



**Año 1985 - N.º 6 Volumen II**

**REVISTA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
INFANTIL**

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

<b>RESUMEN DE UNA TESIS DOCTORAL</b> Dr. Angel García Prieto .....	125
<b>UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO EN EQUIPO EN PSIQUIATRIA INFANTIL EN UN HOSPITAL COMARCAL</b> Roser Balcells .....	129
<b>X LA DEPRESION EN LA INFANCIA COMO ENCRUCIJADA BIOLOGICA Y SOCIAL</b> Dr. José Luis Alcázar Fernández .....	137
<b>ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD / MISCELANEA: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL .....</b>	149
<b>NOTICIAS Y ACTIVIDADES: CONGRESOS Y REUNIONES NACIONALES E INTERNACIONALES</b>	153
<b>PREMIO DE LA S.E.N.P.I.J. A LA INVESTIGACION .....</b>	157

# PSICOSIS INFANTILES de HENRY AUBIN

Dr. J. M.<sup>a</sup> Illa

*Revista de Neuropsiquiatria infantil  
Órgano oficial de la Asociación Española  
de Neuropsiquiatria infanto-juvenil  
Año 1985 - N.º 6 Volumen II*

El haber elegido este libro no ha sido tanto por el propio interés que pueda suscitar el libro en sí, que sin duda lo tiene, sino para reactualizar y poner nuevamente en el tapete el siempre tan controvertido como apasionante tema de las PSICOSIS.

Desde una perspectiva histórica hay que recordar al «salvage d'AVEYRON» del Dr. Itard en 1830; el inicio del reconocimiento de la «locura infantil» con Moreau de Tours en 1888, Sancte de Sanctis en 1908 que describe la demencia precocísima, Heller en 1909 observa casos de demencia progresiva con retraso del lenguaje y agitación.

Con BREULER en 1911 nace el concepto de esquizofrenia, que no implica-

ba, como en la demencia precoz de Kraepelin, la pérdida de la afectividad y una evolución fatal hacia la demencia. Nace asimismo el concepto de «autismo» como una transformación profunda de la persona que cesa de comunicarse con los demás, para perderse en un mundo interno caótico, con leyes propias, debido todo ello a la dislocación del yo (spaltung) como proceso primario, estableciéndose unos procesos de dialéctica interna no referidos, ni referenciados hacia mecanismos externos de la realidad.

Con Diatkine y R. Mises se estrenan los conceptos de «disarmonía evolutiva, psicosis de manera más profunda los mecanismos intrínsecos de las estructuras

dríacas, autoacusación y tentativas de suicidio.

De todas formas no deja de ser una búsqueda de estructuraciones adultas que se intentan buscar en el niño, asociando inestabilidades, clasticidad, defensas maníacas, elevación del tono vital con la exaltación-manía del adulto, y paralelamente la inhibición la hiperas-tenia como mecanismos de depresión mayor.

En cualquier caso el trastorno fundamental de las psicosis infantiles es la fragmentación del yo (o bien su déficit de elaboración) que le sume en una angustia vital cósmica (considerada por

ciertos autores como núcleo central de la afectación) que el impide asumir su propia identidad-mismidad y le relega a unos procesos de tipo autístico ante la imposibilidad de dialectizar con el ambiente, estableciendo como mecanismos secundarios elaboraciones delirantes, fantasías caóticas y mecanismos aberrantes de canalizar la ansiedad bloqueando sus posibilidades madurativas, intelectivas y aptitudinales postergándolo aún más en sus severos déficits de comunicación.

Dr. Josep M.<sup>a</sup> Illa i Taulats  
Barcelona, 14-V-1985

# METODOS DE INVESTIGACION EMPIRICA EN PEDAGOGIA

Prof. Carmen Vidal de Reixach

Departamento Educación de la Facultad de Letras de la UAB. Gerona.

## I. CIENCIA Y PENSAMIENTO

El análisis del progreso científico nos muestra en su base una actitud reflexiva y crítica. El pensar reflexivo y la ciencia son dos actividades tan similares que se llega a definir el pensar ordenado como el método de la ciencia (Lamson Whitney, F., 1982: 18).

«Sabemos bien que la ciencia ha de seguir, en su trayectoria, las mismas leyes que rigen el pensamiento humano; gnoseología y metodología han sido, por eso, dos saberes estrechamente vinculados.

(...) la diversidad de enfoques metodológicos clava sus raíces en la diversidad de enfoques gnoseológicos que, desde los albores de nuestra cultura, han ido sucediéndose.»

(García Garrido, J. L., 1982: 115)

La tradición, el sentimiento, la autoridad... que el hombre ha utilizado como fuente de conocimiento para resolver sus problemas, transmiten el saber antiguo. Pero es únicamente mediante la no aceptación de una verdad o hecho cuando se origina un problema que podrá originar una búsqueda de solución. Lamson llega a identificar la inteligencia con el intento de hallar respuestas nuevas a un problema viejo y sitúa en el primer hombre crítico el origen de la civilización.

Aunque nos parezca un poco exagerada la postura porque adaptación y desadaptación son polos del mismo proceso inteligente, lo que sí es cierto es que solamente una cuestión sin solución o de cuya solución se duda puede originar una investigación.

Veamos, a título de ejemplo, el razonamiento libre que se origina a partir de una necesidad sentida por un individuo cualquiera en una situación vital absolutamente normal. (Cuadro 1). Los pasos que, dentro del razonamiento, Lamson extrae pueden colocarse en paralelo a los que más tarde definiremos como eslabones de un proceso de investigación.

## II. EVOLUCION DE LA CIENCIA

No interesa detallar aquí la historia del desarrollo del pensar reflexivo. Podrán ayudarnos, en cambio, el enumerar los puntos clave de este proceso para situarnos en la actualidad.

Si aún ahora no existe acuerdo unánime entre lo que pertenece al campo científico y lo que no entra en él, más difícil resulta encontrar la frontera histórica entre el modo de pensar precientífico y el científico acerca de las cosas. Esta acostumbra, sin embargo, a ser situada en la Grecia de los siglos vi y v a. de JC. porque los griegos fijaron los límites del conocimiento científico al exigir su racionalidad y su irreductibilidad a una simple acumulación de experiencias. Hasta aquel momento los problemas eran siempre concretos y utilitarios, su metodología no era sistemática y cada medida poseía su propia terminología.

La aparición en el siglo vi de las escuelas jónicas del Asia Menor señaló el principio de la ciencia griega que se caracterizó por su propósito de coordinar los datos adquiridos a través de una observación más o menos elaborada de la naturaleza de las cosas para llegar a conocerla. Su objetivo se centraba en encontrarles una explicación mediante la reducción a la unidad. El modo de pensar científico de la antigua Grecia presupone, la mayoría de las veces, una perspectiva metafísica de lo real.

La autoridad de los sabios clásicos y las tradiciones llenaron la ciencia durante milenios de años. El trabajo científico quedó limitado prácticamente al estudio y transmisión de los resultados obtenidos en épocas anteriores. Las premisas de la ciencia eran indiscutibles. Al iniciarse el siglo xvi, bajo el efecto de la influencia escolástica, prevalecía aún la visión geocéntrica y antropocéntrica del mundo y se unía a la naturaleza con Dios.

En el Renacimiento la naturaleza se emancipa progresivamente y se hace laica. La ciencia empieza a ser apreciada por sí misma como método de conocimiento.

Bacon, Copérnico, Galileo... fueron la base de este cambio. La mente curiosa de Bacon hizo tambalear la deducción como método único de conocimiento; dudaba de todo en términos de inducción y de comparación inacabables. La astronomía de Copérnico representa una revolución de las ideas milenarias relativas al universo.

A lo largo del siglo xvii los hombres de ciencia revolucionaron el concepto de investigación científica que había prevalecido desde Aristóteles. El universo se abre como centro de investigación. La naturaleza pasa a ser un conjunto de fenómenos ordenados y por tanto matematizables. Las matemáticas aparecen como el *a priori* sobre el que Descartes sueña con fundar el conocimiento seguro: existe un orden único, cartesiano, y todo lo que se da dentro de él puede explicarse por las mismas formas de razonamiento matemático.

La investigación científica queda establecida como un proceso destinado a producir conocimiento que progresa paso a paso a fuerza de observaciones y experiencias.

La rebelión de Descartes contra la escolástica fue un hecho transcendental en el progreso científico. Aunque conti-

nuaba creyendo que las ciencias son como un árbol cuyas raíces son la metafísica y cuyo tronco es la física, introduce en el hombre una dualidad entre alma y cuerpo y considera a la glándula pineal como su punto de enlace.

Esta dualidad entre alma y cuerpo permitió que surgieran métodos distintos para su estudio: unos, para el estudio directo del alma, siguieron la línea tradicional de la deducción y los otros, desarrollaron investigaciones empíricas para conocer la mecánica del cuerpo.

La influencia de Descartes se dejó sentir en los movimientos posteriores: empirismo, asociacionismo... Sus reflexiones sobre la vida psíquica se desarrollaron siguiendo dos direcciones:

- una empírica, preocupada por el origen de nuestras representaciones y de las leyes que rigen sus combinaciones,
- la otra centrada en la actividad del alma espiritual.

El siglo XVIII da plena confianza a la razón. Se intenta precisión, coordinación y aplicación de los conocimientos. Aumenta de manera decisiva la precisión de los instrumentos lo que permite que en el siglo XIX la investigación científica se vaya separando de las elaboraciones filosóficas oponiendo ambos campos.

Aparece como necesario el método experimental para controlar, ratificar y verificar el conocimiento y se erige como el único camino válido para llegar al saber verdadero a la vez que delimita la frontera entre lo científico y lo no científico.

Este avance en los instrumentos de observación y medida permitió que las disciplinas de las Ciencias Sociales adoptaran la metodología científica aunque en aquellos momentos se asociaba científico a metodología experimental.

«Es bien conocido el fuerte impacto que ocasionó, a finales de la Edad Media, la aplicación a la ciencia del método experimental. Su eficacia fue tal que la mayor parte de los saberes se vieron tentados de aplicarlo. Lo cual, evidentemente, no siempre es posible, ni siquiera en el caso de las ciencias físico-naturales (...).»

(García Garrido, J. L., 1982: 118)

El origen del movimiento se sitúa en 1879, cuando Wilhelm Wundt fundó el primer laboratorio de psicología experimental en Leipzig, Alemania. Los filósofos no aportaban a los problemas psicológicos más que respuestas teóricas y era clara la necesidad de justificar científicamente la influencia de las circunstancias espacio-temporales y de la propia experiencia del sujeto en sus vivencias. Fisiólogos como Wundt, Binet y Paulov o físicos como Fechner y Helmholtz, empezaron a investigar problemas psicológicos con la mentalidad naturalista de su formación inicial.

Se originaron así varios procedimientos de investigación que respetaban el método riguroso de experimentación y la experimentación de las técnicas y que influyeron decisivamente en la metodología de investigación de las ciencias sociales (Ary, D.; Jacobs, Ch.; Razavieh, A., 1982).

Es difícil, sin embargo, indicar con precisión los inicios formales de la investigación científica en las distintas disciplinas sociales aunque éstos suelen situarse en el cambio de siglo.

El período de 1900 a 1920 fue de exploración y de creación de los instrumentos de medición que necesitaban los investigadores. Surgieron los tests de inteligencia, las primeras investigaciones que utilizaban la estadística, las encuestas escolares, las pruebas normalizadas...

Hasta tal punto se idolatró la medida que Thorndike en 1914, declaró en un discurso pronunciado en la primera con-

picias, las metodologías comparativa e histórica para dentrarnos en el campo de los estudios descriptivos y experimentales, «modalidad de conocimiento científico que se funda en la observación y experimentación sobre la base de la experiencia sistemática» (Jiménez Fernández, C.; López-Barajas, E.; Pérez Juste, R., 1983: 59).

Si recordamos la hipótesis básica de Best (1978) que postula que si un caso en el que se presenta el fenómeno que se investiga y otro en el que no se presenta, tienen en común todas las circunstancias excepto una y ésta se presenta sólo en el primero; la circunstancia única en la que los efectos difieren es el efecto o la causa o una parte indispensable de la causa del fenómeno.

El control de variables que esta sencilla afirmación implica obliga a plantearse despacio el tema puesto que, como dice García Garrido (1982: 127)

«Resulta prácticamente imposible controlar todas las variables que influyen sobre un hecho social concreto; y bastaría que una sola de esas numerosísimas variables quedara en el aire para que cualquier ley que pretendiera una generalización del hecho, de sus causas o de sus resultados, se demostrara insuficiente en una u otra ocasión.»

Describir un fenómeno y las múltiples variables de su entorno es difícil pero lo es más provocarlo controlando las variables extrañas que en él pudieran intervenir. La gama de posibilidades de ambas metodologías es, sin embargo, amplísima.

«La Pedagogía Experimental procede por vía de experimentación cuidadosamente estudiada y de encuestas objetivamente planteadas que afectan a los problemas de la pedagogía y de la enseñanza susceptibles de medirse exactamente y controlarse median-

te métodos de la ciencia y en particular de la estadística.»

(Jiménez Fernández, C.; López-Barajas, E.; Pérez Juste, R., 1983: 60)

No llegar a tanto y describir un fenómeno es también importante. Intentemos, con esta premisa, adentrarnos paso a paso en lo que va a ser el soporte teórico de una investigación.

## VII. PASOS FUNDAMENTALES DE UNA INVESTIGACION

### VII.1. El problema de investigación

Según John Dewey la primera etapa del método científico es la admisión de una dificultad, un obstáculo o problema que desconcierta a los investigadores.

Antes del problema existiría un conjunto de presupuestos compartidos por personas que participan del mismo modelo. El problema surge cuando algo no concuerda.

Si toda la investigación empírica tiene su arranque en un problema no todo problema origina una investigación. ¿Qué es pues un problema científico?

«En sentido amplio es cualquier situación para la que no se encuentra una solución satisfactoria, para la que no disponemos de una respuesta adecuada» (Jiménez Fernández, C.; López-Barajas, E.; Pérez Juste, R., 1983: 30).

Esta situación problemática dará origen a una investigación cuando sea analizada por una persona con la formación y las posibilidades suficientes. En otras palabras podemos decir que un problema no se revela a cualquiera. Un investigador necesita «una adecuada formación, conocimiento del campo del que se trate, un dominio adecuado de las técnicas apropiadas» y, sobre todo, una mentalidad inquieta y abierta.



### VII.1.a) Fuentes de problemas

Como ya hemos apuntado, una de las características del investigador debe ser la de tener una mentalidad inquieta y abierta. Esto comportará que cualquier situación cotidiana pueda convertirse en problema para una investigación.

Se pueden, no obstante, apuntar una serie de fuentes que pueden ser origen de problemas:

- Existe una laguna en nuestro conocimiento y la literatura no resuelve el tema.  
Ej. ¿Cómo funcionan las leyes del aprendizaje en una aula concreta?
- Existen resultados contradictorios entre investigaciones hechas sobre el mismo tema.  
Ej. En una sesión de trabajo ¿cuánto es mejor la inserción de períodos de descanso: al principio, en medio o al final?
- Del campo teórico, es decir, de la literatura sobre el campo de estudio.  
Ej. Dudamos de los resultados de una investigación y nos proponemos contrastarlos mediante una réplica de la misma.
- De la propia investigación.  
Ej. Nos puede llamar la atención el efecto de una variable con la que en principio no habíamos contado.
- Los cambios tecnológicos.  
Ej. El pensar en la introducción de una determinada técnica puede provocar un estudio previo para analizar sus efectos.

### VII.1.b) Formulación del problema

Una investigación empírica comienza siempre con un problema el cual, generalmente, queda mejor planteado en forma de pregunta. «El problema es, pues, una oración interrogativa que pregunta:

¿qué relación existe entre dos o más variables? (Kerlinger, 1975: 11).

Un ejemplo que nos propone Page (citado por *ibidem*) puede ayudarnos a ilustrar lo que sería una formulación correcta: ¿mejoran los comentarios del maestro el aprovechamiento de los alumnos? Tenemos una variable que son los comentarios del maestro (o reforzamiento) y la otra es el aprovechamiento escolar. La parte relacional se expresa por la palabra mejoran.

Veamos, a continuación, los criterios para reconocer si un problema es adecuado y su formulación acertada.

### VII.1.c) Criterios para reconocer la bondad de un problema

Hay autores que reducen los criterios sobre la bondad de un problema y de su formulación a su *resolubilidad*. Este único requisito exigido significa que ha de posibilitar plantear una hipótesis como respuesta potencial al problema y también tiene que ser posible de determinar si la hipótesis es verdadera o falsa.

Otros autores reclaman también su relevancia. Sin embargo, debemos destacar que hasta que una investigación no está hecha es difícil dar o negar importancia al problema que la motivó.

«Un problema requiere una formulación correcta y precisa, en la que se planteen, a ser posible, dos otras preguntas concretas que pongan de manifiesto las variables implicadas.»

(Jiménez Fernández, C.;  
López-Barajas, E.; Pérez  
Juste, R., 1983: 31)

Esta etapa que podría parecer, en principio, sencilla suele ser una de las más costosas ya que obliga a centrar el tema y las variables de estudio lo que conlleva, la mayoría de las veces, una

gran parte del tiempo dedicado a la investigación.

Por ello, para reconocer problemas adecuados, no nos vendrán mal tres puntos receta:

1. El problema debe extresar una relación entre dos o más variables.
2. El problema debe formularse claramente y sin ambigüidad en forma de pregunta.
3. El tercer criterio exige que el problema y su formulación sean tales que permitan su verificación empírica.

El primer paso en la resolución de un problema y en su verificación empírica es preguntarse si los términos fundamentales pueden ser definidos operativamente.

«Una definición operacional es, esencialmente, aquella que indica que un cierto fenómeno existe, y lo hace especificando de manera precisa (y preferiblemente en qué unidades) puede ser medido dicho fenómeno. Esto es, una definición operacional de un concepto, consiste en un enunciado de las operaciones necesarias para producir el fenómeno.» (McGuigan, 1983: 42)

Así, por ejemplo, queremos hacer una investigación sobre la «inteligencia», nos bastará con dejar claro qué entendemos por este constructo. Nuestra respuesta podría ser: lo que mide el WISC.

En este mismo sentido podremos definir la «pulsión de hambre» como: un número determinado de horas de privación de alimento.

Seguro que ni en una ni en otra definición hemos abarcado lo que cada uno de los términos significa. Sin embargo los hemos objetivado lo suficiente como para cumplir los requisitos que nos reclama el método científico. Lo interesante será complementar las investigaciones que deriven de estas definiciones con réplicas de las mismas.

Las dificultades no nos vendrán nunca por quedarnos sólo con las manifestaciones externas de un constructo sino que se originarán cuando por definiciones inadecuadas no podamos obtener datos relevantes.

Teniendo en cuenta estas indicaciones la formulación del problema puede resultar más sencilla. Sigamos pues adelante con las siguientes etapas de la investigación.

## VII.2. Estado de la cuestión

### VII.2.1. Finalidad de un estudio bibliográfico

Es una frase muy oída la que formula que «quien tiene la información tiene el poder», sin embargo, no por ello deja de ser cierta.

La búsqueda documental es una parte importantísima de cualquier investigación ya que en ella se basa su sentido. ¿Cómo podemos plantearnos el realizar un estudio sobre un tema determinado sin conocer si ya existen otros hechos sobre el mismo tema?

Nótese que se ha utilizado la palabra «parte» conscientemente para distinguirla, de alguna manera, de las frases típicas de la investigación. La revisión de la literatura empieza con la investigación y acaba cuando ésta acaba. La constitución de una documentación adecuada afecta a todas las etapas de la investigación.

Esta revisión bibliográfica tiene, fundamentalmente, tres finalidades:

- darnos a conocer el estado de la cuestión sobre el tema de estudio,
- proporcionarnos un marco teórico activo que enmarque nuestra investigación,
- ayudarnos a formular las hipótesis.

La utilización metódica de este instrumento representa una ganancia apreciable de tiempo y aporta una relativa seguridad de no haber dejado nada esencial.

## VII.2.2. **Constitución de una bibliografía**

La constitución de una bibliografía ha de ser un proceso activo, metódico y económico.

Ahora bien, no se puede iniciar una búsqueda documental sin haberse planteado antes una serie de cuestiones sobre el tema escogido y sin haber hecho un claro esfuerzo de acotamiento del tema. De no hacerlo así nos exponemos a hacer una lista tan larga de títulos —todo está dentro de todo— que nos resulte inutilizable y como consecuencia desmoralizante.

Las primeras lecturas no aportan las orientaciones iniciales y nos conducen a nuevos libros. Esta tarea requerirá, sin embargo, el conocimiento de las diferentes fuentes de documentación y de los instrumentos de orientación bibliográfica.

### VII.2.2.a) **Fuentes de documentación**

Sólo para trabajos muy sencillos de estudiantes se justifica el sistema de empezar con un documento y a partir de sus referencias llegar a los siguientes. Este método puede ser completado de muy distintas maneras.

Existe una gama muy amplia de posibilidades y, en definitiva, podemos decir que las referencias útiles a los investigadores provienen de distintos tipos de bibliografías:

- bibliografías generales o especializadas,
- bibliografías nacionales o internacionales,

- bibliografías retrospectivas,
- bibliografías signalectiques,
- bibliografías analíticas.

Se puede acceder a estas referencias en algunos organismos documentales y es interesante tener en cuenta que algunos de ellos editan periódicamente boletines o revistas con referencias bibliográficas de interés: *Bordón*, *Current Contents*, *Bulletin Signalectique*, *B.I.B.E.* ...

La mayoría de centros de documentación e información especializados en España están integrados a la red INCA (red de información científica automatizada) que permite el acceso a la producción científica española y está conectada *on-line* a bases de datos de Europa y EE.UU.

Entre estos centros destacaremos: — FUNDESCO (fundación para el desarrollo de la función social de las comunicaciones).

Es la unidad piloto de telecomunicación y el centro coordinador institucional de la red INCA.

Ofrece los siguientes servicios: búsquedas retrospectivas, difusión selectiva de información según el tema de interés, y obtención de documentos primarios.

Publica el boletín mensual *Teledocumentación*.

Está enclavado en Serrano, 127, Madrid-2.

— ICYT (instituto de información y documentación en ciencia y tecnología).

Adherido a la red IMCA. Posee terminal conectado con (1) SDC y LO-

(1) Tanto SDC como LOKHEED son empresas distribuidoras de bases de datos:  
LOCKHEED INFORMATION SERVICE  
Dirección postal: Code 5020/201, 3251 Hanover Street, Palo Alto, California, 94.394 U.S.A.  
B.R.S. (BIBLIOGRAPHIC RETRIEVAL)  
Dirección postal: Via Galileo Galilei, 00044, Frascati, ITALIA.

CHEED y procesan cintas del CHEMICAL ABSTRACTS SEARCH.

De entre sus publicaciones destacan: *Series de resúmenes*, que recoge resúmenes en castellano procedentes de unas 2.700 revistas que se reciben en la biblioteca del Instituto y centros colaboradores, *La revista española de documentación científica* y el *Índice español de ciencia y tecnología*, ambas de aparición trimestral.

Los servicios que ofrece son: biblioteca, búsquedas retrospectivas, SDI, obtención de documentos primarios y traducciones. La dirección es: Joaquín Costa, 22, Madrid-6.

— IBIM (instituto de información y documentación en Biomedicina).

Adherido a la red INCA. Dispone de un terminal conectado con SDC, LOKHEED y el INSERM de París.

De sus publicaciones destacamos: *Índice médico español*, que recoge en volúmenes trimestrales el contenido de las revistas españolas, y *Cuadernos de documentación e información médica*, serie monográfica. Ofrece como servicios: obras de referencias, repertorios bibliográficos, series de revisiones periódicas y revistas.

Está enclavado en: Paseo Blasco Ibáñez, Valencia-10.

— ISOC (instituto de información y documentación en ciencias sociales y humanidades).

Adherido a la red INCA, dispone de un terminal conectado con SDC y LOKHEED y procesa las cintas de la base de datos ERIC (educación).

Publica: *Índice español de humanidades* e *Índice español de ciencias sociales*, ambos de aparición semestral.

Ofrece como servicios: biblioteca, búsquedas retrospectivas, S.D.I. y obtención de documentos primarios.

Su sede está en: Vitrubio, 4, 6.º, Madrid-6.

Estos tres últimos institutos (ICYT, ISOC, IBIM), forman el CENIDOC (centro nacional de información y documentación científica) dependiente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

— CIDC (consorcio de información y documentación de Cataluña).

Recoge y procesa la información sobre estadística de España, cartografía, urbanismo y economía de Cataluña. Mantiene un servicio de teledocumentación adherido a la red INCA. Este servicio proporciona: búsquedas retrospectivas, SDI y acceso al documento original (fotocopia o microficha).

Publica los boletines *Informes* y *full informatiu*.

El CIDC posee terminales conectados con: ESA, SDC, LOCKHEED, TELESYSTEMES, CDSH, SPIDEL, INFO-LINE, IAEA...

Ofrece como servicios: biblioteca, búsquedas retrospectivas, SDI, y obtención de documentos primarios. Publica también el *boletín bibliográfico de estadísticas de España*.

Está enclavado en Urgell, 187, Barcelona-36.

Existe también la posibilidad de comunicación directa, desde un terminal de ordenador, con las bases de datos procesadores por éste.

Estas bases de datos cuyas informaciones bibliográficas ya están organizadas automáticamente en vistas a su difusión pueden ser:

- bibliográficas cuando proporcionan referencias bibliográficas de documentos, y
- no bibliográficas si ofrecen información en forma de datos numéricos o textos abreviados.

Estados Unidos ocupa el primer puesto entre los países creadores de bases de datos ya que el 95% de éstos son de origen norteamericano.

Normalmente, cada base de datos reagrupa información sobre un campo determinado de actividad (medicina, educación, química...).

### VII.2.2.b) **Organización de la documentación**

La mecanización de la información ofrece grandes ventajas: permite una gestión rápida y eficaz a menos costo, mejora la calidad de los servicios, facilita mayor cantidad de información, acelera la introducción de nuevos documentos en el fondo bibliográfico..., sin embargo, nadie perdona al investigador la labor de revisión que deberá realizar.

Es extraordinariamente importante, como ya hemos señalado anteriormente, el que la lectura de la información sea organizada y metódica.

Desde el cuadro de doble entrada con los puntos estudiados a un lado y las fuentes trabajadas en el otro que registra en la conjunción de ambos la o las páginas que documentos que interesan, hasta la ficha y la fotocopia existe una gran diversidad de posibilidades que no vamos a detallar.

Es importante el realizar de cada documento una ficha bibliográfica como mínimo. Dependerá de cómo se quiera presentar la bibliografía final que esta ficha se multiplique en razón de las distintas clasificaciones que se quieran realizar en la presentación final de los documentos.

En el apartado sobre la «presentación del informe de investigación» trataremos la presentación formal de la bibliografía.

### VII.3. **Las hipótesis**

Una vez planteado el problema el inves-

tigador formula, ayudado por la revisión de la literatura, una o varias soluciones posibles al mismo: las hipótesis. Es decir, del problema ya preciso se deben derivar conjeturas fundadas y contrastables por la experiencia.

Las hipótesis deben reunir una serie de condiciones en las que coinciden la mayoría de autores:

- Deben formularse de forma clara y precisa. El uso de lenguaje técnico unívoco es imprescindible.
- No deben contener palabras ambiguas o que contengan connotaciones emocionales.
- Deben establecer una condición específica que pueda ser examinada de manera empírica.
- Han de ser económicas.
- Han de ser comprobables.
- Han de ser generalizables.
- Han de ser cuantificables.
- Deben referirse a un solo resultado de investigación y como consecuencia una vez hecho el estudio deben irse respondiendo una a una.
- Han de ser verificables.
- Han de poner en relación dos o más variables.
- Deben ser coherentes con la mayoría de los hechos conocidos.
- Ha de ser de alcance limitado.
- Deben formularse, en la medida de lo posible, en términos simples.

Podríamos, sin embargo, resumir todas estas características a dos:

- estar bien fundamentadas,
- que sean contrastables (Jiménez Fernández, C.; López-Barajas, E.; Pérez Juste, R., 1983).

Como asegura Kerlinger (1975) si una hipótesis no se puede comprobar debe de ser considerada como una explicación metafísica.

«De lo que se trata es de traducir la hipótesis a términos operacionales que permitan decidir acerca de su contrastación; generalmente lo que se hace es deducir de la hipótesis las consecuencias que deberían seguirse de ser cierta, consecuencias formuladas en términos contrastables y admitir que la hipótesis ha salido indemne de tal contrastación en los casos en que los resultados empíricos concuerdan con ellas (...»

(Jiménez Fernández, C.;  
López-Barajas, E.; Pérez  
Juste, R., 1983: 35)

Sin embargo es extraordinariamente importante señalar aquí que como asegura Bunge, las hipótesis mejores no son directamente contrastables sino que para contrastar una hipótesis «tenemos que hacer la ulterior suposición de que, si la hipótesis es verdadera, serán perceptibles ciertos hechos, los cuales se considerarán manifestaciones (...) de la situación a que se refiere la hipótesis» (citado por ídem: 38).

La operativización de las hipótesis significa traducir las variables que pone en relación a un lenguaje observable, cuantificable y medible.

El objetivo de todo investigador es que la variación producida en la variable dependiente sea debida a la variable independiente por un control exhaustivo de las variables extrañas. Para que esto suceda es muy importante que exista univocidad en la definición de las variables o lo que es lo mismo, que éstas estén definidas operativamente.

Sin decir más de las variables podemos intuir ya que su naturaleza y las relaciones que se establecen son un determinante a la hora de determinar el método a utilizar. Existen variables como el sexo, la edad, la inteligencia... que el investigador no puede manipular, otras que puede tener difíciles de controlar... Su conocimiento ayudará mucho a la cientificidad del trabajo.

Como ya hemos señalado, la relación

establecida por la hipótesis entre la variable independiente y la dependiente supone que cualquier variación en la primera debe producir una variación en la segunda. Sin embargo, la variación observada en la variable dependiente puede tener múltiples orígenes (cuadro 9) totalmente ajenos a la manipulación realizada en la variable independiente: variables extrañas, fuentes de error...

Tres serían los objetivos del investigador que, como apunta Kerlinger (1975), podrían resumirse en el principio del *maxmincon*:

1. Maximizar el efecto de la variable independiente procurando que aparezca con toda claridad mediante una selección adecuada de valores.
2. Minimizar en la medida posible la varianza atribuida al error.
3. Controlar las otras variables que intervienen en la investigación y que se originan en los mismos sujetos, en las situaciones o en el propio experimentador (Bartolomé, M., 1981).

#### VII.4. **Recogida y tratamiento de los datos**

##### VII.4.1. **El muestreo**

Por la imposibilidad que cuando hacemos un estudio temenos que abarcar a toda la población a la cual va dirigido surge el muestreo.

La extracción de muestras o muestreo consiste en escoger cualquier parte de un universo que sea representativa.

Suge aquí la diferencia entre estadística descriptiva y estadística muestral ya que la primera se ocupa de ordenar los datos obtenidos en una muestra y de presentarlos por medio de los valores

estadísticos más característicos (media, mediana, moda, medidas de variabilidad...) mientras que la segunda, la estadística muestral, trata de resolver los problemas sobre la población que estas muestras representan.

En seguida surgen una serie de interrogantes: ¿Hasta qué punto representa la muestra a la población? ¿cómo se debe escoger la muestra? ¿hasta qué punto se parecen los estadísticos de la muestra a sus correspondientes parámetros de la población? (Calvo, F., 1978: 285).

De lo dicho se desprende que una de las tareas más importantes que debe realizar el investigador, desde el punto de vista metodológico, es la de escoger convenientemente muestras que representen a la población que debe estudiar (ibídem). Existen distintos métodos (cuadro 10) en los que no vamos a profundizar. Queremos únicamente destacar que siempre que sea posible se debe recurrir al azar.

«El muestreo aleatorio es el método que consiste en extraer una parte (muestra) de una población o universo, de tal forma que todas las muestras posibles de tamaño fijo (n) tengan la misma posibilidad de ser seleccionadas.»

(Kerlinger, 1975: 84)

Una muestra escogida al azar no es tendenciosa. Es imparcial en cuanto que ningún miembro de la población tiene más oportunidad que otro de ser elegido. Los métodos probabilísticos o de selección aleatoria no permitirán que operen nuestros prejuicios o tendencias y otros factores de selección sistemática. El método es objetivo y está totalmente alejado de las preferencias del investigador (Kerlinger, 1975).

En el muestreo estratificado la población se divide en estratos y de ellos se extraen las muestras aleatorias.

El muestreo por grupos consiste en la

extracción sucesiva y aleatoria de unidades, conjuntos o subconjuntos. Por ejemplo, en la investigación pedagógica, pueden muestrearse aleatoriamente los distritos escolares, después regiones, provincias, escuelas, grupo clase y alumnos.

El muestreo sistemático consiste en que el primer elemento de la muestra se escoge de forma aleatoria a partir de los números 1 hasta k y se escogen los elementos siguientes a partir de intervalos dados. Por ejemplo, si se extrae al azar un elemento entre 1 y 10 y sale 3, los elementos siguientes serán el 13, el 23, el 33 y así sucesivamente.

El muestreo por cuota utiliza el conocimiento de los estratos de la población para seleccionar muestras de acuerdo con algún criterio sin que intervenga el azar.

Muy parecido al anterior es el muestreo intencional que se caracteriza por la utilización de un criterio y de un esfuerzo reconocido para obtener muestras representativas mediante la inclusión de áreas típicas o de grupos supuestamente típicos en la muestra.

El muestreo accidental es de hecho la forma más deficiente de muestreo aunque también la más frecuente. Utiliza grupos intactos aprovechando los disponibles. Por ejemplo una clase de alumnos. Necesita mucha precaución en el análisis y la interpretación de los datos (Ibídem).

Queremos destacar de nuevo, sin embargo, que la extracción aleatoria es el método que se ha demostrado más fiable para conseguir muestras representativas.

Con esta premisa daremos una regla sencilla sobre el tamaño de la muestra: «lo más grande posible». Aunque no por ello dejamos de dar importancia a los estudios de N pequeña o incluso a los de  $N = 1$ . El contexto determinará esta elección.

**CUADRO 2**

<b>Metodologías de base:</b>	<b>Capacidades fundamentales del entendimiento humano:</b>	<b>Operación mental predominante:</b>
Metodología descriptiva	Capacidad de observación	Análisis
Metodología experimental	Capacidad de manipulación	Análisis
Metodología histórica	Capacidad de comprensión temporal	Síntesis
Metodología comparativa	Capacidad de comprensión espacial	Síntesis

Fuente: (García Garrido, J. L., 1932: pp. 116-117)



### CUADRO 3

- «1. TITULO. — Indicar el título en términos precisos.
2. ELECCION DEL PROBLEMA
  - a) *Orígenes.* — Indicar cuál fue la causa que sugirió el asunto.
  - b) *Justificación.* — Justificar la elección del problema detallando las razones de su conveniencia personal y su valor general.
  - c) *Alcance.* — Indicar el alcance planeado de su estudio exponiendo someramente la clase o clases de personas, circunstancias, materiales y demás a las cuales ha de aplicarse el estudio.
3. PROCEDIMIENTO DE RESOLUCION
  - a) *Análisis lógico.* — Dar una clasificación sistemática y lógicamente relacionada de las partidas, elementos o subtemas en los que puede dividirse el problema.
  - b) *Procedimiento de investigación.* — Describir brevemente en forma relacionada los procedimientos de investigación a utilizar al abordar las diferentes partes del problema.
  - c) *Datos necesarios.* — Lista de datos, hechos o información específica a obtener.
  - d) *Consecución de los datos.* — Especificar en qué forma va a lograrse cada grupo de datos, incluyendo referencias acerca de los medios por los cuales han de realizarse los contactos personales.
  - e) *Tratamiento de los datos.* — Especificar cómo han de tratarse los datos para que adquieran sentido al aplicarlos a la resolución del problema.
  - f) *Supuestos admitidos.* — Anotar las suposiciones o cosas que hay que dar por admitidas con respecto a las diversas fases del procedimiento empleado en el estudio del problema.
4. CONCLUSIONES
  - a) *Conclusiones hipotéticas.* — Indicar dos o tres de las conclusiones o clases de resultados que puedan desarrollarse a partir del estudio.
  - b) *Deducciones de las conclusiones.* — Indicar algunas de las deducciones de los resultados hipotéticos anotados: esto es, dar varias inferencias que tengan aplicación con el problema o con sus aplicaciones probables.
5. ESTUDIOS PREVIOS. — Resumir brevemente la labor previa realizada que guarde relación con el estudio y anotar las referencias bibliográficas sobre investigación en la especialidad o con estudios relacionados que pudieran servir de pauta para la resolución de los problemas sobre el tapete.»

Fuente: Abelson, H. H., del Colegio de la Ciudad de Nueva York (citado por Lamson Whitney, F., 1982: 22-23).

#### CUADRO 4

- «1. Elección del terreno, tema, o materia de investigación.
2. Exploración del terreno para aprehender el problema investigación.
3. Elaboración de una bibliografía.
4. Formulación o definición del problema.
5. Diferenciación y bosquejo de los elementos del problema.
6. Clasificación de los elementos del problema de acuerdo con su relación (directa o indirecta) con los datos o pruebas.
7. Determinación de los datos o pruebas necesarios a base de los elementos del problema.
8. Indagación de la disponibilidad de los datos o pruebas necesarios.
9. Ensayos de la resolución del problema.
10. Recopilación de datos e información.
11. Sistematización y clasificación de los datos preparatorios para su análisis.
12. Análisis e interpretación de los datos y pruebas.
13. Ordenación de los datos para su presentación.
14. Elección y empleo de citas, referencias y notas al pie.
15. Elaboración de la forma y estilo de la reseña de la investigación.»

Fuente: Schluter, W. C., de la Universidad de Pensylvania, (citado por Lamson Whitney, F., 1982: 22).

## CUADRO 5

1. Identificación del problema y emisión de una o varias prehipótesis.
2. Delimitación de la investigación.
  - a) Delimitación del objeto de estudio.
  - b) Delimitación del método.
3. Estudio descriptivo (fase analítica).
  - a) La recopilación de los datos.
  - b) Análisis formal y material de los datos.
  - c) Análisis explicativo de los datos.
  - d) Conclusiones analíticas
4. Formulación de la(s) hipótesis comparativa(s).
5. Estudio comparativo.
  - a) Selección de datos y conclusiones analíticas.
  - b) Yuxtaposición de conclusiones y datos seleccionados.
  - c) Comparación valorativa y/o prospectiva.
  - d) Conclusiones comparativas.
6. La investigación comparativa interdisciplinar.
7. La redacción e informe de investigación comparativa.

Fuente: (García Garrido, J. L., 1982: 141-152).

### CUADRO 6

1. Identificación del problema.
2. Formulación de hipótesis.
3. Definición de conceptos e indicadores.
4. Selección de los casos.
5. Recolección de datos.
6. Interpretación de los resultados.

(Trethewey, 1976: 101-108).

### CUADRO 7

1. Identificación del problema.
2. Formulación de hipótesis o cuestiones.
3. Reunión, tratamiento y análisis de los datos: observación de hechos.
4. Verificación de las hipótesis.
5. Generalización.

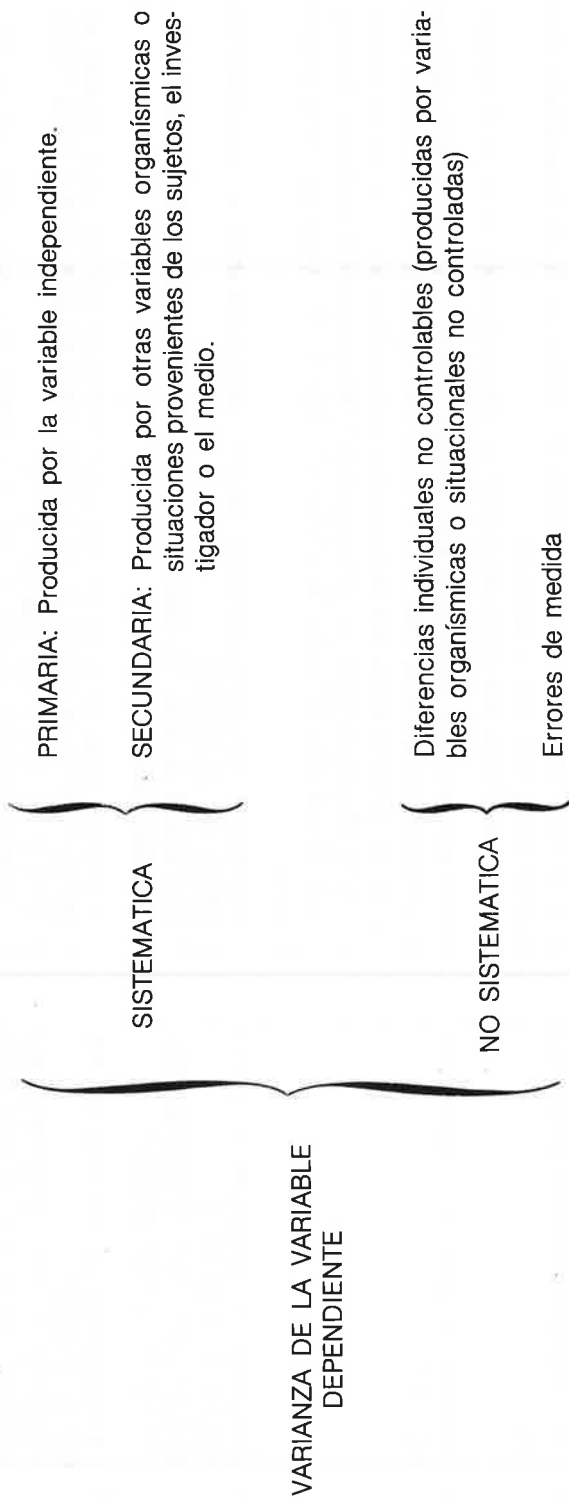
(Le Thanh Khoi, 1981: 26).

Fuente: (citados por García Garrido, J. L., 1982: 139-140).

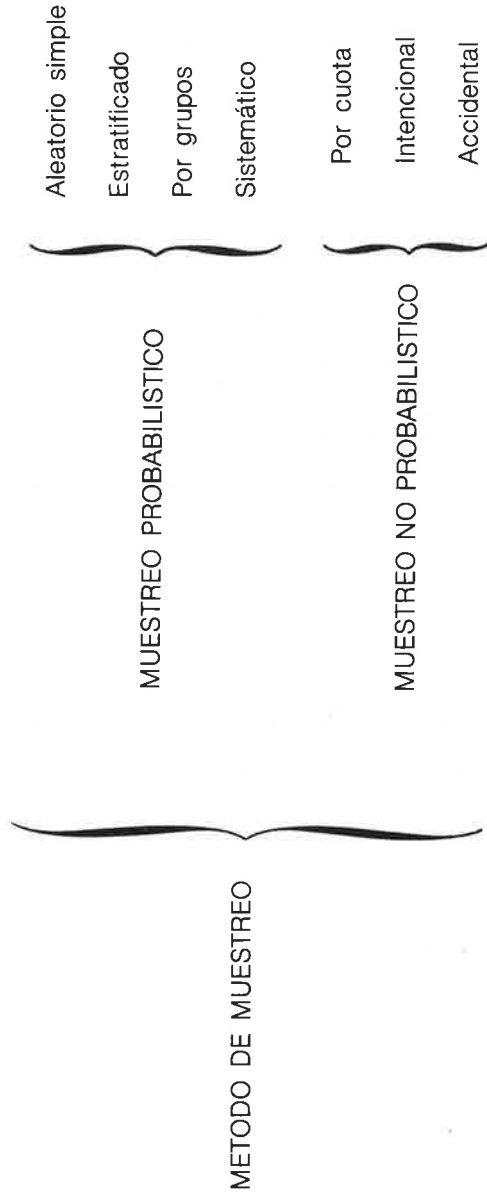
## CUADRO 8. ETAPAS DEL METODO CIENTIFICO

- |  |   |
|--|---|
| 1. Percepción de una dificultad: PROBLEMA.   | Al volver de vacaciones un hombre se encuentra con el jardín destruido.   |
| 2. Identificación y definición de la dificultad.   | Lo examina y descubre que la valla está arruinada, las flores aplastadas y que algunos palos han sido arrancados.<br>(Hechos concretos que permiten definir la naturaleza precisa de la dificultad.)  |
| 3. Propone soluciones al problema: HIPOTESIS.  | Intenta encontrar una explicación a los hechos. Piensa si no habrán sido los hijos del vecino quienes habrán destruido el jardín expresamente. Su hipótesis va más allá de los conocimientos que tiene porque no ha visto a los hijos del vecino hacer nada. Piensa también en una segunda hipótesis explicativa de los hechos. Puede ser que una tormenta haya destruido el jardín. No juzga y procura buscar pruebas.   |
| 4. Deducción de consecuencias de las soluciones propuestas.<br>(Si las hipótesis son verdaderas seguirán ciertas consecuencias.)   | 1. <sup>a</sup> hipótesis: si los niños destruyeron el jardín tenían que estar en casa mientras él estaba de vacaciones.<br>2. <sup>a</sup> hipótesis: si el jardín fue destruido por una tormenta los campos vecinos estarán también destruidos.   |
| 5. Verificación de las hipótesis por medio de la acción.<br>(Búsqueda de hechos observables que permitan confirmar si las consecuencias que deberían seguir se producen o no.) | 1. <sup>a</sup> hipótesis: pregunta a los vecinos y se entera de que los niños estaban en el campo mientras él estaba de vacaciones. Rechaza pues esta primera hipótesis ya que no concuerda con los hechos.<br>2. <sup>a</sup> hipótesis: observa los jardines de los alrededores y comprueba que también han sido destruidos. Examina los periódicos y encuentra la narración de una tormenta que destruyó los jardines de esta parte de la ciudad. Un vecino le explica que vio cómo la piedra y el viento destruían su jardín.<br>Llega a la conclusión de que su segunda hipótesis es una explicación razonable de los hechos. |

**CUADRO 9**



**CUADRO 10**



## VIII. BIBLIOGRAFIA

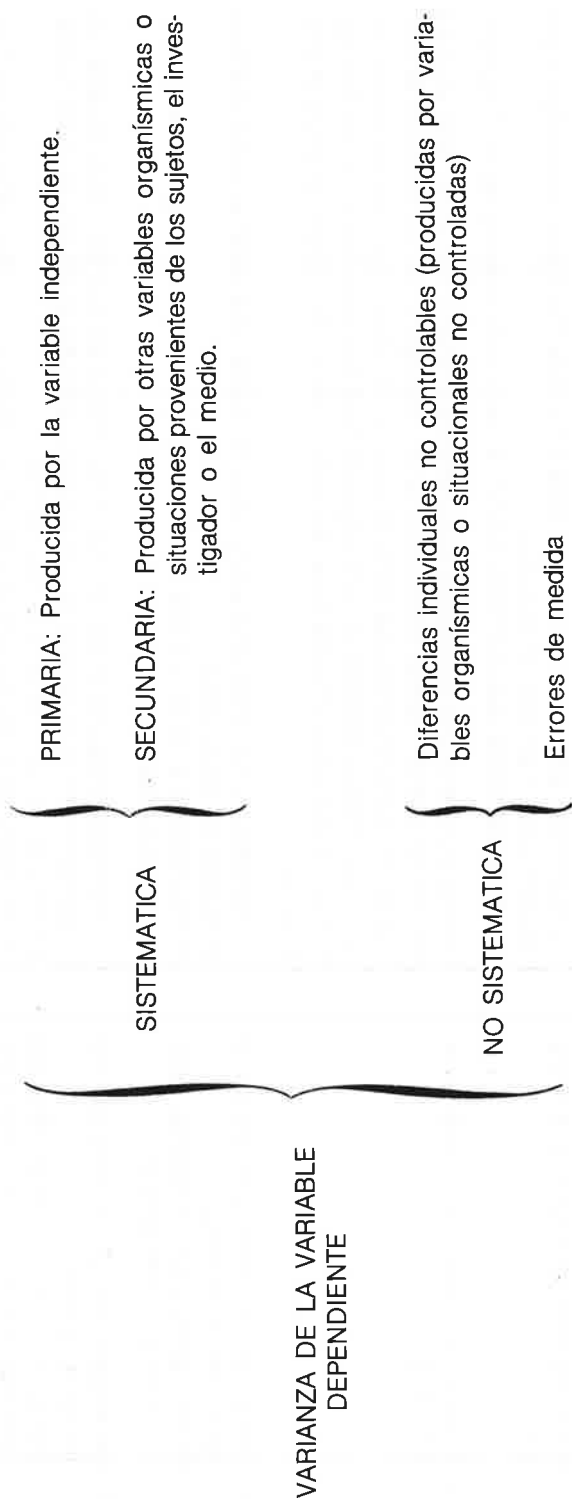
- ARNAU GRAS, J.: *Psicología experimental. Un enfoque metodológico*. Editorial Trillas. México, 1980.
- ARY, D.; CHESER JACOBS, L. y RAZAVIEH, A.: *Introducción a la investigación pedagógica*. Nueva editorial Interamericana, S.A. México, 1982.
- BARTOLOME, M.: «Esquemas de Pedagogía Experimental», documento multicopiado. Universidad Central, Barcelona, 1981.
- BEST, J. W.: *Cómo investigar en educación*. Ediciones Morata, Madrid, 1978.
- CALVO, F.: *Estadística aplicada*. Eds. Deusto, S.A. Bilbao, 1978.
- CAMPBELL, D. y STANLEY, J.: *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1979.
- GARCIA GARRIDO, J. L.: *Educación Comparada. Fundamentos y problemas*. Editorial Dykinson, S.L. Madrid, 1982.
- JIMENEZ FERNANDEZ, C.; LOPEZ-BARAJAS, E. y PEREZ JUSTE, R.: *Pedagogía Experimental II*, Tomo I. U.N.E.D., Madrid, 1983.
- KERLINGER, F. N.: *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. Nueva editorial Interamericana. México, 1975.
- LAMSON WHITNEY, F.: *Elementos de investigación*. Ediciones Omega, S.A. Madrid, 1983.
- MCGUIGAN, F. J.: *Psicología Experimental. Enfoque metodológico*. Trillas. México, 1983.
- SIERRA BRAVO, R.: *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Paraninfo, Madrid, 1982.
- VARIOS: *Estudios sobre epistemología y pedagogía*. Anaya, Madrid, 1983.
- TEJEDOR TEJEDOR, F. J.: «Validez interna y externa de los diseños experimentales», *R.E.P.*, n° 151, enero-marzo 1981: 15-39.



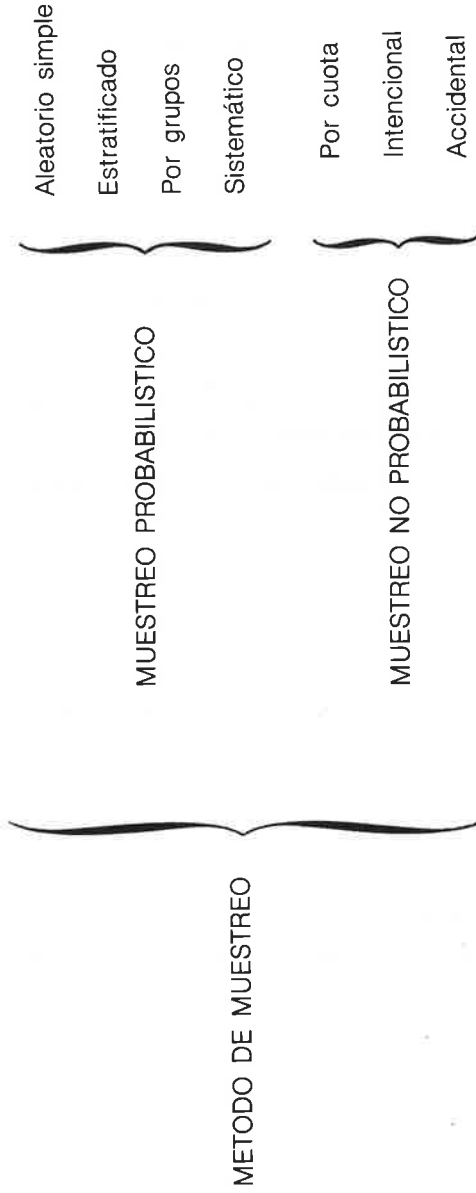
## CUADRO 8. ETAPAS DEL METODO CIENTIFICO

- |  |   |
|--|---|
| 1. Percepción de una dificultad: PROBLEMA.   | Al volver de vacaciones un hombre se encuentra con el jardín destruido.   |
| 2. Identificación y definición de la dificultad.   | Lo examina y descubre que la valla está arruinada, las flores aplastadas y que algunos palos han sido arrancados.<br>(Hechos concretos que permiten definir la naturaleza precisa de la dificultad.)  |
| 3. Propone soluciones al problema: HIPOTESIS.  | Intenta encontrar una explicación a los hechos. Piensa si no habrán sido los hijos del vecino quienes habrán destruido el jardín expresamente. Su hipótesis va más allá de los conocimientos que tiene porque no ha visto a los hijos del vecino hacer nada. Piensa también en una segunda hipótesis explicativa de los hechos. Puede ser que una tormenta haya destruido el jardín. No juzga y procura buscar pruebas.   |
| 4. Deducción de consecuencias de las soluciones propuestas.<br>(Si las hipótesis son verdaderas seguirán ciertas consecuencias.)   | 1. <sup>a</sup> hipótesis: si los niños destruyeron el jardín tenían que estar en casa mientras él estaba de vacaciones.<br>2. <sup>a</sup> hipótesis: si el jardín fue destruido por una tormenta los campos vecinos estarían también destruidos.  |
| 5. Verificación de las hipótesis por medio de la acción.<br>(Búsqueda de hechos observables que permitan confirmar si las consecuencias que deberían seguir se producen o no.) | 1. <sup>a</sup> hipótesis: pregunta a los vecinos y se entera de que los niños estaban en el campo mientras él estaba de vacaciones. Rechaza pues esta primera hipótesis ya que no concuerda con los hechos.<br>2. <sup>a</sup> hipótesis: observa los jardines de los alrededores y comprueba que también han sido destruidos. Examina los periódicos y encuentra la narración de una tormenta que destruyó los jardines de esta parte de la ciudad. Un vecino le explica que vio cómo la piedra y el viento destruían su jardín.<br>Llega a la conclusión de que su segunda hipótesis es una explicación razonable de los hechos. |

**CUADRO 9**



**CUADRO 10**



### VIII. BIBLIOGRAFIA

- ARNAU GRAS, J.: *Psicología experimental. Un enfoque metodológico*. Editorial Trillas, México, 1980.
- ARY, D.; CHESER JACOBS, L. y RAZAVIEH, A.: *Introducción a la investigación pedagógica*. Nueva editorial Interamericana, S.A. México, 1982.
- BARTOLOME, M.: «Esquemas de Pedagogía Experimental», documento multicopiado. Universidad Central. Barcelona, 1981.
- BEST, J. W.: *Cómo investigar en educación*. Ediciones Morata, Madrid, 1978.
- CALVO, F.: *Estadística aplicada*. Eds. Deusto, S.A. Bilbao, 1978.
- CAMPBELL, D. y STANLEY, J.: *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1979.
- GARCIA GARRIDO, J. L.: *Educación Comparada. Fundamentos y problemas*. Editorial Dykinson, S.L. Madrid, 1982.
- JIMENEZ FERNANDEZ, C.; LOPEZ-BARAJAS, E. y PEREZ JUSTE, R.: *Pedagogía Experimental II*, Tomo I. U.N.E.D., Madrid, 1983.
- KERLINGER, F. N.: *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. Nueva editorial Interamericana. México, 1975.
- LAMSON WHITNEY, F.: *Elementos de investigación*. Ediciones Omega, S.A. Madrid, 1983.
- MCGUIGAN, F. J.: *Psicología Experimental. Enfoque metodológico*. Trillas. México, 1983.
- SIERRA BRAVO, R.: *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Paraninfo. Madrid, 1982.
- VARIOS: *Estudios sobre epistemología y pedagogía*. Anaya. Madrid, 1983.
- TEJEDOR TEJEDOR, F. J.: «Validez interna y externa de los diseños experimentales», *R.E.P.*, n° 151, enero-marzo 1981: 15-39.

# TEORIA SOBRE LA EVOLUCION DE LOS NIÑOS PSICOTICOS SEGUN LA PSICOLOGIA GENETICA

M. ORTIZ ZABALA  
Prof. Titular de Psicología Médica

Cátedra de Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia.

Fecha: 19 de abril de 1985.

Domicilio: C/ de la Paz, 12, La Alberca, Murcia, Teléfono: 84 03 71.

*Revista de Neuropsiquiatria infantil  
Organismo oficial de la Asociación española  
de Neuropsiquiatria infanto-juvenil  
Año 1985, N° 6 Volumen II*

## SUMMARY

Serious maladjustments in the behaviour of children defined as psychotic could be explained by analysing their evolutionary development from when they begin to obtain knowledge up to their basic intellectual structures. Alteracions in «the construction of reality» and the «symbol formation» in the child, taken from the genetic psychology of Piaget, and malfunctions in the process of interaction of the child with his surroundings, thereby upsetting the balance between assimilation and freedom from constraint, may be a theory which brings us a little nearer to an understanding of the problem.

Key Words: genetic psychology; child psychosis.

## RESUMEN

Los graves desajustes de la conducta de los niños llamados psicóticos, puede tener explicación válida analizando el desarrollo evolutivo desde la génesis del conocimiento hasta la adquisición de las estructuras básicas intelectuales. Alteraciones en la «construcción de lo real», y la «formación del símbolo» en el niño tomadas de la psicología genética de Piaget, y disfunciones en el proceso de interacción del niño con el ambiente rompiendo el equilibrio entre asimilación y acomodación, puede ser una teoría que nos acerque un poco al conocimiento del problema.

Palabra Clave: psicología genética, psicosis infantil.

Sabemos que en medicina y psicología no todos los procesos de los adultos son equiparables a los de la infancia. Concretamente en psicología y en el tema que trabajamos aquí, la psicosis en la primera infancia, encontramos particularmente importante esta diferenciación entre adultos y niños dados los graves trastornos de pensamiento y afectividad que supone el síndrome psicótico, estos conceptos tienen un punto de partida completamente distinto en ambos casos.

Mientras en los adultos el lenguaje-vehículo del pensamiento está ya totalmente adquirido y la personalidad estructurada, sus experiencias interiorizadas, etc. En el niño está empezando su desarrollo evolutivo, todavía no ha diferenciado bien entre su propio yo y los objetos externos, no ha construido la realidad y no ha aprendido a verla a través de símbolos.

Por eso nosotros, vemos la patología en los niños como disfunciones, desarmonías o desorganizaciones dentro del proceso evolutivo, ya que pensamos sea cual sea la causa o etiología del síndrome, la psicosis en este caso, actúa de manera distinta según el momento de la evolución funcional.

Vamos a intentar exponer nuestro punto de vista psicológico, sin darlo como definitivo, siendo conscientes del carácter incompleto de nuestra aportación, ya que el saber humano es en sí mismo una teoría inacabada para poder ir incorporando a ella los nuevos conocimientos que las investigaciones van descubriendo.

Nuestro enfoque psicológico, tiene una premisa básica: la clasificación diagnóstica del niño nos es irrelevante en el sentido de que los que nos interesa es la evolución psicológica y cuando existen procesos psicológicos tratamos en primer lugar de analizar qué es lo que no ha «funcionado» en este desarrollo

evolutivo, y en segundo lugar, analizar las consecuencias que esta disfunción tiene sobre la conducta del niño, a fin de poder ser más eficaces sobre el tratamiento de ellos a la hora de acometer la tarea de proceder a su extinción.

Los niños clasificados como psicóticos en general tienen desajustes graves de su conducta tanto a nivel de relación y comunicación con los demás como a nivel cognitivo y de pensamiento. De ahí las dos teorías, la **afectiva** seguida generalmente por la psicología dinámica, y la **cognoscitiva**. Los primeros postulan que son alteraciones básicamente afectivas y que secundariamente dan lugar a las disfunciones cognitivas (lingüísticas, conceptuales, intelectuales, etc.). Los segundos postulan que son trastornos graves en el curso del pensamiento y del lenguaje y como consecuencia de ello se producen alteraciones en la expresión afectiva.

Las polémicas en torno a las relaciones entre conocimiento y afectividad están aún de gran actualidad (hoy en día), desde JANET que distinguía entre «acción primaria» para referirse a la relación del sujeto y el objeto como un hecho de la inteligencia y «acción secundaria» o reacción del sujeto frente a su propia acción que vendría a constituir los sentimientos que actúan de reguladores de la acción primaria; algo así como que el sentimiento dirige la conducta dotándola del elemento valorativo mientras que el conocimiento constituye la estructura.

En general, hoy en día los psicólogos tendemos a pensar que el factor principal del desencadenamiento de la grave perturbación en estos niños se debe a un serio déficit en la comprensión del lenguaje, el cual dado lo precoz de la aparición del síndrome, todavía está sin acabar su adquisición y consolidación, razón por lo cual su capacidad simbólica se ve tan seriamente dañada, las dificultades de relación serían «trastornos

secundarios» como consecuencia de déficit en la comprensión y por lo tanto expresión del lenguaje. Sería un proceso semejante al de la «afasia receptiva del desarrollo», descrita por Riniere y Belin-chon (1981).

De todas formas, desde el punto de vista evolutivo carece de sentido la discusión acerca de cuáles son los trastornos primarios, si los cognitivos o los afectivos, porque la evolución psicológica del niño, no se basa en las estructuras cognitivas o afectivas que estos pueden poseer, sino en la **interacción** entre ellas; es más, las génesis de tales estructuras residen en la interacción, lo que verdaderamente hace que el niño se desarrolle es la armonía entre estas dos estructuras, la disociación o los déficits en una de ellas, contando la interacción conjunta necesariamente afecta a la otra, ocasionando graves trastornos en el desarrollo.

Es conveniente recordar aquí que la noción de estructura en psicología apareció por primera vez a principios de siglo, en la Escuela de Wurzburg cuando la «psicología del pensamiento» se opuso (ya lo decían Benet en Francia y Claparede en Suiza) al asociacionismo que postulaba que las relaciones se establecían por medio de asociaciones mecánicas entre elementos. Una estructura en psicología comprende conceptos como totalidades, transformaciones y autorregulaciones que siempre están basadas en una génesis en el sentido de paso de un elemento más simple a uno más complejo, pero el resultado no es la suma de los elementos, no se puede hablar de estructura operativa en psicología, si no se ven las relaciones entre los elementos y el todo es el resultante de estas relaciones.

Nos parece oportuno nombrar aquí, el trabajo de Vygotsky (1979) sobre «internalización de las funciones psicológicas superiores» en el que viene a decir que

en el desarrollo del niño, toda función tiene dos aspectos uno social-interpsicológico y otro individual-intrapsicológico, el primero de ellos para Vygotsky es siempre la interpsicológica, es decir la de interacción y al hablar de funciones se refieren tanto a formación de conceptos, como memoria, lógica y atención voluntaria. Dice textualmente: «todas las funciones superiores se originan como relaciones entre estructuras psicológicas y como relaciones entre seres humanos», y aunque esto fue dicho hace más de 50 años (traducido al castellano en 1979), nosotros creemos que muy bien puede tomarse a Vygotsky como precursor de la Teoría Interaccionista que a nuestro entender hace de nexo de unión entre los afectistas y cognitivistas.

Creo que esta Teoría de la Interacción rompe con el mito psicoanalista de que los niños psicóticos tienen la «competencia cognitiva intacta y la actuación inhibida», a la vista de esta teoría pensamos que el problema de estos niños está precisamente en las graves alteraciones que presentan en la interacción tanto como diría Vygotsky intrapsicológica, en aspecto cognitivos y afectivos, como interpsicológica, o interacción con el medio.

Gouin Decaire y M. Ricard (1983), señalan que en el individuo de la especie humana se aprecia desde las primeras semanas de vida, tanto en las preferencias visuales como auditivas una orientación primaria hacia el congénere, esta orientación con la edad presenta cambios importantes en la interacción, cambios que se sabe no ocurren en otras especies, en los humanos estos cambios se orientan hacia nociones intelectuales con objetos sociales, no con objetos físicos (Goulet, 1982).

Por ello nosotros queremos enfocar el síndrome del niño psicótico dentro de un marco evolutivo global en donde colocamos la génesis de las funciones

superiores (afectivas y cognitivas), a partir del desarrollo del niño como ser social.

Nuestra tesis es que este desarrollo se realiza en la conducta de interacción y es precisamente las alteraciones en la interacción la que produce los graves desajustes en ellos.

Las conductas desajustadas serán vistas bajo este prisma como el resultado de la ruptura del equilibrio entre organismo y medio, dicho con otras palabras, entre el mundo exterior y el sujeto.

La inteligencia es adaptación; y adaptación la definiremos como un equilibrio entre las acciones o conducta que realiza un organismo y su medio, pero de la misma forma que le organismo fisiológicamente antes de absorber las sustancias, las transforma, todo ser vivo cuando se relaciona con su medio, modifica éste para incorporarlo a su estructura. En psicología sucede lo mismo, la asimilación mental es la INCORPORACION DE LOS OBJETOS A LOS ESQUEMAS DE CONDUCTA.

El proceso inverso sería lo que los biólogos han llamado «acomodación», entendiendo que el organismo vivo no asimila la acción de los objetos impasiblemente sino que se acomoda a ellos. Psicológicamente podemos hacer el mismo paralelismo en el sentido de que la asimilación de los objetos o hechos ambientales a los esquemas de conducta conlleva modificaciones en ésta, es decir en la acción.

A la vista de estos razonamientos, bien podría definirse la adaptación como un equilibrio entre asimilación y acomodación.

Piaget toma precisamente estos tres conceptos «asimilación», «acomodación» y «equilibración», como ejes desde donde enfocar toda su teoría del desarrollo de las estructuras cognitivas elementales en el niño y establece a partir de ella la distinción entre sus cuatro

grandes períodos de desarrollo.

Recordemos que este autor desde sus tiempos de zoólogo encaminó todos sus esfuerzos al estudio de las relaciones del organismo con su medio, al trasladar estas teorías al ser humano es cuando construye su teoría sobre el origen de la inteligencia y la presenta como la capacidad de relación del sujeto con el objeto, constituyendo este concepto el principio de su psicología genética.

El estudio de las estructuras de la inteligencia, el origen de la vida mental, el análisis del pensamiento en el niño, han sido para él la base donde ha fundamentado y construido su epistemología psicológica y biológica.

Es sabido que el desarrollo evolutivo del niño según Piaget abarca desde el nacimiento hasta pasados los 11 años, a lo largo de 4 períodos que a su vez contienen cada uno de ellos varios estadios; período sensoriomotor, preoperacional, operacional concreto y operacional formal.

De todos ellos, sin duda el período en el que está basada gran parte de la epistemología genética de Piaget, es el sensoriomotor, en él el niño hace el paso de un ser biológico a un ser social, de su primer reflejo primitivo a la construcción de un proceso cognitivo por medio de combinaciones de comportamiento que le ponen al borde del pensamiento, adquiriendo durante este período de la vida:

- a) Noción de constancia de objeto.
- b) Las personas y los objetos tienen una existencia independiente.
- c) Noción de causalidad.
- d) Conceptos de espacio y de tiempo.
- e) Representaciones internas.

Si seguimos la clasificación psiquiátrica, un niño con aparición temprana de conductas psicóticas va a desarrollar



dos tipos de trastornos fundamentales, los trastornos del curso del pensamiento, los cuales se van a reflejar en importantes déficits en la adquisición, comprensión y expresión del lenguaje, y los trastornos en las relaciones personales, que se reflejan en graves conductas de comunicación y desadaptación social.

Dejando aparte la etiología del problema que desde el punto de vista psicológico no es relevante, nosotros vamos a analizar los posibles «fallos», que a nuestro entender están incidiendo en el desarrollo psicológico del niño para que se dé la concurrencia de conductas tan gravemente afectadas, prescindiendo, repetimos, de si el origen de la enfermedad es un agente externo, biológico o de predisposición genética. Por eso nos ceñimos al período según la teoría de la psicología evolutiva de Piaget, sensoriomotor, por ser en él donde el niño adquiere la diferenciación del yo, es decir, construye la realidad exterior a él, se realiza el «descentramiento del yo» en palabras de Piaget, y adquiere la función simbólica, conceptos ambos que como es obvio son fundamentales para el desarrollo armónico posterior del niño.

Aunque en el período sensoriomotor (0 a 2 años) no existe el pensamiento conceptual propiamente dicho, si durante éste tiene origen la construcción de las estructuras elementales que harán posible durante el segundo período (preoperacional 2 a 7 años), la aparición del pensamiento reflexivo. Recuérdese que para Piaget las «funciones» permanecen invariables durante todo el desarrollo, y lo que se van modificando son las «estructuras», por esta razón las funciones adquiridas en el período sensoriomotriz, van a hacer posible la aparición de tres condiciones esenciales para el desarrollo del pensamiento conceptual:

1. Un aumento de velocidades que permite pasar de unos planos sucesivos

a un conjunto simultáneo de conocimientos.

2. Una toma de conciencia que permite aumentar la búsqueda del éxito a través de la comprobación.
3. Un mecanismo tal que haga posible superar la acción inmediata y por medio de acciones simbólicas superen los límites de espacio y tiempo próximos.

De ahí se entiende que los niños psicóticos empleen el lenguaje más como un objeto que como un medio de comunicación y relación afectiva personal, de la misma manera que son incapaces de desarrollar conductas imitativas o la tendencia que presentan a conductas autolesivas, conductas que si seguimos la interpretación de la psicología dinámica, indican que la agresividad se dirige hacia la propia persona debido a una incapacidad para distinguir el propio yo del mundo exterior.

Precisamente en la desorganización de la construcción de lo real y de lo simbólico en el niño es donde radican los déficits del lenguaje en estos niños, sabemos que el lenguaje en los niños psicóticos es tan peculiar que por sí sólo es casi suficiente para el diagnóstico, ya que al ser expresión del pensamiento nos puede llevar al conocimiento de las alteraciones del contenido y curso de éste.

La adquisición del lenguaje no puede entenderse sólo por la construcción de estructuras más complejas sino que esta adquisición está en función del progreso del niño en la comprensión de su medio, el código de comunicación será tanto más complejo según sea el entendimiento de la realidad y corresponda a un claro desarrollo de las facultades de percepción y representación, esta facultad de representación, en los niños psicóticos está seriamente dañada, a nadie se nos escapa en clínica que estos

niños son incapaces de desarrollar conductas imitativas.

Veamos cómo sería el proceso, hemos hablado de un equilibrio entre asimilación y acomodación en la génesis de todo proceso cognitivo, en principio el niño asimila directamente del exterior a su propia actividad, luego para prolongar esta asimilación se van construyendo un número creciente de esquemas de acción y de relaciones entre ellos que suponen la acomodación, a medida que éstas van haciéndose más complejas, es preciso acudir a las representaciones con la evolución de las nociones de objeto, espacio, causalidad y tiempo, cosa que no ocurría cuando la asimilación era directa del exterior, organizándose de esta manera la diferenciación del yo —situándose éste como una cosa entre las cosas, eliminándose el egocentrismo por el proceso de la «descentración».

Antes del período de descentralización, la actividad que desarrolla el niño es de repetición, de generalización y de reconocimiento, el objeto sólo es prolongación de la acción propia, no existe representación simbólica de él, la permanencia de lo real comienza con «la búsqueda del objeto en un universo espacio-temporal intangible» (Piaget, 1979); y

esta búsqueda conlleva el establecimiento de una serie de relaciones que son inseparables de las nociones de espacio, tiempo y causalidad, lo cual supone interiorización de experiencias e intencionalidad en la conducta.

El no desarrollo correcto de este proceso explica, eso creemos, gran parte de las conductas de los niños psicóticos: alejamiento de la realidad, falta de conductas imitativas, las autoagresiones y sobre todo, los graves trastornos de lenguaje y pensamiento.

Nuestra exposición queda incompleta —lo sabemos—, para explicar la enfermedad más desconcertante probablemente de la psiquiatría. Sólo hemos hecho un intento de profundizar el conocimiento del modo organizativo del niño, y extrapolar a partir de él, el marco teórico donde pueden tener una posible explicación las conductas tan gravemente desajustadas de los niños psicóticos, poniendo de relieve que quizá la contratación del símbolo en el niño, cuando están desorganizadas a causa de que no se produce el proceso de «equilibración» entre la asimilación y la acomodación pueden ofrecer desde el punto de vista evolutivo y de interacción social un poco de luz sobre el problema.

## BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J.: *Manual de Psiquiatría infantil*. Ed. Tory-Masson, Barcelona, Cuarta Edición, 1980.
- GOUIN; DECAIRET y RICAR, M.: «La socialización del lactante». *Mundo Científico*, 1983, 22, 120-129.
- JANET, P.: *De l'angoisse a l'extase. Etude sur le croyances et les sentiments*. Alcan, París, 1926.
- JANET, P.: *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie experimentale sur le formes inferieures de l'activité humaine*. París. Alcan, 1984.
- PIAGET, J.: *Seis estudios de psicología*. Seix Barral. Barcelona, 1977.
- PIAGET, J.: *Psicología del niño*. Ed. Morata. Madrid, 1975.
- PIAGET, J.: *Psicología de la inteligencia*. Psique. Buenos Aires, 1967.
- PIAGET, J.: *La formación del símbolo en el niño*. F.C.E. México, 1980.
- PIAGET, J.: *La construction du réel chez l'enfant*, Delachaux y Niestlé, 1937. 2ª Ed. 1950.
- RIVIERE, A.: «Interacción y símbolo en autistas». *Infancia y Aprendizaje*. Madrid, 198.
- RIVIERE, A. y BELINCHION, M.: «Reflexiones sobre el lenguaje autista». Análisis descriptivos y diferencias con la disfasia receptiva. *Infancia y Aprendizaje*, 1981, 13, 89-120.
- VYGOTSKY, L. S.: *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica, Barcelona, 1979.



# LA HOSPITALIZACION PEDIATRICA: INTERVENCION PSICOLOGICA

HENAR SASTRE DOMINGO. Enfermera Psiquiátrica  
J. L. PEDREIRA MASSA. Psiquiatría Infantil

Unidad Psiquiatría y Psicología Infantil. Hospital del Niño Jesús.

«Los cuidados de enfermería son un instrumento educativo, una fuerza que ayuda a la maduración, que tiene por objeto promover el desarrollo de la personalidad hacia una vida madura, constructiva y productiva para el individuo y la comunidad.»

Hildegarde Peplau

## INTRODUCCION

Este trabajo tiene por objetivo analizar a la luz de los datos obtenidos cuál es la demanda que se nos plantea a nuestra unidad de paidopsiquiatría por parte de los distintos servicios de hospitalización y el por qué de ella.

Asimismo analizaremos cuál podría ser el papel de una unidad de psiquiatría dentro de un hospital pediátrico.

## MATERIAL, METODOS Y RESULTADOS

Los datos obtenidos desde que inició su actividad la unidad en septiembre de 1977 son los siguientes:

Sobre un total de 3.000 niños vistos a través de las peticiones de los ambulatorios o consultas externas hospitalarias. 187 interconsultas corresponden a los servicios de hospitalización, lo que supone un 6% del total de los niños vistos.

Los motivos por los cuales nos consultan los hemos agrupado ya que de lo contrario existiría una gran dispersión de datos que dificultaría su evaluación.

Asimismo hemos excluido intencionalmente los niños ingresados vistos por síndrome tóxico por considerar que podrían ser objeto de otro estudio (fig. 1).

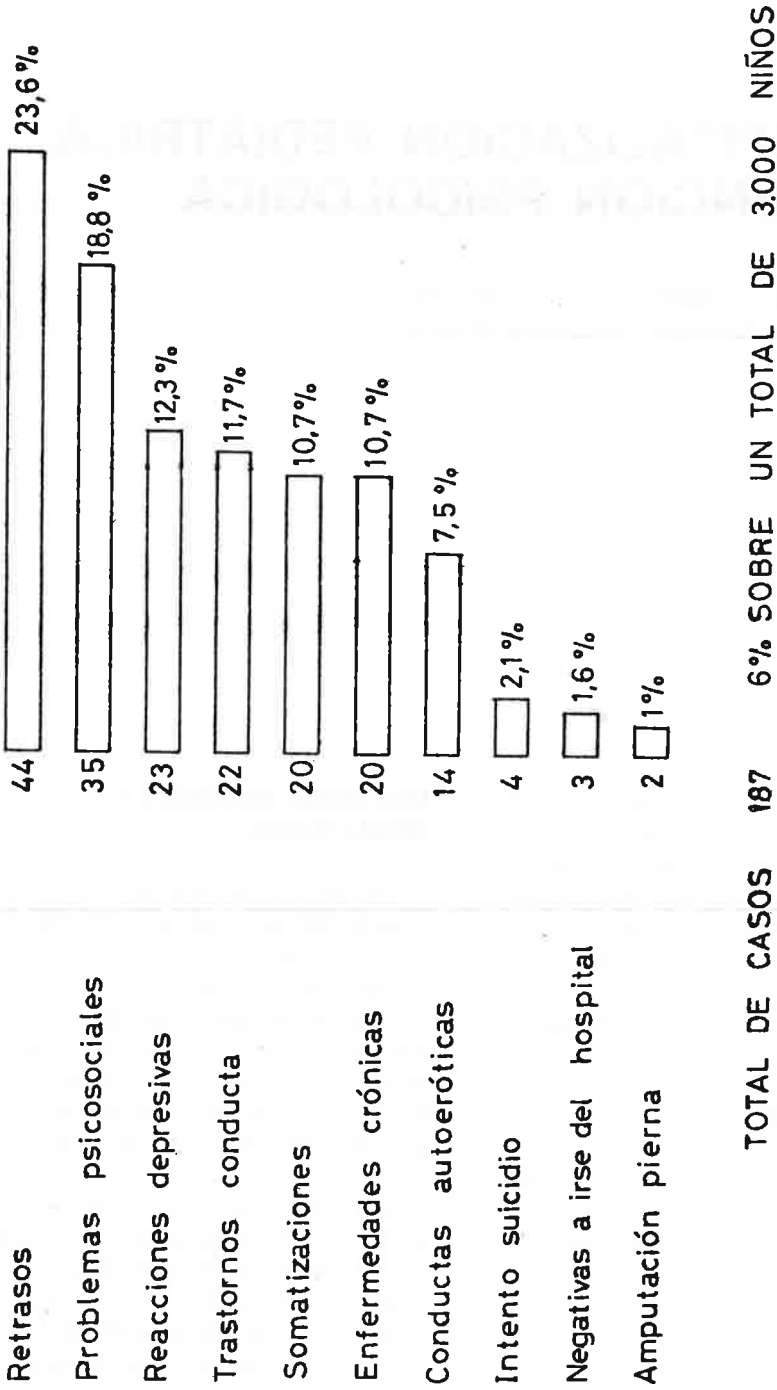


Figura nº 1

El análisis de estos datos puede resultar frío como sucede siempre que se plantean cifras o lo que es peor quedarnos en ellas, que a nuestro modo de ver no son todo lo representativas de lo que pudiera ser una demanda más real de acuerdo a los problemas que se presentan, ya que nuestra experiencia nos indica que son varios los factores que intervienen a la hora de que el médico o las enfermeras requieran a nuestro equipo. Entre estos pudiéramos citar el que no se haya satisfecho la demanda con suficiente premura, éste es un problema de la unidad y se justifica en base al escaso número de personas que formamos el equipo; un psiquiatra, un psicólogo, enfermera psiquiátrica y una auxiliar. Otra de las causas se deben a la escasa sensibilización que demuestra algunos servicios hacia nuestro trabajo.

Por último hemos constatado que nuestra presencia en los servicios hace recordar al personal que tiene niños con problemas, lo que nos planteó la conveniencia de acudir sistemáticamente a las salas ya que éste podría ser un modo de hacer un despistage.

A la luz de estas cifras pudiera pensarse que carecen de importancia cuantitativa y caer en una banalización y justificación sobre el sufrimiento del niño durante la hospitalización con lo cual no se requeriría una intervención psicológica y de este modo No emprenderse ningún tipo de esfuerzo por mejorar las condiciones del hospital, los cuidados integrales y otra actividades no estrictamente relacionadas con su «estar» enfermo.

## DISCUSION

El mayor número de peticiones son los problemas de retraso lo que coincide con la demanda general. Es cierto que estos problemas no lo son por la hospitalización, por tanto lo que se es-

pera de nosotros es una evaluación psicométrica con exclusividad.

A tal fin pasaron por nuestra unidad todos los niños poliomefíticos que empezaban los estudios de formación profesional y abandonaban el hospital después de varios años de estancia.

## Problemas psicosociales

Hemos observado, paradójicamente, que en los llamados problemas psicosociales, malos tratos, situaciones de paro, violaciones, alcoholismo, prostitución, niños de casas cunas, etc., que la adaptación de estos niños a la vida hospitalaria suele ser adecuada, a lo que había que añadir, que por su situación despiertan sentimientos de compasión en el personal asistencial en un intento de reparación inconsciente, por la situación dramática en que se encuentra el niño, lo que favorece una actitud sobreprotectora e incluso hiperestimulante. Podríamos decir simplificando que se convierten en los «niños mimados» ya que se establecen lazos afectivos sobre todo con el personal de enfermería, que vivencian la marcha con gran angustia por lo que supone de retorno a su medio negativo.

En definitiva, se podría afirmar que la hospitalización para estos niños representa un mal menor.

## Reacciones depresivas

Desde que hace más de 30 años, Spitz describiera la «Depresión Anaclítica» como un cuadro característico en los niños carenciados de los cuidados maternos habituales, que en el curso de 3-5 meses se instauraba progresivamente una pérdida de peso, retraso talla, irritabilidad, vómitos, tendencia a contraer enfermedades intercurrentes, insomnio

acontecía la muerte. Es cierto que durante estos años las condiciones externas de la hospitalización han sufrido un cambio sustancial ya que en los tiempos de Spitz el hospital se caracterizaba por ser una estructura de salas corridas, con escasos recursos técnicos, personal deficiente en número y poco cualificado. La estancia hospitalaria se prolongaba incluso años con una tasa de morbimortalidad elevada donde a menudo el hospital cubría un papel de asilo ya que fundamentalmente acudían niños provenientes de familias con grandes problemas psico-sociales. Al cambiar las condiciones ha sido posible que sea excepcional la presentación del cuadro descrito por Spitz, pero también es cierto que permanecen otro tipo de depresiones más solapadas en los niños.

Quizá nos pueda servir como ejemplo de la actitud general hacia la hospitalización pediátrica lo que en 1941 el doctor Carro García de este hospital exponía en su discurso en la Real Academia de Medicina (cito textualmente): «Dejándonos llevar por el corazón bien quisiéramos evitar el traumatismo doloroso de separar a la madre de su hijo enfermo, más la necesidad obliga; el niño pobre e indigente no dispone en su mísero hogar de higiene, alimentos adecuados, medicamentos, y asistencia facultativa apropiada.

Para el niño el momento de la separación es amargo si no se hace con cautela y un buen **intencionado engaño**. Algunos llantos y gimoteos suelen ser la expresión del recuerdo maternal, pero después de unas horas se acomoda al ambiente interesándose por cuanto le rodea y poniendo su cariño en la monjita o en la enfermera que con prodigalidad le halagan y le cuidan. Si el enfermito se ve colmado de afecto y ternura pronto olvida o no reclama los cariños maternos.»

Estas palabras impregnadas de pater-

nalismo muy de acuerdo con las características históricas de la época en que la compasión sustituían a la comprensión, están lamentablemente vigentes en algunos sectores del personal asistencial, ya que es la concepción que manifiestan.

Es cierto que no todos los niños responden del mismo modo a la hospitalización que son muchos los factores que intervienen en esta respuesta, como la fase evolutiva en que se encuentra el niño, así no será lo mismo para un bebé que para un niño de diez años; también la gravedad de la enfermedad y por consiguiente las manipulaciones a la que se le someta van a tener que ver con esta vivencia. La personalidad del niño, es decir, un niño introvertido con poca capacidad de relación estará más expuesto a la indiferencia y al rechazo por parte de los otros niños y del personal. Otro factor decisivo es la información que el adulto le halla transmitido a cerca de su situación. El ambiente hospitalario y sobre todo como factor fundamental la presencia o no de la madre van a condicionar la vivencia de la hospitalización. De cualquier forma es obligado recalcar en la hospitalización en el niño es un acontecimiento negativo por lo que conlleva de ruptura con su medio afectivo y social y de sufrimiento psicofísico. Lo que podríamos encuadrar dentro de lo que llamamos Reacciones depresivas las hemos visto fundamentalmente en dos tipos de situaciones. Cuando los niños sufren un proceso infecto-contagioso y por tanto son aislados y en aquellos casos de larga evolución de procesos graves.

En el primer caso la presencia del adulto con batas y mascarillas es mínima, se podría decir que se limita a los cuidados clínicos casi con exclusividad. Pero quizá por no ser tan llamativas no se dan la importancia que merecen a las que podríamos llamar reacciones depresivas habituales que se presentan de



una forma solapada con irritabilidad, disforia, cambio de humor, el niño suele hacer preguntas reiteradas del tipo «¿cuándo me voy?», «¿cuándo viene mi mamá?», y que necesita y espera que se le responda con la verdad en una imperiosa necesidad de calmar su angustia, aunque al momento vuelva a preguntar para obtener el mismo tipo de respuesta. Como en este intercambio adulto-niño se pone en juego la propia angustia del adulto, éste suele resolverla o bien mintiendo, banalizando, o minimizando las quejas del niño. Otra conducta frecuente es tratarse de quitar al niño de encima en lugar de permitirle la exteriorización de la angustia como un reconocimiento del sufrimiento infantil.

### **Trastornos de conducta**

Frecuentes como reacciones negativas a la hospitalización suelen ser los trastornos de conducta, que podría decirse que son la otra cara de la moneda de las reacciones depresivas. En general son peores tolerados por el personal puesto que a menudo ponen en juego la transgresión de la norma y el principio de autoridad.

### **Conductas autoeróticas**

Incluimos en este apartado el Roking, la masturbación, chuparse las manos, etcétera.

Entendemos por conductas autoeróticas aquellas situaciones normales en la infancia que utiliza el niño como medio de proporcionarse placer, establecer una demanda y un modo de comunicación con el exterior.

Estas conductas suelen aumentar en frecuencia durante la hospitalización a modo de recurso para canalizar la angustia y proporcionarse la estimulación

sensitiva que el personal a menudo no cubre. Asimismo hemos constatado que bebés que presentaba roking dejaban de balancearse cuando se daba una mayor intervención por parte de las enfermeras al estimular, acariciar, y hablar al niño. Se plantea aquí el papel necesario que tienen los objetos transicionales a modo de Winnicott. Estos objetos chupete, oso de peluche, texturas cálidas, etc., le son necesarias al niño para superar los momentos difíciles de su vida, los estados depresivos y de angustia, ya que son «sustitutos maternos» y le proporcionan una situación entre su yo y no-yo. Si estos objetos cubren una necesidad en la vida diaria del niño tanto más necesarios le serán durante la hospitalización. Hemos visto cómo son prohibidos o ignorados en ocasiones en aras de una mal entendida asepsia. Se prohíben los chupetes por miedo a las infecciones bucales sometiendo al niño a una situación de auténtica agresión. Como de costumbre la respuesta, «al cabo de tres días el niño se acostumbra», lo que no sabe el adulto es el precio que tiene que pagar por este sometimiento...

### **El equipo de salud mental en un hospital pediátrico. Atención integral**

Para poder entender y explicarnos la situación actual en nuestros hospitales pediátricos, así como la atención que se presta al niño se hace necesario analizar el nacimiento de la pediatría en los comienzos del siglo XX.

Es por esta época cuando la pediatría comienza a tener su identidad. Aparece un interés por los procesos físicos y químicos de los niños.

La idea, por tanto, que se tiene sobre el niño es, la de un ser fragmentado por órganos, que enferman en un determinado momento, negándose por tanto que el niño enferma en su totalidad.

Una vez que la pediatría fue capaz de controlar su mayor reto, es decir, las tasas de morbi-mortalidad infantil, simultáneamente aparecen nuevos conocimientos aportados por la psicología y la psiquiatría infantil al comprobar con las primeras observaciones e investigaciones como al separar al niño de su medio pueden aparecer trastornos psicológicos. De este modo se empieza a comprender también los procesos psicosomáticos y las enfermeras y los médicos muestran un interés efectivo por otras necesidades además de las físicas y terapéuticas.

¿Quiere esto decir que hoy en los hospitales se da una atención integral?

Sin pecar de pesimismo pienso que estamos lejos nuestra realidad concreta de que esto sea posible.

A menudo el personal sanitario estamos tan acostumbrados al hospital que perdemos la verdadera óptica y vivencia que puede tener el niño dentro de él. No en vano pasamos muchas horas de nuestra vida en este lugar, que llega a formar parte de nuestro mundo de relaciones pero para el niño sigue siendo un lugar extraño y medroso y que el sentimiento más prepotente es sin duda el miedo, miedo a lo desconocido, a tener que seguir una dieta rígida o permanecer quieto con lo que esto supone para el niño que es fundamentalmente acción.

Datos estos que han sido suficientemente expuestos en un marco conceptual y teórico por Ana Freud y Emma Plank en dos sociedades tan dispares como la británica y la americana.

De lo dicho se desprende la escasa sensibilidad y atención hacia los problemas psicológicos, al margen de la planificación general que no está definida

en el momento actual y para ser realistas creemos que es preciso un equipo de salud mental en un hospital pediátrico que sirva de sensibilización al resto de los equipos, que satisfaga la demanda de las situaciones críticas y que pueda contribuir a la formación e información de los problemas que presentan el niño durante la hospitalización.

## CONCLUSIONES

— Se vislumbra una nueva etapa en la concepción que debe y puede jugar el hospital pediátrico, los esfuerzos deben ir encaminados al bienestar físico, mental y social de los pacientes.

— Debe implicarse a la propia comunidad a la que asiste para que este cambio sea posible, sólo a través de su participación puede lograrse este nuevo concepto de hospital.

— El equipo de salud mental debe contribuir a través de programas de psicoprofilaxis de atención directa.

— Debe ser un agente de cambio en el sentido de sensibilizar al resto de los equipos, en cuanto a lo que supone el sufrimiento psíquico para el niño, haciendo que estos equipos sean conscientes de los aspectos psicosociales.

— Mejorar la colaboración entre las diferentes disciplinas del hospital para contribuir a la atención integral.

— Las discusiones en grupos Balint pueden mejorar la eficacia en el trabajo y dar a éste un nuevo sentido de gratificación y participación.

— Por último la misión del hospital necesita ser redefinida en un amplio debate donde se enmarque su concepto en base a una población determinada, es decir, que sea un sistema integrado de salud.

### BIBLIOGRAFIA

- ROSETTE, A., POLETTI y D. DOBBS: *Vivir el Hospital*. Ed. Rol, S.A.
- DR. J. L. PEDREIRA y E. MENDOZA: «Desarrollo y cuidados psicológicos del niño en cuidados intensivos». *Rev. de la Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría*, 1, 84, 1981.
- WINNICOTT, D. W.: *Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posición no-yo*. En escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ed. Laia. Barcelona, 1979, 313.
- SPITZ: *El primer año de la vida del niño*. Ed. Aguilar. Madrid, 1978, 83.
- HENAR SASTRE: «La hospitalización psicotraumática». Publicado en *Nuestra Revista* Colegio A.T.S. y D.E.



# PSICOPATOLOGIA EN HIJOS DE EMIGRANTES: CLINICA Y ALTERACIONES EN LA PERCEPCION FAMILIAR

A. Rodríguez, M. D. Domínguez, P. Bugallo y P. de Castro

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Santiago. Director: Prof. A. Rodríguez.

Ponencia a la XXV Reunión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría infanto-juvenil, Santiago, junio 1983.

Fecha envío: 19-12-1984

Dirección del primer firmante:

Antonio Rodríguez López. Servicio de Psiquiatría Hospital General de Galicia. C/ Galeras, s/n. Santiago de Compostela.

De auténticamente profusa puede considerarse la bibliografía acerca de la psicopatología infanto juvenil relacionada con la carencia parental. Desde los trabajos pioneros de SPITZ (1) hasta los de TURBULL (2) o KAPLAN (3), pasando por las revisiones de BOWLBY (4) y AINSWORTH (5), se observa la creciente complejidad que media la relación entre la carencia parental y la presencia de trastornos psíquicos en los niños, que pasa de una interpretación causalista a una concepción factorial en la que la carencia parental interacciona con otros factores, tales como el medio socio-cultural, la estructura familiar, la presencia de modelos sustitutivos, la época y duración de la carencia, etc.

Con respecto a la carencia o ausencia temporal paterna, la más frecuente

en el caso de los hijos de emigrantes, las conclusiones que se pueden obtener de la bibliografía son muy variables y poco constantes, aunque podrían sintetizarse en tres grandes líneas:

1. Los que opinan que la ausencia paterna no repercute de una manera significativa en la psicopatología de los hijos THOMES (6), BARCLAY y CUSAMARO (7).
2. Los que opinan que la ausencia paterna repercute de manera significativa en la psicopatología de los hijos SANTROCK (8), LYNN (9), KAPLAN (10)...
3. Los que mantienen una postura intermedia y opinan que la carencia paterna no puede considerarse aislada de otros factores, especial-

mente de la presencia y características psicológicas de la madre, BILLER (11), BOWLBY (12), MASO-TTA (13), LOPEZ LAMORA (14)...

Es bien conocido que el fenómeno emigratorio es uno de los graves problemas que afectan a Galicia, por eso el tema nos ha preocupado, desde la vertiente sanitaria, tanto al Departamento de Pediatría como al de Psiquiatría de la Universidad de Santiago.

El Instituto de Estudios y Desarrollo de Galicia de la Universidad de Santiago, que dirige el Prof. Tojo Sierra, en un amplio trabajo de campo sobre ocho mil personas, TOJO SIERRA (15), entre las que figuraba un numeroso grupo de hijos de emigrantes llegaba a la conclusión de que «los hijos de emigrantes presentan alteraciones, estadísticamente significativas con respecto a los grupos de control, no sólo en ciertos rasgos de personalidad, tales como una mayor tendencia a la inhibición y a la depresión-ansiedad y un más bajo nivel intelectual, sino también en ciertos rasgos físicos».

Sin embargo, esta significatividad, amplía con respecto al medio urbano y costero, desaparecía o se minimizaba cuando se comparaba con controles del medio rural, medio del que proceden, por otra parte, la mayoría de los emigrantes gallegos.

Dentro de esta misma línea, pero ya con muestras de niños que acudieron a consulta de Pediatría en el Hospital General de Galicia, el Prof. Tojo Sierra y cols., estudiaron el problema de la psicopatología de los hijos de emigrantes en edad pre-escolar CASAL LOSADA (16) y en edad escolar GETINO GARCIA (17), encontrando que los síntomas más frecuentes eran, en el primer caso, alteraciones de la psicomotricidad, anorexia, trastornos del sueño, vómitos y dolores abdominales y, en el segundo, fra-

caso escolar (51,9%), enuresis (16,7%), depresión (14,7%) y trastornos del sueño (13,7%).

En estos interesantes trabajos descriptivos se echa en falta, sin embargo, la comparación de esta sintomatología con la de un grupo control de similares características respecto a edad, sexo y nivel socio-económico consultado en el mismo Servicio y sin emigración parental, para poder comprobar si el factor emigración establece diferencias significativas en la sintomatología como hacía sospechar la investigación de campo.

A este mismo problema venimos dedicándonos con asiduidad en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Santiago RODRIGUEZ LOPEZ y col. (18, 19, 20). En uno de estos trabajos llegábamos a la conclusión, comparando un grupo de 98 niños de ambos sexos, hijos de emigrantes, con un grupo control de 142 niños, sin emigración parental, de que si bien no había una patología específica de los hijos de emigrantes sí había diferencias significativas respecto a determinados síntomas, siendo los más frecuentes la ansiedad (52,1%), la inquietud (46,9%) y el miedo (38,3%), acompañados de cefalea (33,7%), irritabilidad (31,6%), agresividad (31,6%), insomnio (26,5%) y trastornos de conducta (24,5%).

En el presente trabajo continuamos esta misma línea de investigación, utilizando una muestra más amplia de hijos de emigrantes, ya que las valoraciones estadísticas con muestras poco numerosas están sujetas a importantes errores.

Al mismo tiempo, utilizando una de las pruebas que se pasan de manera casi rutinaria en nuestro Servicio, el test de la Familia, analizamos las posibles alteraciones que la carencia parental introduce en la percepción por el niño del sistema familiar que reflejaría a su vez, es-

quemias estructurales de su propia personalidad.

## MATERIAL Y METODO

El material fue recogido en la Unidad de Psiquiatría Infantil del Servicio de Pediatría del Hospital General de Galicia, desde 1977 a finales de 1983.

Se revisaron las historias clínicas de todos los niños, hijos de emigrantes, vistos en dicho período de tiempo. El número total es 199, cuyas características aparecen en la Tabla I.

Las historias no fueron preparadas para este trabajo concreto y los síntomas descritos fueron los expresados espontáneamente por el paciente o sus familiares o buscados por el médico o psicólogo siguiendo un modelo de historia semiestructurada. Esto significa que la no constancia de un síntoma no supone necesariamente que no existiese, ya que puede ocurrir que no fuese investigado; este aspecto negativo viene compensado por la seguridad de que si aparece un síntoma es que existía realmente y no fue inducido por la sugerencia del médico.

Elaborada una lista previa de síntomas, se recogieron los correspondientes a cada historia de ambos grupos.

Los resultados aparecen tabulados, con los porcentajes correspondientes, en la Tabla II.

Para la comparación de los datos con los del grupo control y de los subgrupos entre sí, se utilizó el estadístico  $X^2$  (chi cuadrado). Los resultados aparecen en las Tablas III a VIII.

Se evaluó asimismo el test de la Familia en todos los sujetos a los que se había realizado que fueron 120 (78 varones y 42 mujeres), utilizando como grupo de control para esta prueba el estudiado por FONT (21).

Siguiendo la sistemática de este autor se analizaron los siguientes planos:

p. gráfico: tamaño, ubicación, sombreado y borraduras.

p. de las estructuras formales: estratos y distancias.

p. del contenido: valorización, desvalorización, supresión y adición.

Se utilizó el estadístico  $X^2$  (chi cuadrado) para valorar la significatividad de las diferencias entre los grupos problema y control y de los subgrupos problema entre sí.

Los resultados aparecen tabulados en las Tablas IX a XII.

## ANALISIS DE LOS RESULTADOS

### A) De la sintomatología

En la Tabla II podemos observar que los trastornos más frecuentes son el fracaso escolar (40,7%) con una frecuencia aproximada a la encontrada por CASAS LOSADA en otro Servicio del mismo Hospital (51,9%), la hiperactividad (28,6%), los trastornos del sueño (26,1%), los síntomas neuróticos inespecíficos (24,1%), la enuresis (18,6%), los trastornos de conducta (18,1%) y la cefalea (18,1%).

Pero en estos porcentajes (Tabla III) no se aprecian diferencias significativas entre la muestra de emigrantes y el grupo control, salvo en trastornos del lenguaje, ansiedad y depresión con la particularidad de que aparecen con mayor frecuencia en el grupo control. Interpretamos esta discordancia con nuestros propios estudios anteriores en base a dos hechos: 1) la ampliación del grupo de emigrantes con las historias más recientes, mientras que el grupo control sigue siendo el mismo, y 2) el cambio de énfasis, en nuestra Unidad, en los clínicos hacia los situacional, que quizá influya también en las diferencias que se aprecian con los resultados obtenidos en

la Sección de Paidopsiquiatría del Departamento de Pediatría.

No se aprecian tampoco diferencias significativas entre los subgrupos respecto al sexo (Tablas IV y V) salvo en agresividad, hiperactividad y trastornos del lenguaje más frecuentes en los hombres y síntomas neuróticos, más frecuentes en las mujeres.

Incluso en el caso en que la emigración afecta a ambos padres (Tabla VII) las diferencias significativas salvo los tics, son más frecuentes en el grupo control.

La comparación entre los subgrupos con emigración del padre y de ambos padres (Tabla VIII) muestra como diferencia más significativa la mayor agresividad de los que están en la 1.ª circunstancia y las dificultades de relación familiar en la 2.ª.

Estos datos, aparentemente contradictorios nos ponen de manifiesto, una vez más, la extraordinaria complejidad del comportamiento humano y nos obligan a ser cautos a la hora de establecer relaciones causales entre un factor por importante que éste sea, y un comportamiento determinado; la interrelación y la actuación de mecanismos de compensación pueden alterar el efecto previsto.

## B) Del test de la familia

Los datos obtenidos del test de la familia revelan, al contrario de lo que ocurriría con la sintomatología, diferencias significativas con el grupo control en prácticamente todos los planos (Tabla IX).

Con respecto al tamaño, la distribución es anómala en comparación con el grupo control, predominando el tamaño grande (24,6%) o pequeño (39,7%).

Se puede interpretar este dato en el sentido de que en el grupo de hijos de

emigrantes se encontrarían con más frecuentes que en el resto de la población personalidades orgullosas, vanidosas, necesitadas de demostrar su valía y con reacciones agresivas a la presión ambiental o, por el contrario, personalidades con sentimientos de inferioridad autocontroladas y retraídas; en cualquier caso, desviadas de la norma.

Esta misma dicotomía anómala se observa con respecto al emplazamiento: sector superior (33,1%), sector inferior (28,8%), que podría interpretarse, lo mismo que en el caso anterior, como un predominio por una parte, del mundo de las ideas, la fantasía y lo espiritual y, por la otra, de lo concreto, lo firme y sólido.

En sombreados y borraduras, que indican la existencia de conflictos emocionales, aunque hay diferencias significativas en ambos, éstas son de signo contrario, dando la suma de ambas una mayor frecuencia en el grupo control, 62,4% frente a 47,5% en el grupo de emigrantes.

En el plano de los estratos formales, que indica el grado de incomunicación entre los miembros de la familia, hay una diferencia altamente significativa, con predominio del grupo de emigrantes (92,4%) frente al grupo control (26,7%).

En el plano del contenido podemos observar que la figura de los padres, especialmente la del padre, está claramente desvalorizada en los hijos de emigrantes con respecto al grupo control, apareciendo también con más frecuencia en aquéllos la adicción de figuras, especialmente tíos o primos y con mucha frecuencia la supresión de hermanos (42,4%).

Los resultados no varían sustancialmente cuando la comparación se realiza por sexos (Tablas X y XI).

Tampoco encontramos diferencias significativas cuando la emigración afecta al padre o cuando afecta a ambos padres (Tabla XII), salvo el tamaño.



## CONCLUSIONES

- 1) No se encuentran diferencias significativas de tipo sintomatológico entre el grupo de hijos de emigrantes y el grupo control y cuando existen afectan más al grupo control.
- 2) Ni el sexo ni el tipo de emigración (uno sólo o los dos padres) cambian sustancialmente los resultados.
- 3) Parecen existir, en cambio, notables diferencias en la estructura de personalidad de ambos grupos, con variaciones adaptadas a la curva normal en el grupo control y totalmente desadaptadas en el grupo de hijos de emigrantes.
- 4) La conflictiva interna parece similar en ambos grupos.
- 5) En el grupo de hijos de emigrantes se observa una mayor desvalorización de las figuras parentales, especialmente del padre, con un intento de sustitución por otras figuras familiares.
- 6) De todo ello pare deducirse que las anomalías de la personalidad o de las alteraciones de la estructura familiar no necesariamente producen sintomatología psíquica.
- 7) No se puede hablar de mecanismos causales en sentido estricto; todo factor patógeno, por importante que sea, puede ser compensado por otros factores.
- 8) Un dato importante, que debe ser considerado con una muestra más amplia, es la época de duración de la carencia en relación con el sexo del niño y del progenitor que emigre.
- 9) No se puede olvidar la propia expectativa del investigador acerca de lo que espera encontrar.

## RESUMEN

Los autores estudian la influencia del factor emigración parental en las manifestaciones clínicas y en la percepción del grupo familiar en una muestra de 199 niños de ambos sexos, hijos de emigrantes, consultados en la Unidad de Psiquiatría Infantil del Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Gelicia, comparándose con un grupo control de 142 niños de similares características, con emigración parental, consultados en la misma Unidad.

No se encuentran diferencias significativas en la sintomatología entre los dos grupos, globalmente o diferenciados por sexos o emigración de uno o de los dos padres.

Parece existir, en cambio, notables diferencias en la estructura de personalidad de ambos grupos, con variaciones adaptadas a la curva normal en el grupo control y totalmente desadaptadas en el de hijos de emigrantes.

En este último grupo se observa una mayor desvalorización de las figuras parentales, especialmente del padre que se intenta sustituir por otras figuras familiares.

Los autores concluyen que la carencia parental parece representar un factor patógeno de cara a la estructuración de la personalidad del niño, pero estas anomalías no se reflejan necesariamente de forma directa en la clínica.

### PALABRAS CLAVE:

PSICOPATOLOGIA.  
PERCEPCION.  
FAMILIA.  
HIJOS.  
EMIGRANTES.

**Tabla I. CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA**

Total = 199  
Hombres = 124  
Mujeres = 75

<b>Emigración</b>	<b>Muestra total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Padre	131	76	55
Madre	5	4	2
Ambos padres	63	44	19

Tabla II

Síntomas	Total (N = 199)		Hombres (N = 124)		Mujeres (N = 75)	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Irritabil.	23	11,6	16	12,9	7	9,3
Agresiv.	32	16,1	27	21,8	5	6,6
Hiperactiv.	57	28,6	42	33,9	15	20
Trast. oralid.	28	14,1	21	16,9	7	9,3
Tics	18	9,0	15	12,1	3	4
Enuresis	37	18,6	24	19,3	13	17,3
Encopresis	9	4,5	7	5,6	2	2,6
Somatizac.	25	12,6	15	12,1	10	13,3
Fracaso esc.	81	40,7	51	41,1	30	40
Defic. atenc., concent. y mem.	24	12,1	15	12,1	9	12
Trast. sueño	52	26,1	36	29,0	16	21,3
Sint. neurot.	48	24,1	21	16,9	27	36
Trast. cond.	37	18,6	28	22,6	9	12
Cefalea	36	18,1	25	20,1	11	14,6
Trist. llanto	19	9,5	10	8,1	9	12
Id. int. suicid.	7	3,5	4	3,2	3	4
Sent. inferior.	5	2,5	0	0,0	5	6,6
Miedos	21	10,6	14	11,3	7	9,3
Trast. lengua.	30	15,1	25	20,2	5	6,6
Dislexia	26	13,1	16	12,9	10	13,3
Inhib. pasivid.	10	5,0	5	4,0	5	6,6
Ansiedad	13	6,5	8	6,4	5	6,6
Trast. psicom.	7	3,5	6	4,8	1	1,3
Dif. relación	12	6,0	7	5,6	5	6,6
Dif. familiar	28	14,1	16	12,9	12	16
Prurito	1	0,5	1	0,8	0	0
Asma	1	0,5	1	0,8	0	0
Depresión	4	2,0	2	1,6	2	2,6

**Tabla III. EMIGRACION TOTAL-GRUPO CONTROL**

<b>Síntomas</b>	<b>Emigración (N = 199)</b>		<b>Control (N = 142)</b>		<b>Signific.</b>
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	
Irritabilidad	23	11,6	26	18,3	N.S.
Agresividad	32	16,1	27	19,0	N.S.
Hiperactividad	57	28,6	40	28,2	N.S.
Trast. oralidad	28	14,1	14	9,8	N.S.
Tics	18	9,0	8	5,6	N.S.
Enuresis	37	18,6	31	21,8	N.S.
Trast. sueño	52	26,1	34	23,9	N.S.
Sínt. neuróticos	48	24,1	26	18,3	N.S.
Trast. conducta	37	18,6	29	20,4	N.S.
Cefaleas	36	18,1	24	16,9	N.S.
Tristeza-llanto	19	9,5	13	9,2	N.S.
Miedos	21	10,6	23	16,2	N.S.
Trast. lenguaje	30	15,1	34	23,9	.05
Dislexia	26	13,1	19	13,4	N.S.
Ansiedad	13	6,5	26	18,3	.005
Dific. rela. famil.	28	14,1	16	11,3	N.S.
Depresión	4	2,0	17	12,0	.005

**Tabla IV. MUESTRA EMIGRACION. DIFERENCIAS SEGUN SEXO**

<b>Síntomas</b>	<b>Varones (N = 124)</b>		<b>Mujeres (N = 75)</b>		<b>Signific.</b>
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
Irritabilidad	16	12,9	7	9,33	N.S.
Agresividad	27	21,8	5	6,6	.005
Hiperactividad	42	33,9	15	20	.05
Trast. oralidad	21	16,9	7	9,33	N.S.
Tics	15	12,1	3	4	N.S.
Enuresis	24	19,3	13	17,33	N.S.
Trast. sueño	36	29,0	16	21,3	N.S.
Sint. neuróticos	21	16,9	27	36	.005
Trast. conducta	28	22,6	9	12	N.S.
Cefaleas	25	20,1	11	14,6	N.S.
Tristeza-llanto	10	8,1	9	12	N.S.
Miedos	14	11,3	7	9,33	N.S.
Trast. lenguaje	25	20,2	5	6,6	.01
Dislexia	16	12,9	10	13,3	N.S.
Ansiedad	8	6,4	5	6,6	N.S.
Dific. rela. famil.	16	12,9	12	16	N.S.
Depresión	2	1,6	2	2,6	N.S.

**Tabla V. EMIGRACION PADRE. COMPARACION ENTRE SEXOS**

<b>Síntomas</b>	<b>Varones (N = 76)</b>		<b>Mujeres (N = 55)</b>		<b>Signific.</b>
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
Irritabilidad	12	15,7	5	9	N.S.
Agresividad	18	23,6	3	5,4	.005
Hiperactividad	28	36,8	12	21,8	.005
Trast. oralidad	12	15,7	6	10,9	N.S.
Tics	6	7,8	1	1,8	N.S.
Enuresis	15	19,7	10	18,8	N.S.
Trast. sueño	19	25	11	20	N.S.
Sint. neuróticos	10	13,1	21	38,1	N.S.
Trast. conducta	12	15,7	7	12,7	N.S.
Cefaleas	16	21	9	16,3	N.S.
Tristeza-llanto	5	6,5	8	14,5	N.S.
Miedos	11	14,4	6	10,9	N.S.
Trast. lenguaje	15	19,7	4	7,2	.05
Dislexia	10	13,1	9	16,3	N.S.
Ansiedad	7	9,2	3	5,4	N.S.
Dific. rela. famil.	10	13,1	5	9	N.S.
Depresión	2	2,6	1	1,8	N.S.

**Tabla VI. EMIGRACION PADRE-GRUPO CONTROL**

<b>Síntomas</b>	<b>Emigración (N = 131)</b>		<b>Control (N = 142)</b>		<b>Signific.</b>
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
Irritabilidad	17	12,9	26	18,3	N.S.
Agresividad	21	16,0	27	19,0	N.S.
Hiperactividad	40	30,5	40	28,2	N.S.
Trast. oralidad	18	13,7	14	9,8	N.S.
Tics	7	5,3	8	5,6	N.S.
Enuresis	25	19,1	31	21,8	N.S.
Trast. sueño	30	22,9	34	23,9	N.S.
Sint. neuróticos	31	23,7	26	18,3	N.S.
Trast. conducta	29	22,1	29	20,4	N.S.
Cefaleas	25	19,1	24	16,9	N.S.
Tristeza-llanto	13	9,9	13	09,2	N.S.
Miedos	17	12,9	23	16,2	N.S.
Trast. lenguaje	19	14,5	34	23,9	.05
Dislexia	19	14,5	19	13,4	N.S.
Ansiedad	10	7,6	26	18,3	.05
Dific. rela. famil.	5	3,8	16	11,3	.05
Depresión	3	2,2	17	12,0	.005

**Tabla VII. EMIGRACION AMBOS PADRES-GRUPO CONTROL**

<b>Síntomas</b>	<b>Emigración (N = 63)</b>		<b>Control (N = 142)</b>		<b>Signific.</b>
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
Irritabilidad	6	9,5	26	18,3	N.S.
Agresividad	10	15,9	27	19,0	N.S.
Hiperactividad	14	22,2	40	28,2	N.S.
Trast. oralidad	08	12,7	14	9,8	N.S.
Tics	10	15,9	8	5,6	.05
Enuresis	11	17,5	31	21,8	N.S.
Trast. sueño	21	33,3	34	23,9	N.S.
Sint. neuróticos	16	25,4	26	18,3	N.S.
Trast. conducta	18	28,6	29	20,4	N.S.
Cefaleas	9	14,3	24	16,4	N.S.
Tristeza-llanto	6	9,5	13	9,2	.05
Miedos	3	4,8	23	16,2	.05
Trast. lenguaje	10	15,9	34	23,9	N.S.
Dislexia	6	9,5	19	13,4	N.S.
Ansiedad	3	4,8	26	18,3	.05
Dific. rela. famil.	13	20,6	16	11,3	N.S.
Depresión	1	1,6	17	12,0	.05



Tabla VIII

Síntomas	Emigración padre (N = 131)		Emigración ambos (N = 63)		Signific.
	Nº	%	Nº	%	
Irritabilidad	17	12,9	6	9,5	N.S.
Agresividad	21	16,0	10	15,9	.005
Hiperactividad	40	30,5	14	22,2	N.S.
Trast. oralidad	18	13,7	8	12,7	N.S.
Tics	7	5,3	10	15,9	.05
Enuresis	25	19,1	11	17,5	N.S.
Trast. sueño	30	22,9	21	33,3	N.S.
Sint. neuróticos	32	23,7	16	25,4	N.S.
Trast. conducta	29	22,1	18	28,6	N.S.
Cefaleas	25	19,1	9	14,3	N.S.
Tristeza-llanto	13	9,9	6	9,5	N.S.
Miedos	17	12,9	3	4,8	N.S.
Trast. lenguaje	19	14,5	10	15,9	N.S.
Dislexia	19	14,5	6	9,5	N.S.
Ansiedad	10	7,6	3	4,8	N.S.
Dific. rela. famil.	5	3,8	13	20,6	.005
Depresión	3	2,29	1	1,6	N.S.

Tabla IX. TEST FAMILIA

Rasgos	Grupo control (N = 861)		Grupo emigración (N = 118)		Signific.
	Nº	%	Nº	%	
Tamaño grande	147	17,07	29	24,6	.05
Tamaño pequeño	114	13,24	47	39,8	.05
Tamaño normal	596	69,22	42	35,6	.005
Sector superior	131	15,21	39	33,1	.005
Sector inferior	168	19,51	34	28,8	.05
Sector central	248	28,8	45	38,1	.05
Sombreados	249	28,9	48	40,7	.01
Borraduras	289	33,5	8	6,8	.005
Planos	300	34,84	72	61,0	.005
Distancias	230	26,7	109	92,4	.005
Autoexclus.	26	3,01	15	12,7	.005
Supr. padre-mad.	21	2,43	12	10,16	.005
Supre. herman.	43	5,47	50	42,4	.005
Adic. primos-tíos	14	1,62	13	11,0	.005
Adic. abuelos	82	9,52	4	3,4	.05
Valor padre	43	4,99	55	46,6	.005
Valor madre	12	1,39	24	20,3	.005
Desv. padre-mad.	42	4,8	47	39,8	.005
Desv. de ellos	25	2,90	32	27,1	.005

Tabla X. TEST FAMILIA

Rasgos	Grupo control (N = 861)		Varones (N = 78)		Signific.
	Nº	%	Nº	%	
Tamaño grande	147	17,07	16	20,5	N.S.
Tamaño pequeño	114	13,24	35	44,8	.005
Tamaño normal	596	69,22	27	34,6	.005
Sector superior	131	15,21	20	25,6	.05
Sector inferior	168	19,51	26	33,3	.005
Sector central	248	28,8	32	41,0	.05
Sombreados	249	28,9	34	43,5	.01
Borraduras	289	33,5	5	6,4	.005
Planos	300	34,84	47	60,2	.005
Distancias	230	26,7	71	91,0	.005
Autoexclus.	26	3,01	10	12,8	.005
Supr. padre-mad.	21	2,43	6	7,6	.01
Supre. herman.	43	5,47	29	37,17	.005
Adic. primos-tíos	14	1,62	9	11,5	.005
Adic. abuelos	82	9,52	3	3,8	N.S.
Valor padre	43	4,99	50	64,10	.005
Valor madre	12	1,39	6	7,6	.005
Desv. padre-mad.	42	4,87	31	39,7	.005
Desv. de ellos	25	2,90	22	28,2	.005

62,4

49,9

**Tabla XI. TEST FAMILIA**

<b>Rasgos</b>	<b>Grupo control (N = 861)</b>		<b>Mujeres (N = 40)</b>		<b>Signific.</b>
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
Tamaño grande	147	17,07	13	32,5	.05
Tamaño pequeño	114	13,24	12	30,0	.005
Tamaño normal	596	69,22	15	37,5	.005
Sector superior	131	15,21	19	47,5	.005
Sector inferior	168	19,51	8	20	N.S.
Sector central	248	28,8	13	32,5	N.S.
Sombreados	249	28,9	14	35	N.S.
Borraduras	289	33,5	3	7,5	.005
Planos	300	34,84	25	62,5	.005
Distancias	230	26,7	38	95	.005
Autoexclus.	26	3,01	5	12,5	.005
Supr. madre-mad.	21	2,43	6	15	.005
Supre. herman.	43	5,47	21	52,5	.005
Adic. primos-tíos	14	1,62	4	10	.005
Adic. abuelos	82	9,52	1	2,5	N.S.
Valor padre	43	4,99	5	12,5	.05
Valor madre	12	1,39	18	45	.005
Desv. padre-mad.	42	4,87	16	40	.005
Desv. de ellos	25	2,90	10	25	.005

Tabla XII. TEST FAMILIA

Rasgos	Emigración padre (N = 76)		Emigración ambos (N = 39)		Signific.
	Nº	%	Nº	%	
Tamaño grande	20	26,3	6	15,4	.005
Tamaño pequeño	30	39,5	17	43,6	N.S.
Tamaño normal	26	34,2	16	41,0	N.S.
Sector superior	25	32,9	13	33,3	N.S.
Sector inferior	23	30,3	11	28,2	N.S.
Sector central	28	36,8	15	38,5	N.S.
Sombreados	30	39,5	16	41,5	N.S.
Borraduras	3	3,9	5	12,8	N.S.
Planos	44	57,9	25	64,1	N.S.
Distancias	71	93,4	35	89,7	N.S.
Autoexclus.	9	11,8	6	15,4	N.S.
Supr. padre-mad.	9	11,8	3	7,7	—
Supre. herman.	44	57,9	15	38,5	.05
Adic. primos-tíos	7	9,2	6	15,4	—
Adic. abuelos	4	5,3	0	0,0	N.S.
Valor padre	33	43,4	20	51,3	N.S.
Valor madre	16	21,1	8	20,4	.05
Desv. padre-mad.	33	43,4	13	33,3	—
Desv. de ellos	20	26,3	11	28,2	N.S.

## BIBLIOGRAFIA

1. SPITZ, R.: «Anaclitic depression». *Psychoan. Study of the Child*, 2 (6313-342), 1946.
2. TURBULL, J. M.: «Masculinity of father absent boys», *Excerpta Médica*, 1980.
3. KAPLAN, H.; FREEDMAN, A. y SADOK: *Comprehensive textbook of psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1981.
4. BOWLBY, J.: *Maternal care and mental health*. Publicada en español en 1964 en la Serie de Monografías de la OMS, n° 2, 1951.
5. AINSWORTH, M. D. y otros: *Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias*. OMS, Cuadernos de Salud Pública, n° 14, Ginebra.
6. THOMES, M. M.: «Children with absent fathers», *J. Marriage Family*, 30/1 (89-96), 1968.
7. BARCLAY, A. y CUSAMARO, D. R.: «Father absence, crosssex identity and field dependent behavior in male adolescents», *Child Develop.* 38/1 (243-250), 1967.
8. SANTROCK, J. W.: «Paternal absence, sex typing and identification», *Develop. Psychol.* 2/2 (285-299), 1970.
9. LYNN, D. B.: *The father: his role in child development*. Brooks-Cole. Belmont, California, 1974.
10. KAPLAN, H.: *Op. Cit.*, 3.
11. BILLER, H. B.: «Father absence and the personality development of the male child», *Develop. Psychol.* 2/2 (181-201), 1970.
12. BOWLBY, J.: *El vínculo afectivo*. Paidós. Buenos Aires, 1973.
13. MASOTTA, O.: *Ensayos lacanianos*. Anagrama. Barcelona, 1976.
14. LOPEZ-LAMORA, E.: «Alteraciones nos mecanismos de identificación en fillos de emigrantes». Tesina de Licenciatura (dirigida por el Prof. A. Rodríguez). Univ. de Santiago, 1982.
15. TOJO SIERRA, R. y col.: «Estudio del crecimiento y desarrollo transversal y longitudinal en niños, adolescentes y jóvenes de Galicia. Valoración de los parámetros antropométricos, bioquímicos, hormonales, radiológicos, psicométricos y socioeconómicos en una muestra de ocho mil personas». Santiago, 1977 (Inédito).
16. CASAS LOSADA, M. L.: «Psicopatología de los hijos de emigrantes en edad pre-escolar». Tesina de Licenciatura (dirigida por el Prof. Tojo Sierra). Universidad de Santiago, 1980.
17. GETINO GARCIA, M. P.: «Psicopatología de los hijos de emigrantes en edad escolar». Tesina de Licenciatura (dirigida por el Prof. Tojo Sierra). Universidad de Santiago, 1980.
18. RODRIGUEZ LOPEZ, A.: «Emigración y psicopatología familiar». *Gran Enciclopedia Gallega*, 10 (32-36), 1978.

19. RODRIGUEZ LOPEZ, A. y ALONSO, M. D.: «Patología psíquica en niños, hijos de emigrantes». *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de Esp.* XIV, 1 a 4 (219-224), 1979a.
20. RODRIGUEZ LOPEZ, A.; LOPEZ LAMORA, E y DOMINGUEZ, M. D.: «Mecanismos de identificación en hijos de emigrantes valorados con la técnica del Repertory grid Modificado», Comunicación al 6° Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras. Madrid, 1979b.
21. FONT, J. H. L.: *Test de la familia. Cuantificación y análisis de variables socioculturales y de estructura familiar.* Oikos-Tau. Buenos Aires, 1967.





# LOS TRASTORNOS FACTICIOS EN LA INFANCIA: SINDROME DE POLLE O SINDROME DE MÜNCHHAUSEN POR PODERES

V. Condel, J. J. de la Gándara M. y J. A. De Santiago-Juárez L.

Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. Director: Prof. Dr. D. V. Conde López, Sección de Psiquiatría del Hospital «General Yagüe» de Burgos.

## Palabras clave

Trastornos facticios  
Síndrome de Polle  
Síndrome de Münchhausen  
Síndrome de Münchhausen por poderes o por delegación  
Abuso infantil

## Key words

Facticial disorders  
Polle syndrome  
Münchhausen syndrome  
Münchhausen syndrome by proxy

Child abuse

REVISTA ESPAÑOLA DE PAIDOPSIQUIATRIA

Fecha del envío: 25-III-85

## 1. INTRODUCCION

Es relativamente infrecuente que la literatura paidopsiquiátrica, tanto previa como actual, recoja alusiones a un grave problema de la infancia, inserto en las claves sociológicas predominantes en nuestra época, y, habitualmente, lo hace sin el detenimiento y profundidad que fuesen precisos. Se trata de los abusos o malos tratos de toda índole, a los que con elevada frecuencia se ven sometidos los niños, cualquiera que sea su origen, grupo étnico, condición social, moral o creencial.

Si nos atenemos a las informaciones de algunos autores expertos en el problema, esta circunstancia resultaría verdaderamente alarmante, de conocerse su auténtica magnitud (4, 24). Hemos de recordar de nuevo el fracaso estrepitoso de las políticas sanitarias epidemiológicas a la hora de recoger datos fiables referentes a éste y otros tipos de circunstancias similares. Pues bien, con ser éste un problema altamente preocupante para el paidopsiquiatra y el psiquiatra de adultos, en tanto en cuanto que los factores psíquicos que movilizan o que pueden, con frecuencia, ser con-

siderados causas de esta patología relacional y social, atentan gravemente contra la salud mental de los niños o son manifestación del desajuste psíquico de los padres; sin embargo, no es éste el eje de esta comunicación, sino un tipo especial y característico de agresión, injuria o abuso de los niños habitualmente producido por sus padres. Esta concepción, según la cual los trastornos de que vamos a tratar, son un tipo particular de malos tratos, es una constante en la generalidad de los trabajos consultados y referidos en la bibliografía, aún cuando es preciso todavía realizar un análisis más detallado del problema para aceptar la autenticidad de esta apreciación. Nos estamos refiriendo a una circunstancia clínica que ha venido siendo denominada como «síndrome de Múchhausen por poderes» o «por designación», también «síndrome de Polle», o más concretamente «trastornos facticios presentes en los niños inducidos por sus padres». Se trata de una compleja circunstancia clínica con grandes dificultades de delimitación conceptual, de concreción nosográfica y nosológica, e incluso con problemas nosomáticos, como veremos más adelante (15, 17, 18, 21, 22, 34, 35).

En algunas ocasiones anteriores nos hemos ocupado del estudio histórico, delimitación conceptual, análisis psiquiátrico y psicopatológico, problemas diagnósticos y diagnósticos diferenciales, incidencia y casuística hospitalaria y bibliográfica, abordajes terapéuticos, e incluso connotaciones míticas y legendarias, del llamado «síndrome de Múchhausen», de Asuero, o «trastornos crónicos facticios con síntomas físicos», según la acepción más actual y normativa del D.S.M.III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Psiquiátrica Americana, Ed. Esp., Masson, 1983) (5 a 11). En algunos de aquellos trabajos ya hacíamos alu-

sión a la presentación de problemas similares en las edades infanto-juveniles, sugiriendo su delimitación específica, por concurrir en ellos circunstancias muy particulares, merecedoras de la atención de psiquiatras y paidopsiquiatras.

En los adultos, el mal llamado (8, 9) «síndrome de Múchhausen» (S.M.), estaría caracterizado por la presentación de síntomas físicos, producidos voluntariamente por el enfermo y que genera múltiples hospitalizaciones y atenciones médicas de todo tipo, asumiendo el sujeto el papel de enfermo, sin que sean reconocibles metas inmediatas fácilmente comprensibles en función de las circunstancias del sujeto. Para ilustrar esta definición, extraída del D.S.M.III, parece apropiado y rápido reproducir los criterios diagnósticos utilizados anteriormente (5, 11) (Tabla 1), aun cuando en ellos no sea posible recoger con justicia y precisión todas las connotaciones dramáticas, trágicas incluso, que encierran las biografías de los sujetos con S.M., biografías abigarradas en las que el anecdotario médico deja entrever las mayores miserias humanas, en estas vidas convertidas en auténticos caminos de autodestrucción. Su presencia parece más frecuente entre las mujeres (11), ocupando prácticamente todas las edades de la madurez y juventud, pero predominante entre la segunda y tercera décadas de la vida y en sujetos solteros, particularmente entre personas relacionadas profesional, familiar o afectivamente con la salud o sus profesionales, y los cuadros clínicos posibles afectan a todas las áreas, sistemas o aparatos de la economía, generando múltiples hospitalizaciones, innumerables estudios, exploraciones, e incluso todo tipo de tratamientos superfluos, innecesarios y arriesgados para la salud y vida del paciente (5, 11).

Un breve bosquejo histórico-concep-

TABLA 1

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LOS TRASTORNOS CRONICOS FACTICIOS CON SINTOMAS FISICOS O SINDROME DE MÜNCHHAUSEN EN FUNCION DE SUS CARACTERISTICAS CLINICAS, PATOGENICAS, DINAMICAS, ETC. (CONDE, de Santiago y de la GANDARA, 1982, modificado).

1. Aparición de trastornos físicos diversos y cambiantes, que implican un riesgo para la salud y vida del enfermo y conllevan una incapacitación progresiva para las actividades y las relaciones interpersonales y sociales, que aun respondiendo a una génesis inconsciente o preconsciente, implican mecanismos conscientes y voluntarios de provocación o alegación de los síntomas.
2. Desarrollo de una apetencia hospitalaria y/o quirúrgica patológica, como búsqueda de refugio, protección, aceptación, atención, y como mecanismo de compensación de sus conflictos psíquicos subyacentes.
3. Existencia de una alteración profunda de la estructura y dinámica de la personalidad, enmascarada por un equilibrio psíquico aparente, que dificulta la apreciación de los mecanismos psicopatológicos anómalos.

tual nos lleva a señalar que fue Asher en 1951 quien primero utilizó la denominación de S.M. para referirse a este tipo de pacientes, utilizando así una perspectiva histórico-legendaria, no exenta de belleza y humor, y que, aunque no demasiado acertada científicamente y psicopatológicamente, podría servir para compensar el dramatismo de tales situaciones clínicas (5 y 7). El conocido barón, continuamente recordado en publicaciones noveladas, películas, textos infantiles, etc. (5, 11), prestó así su no menos dramática vida a un elevado y continuamente creciente número de clínicos, que desde ese momento vertieron casos de S.M. observados en todas las latitudes, a cual más abigarrado y complejo, y que en un momento determinado (3), alcanzaron las edades infanto-juveniles. En efecto, según parece fue Burman (3), en un pequeño artículo, el primer autor que refirió un caso de S.M. que afectaba a una familia entera, siendo dos hijos los

que mostraban los síntomas facticios. Este autor sugirió la denominación de *SINDROME DE POLLE*, para estos casos, retomando la vida del barón, quien, al parecer, contrajo matrimonio en segundas nupcias, después de otro anterior sin hijos, con Bernardine, joven alegre e impetuosa de dieciocho años, que pasó la noche de boda bailando con algunos invitados. Un año después nació un niño, POLLE, cuya paternidad fue puesta en duda por el mismo barón. Cuando un año más tarde el pequeño murió, en forma un tanto oscura, no faltó quien imputase su muerte al barón. (Tómese esto con las mayores reservas históricas.) Burmann (3) aportó dos casos —uno de pseudo-diabetes y otro de intoxicación con neurolépticos—, y ambos inducidos por la madre. Casi a la vez Meadow (21), publicó otros dos casos, uno de infecciones urinarias repetidas y falsas, y otro de una hipernatremia provocada por la administración por sonda

nasogástrica de elevadas cantidades de sal, que finalmente acabaron con la vida del niño. Este autor sugirió la segunda denominación, tal vez la más empleada desde entonces, refiriéndoles como casos de S.M. por «poderes», (by proxy) (21), aludiendo a la elección de los padres de un hijo como personaje enfermo, presentador de los síntomas y signos facticios o artefactos, sean alegados o producidos mediante los más diversos métodos de agresión, lesión o falsificación (22).

Aun cuando estos autores significaron el inicio de una mayor preocupación clínica, pediátrica, paidopsiquiátrica y bibliográfica por el problema, hemos podido recoger algunos casos publicados con anterioridad que presentaban las características apropiadas para ser denominados como «síndromes de Polle» (S.P.) (12, 16, 26, 56, 29, 32, 33), y se conocen referencias similares, que no han podido ser examinadas con precisión, pero que nos inducen a pensar que esta circunstancia no es nueva en los ambientes médicos ni bibliográficos, aun cuando en la última década su presencia parezca incrementada. Fruto de esta preocupación y presumible incremento en la clínica práctica, son las revisiones de algunos autores, que han recogido conjuntos de casos publicados por otros autores, tratando de delimitar sus características y de aproximarse a su compleja y sorprendente realidad (22, 31, 35).

Para Shnaps y colabs. (31), quienes recogieron 16 casos, la presencia de síndromes complejos, confusos, abigarrados y de difícil diagnóstico en los niños, puede ser sospechosa de abusos inducidos por los padres, utilizando concretamente un método, el de la intoxicación con sustancias químicas o medicamentos, para producir así síntomas y enfermedades, que, en el fondo, son situaciones compensadoras de las propias pa-

tologías psíquicas, relacionales o psicosociales de los padres. Los casos presentados son intoxicaciones con fenotiazinas u otros agentes psicótropos, cloruro sódico, y otros fármacos, en ocasiones acompañadas de agresiones o injurias físicas.

El mismo Meadow (22) retomó sus casos y revisó otros, detectando 19 niños menores de 7 años, que presentaban cuadros hemorrágicos, trastornos neurológicos, fiebres de orígenes dudosos, infecciones urinarias, etc. En todos los casos las madres aducían historias clínicas fraudulentas o producían síntomas o signos artefactos, para lograr que sus hijos fuesen hospitalizados y explorados insistentemente, a pesar del riesgo que ello implicaba para los niños. Con frecuencia eran madres con algún entrenamiento sanitario, y algunas tenían historia previa de elaboración de signos o síntomas en ellas mismas. Dos de los niños llegaron a morir, mientras el resto sufrieron las consecuencias de exploraciones o tratamientos peligrosos durante meses y años incluso (22).

Ya en 1983 Waler, aprovechando la presentación de un caso propio, caracterizado por su complejidad clínica, basada fundamentalmente en la aparición de hemorragias y diátesis diversas, que sólo después de una cuidadosa vigilancia y examen de los grupos sanguíneos de madre e hijo pudo demostrarse que eran facticias, revisa la serie más numerosa, 23 casos suficientemente documentados, y se detiene en cuidadoso análisis de los mecanismos de producción de los síntomas, las características de las madres responsables o de las dinámicas familiares precipitantes, y, particularmente, en las graves dificultades de detección y tratamientos de los casos. Para este autor existen obstáculos, con frecuencia insalvables, que ocultan la presencia de otros casos similares e impiden su abordaje adecuado, obstácu-

los que se inician desde la actitud persuasiva y engañosa de los padres, o las relaciones simbióticas entre padres e hijos, y llegan hasta la incredulidad de parte de los profesionales médicos o responsables de la autoridad legal. El paidopsiquiatra tendría un importante papel que jugar en su detección y tratamiento, el cual debe extenderse desde los niños hasta la familia verdaderamente enferma, y continuarse con un seguimiento apropiado que evite el riesgo tan elevado que estas circunstancias conllevan, riesgo para la vida en no pocos casos (35).

Haciendo salvedad de lo anecdótico que pudiese haber en cada uno de los casos en particular, parece necesario señalar que entre las formas de producción de anomalías se incluyen como más frecuentes la intoxicación con drogas o sustancias químicas, llegando a constituirse así, según algunos autores (13, 20, 26, 29, 30, 31, 36), una modalidad especial de S.P., aun cuando este intento de delimitación nosotóxica únicamente se base en un dato accesorio, más que en la verdadera «etiología» plurifactorial de estos complejos conjuntos nosológicos. La falsificación de muestras o secreciones del paciente y la alegación de síntomas inexistentes, al lado de la producción de verdaderas lesiones, son otros de los mecanismos más utilizados, de entre la multitud de los posibles, únicamente limitados por los conocimientos médicos de los productores o por su imaginación.

Cuando los diferentes autores se detuvieron en analizar las motivaciones profundas o primarias de estos problemas, se observó que en la mayor parte de ellos no era simplemente una agresión contra el niño motivada por tal o cual conflicto social, familiar, etc., sino que en la generalidad de los casos, tales patologías relacionales, sociales, económicas, morales, etc., servían co-

mo molde para la cristalización de determinadas circunstancias, en las cuales la salud psíquica de la familia, o de las madres, estaba comprometida. De esta manera, al igual que en los casos de S.M. de adultos, los responsables producían síntomas en sus hijos para lograr que éstos fuesen estudiados, hospitalizados, etc. Estas actuaciones podrían servir para compensar los conflictos relacionales o personales previos de madres o familias, aun a pesar de que el niño fuese víctima inocente, enfermo involuntario e ignorante, que podía acabar muriendo. En algunos casos pudo observarse además que la madre tenía miedo a que su hijo estuviese enfermo, o temía perderle y por ello alegaba y llegaba a elaborar síntomas o signos para lograr que su hijo fuese atendido al máximo. En algunos casos límites, la connivencia entre madres e hijos podía llegar a ser ocultadora de la calidad facticia de las enfermedades, asentada aquella en unas relaciones simbióticas de dependencias patológicas (1 a 3; 12 a 18; 20 a 23 y 25 a 36).

Varios autores coinciden en afirmar que las madres son habitualmente las causantes de los S.P.; con cierta frecuencia son madres relacionadas con profesiones sanitarias o conectoras de sus técnicas. En no pocos casos ellas mismas podían ser calificadas como S.M., y el padecimiento de algunas enfermedades crónicas, como diabetes o trastornos psíquicos, por cualquiera de los padres favorecían la presencia de un S.P. (22, 29, 35). Los conflictos familiares durante la educación de los padres, o el haber estado estos sometidos a malos tratos, o sufrirlos ya en la adultez, generalmente por culpa de un marido agresivo y violento, solían observarse con alguna frecuencia, como circunstancias predisponentes o precipitantes de los S.P. (35).

Aun cuando las acciones de las ma-



dres para producir enfermedades llegaban, en algunos casos, a ser auténticamente agresivas y lesivas, la motivación primaria no solía ser una agresión, sino más bien el engaño y la falsificación, hasta tal punto lograda, que las madres solían ser modelos de bondad, atención, preocupación, solicitud y comprensión, llamando la atención de los médicos por su condescendencia y aceptación de las medidas exploratorias, ingresos repetidos, tratamientos y dudas médicas, por muy penosos o peligrosos que pudiesen resultar para su hijo. Sólo después, cuando eran descubiertas, generalmente gracias a una cuidadosa observación y separación del niño de su madre, su actitud cambiaba, negando o rechazando vehementemente su responsabilidad en la producción de los síntomas o signos. Los casos descubiertos eran puestos en manos de asistentes sociales, psiquiatras, servicios comunitarios de protección civil y autoridades judiciales, muchos de los cuales no salían de su asombro al enfrentarse a tales paradojas. La mayoría de los niños eran separados del medio familiar y acogidos en instituciones de protección o enviados con otros familiares, mientras que las madres o padres causantes pasaban a tratamiento psiquiátrico con bastante frecuencia. En algunos casos, padres indignados con el descubrimiento de la falsedad de los síntomas, emprendían iniciativas legales contra los médicos, y era muy frecuente que cambiasen de pediatras o centros en busca de nuevos ingresos y estudios de sus hijos.

En último extremo, los autores que han revisado el problema (22, 31, 35), han afirmado que la mortalidad en sus casos alcanzaba a unos porcentajes considerables, mientras que la morbilidad podría ser mucho más elevada que lo que las estadísticas revelan, dado la dificultad de desvelar muchos casos, siendo obligado sospecharlos ante situa-

ciones de repetidas hospitalizaciones, síndromes complejos y confusos de difícil diagnóstico, infecciones polimicrobianas o polisistémicas, trastornos neurológicos o hematológicos atípicos, o en cualesquiera casos en los que se den las características paternas o de relaciones paterno-filiales anómalas como las descritas previamente.

## 2. PLANTEAMIENTOS DEL ESTUDIO MATERIAL Y METODOS

El interés y la preocupación por el estudio de estos temas parte de la publicación en años anteriores de algunos trabajos sobre el S.M. (6-11), con motivo de la presentación de un caso adulto extraordinariamente abigarrado y dramático. Posteriormente hemos podido detectar dos casos más y estamos estudiando otro en el momento de elaborar este informe. Por extensión nos preocupaba hondamente la «versión» infantil del problema, y con motivo de una conferencia sobre el tema, revisamos la literatura psiquiátrica, psiquiátrica y pediátrica, sorprendiéndonos la ausencia de referencias a este complejo problema, y la escasez de casos publicados, los que nos motivó para realizar una búsqueda más extensa y tratar de realizar una revisión del problema. Aunque no podemos aportar todavía un caso propio de S.P., recientemente algunos pediatras interesados por nuestras indagaciones nos han enviado un par de casos sospechosos que estamos estudiando, siendo uno de ellos altamente sugestivo de cumplir las características necesarias para conceptualizarle como S.P.

Partiendo de estas características básicas, revisamos todos los casos que pudimos localizar en la bibliografía de «malos tratos», síndromes facticios en los niños, S.M. por poderes (by proxy), S.P.,

abusos «químicos» —valga la traducción—, Intoxicaciones intencionales o «no accidentales», etc., y seleccionamos todos los que cumplían algunos criterios mínimos para ser diagnosticados como S.P. o como S.M. en las edades infanto-juveniles. Se rechazaron todos los que no presentaban, al menos, las siguientes características:

1. Se trataba de niños con síntomas o signos inducidos por sus padres, o elaborados por ellos mismos.
2. La sintomatología debía ser facticia, artefacta o engañosa, y no responder a ninguna enfermedad real, aun cuando ésta pudiese existir como consecuencia de la producción de la enfermedad artefacta o falsa.
3. Se eliminaron todos los casos de agresiones, malos tratos o abusos, simplemente motivados por negligencia, violencia, agresiones indirectas, etc., por parte de los padres, que pudiesen tener como fin la eliminación del niño, la solución de conflictos económicos, o sencillamente, descargas de agresividad sin finalidad concreta aparente.
4. Las motivaciones primarias de los padres debían incluir el intentar que su hijo fuese hospitalizado o estudiado, o al menos producir una enfermedad facticia para obtener beneficios psicológicos, relacionales, afectivos, o compensación de conflictos conyugales o personales.
5. Todos los casos aceptados debían estar suficientemente documentados, como para permitir su inclusión sin dudas diagnósticas.

Siguiendo esta metodología seleccionamos la que creemos es la mayor serie de revisión publicada hasta el momento, intentando realizar un estudio descriptivo de sus características, para más tarde elaborar unos criterios diag-

nósticos, que pudiesen ayudar a la detección de casos similares en el futuro, y a la prevención de su aparición.

### 3. RESULTADOS

De este modo hemos logrado completar una serie de 41 casos recogidos de publicaciones realizadas entre 1974 y 1984 (Tabla 2). No se incluyeron los casos aportados por Meadow (22), 17 en total, ya que en el trabajo no se incluye documentación suficiente de cada caso para que pudiesen respetarse los anteriores requisitos. Tampoco los casos recogidos por Shnaps fueron aceptados en su totalidad, al no poder detectar todas las publicaciones originales donde eran descritos con mayor amplitud (31). Por el contrario, todas las referencias y casos utilizados por Waler (35) han sido incluidos en este estudio, por ajustarse a los requisitos preestablecidos. es de notar que muchos de nuestros casos son incluidos también en dos o más de las tres revisiones de conjunto citadas (22, 31, 35).

Las edades de los niños afectados, comprendidas entre el nacimiento y los quince años, pueden considerarse, en cierto modo todas las que ocupan a pediatras y paidopsiquiatras (Tabla 2). Es probable que casos e mayor edad no pudiesen ser conceptualizados, «sensu stricto» como S.P., ya que la involuntariedad y pasividad del pequeño podría ser dudosa, como veremos más adelante.

En cuanto al sexo de los niños, no existen diferencias importantes (Tabla 2), aun cuando predominen discretamente los varones, y no parezcan existir razones previas para que no fuese así.

Todos los niños presentaban enfermedades artefactas, cuyos síntomas eran alegados o producidos por sus madres en más del 78% de las ocasiones (Tabla 3); sólo en 3 casos madre y padre

TABLA 2

SINDROME DE POLLE, TRASTORNOS FACTICIOS EN LA INFANCIA		
REVISION DE 41 CASOS (Recogidos entre 1974 y 1984)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">EADAES</div>		
COMPRENDIDAS ENTRE: <b>1<sup>er</sup> MES</b> y <b>15 AÑOS</b> EDAD MEDIA = <b>4.4 años</b> (DT = 3,9)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SEXO</div>		
	Nº	%
HEMBRAS	17	46,3
VARONES	22	53,6

TABLA 3

PERSONA RESPONSABLE DE LA ALEGACION O PRODUCCION DE LOS SINTOMAS FACTICIOS O ARTEFACTOS			
	Nº	%	
MADRE	32	78,04	PADRES 35 85,3%
MADRE y PADRE AMBOS PADRES	3	7,31	
y el PACIENTE	2	4,87	
PACIENTE	4	9,75	

colaboraban en su provocación, y en 2 casos existía una colaboración entre ambos y el propio niño, que guardaba silencio a pesar de conocer el origen real de sus síntomas. En ningún caso que conozcamos, fue el padre solo el responsable, mientras que en este estudio he-

mos incluido 4 casos infantiles elaborados artefactamente por los propios niños, sin colaboración de sus padres; bien es verdad que las edades de estos niños oscilaban entre 11 y 15 años, límites superiores de los descritos, lo cual confirma la sospecha que adelantába-



TABLA 4

TIPOS DE DIAGNOSTICOS ESTABLECIDOS		
	Nº	%
• SINDROME DE POLLE, o Síndrome de Münchhausen «inducido», o por poderes:	37	90,25
• SINDROME DE MÜNCHHAUSEN en la infancia, o Trastornos Crónicos Facticios con Síntomas Físicos (T.C.F.S.F.):	4 (1A-15a)	9,75

TABLA 5

CUADROS CLINICOS DIAGNOSTICADOS: FACTICIOS O ARTEFACTOS		
APARATOS o SINDROMES	Nº	%
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS . . . . .	16	39,02
S. UROLOGICOS . . . . . (Infecciosos, cólicos, hematurias, etc.)	14	34,14
S. DIGESTIVOS . . . . . (Diarreas, vómitos, melenas, hematómesis, etc.)	16	39,02
S. RESPIRATORIOS . . . . . (Disnea, crup, asma, apneas, hemóptisis)	13	31,70
S. FEBRILES (O.D.) . . . . .	5	12,19
DIABETES/HIPOGLUCEMIA . . . . .	5	12,19
TRAUMATISMOS . . . . .	3	7,31
SOCK . . . . .	2	4,87
INFECCIONES . . . . . (Polimicrobianas, difusas, múltiples)	2	4,87
DESHIDRATAACION . . . . .	2	2,43
RASH CUTANEO . . . . .	1	2,43
<hr/>		
Nº Total de cuadros clínicos distintos en 41 pacientes:	79	
Media de cuadros clínicos diferentes por cada paciente:	1,9	

mos. En efecto, teniendo en cuenta este hecho podríamos dicotomizar la muestra en casos de S.P., tal y como lo describíamos con anterioridad, y 4 casos de S.M., superponibles a los descritos en los adultos (5-11), pero presentes en edades infanto-juveniles (Tabla 4).

Como ya observaron los autores citados (21, 35), la patología posible en estos cuadros podrían considerarse tan diversa como sorprendente. En la *Tabla 5* se ha procurado exponer una sistematización de los síndromes, complejos sintomáticos, o síntomas y signos, que presentaron los casos estudiados, agrupándoles por aparatos y sistemas. Con gran frecuencia se trataba de cuadros complejos plurisindrómicos, lo que hace que en total, y aún limitándolo lo más posible, fuesen casi dos tipos clínicos patológicos los presentes por cada niño afectado. Los cuadros neurológicos que, habitualmente, por la administración facticia de psicótrópos, mientras que la falsificación de muestras o excreciones de los niños fue utilizada para la producción de algunos cuadros digestivos, urológicos, respiratorios o infecciosos, y otros

de los presentes se debieron a lesiones directas de los niños o simple alegación de síntomas inexistentes (*Tabla 5*).

De esta manera, parecería interesante tratar de observar los métodos más utilizados para la generación de la patología facticia, fundamentalmente con vistas a su detección precoz o sospecha diagnóstica. Tal vez la menos elaborada era la alegación de síntomas inexistentes, que, junto con la exageración de otros provocados o reales, podría considerarse constante en todos los casos, si bien como modo princeps o único de conseguir la atención médica, se dio en 9 de los casos (*Tabla 6*). Las restantes modalidades de actuación sobre el pequeño podrían agruparse en intoxicaciones, sin duda la más frecuente, manipulación o falseamiento de muestras o productos del niño y producción directa de lesiones, traumatismos, infecciones, etc. En conjunto más de 50 métodos distintos fueron utilizados, siendo frecuente la coexistencia de dos o más en un mismo paciente (Tabla 6). Algunos llegaban a ser tan aparatosos como la inyección de nafta —un derivado del petróleo—,

**TABLA 6**

METODOS UTILIZADOS PARA LA PRODUCCION DE LAS ENFERMEDADES FACTICIAS		
	Nº	%
ALEGACION DE SINTOMAS INEXISTENTES . . . . .	9	21,95
MANIPULACION Y FALSEAMIENTO DE MUESTRAS Y PRODUCTOS DEL PACIENTE (Sangre, orina, etc.) ..	14	34,14
INTOXICACIONES (Fármacos, principalmente psicótrópos, sal, insulina, laxantes, etc.) . . . . .	20	48,78
PRODUCCION DE LESIONES O TRAUMATISMOS (Inyecciones infectadas, obstrucciones respiratorias, otros, etc.)	7	17,07

producción de lesiones sangrantes de las vías respiratorias altas, o administra cantidades tan elevadas de sal que el niño llegase a morir de hipernatremia.

A la postre, tan elaborados métodos y madres tan imaginativas conseguían que sus hijos fuesen hospitalizados, examinados y tratados insistentemente. Todos los niños fueron hospitalizados en una ocasión al menos, pero más del 53% lo fueron en ocasiones tan repetidas o prolongadas, que éstas interferían con el normal desarrollo del pequeño, especialmente en los planos afectivos e intelectuales. A todos se les realizaron estudios de laboratorio múltiples, alcanzando, en algunos casos, cifras absolutamente centenarias de todo tipo de determinaciones analíticas. Muchos de los niños fueron sometidos a estudios radiológicos simples, que en más del 40% fueron masivos y con técnicas especiales con contrastes o marcadores e incluso cruentas. En concreto fueron necesarias exploraciones bajo anestesia

general en 11 casos, y en otros tantos se realizaron diferentes estudios innecesarios y más o menos dolorosos o peligrosos para el niño. La mayoría de los niños, finalmente, fueron tratados de una u otra manera, pero en cerca del 25% de los niños, los tratamientos se consideran claramente iatrógenos (Tabla 7).

Uno de los hechos que más frecuentemente se repetían, era que la madre responsable fuese conceptuada como una persona con trastornos o anomalías psíquicas, aspecto éste insuficientemente destacado en las revisiones anteriores (22, 31, 35). De este modo procuramos observar hasta qué punto esta impresión era realmente una constante (6). Al agrupar los diferentes diagnósticos maternos o paternos realizados, desde el punto de vista psicopatológico, siguiendo unos criterios mínimamente normativos, nos sorprendió que hasta 66 diagnósticos diferentes fueron realizados en las 48 personas —madres, padres e hijos— responsables de la elabo-

**TABLA 7**

HOSPITALIZACIONES, EXAMENES Y TRATAMIENTOS PUESTOS EN PRACTICA EN FUNCION DE LOS SINTOMAS FACTICIOS, REALMENTE INNECESARIOS Y POTENCIALMENTE PELIGROSOS

	N.º	%
EXAMENES DE LABORATORIO MULTIPLES .....	41	100
HOSPITALIZACIONES MULTIPLES (Muy continuadas o perjudiciales para el normal desarrollo del niño) . . . .	22	53,65
ESTUDIOS RADIOLOGICOS MASIVOS .....	17	41,36
EXPLORACIONES CRUENTAS BAJO ANESTESIA . . . .	11	26,82
TRATAMIENTOS INNECESARIOS O IATROGENOS ..	10	24,39
OTRAS EXPLORACIONES INNECESARIAS, MOLESTAS, DOLOROSAS O PELIGROSAS .....	12	29,26

TABLA 8

TRASTORNOS O PROBLEMAS PSIQUICOS DIAGNOSTICADOS EN LOS PADRES O RESPONSABLES DE LOS SINTOMAS (N = 48)		
	Nº	%
DEPRESIONES (Madres) .....	8	16,6
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (Históricas, psicópatas, etcétera) .....	12	25,26
SINDROMES DE MÜNCHHAUSEN (Madres) .....	14	29,16
PROBLEMAS EN EL DESARROLLO INFANTIL DE LOS PADRES (Madres y niños) .....	9	18,75
DESAVENENCIAS CONYUGALES .....	15	31,25
TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS .....	3	6,25
INTENTOS DE SUICIDIO (Madres) .....	2	4,16
ALCOHOLISMO (Padre) .....	1	2,08
TRASTORNOS DE ANSIEDAD .....	1	2,08
DESPERSONALIZACION .....	1	2,08
Nº TOTAL DE DIAGNOSTICOS REALIZADOS EN LAS 48 RESPONSABLES DE LOS SINTOMAS .....	66	

ración de los síntomas facticios. En la *Tabla 8*, se realiza un resumen ordenado de las diferentes categorías y estados psíquicos anómalos detectados, siendo de destacar especialmente los diagnósticos de S.M. en madres, desavenencias y conflictos conyugales generadores de ansiedad, agresividad, violencia, etc., y los trastornos de personalidad o graves problemáticas biográficas de los padres. Otros trastornos y anomalías se daban con menos frecuencia, si bien las depresiones de diferentes tipos afectaban al 16% de las madres (*Tabla 8*).

Hubiera sido deseable estudiar algu-

nas otras características demográficas, epidemiológicas, clínicas, biológicas, biográficas, etc., que concurrían en este tipo de patologías, y sistematizarlas u ordenarlas para un mejor conocimiento de ellas, pero en muchos de los casos faltaba información suficiente para hacerlo de modo mínimamente riguroso por lo cual se desestimó tal posibilidad (11). estas informaciones podrían ofrecer de modo particular y anecdótico para algunos pocos casos o ser sugeridas un tanto superficialmente. Así es frecuente que los ambientes de origen sean de niveles socio-económicos bajos, si bien no dejan de darse en ambientes más eleva-

dos. También se ha citado en algunos casos que uno de los padres padecía alguna enfermedad somática crónica, como diabetes, o infecciones urinarias. Ya se dijo que las madres solían ser conocedoras del argot, técnicas o ambientes sanitarios (7-10), o que su comportamiento en el hospital solía ser amable o, por el contrario, podía llegar a ser truculento y abiertamente hostil y manipulador. Los tiempos transcurridos desde el inicio de los síntomas eran muy variados, y los necesarios para su detección y tratamiento aún más. Precisamente sobre este último aspecto la información era más abundante, y se ha procurado sistematizar en la *Tabla 9*. Una vez sospechados o detectados los casos se procedía generalmente con cautela dada la categoría de los hechos y los riesgos intuidos, que un abordaje inadecuado o confundido pudiesen acarrear tanto para el paciente como para los facultativos, desde el punto de vista médico-legal. A pesar de las separaciones, tras-

lados a centros de protección, vigilancia y supervisión familiar, tratamientos psiquiátricos de padres e hijos, o denuncias y condenas judiciales dictadas, 5 niños llegaron a morir, proporción a todas luces elevada y preocupante, aun más cuando resulta palmaria la categoría ficticia o artefacta de las enfermedades letales.

Hasta aquí los datos concretos y desnudos. Su análisis casuístico y estadístico podría llenar páginas innumerables, sin duda más de las que la discreción y concisión de una breve revisión de conjunto aconsejan, y como tal se intentará a continuación.

#### 4. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

No parece posible dudar de que nos encontramos ante hechos o circunstancias clínicas absolutamente conmovedo-

**TABLA 9**

**MÉTODOS DE ABORDAJE O SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS Y RESULTADOS**

	<b>Nº</b>	<b>%</b>
SEPARACION DEL NIÑO DE SUS PADRES . . . . .	26	63,41
TRASLADO DEL NIÑO A UN CENTRO DE PROTECCION SOCIAL Y EDUCACION . . . . .	23	56,09
TRATAMIENTO PSIQUIATRICO DE PADRES . . . . .	16	39,02
DENUNCIA Y CONDENA DE LOS PADRES . . . . .	9	21,95
TRATAMIENTO PSIQUIATRICO DE LOS NIÑOS . . . . .	5	12,19
PERMANECE EN LA FAMILIA BAJO VIGILANCIA . . . . .	1	2,43
<b>MUERTE DE LOS PACIENTES . . . . .</b>	<b>5</b>	<b>12,19</b>

ras, que por encima de su aparente anecdotismo, provocan asombro tanto por su excepcionalidad como su dramatismo. Probablemente esta excepcionalidad no sería tal, de advertirse comúnmente la posibilidad de su existencia en cualquiera de nuestros ambientes sanitarios. La esencia de los hechos clínicos y humanos que encierran nos remite inexorablemente, y desde la actual perspectiva histórico-social, a la agobiante presencia de las agresiones patentes o encubiertas, que cotidianamente son dirigidas contra niños absolutamente indefensos e inocentes. Piénsese que las violencias físicas son sólo uno de los modos de agresividad contra ellos; a su lado las violencias psíquicas por acción u omisión, las intolerancias, los castigos merecidos o inmerecidos, conforman toda una amplia gama de agresiones que afectan de continuo a niños de todas las infancias, y no sólo de las llamadas marginales. La actualidad de estas situaciones es tan evidente como pública y notoria, saltando a los medios de información con demasiada frecuencia. Profundizar en sus características, motivaciones, etc., nos llevaría extraordinariamente lejos y no parece objetivo apropiado para este breve informe. Basta con circunscribirnos a los hechos clínicos que se recogen, con sus especiales connotaciones psíquicas y relacionales, para poder extraer algunas reflexiones que nos ayuden a comprenderlos o evitarlos.

Parece necesario aceptar, con la generalidad de los autores consultados, que se trata de una categoría particular de malos tratos a los niños; circunstancias extremadamente patológicas, que sin llegar al extremismo de Lansky (16), al calificarlos como «asesinatos infantiles», constituyen situaciones altamente perjudiciales y peligrosas para la salud y vida de los niños afectados. No parece adecuado, en nuestra opinión, aceptar la denominación de «abuso químico»,

o malos tratos «no accidentales» por intoxicación, ya que éste no es más que un método de agresión, que en muchos casos no presenta las características de los llamados S.P. en sus descripciones originales. Los casos de S.P. vienen definidos, no por la metodología agresora, lesiva y alegatoria empleada, sino por las motivaciones o circunstancias generadoras y precipitantes que subyacen, así como por los objetivos de las personas causantes y la involuntariedad de los afectados, aceptándose, en ocasiones, la pasividad cómplice de éstos. Estas características les alejan notablemente de la generalidad de los abusos o agresiones de los niños debidas a motivaciones diversas, y les acercan, conceptual y categorialmente, a los *trastornos facticios existentes en las edades adultas* y aceptados en las actuales ordenaciones nosográficas y nosotáxicas (D.S.M.III) (5-11). Más discutible sería su inclusión dentro de alguna de las dos categorías de trastornos facticios, *físicos o psíquicos*, ya que en los casos de S.P. los síntomas posibles pueden afectar a cualquiera de ambos sistemas en los niños, mientras que los sujetos auténticamente patológicos, habitualmente las madres causantes, son personas psíquicamente patológicas o están actuando desde posiciones claramente anómalas.

Si atendemos a las anteriores aseveraciones, sería adecuado aceptar que la génesis de estos trastornos asienta, de común, en relaciones paternas o paternofiliales alteradas y desadaptativas. Por otra parte, es notorio que nos hallamos ante un tipo de circunstancias, o categorías especiales de «enfermedades», con un componente bisectorial, de un lado *el niño*, protagonista patente, en su calidad de sufriente y del que interesa conocer sus condiciones previas, actuales y subsecuentes, y del otro *la madre* —aceptemos su predominio como causantes—, protagonistas latentes, en



su calidad de actuantes, con sus particulares modos psíquicos y humanos y sus motivaciones implícitas o explícitas. Estamos, por lo tanto, ante «enfermedades» conceptualmente muy distintas de las que nutren la patología humana general. Sin duda se trata de hechos patológicos específicamente humanos, en los cuales los sujetos y objetos anómalos son duales a la vez que individuales, de ahí que su etiopatogenia sea tan compleja, como difícilmente sistematizable resulta su fisiopatogenia, en un sentido lato y su psico-patogenia.

Otro de los problemas con que nos encontramos a la hora de conceptualizar este modo de enfermar, es su adscripción a las categorías generales de enfermedad, síndrome, síntoma o signo. Parecería más acertado aceptar que se trata de complejos semiológicos, sintomatológicos y sindrómicos, agrupados en un conjunto nosológico bifronte. Como quiera que sea, y apartándonos de las dificultades conceptuales y teóricas, circunstancias humanas tan patológicas como trágicas.

Detengámonos en la figura del niño, el sufriente, u objeto patente del S.P. Según hemos podido ver no existen datos que nos inclinen a pensar que su sexo tiene alguna relevancia en la aparición del S.P. (Tabla 2), mientras que la posibilidad de que sea objeto de las actuaciones encubiertas comienza con su nacimiento y acabará, para lo tocante a la aparición de un S.P. en sentido estricto, hacia los primeros años de la segunda década de la vida; a partir de aquí la colaboración cómplice entre madre e hijo, definiría una segunda modalidad, intermedia, para dejar paso a la aparición de un S.M. en sentido «adulto» (Tabla 1) (5-11). Una vez más la involuntariedad del pequeño quedaría clara a la hora de definir la categoría de los hechos y como criterio diagnóstico (Tabla 4). No se cuenta con otros datos que

nos inclinen a pensar que debieran existir algunas condiciones previas en la figura del niño que predeterminasen su ulterior situación, al menos en lo referente a sus características psico-físicas o comportamentales. Sin embargo, sí que se ha señalado, que el hecho de ser niños muy esperados, a veces por padres mayores o precedidos por embarazos frustrados por abortos, condicionaría la aparición de situaciones de sobreaviso o sobrevigilancia del niño por temor a su enfermedad o muerte (2, 17), lo cual favorecería la actuación facticia de sus padres buscando, paradójicamente su protección. Con ser así, no es posible aceptar que ésta sea una condición constante en todos los S.P., aunque podría aceptarse como situación predisponente. También se ha señalado que algunos niños que sufren fenómenos de ansiedad de separación, precipitarían la creación de relaciones madre-hijo simbióticas y patológicas, en cuyo seno se dan las circunstancias que posibilitarían la generación de un S.P.; claro es que en estos casos deberíamos indagar en la personalidad de la madre como motivadora en origen de tales fenómenos de dependencia ansiosa.

Hasta aquí nos estamos refiriendo a las condiciones previas de la figura del niño, y hemos indicado que nos interesan, igualmente, la situación actual o presente dentro del S.P. y la ulterior o subsecuente al trastorno facticio. Veamos el segundo de los momentos. Para ello nada mejor que remitirnos a las tablas expuestas, donde se la la información suficiente para que nos hagamos una idea del estado de los hechos dentro de un S.P. De esta manera hemos de aceptar que no es posible señalar ninguna patología clínica, ningún tipo sindrómico, semiológico o sintomatológico específico del S.P.; bien es verdad que predominan los trastornos neurológicos, digestivos urológicos o respiratorios

sobre los demás posibles en todos los aparatos o sistemas de la economía (*Tabla 5*); motivado esto, a buen seguro, por los métodos de elaboración facticia de los síntomas y por la mayor accesibilidad de tales sistemas o aparatos a las madres actuantes, como veremos al analizar las características de éstas.

Nos interesa, dentro del aspecto presente de los niños, conocer el núcleo fundamental que define denotativamente la calidad de S.P., que no es otro que el conjunto de actuaciones médicas sobre el niño supuestamente enfermo, sin las cuales no existirían los S.P. En cierto modo podría decirse que tales actuaciones son los síntomas auténticos de los S.P. y S.M., ya que de su acumulación, verdadera impropiedad e impertinencia, y desafortunada puesta en práctica, surgen los riesgos para el niño, que inicialmente no estaba enfermo, o sufría una enfermedad falsa, y ahora está sometido a todo tipo de riesgos, agresiones y peligros exploratorios, creadores de la más atroz de las iatrogenias. En la *Tabla 7* se da debida información sobre estos hechos, ya comentados en su momento, por lo cual evitaremos repeticiones innecesarias.

El tercero de los ejes de consideración del niño afectado debe ser el de los efectos que se derivan de la existencia de las enfermedades facticias y los perjuicios de las actuaciones médicas. En efecto, a todos los posibles cuadros clínicos y actos médicos le siguen, con no poca frecuencia enfermedades que ahora son reales y que en ocasiones conllevan la muerte del paciente. Es decir, que se generan diferentes formas de riesgo, que podrían ser resumidas en las siguientes:

1. Riesgo derivado de la enfermedad facticia provocada.
2. Riesgos derivados de la alegación de enfermedades inexistentes, pero que

induce a error y conlleva actuaciones médicas impropiedades.

3. Riesgos de los propios actos médicos innecesarios: hospitalizaciones, exploraciones, tratamientos, etc.
4. Riesgo de enfermedades reales, existentes con anterioridad y que pueden ser ocultadas, agravadas o desatendidas, al ser conceptualizadas como falsas o artefactas.
5. Riesgo del descuido de enfermedades reales, posteriores a la enfermedad facticia, por prejuicios equivocados.
6. Riesgos derivados de la falta de servicios de protección adecuados para estos niños, así como de la ausencia de seguimientos físicos y psíquicos, tanto para la atención del niño, como tratamientos de los padres y prevención de situaciones similares.

En la mayoría de los casos los niños se recuperaron perfectamente de todos estos tipos de problemas, pero la mortalidad referida en otros trabajos (22, 35) y en éste, supera ampliamente el 10%, lo cual no deja de ser preocupante.

Hasta aquí el niño como sujeto y objeto del S.P. Veamos ahora las madres, como sujetos actuantes, porque si no es exclusiva de las madres la posibilidad de convertirse en provocadoras de un S.P., su papel es tan predominante, que casi podría darse como una de sus características primordiales. En efecto, suelen ser las madres, más cercanas a sus hijos, las que en determinadas circunstancias, de suyo complejas, llegan a convertirse en auténticos verdugos de sus hijos. En sí mismo este papel ya debe considerarse psíquicamente patológico, independientemente de si es o no posible detectar alguna psicopatología específica en tales madres (véanse Tablas 3 y 8). En efecto, del mismo modo que para los niños, interesaría conocer qué circunstancias o características de las ma-



dres preceden a la aparición de un S.P. (6 y 10). Como primer dato a retener está el que muchas de las madres habían sido, a su vez, diagnosticadas como S.M., y la patología del hijo no era más que una continuación de su carrera de fraude médico, no dándose en estos casos, la constelación niño-esperado-madre-sobrevigilante-temor-de-perderle, y si, por el contrario, la de búsqueda de solución para conflictos íntimos y la de manifestación de una alteración de la estructura y dinámica de la propia personalidad de la madre. Prácticamente estas mismas claves se darían en muchos casos, en los que el S.P. era el reflejo distorsionado de problemas afectivos, conyugales, biográficos, etc., Presentes en las madres o matrimonios en los que cristalizó un S.P. (Tabla 8). En el resto de los casos de madres causantes de S.P., fue posible realizar siempre algún diagnóstico psiquiátrico específico, de tal manera que podría aceptarse este hecho, junto con el anterior, como de los criterios diagnósticos básicos necesario para la existencia de un S.P. Menos unánime, pero presente en ocasiones, debe considerarse la presencia de algunas enfermedades físicas invalidantes o crónicas en la madre o el padre de alguno de los casos. igualmente se acepta que las madres suelen tener alguna información sanitaria previa o estar relacionadas con la salud directa o indirectamente, pero tampoco es éste un requisito unánimemente necesario. Un dato de interés, que debe ser comentado, es el hecho de que en un único caso, el alcoholismo de un padre estuvo relacionado con la aparición de un S.P., lo cual contrasta con la elevada frecuencia con que padres alcohólicos son los responsables de abusos o malos tratos para hijos y esposas (Tabla 8).

Dentro del momento presente o actual de las madres debe ser destacado su comportamiento verdaderamente pa-

radójico. Madres que lesionaban o perjudicaban claramente a sus hijos, se mostraban, de continuo, profundamente preocupadas por su evolución, instando a los médicos a que continuasen con el examen minucioso de su hijo, mostrándose, habitualmente colaboradores y complacientes, acompañando casi permanentemente a sus hijos, lo cual permitía la perpetuación de los síntomas y signos patológicos. estas madres empleaban los más ingeniosos métodos para la falsificación o elaboración facticia de los trastornos, como ya comentamos y expusimos en la Tabla 6, Por lo que no volveremos sobre ello. Cabe decir, con todo, que estas actitudes cambiaban drásticamente cuando se sospechaba o se les comunicaba el origen real de los padecimientos. Pero esto ya pertenece más al aspecto que revisaremos en último lugar, las actuaciones, abordajes o tratamiento de estos casos.

En efecto, una vez detectados los hechos, los problemas, lejos de solucionarse, continuaban, dando lo conflictivo de su naturaleza y las implicaciones médico legales existentes. En la Tabla 9 se recogieron los métodos empleados para tratar de dar solución a los casos revisados. Cabe comentar que la separación inicial de hijo y madre se precisó en todos los casos, como medio coadyuvante para la detección de la realidad de la patología existente y como método de tratamiento inmediato, que permitió la recuperación de la salud del pequeño. La separación definitiva de sus padres o el ingreso en centros protegidos para su educación y crianza, fueron los sistemas más utilizados y tal vez los más efectivos o los únicos posibles, ya que en algunos casos en los que el niño fue reintegrado con sus padres se reactivó la patología, o acabó con la vida del pequeño. Es preciso hacer constar que se reveló como muy necesaria la intervención de asistentes sociales, paidopsi-

quiatras o psiquiatras de adultos para el tratamiento social del problema, el tratamiento de las posibles secuelas psíquicas de los niños y del estado psicopatológico previo de las madres. Probablemente sean estos aspectos a tener en cuenta inmediatamente de cara a la tan dificultosa como deseable *prevención primaria* de los S.P. En algunos casos el tratamiento psiquiátrico de los padres hubiese bastado para evitar el problema, y algunos autores han querido ver en ello el núcleo primordial de la cuestión (28, 35). Estos autores han sugerido que las actuaciones de tales madres podrían ser conceptuales como psicóticas y su pensamiento como cuasi-delirante, aun cuando no sea posible detectar formalmente la presencia de delirios. El disturbo llegaría, en algunos casos, a ser tan aparatoso, que las madres llegasen a creer que sus hijos sufrían una enfermedad auténtica, fenómeno cuasi-disociativo, emparentado con la pseudología fantástica, que se ha querido ver como predisponentes para la aparición de los S.M. en los adultos. Planteamientos similares podrían hacerse en relación con las actitudes de negación de las evidencias que efectuaban las madres una vez descubiertas, en ciertos casos (25, 28, 35), y que llegaban a ser tan convincentes para ellas mismas, como para los demás, dándose la circunstancia de que otros médicos o incluso abogados y fiscales llegasen a dudar de los alegatos de los pediatras descubridores, en favor de madres tan «amantes» y unidas a sus hijos. Véase *Tabla 9*, que sólo en 9 casos de los 41 revisados y denunciados, fueron seguidos de una condena judicial para los padres.

Creemos que en los comentarios precedentes están sentadas las bases de una adecuada política preventiva, más deseable que posible, del mismo modo que quedan explícitos los juicios evolutivos y pronósticos de tan extraordinarias

patologías. Tal vez para ampliar y concretar estos aspectos parecería adecuado concluir con la delimitación de lo que podría denominarse como SÍNDROME, CIRCUNSTANCIA O TIPO DE NIÑO VULNERABLE, que haremos a continuación.

Se trataría de niños muy deseados o esperados, o que hubiesen sufrido algún trastorno o amenaza previa para su salud, en el seno de una familia de padres inmaduros, o con conflictos conyugales, y particularmente con madres psíquicamente patológicas, y con relaciones de simbiosis y dependencia patológica de sus hijos, con la consiguiente ansiedad de separación o temor de perderles, que generan trastornos en sus hijos, para compensar conflictos relacionales o intrapsíquicos, cayendo así en una dinámica contradictoria y anómala, entre el aparente amor y protección de sus hijos y la necesidad de verle enfermo. Los conflictos conscientes convergen en esta necesidad de un personaje enfermo, y la consecuente búsqueda desasosegada de soluciones para esta enfermedad, a pesar de los riesgos y por encima de todos los obstáculos que ello implica (8 y 9). Adviértase que se trata de una constelación de hechos ideal y supuesta para los efectos expositivos, pero que la existencia de algunas de las parcelas que la conforman bastaría para el desencadenamiento de la dinámica patológica que acabaría, llegado el caso, en un S.P.

El segundo de los aspectos preventivos hace referencia a la necesidad de una detección precoz que evita la cronificación de situaciones cada vez más perjudiciales y peligrosas, que se estructuran en modelos de comportamiento patológicos e inamovibles. Para esto sería deseable guiarse por las experiencias de los autores que hemos revisado, y sus opiniones expuestas previamente de modo sintético. Igualmente sería deseable poder contar con un marco diagnós-

tico de referencia, que permitiese siquiera su sospecha en casos dudosos, y para esto parece pertinente elaborar unos CRITERIOS DIAGNOSTICOS, hasta el momento, por lo que nos consta, no aportados por otros autores de modo sistematizado y normativo; en la *Tabla 10* tratamos de exponer estos criterios, guiados por el estudio de la bibliografía precedente y por nuestras experiencias previas (6-11). Parece necesario recordar la necesidad de delimitación conceptual y diagnóstica entre trastornos facticios y simulaciones, fundamentalmente en función de las metas y objetivos inmediatos y fácilmente recono-

cibles de estos, y profundas, intrapsíquicas, compensatorias, elaboradas y asentadas en relaciones paterno-filiales patológicas, y en estructuras y dinámicas de personalidad claramente anómalas, de las madres de los niños con trastornos facticios.

Para finalizar, sería deseable defender una denominación más descriptiva y ajustada a la categoría de los hechos, como la de TRASTORNOS FACTICIOS EN LA INFANCIA INDUCIDOS POR LOS PADRES, en detrimento de las utilizadas habitualmente, menos apropiadas, aunque quizá con mayor poder alegórico y sugestivo, como SINDROME DE POLLE o SINDRO-

**TABLA 10**

CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y DESCRIPTIVOS DE LOS TRASTORNOS  
FACTICIOS INFANTILES INDUCIDOS POR LOS PADRES  
(SINDROME DE POLLE)

1. Aparición de síntomas o signos patológicos, que pueden afectar a todos los aparatos o sistemas de la economía de niños de edades comprendidas entre el nacimiento y el inicio del tercer lustro de la vida, que responden a alegación o elaboración facticia multiforme de sus padres.
2. Los trastornos generan múltiples hospitalizaciones, estudios y tratamientos, que comportan riesgos para el normal desarrollo psico-físico del niño, pudiendo conllevar la producción de enfermedades graves e incluso su muerte.
3. Las anomalías no dependen de la voluntad del niño, y asientan en relaciones paterno-filiales patológicas, siendo habitualmente las madres las responsables de su aparición, con las implicaciones médico-legales que ello supone.
4. Las madres son personalidades patológicas, que sufren trastornos psiquiátricos específicos o tienen graves conflictos biográficos o relacionales, y su comportamiento es anómalo y paradójico, entre la elaboración de los trastornos y la búsqueda de estudio y tratamiento para ellos.
5. Se trata de especies morbosas bifrontes, de un lado la madre con patologías y conflictos intra y extrapsíquicos conscientes o inconscientes, y de otro la enfermedad del niño, compensadora de tales patologías y conflictos.



ME DE MÜNCHHAUSEN POR PODERES o POR DELEGACION, ya que sólo algunas de las circunstancias que concurren en estos casos, son debidamente conceptualizadas por estas denominaciones histórico-legendarias y facultativas o accidentales.

ra madre e hijo en los momentos previos, presentes y subsecuentes, describiéndose el «síndrome del niño vulnerable» y unos «criterios diagnósticos» utilizables para su detección precoz y prevención.

## RESUMEN

Partiendo de un análisis del problema de los malos tratos en la infancia y del llamado Síndrome de Münchhausen o Trastornos facticios en la edad adulta, se revisa la bibliografía sobre el Síndrome de Münchhausen infantil o Síndrome de Polle. Se estudian sistemáticamente todos los casos publicados y se reúne una serie de 41, con unos requisitos mínimos, exponiéndose y comentándose los datos obtenidos. Los niños, de edades entre el nacimiento y los 15 años, presentan trastornos múltiples, complejos y de difícil diagnóstico, elaborados por sus madres, psíquicamente patológicas, y que utilizan la alegación o provocación falsa o artefacta de síntomas, para lograr que sus hijos sean atendidos Médicamente. La enfermedad del hijo permite compensar conflictos maternos, actuando éstas paradójicamente, provocando enfermedades y buscando paralelamente su solución, evidenciándose un temor de perder a su hijo y un comportamiento complaciente y resignado o evasivo y hostil. Finalmente se analizan las implicaciones teóricas y clínicas pa-

## SUMMARY

On basis of the analysis of the *child abuse problem* and so called *Münchhausen's syndrome* or *factitial disorders* in adult age, the authors review the bibliography about the child Münchhausen's syndrome or *Polle syndrome*. They study all publishing cases and rejoin 4<sup>a</sup>, with own minimal requirements, exposing the dates succeeded. The childs, aged between the birth and fifteen years, present manifolds disorders of arduous diagnosis, elaborate for theirs mothers psychically ill, which make use of falsification, allegation or provocation of symptoms, for gain medical attention for theirs childs. The child's illness permits the maternal conflicts compensation, which have paradoxical behaviours, provoking illness and looking for their solution. it is evident a dreaft of lose her son and pleasing, submitting, evasive or adverse behaviours. Finally the authors analyze the clinical and theoretical implications for the childs and theirs mothers in previous, presents and futures moments, and delineate the «vulnerable child syndrome» and the «diagnostic criteri», profitables for caution and forward detention.

## BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN, N. B.; STROBEL, C. T.: «Polle Syndrome: Chronic diarrhea in Münchhausen's child». *Gastroenterology*, 81:1140-2, 1981.
2. BLACK, D.: «The extended Münchhausen Syndrome: A family case». *Brit. J. Psych.*, 138:466-469, 1981.
3. BURMAN, D.; STEVENS, D.: *Münchhausen family*. *Lancet*, 27, August, 456, 1977.
4. COBO, C.: *Paidopsiquiatría Dinámica I*. Servicio Científico Roche, Madrid, 1938.
5. CONDE, V.; SANTIAGO-JUAREZ, J. A.: «Contribución al estudio histórico y delimitación conceptual del llamado Síndrome de Münchhausen, Síndrome de Asuero o Trastornos Crónicos Facticios con Síntomas Somáticos». *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, Vol. XX, 4º trimestre, octubre 1982.
6. CONDE, V.; GANDARA, J. J.: «Contribución al concepto diagnóstico psicopatológico general y especial del llamado Síndrome Münchhausen, Síndrome de Asuero o Trastornos Crónicos Facticios con Síntomas Somáticos». *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, Vol. 21, 1º trimestre, enero 1983.
7. CONDE, V.; SANTIAGO-JUAREZ, J. A.; GANDARA, J. J.; SOTO, A.: «Síndrome de Münchhausen, Síndrome de Asuero o Trastornos Crónicos Facticios con Síntomas Somáticos (T.C.F.S.F.)». *Archivos de Neurología*, 46, 3 (183-208), 1983.
8. CONDE, V.; GANDARA, J. J.; SANTIAGO-JUAREZ, J. A.: «El Síndrome de Münchhausen o de Asuero: Lo complejo, lo mítico y lo imaginario». *Rev. Psiquiat. y Psicol. Med. de E. y Am. Lat.*, XVI, 3, 211-230, 1983 (1ª parte).
9. CONDE, V.; GANDARA, J. J.; SANTIAGO-JUAREZ, J. A.: «El Síndrome de Münchhausen o de Asuero: Lo complejo, lo mítico y lo imaginario». *Rev. Psiquiat. y Psicol. Med. de E. y Am. Lat.*, XVI, 4, 289-303, 1983.
10. CONDE, V.; GANDARA, J. J.; SANTIAGO-JUAREZ, J. A.: «contribución al estudio clínico-psiquiátrico del Síndrome de Münchhausen: Aportación de un caso». *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 11, 4 (267-288), 1983.
11. CONDE, V.; GANDARA, J. J.; SANTIAGO-JUAREZ, J. A.: «Los Trastornos Crónicos Facticios con Síntomas Físicos o Síndrome de Münchhausen en la epidemiología psiquiátrica del hospital general». *Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría*, Tomo I, 273-289, 1983.
12. FLEISHER, D.; AMENT, M. E.: «Diarrhea, red diapers and child abuse». *Clin. Pediat.*, 17:820-824, 1977.
13. HVIZDALA, E. V.; GELLADY, A. M.: «Intentional Poisoning of two siblings by prescription drugs». *Clin. Pediat.*, 17:480, 1978.
14. KOHL, S.; PICKERING, L. K.; DUPREE, E.: «Child abuse presenting as immunodeficiency disease». *J. Pediat.*, 95:466-468, 1978.
15. KURLANDSKY, L.; et al.: «Münchhausen syndrome by proxy: definition of factitious bleeding in an infant by Cr labeling of erythrocytes». *Pediatrics*, 63:228-231, 1979.

16. LANSKY, S. B.; ERICKSON, H. M.: «Prevention of child murder». *This Journal*, 13:691-698, 1974.
17. LEE, D.: «Münchhausen Syndrome by proxy in twins». *Arch. Dis. Child.*, 54:646-647, 1979.
18. LISTON, T. E.; LEVINE, P. L.; ANDERSON, C.: «Bacteriemia policrobiana y síndrome de Polle: Síndrome de Münchhausen inducido por adultos como variante de malos tratos a los niños». *Pediatrics* (ed. esp.), 16, 2:123-125, 1983.
19. MALAGA, S.; y colabs.: «Síndrome de Münchhausen en la infancia». *Medicina Clínica*, Vol. 83, 11, 471-472, 1984.
20. MAYEFESKY, J. H.; SARNAIK, A. P.; POSTELLON, D. C.: «Hipoglucemia facticia: Malos tratos infantiles mediante la inyección de insulina». *Pediatrics* (ed. esp.), 13, 6:397-398, 1982.
21. MEADOW, R.: *Münchhausen Syndrome by proxy. The hinterland of child abuse*. *Lancet*, August 13, 343-345, 1977.
22. MEADOW, R.: «Münchhausen Syndrome by proxy». *Arch. Dis. Child.*, 57, 2:92-98, 1982.
23. MITCHELS, B.: «Münchhausen syndrome by proxy: Protecting the child». *J. Forensic Sci. Soc.*, 23, 2:105-111, 1983.
24. NELSON, K. G.: «El espectador inocente: el niño como víctima casual de las disputas domésticas con armas mortíferas». *Pediatrics* (ed. esp.), 17, 2:145-146, 1984.
25. OUTWATER, K. M.; et al.: «factitious hematuria: diagnosis by minor blood group typing». *J. Pediatrics*, 98:95-97, 1981.
26. PICKERING, D.: «Salicylate poisoning as a manifestation of the battered child syndrome». *Am. J. Dis. Child.*, 130:675, 1976.
27. POROT, M.; SUTTER, J. M.; DESTAING, F.: «La simulation de la fièvre chez les enfants». *Pediatric*, 11:335, 1956.
28. RAVENSCROFT, K.; HOCHHEISER, J.: «Factitious hematuria in a six-year old girl: a case example of Münchhausen syndrome by proxy». *An. Met. Am. Acad. of Child. Psychiatry*, Chicago. Cit. en WALLER, D. A.
29. ROGERS, D.; et al.: «Non-accidental poisoning: an extended syndrome of child abuse». *Brit. Med. J.*, 1:793-796, 1976.
30. SAULSBURY, F. T.; CHOBANIAN, M. C.; WILSON, W. G.: «Niños maltratados: administración parenteral de hidrocarburos». *Pediatrics* (ed. esp.), 17, 5:384-386, 1984.
31. SHNAPS, Y.; et al.: «The chemically abused child». *Pediatrics*, 68:119-121, 1981.
32. SNEED, R. C.; BELL, R. F.: «The dauphin of Münchhausen: factitious passage of the renal stones in a child». *Pediatrics*, 58, 1:127-130, 1976.
33. TEC, L.: «Precursors of Münchhausen's Syndrome in childhood». *Am. J. Psychiatry*, 132, 7:757, 1975.
34. VERITY, C. M.; et al.: «Polle Syndrome: children of Münchhausen». *Brit. Med. J.*, 2, 422-423, 1979.
35. WALLER, D. A.: «Obstacles to the treatment of Münchhausen by proxy syndrome». *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 22, 1:80-85, 1983.
36. WATSON, J. B.; DAVIES, J. M.; HUNTER, J. L.: «Non-accidental poisoning in childhood». *Arch. Dis Child*, 54:143-145, 1979.

# EL PORVENIR DEL NIÑO DEPRESIVO

Carmelo Monedero

Universidad Complutense.

La pregunta que nos hacemos no es sobre la evolución del cuadro depresivo en la infancia, sino sobre el futuro que le espera al niño que ha recibido el diagnóstico de depresión. Los psiquiatras de adultos suelen plantearse esta interrogante sobre el futuro de sus pacientes depresivos, investigando la incidencia o no de fases depresivas en ellos. En los niños una investigación de este tipo carecería de sentido, puesto que los diversos autores que se han ocupado del tema vienen a concluir, que la depresión infantil no es predictiva de una depresión adulta en el mismo sujeto, aunque sí de las manifestaciones psicopatológicas más variadas.

## Modelo evolutivo versus modelo psiquiátrico

La Psicología Evolutiva se ocupa, sin entrar en muchas especificaciones, del estudio de las características psicológicas del ser humano desde el momento del nacimiento a la muerte, interesándose, de modo específico, de las causas que provocan los cambios de psicología de una etapa a la siguiente. Una investigación psicopatológica basada en este modelo evolutivo trataría, en el caso de la depresión, de hacer una descripción de sus características en los diversos momentos de la vida, así como de delimitar cómo está comprometida esta depresión en la biografía del sujeto.

Los estudios longitudinales realizados con este criterio evolutivo encuentran grandes diferencias entre lo que puede ser diagnosticado de depresión en los diversos momentos de la vida, y que estas diferencias se deben fundamentalmente a las características psicológicas del momento evolutivo en que la depresión se presenta.

El modelo psiquiátrico asume que la depresión es una especie de entidad, cuadro nosológico o «enfermedad», que tiene una unidad más allá de su variable sintomatológica. El psiquiatra avezado sería precisamente aquel que fuese más hábil en captar la entidad depresiva susyacente, no dejándose engañar por su variable sintomatología. Pero ocurre que la Psiquiatría saca todos sus conceptos nosológicos de la consideración de la psicopatología del adulto, por lo que las manifestaciones psicopatológicas de las otras etapas de la vida vienen a ser variaciones más o menos indeseables de lo que ocurre en el adulto. Con este planteamiento, no debe extrañarnos la firmación tan repetida de los psiquiatras de que la depresión infantil es «atípica», cuando, en esta situación, con atípico lo único que se dice es que no es como la del adulto.

Tan típica o tan atípica, depende como queramos verlo, es la depresión del niño como la del adulto. Si el psiquiatra hubiese tomado como modelo de depresión la infantil, la depresión del adulto le resultaría bastante atípica. Este tipo de prejuicios hace que la investigación que se realiza de la depresión infantil, incluso la que llevan a cabo gran parte de los llamados psiquiatras infantiles, resulte por completo estéril.

### **Psicopatología evolutiva de la depresión**

Lo que llamamos depresión es algo que se manifiesta en todas las etapas de

la vida. Durante el primer año de vida el lactante cuenta con una organización sensomotriz para adaptarse al mundo que le rodea. En este momento toda su psicología es la percepción de sus actividades sensomotrices. La depresión ahora —depresión anaclítica— no puede ser otra cosa que una inhibición de las adaptaciones sensomotrices.

En la primera infancia hacen su aparición las actividades representativas, que suponen la existencia de un mundo subjetivo con una cierta independencia de las actividades sensomotrices. La alegría que el niño experimenta en esta etapa de la vida, lo mismo que la tristeza, es el resultado de los estímulos que provienen del mundo que le rodea. No es posible aún hablar de la existencia de estados de ánimo, por lo que la depresión tendrá que manifestarse como una tendencia a las reacciones de tristeza.

En la segunda infancia aparece ya una estructura operacional, que distancia llamativamente la subjetividad del niño del mundo que le rodea, confiriéndole una cierta autonomía. Ahora ya son posibles los estados de ánimo tristes, e incluso las llamadas ideas delirantes, que más que de culpa son de importancia.

La adolescencia supone el inicio del pensamiento abstracto y de lo que venimos calificando de persona. Existe una profundización de la tristeza y un paso a primer plano de las ideas de suicidio.

En esta exposición esquemática que hemos hecho para caracterizar la depresión en la infancia, hemos prescindido conscientemente de las manifestaciones psicósomáticas o «equivalentes» depresivos, que, como todos sabemos, son una parte importante de la sintomatología depresiva en estas etapas de la vida. Lo que hemos querido poner de manifiesto es, que los síntomas fundamentales que los clásicos atribuían a la depresión —inhibición psicomotriz, triste-



za e ideas deliroides — aparecen en diversos momentos de la evolución psicológica. En el primer año lo hace la inhibición psicomotriz, en la primera infancia la tristeza y en la segunda las ideas deliroides. A esto podemos añadir la aparición de las ideas de suicidio en la adolescencia. Las cosas suceden así, porque el psiquismo infantil no se encuentra lo suficientemente desarrollado como para manifestar toda la sintomatología que encontramos en el adulto.

De lo que llevamos dicho se deduce que el diagnóstico de depresión no debemos hacerlo sólo en función de la sintomatología, que puede ser en la infancia extraordinariamente confusa y cambiante. Al diagnóstico sintomatológico de sospecha de depresión hemos de añadir consideraciones de tipo dinámico. La dinámica de la depresión, que es lo que la confiere su verdadera entidad y no su sintomatología, no es otra que la tristeza por la falta de afecto. Falta de afecto que en los primeros momentos de la vida tiene que ser real, pero que posteriormente puede ser, además, imaginada; a veces incluso en contradicción flagrante con las condiciones familiares que el niño vive.

### **El porvenir del niño depresivo**

Sabemos que los niños que han padecido durante su primer año una depresión anaclítica —casos de hospitalismo—, presentan un retraso en la adquisición de las diversas pautas de su desarrollo psicológico. Los ya clásicos trabajos de Spitz constataron en estos niños un cociente intelectual significativamente menor y un tipo de afectividad marcada por la necesidad de afecto, la superficialidad y la falta de tensión emocional. La hostilidad y la delincuencia eran también conductas bastante típicas de estos niños que habían vivido una privación afectiva precoz. De esta mane-

ra, el porvenir que les esperaba a estos niños era significativamente patológico en comparación con los que no habían padecido una depresión anaclítica.

Los trabajos de Spitz fueron objeto de muchas críticas y revisiones en las que no podemos entrar aquí ahora. De todas formas, se admite que los niños que sufrieron una privación afectiva entre los primeros meses de la vida y los tres años, presentan posteriormente alteraciones irreversibles en su desarrollo intelectual y afectivo. Las privaciones afectivas que tienen lugar durante el segundo año producen efectos adversos irreversibles sobre el desarrollo de la personalidad, mientras que el retraso intelectual puede ser reversible si el niño vive unas condiciones ambientales más positivas. A modo de resumen podemos decir, que las alteraciones menos reversibles de la privación afectiva precoz son las que afectan al lenguaje, a la capacidad de abstracción y a la capacidad de establecer vínculos afectivos.

Los estudios longitudinales realizados en niños que padecieron una privación afectiva precoz ponen, en cualquier caso, de manifiesto que su evolución intelectual y afectiva posterior puede estar alterada, siendo el tipo de alteraciones descritas mucho más amplias que una tendencia mayor o menor a padecer depresiones con posterioridad. La privación afectiva, que es lo mismo que decir depresión, es causa de alteraciones psicológicas extremadamente variadas.

No existen muchos estudios longitudinales sobre niños que recibieron el diagnóstico de depresión durante la infancia. Pasando por alto la falta de uniformidad en los criterios diagnósticos seguidos por los diversos autores, lo que queda claro es, que al niño que recibió el diagnóstico de depresión le espera un porvenir mucho más cargado de sintomatología que al que no lo recibió. También se constata que la depresión infan-

til no es una forma precoz ni de la ciclo-  
timia ni de una psicosis depresiva adul-  
ta. Este hecho que ha sido observado en  
la depresión responde a los mismos prin-  
cipios generales de la psicopatología  
evolutiva. Es decir: las manifestaciones  
psicopatológicas cambian de un mo-  
mento a otro de la vida, y aquellos niños  
que las presentaron tienen un futuro  
más cargado de alteraciones que los  
que no las presentaron.

Nosotros hemos realizado una investigación longitudinal en 24 niños que recibieron el diagnóstico de depresión entre los 5 y los 12 años. El tiempo de seguimiento fue, según los casos, entre 7 y 12 años. Se trataba de niños procedentes de dos consultas ambulatorias: el Servicio de Neuropsiquiatría de la Inspección Médico Escolar del estado y de Centro de Psicología Infantil. Dado el reducido número de sujetos que componen la muestra preferimos exponer los resultados de la investigación, que aún está sin concluir, sin hacer referencia específica a los casos.

El diagnóstico de depresión se realizó con los criterios sintomatológico-dinámicos antes expuestos. El síntoma depresivo aparecía en unos casos asociado a un cuadro de tipo neurótico. En ningún caso hicimos el diagnóstico de depresión infantil en sí misma, lo que ya, de por sí, viene a dejar bien claro que la depresión en la infancia no tiene tanta autonomía como en la edad adulta.

En los niños deprimidos que padecían un cuadro psicótico, la evolución fue la de una desorganización psicótica de la personalidad en los casos no tratados. En los casos tratados psicoterapéuticamente, la evolución se hizo más en la línea de lo que solemos calificar de personalidad psicopática. No nos atrevemos a decir que la diferente evolución de los niños tratados y no tratados fue sólo la consecuencia de la terapia, pues es posible que en los casos tratados se

encontrasen cuadros más benignos, niños de medios socioculturales más elevados y una disposición diferente por parte de los padres. El hecho de que los padres participasen activamente en el tratamiento, ya era una manifestación de que podíamos influir sobre el ambiente familiar.

Los niños deprimidos que tenían síntomas de disfunción cerebral mínima o grosera, presentaron, en general, un retraso psicológico, que se manifestaba también en un cociente intelectual bajo. En unos casos la conducta de estos niños fue posteriormente adaptada y en otros inadaptada.

Los niños deprimidos con un tipo de personalidad neurótica evolucionaron hacia la normalidad, tipos de personalidad obsesiva, psicosis o delincuencia. Los no tratados parecían tener peor pronóstico que los tratados.

El ambiente familiar de los niños que recibieron el diagnóstico de psicosis era más disgregado que el de los niños neuróticos, aunque en estos últimos las tensiones eran más fuertes. También tuvimos ocasión de constatar la existencia de relaciones entre el medio sociocultural al que pertenecían los niños y su psicopatología posterior. Los niños que pertenecían a medios socioculturales altos presentaban también cocientes intelectuales más altos. La evolución de su personalidad se hizo en la línea neurótica preferentemente, mientras que los niños de medios socioculturales bajos, además de tener un desarrollo intelectual significativamente menor, evolucionaron más en la línea de la psicosis y de la delincuencia.

## Conclusiones

De todo lo dicho podemos extraer una serie de conclusiones o, por lo menos,

de observaciones sobre el tema de depresión en general y de la depresión infantil en particular.

La depresión infantil, aunque puede darse en el seno de una personalidad con estructura psicótica, no es psicótica. Se trata de una depresión que está en estrecha relación dinámica con unas determinadas condiciones ambientales, de forma que se nos presenta como una reacción a la falta de afecto.

La depresión infantil puede evolucionar en las formas más diversas: neurosis, delincuencia, psicosis, retrasos del desarrollo, etc. esta inespecificidad evolutiva muestra bien a las claras que el niño deprimido no está padeciendo los síntomas de ninguna enfermedad, sino expresando una inadaptación al medio por falta de afecto. Esta inadaptación depresiva supone una alteración de su desarrollo psicológico que más adelante se manifestará de las formas más diversas.

La depresión infantil no parece ser el precedente de una ciclotimia adulta, cualquiera que sea el sentido que atribuyamos a este término. De un cuadro nosológico, tal y como lo presentan los psiquiatras, hemos de esperar una permanencia en el tiempo, cosa que no observamos en los estudios longitudinales sobre la depresión infantil.

La unidad que los psiquiatras encuentran en la depresión, y que les permite estudiarla como si fuera una entidad específica, es la consecuencia de hacer gravitar su reflexión sobre un solo perío-

do de la vida, como es la edad adulta. En la medida que en esta etapa de la vida los cambios evolutivos son menores, la depresión tiende a tener una serie de caracteres comunes. No obstante, como los mismos psiquiatras saben muy bien, aún dentro de la misma vida adulta podemos encontrar múltiples variaciones de aquello que calificamos de depresión.

El porvenir del niño depresivo parece depender mucho más de su contexto sociofamiliar que de su cuadro clínico. Esto es así porque toda evolución psicológica —patológica o no— es el resultado de la confluencia de factores hereditarios y ambientales. En nuestro caso, los hereditarios no parecen ser lo suficientemente fuertes como para que el sujeto responda con depresión a las diversas incidencias de la vida. Los factores ambientales, por el contrario, juegan un papel decisivo en la configuración de la futura personalidad del niño. Si el niño deprimido respondió en esta forma en un momento de su evolución, el tipo de respuestas futuras dependerá de la configuración que irá adquiriendo su personalidad.

Mientras el «síntoma» o respuesta depresiva es sólo indicativa de la existencia de una mayor psicopatología posterior, pero no de la existencia de cuadros depresivos, los grandes síndromes —psicótico, orgánico y neurótico— cuentan con mucha mayor entidad evolutiva.



# INCIDENCIA DE CUADROS DEPRESIVOS EN UNA POBLACION INFANTIL DE OCHO A CATORCE AÑOS

Prof. González Infante, Dr. Vélez Noguera, Psicóloga, Pérez Cerezo

El trabajo, objeto de esta comunicación, tiene como finalidad, detectar la incidencia de Cuadros Depresivos, en una población infantil de ocho a catorce años, en el sector atendido por el Hospital de Ntra. Sra. de Valme (con orientación de Salud Integral e Integrada), comprenden varios pueblos del Sur, de la provincia de Sevilla.

Estos son: Barriada de Bellavista (Sevilla), donde se encuentra situado dicho Hospital, Dos Hermanas, Los Palacios, Villafranca, Las Cabezas de San Juan y Lebrija, con una extensión total de 920,2 kilómetros cuadrados y una población global de 237,626 habitantes.

Para la realización de este estudio, hemos utilizado una muestra de noventa niños, escogidos al azar entre los

constitutivos de la comunidad referida, y distribuidos en tres grupos:

- a) Treinta niños de distintos colegios nacionales, que se cogieron al azar, entre los que pertenecen a dicha comunidad.

El conjunto de escolares del que se obtuvo la muestra de los treinta niños, representa una población global de 1.700 alumnos.

- b) Un segundo grupo de treinta niños, cogidos de las Consultas Externas del Servicio de Pediatría del Hospital de Ntra. Sra. de Valme, con una patología puramente orgánica, cogidos al azar del total de niños asistidos por dicho Servicio durante el mes de enero, con un total de 243 pacientes.



c) Un tercer grupo, de treinta niños de las Consultas del Servicio de Psiquiatría, del mismo Hospital, con una patología claramente psíquica, de una población global de 135 niños atendidos. Quedando la muestra de la siguiente forma según sexo y edad media:

SC Sentimiento de Culpa.  
DV Diversiones Varias.  
PV Preguntas Varias.

MUESTRA	SEXO	EDAD MED.
COLEGIOS	16, H	10,62
	14, V	11,07
PEDIATRIA	9, H	9,55
	21, V	10,38
PSIQUIATRIA	10, H	10,30
	20, V	11,10

Quedando las seis primeras dentro del DT-Total Depresivo, y las dos últimas PT-Total Positivo.

La baremación que hemos utilizado, nos ha sido cedida por TEA, que está realizando un estudio en España, desde hace año y medio y aún no ha publicado, siendo la puntuación por decatipos (desde el uno al diez), siendo el valor medio normal entre el cinco y el seis, no obstante Podemos considerar normal el cuatro y el cinco, el seis y el siete, y a partir de éste, ya comienza el ocho con depresión leve, nueve depresión moderada y diez depresión severa, por el lado izquierdo tenemos tres, dos y uno que son positivos o puntos más lejanos de la depresión aunque para nosotros como clínicos, proponemos más el término de euforia, como alejamiento de la depresión, que el de manía que ya implicaría una patología.

Una vez obtenido las distintas puntuaciones, de las distintas subescalas y las medias totales de cada uno de los noventa niños de la muestra, tanto de Colegios, Pediatría y Psiquiatría, los hemos llevado a ordenadas los resultados de los distintos decatipos obtenidos en cada una de las subescalas, quedando de una forma gráfica, como el siguiente histograma de barra.

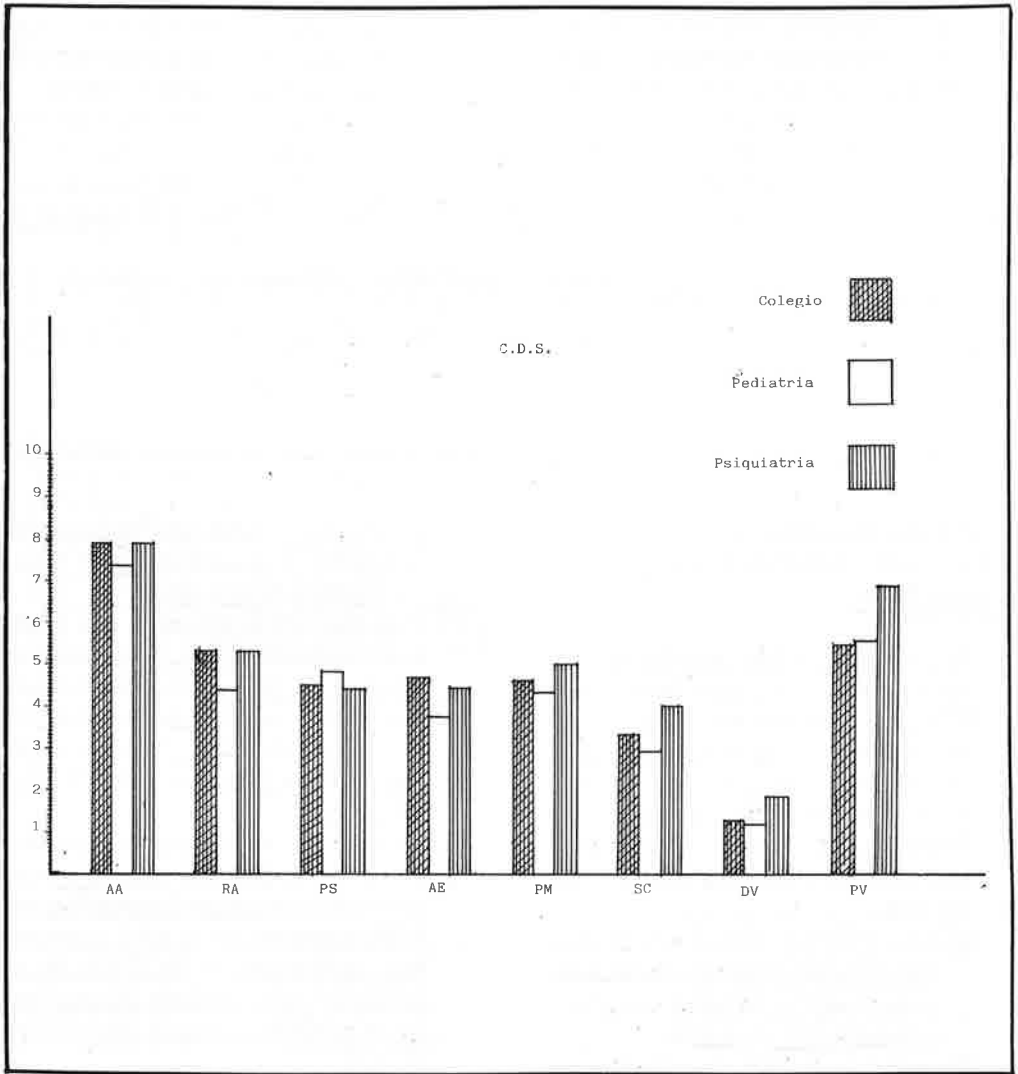
Donde vemos que, realmente no hay ninguna disparidad entre los tres grupos de la muestra, correspondiendo las puntuaciones máximas a las «afirmaciones afectivas», y las mínimas a las «diversiones varias».

En el siguiente esquema podemos ver los distintos resultados correspondientes de la baremación de los tres grupos distintos de una forma global, con los totales correspondientes a cada uno:

El método que hemos seguido, es el de valorar mediante entrevistas clínicas individuales, además de las Escalas de Valoración psiquiátricas, para las depresiones infantiles: CDS de La ng y Tisher, traducido y adaptado por nosotros y comparando los resultados con el CDI (Modificado), que ha sido adaptado y baremado por la Unidad Docente de Psiquiatría Infantil.

El CDS de Lang y Tisher, lo hemos pasado a un cuestionario con sus sesenta y seis preguntas, que están agrupadas en ocho subgrupos o subescalas, de las cuales las seis primeras detectan la parte depresiva y las dos últimas la parte positiva, o más lejana de la Depresión, quedando de la siguiente forma:

AA Afirmaciones Afectivas o Valoración Depresiva.  
RA Respuestas Afectivas.  
PS Problemas Sociales.  
AE Auto-Estimación.  
PM Preocupación por la Enfermedad o Muerte.



	Colegio	Pediatría	Psiquiatría	Total
POSITIVOS SEVEROS	0	0	1	1
« MODERADO	1	5	2	8
« LEVE	8	7	5	20
NORMAL	21	18	20	59
DEPRESION LEVE	0	0	1	1
» MODERADA	0	0	1	1
» SEVERA	0	0	0	0

## 2. METODOLOGIA

Hemos hecho un seguimiento longitudinal de cuatro niños desde los tres hasta los ocho meses. Estos niños pertenecen a familias de características socio-culturales similares:

- Igual nivel económico - Clase media.
- Igual nivel cultural - Profesionales.
- Ambiente social urbano.

Todos ellos hijos de padres jóvenes, con edades comprendidas entre los 25 y 35 años.

Se realizaron grabaciones quincenales de video en situaciones cotidianas de interrelación madre-hijo: baño, alimentación y juegos.

A cada niño se le grabaron esas tres situaciones durante treinta minutos cada una.

Posteriormente se procedió a un análisis exhaustivo de las muestras recogidas, haciendo una codificación de gestos según sus características y significados. Para establecer este significado de gesto a estudiar, cada observador por separado, lo describía y analizaba, en base a la respuesta provocada en el interlocutor, procediéndose posteriormente a una confrontación hasta llegar a un acuerdo en su valor significativo.

## 3. OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO

Tomando como punto de referencia lo anteriormente expuesto, hemos realizado un estudio en el que se persiguieron los siguientes objetivos:

- 1.º Analizar la evolución del lenguaje gestual en niños entre los cuatro y doce meses.
- 2.º Observar la influencia de la madre en esta evolución.
- 3.º Comprobar cómo la interrelación madre-hijo, condicionará las pau-

tas de conducta gestual del niño y su mayor o menor riqueza en recursos comunicativos.

- 4.º Determinar las posibles alteraciones en la comunicación temprana y analizar sus características.
- 5.º Establecer la continuidad existente entre el lenguaje gestual y verbal.

De todos estos objetivos, dada la limitación de tiempo y tema, nos centraremos en un análisis comparativo entre dos tipos de interrelación claramente diferenciados.

De estas muestras hemos seleccionado dos casos que consideramos representativos de dos tipos opuestos de interrelación y hemos analizado sus características diferenciadas.

En trabajos posteriores daremos cuenta de los resultados globales de la investigación, centrándonos en este momento en el análisis comparativo de estos dos casos a los que llamaremos A y B.

## 4. CASO A

Niña: Clara. Hija deseada. Parto normal.

Hija primera y única.

Padre: Arqueólogo. Edad 28 años.

Madre: Librera. Edad 25 años.

No asiste a guardería.

En ausencia de la madre es cuidada por su padre.

Se aprecia una buena comunicación entre madre e hija, no se producen situaciones de tensión.

En todas las filmaciones se observan, por parte de la niña, conductas típicas de distensión: piernas flexionadas, expresión facial sonriente o relajada, ausencia de gritos y no manifiesta irritabilidad, ni aún cuando llora.



La madre por su parte se manifiesta relajada, serena y sin ansiedad.

Existe una sincronización en cuanto a situaciones de demanda y gratificación por parte de ambas. En base a esta sincronización, las iniciativas de la niña son captadas por la madre que las responde y posibilita una nueva iniciativa dando lugar a lo que SCHAFFER llama «pseudodiálogo».

Todo esto se hace evidente en varios aspectos:

- 1.º Anticipación por parte de la madre a las demandas de la niña, en muchas ocasiones.
- 2.º Graduación del contacto físico: Al cogerla lo hace con suavidad, delicadamente, le acaricia frecuentemente, le da palmaditas cariñosas, la toma de las manos, etc.
- 3.º Graduación en la voz: Le habla lentamente y en un tono suave.
- 4.º Graduación en la presentación de estímulo: Sabe esperar la respuesta de la niña, dejándola que se manifieste.

En la interrelación madre-hija, se van estableciendo unos códigos gestuales que pueden clasificarse según su mensaje en:

**PETICION.** — Cuando la madre la coloca boca abajo en el sofá, la niña agita las piernas, mueve los brazos y emite vocalizaciones en forma de sonidos e hipos. Estos gestos se repiten cuando la madre le ofrece un juguete o la coge de las manos. Estas manifestaciones cesan al conseguir el acercamiento o cuando su petición se ve cumplida.

**ATENCION.** — Sigue con la mirada, incluso mueve la cabeza hacia lo que llama su atención. Abre mucho los ojos y mantiene la boca abierta al que-

dar absorta en la contemplación de algo.

**RECONOCIMIENTO DE LA MADRE.** — Sonríe a la madre cuando le habla, canta o juega con ella. Al estar en brazos de la madre, busca el contacto de sus manos. Cuando ésta le canta, fija la mirada en los labios de la madre, moviendo los suyos también, sin emitir sonidos.

**RECONOCIMIENTO DE OBJETOS Y DE SU PROPIO CUERPO.** — JUnta y separa frecuentemente las manos, para terminar llevándoselas a la boca. En otra ocasión intenta coger el mordedor para acercarlo a la boca y al no conseguirlo lo sustituye por los puños.

**SATISFACCION.** — Cuando la madre juega con ella, tomándola de las manos, emite vocalizaciones. Cuando le habla o le canta sonríe frecuentemente.

**DESAGRADO.** — Este gesto se observa en muy contadas ocasiones. Sólo cuando la mete en la cuna llora muy levemente, pero se calma en seguida.

Todos estos gestos tienen en muchos momentos del proceso comunicativo una plurifuncionalidad. Un gesto de desagrado puede llevar implícito un contenido de petición.

Estos mensajes pueden ser efectivos gracias a la situación comunicativa madre-hija y en los diversos episodios comunicativos, la niña irá aprendiendo la base de futuros mensajes orales.

## 5. CASO B

Niño: Mikel. Hijo deseado. Parto normal.

Hijo primero y único.

Padre: Médico. Edad 34 años.

Madre: Maestra (no ejerce). Edad 29 años.

No asiste a guardería.

En este caso la comunicación no parece satisfactoria y constantemente se producen situaciones de tensión por ambas partes.

Hemos observado en el niño, frecuentes manifestaciones de irritabilidad (gritos, lloros), tensión muscular (piernas estiradas, palmas de las manos muy abiertas) y gestos en la expresión facial que van de la insatisfacción al susto.

En este caso la madre presenta una situación emocional de ansiedad, provocada por una serie de factores que inciden directamente en su situación personal. Se encuentra en un momento de provisionalidad en cuanto a residencia (trasplantada de su ciudad de origen a otra en la que no se ha integrado totalmente), alejada de su familia; incluso, por motivos profesionales el contacto con el marido es irregular. La madre no trabaja fuera de casa y toda su actividad se centra en atender al niño sin tener un momento de expansión. Vive en un apartamento muy reducido.

Esta situación de ansiedad de la madre, es determinante en la relación con el hijo, lo que se traduce en una falta de sincronización.

En contraposición con el caso anterior, aquí el diálogo madre-hijo es muy limitado. La madre no respeta un ritmo de pausa-acción. Lanza constantemente estímulos sin esperar respuesta, manifestando conductas descontroladas y sin organización. (Esto último se advierte, también, en el ambiente físico de la habitación: ropa, juguetes...)

Al cambiar constantemente de actividad, la madre no capta las demandas del niño e incluso interrumpe sus iniciativas de reconocimiento y exploración de

objetos, sin dejar paso a posibles manifestaciones del niño.

La madre intenta el juego con él, pero lo inicia de forma brusca (incluso golpeando los juguetes), presentándole y retirándole al mismo tiempo varios objetos, sin dar al niño tiempo de dirigirles su atención.

Durante la toma del biberón, la madre no se centra en el niño, se mueve constantemente y le retira el biberón en varias ocasiones. No le acaricia, o si lo hace es de una forma nerviosa al mismo tiempo que le sujeta las manos. No se relaja ella ni deja que el niño lo haga. En un momento en que el niño está relajado a punto de dormirse, la madre hace sonar bruscamente un muñeco, lo que le irrita sensiblemente y comienza a llorar.

Las manipulaciones resultan siempre bruscas y constantes sin tener en cuenta las apetencias de un niño (continuos cambios de postura, lo frota con la toalla cuando ya está seco).

Le habla continuamente de una forma rápida y en un tono alto que en ocasiones se hace amenazador y que generalmente se acompaña con gestos que provocan en el niño una respuesta de desagrado que se manifiesta por el llanto, tensión y rigidez de extremidades.

En resumen:

El diálogo madre-hijo, es muy limitado dado que los canales de comunicación visual, bocal y táctil, son constantemente interrumpidos, ya que la iniciativa a que puede dar lugar la conducta del niño, no es aprovechada por su madre al no seguir el ritmo espontáneo del bebé. La madre no se ajusta a un patrón de interacción natural e impide de este modo, un diálogo organizado temporalmente según los mecanismos endógenos de la relación.

Como consecuencia la conducta del niño cambia y se manifiesta en una dirección concreta que es el llanto y de

otros gestos de protesta, insatisfacción o desagrado, que no le dejan desarrollar las pautas específicas de su conducta.

El niño es activo, pero no puede ser capaz de una conducta organizada y espontánea, como consecuencia de que su madre no es consciente de lo que resulta más apropiado en un determinado momento, y no se ajusta a las exigencias del niño.

## 6. DISCUSION

Los casos presentados nos muestran, cómo la interrelación madre-hijo es un proceso de comunicación total en el que intervienen, el contacto físico, los gestos faciales y corporales, la entonación y el lenguaje oral.

La base de este proceso, es la sincronización de la pareja. El niño desde sus comienzos, aprende las reglas de un diálogo basado en la reciprocidad y va elaborando mensajes como son la petición,

negación (rechazo), la expresión de estados emocionales afectivos, las referencias a sí mismo y al entorno, que más tarde se enriquecerá a medida que vaya dominando el lenguaje verbal.

Los dos casos presentados, responden a dos modelos bien diferenciados de interrelación. Uno, al que podemos considerar como modelo normal y el otro que por sus características y consecuencias puede ser la causa de algunas alteraciones que desencadenen una patología. Este último modelo, al alterar substancialmente los patrones básicos de la comunicación temprana, puede dar lugar a trastornos posteriores del lenguaje, como son: retraso de lenguaje, disfasia evolutiva y autismo.

Creemos que el patrón interaccional básico en estos dos modelos es lo que SCHAFFER llama «el maternazgo», que pone en relevancia el papel fundamental de la madre en el proceso de interrelación y comunicación en los primeros meses de vida.

## BIBLIOGRAFIA

- SCHAFFER: *Studies in Mother - Child - Interaction*. London A. Press, 1977.
- LA FRANCE, M.: *On The acquisition of. noverbal comunicacion: A. Review*. Merril - Palmer Quarterly, Vol. 24.
- RUTTER, M.: *Maternal deprivation*. 1972-1978. New findings New concepts. New approaches - Child developments.
- CHAFFER, H. R. y CROOK Ch. K.: «El papel de la madre en el desarrollo social temprano». *Infancia y aprendizaje*, 1981, 15, págs. 19-37.  
«Socialización y aprendizaje en los primeros años». *Infancia y aprendizaje*, 1980, 9, págs. 73-83.
- LEVI, G.; PIPERNO, F. y ZOLLINGER, B., 1981: «Trastornos específicos de la comunicación y disfasia evolutiva». *Anuario de Psicología*, 1982, 1, págs. 41-56.
- KENT, L. R.: «El niño que no se comunica». *Rev. de logopedia y fonoaudiología* 1983, vol. III y II, págs. 78-95.
- BOWLBY, J.: «Attachment and. Loss». Vol. I. London Hogarth, 1969.
- BRUNER, J. M.: «De la comunicación al lenguaje». *Monografía, infancia y aprendizaje (1982)*.
- SIGUAN, M.: «De la comunicación gestual al lenguaje verbal». *La génesis del lenguaje*.
- Agradecemos a los padres de los niños su colaboración.

# ESTUDIO PRELIMINAR CLINICO, ELECTROENCEFALOGRAFICO Y FARMACOCINETICO DEL VALPROATO SOBRE UNA CASUISTICA INFANTIL

Ron, R.; Docampo, G.; Martínez-Pacheco, R.; Graña, I.; González-Conde, M.; Tojo, R.; Vila-Jato, J. L.

1. Departamento de Pediatría. Hospital General de Galicia.
2. Servicio de Electroencefalografía. H. G. G.
3. Departamento de Farmacia Galénica. Facultad de Farmacia.

El Valproato Na, a pesar de ser una molécula conocida desde hace más de un siglo, no encontró utilidad clínica como fármaco anticonvulsivo hasta la década de los sesenta. Una serie de controversias sobre su utilidad clínica retrasó su introducción, como tal, en Estados Unidos, hasta 1978. Hoy día se utiliza preferentemente en profilaxis de convulsiones febriles (1), ataques Mioclónicos y ataques Tónico-Clónicos de Epilepsia generalizada (2), Ausencias y en todas las variedades de Epilepsia Parcial (3), aunque no han sido bien establecidos sus efectos colaterales y persisten dudas sobre su utilización en pacientes con problemas no severos por el posible daño testicular (4).

En esta incertidumbre puede situarse el origen de la presente comunicación.

Su objetivo es realizar una evaluación clínica y farmacocinética del Valproato Na en una población infantil.

## METODO

Este estudio ha sido realizado sobre una población constituida por 32 niños gallegos —16 niños y 16 niñas— pertenecientes a las consultas externas de Pediatría del Hospital General de Galicia y con edades comprendidas entre 3 y 14 años.

De cada paciente se han obtenido los siguientes datos clínicos: tipo clínico de Epilepsia, respuesta clínica en cuanto a desaparición total o parcial de las crisis, normalización del Electroencefalograma y efectos secundarios.

Todos los niños estaban a tratamiento con Valproato Sódico.

Asimismo se ha realizado una determinación de la concentración plasmática de ácido Valpróico, utilizando la técnica analítica EMIT (5), entre 2,5 y 3,5 horas después de administrar una nueva dosis, habiéndose alcanzado el estado estacionado ya que todos los pacientes seguían tratamiento continuado al menos durante 30 días.

La evaluación de la respuesta clínica se realizó a través del porcentaje de remisión de crisis, incluyendo a cada paciente en uno de los siguientes grupos:

- Respuesta *Muy Buena*: remisión total de crisis.
- Respuesta *Buena* : remisión del 75% de las crisis.
- Respuesta *Regular* : remisión del 50% de las crisis.
- Respuesta *Mala* : remisión de menos del 50% de crisis.

La normalización del Electroencefalograma se evaluó de la siguiente forma:

- Respuesta *Buena* : normalización del trazado.
- Respuesta *Regular* : atenuación de la incidencia del fenómeno patológico.
- Respuesta *Mala* : no modificación del trazado.

Los efectos secundarios evaluados pueden dividirse en dos grupos: bioquímicos (elevación de transaminasas,

aumento de velocidad de sedimentación globular, trombopenia, pruebas de coagulación sanguínea) y clínicos (alopecia, intolerancia gastrointestinal).

El parámetro utilizado para apreciar diferencias de tipo poblacional en la farmacocinética del Valproato Sódico, ha sido el Aclaramiento Plasmático. Su valor, para cada paciente, ha sido estimado a través del cociente entre la dosis administrada y la concentración plasmática (que se asimila a la concentración media en el equilibrio).

Para analizar la incidencia de diversos factores (sexo, edad, índice nutricional y dosis) sobre el valor del Clp. plasmático, hemos utilizado un modelo de regresión múltiple lineal que nos permite expresar el Clp como variable dependiente de los factores antes señalados, en la forma: (6)

$$\text{Clp} = a + a_1 \cdot \text{Edad} + a_2 \cdot \text{Sexo} + \dots$$

## RESULTADOS

La evaluación clínica se llevó a cabo sobre 25 de los 32 pacientes analizados. De ellos un 44% recibieron Valproato Sódico como terapia sustitutiva de otros anticonvulsivos que no resultaron eficaces; el 56% restante recibió Valproato Na desde el comienzo de su terapia.

De la patología observada en esta población, separamos, en una primera aproximación, el grupo compuesto por 5 niños, con convulsiones febriles. El segundo grupo, constituido por niños con crisis epilépticas de diverso tipo, que totalizan 20, fueron distribuidos de acuerdo con su sintomatología clínica y encefalográfica en los grupos y porcentajes que se recogen en la Tabla I. En la misma, se recogen los resultados clínicos obtenidos en lo que a reducción de frecuencia de crisis se refiere, tanto para la población global analizada, como pa-

**Tabla I. RESULTADOS OBTENIDOS PARA LOS DISTINTOS TIPOS DE CRISIS PADECIDAS**

Tipo de crisis	% Niños	M.B.	B.	R.	M.
CONV. FEBRILES	20%	100%			
TONIC-CLONIC. GRALZ	32%	63%		25%	12%
TONICAS	8%	50%		50%	
PETIT MAL	12%	33%	33%		33%
PARCIALES	12%	100%			
SIND. DE WEST	4%	100%			
SIND. DE LENNOX	12%	33%	33%		33%

ra los distintos tipos de crisis detectadas.

Los distintos grados de normalización del E.E.G. se recogen en la Tabla II.

En lo que a aparición de efectos colaterales se refiere, el seguimiento de los pacientes nos ha permitido detectar 2 casos de elevación leve de la V.S.G., una alopecia ligera y 2 casos de intoleran-

cia gastrointestinal que no impidieron la continuación del tratamiento. No se han presentado elevaciones significativas de GOT y GGTP, ni desviación en pruebas de coagulación (tiempo de hemorragia).

Utilizando el modelo de Regresión Múltiple Lineal antes descrito, hemos evaluado el efecto de 4 factores sobre el C<sub>ip</sub> plasmático del Valproato Na con

**Tabla II. RESULTADOS OBTENIDOS PARA LOS DISTINTOS TIPOS DE EVOLUCIÓN ELECTROENCEFALOGRAFICA**

	Buena	Regular	Mala
Evolución E. E. G.	44%	30%	26%

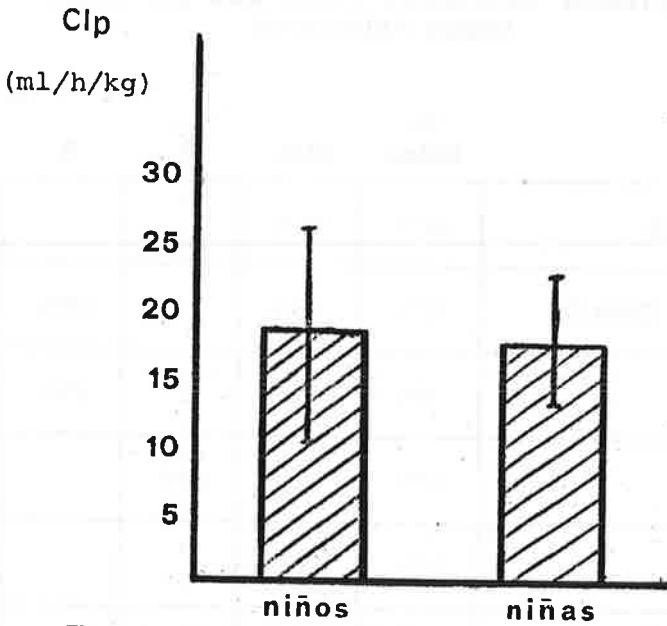


Figura 1. Efecto del Sexo sobre el Clearance Plasmático del Valproato Sódico.

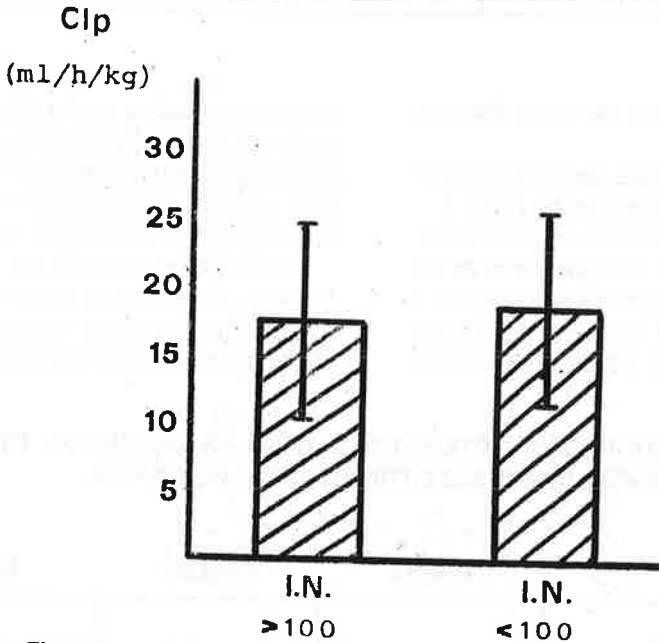


Figura 2. Efecto de la Obesidad sobre el Clearance Plasmático del Valproato Sódico.



el fin de establecer subgrupos de la población infantil con diferentes requerimientos posológicos (de resultar significativo alguno de los factores bajo estudio).

Como queda patente en la Figura 1, no existen diferencias en el valor del aclaramiento en los dos subgrupos. El ANOVA de la Regresión ratifica la no significatividad del sexo del paciente. ( $F = 0.620$  con 30 y 1 G.L.). Por otra parte, es importante destacar que la variabilidad interindividual es muy superior en el grupo de varones ( $= 8,69$ ) frente al de mujeres ( $= 4,60$ ).

Otro de los factores analizados es la obesidad. Para ello, hemos dividido a los pacientes en dos subgrupos en función

de que el valor para su índice nutricional sea superior o inferior al valor 100 teórico. Los resultados obtenidos son, también, concluyentes, ya que, como puede observarse en la Figura 2 existe una gran coincidencia en el valor medio del Clp, lo que conduce a la obtención de diferencias no significativas en el ANOVA de la regresión correspondiente. ( $F = 1.842$  para 30 y 1 G.L.).

El efecto de la Edad y de la Dosis administrada sobre el Clp, analizados ya como variables continuas, tampoco conducen a la detección de diferencias significativas. El ANOVA de la regresión lo ratifica:  $F = 0.925$  para 30 y 1 G.L. y  $F = 1.624$  con 30 y 1 G.L. respectivamente. Las Figuras 3 y 4 muestran la

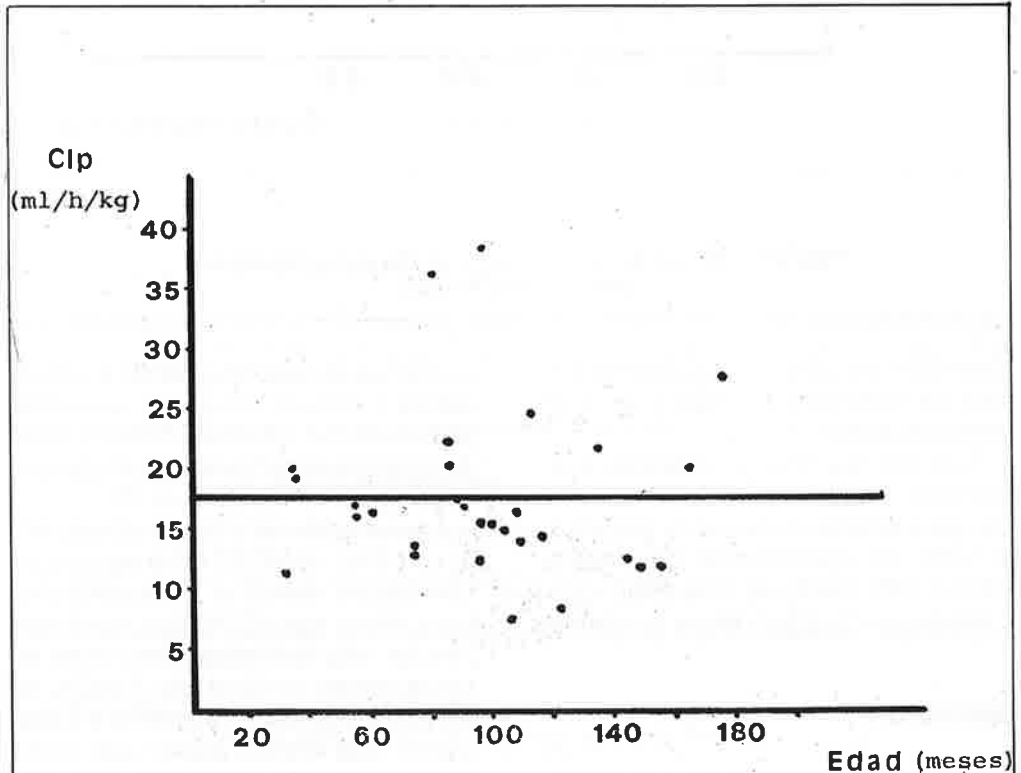


Figura 3. Efecto de la Edad sobre el Clearance Plasmático del Valproato Sódico.



# RESUMEN DE UNA TESIS DOCTORAL \*

Dr. García Prieto, Angel. Psiquiatra

Hospital Psiquiátrico de Oviedo.\*\*

«ALCOHOLISMO, INMIGRACIÓN Y HOGARES DISOCIADOS: REPERCUSIONES PSICOPATOLÓGICAS EN LOS HIJOS. (ESTUDIO SOCIO-EPIDEMIOLÓGICO Y ESTADÍSTICO)».

(\*) Director de la Tesis: Prof. Dr. D. Salvador Cervera Enguix. Catedrático de Psiquiatría. Profesor Ordinario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

Presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Mayo 1983.

(\*\*) Autor de la Tesis.

Fecha de envío: Marzo 1984.

Después de una breve introducción, en la que se explican las motivaciones personales del autor para realizar el trabajo, hay tres capítulos de planteamientos teóricos y bibliográficos sobre los problemas que presenta el alcoholismo, la migración y los hogares disociados en los hijos, enfocados desde un punto de vista clínico. Se añaden datos de tipo sociológico que apuntan la incidencia de estos tres factores en la región asturiana.

La segunda parte plantea los objetivos del trabajo, que se pueden resumir con el enunciado de la 1.<sup>a</sup> hipótesis:

«Si el alcoholismo paterno está presente, es un factor que —por vías más o menos conocidas— actúa concomi-

tante, añadida, causal o concausalmente con otras circunstancias de tipo social, ambiental y clínico-etiológicas, y ejerce un efecto psicopatogénico desencadenante o agravante, aunque diagnósticamente inespecífico, en la descendencia». Las otras dos hipótesis de enunciación similar, se refieren a la inmigración de los padres y a la disociación familiar.

La dependencia con estos tres factores se busca en estos datos: edad, sexo, lugar geográfico de procedencia, motivo de la toma a cargo asistencial, profesión de los padres, grado de dependencia del enfermo con la familia o con instituciones sustitutivas de ésta, escolaridad, naturaleza de la filiación, asistencia psiquiátrica necesaria, patología

del padre, de la madre, de los hermanos, de otros familiares próximos, embarazo, parto, desarrollo psicomotor, enfermedades somáticas, resultados de pruebas complementarias (E.E.G., estudios psicométricos y psicológicos), alteraciones del desarrollo, trastornos psicosomáticos, continuidad en el tratamiento y diagnóstico final.

En la tercera parte se justifican los métodos empleados: clínico y socioepidemiológico, y el sistema estadístico con que van a ser tratados los resultados de la observación: medida de frecuencia y tests de  $X^2$ . Posteriormente se describe el campo de estudio: Asturias, Hospital Psiquiátrico de Oviedo y Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil, y se definen los datos a investigar, buscando criterios de amplia aceptación para cada una de las variables en que puedan ser catalogadas.

La población es estudiada retrospectiva y longitudinalmente en una muestra de 200 historias clínicas —de extracción homóloga— de niños o adolescentes, tratados hospitalaria o ambulatoriamente, durante los años 1976-1980 en el referido Servicio.

Ese conjunto de historias se dividen en dos grupos: Grupo de Estudio (G.E.) y Grupo de Control (G.C.), que serán contrastadas con la metodología antedicha. El G.E. está constituido, para el estudio de la primera hipótesis (alcoholismo paterno), por 100 hijos de alcohólicos y el G.C. por otras 100 historias de niños o adolescentes cuyos padres no son alcohólicos. Para la segunda hipótesis el G.E. lo configuran 44 casos de hijos de inmigrantes interprovinciales y el G.C. 156 hijos de autóctonos.

La tercera hipótesis (disociación familiar) va a ser investigada con un G.E. de 31 enfermos a comparar con otros 31 cuya familia no está disociada.

Se exponen los resultados en tablas de datos comentados, para pasar a contrastarlos con otros datos similares, procedentes de la bibliografía citada en la primera parte.

Las conclusiones se pueden resumir en la siguiente tabla, que expresa la dependencia de cada una de las variables estudiadas respecto a aquella principal hipotética.

La tesis tiene una extensión de 278 páginas, se incluyen unas 30 figuras y 130 citas bibliográficas.

Variable estudiada	Hijos de alcohólicos		Hijos de inmigrados		Hijos de hoga- res disociados	
	N.º casos	GE:100. GC:100	GE:44. GC:156	GE:31. GC:31	GE:31. GC:31	GE:31. GC:31
Edad		NO	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Sexo		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Relación enfermos ingresados/ambulatorio		NO	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Origen geográfico, o lugar de vecindad		N.S.	N.S.	N.S.	*	N.S.
Familia oriunda o inmigrada		**	NO	N.S.	N.S.	N.S.
Hogar normal o disociado		*	N.S.	N.S.	NO	NO
Filiación matrimonial o extramatrimonial		N.S.	N.S.	N.S.	***	***
Dependencia: de la familia o de institucion.		N.S.	N.S.	N.S.	**	**
Situación sociolaboral de los padres		***	N.S.	N.S.	*	*
Escolaridad		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Demanda asistencial		***	N.S.	N.S.	*	*
Antecedentes psiquiátricos del padre		NO	*	*	*	*
Antecedentes psiquiátricos de la madre		***	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Antecedentes psiquiátric. de los hermanos		***	*	*	NO	NO
Antecedentes psiquiatr. de otros familiares		***	N.S.	N.S.	NO	NO
Alteraciones en el embarazo y/o en el parto		N.S.	**	**	N.S.	N.S.
Alteraciones en el desarrollo psicomotor		N.S.	*	*	N.S.	N.S.
Enfermedades somáticas		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Trastornos de conducta		***	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Otros trastornos		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Electroencefalogramas		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Estudio psicológico: CI, neuroticismo, psicoorganicidad		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Diagnóstico		N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Continuidad/discontinuidad en la relación terapéutica		***	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

\* = p 0,05

\*\* = p 0,01

\*\*\* = p 0,001

N.S. = no significativo

NO = no se realizó

G.E. = Grupo de Estudio

G.C. = Grupo de Control



# UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO EN EQUIPO EN PSIQUIATRIA INFANTIL EN UN HOSPITAL COMARCAL

Equipo de Psiquiatría Infantil:

Roser BALCELLS  
Mercè BOIXET  
Marcelo CEVALLOS  
Paquitona FLORIACH  
Teresa M.<sup>a</sup> PETIT  
M.<sup>a</sup> Carmen SANCHEZ

## 1. CONCEPTOS GENERALES

Al hablar de planificación psiquiátrica, desde siempre ha existido la tendencia a marginar al enfermo mental y a considerarlo un enfermo diferente que tenía que mantenerse fuera de los centros hospitalarios y demás instalaciones dedicadas al tratamiento del enfermo en general. Es verdad que se crearon los manicomios, pero la intención fundamental de esta iniciativa no ha sido precisamente procurar la recuperación psíquica y social del enfermo sino preservar a la sociedad de un tipo de pacientes considerados peligrosos o en el mejor de los casos desagradables.

En nuestra concepción de lo que tendría que ser una asistencia psiquiátrica adecuada, el primer postulado es defen-

der la necesidad de que el tratamiento del enfermo mental se haga dentro de la red sanitaria general. La Psiquiatría tendría que ser considerada como una especialidad más y las unidades de tratamiento psiquiátrico deberían estar localizadas en el hospital, al lado de cualquier servicio médico.

Es evidente que la práctica psiquiátrica precisa de otro tipo de equipamientos (talleres, residencias, etc.) dadas las características del enfermo, pero lo que no se puede descuidar es otorgar al hospital el papel que le corresponde en el tratamiento del enfermo mental. A su vez cualquier equipamiento debería estar integrado en la mencionada red general.

Dos criterios más vendrían a completar la concepción de un modelo asisten-

Tipo de escuela	Nº escuelas	Nº alumnos
Estatal	19 ( 7 Guarder.)	124.31
Religiosa	10	8.412
Privada	6 (37 » )	4.898
TOTAL	35 (44 Guarder.)	26.731

### 3. EQUIPAMIENTOS DE LA COMARCA

Este apartado se refiere exclusivamente al campo de la paido-psiquiatría, sin contar el Equipo de nuestro Hospital.

- 3 Neuropsiquiatras de zona.
- 7 Equipos Psicopedagógicos municipales con un total de 12 psicólogos, 2 logopedas y 1 pedagogo.
- «Equip d'Assessorament Psicopedagògic» de la Generalitat de Catalunya, con 1 psiquiatra, 3 psicólogos, 2 pedagogos y 1 asistente social.
- 17 aulas de Educación Especial dentro de las escuelas públicas.
- Centro Psicopedagógico del Maresme. Es un patronato que dispone de varias instalaciones dedicadas fundamentalmente a la asistencia de deficientes psíquicos. Consta en total de 188 plazas (talleres y escuela especial) y realiza además el tratamiento ambulatorio de 25 niños (fisioterapia, logopedia, etc.).
- Escuelas especiales privadas con unas 50 plazas en total.
- Equipo Asistencial de Malgrat, depende de la Diputación de Barcelona y aunque básicamente se dedica a adultos, visitan también algún niño.
- Centro de Prevención de delincuencia. Consta de piso-residencia (16 plazas), talleres (15 plazas) y centros de esparcimiento. Dispo-

ne en total de 10 educadores y 3 asistentes sociales.

- «Servei de Salut Escolar», es municipal y consta de 1 pediatra, 1 ATS y 1 administrativo.

### 4. DESCRIPCION DEL HOSPITAL Y DEL EQUIPO

Se trata de un hospital de 147 camas que dispone de las especialidades médico-quirúrgicas básicas. Desde hace casi dos años funciona un Servicio de Pediatría que dispone de 22 camas.

Existe en el hospital un Servicio de Psiquiatría, que está formado por 12 miembros, divididos en 3 equipos: adultos, alcoholismo y toxicomanías e infantil. El Servicio de Psiquiatría viene funcionando desde hace unos 7 años y ha ido creciendo progresivamente en función de la demanda, que cada vez es mayor. Inicialmente se veía algún niño por iniciativa de los padres o porque el análisis de la situación familiar permitía detectar los trastornos en los hijos.

Desde hace unos 3 años quedó constituido definitivamente el equipo de Psiquiatría Infantil, que está formado por las siguientes personas:

- 1 psiquiatra a dedicación completa (40 horas sem.)
- 1 psiquiatra a dedicación parcial
- 1 psicólogo a dedicación completa
- 1 psicólogo a dedicación parcial
- 2 reeducadoras a dedicación completa



## 5. ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE PSIQUIATRIA INFANTIL

Asistencia a los pacientes

Sesiones Clínicas del equipo de Psiquiatría Infantil del Servicio de Psiquiatría con el Servicio de Pediatría con el Servicio de Neurología con otras especialidades

### Asistencial

Entrevistas con Profesores Asistentes Sociales de zona Otros centros

Sesiones de formación y divulgación para padres y maestros

### Formación

Sesiones de la Academia de Ciencias Médicas  
Sesiones de Formación continuada para el Méd. Cabecera  
Sesiones en otros centros (Barcelona)

### Docencia

Seminario anual sobre temas monográficos  
Participación en las sesiones de la Ac. de C. Médicas  
Participación en el curso de formación continuada para el médico de cabecera

## 6. DESGLOSE DE LAS VISITAS QUE SE EFECTUAN SEMANALMENTE

Tipo de visita	N.º visitas	Duración media
1.ª visita .....	5	1 hora
Psicodiagnósticos .....	5	2 horas
Psicoterapias (semanales) ..	28	50 min.
Visitas (quincenales) .....	16	45 »
Visitas control (a padres o niños .....	18	30 »
Reeducaciones .....	60	50 »
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	

## 7. PROCEDENCIA DE LAS VISITAS

• Escuelas .....	50%	• Otros servicios hospital .....	12%
• Pediatra o médico cabecera	10%	• Asistente Social de zona .....	4%
• Neuropsiquiatra de zona .....	20%	• Otros centros .....	3%
		• Urgencias hospital .....	1%



# LA DEPRESION EN LA INFANCIA COMO ENCRUCIJADA BIOLOGICA Y SOCIAL

Dr. D. José Luis Alcázar Fernández  
Dr. D. Prudencio Rodríguez Ramos

SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE AVANCES EN DEPRESIONES INFANTILES.

Sevilla, febrero 1983

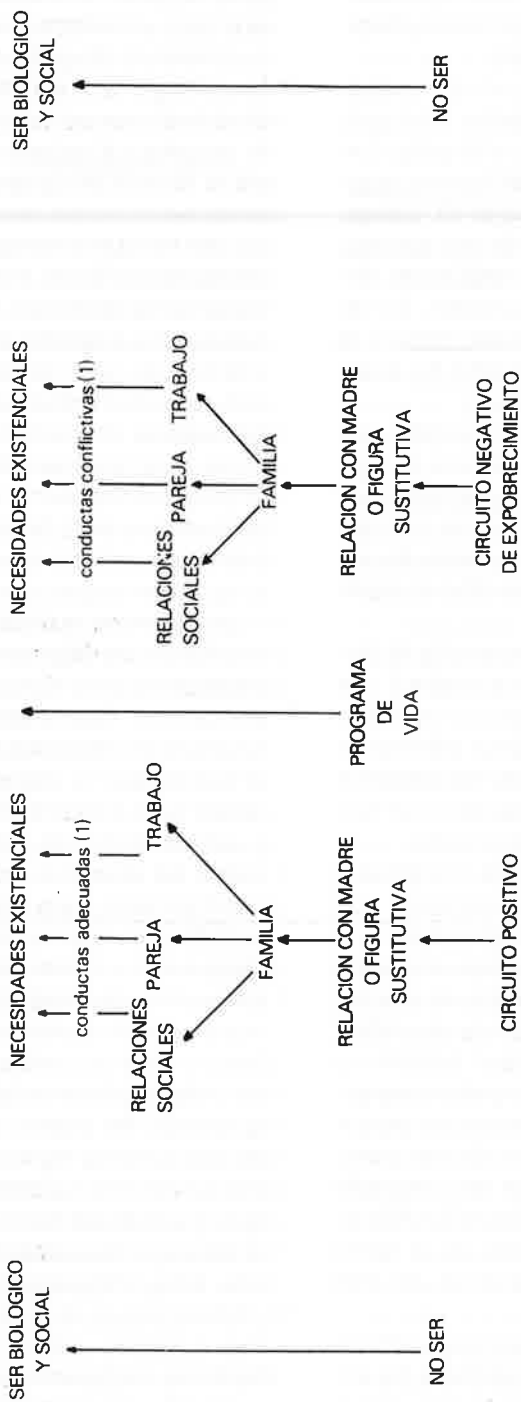
Entendemos la depresión como el conjunto de manifestaciones de un conflicto que se le plantea al individuo en un momento de su curva vital y que emerge en su comportamiento visible (conductas) y no visible (pensamientos y sentimientos) de diferentes maneras según su momento evolutivo. Por ello creemos que, en su expresión, existirán notables diferencias entre el adulto y el niño.

En la última década asistimos a un incremento de la atención dirigida hacia la depresión de la infancia y la adolescencia, y en el momento actual parece existir un proceso de focalización de la investigación sobre este tema a nivel mundial, como en otras etapas anteriores sucedió con las disfunciones cerebrales mínimas o, más recientemente, con los trastornos del aprendizaje.

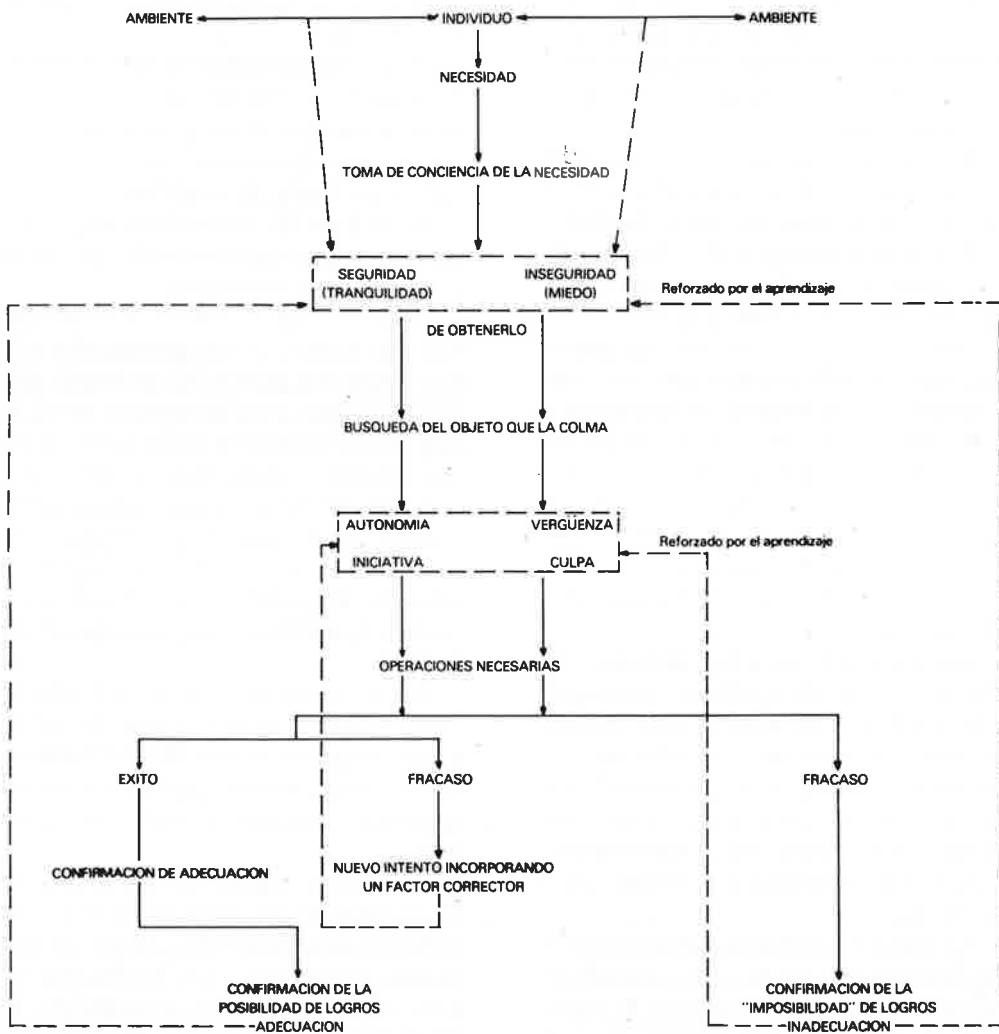
Este interés se aprecia por el gran número de los trabajos de investigación aparecidos en las publicaciones especializadas de diferentes países, tanto en los aspectos etiológicos como en los diagnósticos y asistenciales.

Resalta igualmente la aparición de diversos criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil y de los que algunos de ellos son una adaptación y otros aplicación directa de los establecidos en escalas para adultos. Este hecho, a nuestro juicio, ya introduce una distorsión al presuponer una semejanza adulto-niño (ya padecida en la psiquiatría infantil con anterioridad), y pueden dejar fuera características propias de estas etapas del desarrollo de la vida.

Los criterios de Weimberg, Cytryn y McKnew, Kovacs-CDI, KIDDIESADS de Puig-Antich y DSM-III, entre otros, son



(1) Conductas esquematizadas, dirigidas a unos fines y que es posible fraccionar en secuencias y analizar



## OPCION 2

— Cuando está ro puedes ir con con mamá: papá...». (Doble «Sólo conmigo vínculo). Confu- estarás bien... pe- sión.

## RESULTADO

— Situación emocional: Ambivalencia entre atracción y rechazo. Agresividad hacia los dos; represión de la misma y sustitución por miedo, ante las posibles consecuencias de su manifestación:

— Pérdida de afecto, protección y cuidados; sería igual a desaparición.

— Temor al castigo. Culpa, ansiedad, depresión.

Estructuración fóbico-ansiosa, stress, manifestaciones vegetativas, motóricas, intelectuales y sociales.

Si es excesivo: «no hay salida», proyección del pasado hacia expectativas negativas de futuro y construcción de un programa de vida, de una imagen de sí y del mundo distorsionada y generalizada, desesperación de no encontrar salida y posible estructura de una situación vital depresiva.

Todo niño tiene unas necesidades básicas, además de alimento, objetos materiales y techo, que sólo un entorno protector puede proporcionarle. En el caso de nuestra paciente surgen dificultades repetidas que pueden marcar deficiencias en su desarrollo. Estas quedarán resaltadas si continuamos comparando el desarrollo de la niña con un desarrollo tipo.

El niño necesita, a partir de cierto momento en que alcanza un estado de conciencia de posible pérdida, la certeza de tener asegurada la provisión en el futuro de esas necesidades para evitar la ansiedad (miedo) que produciría la posibilidad de su pérdida y que sería equivalente a su desaparición, a su no posibilidad biológica de ser. Aquí, el entorno debe transmitirle la sensación de

que tiene todo lo que ella necesita en cantidad suficiente y que está dispuesto a proporcionárselo.

Son las actitudes (de la figura de la madre), a través del contacto físico (tocar, acariciar, mecer), verbal (suavidad, ternura) y visual las que mostrarán a la niña cómo es el mundo y qué puede esperar de él. Momento crucial, ya que la generalización de este modelo de «su mundo al «otro», en el futuro fijará su posición vital, afectiva y efectiva.

El paso siguiente, la necesidad de pertenencia a algo o a alguien, vemos que está frustrada pues el grupo familiar es mutante e inestable. Las conversaciones escuchadas, las ausencias del padre, las depresiones de la madre, la doble figura materna (madre, madrina), la venida de un nuevo niño, es un mundo caótico e inestable, no malo en sí, pero diferente a lo que ya comienza a ver en su alrededor.

El cómo ser que aprende de la madre sin el contrapeso del padre, lleva a unas conductas no contrastadas o compensadas y a una imitación de comportamiento que en un futuro podrían llevarla a una inadecuación.

Sus relojes internos, probablemente, la se verán afectados en sus ajustes por todo esto y teniendo en cuenta la etapa adaptativa del organismo al ambiente, para la supervivencia, se adecuará a ese entorno y sus homeóstasis internas la prepararán a sensaciones, emociones y comportamientos válidos para ese «mundo» (su mundo), aunque ello sea obsoleto e incluso perjudicial para el día de mañana.

Se comprende el mundo a través de «interpretar» indicadores y señales del ambiente que movilizan, «confirmando» expectativas ya establecidas.

Hacia los cuatro años la niña habría estructurado ya un bastidor con una serie de expectativas de sí misma (si es o no hábil y capaz para resolver sus ne

cesidades) y del mundo (si es o no aceptada, qué puede esperar de él de positivo o de negativo). El bastidor aentra automáticamente en acción, programando respuestas que sólo con un control consciente se pueden redefinir, pero que no resulta fácil, ya que, al automatismo de la respuesta condicionada y reforzada por la repetición se une la modulación emocional y vegetativa del impulso.

El bastidor se forma por una serie de estereotipos que las personas van insertando conforme a sus experiencias e información, para adecuarse al medio y sobrevivir en él y prevé respuestas incluso para situaciones no explícitamente vividas aún.

Sería un esbozo de guión de vida estereotipado y condicionante de su futuro estar en el mundo. Punto de referencia de su posición existencial y de la «del otro» (relación sujeto-objeto), vivida en este caso desde una posición básica depresiva que le llevaría a alejarse del objeto, con el cual no tiene posibilidad de compartir sus cuidados, información y tiempo.

Para que haya cristalización tiene que haber concentración. En los primeros años se van concentrando las experiencias que cristalizan en el síndrome depresivo del adulto.

En primeras etapas hay «reacciones químicas» (dos cosas diferentes forman algo nuevo. Se crean, se troquelan experiencias).

En segundas etapas hay «transformaciones físicas» (las experiencias suelen ser «variaciones sobre un tema»).

El niño tiene unas posibilidades de ser, unas necesidades biológicas, psicológicas y sociales (en orden progresivo) y unas tareas consecuentes a realizar para llenarlas y que van desde un mínimo de posibilidades de contacto con el medio para satisfacer sus necesidades (como es llorar para llamar la

atención sobre él y chupar para incorporar el alimento que calma su desestarse y colma sus necesidades de supervivencia), hasta las habilidades más o menos desarrolladas en el adulto a través del aprendizaje para adecuarse al medio.

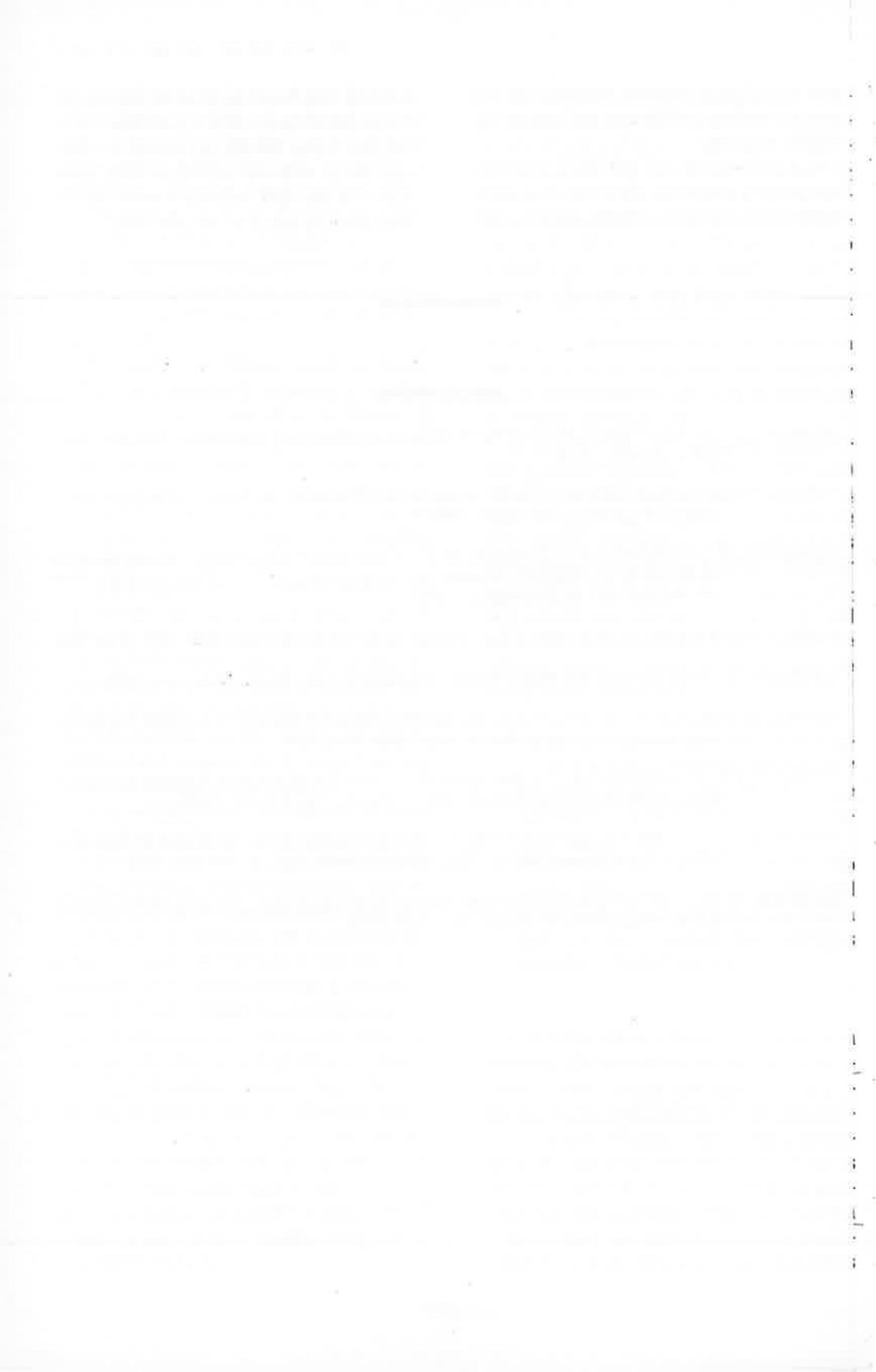
La incapacidad para cumplir estas tareas puede surgir en el niño, en el entorno o en los dos, con lo que aparece el conflicto. A partir de ahí, y si en el tiempo básico que transcurre antes de adoptar una identidad (hasta los ocho años más o menos), no se colman las lagunas en sus aprendizajes, se comenzará a recorrer un camino semejante a la representación del infinito ( ) («nada ha cambiado porque nada es diferente ya que todo es igual»).

Si la presión del programa no sobrepasa unos límites, el sentido de realidad y un apoyo o reorientación puede ayudar a actualizar y modificar el bastidor; en caso contrario se seguirán empleando los mismos códigos de respuesta e interacción aprendidos.

¿Podría aquí plantearse un condicionamiento de las estructuras biológicas a través de reforzarse unos circuitos por mayor utilización que otros?

Los síntomas diana de esta vivencia dolorosa del ser y que constituirían el cuadro clínico, estarían condicionados por la fase evolutiva en que se encuentre el organismo, a través de la estructura que en ese momento predomina en su desarrollo. A nuestro juicio, la secuencia probable sería: estructuras neurovegetativas y áreas motóricas, alteraciones en los aprendizajes de conductas sociales y trastornos del humor, con toma de conciencia de los propios estados del ánimo.

Si bien en alguna medida todas las áreas se afectan, unas primarían sobre otras según la etapa de infancia, adolescencia y edad adulta en que nos encontremos.





---

# ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD

---

## MISCELANEA

# SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL

### **A PROPOSITO DE LA CELEBRACION EN VALENCIA DE LA III REUNION DE ESTA SOCIEDAD**

Hacia lustros que se iba desarrollando en España, especialmente en Barcelona y en Madrid, de un modo callado y paulatino, la especialización paidopsiquiátrica, cuando el doctor J. Solé Sagarra, en 1940, se puso en contacto personal en Berna con el profesor M. Tramer, dirigente suizo y mundial de la Neuropsiquiatría infantil, con objeto de recabar apoyo de la «International Association for Child Psychiatry» para fundar en nuestro país la correspondiente filial. El

resultado de tal gestión fue convocar en Barcelona reuniones preparatorias de los médicos más interesados en tal idea, en las que se decidió fundar una Sociedad de Neuropsiquiatría infantil de carácter nacional, adherida a la mencionada Asociación Internacional de Neuropsiquiatría infantil. Se nombró una Comisión Organizadora, compuesta por los doctores J. Córdoba, J. de Moragas, L. Folch Camarasa y J. Solé Sagarra. El primero actuó de Presidente y el último de Secretario. Se redactaron los Estatutos que hoy rigen a tal Sociedad y, una vez aprobados por la Superioridad, se constituyó la Junta Directiva siguiente

el Salón de Actos del Colegio de Médicos valenciano la discusión de las comunicaciones libres presentadas, que fueron las siguientes:

Doctores I. Córdoba y J. M.<sup>a</sup> Pigem, sobre el contacto psicoterápico con el niño; doctor J. de Moragas, acerca de la necesidad de una distinción entre signo neurótico y neurosis; doctor A. Serrate Torrente, sobre el ácido glutámico en el tratamiento de niños y adolescentes; doctor D. Gutiérrez Gómez, adiestramiento, instrucción y educación intelectual en los oligofrénicos; doctor J. A. Ruiz Santamaría, inquietudes psiquiátricas; doctor J. Alcamí García, peligros de los contagios por virus en la gestación como causa de anormalidades neuropsiquiátricas infantiles; doctores R. Bassols y L. Folch C., la composición de la familia y los trastornos de conducta; y doctor Bosch Marín, sobre «El niño español no duerme bastante». La animada discusión de todos estos temas, expuestos todos con brillantez y profundidad de conceptos, hizo muy fructífera y amena la intensa labor realizada. Debemos destacar la intensa participación pediátrica en la sesión de la tarde, especialmente representada por las jerarquías nacional y local de la Puericultura española, doctores Bosch Marín y Comín; y tampoco podemos silenciar la simpática presencia del psicopedagogo venezolano señor Avila, que aportó algunas ideas de su país en la problemática general de la higiene mental del niño.

En la Junta General de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil, celebrada el día 17 de mayo de 1954, se tomaron los siguientes acuerdos:

Comunicar a la señora viuda del recientemente fallecido psiquiatra valenciano, doctor Marco Merenciano, que formaba parte de la Comisión Organizadora de la III Reunión Anual, el pésame

que ha causado a nuestra Corporación su muerte inesperada, cuando tanto había esperar aún de las demostradas dotes científicas de tan ilustre colega.

Celebrar en Zaragoza, en la primavera de 1955, la IV Reunión Anual de la Sociedad, con el tema preferente sobre «Psicogénesis de los trastornos de conducta».

Publicar las comunicaciones de la III Reunión Anual en números especiales, patrocinados por los doctores Bosch Marín y Barcia Goyanes, que gentilmente se ofrecieron a ello.

Hacer constar la satisfacción de todos por la magnífica organización de la Comisión Organizadora de la III Reunión Anual, especialmente a los presidentes y secretario de la misma, doctores Barcia Goyanes, Alberca y Alcamí.

Reelección de los cargos de presidente, tesorero y vocal de la Sociedad en los mismos socios que los ostentan ahora, doctores Córdoba, Folch y González Pinto.

Ver con satisfacción el continuo aumento de socios y la superación cada año de las actividades científicas de la Sociedad.

Aceptar una ponencia a desarrollar por socios de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil, ofrecida por el presidente del Congreso de Pediatría, doctor Bosch Marín, que ha de celebrarse en Madrid en 1956.

El secretario, doctor Solé Sagarra, da cuenta de la buena marcha de la Sociedad en sus tareas nacionales e internacionales, así como del sano estado económico de la misma, cuyo tesorero, doctor Folch Camarasa, expone detalladamente.

El presidente doctor Córdoba levanta la sesión y clausura la III Reunión Anual de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil.

# NOTICIAS Y ACTIVIDADES

## CONGRESOS Y REUNIONES NACIONALES E INTERNACIONALES

- 3-5/6/85: Copenhague (Dinamarca). — «IV Simposio Europeo sobre Psiquiatría Social». Dr. Joachim Knop, Psych. Dept. Kommune-hospitalet, 1399 Copenhague N, Denmark.
- 5-7/6/85: Basel (Suiza). — «Asociación Psiquiátrica Mundial, Sección de Farmacopsiquiatría. Simposio sobre Depresión». Dr. C. M. B. Pare, Dept. of Psychological Medicine, St. Bartholomew's Hospital, London EC1, United Kingdom.
- 7-8/6/85: Toulouse (Francia). — «V Jornadas Francófonas de Terapia Comportamental». Dr. Fheim, Centre Médical, Ave. Winston Churchill, 31100 Toulouse-Mirail, France.
- 12-16/6/85: Copenhague (Dinamarca). — «Conferencia Internacional de Neuropsicología». Dr. Peter Brunh, Neuromedicinsk Afd, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, DK-2100 Kobenhavn O, Denmark.
- 18-21/6/85: Copenhague (Dinamarca). — «II Congreso Internacional sobre el dolor de cabeza». Dr. Hai Jensen, Dept. of Neurology, KAS Gentofte, DK-2900 Hellerup, Denmark.
- 19-21/6/85: Florencia (Italia). — «Simposio Internacional sobre Aspectos de Neurobiología molecular». OIC Via Gustava Modena, 19. 50121 Florence (Italy). Tels. (055) 53962-578273.
- 23-26/6/85: Edimburgo (Reino Unido). — «Asociación Psiquiátrica Mundial, Sección de Epidemiología y Psiquia-

- comité ejecutivo». Prof. F. M. Schul-singer, Dept. of Psychiatry, Kommunehospitalet, DK-1399 Kobenhavn K, Denmark.
- 11-14/11/85: Jerusalén (Israel). — «Simposio internacional sobre la angustia y la aflicción: Solución de rehabilitación». Kenes, PO Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel.
- 11-15/11/85: Manila (Filipinas). — «I Conferencia asiática sobre salud ocupacional». Benito Reverente, Philippine Occupational and Industrial Medical Asn, c/o Bayview. Plaza Medical Clinic, Roxas Blvd, Metro Manila, Philippines.
- 2-7/12/85: Génova (Italia). — «V Congreso Mundial de Musicoterapia». Ans Italiana Studi di Musicoterapia, Segr. Organiz., Via Peschiera 9 A, I-16122 Genova, Italy.
- 4-6/12/85: Berna (Suiza). — «IX CIOMS Conferencia sobre niños maltratados y abusos en niños». Prof. Marcel Bet-tex, Organizing Committee Direktor, Chirurgische Universitats-Klinik, In-selspital, 3010 Bern, Switzerland.
- /12/85: Singapur (Singapur). — «Fo-rum ASEAN sobre Psiquiatría de Mu-chachos Adolescentes». Secretariat, Singapore Psychiatry Asn, Apt, Apt Blk 69, Lorong 4, Toa Payoh 01-365, Sin-gapore 1231, Singapore.

## PREMIO DE LA S.E.N.P.I.J. A LA INVESTIGACION

Esta Sociedad convoca dos premios a la investigación:

**1º Premio:** Dotación de 100.000 ptas.

- 1º Destinado a Licenciados Superiores de nacionalidad española y con ejercicio inferior a 10 años.
- 2º Trabajos originales de investigación en Psiquiatría infanto-juvenil.
- 3º Inédito y mínimo 50 folios 2 doble espacio una sola cara.
- 4º En cualquier idioma del Estado español con traducción al castellano como mínimo.
- 5º Se remitirá a la Sede de la Reunión Anual o Congreso correspondiente de la S.E.N.P.I.J.
- 6º Límite: 30 días antes de la fecha inicial de celebración del citado Congreso o Reunión.
- 7º Sobre cerrado con lema y otro sobre con nombre de autor o autores.
- 8º Siete copias.
- 9º Todos los trabajos quedarán en propiedad de la S.E.N.P.I.J. que determinará su publicación si lo cree conveniente.
- 10º En caso de declararse desierto en una convocatoria, se acumulará para la inmediata reunión.
- 11º Este premio puede ser concedido a varias publicaciones.

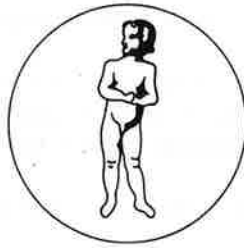
El Jurado estará compuesto por la Junta Directiva de la S.E.N.P.I.J. añadiéndose como mínimo un Catedrático nombrado por la Junta Directiva.

La concesión del premio se realizará en la cena de clausura del Congreso o Reunión correspondiente.

**2º Premio:** Dotación 50.000 ptas.

Las 11 anteriores cláusulas valederas para este premio.

- 12º Ayuda a investigación realizada.
- 13º No hay limitación de antigüedad.
- 14º Se asocia un diploma honorífico.



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

- 1) Los originales para su publicación deberán enviarse a la secretaría de redacción.
- 2) Los originales se presentarán por duplicado, (original y copia) mecanografiados a doble espacio y con márgenes suficientes. Las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse en el orden que se citan:
  - a) Título original
  - b) Inicial del nombre y apellidos del autor o autores
  - c) Nombre del Centro de trabajo y población
  - d) Fecha de envío
  - e) Dirección del primer firmante
- 3) Como norma general los trabajos deberán incluir una introducción en la que se explique el objeto del trabajo; una descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; una exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que pueden seguirse de unas conclusiones.

- 4) **Resumen:** se entregarán en una hoja a parte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de 5 palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.
- 5) **Extensión de los trabajos:** los trabajos para ser publicados como Casos Clínicos o Notas Breves tendrán una extensión mínima de 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 efectúan en las sesiones de Sociedad serán publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o en su defecto se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de 7 días después de haber tenido lugar la Sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de esta Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para Sección correspondiente.
- 10) La Sección de Casos Clínicos y Notas Breves puede contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas.
- 11) La Sección de actos societarios podrán contener notas relativas a artículos publicados con anterioridad o asuntos de interés general. En el primer caso podrá contener crítica científica o datos personales y la carta será enviada por la Redacción al autor del trabajo a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta del mismo. La extensión de dichas cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener 3 ó 4 citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.
- 12) **Números monográficos:** se podrá proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.
- 13) La Secretaria de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha de posible publicación.

# REVISTA ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL

## DATOS DE SUBSCRIPCION

La REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL es el órgano oficial de la ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL y como tal se envia gratuitamente a todos los asociados.



-----  
BOLETIN DE ADHESION A LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIA-  
TRIA INFANTO-JUVENIL

Nombre ..... Domicilio .....

Ciudad ..... País ..... Profesión .....

Lugar de trabajo ..... Año de licenciatura .....

Cuota anual: 6.000,— Ptas. - Forma de Pago: Banco .....

cta. número:.....



-----  
BOLETIN DE SUSCRIPCION A LA REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA  
INFANTO-JUVENIL

Nombre ..... Domicilio .....

Ciudad ..... País ..... Profesión

Lugar de Trabajo .....

Cuota anual: 4.000,— Ptas.

Forma de Pago: Banco .....

cta. número: .....

-----  
En caso de desear algún número suelto o atrasado de esta revista,  
solicitarlo junto con talón nominal de Ptas. 2.500,—

Remitir al Secretario de la Asociación.

Dr. R. MARTINEZ FIGUERO

Rambla, 313, 2º, 2ª

TARRASA (Barcelona)





