, epilepsia genuina; si no la hay, epilepsia sintomática. Estos esquematismos clínicos, como todo esquema, tienen un valor muy relativo, puesto que la extensión de los dos grandes grupos clásicos de epilepsia genuina y sintomática tienen muy variable extensión, según sea la directriz de la escuela neurológica y las particulares concepciones

de cada autor con que se enfocan. Muchas veces el diagnóstico de epilepsia genuina se hace por exclusión de causa objetiva demostrable, siendo cada día menos frecuente este diagnóstico a medida que adelantan los conocimientos fisiopatológicos del funcionamiento cerebral, puestos de manifiesto por los modernos medios auxiliares de diagnóstico que hemos citado al principio de este trabajo. Tampoco coinciden los conceptos de epilepsia genuina y hereditaria, aunque la herencia y la constitución (hábito atlético, temperamento enequético-explosivo) sean el núcleo nosológico de la forma genuina, esencial o idiopática de la epilepsia, que con todos estos nombres puede designarse; de ahí el carácter predominantemente endógeno de la misma.

La epilepsia sintomática o secundaria a un proceso orgánico (cerebral o extracerebral) demostrable, va ganando terreno a la genuina o criptogénica; esto valorado de un modo global, pues mientras hay autores que llegan a negar la epilepsia genuina (Marchand), por considerarla siempre sintomática a procesos que aún no sabemos diagnosticar, no faltan los que creen en un contrasentido hablar de epilepsia genuina (Pohlish); ya que para ellos en los ataques convulsivos que sobrevienen a otras enfermedades no puede hablarse de epilepsia, sino de convulsiones-síntoma. Por esto Luxenburger, que tan profundamente ha estudiado la genética de las enfermedades convulsivas, compara la epilepsia a una amiba, cuya amplitud nosológica se ensancha o achica según las tendencias de escuela y las ideas peculiares de cada autor. Este autor niega a la epilepsia unidad nosológica, no considerándola como enfermedad, sino solamente como síndrome. Esta diversidad de opiniones en el concepto de la epilepsia en general se complica más aún al considerar el polimorfismo clínico de

los ataques convulsivos en la infancia. Ciñéndonos a lo que, por lo menos por necesidad didáctica, debemos continuar llamando epilepsia genuina, y dentro de ésta a la hereditaria propiamente dicha, antes de pasar al estudio de las mioclonias malignas, vamos a ver las dificultades diagnósticas y pronósticas que se presentan en determinados casos de convulsiones infantiles mitis (mitigadas), que se engloban con el nombre genérico de mioclonias.

II. Lennox, a partir de minuciosos estudios electroencefalográficos, pretendió diferenciar una tríada típica del pequeño mal epiléptico dentro del cual cabe incluir las distintas formas de epilepsia mioclónica infantil. Tal tríada estaría constituida por la picnolepsia, la epilepsia acinética y la epilepsia mioclónica; formas de presentación casi exclusiva en la infancia y en la pubertad. Ulteriores investigaciones han demostrado que esta diferenciación no se ajusta por completo a la realidad; incluso pueden objetarse electroencefalográficamente. La característica clínica común de estas tres formas epilépticas es la acumulación de pequeños accesos paroxísticos (hasta 100 al día), su duración fugaz (unos segundos) y la no alteración esencial de la conducta postconvulsiva; electroencefalográficamente, es característica, en muchos casos (no siempre, como se cree con demasiada frecuencia), la típica imagen de 3 imágenes punta-onda por segundo, mientras que predomina la poli-punta, en donde dominan las mioclonias del gran grupo del *petit mal*, el cual, junto con la variada gama de las crisis psicomotoras de los niños, constituye lo que corrientemente designamos con el nombre de ausencias.

En cuanto al pronóstico de estas formas, se ha sobrevalorado la pretendida curación de las mismas en la pubertad,

hasta el punto que todavía hoy abundan los pediatras que no les conceden la importancia que tienen, refugiándose en el comodín de que con la pubertad habrá un cambio favorable, lo que les dispensa de instaurar un tratamiento enérgico y la observación cuidadosa a que deben estar siempre sometidos estos enfermitos; puesto que, desgraciadamente, muchos de estos niños pronosticados alegremente de cosas benignas y sin importancia, cambian, en efecto, en la pubertad, pero hacia la epilepsia vera, con ataques de gran mal epiléptico.

Es verdad que predominan las formas benignas, que se resuelven espontáneamente, en el *petit mal* infantil, lo que nos da siempre un optimismo pronóstico que no podemos tener en la epilepsia del adulto. Pero ello implica que en todo momento tengamos presente la posibilidad de que bajo las apariencias de una forma banal de epilepsia infantil, estemos, en realidad, ante una forma maligna, que el tiempo se encargará de patentizar. Y es que en el conglomerado clínico que representa la epilepsia, especialmente en las formas mitigadas que comentamos, abunda tanto o más lo no epiléptico, en el verdadero sentido de la palabra, que lo epiléptico propiamente dicho. Así, de la tríada mencionada puede no quedar nada epiléptico *sensu strictu*, ya que la *picnolepsia* cada vez es conceptualada más marginalmente al círculo epiléptico, muchos casos diagnosticados de *epilepsia acinética* son en realidad casos de pérdida emotiva del tono muscular (la llamada parálisis emotiva, con caída catapléxica al emocionarse) y algunos casos, raros, de epilepsia mioclónica son en realidad enfermedades degenerativas extrapiramidales, en las que uno de los síntomas principales son las mioclonias. Estamos hablando de la epilepsia mioclónica progresiva, maligna, que debemos considerar extensamente, dada la rareza de su presentación, sus

características clínicas peculiares y los nuevos conocimientos que puede brindarnos en la enmarañada problemática de las convulsiones infantiles de naturaleza mioclónica.

A nuestro entender es esencial, tanto en el adulto como en el niño, distinguir las formas benignas de las malignas en lo que a las epilepsias mioclónicas se refiere. La epilepsia mioclónica benigna es la típicamente infantil, o sea, la tríada de Lennox, con imágenes electroencefalográficas de polipunta y ondapunta, que remite espontáneamente en la pubertad o antes de ella y que responde bien al tratamiento con tridiona, sola o asociada a barbitúricos e hidantoinatos; clínicamente, se manifiesta por accesos fugaces y repetidos de convulsiones mioclónicas (varios al día), localizadas en diferentes partes de la musculatura corporal, pero especialmente en los músculos faciales. Repentinamente, el niño es presa de mioclonias faciales, en forma de tics, o de otra parte del cuerpo, para dejar de hablar o de andar si lo estaba haciendo y, a los pocos segundos, rara vez minutos, queda todo como antes, o sea que el niño reemprende sus juegos u otros quehaceres sin más; en algún caso llora al final de estos accesos convulsivos mitis, llanto que denuncia la crisis sufrida en casos en que ésta es tan leve que con frecuencia pasa inadvertida por el mismo niño y los que le rodean.

Los llamados ataques psicomotores de los niños, conocidos también como equivalentes epilépticos, suelen durar más que las mioclonias, entre minutos e incluso días enteros; en este último caso hablamos ya de estado crepuscular epiléptico, que, si se repite regularmente y dura más de un día, puede corresponder a los estados crepusculares episódicos de Kleist, síndrome márginal epiléptico de estrecho entronque con las psicosis endógenas del círculo maníaco-

depresivo (fasofrenias). Durante el ataque psicomotor, el niño parece obrar a veces de modo consciente, pero la amnesia postparoxística demuestra la naturaleza epiléptica de la crisis sufrida; en otros casos se realizan movimientos sin objeto durante el acceso, que pueden ser falsamente catalogados como trastornos de conducta, de diversa índole. La eventual enuresis y la constante amnesia intensa postparoxística, indican aquí la profundidad del trastorno epiléptico sufrido. Entre ambas manifestaciones epilépticas infantiles descritas, la epilepsia mioclónica benigna y los ataques psicomotores, podemos todavía agrupar el grupo polimorfo de las ausencias acinéticas, en las que el niño (también el adulto) se detiene un momento en la conversación o en los actos manuales que estaba realizando, con amnesia consecutiva y, raramente incontinencia de esfínteres.

En algún caso se dan conjuntamente muecas faciales, que indican la coparticipación mioclónica epiléptica, ya que no es rara la forma combinada mioclónica-acinética, como tampoco lo son las más diversas combinaciones entre las formas epilépticas que hemos descrito hasta aquí y otras más raras que en gracia a la brevedad debemos pasar por alto. Estas formas, benignas sólo relativamente, del pequeño mal epiléptico infantil, junto con las formas de ataques de gran mal no debidas a causas exógenas demostrables, constituyen la mayor parte de la epilepsia genuina en la infancia, en su conjunto de mejor pronóstico que la epilepsia genuina del adulto, según acabamos de ver.

III. En el grupo de las epilepsias mioclónicas malignas degenerativas o progresivas, tenemos unos síndromes mal definidos en muchos casos, más propios de la edad adulta que de la infancia, pero que por comenzar casi todos ellos

en la adolescencia y pubertad tienen cierto interés pediátrico, especialmente para el diagnóstico diferencial con las formas epilépticas mioclónicas benignas que hemos descrito anteriormente. Además, algunas de estas formas malignas de epilepsia mioclónica se manifiestan ya en la primera década de la vida, aunque su diagnóstico preciso pase generalmente inadvertido hasta que se establece el curso fatalmente progresivo y maligno. Este ha sido el caso de un enfermo estudiado por nosotros, que exponemos más adelante.

Aquí nos interesa resumir rápidamente los principales síndromes mioclónicos malignos, que se han descrito hasta ahora. Llevan los nombres de los autores que los han diferenciado, distinguiéndose unos de otros por pequeños matices anatomoclínicos, de importancia secundaria para nuestro objeto. El más característico de todos ellos es el siguiente: Mioclonía progresiva familiar de Unverricht. Se trata de una afección que suele comenzar pocos años antes de la pubertad o durante la misma, con ataques convulsivos generalizados o con convulsiones mioclónicas leves, generalmente generalizadas a todo el cuerpo. Después de algunos años de curso progresivamente grave, las mioclonías son ya exageradas en cantidad e intensidad, extendiéndose paulatinamente por todo el cuerpo. En este estadio de la enfermedad es frecuente la interposición de algún ataque epiléptico de gran mal, y en el estadio final de la afección, que dura pocos años, aparecen síntomas extrapiramidales y cerebelosos (rigidez muscular, temblor, astasia-abasia, trastornos coordinatorios), demencia, caquexia y muerte. Lundborg estudió cuidadosamente la genética de esta forma de epilepsia mioclónica, concluyendo que se hereda con carácter recesivo, señalando la frecuencia de las acumulaciones familiares. Por esto suele de-

signarse con los nombres de enfermedad de Lundborg-Unverricht a este síndrome. Síndromes similares al descrito son el paramioclonia múltiple de Friedreich, la epilepsia de Muskens, de Ramsay-Hunt, etc.

En realidad, se trata de afecciones heredodegenerativas sistematizadas del sistema nervioso central, extrapiramidal ante todo, que se manifiestan clínicamente por síndromes epilépticos mioclónicos de curso crónico y progresivamente maligno. Por esto es tan cuestionable su inclusión en el círculo epiléptico, al que todo lo más pertenecen considerándolas en amplio sentido.

Ahora bien, el círculo nosológico de la epilepsia, como tantos otros de la neuropsiquiatría, va sufriendo vaivenes en su delimitación estricta, uno de los cuales es la tendencia actual a reducirlo cada vez más a la enfermedad en que el ataque epiléptico está constantemente en el centro de la sintomatología, o sea la epilepsia genuina en sentido restringido, caracterizada por ataques de gran mal o de pequeño mal epiléptico y trastornos especiales del tipo corporal (hábito atlético) y del temperamento (la llamada constitución ictafín, con la bipolaridad temperamental enoquetismo-explosividad).

En la epilepsia mioclónica progresiva familiar de Lundborg-Unverricht se conoce el substrato anatomopatológico preciso, que condiciona la sintomatología epiléptica-extrapiramidal. Es la enfermedad en la que con más frecuencia se encuentran en el cerebro, en los centros extrapiramidales sobre todo, los cuerpos amiloideos intracelulares, que fueron descritos en 1911 por Lafora. Este hallazgo anatómico da cierto carácter de especificidad anatomoclínica a tal enfermedad, puesto que las investigaciones recientes en este sentido (Van Bogaert, Dimitri, Lafora) demuestran que el síndrome mioclónico se origina cuando el

dismetabolismo cerebral que representan tales corpúsculos amiloideos afecta ante todo el sistema dentado-espinal y el rubro-hipotalámico. Tal hallazgo histopatológico es propio del período final de la enfermedad, con sello de la profunda degeneración tisular que sobreviene en el encéfalo a medida que avanza el proceso patológico degenerativo.

IV. En España sólo se ha descrito hasta ahora un caso estudiado completamente (clínica y necrópticamente) de enfermedad mioclónica de Lundborg-Unverrich; se trata de una aportación nuestra, que hemos publicado *in extenso* (véase bibliografía de este trabajo). Nos referimos a dos hermanos con curso típico de la enfermedad dicha y muerte al cabo de unos nueve años de haberse iniciado. En uno de dichos hermanos nos fue factible realizar una detenida exploración histopatológica cerebral, encontrando en la substancia nigra los típicos cuerpos amiloideos de Lafora. Como da la casualidad que este enfermo sufrió manifestaciones convulsivas desde su primera infancia, creemos de utilidad considerar esta época en la historia clínica de dicho enfermo con más extensión que lo hicimos en nuestras anteriores publicaciones dedicadas a esta enfermedad. He aquí la historia clínica del mencionado enfermo, referida al día de su muerte y con las adiciones catamnésicas que nos ha sido dado poder realizar posteriormente.

José V., 23 años, soltero. Hábito corporal atlético. Los padres eran primos de primer grado. No hay antecedentes epilépticos en los ascendientes, ni de otras enfermedades neurológicas degenerativas. Parto normal. Desarrollo somatopsíquico, también normal.

Antecedentes patológicos: A los dos años de vida, probable proceso meningítico (no es posible asegurarlo, por es-

tar el niño en medio rural, poco atendido médicamente). Poco tiempo después de esta afección tuvo ataques convulsivos; a los que no se dio importancia; también parece ser hacia muecas, como tics faciales, de cuando en cuando, a los que menos importancia concedieron aún la familia y el médico que los vio. El niño se fue desarrollando bien, aprendiendo con facilidad en el colegio. A los siete años tuvo un ataque convulsivo generalizado, quedando un día entero amaurótico y semicomatoso: Se repuso bien de ello, como es la regla en los niños, siendo su conducta normal en todos sentidos. Nada llamaba la atención en él; pero no cesaron del todo los «tics faciales».

Cuando el paciente contaba 14 años, y al poco tiempo de desgracias familiares intensas (padre en la cárcel y luego fusilado, por avatares de la guerra de liberación española), se presentaron con regularidad y periodicidad de uno al mes, ataques convulsivos generalizados; al mismo tiempo se fueron haciendo cada vez más frecuentes e intensos los tics faciales, que adquirieron el aspecto de claras mioclonias.

A los 16 años de edad vimos por primera vez al paciente, el cual tenía mioclonias faciales de mediana intensidad y frecuencia, así como ataques epilépticos de gran mal, rebeldes a los tratamientos usuales anticonvulsivos a base de combinar barbituratos e hidantoínas; no descubrimos entonces nada especial neurológico, ni psiquiátrico, aparte de los mencionados ataques de pequeño y gran mal epiléptico.

Pudimos ir siguiendo el curso clínico de tal enfermo, comprobando que, a pesar de los tratamientos enérgicos y variados anticonvulsivos que ensayamos, la enfermedad evolucionaba progresivamente de un modo maligno, hasta el punto que cuatro años después de visitarle por primera vez podían apreciarse

claros síntomas de rigidez extrapiramidal, temblor ligero, leves trastornos coordinatorios y demencia incipiente. Aconsejamos el ingreso en el Instituto Neurológico Municipal de Barcelona (Director: Dr. B. Rodríguez Arias) para realizar un examen más a fondo del enfermo. Todas las pruebas practicadas (Drs. Simarro y Tolosa) fueron negativas (ventriculografía, análisis de liquor, fondo de ojo, serología luética, análisis diversos de orina y sangre); en aquel entonces (1945) no se disponía aún en tal centro hospitalario de electroencefalógrafo, por lo que fue imposible practicar electroencefalogramas a este enfermo.

El proceso fue intensificándose en todos los sentidos clínicos expuestos, especialmente la demenciación, por lo que fue necesario internarlo en el Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona (Director: Dr. O. Torras), en el que falleció al cabo de dos años de estar allí, presentando en su estadio final mioclonias ininterrumpidas y generalizadas a todo el cuerpo y ataques epilépticos atípicos, en los que predominaban los paroxismos de rigidez tónica, sin pérdida del conocimiento. En los mismos centros hospitalarios hicimos ingresar también a una hermana del paciente (Tresa V.), que visitamos dos años más tarde que a él y que desarrolló un cuadro patológico similar, pero más lentamente progresivo; esta enferma falleció hace un año en su casa. Tampoco pudo practicarse en ella electroencefalograma, y nos interesaba mucho.

Examen necrópsico: Sólo nos fue dable practicar la necropsia de la cavidad craneana. Examen macroscópico del cerebro: Cerebro de gran tamaño, con ligera hidrocefalia interna y atrofia en la mitad posterior del hemisferio derecho. Examen microscópico del cerebro: Lesiones celulares difusas y aumento de gliofibrillas en las cortezas cerebral u ce-

rebelosa. Abundantes cuerpos amiloides intracelulares y extracelulares (figura) en ambos núcleos lenticulares, pero más numerosos aún y desarrollados en la substancia nigra de ambos lados.

V. Las enseñanzas que podemos sacar de esta historia clínica son, ante todo, que casos de ataques convulsivos y manifestaciones leves de pequeño mal aparente inofensivos en la infancia, pueden llegar a ser de pronóstico fatal en algún caso, por ser seguramente las primeras manifestaciones clínicas de procesos degenerativos cerebrales, tales como la epilepsia mioclónica familiar progresiva que hemos descrito u otros síndromes malignos similares. De ahí la cautela y prudencia que debe tenerse, insistimos, en lanzar pronósticos demasiado benignos en todo caso de mioclonismo infantil.

En el estado actual de nuestro conocimientos no es posible el diagnóstico precoz exacto en la infancia de las raras afecciones mioclónicas del tipo familiar progresivo descrito. Sólo la concomitancia familiar de dos o más casos puede ponernos en la pista de un tal diagnóstico y el correspondiente mal pronóstico de una determinada epilepsia mioclónica; pero la acumulación familiar es rarísima hasta la adolescencia, siendo generalmente sólo después de la pubertad cuando puede observarse, como fue en la familia de los dos estudiados por nosotros. Otros medios diagnósticos, tales como los electroencefalográficos (predominio de imágenes en polipunta, inmodificables a pesar del tratamiento adecuado), pueden ponernos en sospecha de una evolución desfavorable de la enfermedad mioclónica en cuestión, pero sin visos de seguridad alguna, puesto que casos de pequeño mal epiléptico mioclónico con típicas imágenes electroencefalográficas en *polipunta* que en principio pueden ser sospe-

chosas de epilepsia mioclónica maligna se desvanecen rápidamente con un tratamiento a base de tridiona y barbitúricos, e incluso con tridiona sola. Sería de un valor incalculable para el pronóstico de los distintos síndromes mioclónicos infantiles descubrir rasgos clínicos que permitiesen diferenciar precozmente las modalidades benigna y maligna de epilepsia mioclónica, pero por ahora tenemos que dirigir principalmente nuestras investigaciones hacia los medios auxiliares electroencefalográficos y fisiometabólicos cerebrales en general, todavía en sus comienzos de rendimiento clínico. Es de suponer que el dismetabolismo cerebral, que en los estadios avanzados de la epilepsia mioclónica progresiva aboca en la degeneración grosera que representan los cuerpos amiloideos de Lafora, esté ya presente en el comienzo de la enfermedad, pero los medios actuales de diagnóstico no nos permiten aún descubrir las finas alteraciones bioquímicas que tienen lugar en el acontecer metabólico cerebral desviado, originario de los mioclonismos en general, según nuestro parecer; dismetabolismo que debe ser reversible hacia la normalidad en la epilepsia mioclónica infantil benigna e irreversible en la epilepsia maligna, ya que en este caso se trata de una enfermedad típicamente degenerativa del sistema nervioso central.

Estamos aquí ante las magníficas perspectivas del rendimiento que, a no dudar, dará algún día, creemos no lejano, la fisiopatología cerebral metabólica, que tantos problemas etiopatogénicos está llamada a resolver en el campo de la neuropsiquiatría. En su conjunto, nos encontramos ante la problemática quizá menos conocida de las difíciles cuestiones de las convulsiones en la infancia; ello ha sido uno de los motivos de habernos extendido en la consideración de la epilepsia mioclónica familiar progresiva en su componente pediátrico, ape-

nas atendido, por no decir desatendido del todo hasta ahora, por lo que hemos podido indagar en la bibliografía mundial que nos ha sido posible consultar.

VI. La conclusión que nos interesa destacar en esta exposición es la clara *diferenciación* que se debe intentar establecer entre *epilepsias mioclónicas benignas y malignas*, tanto en la infancia como en la edad adulta. Hemos expuesto ya las dificultades que para ello tenemos en la infancia, por la insuficiencia de los conocimientos actuales en las diversas facetas clínicas que hemos ido comentando en este trabajo. Incluso la presentación familiar de síndromes mioclónicos no abona del todo la seguridad de que estemos ante un síndrome mioclónico progresivo maligno, pues no es raro el acúmulo familiar de casos de epilepsia mioclónica benigna en la infancia. Así, nosotros mismos hemos tenido recientemente en tratamiento en nuestro Dispensario de Neuropsiquiatría de la Cátedra de Pediatría de Barcelona a dos hermanitos, de cinco y de tres años de edad, con un síndrome mioclónico similar e idéntica imagen electroencefalográfica de 3 punta-onda por segundo (doctores Vila Badó y Samsó), que remitieron por completo con una cura combinada de belladenal-tridiona, siguiendo tal remisión sin tratamiento a los dos años de observación. Se nos puede objetar que no está decidida aún la suerte futura de estos muchachos, pues no es imposible acaben por presentar ulteriormente la típica epilepsia mioclónica degenerativa familiar de Lundborg-Unverricht; pero de haberse tratado de esta enfermedad es dudoso hubiésemos obtenido la remisión duradera lograda. Sólo en los inicios de la enfermedad pueden existir tales dudas diagnósticas, puesto que en el período de estado de la afección pueden diferenciarse bien, clínica

y electroencefalográficamente, las modalidades benigna y maligna de la epilepsia mioclónica, por los sistemas que hemos venido exponiendo en el curso de este trabajo.

La esencia nosológica de ambas formas es muy diferente. Mientras la epilepsia mioclónica simple o benigna, propia de la infancia, no es otra cosa, como dice Gastaud, que la culminación de los mioclonismos observables en la vida normal —por ejemplo, las sacudidas fisiológicas del presueño y del ensueño—, la epilepsia mioclónica maligna refleja la degeneración masiva de determinados sistemas anatomofisiológicos del encéfalo, perfectamente demostrables histopatológicamente. Obvia decir que las sacudidas del gran mal epiléptico nada tiene que ver con el nombre de epilepsia mioclónica, como alguna vez se ha escrito, para acentuar el carácter predominantemente mioclónico de grandes ataques convulsivos; la fase mioclónica del ataque de gran mal epiléptico es sólo un componente de tal paroxismo, como lo es la fase previa miotónica, la sialorrea o la amnesia postconvulsiva.

El *tratamiento* es también del todo diferente en ambas modalidades de epilepsia mioclónica. En la benigna es eficiente en grado sumo, a base de tridiona (dosis de 0,30 gr de una a tres veces al día, vigilando los síntomas de intolerancia, como son el deslumbramiento, vómitos y variaciones en el cuadro hemático), sola o combinada con dosis adecuadas de barbitúricos e hidantoinatos. En la epilepsia mioclónica maligna es inútil todo tratamiento, que sólo puede ser sintomático hasta ahora, y no detiene la marcha fatal del proceso hacia la muerte.

La benignidad del pronóstico en las formas mioclónicas simples y la fatalidad del mismo en la modalidad degene-

rativa, deben tenerse en cuenta en la actitud a tomar por el médico ante un niño o un adulto que presenta sacudidas mioclónicas. Tan nefasto puede ser no dar importancia a tales manifestaciones epilépticas, como concedérsela exageradamente. Y ambas actitudes hemos comprobado con demasiada frecuencia en nuestra práctica profesional. Aquí como en tantas cosas, hemos de huir de los extremismos y quedarnos en el término medio, como emulándonos para anular el demasiado pernicioso y verídico dicho de que en España no hay términos medios. Un niño con mioclonias, del orden que fueren, es siempre tributario de un examen detenido y especializado (electroencefalografía y demás medios diagnósticos necesarios) para hacer un diagnóstico correcto y establecer el tratamiento correspondiente. Pero debemos tener presente la contrapartida a la indolencia médica descrita, escudada en el nihilismo terapéutico del «ya vendrá un cambio cuando el niño sea mayor»; es la actitud exageradamente prohibitiva en que caen muchos médicos al comienzo de una enfermedad epiléptica del orden que sea. En efecto, hay médicos que, imbuidos de una falsa fatalidad pronóstica en todo caso de epilepsia, etiquetan de incurable al enfermo, prohibiéndole toda actividad laboral o de estudio. La moderna lucha antiepiléptica se esfuerza en demostrar lo enormemente equivocada que es tal conducta, especialmente en la infancia, que es cuando más se suele llevar a cabo, secundado el médico (o quizá inducido) por familiares del enfermo. Debemos esforzarnos a que todo epiléptico realice una vida lo más normal posible, animándole a que desarrolle sus actividades sociales acostumbradas e incluso a que olvide que es un enfermo, salvo en lo que se refiere a la medicación prescrita y a la observancia de las precauciones que debe tomar para evitarle accidentes debidos a sus

ataques (evitar sitios peligrosos, natación, conducir vehículos, etc.). Además de corregir las actitudes psíquicas viciosas que acabamos de mencionar, un tratamiento psicoterapéutico adecuado evi-

ta superestructuras psicógenas, altamente perturbadoras en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los enfermos afectos de epilepsia en todas sus formas.

BIBLIOGRAFIA

BOGAERT, L. VAN: *Rev. neurol.*, 2, 1929.

DIMITRI, C.: *Prensa méd. argentina*, 1, 26, 1932.

ESCARDÓ, GAREISO y colabs.: «La epilepsia en el niño», Buenos Aires, 1949.

GASTAUD: Commun. II Reunión Anual Soc. Esp. Neurología, Barcelona, 1950.

LAFORA, G. R. y GLUECK, R.: *Zeitschr. ges. Neur. und Psych.*, 6, 1911.

LENNOX: *J. A. M. A.*, 19, 1945.

LUXENBURGER: *Psychiatrische Erblehre*, Munich, 1938.

MARCHAND: *Handbuch der allgen. Pathol.*, IV, 1, 1924. *Psych. Reaktion.*, etc., Berlín, 1929.

SAL Y ROSAS, F.: *Rev. de Psiq. y Psicol. Méd.*, 5, 1954.

SOLE SAGARRA, J.: *Rev. Clín. Esp.*, XL, 3, 1951; *Arch. suisses Neur. et Psych.*, LXIX, 1/2, 1952.

UNVERRICHT y LUNDBORG: Citado por Marchand.

CARTAS AL DIRECTOR O COMUNICACIONES BREVES

Sr. Director:

En Epileptología, como en Psiquiatría, aún carecemos de «directrices» o «consejos» sobre homologación de metodologías de investigación que permitan replicaciones de estudios. Los profesionales nos vemos obligados a diseñar nuestras propias metodologías y clasificaciones de casos que no tienen por qué coincidir con estudios anteriores o posteriores, y dan lugar a dificultades a la hora de discutir resultados. Las sociedades científicas podrían ser entidades adecuadas para proporcionar dichos «consejos» mediante la creación de comités dedicados a ello.

En «Estudio preliminar clínico, electroencefalográfico y farmacocinético del Valproato sobre una casuística infantil» (Núm. 6 Vol. II) R. Ron y cols. describen un estudio en monoterapia cuyos resultados muestran algunos contrastes señalados por los autores, que a mi juicio merecen una ampliación de la información para poder continuar la discusión y aportar más criterios a las indicaciones de cada fármaco en los diferentes tipos de crisis. (Díez Cuervo, 1980.)

Revisando el último estudio de Loiseau (1984) vemos que en varias edades el Valproato (VPA) viene utilizándose al menos desde 1976 en crisis parciales, en mono y politerapia. Los resultados son muy divergentes (31% a 70% de control en monoterapia) siendo mejores cuanto más recientes son las crisis, cuando el VPA es el primer tratamiento aplicado y cuando se trata de epilepsias benignas o sin alteraciones estructurales objetivables. Según Porter (1982) el VPA es más efectivo en las crisis parciales simples que en las complejas. En las epilepsias parciales de historia prolongada suele aconsejarse más el uso de Carbamacepina (CBZ) o Fenitoína (PTH) antes que el de VPA. Ante el éxito en el control del 100% de crisis parciales sería interesante conocer si se trata de casos recientes, en los que el VPA es el primer fármaco utilizado, y el tipo de crisis parciales de cada enfermo.

Respecto al VPA en las Ausencias los resultados del estudio también pueden generar argumentos de discusión diferentes dependiendo de la metodología empleada y los datos recogidos. Siendo un fármaco de primera elección en las crisis de ausencias, y recomendado como tal, se considera algo más eficaz que la Etosuximida aunque no se cuente con pruebas definitivas (Dreifuss 1983). Los resultados muy buenos y buenos en el uso de VPA en ausencias son claramente más abundantes que los resultados malos al revisar diversos estudios de eficacia (Porter, 1982). Los

resultados nulos y regulares pueden discutirse con mayor cantidad de argumentos si en estos pacientes podemos conocer algunos datos más: 1.º Horario de administración del fármaco cada 8 , o cada 12 horas. 2.º Nivel plasmático mínimo del VPA. Ante un diagnóstico de ausencia típica la modificación de alguno de estos factores puede ser el determinante de la respuesta terapéutica —desde Muy buena a mala.

BIBLIOGRAFIA

1. DIEZ CUERVO, A.: «Criterios básicos para la mono y politerapia en epilepsias». En *Actualidades Médicas en Epilepsia*. Ed. Labaz, 1980.
2. DREIFUSS, F. E.: «How to use Valproate» en *Antiepileptic Drug Therapy in Pediatrics*. Ed. P. L. Morselli, C. E. Pippenger y J. K. Penry. Raven Press, N. Y. 219-228, 1983.
3. LOISEAU, P. y cols.: «Eficacia del Valproato sódico en las epilepsias parciales. Estudio cruzado Valproato sódico-Carbamacepina». *Rev. Neurol.* 140, 6-7:434-437, 1984.
4. PORTER, R. J.: «Clinical Efficacy and Use of Antiepileptic Drugs». Ed. D. M. Woodbury, J. K. Penry y C. E. Pippenger, Raven Press, N. Y. 167-175, 1982.

Dr. Rodríguez Ramos

HOSPITAL I. SAN JOSE PARA EPILEPTICOS

II CONGRESO NACIONAL DE NEUROPEDIATRIA

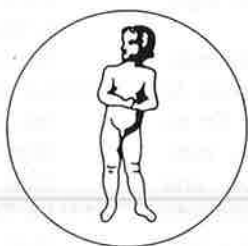
Santander, 12, 13, 14 de junio de 1986

Presidente: Dr. J. L. Herranz

TEMAS Y COORDINADORES:

- **Desarrollo Psicomotor normal y patológico del niño hasta los dos años.**
— Dr. Emiliano Fernández Alvarez.
- **Neuropatías Sensoriomotrices hereditarias en la infancia.** — Prof. José Angel Berciano.
- **Patología Molecular y Neuroquímica evolutiva en el síndrome de Down.**
— Prof. Jesús Florez.
- **Nuevos métodos diagnósticos en Neuropediatría.** — Prof. Ernesto Sánchez Villares.
- **Efectos secundarios del tratamiento antitumoral sobre el Sistema Nervioso del niño.** — Constantino Herranz.
- **Traumatismos Craneoencefálicos en el niño.** — Prof. Gert Jacobi.
- **Estrategias Terapéuticas en las epilepsias rebeldes.** — Dr. José L. Herranz.
- **Neurotransmisores y Epilepsia.** — Prof. Juan A. Armijo.

Secretaría del Congreso
Sección de Neuropediatría
Hospital Nacional Marqués de Valdecilla
39.008 Santander. Tel. (942) 33 20 00
Ext. 230
Secretaría Congreso Dr. R. Arteaga



**Las normas de publicación serán
las reconocidas internacionalmente,
y vienen detalladas a continuación:**

- 1) Los originales para su publicación deberán enviarse a la secretaria 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.

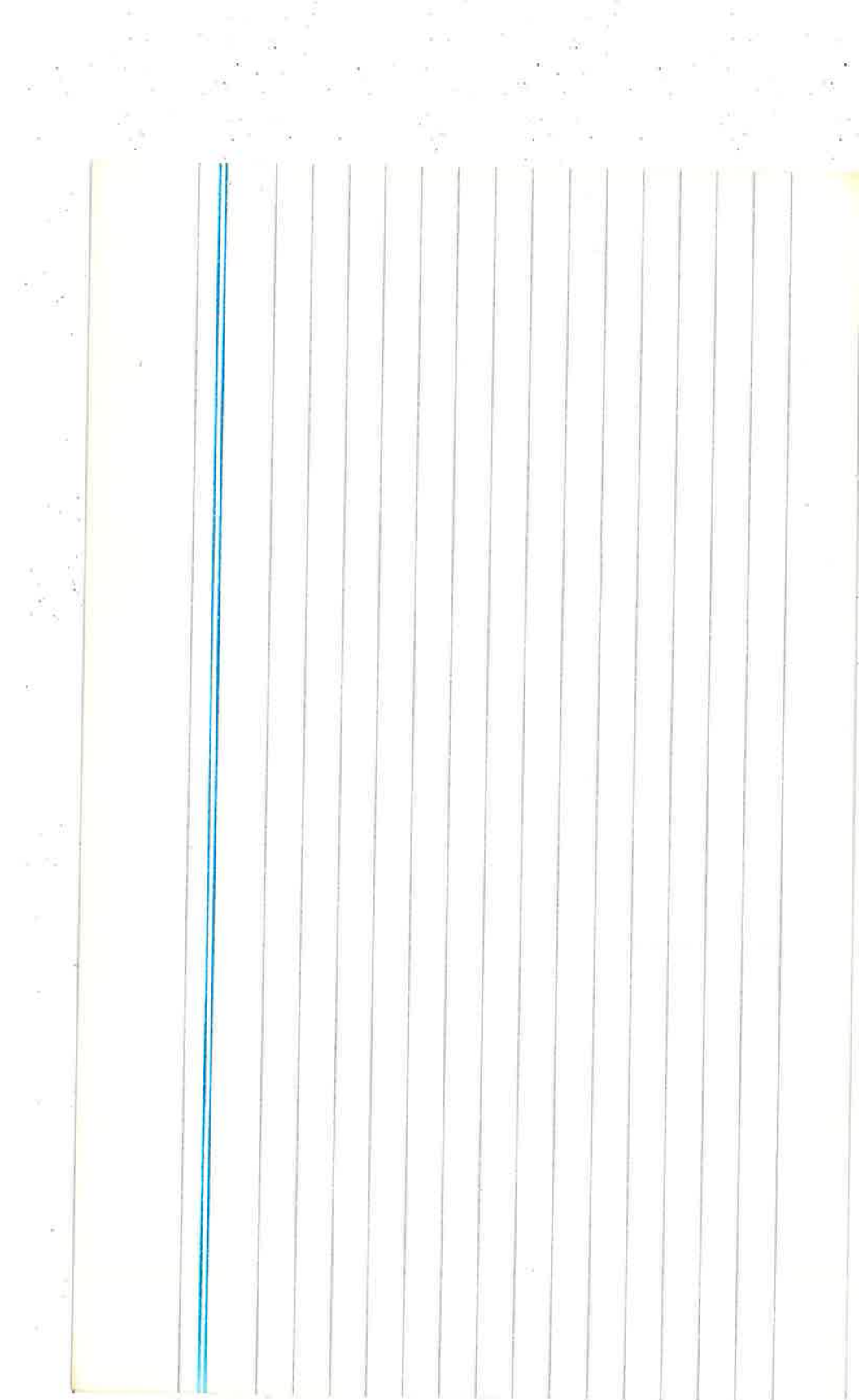
- 4) **Resumen:** se entregarán en una hoja a parte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de 5 palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.
- 5) **Extensión de los trabajos:** los trabajos para ser publicados como Casos Clínicos o Notas Breves tendrán una extensión mínima de 5 folios. En los artículos originales o en las revisiones no se aconseja extensión alguna.
- 6) **Fotografías:** el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se 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:
 - 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.

PAIDOPSIQUIATRÍA

"Conclusiones de la Reunión del Grupo de Trabajo sobre el Perfil profesional
de la Psiquiatría."

Unidad Neuropsiquiátrica Zúrich (Suiza): Año 1986 - N.º 7 - Volumen I

- Autores
- Reunión Psiquiátrica: T. d. Olayo
 - Formación del Psiquiatra Zúrich: R. P. B.
 - Análisis de la Demanda: F. G. M.
 - Adherencia: S. M.
 - Hospitalización: C. L.

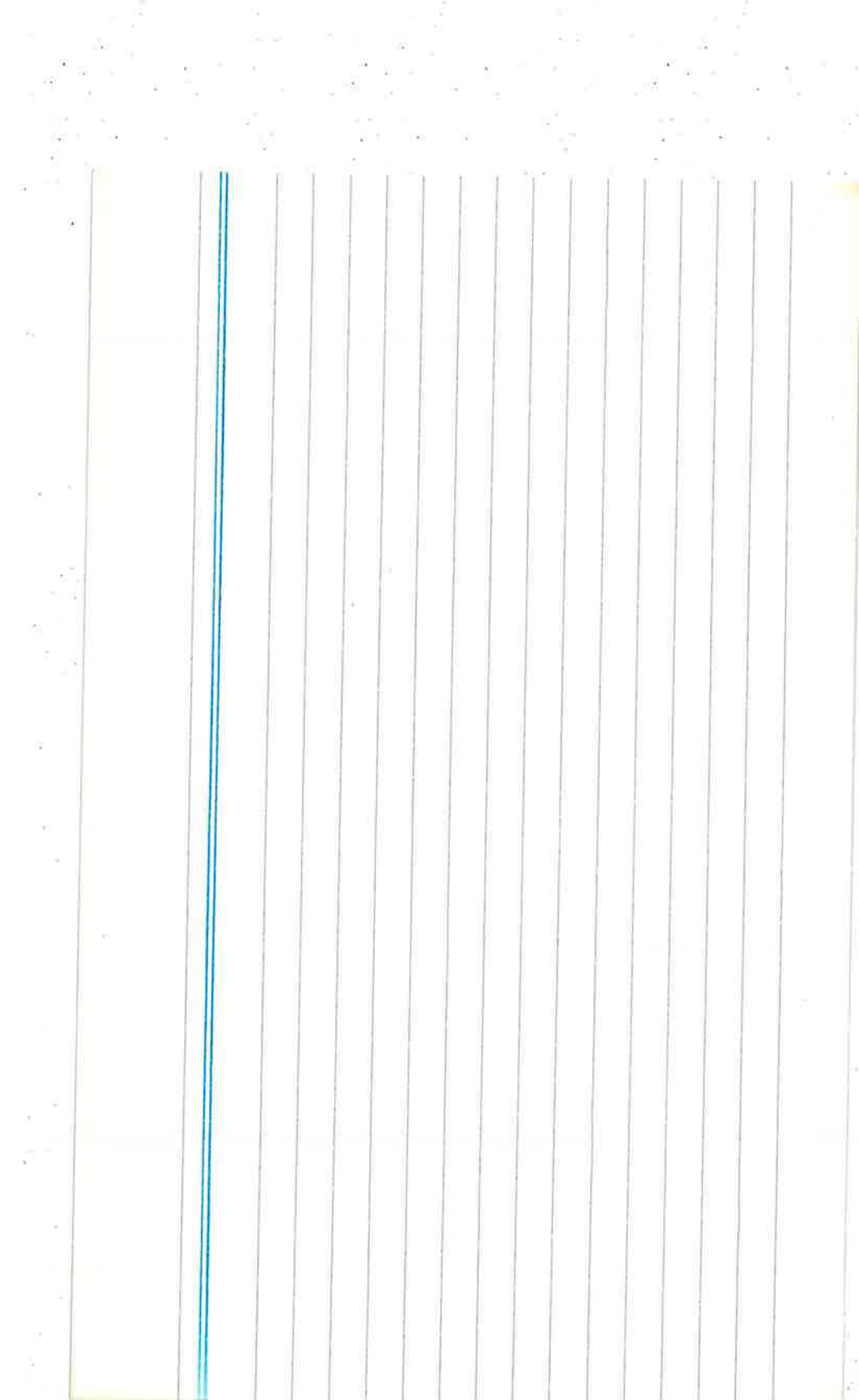


DEPRESIÓN - NOSOLOGÍA - CLASIFICACIONES

"Nostología de los trastornos afectivos en la infancia y adolescencia"

Revista Psiquiátrica de España (España); Año 1986 - N.º 7 - Volumen I

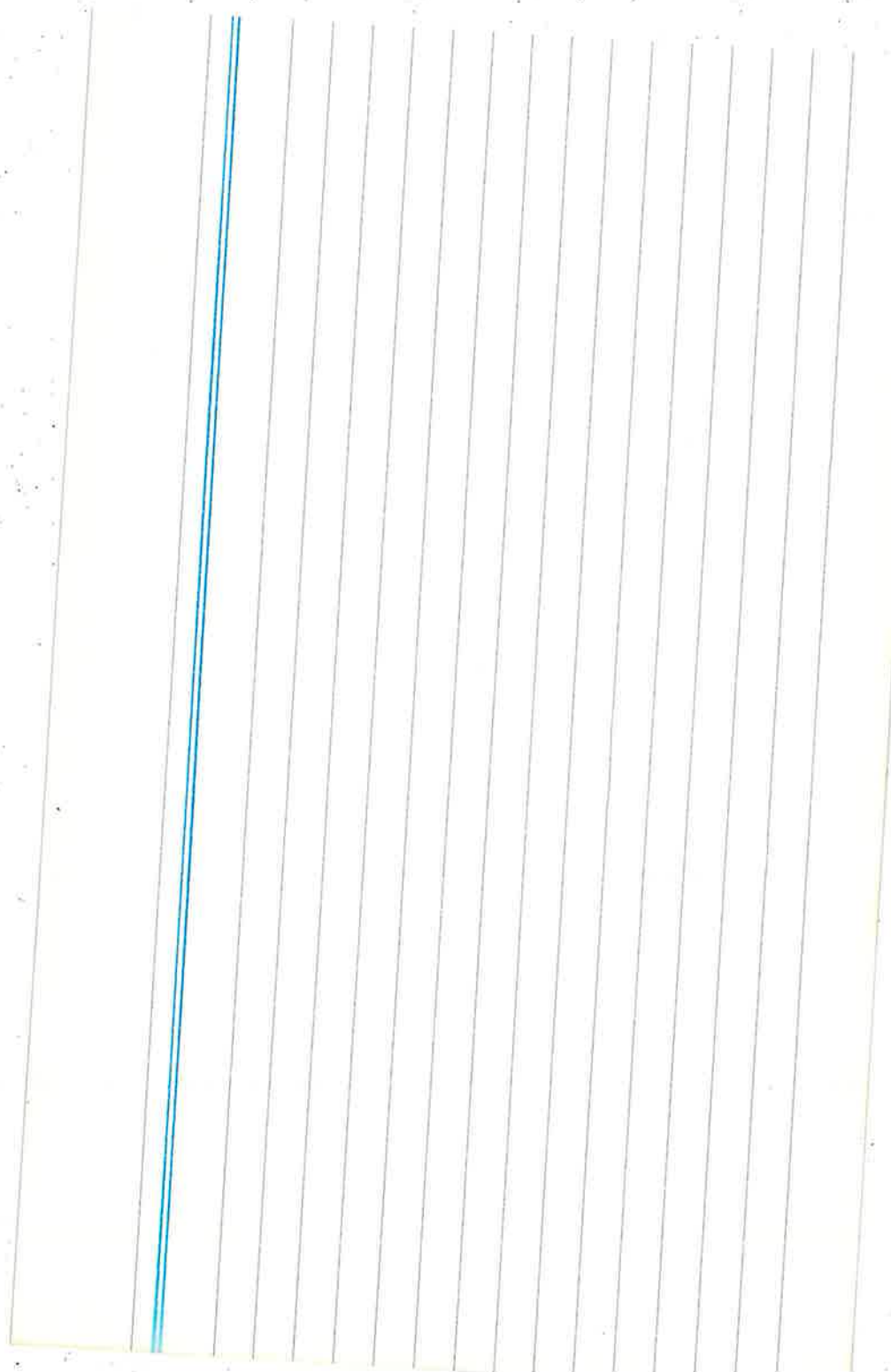
Autores: M. C. Ballesteros Alcalde; V. Cande del Rey; G. Rodríguez Carrasero



DEPRESION - CUESTIONARIO - CEDI

"Estudio del cuestionario de Depresión Infantil (CEDI) en una población de escolares gallegos" / Revista Psicológica / Año 1986 / N.º 7 / Volumen I

Autores: M. D. Bouinguez; P. de Castro; P. Bugallo; L. Marañón

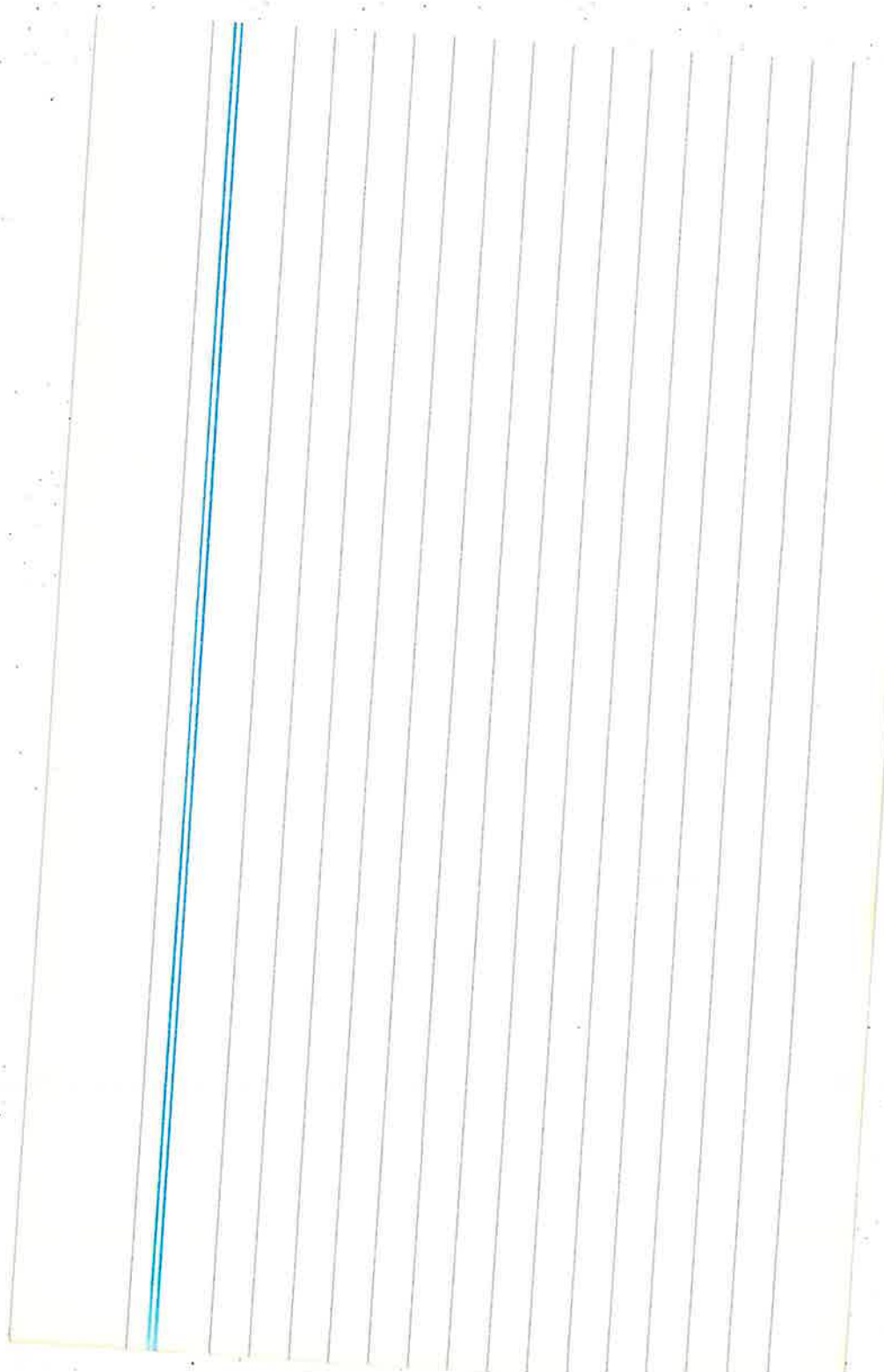


INVESTIGACIÓN - PSICOPATOLOGÍA - DISEÑOS

Referencias sobre la validez de los diseños de investigación en Psicopatología

Revisión Neuroquímica de J. Paul Lil (España); Año 1986 - 14-7 - Volumen I

Quistes y, Lepra Ruiz; R. Moreno Rodríguez

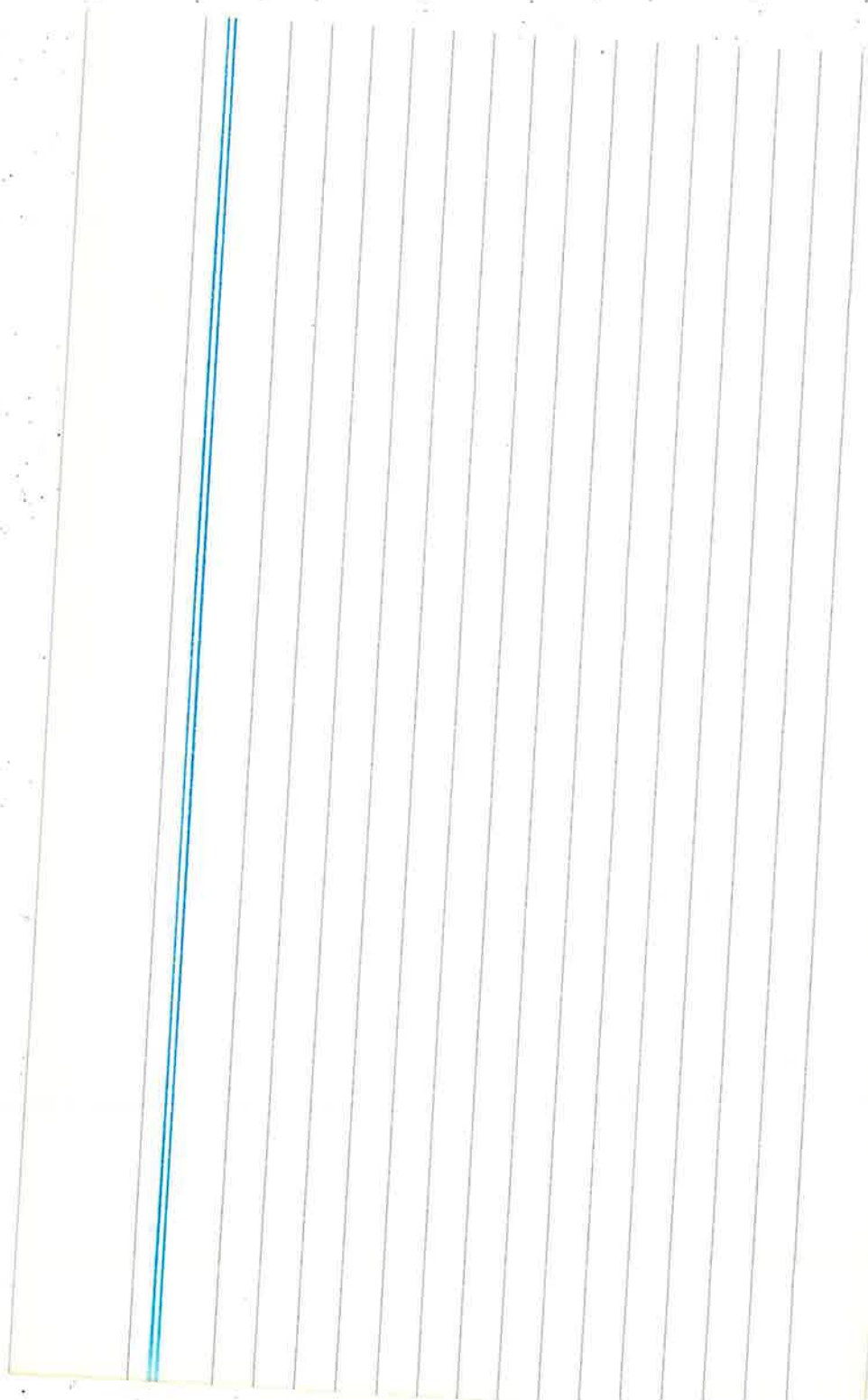


HOSPITALIZACION

"De Ingreso en la edad preescolar y al inicio de la escolaridad"

Período Neuropsiquiátrico Trupur S.L. (España), Año 1986-14-7 - Volumen I

Autores: Elisa Mercedes Benjumea; José Luis Pedreira María

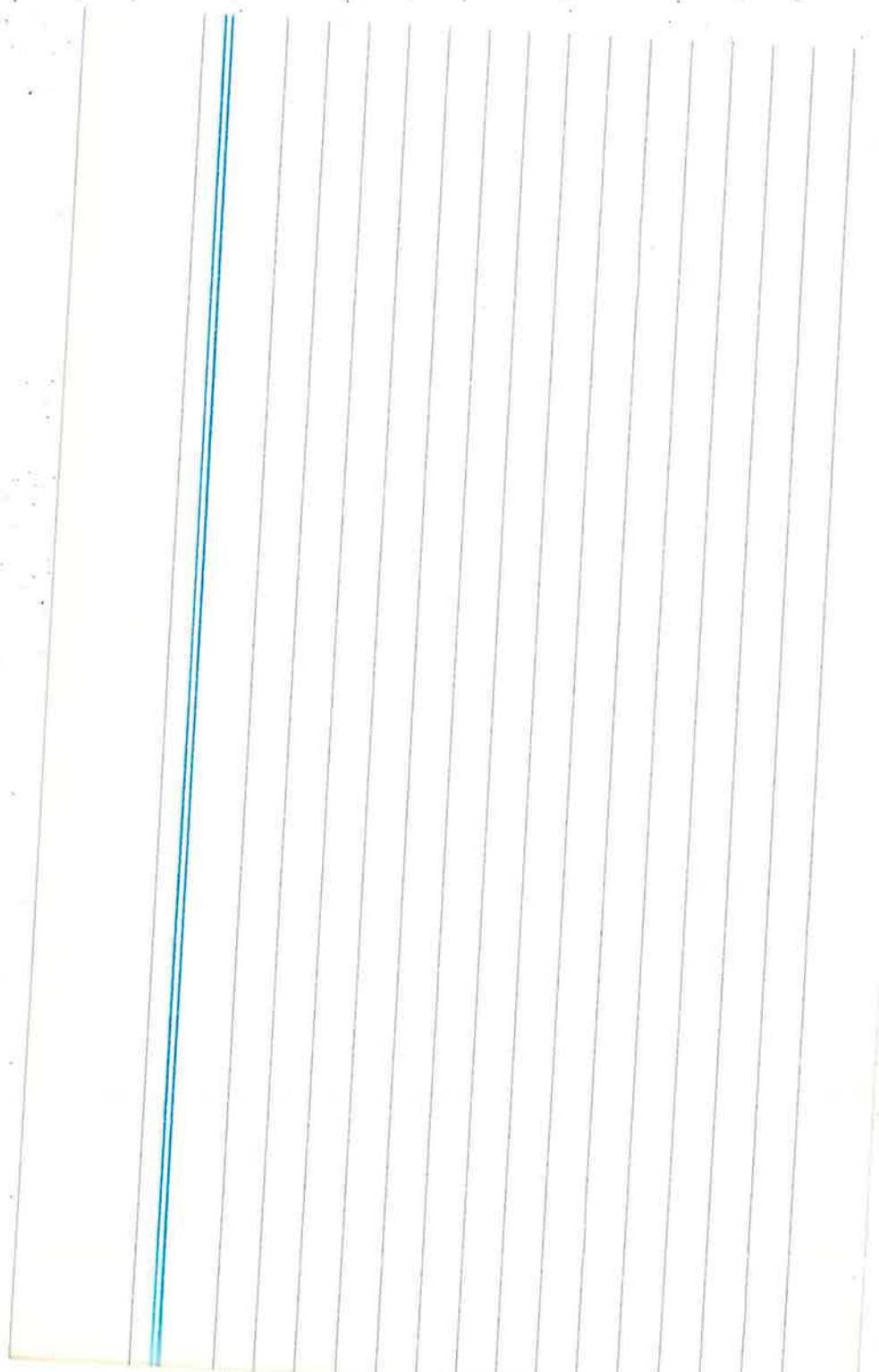


ALCOHOLISMO FAMILIAR

"Represiones psicoemocionales y encierros en el niño"

Revisión Neuropsiquiátrica para Infancia (Española); Año 1986 - N.º 7 - Volumen I

Autores: Lu. E. Sanjaume Cayula; R. Tajo Sierra; R. Urquiza Rodríguez; M.ª C. Oros del



INVESTIGAÇÃO - PSICOPATOLOGIA - METODOLOGIA

"Neurobiologia de la Linguagem em Psicopatologia de la 1ª Infancia"

Revista Neurologica da Sufarda (Brazilia); Ano 1985-1987 - Volume I

Outros: Lactamou Loda; Selelura Deuereca

