



Año 1985 - N.º 5 Volumen I

**REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA
INFANTIL**

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



REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL



ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

Presidente:

Dr. VICENTE LOPEZ-CAMOS IBOR

Vicepresidente:

Dra. CONCEPCION GOMEZ-FERRER GORRIZ

Secretario:

Dr. RAFAEL MARTINEZ FIGUERO

Tesorero:

Dr. CARLOS DE LINARES VON SMITHTERLOW

Vocal:

Dr. FRANCISCO TORRES GONZALEZ

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

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

DIRECTOR

Dr. J. TOMAS VILALTELLA

SECRETARIO

Dr. B. OLIVA CERVERA

COMITE DE REDACCION:

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

COLABORADORES:

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

Depósito Legal B-10.236/83



EDITOR
PUBLICACIONES Y REVISTAS

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

SUMARIO

XXVI REUNION NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL	5
PUESTA AL DIA	7
X CONCEPTO DEL NIÑO ABANDONADO	11
X CRITICA BIBLIOGRAFICA "PAIDO Psiquiatría Dinámica" I	15
X LA DEPRESION EN LA INFANCIA COMO ENCRUCIJADA BIOLOGICA Y SOCIAL	21
X EL PROCESO DIAGNOSTICO HOSPITALARIO	23
X ESTUDIO MADURATIVO.- FENILCETONURIA	31
"ESTUDIO DE LA DESNUTRICION PRECOZ EN EL HUMANO: EFECTOS EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR"	41
X CAMBIOS EN LA ECONOMIA NACIONAL Y LA DEPRESION DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES	57
X PERSONALIDAD Y DEPRESION: ASPECTOS EVALUATIVOS EN EL ADOLESCENTE	65
REFLEXIONES ACERCA DE LA TEORIA Y PRACTICA EN SALUD MENTAL INFANTIL	71
AUTISMO INFANTIL Y FRAGILIDAD DEL CROMOXOMA X	95
"PSICOPATOLOGIA EN HIJOS DE EMIGRANTES: CLINICA Y ALTERACIONES EN LA PERCEPCION FAMILIAR"	105
EL TEST DE APERCEPCION TEMATICA (TAT) EN EL DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION INFANTIL	125
MIEDOS Y FOBIAS INFANTILES	147
NORMAS DE PUBLICACION	157
BOLETIN SUSCRIPCION	159

XXVI REUNION NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO JUVENIL

PROGRAMA PRELIMINAR

Cádiz, 2, 3 y 4 de Mayo de 1985

**Cádiz, 2, 3 y 4 de Mayo de
1985**

JUEVES, 2 DE MAYO.-

19,00 horas:

Entrega de Documentación.

20,00 horas:

Acto inaugural

VIERNES, 3 DE MAYO.-

09,30 horas:

PONENCIA:

**"DISEÑOS DE INVESTIGACION EN
PSICOPATOLOGIA INFANTO**

JUVENIL".

*Coordinador: Dr. J. Tomás Vilaltella
(Barcelona).*

*Ponentes: Drs. L. Lafuente, J.I. Navarro
Guzmán, J. Gibert Rahola (Cádiz).*

Drs. J. Galiana y M. Gil (Cádiz)

*Drs. J.I. Navarro Guzmán, T. Roquette
Ferrari (Cádiz)*

Dr. V. Monsell Atianza (Valencia).

(Valencia).

11,30:

DESCANSO.

12,00 horas:

CONTINUACION PONENCIA.

Dras. C. Esquete, M.C. Jiménez Rey y

R. Nogueira
(Santiago de Compostela).
Dr. F.J. Mendigucha Quijada (Madrid).

12,40:

CONTRAPONENCIA:
Dra. L. Teixidó (Barcelona).
Dr. E. de La Fuente (Barcelona).

14,00:

COMIDA DE TRABAJO

16,00:

COMUNICACIONES ESPECIALES A LA PONENCIA.

18,00:

DESCANSO.

18,30:

COMUNICACIONES A LA PONENCIA Y LIBRES.

SABADO, 4 DE MAYO.-

90,00:

MESA REDONDA.
"ADOLESCENCIA Y FAMILIA NO NORMAL".

Moderador; *Dr. Folch Camarasa.*

Participantes:

- 1.º- *Drs. J. Crespo Benítez y M. Martínez Delgado (Cádiz).*
- 2.º- *Dra. J. Cano Valero, Dr. J. Ezcurra, M. Castañeda (ATS) y M.*

Piñero (ATS) (Cádiz).

3.º- *Dr. V. Rubio Larrosa (Zaragoza).*

4.º- *Dr. M. Velilla Picazo (Zaragoza).*

5.º- *Dras. Martín Prieto y Saez de Santa María (Madrid).*

6.º- *Drs. A. García Prieto, J. Bobes García y M. Bousoño García (Oviedo).*

11,00 horas:

DESCANSO.

11,30 horas:

CONTINUACION PONENCIA:

Participantes:

J. Alaman Martín (Madrid).

J.L. Alcázar Fernández (Madrid).

C. Bragado Alvarez (Madrid).

A. Loriga Méndez (Madrid).

R. Martín Sánchez (Madrid).

L. Pelaz Lorenzo (Madrid).

A. Pérez Alvarez (Madrid).

P. Rodríguez Ramos (Madrid).

14,00:

COMIDA DE TRABAJO.

16'00:

COMUNICACIONES.

18'00 horas:

DESCANSO.

18,30 horas:

CONTINUACION COMUNICACIONES.

19'30 horas:

REUNION ADMINISTRATIVA DE LA SOCIEDAD.

PUESTA AL DIA

Cuestionario auto-encuesta de Pirooz SR. M.D.

Cuestionario auto-encuesta de Pirooz
Sr. M. D.

1) Cordes llama la atención sobre la pseudo debilidad mental debida al uso crónico de:

- A - Anfetamina
- B - Difenilhidantoinas
- * C - Fenobarbital
- D - Benadryl
- E - Librium

Referencia J. Am. Acad. Child.
Phych. 12-2-221. 1973

2) Wyllly describe el periodo de mayor

vulnerabilidad en niños ciegos en el momento de:

- A - Al adquirir la representación interna de objetos
- B - Al fusionar el impulso libidinal con el agresivo
- C - Al ser capaz de dirigir su agresión al objeto
- ⓓ - En todos ellos
- E - En ninguno de ellos

Referencia Psychaml St. Child
25.471.1970

3) Estimulantes, medicación madurativa puede ser indicada en:

- A - Trastornos del comportamiento con hiperactividad
- B - Niños con disfunción cerebral mínima
- C - Niños con disfunción cerebral lesiva
- D - Niños con cuadros de ansiedad y agresividad sin hiperactividad
- E - En todos ellos
- F - Ninguno de ellos

Referencia Arch. Sen. Psych. 25. 98. 1971

4) Sibinga y Friedman encontraron que en niños con una historia de inmovilización por problemas quirúrgicos u ortopédicos mostraban una alta incidencia de:

- A - Retardo mental
- B - Problemas de lenguaje
- C - Desordenes perceptivos
- D - Inmadurez emocional
- E - Enuresis

Referencia An. Prof. C

5) Spiz 1970 describió lo siguiente, como característico para la edad de 3 meses.

- A - Aparición del 1er. organizador psicoafectivo
- B - Aparición de Spindels en el sueño
- C - Modificaciones en el sueño lento
- D - Modificaciones en la fase REM
- E - Todas ellas

Referencia: Spiz R.A. Psychoanal St. Child 25.231. 1970

6) La diferencia más importante entre las reacciones de un niño y un

adulto ante la muerte es, según Nagera 1970

- A - Los niños no reaccionan a la muerte de su padre, antes de la adolescencia
- B - Los niños reaccionan frecuentemente con manifestaciones anormales semejantes a un conflicto neurótico
- C - No hay diferencias significativas
- D - Los niños hacen una identificación con el fallecido más rápidamente que el adulto
- E - Inversión del afecto es más común en los niños

Referencia Psychoanal St. Child. 25. 364. 366. 1970

7) Nagera 1970 sugiere que la reacción de un adolescente a la muerte de su padre puede ser:

- A - Duelo
- B - Recatexis de la imago parental
- C - Decatexis de la imago parental
- D - Todas las mencionadas
- E - Ninguna de las mencionadas.

Referencia Psychoanal St. Child 25. 382.388 1970

8) Estudiando los efectos de la Dextroanfetamina

- A - Eisenberg 1963 no encontró diferencia entre la dextroanfetamina y el placebo en el tratamiento de adolescentes delincuentes
- B - Levy 1969 en su estudio de 255 casos sobre trastornos del comportamiento no encuentra ningún efecto específico a la administración de dextroanfetaminas.

C - Stenberg 19H destacó un efecto selectivo de la dextroanfetamina en niños de 5 a 11 años tanto con un síntoma "grave" neurológico como en los síntomas neurológicos "leves".

D - Lanfer 1957 no pudo demostrar diferencia entre niños normales, niños hiperkinéticos a la administración del IV Metrazol

Referencia Wafinfeld S and Dashef J. Am. ACD. Child. Psch. 12 (2) 325. 1973

9) Estudios Británicos sobre la depresión infantil parecen indicar que:

A - La depresión infantil tiene una prevalencia sobre respecto a la depresión en el adulto. 20% frente a 10%

B - La prevalencia es similar entre la depresión del adulto y la infantil 10% al 10%

C - La depresión en el adulto es seis veces más prevalente en el adulto que en el niño. 10% ante 14%

D - La depresión en el adulto es 15 veces más prevalente en el adulto que en el niño 10% frente a 7%

Referencia Act. Psych. Scand 48: 9 1972

10) Greene 1973 recalcó que las respuestas, comportamientos, decrecen con la edad, exceptuando

A - Demanda afectiva

B - Rebeldía

C - Aislamiento

D - Rivalidad fraterna

E - Regresión a trauma

Referencia J. Acn. Child 12 (3) 544 1973

RESPUESTAS CUESTIONARIO

1) Respuesta C

2) Respuesta D

3) Respuesta E.

4) Respuesta B

5) Respuesta E.

6) Respuesta B

7) Respuesta B

8) Respuesta C

9) Respuesta C

10) Respuesta B

II REUNION ANUAL MARZO/ 53

ARCHIVOS DE LA ASOCIACION DE NEUROPSIAQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

CONCEPTO DEL NIÑO ABANDONADO

POR EL DOCTOR

C. VAZQUEZ VELASCO

Profesor de Higiene Mental de la Escuela Nacional de Puericultura

El problema del niño abandonado abarca cinco conceptos fundamentales: social, jurídico, psicológico, psiquiátrico y sentimental. Estos cinco aspectos no son independientes, y ni siquiera unidos como las piezas de un mosaico, sino puntos de vista o abstracciones de una unidad biológica; análisis parciales de una personalidad psico-física total. Podemos protegerle de los insultos ambientales, protegerlos de sus reacciones delictivas, comprenderle en sus adaptaciones espirituales, normales o patológicas, o simplemente lamentarnos de su suerte. Pero estas visiones serán parciales, incompletas, elementales. Su problema es más vasto y más complejo.

Su concepto casi infinito en sus variaciones.

En primer lugar debemos definir el abandono del niño; porque hay grados de abandono, cada cual con sus problemas específicos. El mayor, el más absoluto, el que pudiéramos calificar de total, lo encontramos en el salvaje del Aveyron, niño de unos once-doce años, que unos cazadores encontraron en este bosque en 1798, desnudo, sin lenguaje, lleno de cicatrices e irrecuperable para la vida social, a pesar de los esfuerzos educativos de LTARDY Y PINEL. También pertenecen a este grado extremo de abandono los dos niños-lobos, apresados en la provincia de Bengala el año 1926, que, a

semejanza de Mowgli, el héroe de Kipling, habían vivido entre las fieras de la selva indostánica hasta los tres y ocho años, edad que representaban al recogerlos, Andaban a cuatro patas, mordían y arañaban, dormían por el día y se excitaban por la noche, tenían fuertes mandíbulas y gran vista y olfato. Pero la educación de los buenos misioneros que se hicieron cargo de ellos no consiguió una conducta superior a la de un niño de dos años.

Un grado inferior a este total abandono es la falta de contacto humano, aunque sin peligros, del desgraciado príncipe alemán Gaspar Hauser, preso en estrecho calabozo hasta los diecisiete años, que al ser liberado carecía de lenguaje, no sabía servirse de sus manos y la marcha era dificultosa, no educándose a pesar del cuidado que se puso en ello. Estos casos extremos de abandono nos confirman que el niño es un ser eminentemente social, y que precisa de sus semejantes para un normal desenvolvimiento; pero aun siendo extremos, y precisamente por serlos, amplían y ponen en evidencia, exagerándolos, los peligros que corre el niño al ser abandonado.

El tercer grado de abandono no precisa de arquetipos históricos que lo definan. Son tantos, que la individualidad se pierde entre la masa y cualquiera podría representarlos. Es el producto de las guerras, de las revoluciones y de las grandes catástrofes colectivas. También, y en medio de una sociedad tranquila y organizada, las víctimas de la incuria o la sevicia, de los padres que los abandonan. Viven en medio de una sociedad civilizada, pero sin participar en sus beneficios. Estos casos, colectivos o individuales, forman el clásico niño abandonado, al que nos referimos generalmente. Su concepto es tan claro y definido que no merece aclaraciones.

Pero el problema no termina aquí.

No basta recoger a estos niños en Instituciones apropiadas para que cese el abandono, pues no sólo de pan vive el hombre. Y menos el niño. Si el asilo no tiene características de hogar, el niño sigue abandonado. No lo estará socialmente, puesto que el niño está atendido en todas sus necesidades fisiológicas y hasta intelectuales, pero puede no estarlo afectivamente. Y es precisamente en las grandes Instituciones de asistencia pública, más modélicas cuanto más grandes son, donde el niño pierde su individualidad entre la masa y se encuentra más desamparado sentimentalmente. Su desarrollo emocional no es el adecuado, por presentar la "inanitis mentis" o hambre de cariño estudiado por T_{TRAMER}. Ya es conocido el experimento de D_{URFES}: los niños, atendidos irrepresiblemente desde el punto de vista técnico, pero sin frases amables ni caricias, ni juegos, se hicieron distróficos. Hasta tal punto los estímulos espirituales influyen sobre el niño. El aislado tipo "standard" es el cuarto grado de niño abandonado.

Pero este abandono de tipo psicológico se da también en los ambientes familiares. El hijo molesto, rechazado o simplemente olvidado, sufre este grado de abandono. Vive en un hogar, pero no participa de la vida en el hogar, y si lo hace es en sus aspectos más sombríos. La psicodinamia de muchas neurosis infantiles nos darían ejemplos abundantes de ello. El niño se siente abandonado por los arquetipos de protección y ayuda que son sus padres, y este sentimiento de inseguridad es el factor más grave para la sana evolución emocional, según han demostrado K_{AREN HORNEY} y C_{HARLOTTE BÜHLER}.

Pero el niño puede sentirse seguro y estar abandonado. Este último grado, el más leve de abandono desde el punto de vista social, pero también

grave desde el punto de vista psicológico se da, precisamente, en los hogares de máxima categoría social. La educación es una dura tarea a la que no pueden entregarse los padres, muy solicitados por otras. Hay muchos niños entregados desde su primera infancia a manos mercenarias, que no sienten la responsabilidad educativa. Y es más fácil consentir que coartar. Pero el niño necesita la coacción que vaya creando el sentimiento del deber. Este se opone, internamente, a la libre expansión de los instintos. Frente al principio del placer surge el principio de la realidad. Pero esta realidad ética no la ve el niño si no es haciéndosela ver. Sólo la lenta y trabajosa maduración moral del niño convertirá el freno externo en interno, creando el sentido ascético de la vida, diferencia fundamental con el animal según MAX SCHELER; y esta dirección, firme y segura, frente a la rebeldía natural del niño, sólo se puede hacer por un afecto, y nunca por un salario. Los

padres nunca pueden ser sustituidos en la labor educativa por una institutriz, por técnica que sea, y menos si es extranjera, pues crea en los niños hábitos y modos de ser, impropios del medio cultural en que se vive, desadaptando al niño de su medio habitual. La mala educación es el quinto grado de abandono infantil.

Vemos cómo, a través de los distintos conceptos que podemos formar sobre el abandono infantil, el problema es más amplio de lo aceptado clásicamente. La protección al niño abandonado se desplaza de lo material a lo psicológico. Y esto no es una sutileza. Si importante es impedir que un niño se muera de hambre, no lo es menos evitar su neurosis. Y en los países civilizados el problema de la neurosis desborda el problema del hambre. Curar a un hambriento es fácil, mucho más fácil que curar a un neurótico. Y un niño neurótico es, en el fondo, un niño abandonado frente a sus problemas.

CRITICA BIBLIOGRAFICA

"PAIDO PSIQUISTRIA DINAMICA" I

DR. C. COBO MEDINA

DR. J.M. ILLA

En este primer tomo, tal como indica el autor, se ciñe en aclarar tanto histórica, estructural y asistencialmente el amplio ámbito de la Psiquiatría Infanto-juvenil.

Debido, quizás, a los aportes del psicoanálisis, la vida, influencia y en definitiva importancia de la infancia determinan una serie de necesidades, no reconocidas, en los aspectos de investigación, del conocimiento y de la asistencia en esta área de la Medicina; de ésta en cuanto a existencia real de patología en la infancia y la fuerte y evidente influencia del medio socio-cultural y económico, como también de los resortes políticos en cuanto a lo que respecta al cuidado, prevención y curación del niño.

Es importante la reseña de la necesidad de enmarcar de forma definitiva —aunque no excluyente— lo que es, significa y pretende la Psiquiatría Infanto-juvenil como entidad independiente de otras ciencias y a la vez tremendamente interconexiónada con otras disciplinas, tanto médicas como no, de las que en definitiva nace hasta perfilarse en un cuerpo autónomo. De ello se deduce, pues, la necesidad y el compromiso de la Psiquiatría Infantil de elaborar un modelo asistencial con características propias que resulte realmente operativo, como también la inexcusable tarea de clarificar y sistematizar una clasificación nosológica en Paido-psiquiatría.

Siguiendo al Dr. Cobo, en el marco

de la infancia intervienen una serie de instituciones como la familia, escuela, asistencia sanitaria pediátrica, legislación, etc. que con toda su carga socio-cultural, determinista e "importante" modelan el devenir del niño; el niño al nacer ya tiene historia, la de su propia cultura.

NOCION DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

De hecho la Psiquiatría Infantil nace de la preocupación, básicamente, de dos corrientes: la Medicina y la Pedagogía.

Si bien la Pediatría nace de la patología de la mujer, en España a principios de siglo, y a partir de ahí la preocupación de los problemas psicosociales de la infancia. Es importante reseñar la importancia de los movimientos pedagógicos (como en Catalunya con F. Ferrer i Guardia) que constituyeron toda una renovación pedagógica.

Inicialmente la preocupación de la incipiente Paidopsiquiatría se centro en niños con diagnóstico y pronóstico más psico-social como retrasados, sordomudos, niños abandonados, ciegos, minusválidos, niños "nerviosos" para pasar, con el tiempo, a plantearse los problemas de los niños con patología más estrictamente psiquiátrica.

La evolución sería semejante a la de la Psiquiatría de Adultos desde la "liberación de los alienados" en Bicêtre por Pinel, pasando por Esquirol en Francia, Kraepelin en Alemania, y a principios de siglos con Breuler, Meyer, Gine y Partagás hasta la irrupción del psicoanálisis llegando a la consolidación de una ciencia. No hay duda de que todo movimiento social o del pensamiento crece a raíz de unos cambios de mentalidad histórica nacidas en una determinada sociedad en

función de unas necesidades (el germen de la Psiquiatría nace el la Revolución francesa).

1.— *Psiquiatría Infantil: ciencia interdisciplinaria.*

En Paidopsiquiatría convergen diversas disciplinas que cubren el amplio abanico en su propia concepción como son: Psiquiatría General, Pediatría, Neurología, por parte de las ciencias médicas; Psicología (evolutiva, dinámica, psicometría); Pedagogía, Sociología (movimientos sociales, microsociales, etc.)

2.— *Tendencias actuales en Paidopsiquiatría.*

Existen unas actitudes en la práctica asistencial refrendadas por todos los grupos afines:

a/ *Prevención:* Significa colocar las bases necesarias de higiene para que la patología no aparezca, esta higiene empieza antes del nacimiento, durante los primeros meses de vida, impedir la cronificación de la patología incipiente, calibrar la patología ambiental, por ello hay que informar convenientemente en función de las necesidades de la población, asegurar un tratamiento precoz antes de la cronificación y si ello ocurre paliar las posibles secuelas que de ello se deriven.

Todo ello es posible si la sensibilización hacia la salud mental por parte de los agentes primarios de la salud infantil (pediatra y maestro) fuese una realidad. El niño es un ser fundamentalmente psicosomático, por tanto va a ser el pediatra el que recibirá primero la queja del sufrimiento psíquico; desafortunadamente esta sensibilización del pediatra hacia la psiquiatría es baja, minimizando la patología o soslayándola.

El maestro, por otro lado, que más que enseñar cumple un rol de alternativa de identificación de los modelos paternos, es el que ve a diario la evolución madurativa, emocional, social del niño siendo por tanto una pieza esencial en las tareas de prevención. En muchas ocasiones, sin embargo, el maestro tiende a conceder más importancia al aprendizaje de materias que no el calibrar globalmente el desarrollo del niño.

Pienso, a título personal, que la proliferación de Paidopsiquiatras, Psicólogos infantiles, Pedagogos en íntima relación con la escuela han ayudado a desprestigiar por presión a la, sin duda, una de las figuras más importantes en la vida del niño que es el maestro.

b/ Equipo pluridisciplinario: Si la Psiquiatría Infantil se define como la convergencia de diversas disciplinas, en la labor asistencial es imprescindible la noción de equipo, deslindado en varios roles o funciones determinada por la propia formación de los integrantes.

Existirían varias modalidades de equipo: unas estarían altamente jerarquizadas, unas parcelas de acción intentando no "parcelizar" al niño considerándolo de forma globalizada.

El Dr. Cobo define los componentes del Equipo Paido-psiquiátrico en una línea "ideal" en la cual corroborarían todos los profesionales: el Psiquiatra Infantil, no tradicional, dinámico, globalizador, miembro igualitario del equipo; el Psicólogo infantil, profesional "no testólogo", que investiga y "comprende" la dimensión psicológica del niño; el asistente social figura enraizada en la cotidianidad de la población, conocedora de sus necesidades y dificultades; la enfermera paidopsiquiátrica que sería la cuidadora/observadora del niño y capacitada en

las tareas de "maternage".

Suscribo de antemano lo anteriormente dicho, pero la realidad es otra. ¿Quién define los límites de funciones entre el Paidopsiquiatra y el psicólogo infantil que en ciertos ámbitos se encuentran en el terreno del desprestigio mutuo?, ¿Quién modula tanto las tendencias más medicalizantes a las "sociales" propugnadas por los Asistentes sociales?. Tal como dice el Dr. Cobo "el niño puede ser el motivo ideal de enfrentamiento entre grupos de opinión distintos".

c/ Autonomía del Equipo Paidopsiquiátrico.

Si bien se ha hablado de la independencia de la Psiquiatría Infantil con características propias y a nivel asistencial, también debe ser autónomo respecto a otras ramas "madres" como la Psiquiatría General (que generalmente no han visto niños y no están formados en psicología evolutiva y del desarrollo ni en psicopatología infantil, intentando adultomorfizar al niño), como del Neurólogo intentando atribuir una causa "orgánica cerebral" aunque no demostrada, y del Pediatra que minimiza la dolencia ("ya pasará") o trata al niño sin realizar a fondo una investigación psico-patológica y dinámica del proceso.

También, añadiría, nuevamente a título personal, el Psicólogo trabajando independientemente que trata múltiples procesos de diagnóstico clínico incierto, aunque no psicométrico, creando cierto clima de descrédito popular hacia la Salud mental.

d/ Formación programada en Paidopsiquiatría

Se trata de pautar una formación programada especializada en Psiquiatría Infantil, tal como otros países han echo ya (Alemania, Francia, Suiza, Finlandia, URSS, EEUU).

e/ *Necesidad de una clasificación Paidopsiquiátrica unificada*: En este apartado hay que hacer mención a las propuestas tipo ICD-9 y su revisión en 1979 ICD-9 CM; como en EEUU en 1952 la primera edición del DSM-I hasta el DSM-III en 1970.

Sin embargo cada vez más se considera la Paidopsiquiatría sobre bases estructurales que no sintomatológicas, es decir el transtorno como una peculiar manera de organizar la personalidad.

f/ *Consideración de la familia*: La familia es el núcleo más importante del niño y de ello se deriva que gran parte del trabajo terapéutico se enfoque en ella, para modificar actitudes, alianzas y mecanismos patológicos y patógenos.

LA SOCIEDAD, CONTRA EL NIÑO

El autor rememora toda una serie de aspectos sociales, de donde emanan agresividad hacia la figura del niño; desde la agresividad que genera en progresión geométrica el desarrollo tecnificado e impersonal, las condiciones de una civilización "avanzada", la cual ha perdido —ó va perdiendo— los valores de humanización, comunicación y sensibilidad, yendo hacia unas estructuras rígidas, "operativas" y de mayor "nivel de vida"; hasta la agresividad "inmemorial" que despierta el niño al rememorar el adulto su infancia insatisfecha, sus pulsiones y fantasías no elaboradas.

1.— *Agresividad en la familia.*

La más flagrante agresión dirigida al niño es, sin duda, el niño maltratado, bien sea por negligencia, omisión, paso al acto, etc. Del problema se desprenden dos aspectos: por una parte al nivel sociocultural y económico (que

no necesariamente tiene que ser bajo), la restricción de las viviendas; por otro lado y más importante: la constelación psicológica de los padres y los roles que juegan en la estructura familiar; la mayor parte de estos padres poseen una organización patológica de la personalidad, desde el "raptus" pulsional e incontenible, hasta formaciones neuróticas que viven las conductas del niño como agresivas, sintiéndose frustrados e inseguros optando por la agresión.

2.— *Agresividad en la escuela.*

Parece ser que la evolución de la sociedad esta reñida con la evolución natural, desprendiéndose de ahí el fenómeno de la escolarización precoz, que bajo el pretexto de sociabilizar al niño (sabido que el niño es un ser emocional y cognitivamente egocentrista) resultando una agresión a la evolución natural del niño.

Por otro lado la masificación en los colegios, midiendo y uniformando la evolución madurativa del niño, olvidando los propios ritmos evolutivos personales.

Pienso que hay que hacer mención a los propios responsables de cuidar la salud mental del niño que en ocasiones ejercen un papel distorsionante dando diagnósticos con toda su carga fatalista y estigmatizante, realizando "reeducaciones", aulas especiales, equipos de apoyo, etc. en aras de lograr un mayor "rendimiento" escolar.

3.— *Agresividad en la calle y mecanismos de comunicación.*

Cierto es que hoy, la calle, la televisión, la falta de "lugares de esparcimiento", la disminución de aporte simbólico-afectivo, en parte, por el fin del clan familiar, la progresiva deshumanización de los barrios, la publicada, el juguete (vehículo de propaganda cultural) son el resultado de

un cambio social y consecuentemente de estructuras que repercuten, no sólo en el niño, sino en el adulto. En definitiva, cuantos más factores de agresión hacia el niño genere nuestra sociedad, con más énfasis defenderá las instituciones de Higiene Mental Infantil por puros sentimientos de culpa colectivos, redimiéndolos y así poder seguir siendo agresiva.

De todas formas las sociedades siempre se han caracterizado por su agresividad, en mayor o menor medida, en función del momento histórico. Lo importante sería la "enseñanza" de la correcta canalización de esta agresividad que no siempre significa agresión.

EL NIÑO Y SU FAMILIA

El mundo nuclear del niño, sin duda, es la familia, que funciona como una estructura en donde todos los elementos se interrelacionan y adquieren un significado concreto, y que cualquier modificación de los elementos incidirán en el grupo. En ella existen unos roles dados a cada uno en relación al marco familiar.

Alguna de estas relaciones es patológica dándo por ello estabilidad al marco familiar (neurosis del niño que compensa la desestabilización neurótica de una pareja).

La estructura familiar menos rígida sera aquella que más facilmente se amolda a los diversos cambios evolutivos que acontecen en su seno (hijos, propia evolución de la pareja, etc.)

1.- *La comunicación en la familia.*

El lenguaje desde el punto de vista sintáctico se aprende en la familia y es instrumento de comunicación con matices especiales a cada familia dada, no sólo por su propia configuración socio-cultural, sino por la propia manera de

estructuración familiar.

Sin embargo existe otro lenguaje: el pre-verbal (gestos, posturas, actitudes) y el mensaje subliminal que se desprende de toda comunicación verbal.

Cada familia posee sus reglas y sus "secretos", como también sus meta-reglas (reglas sobre regla) como la prohibición de hablar de algo concreto o en determinados momentos.

La comunicación, a cualquier nivel; no puede separarse de las reglas y de los roles que ejercen cada elemento del grupo; de aquí la importancia para la Psiquiatría Infantil de la Teoría Estructuralista de la familia para poder conocer estos mecanismos que en definitiva configuran el funcionamiento de una familia.

2.- *Características de la familia española.*

Los factores de la evolución de la familia es preciso encontrarlos en la propia evolución de las estructuras sociales, económica y políticas de un lugar de terminado.

Sociológicamente en España hay los hijos de la postguerra (generación de los 40), cuyos padres eran autoritarios, y rígidos que ejercían sobre ellos unos procesos de carencia afectiva, estos hijos introyectaron esta ideología represiva y dogmática compartiendo todos ellos de una "cultura masturbatoria y neurótica". Posteriormente surge la generación de los 50 ("padres progres") coincidiendo con cierto desarrollo económico y liberalización de las costumbres, siendo éstos sobreprotegidos por sus padres (en función de sus propias características) generando en ellos un larvado sentimiento de inseguridad que han incidido a su vez hacia sus propios hijos, (lo que ocurrió fue el desinvertimiento del rol paterno como rol autoritario, y a la vez, afectivo del que emanaba seguridad).

Los hijos de estos últimos son la generación de los 70 que se hallan ante una pérdida de pautas referenciales, debido a la inseguridad de los padres y el cambio progresivo de la sociedad, perfilándose como una cultura "marginal", generación con una franca disminución de la vida fantasmática convirtiéndose en el paso al acto como defensa.

3.- Hijos diferentes.

Dado el avance y el cambio social y de costumbres ha generado distintas maneras de estar en los niños, maneras que se apartan cada vez más de la familia tradicional, como son esencialmente, los hijos de madres soltera, niños con padres divorciados, niños adoptados; que en principio configuran un grupo de niños de riesgo —aunque no necesariamente— quizás ante la atipicidad de la situación, que cada vez va ha ser más frecuente. De hecho, estamos en una época de cambios múltiples y acelerados, de donde el acoplamiento es difícil, siendo, ciertamente, perjudicial en los niños, aunque también, es una fuente de ansiedad en los adultos.

Creo, que una de las cosas que no hay que hacer con un niño es sobreprotegerlo; reconocerlo, ayudarlo y estimarlo, si. Que el niño —como todo ser perteneciente a un momento histó-

rico dado— es agredido es sabido y en ocasiones inevitable y en otras, yo diría, imprescindible. Muy importante y fecundo sería la ayuda, no tanto al niño directamente, sino a los padres, angustiados, despistados, que quieren realmente a sus hijos pero que han perdido, en ocasiones, los puntos de referencia, la seguridad en si mismos, ellos también son agredidos y se encuentran indefensos. Tal cosa ocurre con el maestro que paulatinamente va perdiendo valor histórico y que también se siente agredido e impotente ante la maquinaria psicológico-testológica relegándolo a mero dador de datos. O al pediatra y médicos generalistas que recogen la angústia de la enfermedad absorbiéndola correctamente, con interés, aunque desinformados.

Si bien el entorno modela al niño, éste a su vez modela su entorno, y la resultante será la convergencia de todos los elementos, incluido el niño, que entran en permanente interrelación.

Este sería el comentario a vista de pájaro de la primera porción (la relacionada con aspectos psicosociales, históricos y conceptuales) del primer tomo del libro Paidopsiquiatría Dinámica del Dr. Cobo Medina.

Dr. Josep M^a Illa.

LA DEPRESION EN LA INFANCIA COMO ENCRUCIJADA BIOLÓGICA Y SOCIAL

continuación de N° 4 (año 1984)

Dr. D. José L. Alcazar Fernandez
Dr. D. Prudencio Rodriguez Ramos

En nuestro número anterior omitimos, por error, reproducir las tablas correspondientes a este trabajo. Rogamos disculpen nuestra equivocación que intentamos corregir publicándolas en esta ocasión.

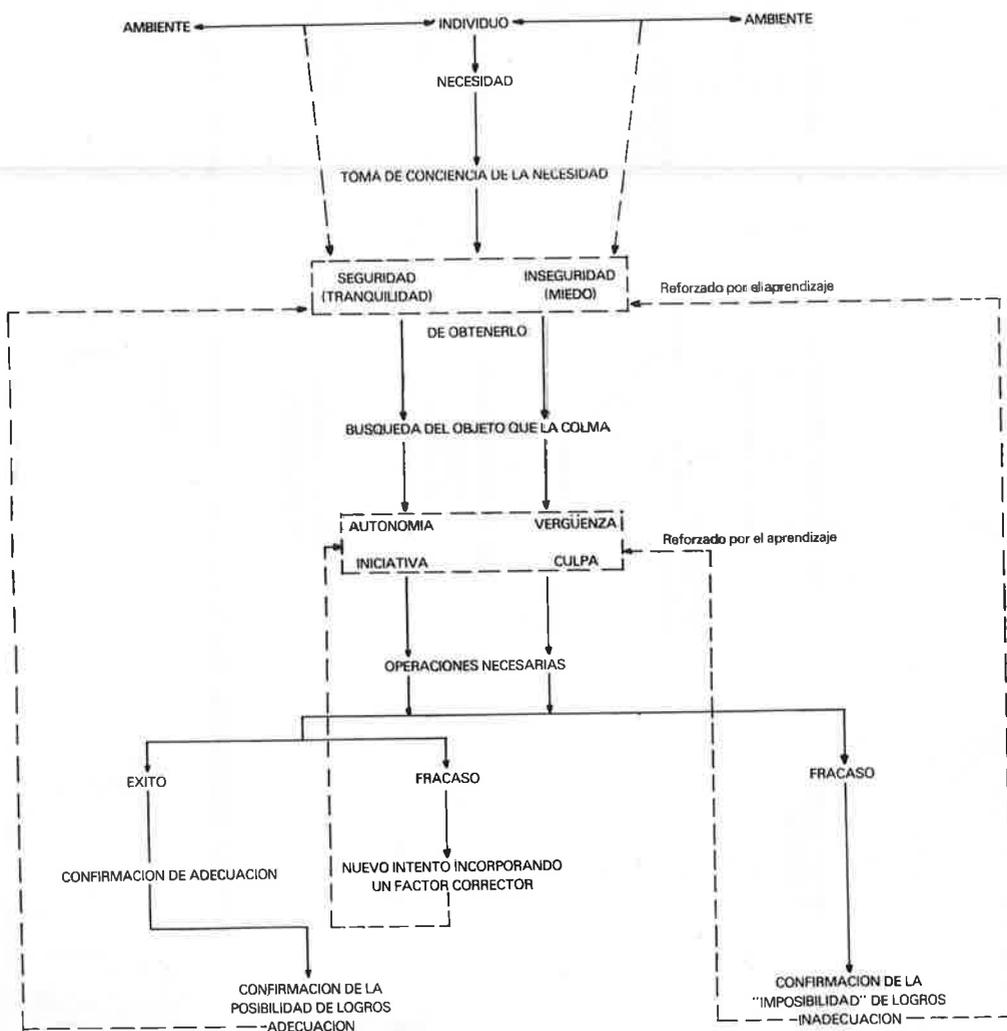
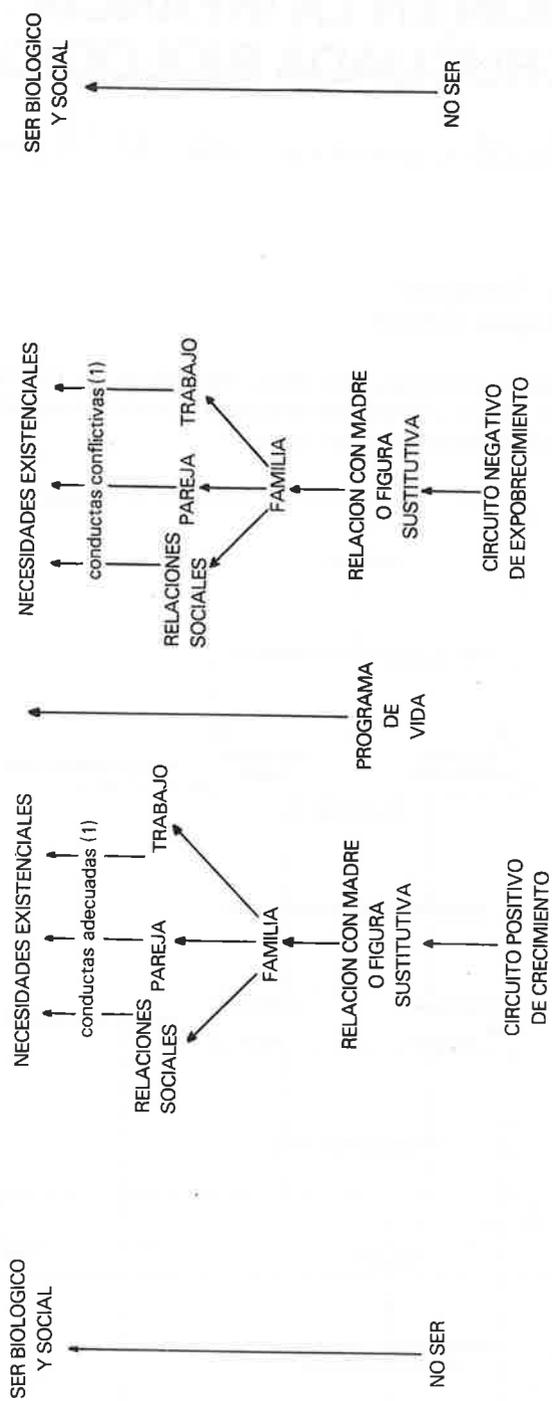


Figura 2.



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

Figura 1.

EL PROCESO DIAGNOSTICO HOSPITALARIO

Hospital Infantil
Unidad de Enfermos

INTRODUCCION

Es una práctica extendida, la iniciación del proceso terapéutico, mediante un proceso diagnóstico, en el propio centro o en una Unidad especialista.

En el Hospital Infantil de la Fundación Menninger, en Topeka, U.S.A. hay una unidad diagnóstica que permite el examen detallado, en unas condiciones standard, de niños y adolescentes. Estos pacientes, por la naturaleza de su patología o por limitaciones geográficas, no podrían ser evaluados adecuadamente en medio ambulatorio.

El proceso tiene una duración tipo de seis semanas y esta fundamentado en dos ideas muestras:

⊗ Primero, el diagnóstico es un proceso abierto que no termina si no con la propia terminación de la relación con el Psiquiatra (1) o en otras palabras, está, imbricada y asumido en la relación terapéutica (2).

⊗ Segundo; Es necesario un esfuerzo coordinado multipersonal, e interdisciplinado para percibir las distintas perspectivas diagnósticas. La responsabilidad del funcionamiento y la sintaxis del trabajo del equipo recae en el Psiquiatra, quien posee la más amplia visión de conjunto. Es necesario asimismo cierta habilidad y conocimiento de la dinámica de grupos por parte del Psiquiatra para asegurar el suave funcionamiento del mismo como equipo.

Informe del exámen psiquiátrico

Paciente: "S".

Registro: XXX

Staff: Dr. Manuel Fernández-Criado.

24 - 5 - 84.

Identificación y valoración en el momento de la admisión:

"S" es una chica de 16 a. (24-6-68), de raza caucasiana, remitida por el Dr. L. del Brook Haven Hospital, para un tratamiento de largo término. La razón para su hospitalización fue su comportamiento auto-destructivo, incluyendo tres intentos de suicidio en el pasado año. En la admisión estaba alerta y orientada, conservaba la memoria y el proceso de pensamiento era lógico; no había evidencia de peligrosidad para los demás y no estaba clara su posible intención de dañarse a sí misma, no dando impresión suicida inminente.

El diagnóstico provisional en el momento de la administración fue:

Eje I (317-21):

Transtorno de la conducta, socializado, no agresiva.

Diagnóstico principal

(300-40): Desorden distímico

Eje II (301-83):

Desorden limítrofe de la personalidad:

Eje III (Nada)

Eje IV :

Severidad de factores psicosociales de stress: 6 extremos (muerte del hermano, madre invasora e ineficiente, familia apiñada).

de funcionamiento adaptativo en el año pasado: 5 pobre (fracaso escolar y familiar).

Datos históricos y enfermedad actual

"S" es la 3ª de 4 chicos del Sr. y la Sra. "O". Los 2 mayores son hermanos de 20 y 23 a. respectivamente y un hermano de 13 a. En Junio del 83, el mayor "J" se suicidó por ahorcadura. El Sr. "O" tiene otros 4 hijos de un matrimonio previo entre 20 y 30 a. y trabaja en una empresa de construcción que conlleva frecuentes desplazamientos. La madre de "S" tiene 42 a. y es una ama de casa muy religiosa, pertenece a la Iglesia Adventista del 7º día. En 1981 la Sra. "O" fue intervenida debido a una sospecha de cáncer. Desde aquel momento el comportamiento de "S" empezó a cambiar mezclándose en relaciones sexuales con sus hermanos, y homosexuales de una naturaleza muy inapropiada, así como abuso de drogas. En el último año su rendimiento escolar descendió de repente, rozando el nivel de suspenso, y tuvo 3 intentos de suicidio de dudosa entidad. El 1º de ellos fue una sobredosis de analgésicos; el 2º fue un intento de ahorcadura con unos pantalones vaqueros, y el 3º una intento de quemarse la piel con nitrato de plata.

"S" tuvo un nacimiento y desarrollo normales. Más detalles acerca de la dinámica familiar se encontrarán en el informe del trabajador social.

Estado físico

Historia médica anterior

"S" es una p o t-puber bien desarrollada y nutrida de 16 a. con caracteres sexuales secundarios bien patentes, está en buena salud y siempre ha disfrutado de ella.

Estado físico actual: El examen físico practicado en el momento de admisión es saludable. La Revisión de sistemas está dentro de los límites normales. CBC, SMA 18, UA fueron normales.

Estado Psiquiátrico

Introducción

“S” impresiona como una chica inteligente, que intenta coqueteando aparecer despreocupada y sin problemas. Cuando se la confronta con ciertos temas, sin embargo, esta máscara se desmorona, apareciendo gran tristeza y rabia. A pesar de su aspecto indiferente “S” está agudamente atenta al entorno aunque a menudo hace falsas percepciones.

Proceoss de estructura Psicológica

“S” está, normalmente, atenta y orientada y su atención es normal, como lo es su concentración. Ella descarta inmediatamente, cualquier reflexión sobre sí misma, y utiliza términos equívocos, exagerando mucho al expresar su estado interno. Esta manera de expresarse, según ella, a menudo la confunde respecto a sus sentimientos. Niega experiencias de despersonalización o de pérdida de realidad. Así como alucinaciones, ilusiones, trasmisión del pensamiento o cualquier otra distorsión perceptiva.

“S” tiene buena memoria inmediata, intermedia y remota. Tiene buena abstracción numérica y sus habilidades de razonamiento corresponden a un nivel intelectual superior. Su juicio, sin embargo, está marcado por impulsividad y fallo de adaptación al Stress. Su pensamiento es saltón y apresurado. Lógicamente asociado con ideación circunstancial y un contenido de ideación sobredeterminante y fija. Esto

último viene expresado como “clichés” que utiliza para explicar su comportamiento, y que empobrece, en gran manera, su proceso de pensamiento. Su afecto es vívido y lábil, congruente con el pensamiento. Y su estado de ánimo preponderante es uno de depresión y rabia atenuado con discreta euforia.

Procesos Integrativos

“S” conecta con la realidad de forma caprichosa, intentando acomodar lo que percibe a lo que desearía percibir. Ella usa testarudamente la negación, la racionalización y el aislamiento de efecto como mecanismo de defensa.

Aunque es una persona curiosa y brillante, su investimento en cosas e ideas viene limitado por su intenso interés y preocupación sobre sus propios problemas y la interacción familiar lo que reduce su disponibilidad para relacionarse con el mundo exterior.

Su percepción de sí misma (self image) está marcada por un fuerte contraste:

Por un lado, es la de una persona culpable y merecedora de castigo, con una intensa incomodidad consigo, lo que la conduce habitualmente a buscar castigo o autodañarse. Es notable en este sentido, que “S” evoca en otros reacciones que típicamente la colocan en el rol del niño sobreprotegido, sintiéndose entonces segura y habiendo exteriorizado su limitación.

Por otro lado, cuando se le pide independencia, su percepción de sí misma cambia a una de intenso abandono, soledad y privación, experimentando entonces gran angustia que manejará mediante conducta orientada a modificar el ambiente en el sentido mencionado.

En su relación con el Staff “S” actúa estos paradigmas, mostrando una

gran independencia hostil. Ella efectúa demandas irracionales que la alejan del Staff, para después al verse con sus propias fuerzas, reacciona con ira y desesperación.

En la relación con los compañeros, "S" muestra intensa envidia y sexualización inapropiada con otras chicas, así como una necesidad de cercanía.

Es notable su confusión entre los sentimientos de identificación, compañía y amor materno, con aquellos propios de la relación sexual adulta. Y parece separar excesivamente el mundo adulto del adolescente.

Algunos de estos modos de relación, también están presentes en la relación con la familia, y muy en particular con la madre, hacia quien demuestra una ambivalencia intensa y primitiva. Esta incluye el presagio de que la madre se destruirá en el caso de que ella se separe psicológicamente o incluso en caso de que muestre agresividad. Su ira es por tanto masivamente reprimida y expresada en comportamientos sumamente hostiles y autodestructivos, hacia ambas.

En su relación con el padre se siente frustrada y de nuevo reprime esta frustración y desplaza el objeto de afecto en sus hermanos, particularmente en el que se ahorcó, hacia el cual tenía una "relación especial".

Fracaso de los Esfuerzos Integrativos

Como ya hemos mencionado su intento de inversión en las relaciones con su familia, así como la naturaleza caótica de dicha familia y su dificultad de expresarse de otro modo que a través de acciones autodestructivas dirigidas a "S" a relaciones en las que busca de una manera ineficaz, cariño y comprensión. Distanciándose de sus compañeros al igual que de las figuras de autoridad que la posibilitarían el resolver sus carencias y conflictos.

Resumen de Otros Hallazgos

La historia familiar fue presentada por Les Letulle M.S.W. el cual describió la familia "O" como una familia impulsiva y esquemáticamente religiosa, caótica y desorganizada con extraños modos de comunicación, intensos sentimientos de culpa expresados a través de comportamientos pasivos y agresivos, incapaces de delimitar reglas básicas en su interacción familiar.

Describe a la madre y a la hija muy cercanas, teniendo la última una especial sensibilidad hacia su madre, con una dificultad especial de separarse de ambas. A menudo, una responde a los sentimientos de la otra como si fueran de sí misma. Formulan la pregunta, si el suicidio de "S" podría estar en relación a la desorganización del ambiente, colegio, familia, etc., que impulse a "S" a culpabilizarse internamente de problemas externos.

Presentada por Marck Sherman M.H.T. se la describe como: difícil de discutir seriamente con ella cualquier tema. Incomoda a la gente con comentarios inapropiados creando un sentimiento molesto con el personal masculino siendo coqueta y seductora. Sigue bien las estructuras y por otro lado tiene aspectos apreciables y atractivos.

Los Tests Psicológicos fueron presentados por Elisabeth S. Novothy Ph. D. que la describe como: más abierta en el examen que en el pasado. Buen C.I. con 113 al Performance y 125 al verbal con un total de 121. Tiene lapsos de concentración y atención particularmente bajo Stress. Sus áreas más débiles se refieren a modulación y control de los afectos, siendo despertados muy fácilmente e intensamente, en ese momento su juicio devienen "turbio".

En el Test de B.R.L. exhibe buen razonamiento, en las partes más es-

estructuradas. En dichos momentos aparecen interrupciones del curso del pensamiento. No se habla evidencia del trastorno neurológico o de pensamiento.

En los Tests Proyectivos se muestra una intensa depresión con disforia y falta de referencia a una idea suicida seria. Su depresión está ligada a una relación dependiente hostil con su madre y a una fusión y falta de límites en esta relación, con deseos de intensa dependencia.

La valoración educativa presentada por Joan Hebed M.S. que revisó informes previos de años pasados, obtiene un percentil de 90 en los Tests de Cuestionarios y su percentil total personal llega a 96. Trabaja muy bien y se adapta muy bien a la relación maestro-alumno. "S" necesita ahorrar 9 semanas más para superar el año y ella intentará trabajar en estos últimos horas en el verano en el colegio del Hospital.

El exámen de la audición, lenguaje y discurso fue presentado por Manfred Barber S.C.D. que informó de audiometría normal, hay alteraciones ligeras en su lenguaje que parecen estar en relación a su poco interés articulatorio. Este punto puede causarle el riesgo de perder el hilo de la conversación y malinterpretar la imagen completa.

Formulación Explicativa

"S" muestra evidentes alteraciones en sus relaciones objetales con un fracaso parcial en la diferenciación entre el sí mismo y el objeto. Esta fusión constituye la raíz de su intensa ambivalencia para con su madre.

El cuadro familiar caótico en el que se alternan la privación con la sobreprotección simbiótica, añade un elemento de realidad que acentúa los aspectos depresivos en "S". Así mismo la experiencia de la unidad

indica el fuerte uso de defensas primitivas, en particular de la identificación proyectiva para manejar el conflicto.

Por otra parte, cierta dificultad en la independización de "S" está en relación con el pobre desarrollo de su superego y la falta de tolerancia y control de los impulsos en el terreno de la relación sexual, en la cual se confunden la interacción adulta con la de amor maternal. El tipo de culpa que deriva de su primitivo superego la conduce a actuar de una manera masoquista, más aún en cuanto no puede completar el duelo por su hermano, al intentar manejar la intensa ambivalencia que sentía, aún hacia él, como el consentidor de sus deseos edípicos.

Estudio Diagnóstico

- Eje I (312-21): Dsorden de la conducta, socializado, no agresiva.
 Diagnóstico principal.
 (307-20): Desorden Psicogénico del lenguaje.
 (300-40): Desorden distímico.
- Eje II: Personalidad Border-line (límitrofe) con rasgos histrionicos.
- Eje III: Adolescente sana.
- Eje IV : Severidad de factores psicosociales de Stress.
 6. extrema.
 (Suicidio del hermano, sistema familiar insuficiente)
- Eje V : Mejor nivel adaptativo anterior año.
 6. muy pobre. Fracaso escolar y en relación con compañeros y en mantener vida independiente.

Recomendaciones y Plan de Tratamiento

En sesión clínica el 29 de Junio del 84 estando presente m. Fernández-Criado como moderador; y asistiendo:

E. Novothy.	Ph. D.
L. Letulle.	M.S.W.
J. Mehed.	M.S.
M. Sherman.	M.H.T.
J. Myers.	M.D.
T. Lewis.	H.H.T.
Z. Hetwlaty.	L.M.H.T.

así como representantes de la sala de "Whitney hall". Se concluyó la necesidad de: hospitalización completa por un año de duración mínimo con el siguiente plan:

P. Psicológico

1.- Acepta su interna ambivalencia con la madre.

Objetivo: "S" explicitaría sentimientos de angustia y los elaboraría.

Táctica: 1/1 Charlas con el personal de cuidado infantil, encuentros grupales, charlas informales con sus compañeros individuales, o de grupo.

2.- Aceptar responsabilidades y sentido de autocontrol.

Objetivo: Interacción con el personal y compañeros tomando responsabilidades para sus actos.

Táctica: Confrontación con el personal cada vez que falle, aumento progresivo de derechos a medida que mejore.

B. Conductual

1.- No se autolesiona por 3 meses.

Objetivo: Reducir la necesidad para expresiones comportamentales de sentimientos.

Táctica: Será controlada en el uso de objetos peligrosos, incrementando su responsabilidad a medida que logre el éxito. Verbalizará pensamientos de autolesión al personal antes de hacerlo. Se llevará control de accidentes como si de autolesiones se tratara.

D. Desarrollo

1.- Desarrollo de habilidades en relación a sus compañeros del mismo sexo.

Objetivo: Decrecer la inapropiada competitividad o la indiferencia hacia otras chicas.

Táctica: Reunirlos para ayudarle a encontrar soluciones en relación a sus sentimientos contra sus compañeros. Uso del trabajo en equipo para ganar libertad con ayuda de un compañero.

2.- Clasificar relaciones entre los dos sexos.

Objetivo: Ayudar a desarrollar identidad sexual e individual.

Táctica: Análisis de sus relaciones sexuales y pasadas con hombres y mujeres. Supervisión y orientación de edad y roles apropiados por personal de cuidado infantil.

E. Educativo

1.- Conseguir el 10º grado.

Objetivo: Recuperar las evaluacio-

nes pérdidas.

Táctica: Ingresos y asistencia por el Sr. Meded.

2.- Mejora y mantenimiento de los conocimientos escolares.

Objetivo: Seguir el programa de la Sunthord School.

Táctica: Programar horas de estudio, programar repasos, ejercicios completos.

I. Interpersonal

1.- Desarrollar una relación significativa y apropiada con adultos que la ayuden a encontrar salidas de identidad en su entorno con gente significada.

Objetivo: Psicoterapia.

Táctica: Comunicación y colaboración con el psicoterapeuta y el equipo para comunicar desarrollo y evitar escisión.

2.- Ayuda su separación psicológica de al madre y ayudarle a crecer como mujer.

Objetivo: Implicar más al padre en el juego familiar de forma constructiva.

Táctica: Interpretar las resistencias pasivas de "S" y de su madre, hacia su padre; especialmente en aquellas relaciones inapropiadamente sexualizadas paterno-filiales.

F. Familia

1.- Establecer límites entre generaciones.

Objetivo: Participación familiar activa en el trabajo de reeducación.

Táctica: Implicar a la familia en Terapia de familia.

Todos estos objetivos serán revisados a los tres meses.

Los hallazgos arriba mencionados fueron presentados a la familia y aceptados.

Tenemos soporte financiero para 1 año y posibilidad para 18 meses. Será trasladada a la unidad de Whitney el 11 de Julio.

Su pronóstico es bueno con dicho tratamiento. Sin tratamiento es más bien pobre.

Se remite informe al Dr. L. el remitente.

Conclusiones

Mediante este método de trabajo obtenemos por tanto:

- Resultados diagnósticos amplios, comprensibles y abiertos, que pueden ser progresivamente enriquecidos. Representan una clara contraposición a la "etiquetación" con un síndrome diagnóstico, de escaso valor individual.
- Un esquema diagnóstico que culmina en recomendaciones concretas e inicia el proceso terapéutico. Combinándose naturalmente con el mismo en una relación de búsqueda de entretenimiento y cambio.
- El trabajo en equipo, enriquece enormemente la visión del clínico, no sólo por las distintas perspectivas, diagnósticas, si no también por las múltiples facetas de relación interpersonal, obtenida de la relación con el grupo y que son una fuente de recomendaciones de tratamiento específica.

Manuel Fernández-Criado
Fundación Menninger
Topeka, U.S.A.

BIBLIOGRAFIA

1. THECTMAN, FRED y HARTY, M. phd. "El proceso diagnóstico" Artículo sin publicar. Fundación Menniger.
2. MENNIGER, KARL M.D. "Manual para estudio casuístico psiquiátrico" GRUNN - STRATTON. N.Y. 1962.
3. RINSLEY DONALD B M.D. "Tratamiento del adolescente con perturbaciones severas".
4. JASON ARONSON. N.Y. 1980.

ESTUDIO MADURATIVO.— FENILCETONURIA

D.^a. MONTSERRAT PISUERGA (Lda. en Psicología).

Dr. J. TOMAS.
Dra. L. TEIXIDO.
Dr. B. OLIVA.

Departamento de PAIDOPSIQUIATRIA
CLINICA INFANTIL
Prof. A. BALLABRIGA.
BARCELONA

INTRODUCCION

La fenilcetonuria es el nombre dado a cierta enfermedad metabólica, es una alteración del metabolismo de los aminoácidos; en la mayoría de los casos se trata de un déficit de fenilalanina hidroxilasa hepática, que va a imposibilitar la transformación de fenilalanina en tirosina. Como consecuencia se produce hiperfenilalanina y exceso de metabolitos urinarios -1-.

Como características psicológicas y de maduración, esta enfermedad puede producir un retardo mental y ciertos trastornos del comportamiento y del carácter.

El presente trabajo va a consistir en un acercamiento a los problemas ma-

durativos y psicodinámicos de estos niños.

METODOLOGIA

La metodología utilizada consiste en la observación y el análisis de los datos extraídos a partir de la aplicación de una batería de test, del análisis del juego y del dibujo, y en algunos casos contamos con el informe social y escolar y entrevistas a los padres.

MATERIAL

El material utilizado es una batería de test psicométricos y proyectivos.

- Anamnesis.
- Wisc o escala evolutiva Gessel o Terman.
- Test de figura de Rey y Bender.
- Dibujo libre.
- Dibujo familia.
- Tests garabato.
- Test de la casa, árbol y persona.
- Observación del juego.
- Informe social.
- Informe escolar.
- Entrevistas padres.

Estos tres últimos no se han podido realizar en todos los casos.

SUJETOS

El número de casos estudiados son 16 de los cuales en 2 solo disponemos como dato su C.I. pues solo se le pasaron tests de inteligencia.

Por lo tanto, el estudio de los aspectos intelectivos e instrumentales se hacen en 16 casos, el estudio de la personalidad solo de 14.

Las edades abarcan un amplio abanico, van desde los 15 meses hasta los 14 años.

Las edades estudiadas son: 15 meses (1); 3 años (2); 4 años (2); 5 años (1); 6 años (1); 8 años (4); 9 años (1); 10 años (2); 14 años (2).

ESTUDIO DE LOS C.I.

Las pruebas pasadas para medir el cociente intelectual han sido 3 tipos distintos de acuerdo a la edad de los sujetos: escalas evolutivas de Gessel, Terman y Wisc.

Los baremos obtenidos en cuanto a inteligencia oscilan desde las deficiencias considerables, pasando por una deficiencia moderada o Borderline hasta la normalidad.

De todos es sabido que, como en

casi toda enfermedad metabólica existe una correlación alta entre el inicio del tratamiento y la superación de las deficiencias, que la enfermedad trae, en los aspectos instrumentales e intelectuales:

- o Cuanto más pronto se detecta y se inicia el tratamiento menos graves son las deficiencias.
- o Cuanto más tarde se detecta y se comienza el tratamiento mayor será el retraso.

De todas formas dicha correlación no está tan clara por lo menos en nuestro estudio (y como veremos más adelante) existen además otros factores tan importantes como el comienzo del tratamiento para el buen desarrollo del niño.

INICIO, TRATAMIENTO Y C.I.

Entre los niños diagnosticados y puestos en tratamiento *antes de los 10 meses*, tenemos 7 casos:

- 4 de los cuales presentan un C.I. normal (92, 98, 95, y 110).
- 3 restantes muestran claras deficiencias (77, 67, 50).

Así pues tenemos en un 40% de casos claras deficiencias aún habiendo habido un diagnóstico y tratamiento precoz (fueron diagnosticados antes de los 6 meses).

Se da el dato curioso de que 2 de dichos pacientes son hermanos afectados de fenilcetonuria de 10 y 14 años con 50 y 67 de cociente de inteligencia y diagnosticados al 1er. y al 4º mes de nacer respectivamente.

El tercer sujeto es un caso similar; también tiene un hermano fenilcetonúrico; deficiente profundo y vive un ambiente muy hostil en su casa; el

padre le menosprecia y le insulta constantemente, esto ha provocado un bloqueo fuerte que incide en las puntuaciones de los test. Este paciente tiene 10 años y su C.I. es de 77.

En el *diagnóstico* y el inicio de tratamiento hecho de los 10 a los 20 meses el baremo oscila entre una deficiencia muy ligera, casi imperceptible y déficits bastante considerables.

En este grupo se incluyen 9 sujetos; los C.I. se reparten de la siguiente manera:

CONCLUSIONES

En el desarrollo intelectual de los niños fenilcetonúricos el factor primordial es el inicio de tratamiento y el correcto seguimiento de éste; ahora bien también inciden otras variables, tal vez más difíciles de controlar, que pueden ayudar o nó a un normal desarrollo.

Estas variables son:

✗ actitud estimulante o no de los

	C.I.	edad	exploración
1º)	91	15 meses	(tratamiento 10 meses)
2º)	86	6 años	(tratamiento 13 meses)
3º)	71	7 años	(tratamiento 16 meses)
4º)	67	3 años	(tratamiento 15 meses)
5º)	66	14 años	(tratamiento 20 meses)
6º)	58	4 años	(tratamiento 2 años y 4 meses medio rural).
7º)	58	4 años	(no sigue tratamiento)
8º)	50	4 años	(tratamiento 10 meses)
9º)	50	3 años	(tratamiento 15 meses)

Vemos pues que, aunque el factor inicio de tratamiento es esencial, no es el único, puesto que tenemos casos, donde el tratamiento comienza más tarde (3º) y sin embargo la deficiencia es menos grave; una relación especial y un ambiente estimulante ayudan al niño; mientras que, en otros casos, donde el ambiente familiar es problemático, (medios socio-económicos escasos) (caso 5º) el retraso es más evidente -2-.

Tenemos también los ejemplos de lo fatal que resulta para la evolución del niño un *diagnóstico tardío* (caso nº 6 niño de medio rural diagnosticado a los 2 años, 4 meses) o una *interrupción de tratamiento* (caso nº 7) -3-.

padres.

✗ posibilidades socioeconómicas.
✗ medio rural o urbano.

Otro aspecto importante en la evolución de estos niños es que, independientemente del inicio de tratamiento, los *C.I. más bajos se dan hasta la edad de 6 años*, después se compensan ciertas deficiencias.

ASPECTOS PSICOMOTORES Y PERCEPTIVOS

Para el análisis de la evolución psicomotora hemos tomado como datos los episodios de la ananesis

referente a: la edad en que comienza a caminar edad de control de esfínteres.

Para el análisis de los aspectos perceptivo nos referimos a los tests de la figura de Rey y tests de Bender.

Hasta los 5 años todos los sujetos presentan un retraso general: caminan más tarde, control esfínteres tardío. Este se agrava o no según el inicio de tratamiento y tiene una larga correlación con el C.I. en el desarrollo posterior. Así pues tenemos cuatro casos donde los sujetos tienen, 6, 8, 10 y 14 años y siguen presentando cierta torpeza motriz, sus C.I. son respectivamente (86, 71, 50 y 66).

En cuanto a las *capacidades perceptivo-práxicas* de los sujetos examinados 11 sujetos de los 16 examinados presentan niveles madurativos por debajo de su edad; incluso 2 años por debajo de esta.

5 sujetos presentan niveles normales de maduración sin embargo sufren de pequeños problemas perceptivos, sobre todo referentes a discriminación y orientación visuoespacial que provocan ciertas dificultades a la hora del aprendizaje de la lectura (inversiones).

CONCLUSION

En estas conclusiones extraídas de nuestro estudio estamos de acuerdo con la investigación hecha en Francia por Rappapost y cols. -4-.

Existe, en los niños fenilcetonúricos una fragilidad en la coordinación finomotora, dificultades sensoriales de limitación motora y una pobre organización espaciotemporal. Estas dificultades se pueden superar con una ayuda en el preescolar a fin de que la inserción en la escuela primaria no les cause tantos problemas, sobre todo a la hora de enfrentarse a los aprendizajes de lectura y escritura.

⊗ Estas dificultades arriba citadas son

bastante independientes del C.I. y del inicio o no del tratamiento.

Se dan en la mayoría de los casos y su intensidad de gravead depende de las habilidades cognitivas de los sujetos.

ESCOLARIDAD Y SOCIABILIDAD

De los 16 casos, 4 niños no asisten a ningún centro escolar (menores de 6 años) ya sea por un problema socio-económico o de dejadez de los padres.

De nuevo habría que apuntar aquí el concepto de C.I. y su relación con el desarrollo de otros aspectos y en especial con el aspecto de *fracaso o adaptación escolar*. El análisis de los datos que tenemos así nos lo indican: según el nivel sea más alto, menos problemas habrá de aprendizaje; los niños que tienen C.I. entre 90 y 110 (6 en total) no tienen problemas en la escuela. Ahora bien, el interés se ha de enmarcar en aquellos casos donde las capacidades intelectuales y prácticas están "al borde" de la normalidad (6 casos) y su adaptación al colegio es costosa provocando numerosos retrasos, repeticiones de curso y en algún caso la opción de "colegio de educación especial".

Así pues el colegio supone para muchos de estos niños un sobre-esfuerzo, no solo por el hecho de la adquisición de conocimientos, sino fundamentalmente por el concepto fatalista que, a partir de su enfermedad y como una sombra, recae sobre ellos, y que les impide sentirse cómodos en una situación *muy competitiva* como es el medio escolar.

Llegados a la pubertad estos niños suelen optar por el mundo del trabajo o aprender profesiones prácticas, formación profesional, etc.

SOCIABILIDAD

El aspecto de la relación social de estos niños con su entorno también nos interesa estudiarlo. Los datos se han sacado del informe escolar que abarca también la relación de estos niños con sus compañeros, y de algunos ítems de adaptación social de los tests de Wisc, Terman o Gessel.

• Cuando son pequeños, son niños que prefieren jugar solos, (6 casos hasta los 5 años) el juego compartido aparece más tarde que en otros niños.

Cuando comienza el periodo escolar es importantísima la aceptación del grupo escolar, nos encontramos con que son niños difícilmente aceptados; de los 10 casos de niños en periodo escolar 3 nos manifiestan ellos mismos que "les pegan" o "no les quieren los otros niños". Los que presentan mejores niveles de habilidades cognitivas son más aceptados -5-

Ahora bien, analizando algunos rasgos de relación social en los tests proyectivos usados, nos encontramos con 2 factores aparentemente contradictorios: por un lado nos encontramos con que la necesidad que tienen estos niños de ser aceptados es evidente y patente, pero por otro lado hay índice muy altos de introversión (70% sujetos) de aislamiento y reticencias al contacto respuestas poco adecuadas en una situación de relación social. Como conclusión, podemos terminar diciendo que los niños finilce-tonúricos estudiados son niños que dan respuestas correctas en los ítems de sociabilidad de los tests; ahora bien en la práctica son niños que no son bien aceptados en sus grupos de juego, -6- tal vez sea debido a que la problemática interna que sufren les obliga a encerrarse en sí mismos.

Sus problemas van más bien dirigidos hacia adelante que hacia afuera.

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE LOS NIÑOS FENILCETONURICOS

Para trabajar en estos aspectos hemos prescindido de los informes poco completos, por lo cual este estudio se ha hecho sobre 14 casos en lugar de 16.

De estos 14 casos las exploraciones de la personalidad se basan en tests proyectivos (familia, H.T.D. garabatos), dibujos libres, entrevistas y observación del juego. Por desgracia no disponemos en todos los casos del informe social y de entrevistas con los padres; por lo cual en este sentido la información quedará un poco manca.

Las características de personalidad más estudiadas son las siguientes:

Inseguridad, Introversión, Inestabilidad Comport. Baja autoestima, Dependencia materna, Inmadurez afectiva, Apatía, Agresividad y Detalle del cuello en el dibujo de la figura humana (figuras que en 7 de los casos estudiados presentan un detalle nuevo para analizar: estas figuras son dibujadas o con *cuellos excesivamente grandes y marcados o sin cuello*).

El hecho de que sean estas características y no otras las estudiadas se debe a que son las que más predominan en todos los estudios psicológicos de estos niños.

De estos 14 casos solo 2 presentan en general un cierto ajuste de personalidad y equilibrio: se trata de un niño de 14 años y una niña de 9 el primero tiene un C.I. de 67, y la segunda un C.I. de 110, de todas formas el primero tiene cierto grado de inseguridad y baja autoestima, mientras que en la segunda el índice de introversión es alto.

En este sentido estamos de acuerdo con Fervis que en 1954 de 300 casos de niños fenilcetonúricos estudiados encontró que 277 presentaban desviaciones del comportamiento y distur-

bios emocionales -7-.

Analizando de una forma global los datos de personalidad nos encontramos que:

- un 71,4% de los sujetos son introvertidos.
- un 64,3% de los sujetos son inseguros.
- un 57,9% de los sujetos tienen baja autoestima.
- un 42,9% de los sujetos de dependencia materna es muy marcada.
- un 35,7% de los sujetos se da la apatía.
- un 28,6% de los sujetos se da la agresividad.
25% sin cuello
- un 50% dibuja figuras humanas
25% con cuello muy marcado.

INTROVERSION

71'4%

El factor introversión es medido por la capacidad de expresión de conflictos internos, viene dada por cierto bloqueo y encierró en sí mismos.

Se da en 10 sujetos de edades que van de los 4 a los 14 años y cuyas capacidades cognitivas también son muy variables: lo mismo es introvertido un niño con claras deficiencias que un niño con un nivel normal de inteligencia.

Es un factor independiente de la edad y el C.I. que marca las dificultades de estos niños dentro de los grupos sociales, aceptación social.

INSEGURIDAD

64'3%

Se da en 9 casos y es medido, aparte de los datos obtenidos en los tests proyectivos, por la capacidad para llevar a cabo con tranquilidad las tareas pedidas por el examinador.

No se da en los niños menores de 6 años, a partir de esta edad es característico en todos los sujetos (hasta los 14 años). Este factor puede ser debido y está muy relacionado con las adquisiciones escolares y sociales y es a partir de los 6 años cuando tienen que enfrentarse a estas 2 situaciones; las tensiones psicológicas y sociales externas a ellos son tal vez mayores que a las que se enfrenta un niño normal, debido sobre todo, a cierta idea de fatalismo y "etiquetación" que predomina en las enfermedades de este tipo.

INESTABILIDAD DE COMPORTAMIENTO

Viene dada por enojos inmotivados, humor variable. Se da en 8 de los sujetos estudiados, la mitad de los cuales son menores de 8 años. De los cuatro restantes: 1 tiene problemas de relación con su medio de amigos, medio social (no tiene amigos) y otros 3 sufren tensiones y problemas dentro de su ámbito familiar; son niños cuyos padres han sido muy estrictos y severos en su educación.

BAJA AUTOESTIMA

57'9%

Se da en 7 sujetos y está muy relacionado con el factor de inseguridad. Solo se da a partir de los 6 años y tiene que ver con las capacidades y hostilidades cognitivas. Estos sujetos presentan ciertas dificultades en las realizaciones de tareas de habilidad y cognitivas, esto les provoca continuas frustraciones que no sosn capaces de tolerar, (sus C.I. son ligeramente inferiores a los normales).

DEPENDENCIA MATERNA

42'9%

Se da en 6 de los casos, 5 de los

cuales son mayores de 8 años y solo uno es menor (3 años).

De estos 5 casos en 4 existe el denominador común de padres muy exigentes y madres sobreprotectoras.

En 2 casos hay conflictos y tensiones dentro del ámbito familiar.

Vemos pues que este factor va muy unido al de inestabilidad de comportamiento, los 2 rasgos se dan en los mismos sujetos.

APATIA

35'7%

Entendemos por apatía el desinterés mostrado por los sujetos en las tareas y en su comportamiento de relación.

5 de los sujetos: 2 de los cuales son menores de 6 años. Los tres restantes son sujetos de 10 y 14 años pero con rasgos de hipoestimulación y falta de motivación ambiental.

De los 2 casos de niños menores de 6 años (4 y 5 años) encontramos en los 2 inestabilidad de comportamiento, retraso en el lenguaje y grave retraso psicomotor; juego no compartido, incluso ciertos episodios de ocurrencias (sin ser epilepsia) y rasgos de compt artista.

La actitud educativa de los padres en ambos casos viene marcada por una dejadez, actitud poco comprometida por el problema, falta de estimulación hacia los niños.

El retraso general es bastante considerable en ambos casos.

AGRESIVIDAD

28'6%

Se da claramente en 4 de los casos estudiados, 3 de los cuales son menores de 6 años (6, 3, 4). Al contrario de lo que sucedía en la apatía, la actitud de los padres de estos niños más agresivos es diferente; son padres (excepto 1 caso) que viven casi de

forma angustiada el problema de sus hijos, aunque lo traten de disimular; esta ansiedad es transmitida al niño que desarrolla un comportamiento inestable marcado por la irritabilidad y ciertos rasgos agresivos.

DIBUJO FIG. HUMANA

50% ← 25%
25%

Esta es una característica que nos llamó la atención; teniendo en cuenta que de los 14 casos estudiados, hay 4 que todavía no han pasado del nivel de garabato; nos quedan 10 de los cuales 7 (casi un 70%) presentan en sus dibujos de figura humana esta característica.

La característica a estudiar es el cuello: el cuello puede ser excesivamente grande y muy marcado (aparece en los dibujos de 3 niños) o la figura puede carecer totalmente de cuello (4 son los niños que lo dibujan así).

Esta característica se da a todas las edades (6, 8, 10 y 14 años) y en distintos sujetos con habilidades cognitivas variadas (sus C.I. oscilan desde la deficiencia clara a la normalidad.) Evidentemente es una distorsión de la imagen corporal ahora bien en qué dirección apunta dicha distorsión? 3 pueden ser las posibilidades: una la dificultad de control intelectual de los impulsos del, otra puede significar trastornos somáticos en esta área (dificultades para tragar, globo hermético y trastornos digestivos), y por último y teniendo en cuenta que la superación de la enfermedad (fenilcetonuria) es a base de una dieta alimenticia no demasiado estricta cabe la posibilidad de que sea un reflejo de como viven y elaboran, el hecho tan decisivo como es la alimentación. No disponemos de datos suficientes para el análisis de la vivencia de la alimentación por parte de estos niños; estos datos podrían ser extraídos de entre-

vistas con los padres y de sondeos en este aspecto con los niños; por ahora no podemos hacer otra cosa más que emitir una hipótesis para futuros trabajos en este sentido, puesto que hay que replantearse una nueva investigación en este sentido, no obstante prometemos hacerlo en los meses próximos, a fin de llegar a conclusiones más claras pues pensamos que es un tema interesante y totalmente nuevo.

CONCLUSIONES

Dentro de las características de personalidad encontramos 4 factores, que van unidos 2 a 2:

(A) INSEGURIDAD y BAJA AUTOESTIMA que van relacionados con las habilidades cognitivas y la adaptación o fracaso escolar.

(B) INESTABILIDAD y DEPENDENCIA que van relacionados con el tipo de relación paterno-familiar; ocurre en niños fenilcetonúricos con padres excesivamente sobre-protectores, ó padres muy exigentes, ó en caso de conflictos familiares.

(C) Antes de los 6 años los niños estudiados tienen como característica común la INESTABILIDAD y se

dan 2 grupos bien definidos: Los APATICOS y los AGRESIVOS.

(D) Entre los 6 y 14 años predominan la inseguridad y BAJA AUTOESTIMA en un grupo, en otro predomina la excesiva dependencia (sobre todo de los 6 a los 10 años).

SINTESIS GLOBAL

De los 14 casos estudiados solo 2 presentan equilibrio en su estructura de personalidad.

Existen otros dos casos, donde el desajuste es fuerte; ahora bien no se debe a la enfermedad metabólica que padecen sino a cierto nivel neurótico de los padres; muy marcado y que repercute en el buen desarrollo de sus hijos.

INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD

No se ha encontrado ninguna relación significativa. Por debajo de un C.I. de 80 existen más problemas de personalidad; ahora bien esto es debido a la deficiencia de las habilidades cognitivas y al problema fatalista de inserción social más que a la enfermedad metabólica que padecen.

BIBLIOGRAFIA

1. J. DE AJURIAGUERRA "Manual de Psiquiatría infantil" Ed. Toray-Masson. Barcelona.
2. STEINHAUSEN H.C. (Germany) "Psychological evaluation of treatment in phenylketonuria: intellectual, motor and social development. *Neuropadiatrie (Germany West)* 1974 págs. (146-156).
3. BROWN E., WARNER, D. "Mental development of phenylketonuria children in or off diet after the age of six". *Psychological medicine*, mayo 1976 vol. 6 (2) págs. 287-296.
4. RAPPOPORT et cols. "Etude psychologique de 20 enfants phenylketonuriques traités tot. *Sem. Hop. Pariss (France)* 1975 51626 (509-516).
5. FRIEDMAN, C.J.; SIBIWWA, etc cols. "An objective approach to measurement of interpersonal behavior in phenylketonuria" *Journal of consulting and clinical*, 1971, Oct. vol. 37 (2) 224-227.
6. MAURER GERALD. "Personality characteristics of early-treated children with phenylketonuria and the childrearing characteristics of their parents". *Dissertation abstracts international* 1978, juli, vol. 39 (AB) pág. 390 D.
7. WOD FRIEDMAND, JACIC y cols. "Psychosocial factors in Phenylketonuria" *American journal of Orthopsychiatry*, 1967, pág. 34.

"ESTUDIO DE LA DESNUTRICION PRECOZ EN EL HUMANO: EFECTOS EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR"

Prof. Dr. Miguel Sánchez Turet
Catedrático de Psicología Fisiológica.
Universidad de Barcelona

Trabajo presentado al Primer Symposium Nacional Sobre Psicopedagogía de la Excepcionalidad Organizado por la Obra Social de La Caixa. Barcelona, Septiembre-October 1983

Los estudios llevados a cabo sobre los efectos de la desnutrición (déficit nutrición simple) y malnutrición (desequilibrio en la dieta) sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) han permitido comprobar que, si bien el encéfalo del adulto se encuentra protegido frente a la desnutrición aguda o crónica, no ocurre así cuando se trata de individuos en crecimiento y de manera particular durante el periodo denominado de maduración neurológica.

Es bien conocido también, que el desarrollo encefálico tiene lugar a nivel embriológico siguiendo una serie de etapas o fases. La primera que tiene lugar es la de multiplicación neuronal, seguida de la multiplicación de las células gliales, algunas de ellas, la

oligodendroglia, serán las responsables de la producción de mielina que recubrirá los axones neuronales. Así pues, la fase de mielinización se inicia ya durante la fase de multiplicación glial, si bien se prolonga hasta mucho después de la misma. Concomitantemente tiene lugar el proceso de crecimiento neuronal, el cual tiene lugar a través de la prolongación de sus ramificaciones, axones y dendritas, así como por la progresiva ramificación del árbol dendrítico, estableciéndose en ello las conexiones interneuronales a través de las sinapsis.

Un aspecto de especial interés, es el de que el desarrollo encefálico pasa por etapas o periodos críticos de crecimiento, en los que este tiene lugar

de forma más rápida, hablándose por ello de periodo de crecimiento encefálico rápido (brain growth spurt). En este sentido, es de destacar, la existencia de investigaciones (Dobbing, 1970) que ponen claramente de manifiesto la existencia de importantes diferencias cronológicas entre el "periodo de crecimiento rápido del encéfalo" y la edad de nacimiento. Así, mientras en la rata es un proceso fundamentalmente post-natal, en otros animales como el conejo de Indias es exclusivamente pre-natal, siendo en el hombre un proceso que afecta tanto al periodo pre-natal como al post-natal. Desde el punto de vista ontogénico, dicho periodo de crecimiento rápido se inicia aproximadamente al finalizar la multiplicación neuronal, hacia el final del 2º trimestre de vida fetal en el humano, pudiendo diferenciar en dicho periodo dos partes, la primera de ellas que coincide con la multiplicación de la glía, y la segunda con la mielinización, de ahí, que la finalización de este periodo de crecimiento rápido, tenga lugar en el hombre hacia el segundo años de vida.

Por otra parte, la existencia de dicho periodo de crecimiento rápido del encéfalo, ha provocado el hecho de que los investigadores preocupados por el tema de los efectos de la desnutrición precoz sobre el SNC, centraran el interés de sus investigaciones sobre la incidencia de la desnutrición en el mismo.

Así pues, habiendo llevado a cabo diversos trabajos con el fin de estudiar los efectos de la desnutrición precoz en animales de experimentación, tanto en parámetros físicos como conductuales (Sánchez Turet et al. 1976, 78, 80) consideramos de utilidad e interés ampliar nuestras investigaciones a nivel humano (Sánchez Turet, 1982).

Antes de entrar propiamente en el tema que nos ocupa, quisiéramos

señalar, que la desnutrición infantil tanto en los países desarrollados como en los menos evolucionados, continúa siendo un problema de gran magnitud, tanto por la gravedad de los cuadros clínicos a que da lugar, como por el número de niños afectados durante los primeros y críticos años de la vida (Durand, 1968). Mientras que las razones de su existencia, incidencia y prevalencia difieren según se trate o no de países desarrollados, sin embargo, sus efectos tanto a nivel físico como conductal son análogos, con independencia de la causa que la produzca (Cabak, 1965).

En países desarrollados en los que existe un adecuado poder adquisitivo y disponibilidad de alimentos, las causas de desnutrición no son obviamente económicas, justificándose su existencia fundamental por factores socio-culturales ya por la perpetuación de prácticas alimenticias antiguas y erróneas, ya por el advenimiento de determinadas costumbres o modas, que como en el caso de la sustitución de la lactancia materna por la artificial expone a los lactantes de una forma más directa a las fluctuaciones de la situación social en que se encuentra, tales como, separación conyugal, paro, etc. y que son motivos de deficiencias en la nutrición infantil (Cheek, 1968). Por otra parte, el aumento de la supervivencia del niño prematuro, debido a las recientes mejoras de las condiciones hospitalarias y a la introducción de modernas técnicas de cuidados de estos pequeños pacientes, constituye un nuevo factor a tener en cuenta a la hora de valorar posibles causas de desnutrición que la sociedad moderna ha desarrollado.

En los países en vías de desarrollo, que representan aproximadamente las 3/4 partes de la población mundial, se ha calculado que el problema de la desnutrición afecta a más de 300

millones de niños, en mayor o menor grado (Behar, 1968), siendo causada la desnutrición en ellos tanto por factores económicos y de escasa disponibilidad de alimentos, como por factores socio-culturales adversos, factores que, como es obvio, se dan concomitantemente y se potencian entre sí.

La magnitud de las cifras mencionadas, ponen fácilmente de manifiesto la importancia y trascendencia del problema, que a su vez se ha visto refrendada por el interés que en él han puesto organismos internacionales como la OMS, la FAO y la UNICEF, las cuáles desde 1948 han venido ocupándose del problema de forma sistemática.

En los últimos veinte años, ha tenido lugar un paulatino cambio de énfasis en la calificación de la edad crítica y de elevado riesgo en la nutrición infantil. Así, el interés ha ido desplazándose de la edad escolar a la preescolar, existiendo en la actualidad evidencia suficiente que demuestra, que es precisamente durante la etapa de desarrollo intrauterino y primeros dos años de vida, es decir, durante el denominado "periodo de crecimiento rápido del encéfalo" al que anteriormente nos hemos ya referido, cuando los aspectos nutricios son fundamentales y críticos para el normal desarrollo del niño. (WHO, 1974). En consecuencia, resultará del máximo interés, el estudio clínico de niños con historia de "desnutrición fetal".

En el estudio clínico de niños con historia de "desnutrición fetal" debemos distinguir dos grupos. Un primer grupo formado por los niños prematuros propiamente dichos, es decir, aquellos cuya edad gestacional es inferior a 37 semanas y cuya curva de desarrollo intrauterino seguía un patrón normal, si bien ha sido interrumpido prematuramente, y en consecuencia, no ha existido en ellos déficits de aporte

nutricio intrauterino. Y un segundo grupo, formado por los niños nacidos a término, pero cuya curva de desarrollo intrauterino sigue un patrón anormal por ser deficitario el aporte nutricio que recibe de la madre, y que en consecuencia, nacen con un retardo ponderal. Este último grupo sería el que la literatura anglosajona denomina "small for date" y que en castellano se les acostumbra a designar como "pequeños por su edad de gestación" (PEG) y que abarcarían aproximadamente 1/3 de la totalidad de los recién nacidos de bajo peso. Tal diferencia merece ser también tenida en cuenta por el hecho de que el desarrollo postnatal sigue en ambos grupos patrones diferentes, consiguiendo por lo general los prematuros incrementos de peso y talla con mucha mayor rapidez que los PEG.

En cuanto al diagnóstico de "retardo de crecimiento fetal" se establece en el recién nacido sobre la base de que su peso al nacer sea inferior al décimo percentil para cada edad gestacional, determinada en relación con la curva de pesos obtenida de la población que se asiste, razón por la que cada Centro debe de hecho calcular su propio "límite".

De entre los estudios sobre los factores etiológicos en el "retardo de crecimiento fetal" merece destacar el llevado a cabo por Holmes (1977), en el que se enumeran los factores potencialmente capaces de retrasar el crecimiento fetal, agrupándolos en factores biológicos y factores ambientales. Entre los factores biológicos se cita a los siguientes: pre-eclampsia, eclampsia, hipertensión crónica, placenta anormal, cordón umbilical anormal, polyhidramnios, oligohidramnios, embarazo múltiple, hemorragia genital severa durante el tercer trimestre de embarazo, infección fetal intrauterina, anomalías cromosómicas fetales y enfermedad materna crónica y severa. Entre los

factores ambientales considera a los siguientes: hábito tabáquico, adicción a drogas y alcoholismo crónico, insuficiente incremento de peso durante la gestación, edad materna inferior a los 17 o superior a los 35 años, bajo peso materno en el momento de la fecundación y carencia de cuidados profesionales en el periodo perinatal.

Todos los factores mencionados en el apartado anterior, han sido tomados en cuenta en la Historia Clínica utilizada en nuestro trabajo y a la que posteriormente haremos referencia.

En el presente trabajo sobre desnutrición precoz en el humano, nos planteamos averiguar si los niños con diagnóstico de PEG y que por tanto han sufrido desnutrición fetal durante por lo menos parte del periodo de máxima vulnerabilidad encefálica, presentan o no alteraciones en su desarrollo psicomotor, dada la capital importancia que éste tiene durante la primera infancia, así como su estrecha relación con las funciones psíquicas en general.

Es de destacar, que la magnitud de la incidencia que la desnutrición precoz causa en el desarrollo psicomotor, así como la reversibilidad o no de las posibles alteraciones son temas todavía en controversia en la literatura científica (Knobloch et al. 1956, Lipper et al. 1981).

MATERIAL Y METODOS

Las investigaciones se han llevado a cabo en el Instituto Provincial de Prematuros y en el Instituto Provincial de Pediatría y Puericultura de la Casa Provincial de Maternidad de la Diputación Provincial de Barcelona.

Se revisaron un total de 4.667 Historias Clínicas de niños que habían ingresado en el Instituto Provincial de Prematuros antes mencionado y en

ellas se encontraron 1.439 con diagnóstico de PEG, lo que indica una incidencia del 30'83%.

Dado que íbamos a efectuar un estudio retrospectivo, se escogieron niños que en la actualidad tuvieran edades comprendidas entre 0 y 6 años. El tamaño de la muestra fue de 60 niños, siendo su distribución por edades y sexo la siguiente:

- Grupo I: 10 años (5 de cada sexo) de 0 a 1 años de edad.
- Grupo II: 10 niños (5 de cada sexo) de 1 a 2 años de edad.
- Grupo III: 10 niños (5 de cada sexo) de 2 a 3 años de edad.
- Grupo IV: 10 niños (5 de cada sexo) de 3 a 4 años de edad.
- Grupo V: 10 niños (5 de cada sexo) de 4 a 5 años de edad.
- Grupo VI: 10 niños (5 de cada sexo) de 5 a 6 años de edad.

Se diseñó un modelo de Historia Clínica en la que se tenían en cuenta todos los factores o parámetros a los que nos hemos referido al comentar el trabajo de Holmes, con la que se llevó a cabo la selección de la muestra definitiva, de suerte que, en los niños seleccionados quedaban descartados todos los factores potencialmente capaces de retrasar el crecimiento fetal, a excepción de la desnutrición, con la que se convertía ésta en variable independiente de la experimentación a efectuar.

Por otra parte, y con el fin de intentar controlar por lo menos mínimamente los factores ambientales que sin duda influyen en gran manera en todo el desarrollo infantil, se incluyeron en la Historia cuestiones referentes al nivel socio-cultural de los padres, al ambiente familiar, a la aceptación del niño, a las interacciones del niño con sus padres y hermanos, así como también todas aquellas interacciones

significativas que el niño estableciese con otros miembros de la familia. Se valoraron también las pautas educativas y la historia escolar. Todos aquellos niños que presentaban alteraciones o aspectos dudosos en alguna de las cuestiones mencionadas, fueron eliminados en la fase de selección. Por todo ello, y aún a pesar de las limitaciones que sabemos existen en el control de los factores ambientales en los estudios sobre desnutrición precoz en el humano, consideramos que nuestra muestra presenta un adecuado grado de homogeneidad en cuanto a los factores socio-culturales y ambientales en general, presentando además estos factores una aparente normalidad en todos los grupos estudiados.

Para la exploración del desarrollo psicomotor, se utilizó el Denver Developmental Screening Test (DDST), que a pesar de ser uno de los test de desarrollo infantil más acreditados, existía sin embargo escasa información de él en nuestro país, lo que nos obligó a efectuar previamente una traducción-adaptación al castellano de la última versión americana (Frankenburg et al. 1976). Se trata de un test compuesto por 105 ítems agrupados en los factores o parámetros siguientes: "motricidad grosera", "motricidad fina", "lenguaje" y "personal-social", y que sirve para la exploración del desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 6 años de edad.

RESULTADOS

En las tablas I a la VI aparecen los resultados de la aplicación del test de Denver para el desarrollo psicomotor. En dichas tablas se consignan exclusivamente los ítems que aparecen con retraso y que serían indicativos de un déficit en el desarrollo psicomotor. Se exponen separadamente los 4 grupos

que valora el test (motricidad grosera, motricidad fina, lenguaje y personal-social y se añade además una columna con la "valoración global" que permite, siguiendo las normas del test clasificar los resultados en las categorías de Anormal, Dudoso o Normal.

Se han calculado también los valores promedio del número de ítems que aparecen con retraso en cada uno de los grupos.

Los resultados indican la existencia de déficits, particularmente altos durante el primer año y de manera especial en el grupo de ítems de "motricidad fina", y que si bien a lo largo del tiempo tienden todos ellos a mejorar, sin embargo, existe una cierta persistencia de los déficits y de manera especial e el grupo de ítems de "lenguaje".

Con el fin de comprobar estadísticamente la persistencia o no de los déficits de desarrollo psicomotor, se compararon mediante la prueba de ji cuadrado los valores del grupo I, que obviamente es el que presenta mayores déficits, con los restantes grupos de edades sucesivamente mayores, habiéndose obtenido los resultados siguientes:

TABLA I

DESARROLLO PSICOMOTOR

GRUPO: 0-1 año

<u>SUJETOS</u>	<u>EDAD</u> <u>(Semanas)</u>	<u>MOTRICIDAD GROSERA</u> <u>(Ítems con retraso)</u>	<u>MOTRICIDAD FINA</u> <u>(Ítems con retraso)</u>	<u>LENGUAJE</u> <u>(Ítems con retraso)</u>	<u>PERSONAL-SOCIAL</u> <u>(Ítems con retr.)</u>	<u>VALORC.</u> <u>GLOBAL</u>
1 - H	8	2	4	1	1	Anormal
2 - V	12,56	1	3	2	2	Anormal
3 - V	11,42	1	1	1	0	Normal
4 - V	52	1	2	1	1	Dudoso
5 - H	34,84	2	3	2	1	Anormal
6 - V	8	1	1	0	0	Normal
7 - V	20,70	2	2	1	0	Anormal
8 - H	41,70	1	2	2	1	Anormal
9 - H	18	1	2	1	0	Dudoso
10 - H	4	1	2	2	1	Anormal
\bar{X}		1,3	2,2	1,3	0,7	

(H=hembra; V=varón)

DESARROLLO PSICOMOTOR

GRUPO: 1-2 años

<u>SUJETOS</u>	<u>EDAD</u> <u>(Semanas)</u>	<u>MOTRICIDAD GROSERA</u> <u>(ítems con retraso)</u>	<u>MOTRICIDAD FINA</u> <u>(ítems con retraso)</u>	<u>LENGUAJE</u> <u>(ítems con retraso)</u>	<u>PERSONAL-SOCIAL</u> <u>(ítems con retr.)</u>	<u>VALORC.</u> <u>GLOBAL</u>
1 - H	65,14	0	1	0	0	Normal
2 - V	55	2	2	2	1	Anormal
3 - V	60,28	0	0	1	0	Normal
4 - H	58	1	1	1	0	Normal
5 - V	70	1	2	2	1	Anormal
6 - V	75,56	1	1	2	2	Anormal
7 - H	81	0	2	2	1	Anormal
8 - H	86,84	0	1	2	0	Dudoso
9 - V	92	1	1	2	1	Dudoso
10 - H	100,14	1	2	1	0	Dudoso
\bar{X}		0,7	1,3	1,5	0,6	

TABLA III

DESARROLLO PSICOMOTOR

GRUPO: 2-3 años

<u>SUJETOS</u>	<u>EDAD</u> (meses)	<u>MOTRICIDAD GROSERA</u> (ítems con retraso)	<u>MOTRICIDAD FINA</u> (ítems con retraso)	<u>LENGUAJE</u> (ítems con retraso)	<u>PERSONAL-SOCIAL</u> (ítems con retr.)	<u>VALORAC.</u> (ítems con retr.)	<u>GLOBAL</u>
1 - H	25	0	1	1	0	0	Normal
2 - H	35,5	0	1	0	1	1	Normal
3 - V	27	1	1	2	1	1	Dudoso
4 - V	29,25	1	1	1	0	0	Normal
5 - V	30	1	2	2	1	1	Anormal
6 - H	31,5	0	1	2	0	0	Dudoso
7 - V	32	0	0	0	1	1	Normal
8 - H	33,75	1	2	2	1	1	Anormal
9 - V	34	1	1	2	1	1	Dudoso
10 - H	36	1	2	3	1	1	Anormal
\bar{X}		0,6	1,2	1,5		0,7	

TABLA IV

DESARROLLO PSICOMOTOR

GRUPO: 3--4 años

SUJETOS	EDAD (meses)	MOTRICIDAD GROSERA (ítems con retraso)	MOTRICIDAD FINA (ítems con retraso)	LENGUAJE (ítems con retraso)	PERSONAL-SOCIAL (ítems con retr.)	VALORAC. GLOBAL
1 - H	37	0	0	1	1	Normal
2 - H	45,25	1	1	1	1	Normal
3 - V	45	1	2	4	2	Anormal
4 - V	48,50	0	1	1	1	Normal
5 - V	47,50	0	0	1	1	Normal
6 - H	38	0	1	2	0	Dudoso
7 - H	40,75	0	1	2	1	Dudoso
8 - V	42	1	1	1	1	Dudoso
9 - V	48,25	1	2	1	1	Dudoso
10 - H	43	1	2	3	2	Anormal
\bar{x}		0,5	1,1	1,8	1,1	

TABLA

DESARROLLO PSICOMOTOR

GRUPO: 4-5 años

SUJETOS	EDAD (meses)	GROSER MOTRICIDAD (ítems con retraso)	FINA MOTRICIDAD (ítems con retraso)	LENGUAJE (ítems con retraso)	PERSONAL-SOCIAL (ítems con retr.)	VALORAC. GLOBAL
1 - V	49,5	0	1	1	0	Normal
2 - V	49	0	0	1	1	Normal
3 - V	50	0	0	1	0	Normal
4 - II	52,25	1	1	0	1	Normal
5 - H	54	0	1	2	0	Dudoso
6 - II	56	0	1	1	2	Dudoso
7 - V	55,50	1	2	1	1	Dudoso
8 - II	57,75	1	1	2	2	Anormal
9 - V	60	0	0	1	0	Normal
10 - II	58,25	1	2	2	2	Anormal
\bar{x}		0,4	0,9	1,2	0,9	

TABLA

DESARROLLO PSICOMOTOR

GRUPO: 5-6 años

SUJETOS	EDAD (meses)	MOTRICIDAD GROSERA (ítems con retraso)	MOTRICIDAD FINA (ítems con retraso)	LENGUAJE (ítems con retraso)	PERSONAL-SOCIAL (ítems con retr.)	VALORAC. GLOBAL
1 - H	61,25	0	0	1	0	Normal
2 - V	72,50	0	0	1	1	Normal
3 - V	62	0	1	0	0	Normal
4 - H	64,50	0	1	1	1	Normal
5 - H	66	1	1	0	0	Normal
6 - H	68	0	0	1	1	Normal
7 - V	70	1	2	1	1	Dudoso
8 - V	69	1	2	3	1	Anormal
9 - V	71,75	2	2	1	0	Anormal
10 - H	65	1	2	1	0	Dudoso
\bar{X}		0,6	1,1	1,0	0,5	

Motricidad grosera

- Comparación grupo I con grupo II
ji-cuadrado = 1,8280 no sig. 1 grado de libertad.
- Comparación grupo I con grupo II.
ji-cuadrado = 2,6407 no sig. 1 grado de libertad.
- Comparación de grupo I con grupo IV
ji-cuadrado = 3,6829 no sig. 1 grado de libertad
- Comparación de grupo I con grupo V
ji-cuadrado = 5,0167 $p < 0,05$ 1 grado de libertad
- Comparación de grupo I con grupo VI
ji-cuadrado = 2,6407 no sig. 1 grado de libertad

Así pues, con respecto a la motricidad grosera hay una persistencia de los déficits, obteniéndose tan sólo mejoría significativa en el grupo V es decir, el formado por niños con edades comprendidas entre los 4 y 5 años.

Motricidad fina

- Comparación grupo I con grupo II.
ji-cuadrado = 2,3404 no sig. 1 grado de libertad
- Comparación grupo I con grupo III
ji-cuadrado = 2,9851 no sig. 1 grado de libertad
- Comparación grupo I con grupo IV
ji-cuadrado = 3,7377 no sig. 1 grado de libertad
- Comparación grupo I con grupo V
ji-cuadrado = 5,6238 $p < 0,05$ 1 grado de libertad
- Comparación grupo I con grupo VI
ji-cuadrado = 3,7377 no sig. 1 grado de libertad

Al igual que ocurría con la motricidad grosera, también aquí hay una persistencia de los déficits, obteniéndose tan sólo mejoría significativa en el

grupo V, es decir, el formado por niños con edades comprendidas entre los 4 y 5 años.

Lenguaje

- Comparación grupo I con grupo II
ji-cuadrado = 0,1429 no sig. 1 grado de libertad
- Comparación grupo I con grupo III
ji-cuadrado = 0,1429 no sig. 1 grado de libertad
- Comparación grupo II con grupo IV
ji-cuadrado = 0,8099 no sig. 1 grado de libertad
- Comparación grupo I con grupo V
ji-cuadrado = 0,0400 no sig. 1 grado de libertad
- Comparación grupo I con grupo VI
ji-cuadrado = 0,3924 no sig. 1 grado de libertad

Así pues en el caso del lenguaje, la persistencia de los déficits se mantiene a lo largo de todos los grupos estudiados.

Personal-Social

- Comparación grupo I con grupo II
ji-cuadrado = 0,0769 no sig. 1 grado de libertad
- Comparación grupo I con grupo III
ji-cuadrado = 0,0000 no sig. 1 grado de libertad
- Comparación grupo I con grupo IV
ji-cuadrado = 0,8963 no sig. 1 grado de libertad
- Comparación grupo I con grupo V
ji-cuadrado = 0,2506 no sig. 1 grado de libertad
- Comparación grupo I con grupo VI
ji-cuadrado = 0,3348 no sig. 1 grado de libertad

Así pues, en el grupo de ítems pertenecientes al conjunto denominado Personal-Social, la persistencia de los déficits se mantiene a lo largo

de todos los grupos estudiados, es decir, no se observa una mejoría estadísticamente significativa al ir avanzando en edad.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo indican que al explorar el desarrollo psicomotor de los niños con historia de desnutrición fetal mediante el Denver Developmental Screening Test, se observan déficits en los cuatro grupos de parámetros que explora, es decir, en motricidad gruesa" o capacidad del niño para sentarse, andar y saltar; en "motricidad fina" íntimamente relacionada con la coordinación visomotora y grafomotor; en "lenguaje" o capacidad del niño para escuchar, comprender y utilizar el lenguaje; y en "personal-social" o capacidad del niño para cuidar de sí mismo y relacionarse con los demás.

Dichos resultados indican además que los déficits son especialmente altos en los niños menores de un año, y de manera particular en los ítems que componen el grupo de "motricidad fina", y que si bien todos ellos tienden a mejorar con la edad, sin embargo, algunos de ellos persisten aún en el grupo de niños de mayor edad, es decir, aquellos cuya edad se halla comprendida entre 5 y 6 años, en los que, si bien los déficits de "motricidad fina" se han reducido a la mitad, sin embargo, los déficits en las áreas de "lenguaje" y "personal-social" se muestran claramente persistentes.

Tales resultados, indicativos de existencia y persistencia de déficits en el desarrollo psicomotor, concuerdan plenamente con los hallazgos de Cravioto y Robles (1965) en Méjico y Guatemala, y posteriormente por el propio Cravioto et al. (1966) en el INCAP (Instituto de Nutrición de Centro-

américa y Panamá). Concuerdan también en gran parte, con los trabajos de desnutrición precoz en animales, y en este sentido destacaríamos los déficits en el desarrollo neurológico y conductal hallados por Smart y Dobbing (1971), así como nuestras propias aportaciones en el terreno de la experimentación animal sobre este tema, y de los que destacaríamos la persistencia de déficits en la actividad exploratoria espontánea de la rata, parámetro en el que se conjugan aspectos motores y perceptivos (Sánchez Turet).

Quisiéramos hacer especial mención al trabajo de Lipper et al. (1981) tanto por su marcada relación con el tema que nos ocupa, como por el hecho de ser uno de los más recientemente aparecidos en la literatura científica internacional sobre el particular, debiendo destacar que tales autores detectasen también retrasos en el desarrollo psicomotor, valorados mediante exploración neurológica y a través de la Bayley Scales of Infant Development.

No quisiéramos terminar el presente trabajo, sin señalar nuevamente la marcada incidencia que los factores ambientales tienen sobre el desarrollo, especialmente en el humano, así como de su importante interacción con los factores nutricios, lo que sin duda dificulta la valoración de los posibles efectos de la desnutrición precoz sobre el desarrollo y especialmente en lo que a los parámetros neurológicos y conductales se refiere, aspecto que fue ya recogido en una rigurosa recopilación sobre el tema que nos ocupa llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1974).

En consecuencia, los estudios retrospectivos difícilmente controlarán la mencionada interacción entre los factores ambientales y nutricios, aún a pesar de que, como en nuestro caso, se intente conseguirlo por medio de entrevistas y cuestionarios, y sólo los

estudios longitudinales, a través de un seguimiento constante tanto en el periodo post-natal como en el prenatal, permitirán un control adecuado y la posibilidad de extraer conclusiones definitivas. Y es en esta línea de investigación, de estudios longitudinales sobre la desnutrición precoz en el humano, sobre la que deseamos y confiamos poder llevar a cabo nuestras futuras aportaciones sobre el tema que hoy presentamos.

RESUMEN

Las investigaciones se llevaron a cabo en el Instituto Provincial de la Casa Provincial de Maternidad de la Diputación Provincial de Barcelona.

Se efectuó un estudio retrospectivo en el que se escogieron niños con diagnóstico de "Pequeños por edad de gestación" (PEG), y que en la actualidad tuvieran edades comprendidas entre los 0 y 6 años. el tamaño de la muestra fue de 60 niños distribuyéndose en 6 grupos de 10 niños cada uno

(5 de cada sexo) y con edades crecientes de año en año en cada grupo.

Para la exploración del desarrollo psicomotor se les aplicó el Denver Developmental Screening Test, del que previamente se efectuó una traducción -adaptación al castellano.

Los resultados indican la existencia de déficits que implican a las 4 áreas del test, es decir, "motricidad gruesa", "motricidad fina", "lenguaje" y "personal-social". Tales déficits son especialmente acusados en los niños menores de 1 año y de manera particular en los ítems que componen el grupo de "motricidad fina", y que si bien tienden a mejorar con la edad, sin embargo, persisten aún a la edad de 6 años en todas las áreas mencionadas.

Palabras clave: desnutrición precoz, pequeños por edad de gestación, desarrollo psicomotor.

Agradecemos el apoyo y colaboración encontrados en los doctores.

Juan Pérez del Pulgar Marx y Juan Viñeta, en la elaboración de los aspectos clínicos.

BIBLIOGRAFIA

- BEHAR, M.: Prevalence of malnutrition among pre-school children of developing countries. In N.S. Scrimshaw and J.E. Gordon (Eds.), *Malnutrition, learning and behavior*. Cambridge Mass. M.I.T. Press, (1968).
- CABAK, V., Najdanvic, R.: Effect of undernutrition early in life on physical and mental development. *Arch. Dis. Child.*, 40:532-534, (1965).
- CHEEK, D.: *Human growth*. Lea and Feberger Edit. (1968).

- CRAVIOTO, J., Robles, B.: Evolution of adaptive and motor behavior during rehabilitation from kwashiorkor. *Am. J. Orthoped.* 35:449-464, (1965).
- CRAVIOTO, J., DeLicardie, E.R., Birch, H.G.: Nutrition, growth and neurointegrative development: an experimental and ecologic study. *Pediatrics*, 38, Suppl.: 319-372, (1966).
- DOBBING, J.: Undernutrition and the developing brain. The relevance of animal models to the human problem. *Amer. J. Dis. Child.* 120:411-415, (1970).
- DURAND, J.D.: The modern expansion of world population. In: C.B. Nam (Ed.), *Population and society*. Houghton Mifflin, Boston, Mass. 108, (1968).
- FRANKENBURG, W.K., Dodds, J.B., Fandal, A.W., Kazuk, E., Cohrs, M.: *Denver Denver Developmental Screening Test. Reference Manual. Revised 1975 Edition*. University of Colorado Medical Center, (1976).
- HOMES, G.E.: Crecimiento postnatal de niños con retraso de crecimiento fetal. *Tiempos Médicos*, 105, 49-54, (1977).
- KNOBLOCH, H., Rider, R., Harper, P., Pasamanick, B.: Neuropsychiatric sequelae of prematurity: a longitudinal study. *J.A.M.A.*, 161: 581585, (1956).
- LIPPER, E., Lee, K., Gartner, L.M., Grellong, B.: Determinantes de la evolución del desarrollo neurológico y del comportamiento en los recién nacidos de bajo peso al nacer. *Pediatrics* (ed. esp.) 11: 4, 277-281, (1981).
- SANCHEZ TURET, M., González Sastre, F., Sabataer Tobela, J.: Efectos de la desnutrición precoz sobre la capacidad de aprendizaje en la rata. *Anuario de Psicología* 14, 107-115, (1976-1).
- SANCHEZ TURET, M., González Sastre, F., Sabater Tobella, J.: Efectos de la desnutrición precoz en la maduración del sistema nervioso. IV. Alteraciones en el desarrollo morfológico y neurológico. *Archivos de Neurobiología*, 41, 3, 177-188, (1978).
- SANCHEZ TURET, M., González Sastre, F.: Desnutrición precoz durante el periodo de gestación en la rata: estudio de parámetros conductuales. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 12, 3, 455-469, (1980).
- SANCHEZ TURET, M.: *Nutrición y desarrollo: efectos de la subnutrición sobre el sistema nervioso central. Estudios en animales de experimentación y en el humano. Resumen de Tesis Doctoral*. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra. (1982).
- SMART, J.L., Dobbing, J.: Vulnerability of developing brain. Part 2. Effect of early nutritional deprivation on reflex ontogeny and development of behavior in the rat. *Brain Res.* 28:85-95, (1971).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: Malnutrition and mental development. *De WHO Chronicle*, 28:95-102, (1974).

CAMBIOS EN LA ECONOMIA NACIONAL Y LA DEPRESION DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Simposium Internacional sobre Avances en Depresiones Infantiles
Sevilla (España)

Dr. D. Alfonso Corrales
Director Clínico
Servicio de Salud Mental
H.I.P. Nueva York, U.S.A.

Profesor Asistente
de Psiquiatría
Escuela de Medicina
ALbert Einstein
Nueva York, U.S.A.

Al reunirnos hoy, el mundo continua sufriendo el estrangulamiento de una recesión global que no da señales de apaciguamiento. Como el tema de nuestro interés presente es la depresión infantil, vamos a considerar la relación entre la economía nacional y la salud mental de los niños y de los adultos.

Tenemos evidencia amplia de cómo el desempleo afecta a los adultos pero parece ser que los niños de los desempleados han sido olvidados. Las investigaciones de este importante tema se han concentrado en la psicopatología de los padres; poca atención sería se le ha prestado a cómo el desempleo de los padres afecta a la salud mental de los niños.

El síndrome depresivo es el resultado psicotatológico más común del desempleo de los adultos. Investigaciones llevadas a cabo en el estado de Nueva York han demostrado que por cada uno por ciento de aumento en el porcentaje de desempleo, ocurre lo siguiente:

- * Las admisiones a los hospitales mentales, mayormente por depresión, se incrementan en más de un cuatro por ciento para los hombres y más de un dos por ciento para las mujeres.
- * Las cifras de suicidio se elevan en un cuatro por ciento.
- * Hay un cuatro por ciento de aumento en los encarcelamientos.

- * La frecuencia de homicidios aumenta cerca de un seis por ciento.
- * El número de casos de abuso físico de los niños se dobla y las discordias matrimoniales y el porcentaje de divorcio aumenta.

Pero ¿podemos asumir que una reducción inmediata en el desempleo traerá consigo una rápida recuperación? Otro trabajo de investigación ha demostrado que cada aumento en el desempleo de un uno por ciento trae consigo un incremento en el nivel de la mortalidad aproximadamente de un dos por ciento, porcentaje que permanece constante por un período de seis años. Esto quiere decir que los efectos de la recesión en la patología no son de corta duración, sino que se repercuten por varios años.

Irónicamente, sin embargo, la misma recesión económica que provoca un aumento en la necesidad de servicios de salud mental es la que al mismo tiempo limita el acceso a esta clase de servicios. Los gobiernos reducen los presupuestos para la salud, mientras que las clínicas del seguro nacional aumentan su utilización. Por el contrario las consultas privadas están menos frecuentadas. Los pacientes de pago se toman más tiempo antes de consultar al médico y cuando finalmente aparecen sus síntomas están más avanzados. A los pacientes les es más difícil pagar por las visitas médicas; la comida y el alquiler tienen prioridad.

EL SIGNIFICADO DEL TRABAJO

¿Qué poder es el que tiene el trabajo que puede alterar la salud mental de una nación de una manera tan drástica? El trabajo, como todos sabemos bien, proporciona mucho más que las necesidades materiales de la vida.

Igualmente importante el, contiene un valor simbólico. Nuestra identidad personal y nuestro nivel dentro de las instituciones sociales proviene en su mayoría del trabajo que ejercemos. El empleado disfruta derechos y obligaciones que no existen para el desempleado: dinero, actividad, variedad, estructura temporal, contactos sociales y acceso al sistema de la sociedad en general. Imaginémoslo lo que significa el perder todos estos atributos; entonces sabremos lo que significa el estar desempleado.

EL SIGNIFICADO DEL DESEMPLEO

El desempleo remueve un pozo profundo de emociones. Incluso su presentimiento puede provocar ansiedad, aprehensión, miedo, inquietud, sumisión y en algunos casos ideas paranoicas. Un estudio danés también concluyó que el paro conduce a la pasividad, la apatía y la depresión. Otro trabajo estableció como hallazgo más consistente la pérdida de estimación propia, que resulta del culparse a uno mismo por el desempleo y de las dificultades que sobrevienen con la inseguridad financiera.

Dado el profundo sentimiento de pérdida —algunos lo han comparado con la pérdida de un ser querido— ¿es de sorprender que el que uno pierda el trabajo es el octavo en una lista de 43 de los más importantes stress de la vida? Quedarse sin trabajo significa ser condenado a no servir para nada en un mundo que venera al que es útil. El paro provoca cuatro fuentes importantes de stress:

- Disminución en la habilidad de obtener toda clase de servicios y cosas materiales, especialmente las más básicas —comida, vivienda, ropa y cuidados médicos.
- Disminución del respeto a uno

mismo.

- Aislamiento social de los grupos comunitarios y de los amigos personales, y
- desorientación, como resultado de la falta de estructura y del sentido de no ser un miembro completo de la sociedad.

Examinemos algunas de las investigaciones empíricas que se han realizado acerca del desempleo, usando las historias clínicas a través de los años o analizando cuestionarios ofrecidos de una manera en tiempos y lugares de paro súbito y masivo. Prácticamente todos estos trabajos han sido llevados a cabo con procedimientos estadísticos rigurosos, incluyendo poblaciones de control y resultados de significado estadístico. Además de esto, especulaciones teóricas acerca del efecto del desempleo en los niños y adolescentes serán expuestas. La experiencia de mi práctica privada, así como la que ha obtenido como director ejecutivo por trece años de un centro de salud mental neoyorkino, me han proporcionado material anecdótico y teórico.

DURKHEIM

Ya en 1897 Durkheim escribió acerca de cómo las fluctuaciones económicas reducen la cohesión social y conducen a un aumento en la frecuencia de suicidios.

LA GRAN DEPRESION

La bancarrota americana de 1929-1934 nos ofrece la mayor perspectiva de pérdida de trabajo en la historia moderna. En aquel tiempo la cuarta parte de las fuerzas de trabajadores estaban sin empleo; los ingresos familiares disminuyeron en un cuarenta por

ciento, y la pérdida simbólica y los suicidios se sintieron incluso entre los millonarios. —Pero este período devastador nos proveyó de muchos estudios sistemáticos del paro en la población adulta y sus consecuencias en la familia.

Eisenberg y Lazarsfeld, en su revisión de más de cien trabajos, concluyeron que la penuria extrema, acompañada del deterioro físico y mental, fue la norma del desempleado; muy común también fueron la inestabilidad emocional, la pérdida de la moral, un sentido distorsionado del tiempo, un aislamiento social y un sentido de desamparo y de depresión.

El libro de 1974 de Elder, basado en un estudio de La Gran Depresión Americana, nos ofrece una correlación entre los padres desempleados y los efectos del paro en sus niños.

Este estudio siguió las vidas de 167 americanos nacidos en 1920 y 1921, usando con regularidad desde los años 30 hasta los 70 cuestionarios y encuestas con los niños y sus padres. El interés mayor de este trabajo es el impacto del drástico cambio socioeconómico en las familias y las relaciones intergeneracionales.

La forma en que los padres reaccionaron a los cambios familiares influenciaron inevitablemente el cuidado y crecimiento de sus niños. Cambios en el reparto familiar de la labor alteraron las costumbres domésticas y económicas, desplazando las responsabilidades hacia las madres y los hijos e hijas mayores.

La pérdida para el padre de su importancia o status económico y las adaptaciones consecuentes aumentaron el poder relativo de la madre y debilitó la atracción hacia el padre como modelo. En muchas familias la madre encontró trabajo en el área de servicios o de oficinas no tan escasos como los de fábrica para los hombres,

y lo hizo para solucionar las necesidades familiares. La madre como trabajadora estableció un modelo de conducta para su hija y con esto le fue fácil ganar influencia en el gobierno monetario de la familia mientras la hija mayor tomaba más las riendas de las operaciones caseras y el cuidado de los niños pequeños. La penuria económica del paro incrementó el valor simbólico del trabajo y la seguridad del empleo en las mentes de los muchachos expuestos a la deprivación en sus comunidades cuando tuvieron que ejecutar algunas horas a la semana de empleo en ocupaciones livianas.

BRENNER

El trabajo clásico de investigación de 1973 de Brenner nos ofrece el estudio más exhaustivo de la relación entre cambios económicos y anormalidades de la conducta. En su análisis de admisiones a los hospitales mentales del estado de Nueva York por 127 años, el llegó a la conclusión de que las inestabilidades en la economía nacional fueron la fuente singular más importante en las fluctuaciones de los números de ingresos a los hospitales mentales, particularmente con diagnósticos de estados depresivos. El estudio masivo y Brenner también reveló que las bajas económicas están asociadas con aumentos en la incidencia del alcoholismo.

SISTEMA DE SOPORTE O AMORTIGUADOR

El estado de la unidad familiar puede tener un profundo efecto positivo o negativo de amortiguamiento en contra de la pérdida económica. Komarovsky demostró que la actitud de la esposa hacia el marido desempleado y

el vigor preexistente de los lazos matrimoniales tenían una importancia crítica en la determinación de la calidad de ajustamiento a la carencia económica y pérdida del trabajo de muchas personas durante La Gran Depresión.

Elder enseñó como a veces la desgracia estrecha la unión de la familia. Familias en las que antes del comienzo de la deprivación el matrimonio estaba bien unido, fueron capaces de seguir unidas y ayudarse los unos a los otros de una manera aún más efectiva.

La familia puede servir de amortiguador poderoso en tiempos cuando la economía está de caída, no solamente para el desempleado, sino para todos sus miembros. Una familia larga, extendida la cual caracteriza muchos pueblos tal como el español, puede ayudar a suavizar los efectos del desempleo. Sin embargo, a pesar de esto, la tendencia moderna de la gente joven a emigrar a ciudades y otros países donde creen que hay mejores oportunidades de trabajo, da como resultado el que estos jóvenes se sientan a menudo aislados, solitarios y sin sus sistemas tradicionales de soporte.

NIÑOS

Hemos revisado los diferentes aspectos del sufrimiento de los padres a consecuencia del decaimiento económico. Pero ¿qué ocurre con los niños? Si las madres están deprimidas como consecuencia del paro de sus esposos, ¿no es lo más probable que sus hijos también sufran de la agitación familiar y que ellos mismos se depriman? Consideremos algunos casos breves:

- Miguelito, de año y medio, llora frecuentemente y se asusta y sobresalta fácilmente.

- Pilar, de 13, ha visto sus notas escolares bajar súbitamente. Ahora pasa casi todo el tiempo sola. Ha sufrido dos accidentes sospechosos y ha mencionado el morirse y la muerte.

- Roberto, 17, estaba preparándose para entrar en la Universidad pero ahora cree que no va a ser capaz de ir. Está triste, nervioso, fuma marihuana y a menudo bebe alcohol en cantidades excesivas.

QL Miguelito, Pilar y Roberto tienen dos cosas en común: ellos parecen estar deprimidos y a sus padres, o le han dado el despido o están casi seguro que le van a dar de baja en el trabajo.

Las causas de los síntomas y de los problemas de conducta de estos niños puede tener diversas explicaciones. Una vez más, reflexionando sobre la experiencia de La Gran Depresión, puede ayudarnos a comprender los efectos psicológicos de una gran pérdida económica familiar, aunque los cambios en el sistema de vida de la familia, y no la carencia material, fue lo más perjudicial al bienestar de ellos.

El desempleo o subempleo del padre y su frustración en el atentado a retener su posición social de antes de la Depresión fue lo que causó el verdadero daño, y los efectos psicosociales fueron más pronunciados en los niños que en las niñas. Los lazos entre padre e hijo fueron debilitados por la decadencia en la importancia del padre. Los adolescentes varones tuvieron tendencia a rechazar a sus padres como modelos de conducta, con los hijos de la clase trabajadora siendo los más sensitivos en esto que los muchachos de otros grupos. En las familias deprivadas los niños se enfurecían más fácilmente en cuanto que las niñas tenían más tendencia a la preocupación obsesiva.

Aparte de las pérdidas materiales, la

experiencia de los niños de la era de la Depresión dependió en gran parte de si las relaciones entre el padre y la madre eran armoniosas y fuertes o viciadas y débiles: las relaciones paternas débiles conducían a problemas de conducta, mayormente entre varones.

Pero las familias de la era de la Depresión tuvieron una ventaja sobre las de hoy —las noticias fueron transmitidas muchísimo menos que en los tiempos presentes con la popularidad de los periódicos y la radio y sobretodo con la existencia de la televisión. Al exagerar la ansiedad asociada con el paro y la economía, las noticias contribuyen a establecer una actitud quizás demasiado pesimista en toda la nación. El parado de los años 30 no tenía esta percepción casi instantánea de lo mala que estaba la situación; hoy día las familias vienen a ponerse más tristes, ansiosas y desmoralizadas, y el miembro de la familia en desempleo está convencido de que no merece la pena salir a buscar trabajo.

Hay muy pocos trabajos empíricos sobre los efectos de la depresión de los padres en los niños. Ciertamente que los niños más pequeños son los que están a mayor riesgo. Nacen casi incapacitados y su supervivencia depende en que sean protegidos, alimentados, estimulados y amados por los adultos. La incapacidad y la dependencia biológica llegan a ser una dependencia y un apego psicológico a sus padres si el cuidado y la atención de ellos continua sin mayor interrupción o trastorno.

Pero las madres deprimidas no pueden transmitir alegría a sus bebés. La criatura trata de activarla y aumenta el nivel de protesta y actividad, llorando o creando una interacción negativa que conduce a la trasgresión y al castigo. Si este intento no tiene éxito y la depresión maternal es considerable y duradera, el niño crece sin estimulación

suficiente, apático y deprimido. Al contrario, un niño más activo, exigiendo más atención, puede proveer a la madre deprimida con más oportunidades de demostrar su capacidad y la puede mantener suficientemente ocupada para resguardarla de la aparición de reacciones depresivas transitorias.

Existen estudios que señalan que los cambios en la conducta de los niños de mayor edad no llegan a tomar las dimensiones de depresiones severas. Sorprendidos y confusos por la conducta depresiva de sus padres, estos jovencitos manifiestan más ansiedad. Al sentir la confusión de sus padres ellos también se ponen confusos y desconcertados y esto es lo que provoca el afecto depresivo, aunque no necesariamente una depresión clínica severa.

El adolescente puede rebelarse y aumentar sus exigencias de los padres y gastar dinero excesivamente en un intento desesperado para probar que nada ha cambiado.

La defensa de la negación hacia el desempleo del padre se puede manifestar también alrededor de los 10 años de edad. Un ejecutivo fue despedido de su trabajo y se puso irritado, deprimido y manifestó síntomas psicósomáticas. Él se quedaba en la casa mientras su esposa seguía yendo a trabajar. Su hijo le rogó que se pusiera un traje y una corbata para que sus amigos se creyeran que todavía estaba trabajando. Su hija más joven también negaba que el padre estaba parado diciéndole a quien le preguntaba por él, "mi papá se fue a trabajar".

Incluso en los períodos económicos normales, la adolescencia es un período de una gran vulnerabilidad hacia el stress. Los adolescentes pueden experimentar una baja en la estimación propia, depresión y otros abusan de las drogas o del alcohol, convertirse en delincuentes o atentar al suicidio. Una

baja en la economía puede agravar aun más estos riesgos.

A la edad de 10 ó 12 años el niño puede ya percibir pérdida de estimación propia. Si los padres se critican a sí mismo, así como a todos los demás, los niños pueden internalizar esta crítica y sentirse que ellos son "malos". Cuando la familia está afligida el niño se siente culpable y deprimido.

Los niños pueden reaccionar al stress de la madre con ideas de suicidio o con hiperactividad y peleas. El suicidio entre los jóvenes de 15 a 25 años es la segunda causa de muerte. Hasta hace poco la conducta e ideas suicidas de los niños menores de 12 años no habían sido reconocidas. Del diez al quince por ciento de los accidentes de los niños dan evidencia de haber sido ocasionados por ellos mismos. En muchos casos el niño suicida estaba luchando para resolver los problemas crónicos de la familia. Estos problemas abastecieron y reforzaron la insinuación al niño de que su muerte fue la solución apropiada para las dificultades. El esfuerzo para dominar los conflictos familiares es una de las dinámicas que están por debajo de los pensamientos y atentados suicidas de los niños. Si el desempleo aumenta los conflictos familiares, entonces puede que contribuya al suicidio de los niños.

Una revisión de los estudios más recientes acerca de los niños de padres deprimidos, de la niñez de adultos deprimidos, así como directamente de la depresión infantil, llega a la conclusión de que los niños de padres con trastornos del afecto están a alto riesgo de sufrir depresión ellos mismos. En un libro que se acaba de publicar este año Orvaschel añade que para establecer definitivamente la asociación etiológica se necesitan trabajos longitudinales de niños de pacientes deprimidos. He aquí una oportunidad y

un desafío a la investigación futura.

En cuanto a los adolescentes que trabajan, su propio desempleo los puede afectar más que el paro de sus padres. En España hay unos 13 millones de personas bajo la edad de 18 años y de ellos hay 2 millones que son económicamente activas. El trabajo es la forma en que la persona se prueba y se identifica —el trabajo provee la vía por la que el joven llega a ser adulto.

Erickson caracterizó la adolescencia como la etapa en el ciclo vital en la que se debe de resolver el conflicto entre la identidad y la identidad-confusión. Falta de un papel consistente como el que proporciona el trabajo puede aumentar la oportunidad de que este conflicto tenga una resolución negativa. El joven desempleado que deja la escuela no tiene identidad ocupacional y debe establecer una. El no experimentará gran miseria debido a la pérdida de ingresos, pero perderá el ambiente estructurado que la escuela le provea.

¿Podemos encontrar algo positivo en el dilema económico de hoy día? Como ha quedado indicado anteriormente los lazos de muchas familias se unirán aún más y los efectos positivos de esta unión relucirán en sus niños también. La lucha y la conquista de las dificultades probablemente conducirán al desarrollo de personalidades más resistentes y capaces para el futuro.

INFLUENCIAS POLITICAS

En la esfera de las influencias políticas, los gobiernos juegan un papel importante, bien mitigando o acelerando los efectos depresivos de una

economía nacional lenta o retrogresiva.

En una conferencia en Berlín Occidental, a principios de este año, un historiador comparó la situación económica mundial cuando el partido Nazi subió al poder con la que los países occidentales están atravesando en el tiempo presente. Esto es subida alta de salarios, disminución de las inversiones y de la productividad y desempleo extendido.

Aquí en España el desempleo continúa aumentando. Corrientemente hay más de dos millones o más del dieciseis por ciento de las fuerzas laborales sin trabajo. Un comentarista político ha dicho que estas personas deberían estar reconocidas por el gobierno como lo son las víctimas y veteranos de guerra. Ellos son los que las están pasando mal para que nuestra economía y nuestra moneda pueda ser puesta en orden.

En los tiempos presentes la manipulación de la economía a menudo significa manipulación de la población. Si el gobierno ataca mayormente a la inflación, más desempleo es creado. Es decir si se concentran en bajar los precios habrá menos trabajo. Pero el verdadero coste de todo esto saldrá a relucir más tarde, a la larga, en un aumento en la psicopatología y otras enfermedades médicas. Durante La Gran Depresión Americana la negación de las realidades económicas y del sufrimiento humano fue una reacción común de los líderes políticos. ¿Cuando van a reconocer los gobiernos lo que nosotros como médicos sabemos —que la cura de las economías se hace al coste de vidas humanas?

PERSONALIDAD Y DEPRESION: ASPECTOS EVALUATIVOS EN EL ADOLESCENTE

Autores: BENJUMEA PINO, Pedro
CABALLERO ANDALUZ, Rafaela
GUERRERO TORRE, José
POLO PADILLA, Juan

UNIDAD DOCENTE DE PSIQUIATRIA INFANTIL
(Prof. J. RODRIGUEZ - SACRISTAN)
FACULTAD DE MEDICINA. SEVILLA.

(Aplicación del Cuestionario de MARKE-NYAN reducido)

Las investigaciones en torno al estudio de la personalidad de los sujetos depresivos adultos ha tomado un nuevo auge a partir de la década de los ochenta, como ha puesto de manifiesto recientemente BENJUMEA PINO (1982).

Sin embargo, ello no ocurre de forma tan evidente en el campo de las depresiones infanto-juveniles. A nuestro entender, esto se debe, en primer lugar, a que el interes y estudio sistematizado de las depresiones infantiles comienza hace relativamente pocos años y, fundamentalmente a las dificultades metodológicas que implican los estudios referidos a los individuos depresivos. Adviertase que hablamos precisamente de la personali-

dad de los sujetos depresivos y no de personalidad depresiva. Pues este último término resulta equivoco: se refiere, en un sentido estricto, a un trastorno de la personalidad caracterizado por sintomatología subclínica depresiva que se manifiesta de forma más o menos permanente.

Las dificultades metodológicas, a las que acabamos de hacer referencia, quedan centradas, a nuestro entender, en varios puntos:

- 1º. Multiplicidad de criterios en las categorías tipológicas de la personalidad.
- 2º. Validez de los instrumentos de evaluación.
- 3º. Momento evolutivo clínico en el

que se realiza la evaluación.

En primer lugar, la ingente cantidad de teorías y modelos de personalidad hacen difícil la concreción conceptual del propio término. Nosotros entendemos la personalidad en el sentido de ALLPORT (1966) cuando afirma: "Es la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento".

Derivado del punto anterior, puede comprenderse que la evaluación de la personalidad resulta en extremo dificultosa. De ahí que sea necesario acudir a instrumentos validos para este fin. Como ya ha sido puesto de manifiesto por nosotros, el Cuestionario de MARKE-NYMAN (MNTS) y, en concreto, su dimensión "Validity" a la que nosotros llamamos Vitalidad para no confundir con el homonimo validez, que se utiliza en las técnicas testológicas.

En primer lugar, y aquí reside una de los más importantes y frecuentes errores metodológicos en los estudios sobre personalidad de sujetos que padecen una entidad clínica psicopatológica, puede haber variaciones significativas en las respuestas a los instrumentos de evaluación, según se realice en plena agudeza clínica de los síntomas depresivos o una vez recuperado.

En definitiva, existen dificultades metodológicas a la hora de evaluar la personalidad de sujetos que sufren trastornos afectivos debido al carácter polisémico de ambos terminos: personalidad y depresión.

En el campo específico de la adolescencia, la personalidad en relación con la clínica depresiva interviene desde una triple vertiente:

a) Disposicional, incluyendo aquí los rasgos temperamentales del adolescente, junto a la herencia.

b) Como factor sensibilizante, de tal

forma que un determinado patrón de personalidad puede intervenir como base sobre la que se desarrolle una depresión.

c) Por último, la personalidad se muestra como elemento patoplástico que puede dar forma específica alas manifestaciones clínicas depresivas en la adolescencia.

El objetivo del presente estudio queda centrado en la determinación de las relaciones existentes entre determinados rasgos de personalidad y la sintomatología depresiva en adolescentes.

MATERIAL Y METODOS

Para la evaluación de la personalidad hemos utilizado el MARKE-NYMAN TEMPERAMENT SCALE basado en la teorías psicológicas de SJOBRING.

En su versión original, M.N.T.S. consta de 60 items, 20 para cada una de las tres dimensiones: validity, stability y solidity. La primera de ellas venimos denominándola vitalidad, dado que su traducción literal puede conducir a equívocos por su homonimo validez, referido a técnicas testológicas.

Para el presente estudio, hemos realizado una versión reducida del M.N.T.S. quedando en 24 items, 8 por cada una de las citadas dimensiones.

Las preguntas del cuestionario están realizadas en primera persona, presentándose dos posibles respuestas SI / NO de las que le sujeto habrá de elegir una de ellas.

Para la selección de los citados 24 items, se ha tenido en cuenta aquellos que podían insertarse de forma clara en su aplicación para adolescentes tanto por el objetivo que se explora como por la comprensión formal del enunciado.

La sintomatología depresiva ha sido

evaluada mediante el C.E.D.I. de CAR-DOZE y RODRIGUEZ-SACRISTAN basado en el C.D.I. de KOVACS y BECK.

Características de la muestra:

Se aplicaron ambos instrumentos a 138 adolescentes de ambos sexos, en edades comprendidas entre los 11 y 15 años y correspondientes a 7º y 8º cursos de Educación General Básica.

La muestra pertenece, homogéneamente, a un nivel sociocultural medio-bajo.

En un primer paso, se aplicó el C.E.D.I. obteniéndose puntuaciones que hemos determinado en tres grupos: A, B, C. según TABLA I.

El grupo A, fue considerado como control, pues contiene las puntuaciones menores a 6 en el C.E.D.I., hablando esto en favor de ausencia de síntomas depresivos en el sujeto evaluado.

Los grupos B y C corresponden a puntuaciones medias o altas en este mismo instrumento.

A los 6 meses de la aplicación del C.E.D.I., se evaluó la personalidad de los adolescentes de la muestra mediante el referido M.N.T.S. 24. Este intervalo de tiempo entre la administración de ambas pruebas se realizó para evitar la contaminación que al alta presencia de síntomas depresivos puede tener, en el grupo C, sobre las respuestas en el cuestionario de personalidad.

Ambas pruebas se aplicaron en su forma autoevaluada.

Para el estudio estadístico, se aplicó Análisis de Varianza a los resultados obtenidos.

RESULTADOS

En la Tabla II, resumimos las medias y desviaciones típicas obtenidas por los tres grupos en cada una de las tres dimensiones del M.N.T.S.

Puede observarse que las dimensiones ESTABILIDAD y SOLIDEZ son bastante homogéneas en los tres grupos analizados, cosa que no ocurre en la dimensión VITALIDAD.

En la TABLA III, se expresa el grado de significación entre el grupo C (maximas puntuaciones en C.E.D.I.) y el grupo A o control.

No existen diferencias significativas en las dimensiones ESTABILIDAD Y SOLIDEZ entre los restantes grupos.

DISCUSION

La dimensión VITALIDAD del M.N.T.S. explora la energía vital de base en una dimensión línea que iría desde la "subvitalidad" máxima (0 puntos) a la "supervitalidad" (8 puntos)

De los resultados obtenidos, podemos deducir que a mayor puntuación en el C.E.D.I., esto es cuando aparece una mayor intensidad y número de síntomas depresivos, menor es la dimensión vitalidad apareciendo claramente "subvitales" los adolescentes del grupo C.

Estos resultados son parejos a los obtenidos en poblaciones depresivas adultas. (BECH et al 1980; BENJUMEA 198; HIRSCHFELD et al. 1979 etc.)

No podemos comparar los resultados obtenidos en la presente investigación con los aportados por otros autores, pues, hasta la elaboración de este trabajo, desconocemos su aplicación específica en el campo de los sujetos depresivos infanto-juveniles.

CONCLUSION

La dimensión Vitalidad del M.N.T.S. / 24. se muestra como un instrumento válido para el estudio de la personalidad de sujetos adolescentes con riesgo a la depresión o con esta ya instaurada.

TABLA I
DISTRIBUCION SEGUN
PUNTUACION TOTAL EN C.E.D.I.

A	0 - 6
B	7 - 12
C	13 - 32

TABLA II

M.N.T.S. (Reducido)

DIMENSION VITALIDAD

	GRUPO A	GRUPO B
GRUPO C	$p < 0.001$	N.S.

Analisis de Varianza

TABLA III

CUESTIONARIO DE MARKE-NYMAN (Reducido) Resultados globales

	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
VITALIDAD	4.46 (1.27)	3.71 (1.48)	2.6 (0.8)
SOLIDEZ	3.61 (1.44)	3.17 (1.48)	2.8 (1.32)
ESTABILIDAD	2.57 (1.71)	2.17 (1.31)	2.3 (2.18)

Medidas y desviaciones típicas

BIBLIOGRAFIA

- BECH, P.; SHAPIRO, R.W.; NIELSEN, B.; SORENSEN, B. and RAFAELSEN, O.*
-Personality in unipolar and bipolar manic-melancholic patients. ACTA PSYCHIAT. SCAUND. (1980) 62, (245-257).
- BENJUMEA PINO, P. (1982)*
-Evaluación de la personalidad depresiva: El Cuestionario de Marke-Nyman. UNIVERSIDAD DE SEVILLA 1982
- BENJUMEA PINO, P. (1982)*
-Perfil psicológico de la personalidad depresiva. TESIS DOCTORAL. Sevilla
- CARDOZE, D.; RODRIGUEZ-SACRISTAN, J.*
-El Cuestionario Español para Depresiones Infantiles
En prensa.
- HIRSCHFELD, R.; KLERMAN, G. (1979)*
- Personality attributes and affective disorders
AM. J. PSYCHIATRY 136:1 (67-70)
- NYMAN, G.E.; MARKE, S. (1960)*
-Manual till M.N.T. skalen.
Skandinaviska testförlaget AB (edit) STOCKOLM
- SJOBRING, H. 1973)*
-Personality structure and development. A model and its application.
ACTA PSYCHIAT. SCAND. suppl. 224 (1-204)

REFLEXIONES ACERCA DE LA TEORIA Y PRACTICA EN SALUD MENTAL INFANTIL

J. L. PEDREIRA MASSA
PSIQUIATRIA INFANTIL
HOSPITAL NIÑO JESUS

“El niño pone entre la espada y la pared a los adultos, recordándolos su cobardía, su inconsecuencia y su mentira”.

R. Scherer
O. Hocquenghem¹.

INTRODUCCION

En los momentos actuales hablar de salud mental infantil me parece claramente restrictivo, pues parto de un principio fundamental: el niño es una unidad integral como ser bio-psico-socio-afectivo, lo cual comporta algo más, que la mera unión semántica de fonemas, para situarse en un plano de lo real. Hay que aceptar, además, que este *ser único, bio-psico-socio-afectivo* se inserta en un medio socio-económico-culturo-familiar determinado y con un proceso histórico preciso. Por este mismo concepto aquí expuesto, es por lo que me parecía muy restrictivo plantear algo que se llame salud mental infantil, sin

enmarcar el verdadero alcance estructural y semántico que conforma la infancia, intentando huir de reduccionismos trivializadores que nos separen del núcleo plurifactorial y complejo que teje la red de la persona infantil.

Por otro lado, quisiera que se me aceptara la paradoja, aparente, es fundamental introducir en el actual discurso sanitario la importancia de la salud mental en la infancia. Digo fundamental el cambio del discurso sanitario, en el sentido de primar a lo meramente orgánico, conductual, manifiesto y preventivo el marco conceptual del campo de acción sanitario; cuando, en realidad, es mucho más amplio y complejo. Cuando el transcurso infantil se ve martilleado por la

reproducción, en vez de la exposición dialéctica en continua y permanente evolución.

Los campos del saber se diversifican y una sola persona no puede acceder al conocimiento único y total de todo, es por ello que quisiera abundar en que, cada uno desde su campo de acción debiera tender a aportar su parcela para que se integre en un todo unitario como las piezas de un rompecabezas o de un puzzle que nos diera una visión de conjunto. Por ello abordaré la parcela de mi experiencia en salud mental infantil, pero sin perder la visión integradora del norte de la unidad infantil. Para realizarlo ha concebido mi exposición en tres partes:

- 1 - Exposición conceptual y teórica.
- 2 - Realizaciones prácticas.
- 3 - Situación actual y vías de solución.

EXPOSICION CONCEPTUAL Y TEORICA

Con anterioridad citaba que el niño es un unidad bio-psico-socio-afectiva, inmersa en un medio socio-económico-culturo-familiar determinado, inserto en un proceso histórico preciso, a lo que se debe añadir en continua y permanente evolución en todos los niveles. Con este enunciado base ¿como poder abordar la infancia simplemente por sus conductas, o por sus acciones y contenidos manifiestos, o desde un reduccionismo organicista?. El realizarlo de esta suerte sería la expresión clara y palpable de analizar, mejor diría: exponer, significados, olvidando la cadena significativa que debemos desentrañar. En la dialéctica significante/significado, prefiero sumergirme en la búsqueda de los significantes infantiles, enlazados, encadenados, que se tejen como

un entramado en el mundo inconsciente infantil. Lo otro, lo manifiesto, es ver el emergente del iceberg, pero bajo la superficie hay una inmensa base que lo sustenta y que puede ser hasta diez o veinte veces superior en volumen.

A - NORMALIDAD Y PATOLOGIA EN EL PSIQUISMO INFANTIL

Antes de continuar con la exposición conceptual quisiera determinar qué se puede considerar como normal y qué se debe considerar como patológico dentro de la estructura y funcionamiento psíquico infantil. Esta dialéctica normalidad/patología es un debate abierto ante el que nos exponemos aquellos que nos dedicamos a la salud mental de la infancia. Gacia Calvo² exponía, en el último congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que no había niños locos hasta llegado lo que antiguamente se denominaba "uso de razón" y que después de él es difícil discernir la locura en el niño. Bien, es un punto de vista, pero la demanda social está ahí, *Hemos de ver al niño como un objeto de deseo de los adultos y este deseo es estructurante para el niño*. El deseo del otro y la Ley del Otro, como expresa Lacan³, estructura el plano de los significantes infantiles, mediante la construcción de lo imaginario primero y el acceso a lo simbólico después. Sin la Ley del Otro no hay vida.

Richard Crompton creó un personaje literario lleno de sutilezas: Guillermo. Guillermo era un niño que transgredía continuamente las normas, hacía travesuras, era inquieto, nervioso, desobediente, sucio, etc. La Ley del Otro parecía no tener su aplicación en él. En cierta ocasión Guillermo acude a una fiesta de cumpleaños a casa de su tía, señora

de la alta sociedad, la cual le dice: "Guillermo ésta es Lady Thompson, salúdala como un niño debe hacerlo", el pequeño se acerca a la tía y a Lady Thompson y dice ingenuamente (?): "tía ¿ésta es la señora señoras es indescriptible y la tía, entre rubor y rubor, suspiro y suspiro le dice: "Pero niño, cómo se te ocurren estas cosas, no se debe decir ... Estos chicos, disculpele Lady Thompson", de nuevo Guillermo apostilla con toda su inocencia: "tía ¿no me decis siempre que tengo que decir la verdad?".

Me gustaría que vieramos cuál es lo normal y qué es lo patológico de esta situación: si Guillermo cumple el deseo del otro (decir la verdad), transgrede una norma (el respeto) y el secreto de lo dicho en casa sobre alguien que está ausente. Cuando esa ausencia tiene nombre, entonces la opinión adquiere corporeidad, por ello se resignifica. Ahora bien "nombrarlo" conlleva una situación de angustia para el otro, para el que anteriormente puso la norma de la verdad. Por el contrario, si no cumple la norma (decir la verdad), transgrede un deseo y la ley de una convivencia. Es castigada y penalizada su osadía.

Guillermo se encuentra con este doble mensaje contradictorio, sin saber qué hacer, pues haga lo que haga, transgrede una ley familiar y/o social y el correctivo termina por imponerse. En ambos casos, de haber existido paidopsiquiatras, está claro que Guillermo hubiera terminado en la consulta de uno de ellos.

Quando algo se separa del discurso social establecido se le encarga juzgar a la psiquiatría si esta conducta es "normal" o es "patología", pero la noción muy ambigua de "infancia anadaptada" es característica de las dificultades actuales de la acción psiquiátrica en el seno de la comunidad.

Esto quiere decir que tratar o concebir algo como mórbido o pre-mórbido solo se puede entender en base a la teoría que lo sostiene. Por ello, en Psiquiatría Infantil, el riesgo de la práctica de las reeducaciones arriesga tanto el hecho de comportar el deseo, como todas las preformas del niño a normas medidas aisladamente por una escala de desarrollo.

La necesidad de consultar está, cada vez más, determinada por factores socio-culturales: información del entorno y del sujeto, y por ellos las indicaciones terapéuticas se supeditan a criterios de eficacia.

Además la conducta "patológica" nos es ofrecida por el adulto, lo cual entraña una dificultad para constituir la historia natural de las entidades mórbidas y una relativa imposibilidad de definir al niño normal como sujeto indemne de enfermedad mental autotificada por una descripción reconocida como científicamente valorable.

Por otro lado, en la infancia hay que tener en cuenta el hecho de que la reacción de los padres, inhibiendo o, por el contrario, avivando la expresión de un síntoma interviene masivamente en la apariencia de su intensidad, por lo que apenas se puede utilizar la noción de cantidad para cualificar la patología.

En resumen, se puede decir que el concepto de normalidad y patología en la conducta del niño se va a ver mediatizado: de una parte a su desarrollo madurativo y evolución purisocial y, por otro lado, por la actitud del medio ambiente que catalogará ese comportamiento, dando una carga de culpa o de alabanza. En buena medida hay que considerar en la infancia el deseo del otro como estructurante y en este discurso integrar la actitud y la conducta infantil.

Lo que debe ser apreciado, no es

solamente el grado de sufrimiento, que puede estar enmascarado por los beneficios secundarios que el niño obtiene al repetir su actividad, ni sobre la inadaptación al medio, sino esencialmente el carácter reversible o no de la estructura que se va organizando.

Hay que tener en cuenta la dinámica y economía interna del sujeto y las posibilidades de recuperación o contrariamente el peligro de entrar en ciclos irreversibles que provengan del entorno del niño.

Como resumen decir, siguiendo a Diatkine:

1. Abandonar la idea que sostiene la hipótesis, según la cual, existiría al principio una estructura que se puede llamar normal, pues simplifica la tarea, así como definir los límites de nuestros tratamientos.
2. Es de destacar que nuestros conocimientos concernientes al pronóstico de las estructuras del niño serán mejorados por las investigaciones longitudinales.
3. Dos elementos de mal pronóstico:
 - a) La restricción de actividad o inversión o ausencia de aparición de una operación nueva.
 - b) La organización de situaciones irreversibles.
4. El sufrimiento del niño, su angustia y sus tendencias depresivas son siempre motivos imperiosos de intervención por parte del Equipo Paidopsiquiátrico.

B – SINTOMA, ORGANIZACIONES Y ESTRUCTURA EN LA INFANCIA

Creo pretencioso realizar un análisis que satisfaga, de algo tan amplio como son estos tres conceptos de síntoma, organización, y estructura, a la hora de intentar realizar una catalogación psicopatológica y teórica del

síntoma infantil. No obstante, he de aclarar que, el síntoma, no representa más que un emergente, en otras palabras: la sobredeterminación y sustitución del impulso instintivo obstruido por la represión, como dice Freud⁵. O bien, lo que para Lecan³ viene a ser como la palabra sustituida por un significante enigmático, lo no dicho específicamente.

A nadie se le ocurre ante una abdominalgia dar un espasmolítico, o ante una fiebre un antitérmico, o ante una tos un antitusígeno, y quedarse tan tranquilos en espera de la desaparición del síntoma. Por el contrario se interpreta como la expresión de algo anormal que precisa una búsqueda etiológica, para, de esta suerte, realizar el tratamiento oportuno. ¿Porqué el síntoma psíquico debe tener un status diferente?

En este sentido pensamos, con Menendez⁶, que el síntoma nos remite a algo muy determinado y que debemos buscar ese más allá, puesto que lo que tapamos al "cazar" sintomáticamente una expresión del niño es, muy probablemente, una de las pocas formas de manifestarse una situación vivencial traumatizante, ansiosa o desestructurante de un mundo psíquico o de relación.

Es más, Foucault⁷ establece tres características del síntoma:

- ① El síntoma es el resultado de un proceso de elaboración mental inconsciente que tiene una significación y corresponde a un complejo mecanismo para expresar esa anomalía.
- ② El síntoma es la expresión externa de un conflicto intrapsíquico, que busca su vía de salida utilizando un órgano, un gesto o una reacción.
- ③ El síntoma nos refleja una forma de reaccionar, responder y vivir un mundo y unas relaciones traumati-

zantes y desestructurantes.

Por todo ello, se ve la necesidad de insertar el síntoma en la historia del sujeto, poniendo el acento sobre el sujeto más que en su parte enferma, tal y como lo expresa Manson⁸. Ya que, retomando de nuevo a Lacan, los síntomas actúan en tanto metáforas, siendo formaciones del inconsciente, que simbolizan, a nivel de un órgano o función, un significante inconsciente, siendo las relaciones del síntoma con los pensamientos repremidos siempre de orden verbal: un significante se coloca en el lugar y remite a otro nuevo significante. (D-5)

De esta suerte, se conciben los dos mecanismos fundamentales que Freud⁹ describió para la elaboración del síntoma: la condensación y el desplazamiento. Lo cual se completa con las propiedades propias que tiene el síntoma psíquico del niño⁶:

① Individualidad, particularidad y relatividad en tanto que cada síntoma presenta una significación propia y concreta en cada caso, en cada etapa de desarrollo, con respecto al medio socio-familiar del niño, de forma tal, que un mismo síntoma ha de verse en el momento concreto y en el contexto socio-familiar del niño teniendo en cuenta su nivel de integración y madurez, el desarrollo libidinal y afectivo, etc.

② Mutabilidad, en tanto que un mismo proceso puede expresarse por síntomas diversos, que se modifican y transforman en base a la función simbólica del órgano en cuestión.

③ Plasticidad, en tanto permeabilidad y flexibilidad, ésta plasticidad es característica de la vida misma del niño.

Hemos hablado mucho de la expresión corporal y la representación simbólica del síntoma psíquico infantil, pero siguiendo a Castilla del Pino¹⁰, lo que se detecta en Psiquiatría Clínica son síntomas corporales, en tanto unidad total del cuerpo infantil.

También ha quedado planteado la elaboración inconsciente de los conflictos y su detección externa vía el síntoma, no obstante hay quien niega la existencia del síntoma como estructura del aparato psíquico, pero estas resistencias a la aceptación del inconsciente habría que contestarlas con la aceptación expresa que de él realizan, por ejemplo, Althouser¹¹ y Marta Hanecker¹².

Para resumir, diré:

1. La importancia que tiene evaluar dialécticamente y de forma dinámica el enfermar del niño, sin caer en mecanismos rígidos y estáticos que representan un falso mimetismo médico.
2. El síntoma es el signo que nos remite a algo más allá, es decir, a la etiopatogenia del proceso y no al síntoma mismo.

En este sentido se podría expresar el caso del niño J. A. L.¹³ de nueve años y medio, que nos es remitido por dificultades escolares y encopresis. Es el octavo de nueve hijos, de padres ya mayores naciendo los últimos después de un largo periodo, con una diferencia entre ellos de tres años. A los 2 años y medio comienza con crisis catalogadas de asmáticas, siendo diagnosticado de asma e inhalantes. Es un niño tímido, retraído, introvertido, "normalmente muy bueno". Muy sobreprotegido por la madre. Presenta inapetencia alimenticia. Ante la repetición de las crisis que precisaban ingresos continuos con las consiguientes pérdidas escolares, se

Evolución ← Logopédica lingüística
← Emocional, afectiva y social

le recomienda a la madre, por parte del servicio que entonces lo trataba, que lo traslade a un internado en la sierra, lo cual hacen los padres cuando el niño tiene 7 años y medio. Al poco tiempo de estancia le desaparecen las crisis y comienza a manchar la ropa interior, primero de manera escasa y luego manifiesta y diaria, a la vez se evidencian sus dificultades escolares. Cuando llegaban las vacaciones y retornaba a su casa, la encopresis desaparecía reapareciendo las crisis asmáticas que precisaban nuevos ingresos. Inteligencia normal (CI de 102 según el WISC), zurdo contrariado. ¿Que tratamos en este niño: la encopresis, el asma, el retraso escolar?

Pero el hecho de que un síntoma remita a la estructura que lo susenta, no implica que estas estructuras de la personalidad sean rígidas en un sistema vertical y monolítico, por ello solamente podremos valorarla de acuerdo a la fase evolutiva y de desarrollo pulsional en la cual se encuentra en un momento dado dicho niño. Sobre las estructuras básicas de la personalidad, tal y como las concibe Bergeret¹⁴, en la infancia tienen su aplicación siempre y cuando las veamos bajo el prisma de una horizontalidad deslizante, en el sentido que serán los propios procesos de desarrollo intrapsíquico y social los que harán, en un momento dado, se coagule una determinada organización mental, lo cual no significa que sea la única y definitiva.

C – EL NIÑO UN SER EN EVOLUCION

Si algo caracteriza al niño es su continua y permanente evolución a lo que se une una plasticidad de adaptación y readaptación, tanto a sus conflictos internos como a la repercu-

sión que puedan tener las situaciones externas. Evolución y plasticidad que se complementa en una situación tridimensional: En un eje situaremos la evolución libidinal y pulsional¹⁵, como fundamento para la comprensión del mundo inconsciente infantil, sus fantasías y su capacidad de simbolización a lo que se une las relaciones objetales y el investimento que de ellas realizan. En el segundo eje esta el aspecto cognitivo, expuesto claramente por los estadios evolutivos descritos en la psicología genética de Piaget¹⁶. El tercer aspecto lo debemos situar en la evolución emotiva, afectiva y social, tanto en el plano familiar como en el resto de las estructuras del sistema social, esta evolución puede seguir los pasos que en su día fueran expuestos por las fases del desarrollo de Wallon¹⁷. Los dogmatismos que comportan una única adscripción no son más que la expresión de intentar reducir a la infancia a una única parcela, cuando es más cierto que los tres aspectos son perfectamente complementarios, es más Zazzo¹⁸ exponía que Wallon no es en absoluto contrapuesto al psicoanálisis, y por su parte Piaget¹⁹ admitía como perfectamente complementaria a su teoría evolucionista tanto los aspectos psicodinámicos, como las aportaciones wallonianas.

Esta evolución, hace que nos tengamos que replantear la significación de un hecho concreto o aparentemente concreto, de tal suerte que en un momento determinado un síntoma tiene o puede tener una significación dada, pero en otro momento adquiere o puede adquirir una carga significativa diferente, sin que ambas se contrapongan, sino que simplemente se yuxtaponen en aras al momento evolutivo y a la vivencia y carga afectiva de las fantasías infantiles en cada momento dado, con todas las múltiples variables que lo conforman.

corporales y su función Evolución: proceso afectivo y de sociabilización

De tal suerte, que la resultante no es un vector unidireccional, sino plurifactorial y cuyo fin último está por determinar en el propio discurso histórico del niño.

De esta suerte al proceso evolutivo se le añade la maduración. Ambos conceptos hay que enmarcarlos en la dialéctica progresión/regresión del proceso infantil. Maduración, en tanto concienciación de sus propias estructuras corporales y su función, y evolución en tanto progreso afectivo y de sociabilización. Ambos conceptos complementarios dan la base estructural para que el niño vaya adquiriendo su ser y su estar en el mundo, en el propio individual de las fantasías y símbolos y en el que lo circunda y conforma como objetivo ofreciéndole la realidad, lo posible, lo alcanzable y la frustración.

Con esta maduración y evolución el niño va percibiendo sus órganos y sus funciones, descubre cada paso y lo carga de energía pulsional dependiendo de la fase evolutiva y otorga así un símbolo, en el seno de su fantasía, a ese órgano "nuevo" percibido y concienciado.

Pero esta evolución no se establece de una forma continua, sino que lo realiza de forma progresiva pero con regresiones a aquellos puntos de fijación que más carga pulsional positiva le dejaron. Estas regresiones, consideradas como fisiológicas, pueden ocurrir, según A. Freud²⁰, en cualquiera de los tres elementos de la estructura psíquica y originar regresiones temporales, topográficas y formales. Pueden ser transitorias en el desarrollo del yo normal, pues, muchas veces, una nueva adquisición por parte del niño puede dar lugar a conductas de otras etapas anteriores ya superadas. Siguiendo a Spitz²¹, las regresiones, siempre y cuando sean temporales y reversibles espontáneamente son be-

néficas, pues no se deben más que a la inmadurez propia de un yo en formación y gracias a esta flexibilidad de avance y retroceso, se puede adaptar a situaciones que, de otra forma, podrían resultar intolerables.

Dentro de los periodos evolutivos infantiles hay que tener en cuenta, de manera prioritaria, para la acción externa de la conducta, las fases del desarrollo pulsional y la elaboración inconsciente de todos los conflictos intrapsíquicos.

Además hay que tener en cuenta que la organización de una actividad determinada un nuevo modo funcional que no se debe asimilar a los elementos que han contribuido a su instauración.

La observación cotidiana muestra que la evolución del psiquismo infantil, si bien es cierto que precisa un nivel madurativo de partida, no es menos cierto que se encuentra directamente estructurada por sus intercambios con el exterior.

La actitud en salud mental infantil, en este sentido, debe contar además con las actitudes mentales enraizadas más profundamente en los padres, las formas de satisfacción más primitivas, sus defensas más imperiosas, etc.

En este contexto evolutivo hay que señalar que en el psiquismo infantil:

1. Desde los primeros años de la vida, las tendencias y los conflictos inconscientes participan en la formación de estructuras diferenciadas. Las cuales no están destinadas a perpetuarse idénticas a ellas mismas, pero constituyen elementos determinantes, con nuevos factores exógenos, para la organización de las estructuras sucesivas, a través de las cuales se manifiesta el automatismo de repetición.
2. Los síntomas no son el producto

regresiones → Temporales y reversibles; Benéficas; por inmadurez del yo y así se adapta a situaciones.
→ Topográficas
→ Formales

de algún funcionamiento aberrante, ni incluso la reproducción desordenada de un modo arcaico, sino que tienen un sentido preciso con relación a las pulsiones rechazadas: son un compromiso entre la realización del deseo y su represión, lo cual origina una significación a los comportamientos infantiles.

3. Los conflictos internos de los niños forman parte de la evolución sexual infantil, con las contradicciones inevitables de las identificaciones e investiduras en la resolución de la fase edípica.

Además se sabe que la actitud intuitiva de los padres, fuertemente dominada por su inconsciente, importa mucho más que la técnica pedagógica.

La observación demuestra que el papel estructurante de los padres no se limita a los primeros meses de vida.

La evolución hacia estructuras regresivas puede ser posible, cuando el niño no ha sido lanzado por el adulto a posiciones irreversibles, y las regresiones, determinadas por la repetición de fijaciones pre-genitales, pueden estimular al yo en un sentido productivo y permitir al sujeto recuperar el placer de la función que previamente tenía en déficit.

Por último, señalar cuales son los mecanismos que utilizan el yo infantil para favorecer esta sociabilización:

- (a) La imitación de las actitudes de los padres, logrando colocarse en el rol de estas poderosas y admiradas figuras.
- (b) La identificación, a través de la obtención del ideal del yo.
- (c) La introyección de la autoridad externa y la creación del super-yo, primero externo y luego interno, como norma moral y de control de los actos.

Un niño de doce meses de edad padece una reacción espástica bronquial con clínica asmática importante como consecuencia de un foco infeccioso cualquiera. Su "hambre" de oxígeno es evidente, con gran disnea y sensación de ahogo. La madre se angustia ante la aparatosa de la clínica, "Mi hijo se muere", "se ahoga", "no respira", es lógico: llora, corre y hace de desorientación mayor para el niño, ya de por sí bastante asustado. Acuden a un servicio de urgencias infantil: las prisas, la carga angustiada de la espera y el tratamiento aportado introducen una nueva variable. Además se plantea un posible ingreso y se estructura con la separación abandono de la madre. El niño llora, con lo que su disnea aumenta, se irrita y es considerado como un niño incordiador en la sala. La madre acude a las visitas y le ve tras unos cristales y el niño llora más y se disnea más de forma progresiva, de esta manera se eleva el monto de angustia de ambos. Es la hora del estudio alérgico y surgen las hipersensibilidades diversas: normas estrictas de limpieza y/o alimentación, nueva tasa de angustia que persiste ante una acción superyoica del médico y que se desplaza hacia el cumplimiento de las normas con una aparente tranquilidad de "ya está estudiado y sabemos lo que es". Pero, a pesar de los cuidados, las crisis siguen, se repiten y los ingresos posibles también. ¿Qué ha ocurrido?. En una fase importante, salida de la fase oral, e inicio de otra, la fase anal, la carga pulsional del dar-recibir-ofrecer-conseguir obtiene un máximo de catexias, de energía psíquica. "Hambre de oxígeno" decían los clínicos clásicos, pero ¿hambre de qué, en el plano simbólico de la fantasía infantil? Llega la ruptura efectiva en otro momento evolutivo importante: la angustia de separación

como segundo organizador del yo, según Spitz, con la consiguiente extrañeza al extraño. Por fin el deseo manifiesto de la madre: "que no le de una nueva crisis" y el deseo latente: "le dará una nueva crisis", como estructurantes captados inconscientemente por el niño a través de los miedos a los nuevos catarrros así como los tratamientos y cuidados. Con ello la respiración se carga de las catexias suficientes en el plano de lo simbólico, y percibirse el sentido de vida de la respiración y recidivar las crisis ante cualquier conflicto real o fantaseado, actuando como punto de fijación externo por el ambiente (médico y familiar) e interno, por las catexias de la percepción de la función y su alteración en una fase evolutiva concreta.

Esto obtiene su significación real, porque el niño normal tiene unas necesidades expresivas (D-6) y que vehicula por tres vías²²: el cuerpo, el comportamiento y la organización mental. Cuanto menor o más inmaduro sea un niño, más recurrirá al cuerpo (vómitos, anorexia, abdominalgia, etc.) o al comportamiento (inquietaud, insomnio, etc.) y cuanto más maduro y evolucionado irá desplazándose más a la organización mental (miedos, fobias, etc.), sin querer decir que no pueda volver, en determinadas fases, a una regresión. Es más, en determinados momentos, una somatización, incluso en los denominados sanos, posee un valor más equilibrante para su economía que una mentalización, aún cuando cualitativamente sea ésta una respuesta superior en la línea del desarrollo de la personalidad.

D - EL AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL

Hay tres razones fundamentales,

entre otras, para ver la trascendencia del análisis del medio familiar para el niño:

- 1ª.- El hombre es el animal que más tiempo precisa de dependencia de su ambiente microsocia antes de, por sí mismo, conseguir su manutención; este ambiente microsocia es la familia, con la cual crea sus primeros vínculos y realiza su contacto con el exterior, como expresa Grinberg²³.
- 2ª.- Por ser la familia una constante histórica: al menos en nuestra cultura cristiano-occidental, la institución familiar siempre se ha encontrado presente. Como dice Ruth Benedicté la familia se ha conservado en todas las sociedades humanas, y subsistirá también en la nuestra, aún cuando se altere su estructura y cambien sus funciones.
- 3ª.- Porque, sea cual sea su evolución, debemos pensar, que el elemento primario es la persona humana y su comunicación con el entorno que le rodea, y como expresa Marx²⁴, existe una relación dialéctica entre la naturaleza y el hombre, de tal modo, que el ser humano transforma la naturaleza, pero esta naturaleza transformada condiciona lo que puede hacer el ser humano que, desde su nueva situación, vuelve a transformar la naturaleza, y así en una relación permanente.

Según Charlotte Bühler²⁵, la familia es una asociación doméstica con las siguientes características:

- a) Se compone de personas vinculadas entre sí por matrimonio, con sanguinidad o adopción, a lo que habría que añadir hoy, o cualquier

vínculo de unión de manera más o menos estable.

- b) Viven bajo un mismo techo, o si viven separados, consideran tal o cual casa como su hogar.
- c) Constituyen una unidad de personas vinculadas entre sí por una relación mútua.
- d) Representa una unidad cultural resultante de la fusión de las estructuras culturales aportadas por ambos cónyuges y por la pertenencia de la familia a la cultura y la sociedad en que vive.

Pero hay que considerar lo expresado por Charlotte Bühler, no como un grupo institucional fagocitado en un sistema sino, por el contrario, como un grupo de individuos que se sienten unidos a una "asociación para la vida".

Como prueba de ello está que *la familia no es una célula aséptica a la hora de su influencia sobre los niños, influyendo una serie de factores*²⁶:

1. La historia del matrimonio por grupos pasando por el sindiásmico, se llegó al monogámico, con dos componentes hasta entonces desconocidos: el adulterio y la prostitución. Engels²⁷ añade una característica histórica a la monogamia, que no es más que la institucionalización de unas relaciones, la aparición de dos constantes y características figuras sociales: el amante y el cornudo; en palabras de Engels: "los hombres habían logrado la victoria sobre las mujeres, pero las vencidas se encargaron generosamente de coronar a los vencedores".
2. Iglesia: a ella se debe la institucionalización de la familia monogámica y su preponderante papel social, de tal suerte que, siguiendo a Fromm²⁸, las sanciones que la religión da al matrimonio y a la monogamia, han constituido y

constituyen un freno muy importante para los cambios en estas instituciones, de tal suerte que, sin género de dudas, las destrucción de la pauta familiar debilita la estructura dinámica de la religión.

3. La sociedad: pienso, con Castilla del Pino²⁹, que la sociedad no solo es represora sino que origina específicas formas de represión según la función social adscrita a cada miembro, y que *esta represión es tan eficaz porque cada uno aparece, a su vez, como reprimido y como represor*. Si ésto se aplica a la constitución de la familia, hemos de admitir que, si bien es cierto que la elección de conyuge es libre, normalmente se lleva a cabo en el interior del propio grupo social y sobre bases afectivas. Solo a veces la mujer puede jugar el papel de tranpolín para el hombre, entonces ya no basta con mantener el status, hay que superarlo. De esta suerte lo único que muchas veces ata a la pareja es la necesidad de conservar el rol de cada uno en la interioridad del sistema.
4. La economía: ella ha determinado la creación y la perpetuación de la familia monogámica y Engels²⁷ lo explica diciendo: "en un principio los bienes personales eran imprecisos, pero a medida que éstos se hacen tangibles y concretos, el padre necesitaba saber quiénes eran sus hijos para dejarles sus bienes en herencia, y este ansia de personalización, de perpetuarse, lo consiguió en la actual composición de la familia".
5. La educación: es ella la encargada de la transmisión y perpetuación de los roles culturales, pero solamente puede realizarlo con una dosis adecuada de represión e imposición. En palabras de Neill³⁰: "la bondad que depende del miedo al infierno, o del miedo al policía, o del miedo al castigo, no es bondad,

es simplemente cobardía. La bondad que depende de la esperanza del premio, o de la esperanza de ser alabado, o de la esperanza del cielo, depende del soborno. *La moral actual hace a los niños cobardes porque les hace temer la vida*". Por éso la educación no puede permitir ser liberadora para el niño, puesto que el adulto teme dar libertad al joven porque, en realidad, teme que el joven pueda hacer la verdad todas las cosas que él, el adulto, quiso hacer.

6. El estado: se erige como defensor de la familia dictando leyes, pero no es más que la expresión de su temor a que existan otro tipo de relaciones diferentes. Por éso le interesa discriminar a la mujer para que, no logrando su total emancipación laboral y económica, se adscriba al rol social que le es asignado y no cuestione la unidad y el concepto actual de familia.
7. La justicia: se encarga de llevar a la práctica las leyes del estado y que, una vez más, defienden instituciones y no personas.

En este contexto el nacimiento de un niño señala un cambio radical en la organización familiar. Las funciones de los conyuges deben diferenciarse para enfrentarse a los requerimientos del niño, de atención y alimento, así como la distribución y restricción del tiempo de los padres. Pero, si estos aspectos generales son importantes, hay que resaltar la dinámica, estructura y funcionamiento familiar y ello porque la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno, sino que se abastece por el establecimiento de una relación dialéctica entre él y su medio circundante. Pero además, este individuo, que vive en el seno familiar, es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse, de esta forma se establece una nueva dialéctica entre

las acciones del individuo y la familia con la sociedad, que incluyen además los procesos históricos. De esta suerte, el individuo responde a los stress que se producen en otros lugares del sistema, a los que se adapta; y él puede contribuir, en forma significativa, al stress de otros miembros del sistema³¹.

De lo dicho hasta el momento se puede comprender que los patrones de normalidad y anormalidad son creados en el seno familiar, de tal suerte que la demanda de *la consulta Paidopsiquiátrica se va a establecer de forma que conforman los deseos de los adultos*, de igual manera la ausencia a la intervención Paidopsiquiátrica es realizada por esos propios deseos de los adultos. Se perpetúa así el mito de Caín y Abel, con la coincidencia de que es Caín quien acude a la consulta Paidopsiquiátrica. Ello es tanto más así, porque, en palabras de Eikson³²: "la existencia de esferas de poder, de esferas de influencia, jurisdicción y posesión y, sobre todo, de esferas de explotación, son cuestiones que corresponden al proceso social y que no pueden explicarse por sus orígenes en la ansiedad infantil: constituyen la expresión de la realidad histórica y geográfica en la que existimos".

E – PERSPECTIVAS ACTUALES EN SALUD MENTAL INFANTIL

Mucho es lo que se pudiera decir de este apartado, pero vamos a intentar esquematizarlo siguiendo las líneas expuestas por Cobo Medina³³ en el último Symposium de Pediatría Social, aunque con algunas variaciones introducidas por nosotros.

Primera tendencia: la vocación preventiva:

Esto supone, por una parte, la visión precoz del niño con una pres-

tancia cronológica y una expectación activa y en segundo lugar una evaluación y seguimiento constante. Ello no comporta la psiquiatrización, sino la evaluación del riesgo evolutivo con una dimensión comprensiva y una imaginación pronóstica, intentando desligar lo que es patológico de lo que nos es ofrecido como anormal.

Ello comporta, plantearnos los niveles de la prevención y que Stork y Foucher distinguen en dos tipos:

- a) La prevención primaria: consistente en la mejora objetiva de las condiciones de vida del niño y que pasa por una correcta actuación de todos los profesionales que tienen contacto con la infancia, para lo cual deben tener una formación adecuada, como más adelante veremos.
- b) La presión secundaria: consiste en asegurar un diagnóstico precoz y la instauración del tratamiento oportuno de manera adecuada, sin menoscabo de diferencias económicas, sociales o ideológicas.
- c) No debemos olvidarnos de la prevención terciaria, en el sentido de que una vez establecido el handicap e instaurado su tratamiento, no se debe perder la perspectiva de la reintegración, rehabilitación y reinserción sociales.

En este sentido, es fundamental el papel determinante de dos figuras fundamentales: el Pediatra, como primer receptor del sufrimiento infantil, y el maestro por su papel de identificación alternativa a los modelos parentales.

Segunda tendencia: necesidad del Equipo en Paidopsiquiatría:

Si en cualquier campo del sector salud el trabajo en equipo es funda-

mental, en el campo de la salud mental infantil es estrictamente necesario, puesto que el trabajo aislado de una sola profesión dará una visión unidimensional, que en nada tiene que ver con la realidad infantil. Este equipo significa:

- a) El reconocimiento de una insuficiencia o limitación individual.
- b) El objetivo es constituir una supradependencia que, de forma secundaria, otorga identidad a todos y cada uno de sus miembros. Esto solamente puede adquirirse en el marco de una sanidad pública y participativa, puesto que la institución privada, por sus propios intereses gananciales, supondría unos costos muy gravosos.
- c) La realización del equipo debe plantearse más en función de las capacidades obtenidas que de los títulos acreditativos.
- d) Permite una serie de puntos diferentes en la acción puesto que, por un lado, evita la posibilidad de una contratransferencia negativa al existir otros miembros que puedan dar la atención. En segundo lugar, permite la movilización del equipo allí donde es requerido. En tercer lugar, la crítica permanente de los propios errores le harán superar determinadas problemáticas que puedan surgir.

e) Personal mínimo del equipo: *el psiquiatra infantil* como coordinador de dicho equipo, dicho papel podría ser visto con tres dimensiones: el psiquiatra tradicional encorsetado en posturas orgánico-mecanicistas, que desinsertan al niño de su realidad; el "adaptado" que simplemente acepta al equipo pero con papel predominante e impositivo, y por fin el "dinámico" que aceptaría perder parte de sus privilegios para transferirlos al equipo, obteniendo así una visión polimorfa del pequeño pa-

ciente. *El psicólogo*: clásicamente ha sido considerado como un textólogo, nada más lejos de la realidad; pero tampoco su pugna por un apresuramiento psicoterapéutico es adecuada; su línea debe aportarnos la dimensión investigadora y la comprensión psicológica del niño real; por ello su formación clínica y dinámica debe realizarse en base a la integración asistencial, alejándose de premuras y ansiedades, eliminado susceptibilidades y limando competencias. *Los asistentes sociales*: estos trabajadores, se presupone, que deben estar en contacto con la realidad social y, por ello, ejercen una acción positiva, tanto en el aporte de datos como de acción concreta, deben constituir el puente de unión entre el equipo de salud mental infantil y el resto de las instituciones de la comunidad. *La ATS Paidopsiquiátrica*: no debe ser considerada como una mera administradora o ejecutante de órdenes, sino al contrario, una cuidadora/observadora de la conducta infantil de excepción; su papel en las tareas de maternaje, de cuidado y observación de los niños en la consulta, su participación en terapias de relajación, su situación de observadora en determinados grupos, su conexión con el personal de otras especialidades de similar titulación, etc. son fundamentales. Pero además debe existir otro tipo de personal como son *las Auxiliares*, con su importante papel de ordenación de los ficheros, recepción de enfermos, cuidado de material, etc; *el personal administrativo* al cuidado de los ficheros, etc. Tampoco se debe olvidar la conexión con aquellos *otros profesionales* que les son *complementarios*: logopedas, terapeutas ocupacionales, rehabilitadores, etc., etc.

Tercera tendencia: la autonomía del Equipo Paidopsiquiático:

El niño como unidad diferenciada e

integradora nos debe asegurar que aquellas personas que se dedican a él, sea cual sea su dedicación, lo hagan con una adecuada autonomía asistencial, administrativa y formativa. Es la única forma de evitar conflictos relacionales con otras especialidades vecinas que niegan el acceso a la Psiquiatría y Psicología Infantil

Cuarta tendencia: la formación programada del Equipo Paidopsiquiático:

Si la formación, en cualquier campo del sector salud debe ser continuada, en el área de la salud mental es estrictamente insustituible, máxime cuando en nuestro país las instituciones oficiales marginan, casi sistemáticamente, una visión global y real de todas y cada una de las múltiples escuelas psiquiátricas, y psicológicas con el fin de que pueda haber una adscripción. Es más, la marginación sistemática de determinadas tendencias no sería más que la expresión de la duda de su propia identidad. Es curioso que todavía no se haya reconocido la especialización en psiquiatría infantil de manera oficial, aunque exista un proyecto, a todas luces insuficiente, aunque podría ser válido como punto de partida.

La formación en Paidopsiquiatría debe ser progresiva, coordinada, integrada y supervisada. Cubriendo campos que abarquen: Psicología Infantil con la importancia de los métodos psicodiagnósticos, Neurología Infantil, conocimientos básicos de Puericultura y Pediatría, actividades en consultas externas, asistencia a Unidades de Hospitalización, así como formación en Psiquiatría de la Comunidad. Todo ello precisa de: reuniones periódicas de equipo donde se debata la marcha general y funcionamiento de los servicios, sesiones clínicas donde se discu-

tan aquellos casos que tengan una duda o un interés especiales, seminarios formativos concretos sobre teoría y práctica de la Psiquiatría y Psicología Infantiles de todas las escuelas y dadas por personal perteneciente a esa misma escuela, supervisión de psicoterapias tanto de las individuales como de las grupales, establecidas a dos niveles: el interno del propio servicio y el del conjunto del equipo.

Quinta Tendencia: generalización de la dimensión "psi".

Esta dimensión comporta, cada vez más, la aceptación de un clima psicoterápico institucional. Por ello el camino actual debe cubrir los aspectos psicológicos, psicopedagógico y psicosocial, de tal suerte que se pueda acudir a procedimientos psicoterapéuticos, reeducativos y de acción social. Ello comporta una limitación de la psicofarmacología el campo infantil por ser mal conocida y con muchos efectos paradójicos.

Sexta tendencia: hacia una psiquiatría infantil de tipo estructural.

Hemos abordado con anterioridad la integración de la estructura en vez de la prelación por el síntoma. No es el fenómeno el que determina la acción en salud mental infantil, sino la estructuración en niveles de integración real de todo el complejo entramado que rodea al niño.

Séptima tendencia: necesidad de estudios epidemiológicos.

No existe una perspectiva epidemiológica para los trastornos psicopatológicos de la infancia, es por ello que debe establecerse una acción coordinada para determinar los gra-

dos de tolerancia o de intolerancia con respecto al comportamiento infantil dentro de su medio. Quizá el mayor problema sea de tipo nosográfico, pues cada escuela plantea su propia clasificación. La clasificación de la OMS³⁴, ha quedado relativamente relegada. Las clasificaciones D.S.M. I, D.S.M. II y el más moderno D.S.M. III³⁵ son puramente fenomenológicas y realizadas en otro contexto social. En conjunto con la Sección de Paidopsiquiatría de la Clínica Infantil La Paz, nuestra Unidad de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital del Niño Jesús, ambos de Madrid, hemos elaborado una ficha de recogida de datos multiaxial y no determinante de un diagnóstico estricto, elaborada con un criterio psicodinámico y evolutivo y creemos que aplicable a cualquier tendencia psiquiátrica y que posteriormente expondremos.

Octava tendencia: tratamiento del niño en su medio ambiente.

Ya en el año 1942 Winnicott³⁶ expresaba: "resulta inútil que nos pidan que estudiemos un caso si la dirección cae en un barrio sumamente alejado, a no ser, claro está, que el viaje resulte fácil o el niño pueda asistir sin necesidad de que lo acompañen. Y, además, por supuesto, raramente hay plazas". En nuestro país, cuarenta años después, estamos, todavía, peor que la situación descrita por Winnicott. La OMS ha insistido en reiteradas ocasiones que, *en cualquier actuación de la salud, debe realizarse en el seno mismo de la comunidad*. Todo esto es tanto más necesario, cuanto que el desarraigo social del niño es mayor al separarle de su propio medio ambiente y solamente podrá actuarse sobre el propio niño en la medida que exista un compromiso formal por parte de la

comunidad y sus instituciones en superar este problema infantil.

Novena tendencia: la consideración de la familia:

Ya hemos supuesto con anterioridad la importancia de la familia, por ello no debe perderse esta perspectiva e integrar de manera adecuada tanto la observación como la *actuación en el medio familiar, con el fin de paliar una contraactitud en el medio familiar por las angustias paranoides y de culpabilizaciones que pueden surgir en el curso de la terapia.*

Décima tendencia: aplicación de las medidas terapéuticas adecuadas.

No tiene ningún sentido, el realizar un diagnóstico, más o menos brillante, sin poder aplicar las medidas terapéuticas adecuadas. A nadie se le ocurre diagnosticar una neumonía o una infección urinaria o una apendicitis y mandar al paciente para casa. Eso comporta crear unas falsas expectativas a las demandas establecidas. Por ello, es estrictamente necesario que la actividad psicoterapéutica sea reconocida como parte integrante de la atención integral a la personalidad infantil. Este reconocimiento por los poderes públicos, debe ser realizado de forma urgente y prioritaria, pues, de lo contrario, seguirán siendo las clases populares las que no podrán acceder a este tipo de tratamientos, expresando, una vez más, la dominación, explotación y marginación de la que son objeto por la clase dominante.

REALIZACIONES PRACTICAS

Una vez expuestas las bases teóricas actuales podré aproximarme a la

exposición de un modelo de acción práctica en salud mental infantil, bien entendido que es simplemente una acción puntual, debido a la entrega de un equipo de trabajo y no a una situación que pueda ser generalizable. Sé que tiene muchos defectos pero, en la medida que exponiéndolos se verbalizan y critican, ya es un intento de corregirlos.

A – RECEPCION DE LOS PACIENTES

Por la no existencia de una coordinación adecuadas en los niveles primarios de asistencia pública nos vemos obligados a aceptar, ya que es el único recurso, las demandas que surgen desde la comunidad y los profesionales. Por nuestra dependencia de la Seguridad Social obliga a que sea el Pediatra el que nos remita las peticiones de consulta, sin embargo nosotros recogemos de dónde ha surgido la primitiva demanda: de los padres, de la escuela, del pediatra de zona, del pediatra hospitalario o del pediatra especialista; de igual manera hemos de tener presente el origen de la consulta si es por consulta ambulatoria o bien de la hospitalización.

Por el exceso de demanda hay una situación evidente de demora, que, después de un año cerrada la peticiones de las consultas extrahospitalarias, se sitúa entre siete u ocho meses. Por ello, al momento de la recepción y darles la citación es imprescindible tomar todos los datos de filiación, de domicilio y teléfono por si hubiera algún cambio en la fecha de citación. Se les entrega a los padres dos cartas, la primera dirigida a ellos con el fin de exponerles la importancia de que acudan ambos miembros de la pareja parental, así como que expliquen al niño porqué es llevado a la consulta y

que en ella no se le va a realizar ninguna exploración traumática. La segunda va dirigida al colegio del niño, para que la maestra exponga su criterio en cuanto a inteligencia global, rendimiento escolar, sociabilización, áreas con dificultades, relaciones con los profesores y los otros niños y aquellas otras observaciones que se estimen oportunas; de igual manera nos ofrecemos para colaborar con ella en lo que crea conveniente.

B - LA LLEGADA DEL NIÑO A LA CONSULTA

El niño es el centro de nuestra consulta, por ello a él va dirigida toda la atención y todos nuestros esfuerzos. *Es recibido por la ATS psiquiátrica*, con la cual recorre la Unidad para que la conozca y vea que no se le va a hacer nada. *Con ella comienza la exploración realizando 6 dibujos temáticos*: una familia, el miedo, una persona que no es normal, un sueño, la enfermedad y un inventado. Se le da que puede dibujar lo que quiera y con los elementos que desee, que una vez concluya de realizar cada dibujo, por detrás escriba una historia relativa al tema, luego la ATS asocia con el niño según el discurso que él plantea. De esta suerte, se obtienen aspectos formales y aspectos de contenido. *Se valoran las identificaciones, proyecciones, negaciones o desplazamientos que el niño realiza.*

A la par la Auxiliar recoge todos los datos de dirección de la familia y del niño para que sean adosados tanto a la historia como a la ficha de recogida y resumen de datos.

De esta suerte comienza ya el proceso diagnóstico, digo proceso puesto que entraña una visión dinámica y no de un mero etiquetado diagnóstico. *No es realizar una historia*

más, sino que comporta la realización de todas las entrevistas y pruebas psicodiagnósticas oportunas tanto con los niños como con los padres.

Posteriormente situamos la entrevista con el niño a solas, interesándonos por sus deseos, su grado de información a la hora de llegar a nuestra consulta, sus conflictos familiares, escolares y personales, sus fantasías, sus frustraciones, etc. El tiempo de duración es variable, de acuerdo con la edad y el grado de colaboración del niño.

El paso siguiente lo representa la entrevista con los padres, en ella obtenemos la versión familiar así como su vivencia, los datos de la historia evolutiva del niño y los rasgos psicológicos de los padres y de sus respectivas familias.

Una vez finalizado este proceso se revisan y supervisan las historias por el equipo, de los datos obtenidos se evalúa la continuidad de la exploración hacia un juego diagnóstico, estudio dinámico de la personalidad, inteligencia y/o instrumentalización. Una vez recogidos todos los datos se plantea la síntesis y acción a seguir, sin perder el principio de realidad ni la demanda que nos ha sido formulada de tipo manifiesto, una vez que ha sido contrastada con los contenidos latentes.

C - LA RECOGIDA DE DATOS, LA FICHA DIAGNOSTICA

Como hemos expresado anteriormente esta ficha diagnóstica ha sido elaborada bajo los auspicios del Dr. Cobo Medina³³ y se lleva a cabo tanto en nuestro Hospital como en la Clínica Infantil La Paz, somos conscientes de sus limitaciones y de que se encuentra en fase de experimentación y sondeo. *Consta de las siguientes*

partes:

1. *Diagnóstico Fenomenológico o Psicopatológico*: Se encuadrarán aquellos datos que sean recogidos en la anamnesis, como síntoma actual o antecedente, y aquellos otros obtenidos en la exploración. Cada niño podrá presentar uno o más datos, haciendo constar la edad de aparición, su intensidad, su frecuencia, su duración, el posible factor desencadenante, etc.:
- a) *Retrasos madurativos*: Comprende los retrasos en el primer desarrollo del niño (marcha, lenguaje, etc.).
 - b) *Reacciones comportamentales*: son manifestaciones como rabietas, inquietud, nerviosismo, caprichos, desobediencias, egoísmo, cóleras, fugas, timidez, lentitud, pasividad, masturbación, amañamiento, tics, tartamudez, somnambulismo, etc.
 - c) *Reacciones de ansiedad*: incluimos los miedos, fobias, obsesiones, compulsiones, ritos que se realicen con angustia, temores hipochondríacos, insomnio con ansiedad, terrores nocturnos, pesadillas, angustias de separación en cualquier ambiente, etc.
 - d) *Disforia*: correspondería a aquellos niños habitualmente incómodos, irritables, con mal humor, de los cuales se podría decir: "no están a gusto con nada, como encontrándose mal dentro de su cuerpo".
 - e) *Reacciones depresivas*: se caracterizarían por tristeza motivada o inmotivada, que frecuentemente coinciden con una baja autoestima y que se pueden exteriorizar como aburrimiento, sensación de que no se vale para nada, etc.
 - f) *Reacciones conversivas y/o histéricas*: serían somatizaciones sin base orgánica y con significación simbólica o claramente conflictual. Las reacciones histéricas son las disociativas o muy teatrales con gran espectacularidad.
 - g) *Crisis psicógenas o funcionales*: como lipotimias, pérdidas de conciencia no orgánicas ni histéricas, crisis hipotónicas, etc.
 - h) *Somatizaciones*: incluyen todo síntoma del niño sin base orgánica o presumiblemente funcional (cefaleas, abdominalgias, otalgias, artralgias, etc.).
 - i) *Reacciones psicóticas*: el niño vive un mundo no controlado o desbordante de fantasías, angustias... sin barrera entre la realidad externa y la ficción (ideas delirantes, estados alucinatorios, etc.).
 - j) *Síndrome Autístico*: se considerará primario si es desde el principio de la vida del niño, o secundario si acontece tras un cierto periodo de desarrollo aparentemente normal; incluso se anotarán los rasgos autísticos concomitantes con la deficiencia mental.
 - k) *Situaciones especiales en la vida del niño*: serían aquellas con una entidad propia como son: duelo (situación que se origina en el niño y/o en el medio familiar cuando se produce la pérdida de un familiar o amigo; se incluirá en este apartado tanto la situación de reacción explícita como la de negación de duelo), intento de suicidio, accidentes (tanto de circulación como los de durante el juego, intoxicaciones involuntarias y la traumatofilia), malos tratos (principalmente de los padres o personas adultas cercanas, en forma reiterada y alarmante), violación o traumas sexuales, hospitalizaciones (especificando número, duración y causa de las mismas, así

como si hubo o no afectación psicológica), intervenciones quirúrgicas (desde el punto de vista cuantitativo, puesto que el cualitativo va en el apartado siguiente).

Hemos de aclarar que la utilización que hacemos del término reacción no es como una respuesta condicionada por el ambiente, sino que la usamos de una forma móvil y movilizable propia del sujeto y, por supuesto, resultado de su dialéctica con el entorno, pero que no tiene porque ser fija, sino que, más bien, haga pensar en un enfoque dinámico, evolutivo, coyuntural sin abandonar el aspecto estructural.

2. *Diagnóstico Psicosomático*: se incluirán todas aquellas situaciones, presente o pasadas, donde exista un determinismo psíquico con el proceso de enfermar y/o las repercusiones psíquicas del enfermar orgánico. En realidad, suponemos que toda enfermedad, por muy orgánica que sea, ha de producir un impacto en el proceso evolutivo y de maduración del niño. Por éso recogemos todas las incidencias de enfermedad de cierta importancia, así como las intervenciones quirúrgicas o exploraciones incisivas. Se recoge por aparatos y sistemas de la economía del organismo.

3. *Diagnóstico Clínico de Personalidad y Conflictos Básicos*:

- a) *Infantil*: se entiende que hay una anacronía madurativa para su edad cronológica con intereses, fijaciones, razonamientos, más inmaduros que los esperados para su edad real.
- b) *Inmadura*: tiene rasgos de diversas estructuras sin consolidarse en ninguna de ellas. Es, paradójicamente, la "estructura por falta

de estructurar"; se da como una especie de mezcla coincidiendo con frecuencia también una cierta inmadurez del desarrollo biológico y funcional.

- c) *Neurótica*: está determinada por rasgos de culpabilidad, un *super-yo rígido interiorizado*, conflictos internos con entidad y coherencia, ambivalencia, sentimientos de inferioridad, etc. Se debe especificar la tendencia de la organización hacia la personalidad histérica, disociativa, fóbica, obsesiva, etc. y sus ligazones mistas.
- d) *Caracterial*: cuando *domina el mecanismo proyectivo* en la relación. El sujeto tiende a achacar la culpa de sus problemas a los demás sin ponerse en cuestión él mismo. Como mención aparte, situamos la *caracterial-psicopática*, en la que los conflictos son importantes con el medio ambiente, comprendiendo problemas delictivos o predelictivos. Estos niños suelen tener *gran dificultad para tolerar la frustración*. En todo caso, existe un gran rechazo social, tanto del sujeto a los demás, como de éstos hacia el sujeto.
- e) *Psicótica*: no diferencia entre el mundo externo (real) y el mundo interno (subjetivo) empleando *mecanismos de defensa poco estructurados y primarios*. Todo lo cual ocurre de forma máxima y habitual en el yo del niño, de tal suerte que éste queda invalidado en su funcionamiento y adaptación. Se exterioriza en conductas de inquietud y de ansiedad masiva, alucinaciones, aislamientos extremos con referencialismo, paranoicismo, etc. Cabe advertir que no todo síntoma alucinatorio o referencial pertenece obligadamente a una personalidad psicótica.
- f) *Disarmonía evolutiva*: corres-

ponde a una organización discrónica del sujeto, con fallas y lagunas evolutivas, compensadas o no. Se suelen imbricar los mecanismos prepsicóticos y los deficitarios (instrumentales o cognoscitivos).

- g) *Afectada por el déficit*: se considerará así cuando el déficit es tan masivo, por daño orgánico o por desaferentación afectiva, que sólo se puede ver precisamente el daño físico o relacional, es decir, la personalidad está anegada por la lesión, es deficitaria.

El hecho de poner la estructura de la personalidad no comporta, en modo alguno, un juicio diagnóstico, sino simplemente la estructuración en ese momento dado de la evolución. De igual manera, puede hablarse de la dimensión "pre", que significa la existencia de algunas características de la personalidad del niño que corresponden a la estructura que se perfija, pero en ningún caso prejuzga que vaya a evolucionar de forma inexorable hacia esa estructura supuesta, a ello hay que complementarlo con el aspecto cronológico.

En cuanto a los conflictos y situaciones básicas de las personalidad señalamos los siguientes:

I.- La posición instintual, libina/agresiva del niño, con sus movimientos de fijación/regresión: oral, oral-sádica (agresiva), anal, anal sádica, fálica, situación pre-edíptica, situación edíptica, situación de edipificación (cuando la posición del sujeto aparentemente edípica, aparece muy infiltrada de pre-genitalidad).

II.- *Relación objetal*: en la an-objetal, el sujeto no vive para nada la identidad del Otro como diferenciado, al contrario de la objetal,

en que el niño vive al Otro como un ser perceptual, conceptual y afectivamente global. En la relación pre-objetal el sujeto vive al Otro en forma fragmentaria, parcial, discodidad; la persona, para él, es un trozo o un conjunto de pedazos inconexos.

- III.- Las angustias básicas definen aquellos aspectos que, normalmente, toda persona debe abordar y elaborar en su vida. Estudiaremos en el niño su intensidad y su grado de elaboración. *Consideramos tres angustias básicas de separación, de castración y de muerte.*

En general este apartado se realiza con la anamnesis, juego diagnóstico, dibujos temáticos y test proyectivos.

4. Diagnóstico de Inteligencia, sus instrumentos y rendimientos:

- a) *Apreciación clínica*: normal o disminuida, calificación que eno prejuzga sea etiquetada como deficiencia mental.
- b) *Apreciación psicométrica*: de la cifra del CI se expresa en la clasificación de la OMS, con lo cual eliminamos el "cifrar" o "tasar" al niño. Consideramos que es disarmónica cuando existen más de 10 puntos de desfase entre las escalas verbal y manipulativa.
- c) *Instrumentalización de la inteligencia*: se refiere no ya al potencial intelectual, sino a los últimos, a los instrumentos, a las herramientas de que dicha inteligencia dispone y que pueden estar afectadas (dislexia, zurdera, problemas espacio-temporales y de lateralidad, disgrafías, discálculas, etc.).
- d) *Rendimiento escolar*: nos guiamos para ello del informe remitido por los maestros y que anteriormente

hemos hecho referencia.

5. *Diagnóstico Psico-socio-familiar: Es el cuadro familiar desde una perspectiva psico-socio-económico-cultural, tal como aparece y la deducimos de los datos aportados por los padres, el medio externo y en su caso la descripción de la asistencia social.*

- a) *Fratría y localización del niño entre sus hermanos, sexo de ellos y número de abortos.*
- b) *Características centradas en el niño: rechazado o deseado por los padres, celos con alguno de los hermanos, envidias, diferencias de conducta en casa o en el colegio, etc.*
- c) *Padre: descripción de personalidad, relación con el niño, datos de salud, psicopatología, condicionantes y antecedentes familiares, etc.*
- d) *Iguales datos para la madre.*
- e) *Convivencia de la pareja parental, grado de conflictividad, o de satisfacción interpersonal de la misma.*

SITUACION ACTUAL Y VIAS DE SOLUCION

A – ESTADO ACTUAL:

El hablar de la asistencia paidopsiquiátrica en España es hablar de una ausencia, una falta. Prácticamente se limita a una actividad de mala asistencia para los deficientes mentales.

1. Dependencia y localización: en los hospitales clínicos y patronatos suelen depender de servicios de psiquiatría general, en tanto en los hospitales de la Seguridad Social se encuadran en los departamentos de pediatría. Para los aproximadamente diez o doce millones

de niños que hay en España hasta los 15 años, existen muy contados servicios de asistencia psicológica infantil, muchos de ellos únicamente dedicados a informes de deficiencia mental, para obtener la ayuda de 3.000 ptas. al mes que aporta la Seguridad Social.

2. El personal asistencial así como los locales y medios materiales son totalmente insuficientes. (D-28, 29 y 30)
3. La formación del personal no está estipulada de manera oficial.
4. La localización geográfica, como es norma habitual en la Sanidad Española, en las grandes urbes, quedando grandes zonas del Estado totalmente desatendidas, lo cual obliga a desplazamientos y expectativas que no pueden ser satisfechas.

B – VIAS DE SOLUCION:

1. Creación de un nivel asistencial adecuado como es el sector Paidopsiquiátrico³⁹: se debe considerar un territorio bien delimitado en el que un equipo médico-social, o varios equipos bien coordinados, que dispone de una serie de instituciones y medios terapéuticos, toma a su cargo, todas las tareas de profilaxis, tratamiento y readaptación de los trastornos psíquicos de esa población dada. En general su finalidad principal es terminar con la segregación, rechazo y marginación de los niños afectos psíquicamente. Para ello, es preciso aportar la terapéutica y apoyo social en el propio medio, estudiando las correlaciones entre enfermedad psíquica y estructuras sociales, aumentando la tolerancia de éstas a aquéllas. De igual manera, ofrece información a la

sociedad contribuyendo a la prevención e higiene mental colaborando de forma activa con instituciones sanitarias, políticas y sociales.

2. Adecuación en material y métodos a las necesidades de la población, dotándolos del personal adecuado para llevarlos a cabo.
3. En cuanto a la formación debe ser única y total para todos aquellos miembros del equipo que trabajen en conjunto, siendo su capacidad laboral enfocada de acuerdo a la valía y formación, más que a la titulación concreta. Somos partidarios del análisis personal de aquellos miembros que se dediquen a la salud mental infantil, para evitar proyecciones o contratransferencias que dificulten la labor. De igual forma la coordinación y su-

pervisión clínica de la labor realizada por el equipo debe tener su cabida. Todo ello junto con la bibliografía, somos defensores de que debe ser cubierto por la propia institución pública en la que se presta el desarrollo laboral.

4. La existencia de una coordinación con los médicos de la comunidad, de los hospitales y con la institución pedagógica es estrictamente necesario para que no existan responsabilidades delegadas.
5. Somos conscientes de que estos aspectos solamente podrán ser cubiertos con la creación de un Servicio Nacional de Salud, único, gratuito para toda la población, financiado por los presupuestos generales del estado y gestionado por todos los sectores implicados.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHERRER, R; HOCQUENGHEM, O: "Album sistemático de la infancia". Ed. Anagrama, Barcelona, 1980.
2. GARCIA CALVO, A: "Intervención en la inauguración del XV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría", Madrid, 1980.
3. LACAN, J: "Escritos". Ed. S. XXI, México, 1980.
4. DIATKINE, R: "Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale" Psychiat. Enfant, X, 1967, 1, 1 - 142.
5. FREUD, S.: "Inhibición, síntoma y angustia", Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1, 97 pág. 2833.
6. MENENDEZ OSORIO, F.: "El síntoma psíquico y psicosomático en la infancia: análisis psicodinámico y estructuralista". As. Esp. de Pediatría. 13, 1091, 1980.
7. FOUCAULT, M: "El nacimiento de la clínica". Ed Siglo XXI, México, 1978, 129.
8. MANNONI, M: "El niño, su enfermedad y los otros". Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1976. 9. FREUD, S.: "Más allá del principio del placer". opp. cit. vol. 3, 1507.
10. CASTILLA DEL PINO, C.: "Introducción a la Psiquiatría". vol. 1; Ed. Alianza Universidad. Madrid, 1980. 314.
11. ALTHOUSE, L.: "Cuna de Filosofía para científicos". Ed. Laia, Barcelona, 1975.
12. HANECKER, M.: "Los conceptos elementales del materialismo histórico". Ed. Siglo XXI, México, 1977.
13. PEDREIRA MASSA, J.L.: MENENDEZ OSORIO, F.: "El síntoma psicosomático en el niño". Revista de la Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría, 0, 1981, 8 l.
14. BERGERET, L.: "La personalidad normal y patológica" Ed. Gedisa, Barcelona, 1980.
15. FREUD, A.: "Normalidad y patología en la infancia". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1975.
16. PIAGET, J.: "La Psicología del niño" Ed. Morata; Madrid, 1975.
17. WALLON, H.: "La evolución psicológica del niño". Ed. Piqué. Buenos Aires 1976.
18. ZAZZO, R.: "Psicología y Marxismo". Ed. Aprendizaje; Madrid, 1976.
19. PIAGET, J.: "El papel de la imitación en la formación de la representación". Epílogo de Psicología y Marxismo. Ed. Aprendizaje, Madrid, 1976, 135.
20. FREUD, A.: "El yo y los mecanismos de defensa". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1971.
21. SPITZ, R.: "El primer año en la vida del niño". Ed. Aguilar; Madrid, 1978.
22. COBO MEDINA, C.: "Psicosomática evolutiva en la infancia". Boletín del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia médica, II 1978, 29.
23. GRIMBERG, L.: "Psicoterapia del grupo". Ed. Paidós. Buenos Aires, 1977.
24. MARX, K.: "La sagrada familia" en Antología de Marsé, E. Tierno Galván. Ed. Cuadernos para el diálogo. Madrid, 1973.

25. BUHLER, Ch.: "Psicología Práctica". Ed. Miracle, Barcelona, 1975.
26. PEDREIRA MASSA, J.L.: "Contexto familiar". Ponencia en la II Jornada de Psiquiatría de Madrid, 1979.
27. ENGELS, F.: "El origen de la familia". Ed. Fundamentos, Madrid, 1970.
28. FROMM, E.: "La familia". Ed. Península. Barcelona, 1970.
29. CASTILLA DEL PINO, C.: "Cuatro ensayos sobre la mujer". Ed. Alianza, Madrid, 1975.
30. NELL, A.S.: Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1963.
31. MINUCHIN, S.: "Familias y terapia familiar". Ed. Gedisa. Barcelona, 1979.
32. ERIKSON, E.: "Infancia y sociedad". Ed. Marsé. Buenos Aires, 1980.
33. COBO MEDINA, C.: "Paidopsiquiatría e higiene mental infantil en nuestra sociedad española actual". Ed. Sección Pediatría Social de la A.E.P. Puerto de la Cruz, 1981.
34. O.M.S.: "Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación". Ginebra, 1976.
35. D.S.M.- III: "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" Ed. Masson. Barcelona, 1983.
36. WINNICOTT, D.W.: "Escritos de Pediatría y Psicoanálisis". Ed. Laia. Barcelona, 1978.
37. MENENDEZ OSORIO, F.: "La Psiquiatría infantil en España y la historia de una marginación en la transformación de la asistencia psiquiátrica". Ed. Mayoría. Madrid, 1980.
38. PEDREIRA MASSA, J.L.: "Aproximación a la situación actual de la Paidopsiquiatría en España.
39. PEDREIRA MASSA, J.L.: CABALEIRO, F.: "Reflexiones de dos paidopsiquiátricas a la colaboración de la asistencia paidopsiquiátrica en su distrito de Madrid. Jornadas de Medicina Comunitaria, 1981.

1870

1871

1872

1873

1874

1875

1876

1877

1878

1879

1880

1881

1882

1883

1884

1885

1886

1887

1888

1889

1890

1891

1892

1893

1894

1895

1896

1897

1898

1899

1900

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

Por
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 Gral. 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 interaccionada 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 consistentes, 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, especialmente de la presencia y características psicológicas de la madre, BILLER (11), BOWLBY (12), MASOTTA (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, amplia 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 tal psicopatología de los hijos de emigrantes en edad pre-escolar CASAL LO-

SADA (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, fracaso 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 hacía 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, esquemas 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, dese 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 á 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 á XII.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A) DE LA SINTOMATOLOGIA

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, de los clínicos hacia la 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 frecuente 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 1ª circunstancia y las dificultades de relación familiar en la 2ª.

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 determinando; 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 ocurría 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 frecuencia 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 solo 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 parece deducirse que las anomalías de la personalidad o 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 dador 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 Galicia, comparándole con un grupo control de 142 niños de similares características, sin 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.

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

TOTAL = 199

HOMBRES = 124

MUJERES = 75

EMIGRACIÓN	MUESTRA		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
PADRE	131	76	55
MADRE	5	4	2
AMBOS PADRES	63	44	19

SINTOMAS	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. CONDT.	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

EMIGRACION TOTAL-GRUPO CONTROL

EMIGRACION (N=199) CONTROL (N=142)

<u>SINTOMAS</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>	<u>SIGNIFI.</u>
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.
SINT. NEUROTICOS	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.
DEPRESION	4	2,0	17	12,0	.005

MUESTRA EMIGRACION. DIFERENCIAS SEGUN SEXO

SINTOMAS	VARONES (N=124)		MUJERES (N= 75)		SIGNIFICATIV.
	Nº	%	Nº	%	
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. NEUROTIC.	21	16,9	27	36	,005
TRAST. CONDUCT.	28	22,6	9	12	N.S.
CEFALEAS	25	20,1	11	14,6	N.S.
TRIST.-LLANTO	10	8,1	9	12	N.S.
MIEDOS	14	11,3	7	9,33	N.S.
T. 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.
DIF. RELAC. FAM.	16	12,9	12	16	N.S.
DEPRESIÓN	2	1,6	2	2,6	N.S.

EMIGRACION PADRE. COMPARACION ENTRE SEXOS

SINTOMAS	VARONES (N= 76)		MUJERES (N=55)		SIGNIFICATIV.
	Nº	%	Nº	%	
IRRITABILIDAD	12	15,7	5	9	N.S.
AGRESIVD.	18	23,6	3	5,4	.005
HIPERACTIV.	28	36,8	12	21,8	.005
TRAT. 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. NEURÓTIC.	10	13,1	21	38,1	N.S.
TRAST. CONDUCT.	12	15,7	7	12,7	N.S.
CEFALEAS	16	21	9	16,3	N.S.
TRIST.-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.
DIF. REL. FAM.	10	13,1	5	9	N.S.
DEPRESION	2	2,6	1	1,8	N.S.

EMIGRACION PADRE-GRUPO CONTROL

EMIGRACION (N=131) CONTROL (N=142)

SINTOMAS	Nº	%	Nº	%	SIGNIFICAT.
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. NEUROTICOS	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	9,2	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. REL.FAMIL.	5	3,8	16	11,3	.05
DEPRESION	3	2,2	17	12,0	.005

EMIGRACION AMBOS PADRES-GRUPO CONTROL

SINTOMAS	EMIGRACIÓN (N=63)		CONTROL (N=142)		SIGNIFIC.
	Nº	%	Nº	%	
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	8	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. DEL SUEÑO	21	33,3	34	23,9	N.S.
SINTOMAS NEUROT.	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. REL. FAMIL.	13	20,6	16	11,3	N.S.
DEPRESION	1	1,6	17	12,0	.05

SINTOMAS	EMIGRACION PADRE (N= 131)		EMIGRACION AMBOS (N= 63)		SIGNIFICATIVIDAD
	Nº	%	Nº	%	
IRRITABILIDAD	17	12,9	6	9,5	N.S.
AGRESIVID.	21	16,0	10	15,9	.005
HIPERACT.	40	30,5	14	22,2	N.S.
TRAST.ORALID.	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.NEUROT.	32	23,7	16	25,4	N.S.
TRAST.CONDUCT.	29	22,1	18	28,6	N.S.
CEFALEAS	25	19,1	9	14,3	N.S.
TRIST.-LLANTO	13	9,9	6	9,5	N.S.
MIEDOS	17	12,9	3	4,8	N.S.
TRAST.LENGUAJ.	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.
DIF.REL.FAM.	5	3,8	13	20,6	.005
DEPRESION	3	2,29	1	1,6	N.S.

TEST FAMILIA

GRUPO CONTROL (N = 861) GRUPO EMIGRACION (N = 118)

RASGOS	Nº	%	Nº	%	SIGNIFIC.
TAMAÑO GRANDE	147	17,07	29	24,6	.05
" PEQUEÑO	114	13,24	47	39,8.	.05
" NORMAL	596	69,22	42	35,6	.005
SECTOR SUPERIOR	131	15,21	39	33,1	.005
" INFERIOR	168	19,51	34	28,8	.05
" 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-MADRE	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
" MADRE	12	1,39	24	20,3	.005
DESVAL. PADRE-MAD.	42	4,8	47	39,8	.005
DESVAL. DE ELLOS	25	2,90	32	27,1	.005

TEST FAMILIA

RASGOS	GRUPO CONTROL (N = 861)		VARONES (N = 78)		SIGNIFIC.
	Nº	%	Nº	%	
TAMAÑO GRANDE	147	17,07	16	20,5	N.S.
" PEQUEÑO	114	13,24	35	44,8	.005
" NORMAL	596	69,22	27	34,6	.005
SECTOR SUPER.	131	15,21	20	25,6	.05
" INFERIOR	168	19,51	26	33,3	.005
" CENTRAL	248	28,8	32	41,0	.05
SOMBREADOS	249	28,9	34	43,5	.01
BORRADORES	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
SUP. PADRE O MADRE	21	2,43	6	7,6	.01
SUP. HERMANOS	43	5,47	29	37,17	.005
ADIC. PRIMOS-TIOS	14	1,62	9	11,5	.005
ADIC. ABUELOS	82	9,52	3	3,8	N.S.
VALR. PADRE	43	4,99	50	64,10	.005
" MADRE	12	1,39	6	7,6	.005
DESV. PADRE-MADRE	42	4,87	31	39,7	.005
DESV. DE ELLOS	25	2,90	22	28,2	.005

TEST FAMILIA

RASGOS	GRUPO CONTROL (N = 861)		MUJERES (N = 40)		SIGNIFICATI
	Nº	%	Nº	%	
TAMAÑO GRANDE	147	17,07	13	32,5	.05
" PEQUEÑO	114	13,24	12	30,0	.005
" NORMAL	596	69,22	15	37,5	.005
SECT. SUPERIOR	131	15,21	19	47,5	.005
" INFERIOR	168	19,51	8	20	N. s.
" 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-MADRE	21	2,43	6	15	.005
SUPR. HERMANOS	43	5,47	21	52,5	.005
ADIC. PRIMOS-TIOS	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
DESVAL. PADRE-MADRE	42	4,87	16	40	.005
DESVAL. DE ELLOS	25	2,90	10	25	.005

TEST FAMILIA

RASGOS	EMIGRACION PADRE (N = 76)		EMIGRACION AMBOS (N = 39)		SIGNIFIC.
	Nº	%	Nº	%	
TAMAÑO GRANDE	20	26,3	6	15,4	.005
" PEQUEÑO	30	39,5	17	43,6	N.S.
" NORMAL	26	34,2	16	41,0	N.S.
SECT. SUPERIOR	25	32,9	13,	33,3	N.S.
" INFERIOR	23	30,3	11	28,2	N.S.
" 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.
SUPRE. PADRE-MADRE	9	11,8	3	7,7	-
" HERMANOS	44	57,9	15	38,5	.05
ADIC. PRIMOS-TIOS	7	9,2	6	15,4	-
" ABUELOS	4	5,3	0	0,0	N.S.
VAL. PADRE	33	43,4	20	51,3	N.S.
VALOR. MADRE	16	21,1	8	20,4	.05
DESV. PADRE-MADRE	33	43,4	13	33,3	-
DESV. DE ELLOS	20	26,3	11	28,2	N.S.

BIBLIOGRAFÍA

1. SPITZ, R.— "Anaclitic depression". *Psychoan. Study of the Child*, 2, (313-342), 1946.
2. TURBULL, J.M.— "Masculinity of father absent boys". *Excerpta Médica*, 1980.
3. KAPLAN, H., FREEDMAN, A. y SADOK.— *Cinoregebsuve texbook of psychiatry*. Williams and Wilkins. Baltimore, 1981.
4. BOWLBY, J.— *Maternal care and mecital health*. Publicada en Español en 1964 en la Serie de Monografías de la OMS, nº 2.-1951.
5. AINSWORTH, M.D. y otros.— *Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias*. OMS. Cuadernos de Salud Pública, nº. 14. Ginebra.
6. THOMES, M.M.— "Children with absent fathers". *J. Marriage Family*, 30/1 (89-96), 1968.
7. BARCLAY, A. y CUSAMARD, D.R.— "Father absence, crossex 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". *Developm. 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.— Alteracions 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 á 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 6º Congreso de la Unión Europea de Paido-psiquiatras. 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.

EL TEST DE APERCEPCION TEMATICA (TAT) EN EL DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION INFANTIL

SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE AVANCES EN DEPRESIONES INFANTILES
Sevilla, 25-26 de Febrero de 1983

AUTORES: A. BLANCO PICABIA.*
M. PEINADO GIRALDEZ.**
M.C. MONTES REGUERA.**
L. RODRIGUEZ FRANCO.**
J. RODRIGUEZ SACRISTAN.***

*: Jefe de la Unidad de Psicología Clínica del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Universitario de Sevilla.

** : Psicólogo Colaborador del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Universitario de Sevilla.

***: Catedrático de Psiquiatría Infantil.

INTRODUCCION

El interés por el estudio de la Depresión Infantil adquiere progresiva fuerza, particularmente en los últimos años a raíz de los estudios de diversos autores, entre los que, a modo de ejemplo, podríamos destacar a Nissen (1971).

Sin embargo, es preciso hacer constar que este auge es debido más a la calidad e importancia de los trabajos aparecidos que a la cantidad de los

mismos que en función de la trascendencia del problema hubiera sido de esperar.

Con mayor frecuencia estos trabajos se encuentran referidos a formas de expresión y manifestación clínicas, como es el caso de la DSM III (Spitzer y cols., 1980), a los equivalentes depresivos (Sperling, 1959) o a los aspectos conceptuales, como la obra del citado Nissen (opus cit.), o la de Shulterbrandt y Raskin (1977).

Estos trabajos representan ya un

notable avance en el conocimiento de la Depresión Infantil, aunque hasta el momento resultan insuficiente, a la vista de los resultados de Frommer (1968), Rutter (1971), McOnville (1973), Cytryn y McKnew (1974), Graham (1974), Petti (1978), Kovacs, (1981) y Birlsson (1981) entre otros, poniéndose de manifiesto en todos los casos la dificultad de aceptación de unos criterios válidos para su diagnóstico.

En este marco de referencia, se encuadran las Escalas de Evaluación (Rating Scales) en un intento de analizar, identificar y valorar la Depresión Infantil, y que ya representan los primeros intentos en el "Index de Hampstead" de Sandler y Joffer (1965), aunque en la actualidad se dispone de un gran número de ellas; por citar ejemplos, podríamos mencionar la CDS de Lang y Tisher (1978), la CDI de Kovacs y Beck (1977), la BID de Petti (1978) o la de Birlsson (1981) por traer aquí solamente las más divulgadas de las que utilizan la autoevaluación. Otras requieren la intervención de observadores, como es el caso de la "Peer Nomination" de Lefkowitz y Tesyni (1980), o las entrevistas estructuradas como la de Kovacs (1978) o la de Puig Antich y Chambers (1978).

En contraste, la utilización de las Pruebas Proyectivas de una forma sintemática y ordenada, es escasa, probablemente dada la complejidad intrínseca de las mismas y las dificultades derivadas de la falta de interés por estas Técnicas en los momentos en que se produce la mayor preocupación por el estudio de la Depresión Infantil.

Esto ocasiona que sean con excesiva frecuencia ignoradas, por lo cual el número de publicaciones en torno a este tipo de instrumentos es prácticamente nulo.

Existe en la bibliografía más actual un limitado número de estudios referidos a la utilidad de las Pruebas

Proyectivas en el caso de las depresiones enmascaradas, como es el caso de los trabajos de Toolan (1962), Guibert y Dabosville (1967).

Sin embargo, tan sólo existen referencias muy someras en lo que se refiere al estudio de los signos clínicos de la auténtica depresión infantil, a través de este tipo de pruebas, como son los trabajos de Rapoport (1977), los de Dougas y Mouren (1979), Nissen (1971), Jeudi de Grissac (1971), Kohler (1972) o el de Narbona, Aguirre y Sacristán (1982), éste último en nuestro país en adolescentes con limitaciones físicas crónicas.

Concretamente, Rapoport (opus cit.) basándose en los criterios diagnósticos de Cytryn y McKnew (opus cit.) para la Depresión Infantil, habla de la utilización del TAT como instrumento de elevada fiabilidad, utilizando únicamente cuatro de las láminas de la prueba, aunque siempre enfocando su manejo bajo el prisma de los criterios clásicos de la interpretación psicodinámica.

Debemos hacer constar que el citado estudio de Narbona, Aguirre y Sacristán (opus cit.), es el único dentro de la extensa bibliográfica consultada en el que se intenta específicamente una sistematización objetiva de los resultados del TAT en una población depresiva infantil, si bien ésta se realizó mediante los criterios y datos normativos propuestos por Murray (1971) para adultos de la población americana.

En nuestro caso, y aceptando asimismo plenamente los criterios básicos de Cytryn y McKnew (opus cit.) en lo que se refiere a las formas de manifestación de la Depresión Infantil (nivel de la fantasía, nivel de la expresión verbal y nivel comportamental), consideramos que el TAT reúne los requisitos imprescindibles y necesarios para poder explorar estos tres niveles de expresión de una forma operativa y

eficaz, al igual que lo considera Rapoport (opus cit.). Sin embargo, la subjetividad de las interpretaciones según la normativa clásica de interpretación y corrección, y la falta de criterios adecuados y adaptados a esta situación específica, constituyen un escollo que debemos y nos proponemos superar.

En este punto, nos planteamos la siguiente cuestión: ¿Es posible preguntarle al TAT si en las respuestas que de él obtenemos se encuentran implícitos los signos diagnósticos de la Depresión Infantil con la suficiente garantía de validez, fiabilidad y objetividad como para poderse utilizar dicho test con este fin?

De resultar afirmativa la respuesta, consideramos que esta prueba se convertiría, al igual que hoy lo es sobradamente en adultos, en un instrumento de elección para detectar, evaluar y analizar las características de la existencia de los signos de Depresión Infantil en la fantasía, el lenguaje y las conductas del sujeto, y esto tanto a nivel del comportamiento objetivo que puede ser extraído de los relatos, como en ese otro aspecto más descuidado por las Rattng Scales que resulta de la interpretación más profunda de la dinámica de la personalidad del sujeto. Por todo ello, consideramos que sería posible obtener una amplia gama de matices individuales, que sin duda permitirían estudiar objetivamente el amplio abanico de aspectos y manifestaciones que lleva implícito el concepto y que explicita la clínica de la Depresión Infantil.

MATERIAL Y METODO

Para nuestro trabajo hemos utilizado dos muestras compuestas por 60 sujetos procedentes de la misma población infantil, correspondiente a la

que regularmente recibe sus enseñanzas en colegios de Sevilla, ubicados en la zona urbana, pertenecientes en su integridad a un nivel sociocultural medio-bajo.

La asignación de los sujetos a una y otra de las muestras se ha realizado en función de sus puntuaciones en la versión adaptada de la CDI de Kovacs y Bech (1977) a esta misma población por Sacristán y Cardozo (1981).

De esta forma, en la muestra considerada control se incluyeron 30 sujetos escogidos aleatoriamente de entre los que en la mencionada Escala obtuvieron puntuaciones inferiores a 6 puntos (indicación de "depresión ausente") mientras que en la experimental se agruparon los 30 individuos que obtuvieron las puntuaciones más elevadas, siempre por encima de 10 puntos (depresión ligera a severa), y en todos los casos, procedentes de las mismas aulas y grupos escolares.

La muestra control está compuesta por 11 niñas y 19 niños, con edades comprendidas entre los 11 y 15 años, y con una media de edad de 12.46.

La muestra experimental detectada por la mayor incidencia de rasgos depresivos a través de la adaptación española de la CDI, se compone de 5 niñas y 25 niños, cuyas edades oscilan entre los 11 y 15 años, con una media de 12.69.

Todos ellos cursaban estudios de 6º, 7º y 8º de Educación General Básica (EGB). Ver CUADRO I.

Ambas muestras fueron sometidas a idénticas condiciones de aplicación de la prueba psicológica por un mismo profesional especializado, siguiendo en todo momento las instrucciones ofrecidas por Murray (1971), y habiéndose seleccionado de antemano las 10 láminas que este mismo autor reconoce de mayor capacidad de estimulación, y por tanto más apropiadas para la población infantil.

CUADRO I

	Edad	Sexo		Nivel Cultural			
		Varón	Hembra	6º EGB	7º EGB	8º EGB	
GRUPO CONTROL	\bar{X} 12'46 DT 1'20	64 %	36 %	40 %	36'16 %	23 %	
GRUPO EXPERIMENTAL	\bar{X} 12'69 DT 1'35	83.3 %	16.6 %	40 %	20 %	40 %	

DESCRIPCION DE LAS MUESTRAS.

El registro de las historias se efectuó con la sistemática clásica, sin que hasta aquí se introdujera ninguna innovación destacable en el desarrollo de la prueba con respecto a la normativa estandar.

Llegado a este punto, se procedió a la recogida de los principales signos psicopatológicos que, propuestos por diversos autores, recopilados por Ajuaguerra (1974) y sintetizados por Lefkowitz (1980), pudieran pertenecer de forma más relevante y significativa a la constelación de la Depresión Infantil, así como ser reconocidos e identificados en los relatos recogidos.

Dichos signos fueron agrupados en relación a tres áreas referenciales de la proyección, enmarcándolas en:

1. Características referentes a la figura del HEROE o protagonista de las historias.
2. Características referentes al AMBIENTE en que se desarrollaban las escenas y que rodeaban al héroe.
3. EXPECTATIVAS que expresa el sujeto en función del desarrollo de los relatos y su terminación.

De cada una de las AREAS antes mencionadas, se seleccionaron aquellos ASPECTOS que las definían y especificaban.

Finalmente, estos ASPECTOS se valoraron en función de unos ítems o RASGOS concretos que consideramos representativos de los anteriores y suponen una definición objetiva y operativa de la información que puede ser recogida de las historias, y que se expresan en el CUADRO II.

Cada uno de estos RASGOS se valoró de 0 a 4 en función de los criterios objetivos y definidos que se presentan en el Anexo del presente trabajo, de tal forma que la puntuación 0 correspondía siempre a la ausencia de todo signo valorable en ese rasgo, y

4 a la intensidad o frecuencia máxima de esos signos.

La fase posterior del trabajo consistió en efectuar una comparación estadística de las puntuaciones totales obtenidas en ambas muestras, así como de las referentes a cada uno de los rasgos, que se realizó en el Servicio de Bioestadística e Informática Médica del Hospital Universitario de Sevilla, utilizando un microordenador de 48 Kb de memoria principal, y programación BASIC, y mediante el estadístico "U de Mann-Whitney.

Queremos hacer constar aquí nuestro agradecimiento a D. Julio Moreno Gonzalez, Jefe de dicho Servicio, cuya insustituible colaboración ha resultado fundamental para el desarrollo del presente estudio.

RESULTADOS

En los CUADROS III y IV se exponen los resultados directos obtenidos de la aplicación de la Escala de Objetivación de Rasgos Depresivos en la Infancia a las historias narradas respectivamente por las muestras control y experimental.

En el CUADRO V se reflejan los resultados obtenidos al aplicar el estadístico "U de Mann-Whitney" a las puntuaciones expuestas en los CUADROS III y IV, junto a los niveles de significación de dicho estadístico.

DISCUSION

Como hemos tenido ocasión de comentar en la Introducción del presente trabajo, dentro de la creciente atención que en los últimos años se viene registrando por el estudio y conocimiento de la Depresión Infantil,

CUADRO II

Areas	Aspectos	Rasgos
HÉROE	Deseos	de muerte de aislamiento de evasión de comprensión
	Sentimientos	Tristeza Soledad Desaliento e Impotencia Ansiedades y Miedos
	Actitudes	Desvalorización Abatimiento y Pasividad Dependencia
	Vivencias	Debilidad Irritabilidad
	Temporalidad	Pasado Futuro
AMBIENTE	Vacío	Falta Pérdida
	Daño	Peligro Daño Físico Agresiones
	Contenido	Intereses Personalizaciones
ESPECTATIVAS	Desenlaces	Futuro Próximo Futuro Lejano

ESCALA DE OBJETIVACION DE RASGOS DEPRESIVOS
EN EL T.A.T. INFANTIL.

NOMBRE		SENTIMIENTOS				ACTIVIDADES				VICENCIAS		TEMPORALIDAD		VACIO		AMBIENTE				OPORTUNIDAD		ASPECTATIVAS	
		EVASION	COMPRENSION	TRISTEZA	SOLEDAD	DESALIENTO E IMPOTENCIA	ANSIEDADES Y MIEDOS	DESVALORIZACION	ABATIMIENTO Y PASIVIDAD	DEPENDENCIA	DEBILIDAD	IRRITABILIDAD	PASADO	FUTURO	FALTA	PERDIDA	PELIGRO FISICO	DAÑO FISICO	AGRESION	INTERESES	PERSONALIZACION	FUTURO PROXIMO	FUTURO LEJANO
1	11 6ª 14	1		1	1	1	1		3	1					1	2							
2	13 7ª 14			1	1	1		2	1	1	1			1	1	2			1			3	
3	13 7ª 12										2						1		3	3			
4	14 6ª 15			1										3	1	4			3				
5	11 6ª 9			1	1	1	1	2								3							
6	14 7ª 14	1				3		1	2	2					2	4						2	
7	11 6ª 16							1								4						1	
8	13 6ª 22			1				4		2				3	1	3					2		
9	11 6ª 14			1		1	1				2			2	3	4					2		
10	13 7ª 23	2		2	2	1		3	2					2	3	4					2		
11	12 7ª 11	3		1		1		1						1	2	1					2		
12	12 7ª 16			1		1		4		1	1					4					2		
13	12 6ª 19	1		1		1		2	2		2			1		4					2		
14	11 6ª 20	1						3		2	3			1	3	2	4			2	3		
15	14 8ª 21	1				1		3	2					1	4	2	4				2		
16	13 8ª 8					2								1	1	1					3		
17	15 8ª 6					1	2				1				1	1					2		
18	13 7ª 19	4				2		1						2		1					1		
19	11 6ª 12			1	2			1		1						4					1		
20	11 6ª 7				2						2			1		4							
21	14 8ª 23				1		1							1	3	4					2		
22	13 7ª 15			1	1			2	2					1		4					2		
23	12 7ª 18	1		1		1		3		3				1	3	1					2		
24	14 8ª 14			1		2				2				3	1						3		
25	12 7ª 17					2		3						1	2	1					1	3	
26	14 8ª 14	1				1		4		1				1	4	4					1		
27	12 7ª 15							3		1				1	4	4					2		
28	11 6ª 12									1				2	2	4					3		
29	13 8ª 12				1									1	2	1					2		
30	11 6ª 19	1		1		2		4	1		1			1	2	4					2		
		T=0	T=16	T=17	T=9	T=26	T=5	T=6	T=12	T=2	T=99	T=0	T=0	T=34	T=35	T=68	T=17	T=55	T=0	T=6	T=52	T=1	

GRUPO CONTROL

N.º DE ORDEN	HEROES										AKIBIENTE				EXPECTATIVAS								
	DESEOS		SENTIMIENTOS		ACTITUDES		VIRTUDES		TENSIVIDAD		VACIO		CONTENIDO		FUTURO PROXIMO	FUTURO LEJANO							
	ISOLAMIENTO	EVASION	COMPRESION	TRISTEZA	SOLEDAD	DESALIENTO E IMPOTENCIA	ANSIEDADES Y MIEDOS	DESVALORIZACION	PASIVIDAD	ABANDONAMIENTO Y	DEPENDENCIA	DEBILIDAD	IRRITABILIDAD	PASADO	FUTURO	FALTA	PERDIDA	PELIGRO FISICO	BAÑO FISICO	AGRESION	INTERESES	PERSONALIZACION ES	
1	15	8	24	1	3	2	3	1	4	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	4	2	3	3
2	15	8	43	4	2	1	1	3	1	1	1	4	4	2			4	3	3	4			3
3	13	8	20	1	2	1	1	3	1	2	2	2	2				4	4	4				2
4	13	8	33	1	1	2	2	3	4	3	1	1	1	1	1	3	3	1	4	4			2
5	13	6	17	1	1	1	4	1	1	1	1	2	1			1	2	1	4	4			1
6	12	6	18	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1		1	2	2	2	3	3			1
7	13	8	24	1	3	1	2	3	3	2	2	2	2			1	1	3	3	3			2
8	14	8	16	1	3	1	2	3	3	3	2	2	1	1		1	1	4	4	4			3
9	15	8	20	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2			3	3	3	4	4			3
10	13	8	25	2	2	1	1	3	2	2	2	2	2		1	3	3	2	4	4			3
11	12	6	23	2	3	1	1	1	2	1	2	2	2		1	3	2	2	4	4			4
12	13	6	23	2	3	1	1	4	4	1	2	1	3		2	1	4	4	4	4			3
13	12	7	25	4	2	2	1	3	4	2	1	1	2		2	1	1	1	4	4			3
14	11	5	44	3	1	2	2	3	4	2	2	2	1		1	1	3	3	4	4	2		3
15	11	5	16	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2		1	1	1	1	4	4			3
16	13	5	17	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2		1	1	1	1	4	4			3
17	13	5	34	2	1	1	1	1	1	4	2	2	2		3	3	4	4	4	4			3
18	11	5	21	2	2	1	1	2	3	2	2	2	1		1	1	1	1	3	3			4
19	11	5	24	1	1	1	1	2	3	1	4	4	4		3	3	4	4	4	4			2
20	13	5	20	4	2	2	2	2	2	2	1	1	1		1	1	4	4	4	4			4
21	13	6	29	2	2	2	1	2	2	2	2	4	4		3	1	4	4	4	4			3
22	12	7	25	1	1	1	1	3	2	2	4	4	4		3	3	4	4	4	4			3
23	12	6	14	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2		4	4	1	1	4	4			3
24	10	6	21	1	2	1	1	3	1	2	4	1	1		4	4	4	4	3	3			2
25	15	6	22	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1		1	1	3	4	4	4			3
26	13	7	24	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1		1	1	4	4	3	3			3
27	14	7	15	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1		2	1	1	1	2	2			4
28	13	8	29	2	2	2	2	4	2	2	1	1	1		1	1	2	1	4	4			3
29	14	7	38	2	3	2	2	4	4	4	1	1	1		1	1	4	4	2	2			4
30	12	7	26	3	1	2	1	3	2	2	2	2	2		2	2	2	2	1	1			1
				T=12	T=4	T=23	T=4	T=8	T=15	T=24	T=8	T=15	T=51	T=5	T=4	T=50	T=46	T=7	T=26	T=66	T=4	T=13	T=79

CUADRO V

Rasgo	U	Nivel de Significación
Muerte	435,0	N.S
Aislamiento	420	N.S
Evasión	395,5	N.S
Comprensión	435,5	N.S
Tristeza	320	P<0,05
Soledad	269	P<0,01
Desaliento	438	N.S
Ansiedades y miedos	253	P<0,01
Desvalora	242	P<0,01
Abatimiento y Pasividad	428,5	N.S
Dependencia	253,5	P<0,01
Debilidad	420,5	N.S
Irritabilidad	297,5	P<0,02
Situación en tiempo pasado	390	N.S
Situación en tiempo futuro	390	N.S
Falta	353,5	N.S
Pérdida	380,5	N.S
Peligro físico	422,5	N.S
Daño físico	371	N.S
Agresión	405	N.S
Intereses	420	N.S
Personalización	417,5	N.S
Futuro próximo	234,5	P<0,01
Futuro lejano	450	N.S
Puntuaciones totales	106	P<0,01

Aplicación de la U-Mann Whitney a los resultados directos de la corrección del T.A.T.

el interés por los instrumentos diagnóstico útiles y específicos para este fin es más que actual. Y dentro de esa actualidad son muy escasos, como también hemos expuesto, aquellos trabajos en los que se manejan con esta finalidad las Técnicas Proyectivas y más concretamente el TAT de Murray que aquí nos ocupa.

Partiendo de la base de que en ningún caso esta falta de utilización de este tipo de pruebas obedece a la demostración científica de su ineficacia, sino que por el contrario, los escasos trabajos referentes al tema coinciden en afirmar su manifiesta utilidad, dicha falta consideramos puede justificarse por tres causas:

1. La complejidad, laboriosidad y duración cronológica que precisan para su uso las Técnicas Proyectivas.
2. La subjetividad y falta de criterios claros y operativos que adorna a las Técnicas Proyectivas a la hora de concretar situaciones o signos específicos o de analizar rasgos concretos.
3. La coincidencia cronológica y el paralelismo entre el aumento del interés por el estudio de la Depresión Infantil y el auge de la elaboración y utilización de las Escalas de Evaluación Clínica.

Sin embargo, nosotros consideramos que a estas críticas cabría anteponer una serie de factores positivos que compensarían, y aún justificarían esos inconvenientes, y que son las múltiples posibilidades del empleo de tan clásicas pruebas y más concretamente del TAT. En primer lugar, pensamos que las dificultades y aparente escasa rentabilidad de su uso, serían superadas con creces en el momento en que utilizadas por manos entrenadas, pudieran producir el máximo de sus muchas posibilidades y

sentar el amplio abanico de información que de esta prueba es posible obtener. En segundo lugar, la hasta ahora falta real de objetividad en las apreciaciones y resultados de este instrumento, consideramos que pueden ser subsanadas mediante una adecuada concreción, ordenación y sistematización de la información implícita en las historias resultantes de la aplicación de la citada prueba. Y este es el objetivo de nuestro trabajo.

Finalmente, habría que constatar que difícilmente se puede aceptar que ninguna otra de las pruebas hasta ahora utilizadas analice y valore real y simultáneamente estas tres áreas que con Cytryn y McKnew (1974) consideramos acogen las manifestaciones posibles de la Depresión en el niño y el adolescente, ya que ninguna otra puede mostrarnos al tiempo, las fantasías, las expresiones verbales y las conductas implícitas y explícitas de un sujeto.

Considerábamos pues, una laguna que era preciso cubrir la ausencia en el arsenal diagnóstico y evaluativo del clínico, de unos criterios concretos, objetivos y fiables, con los que evaluar el TAT. particularmente en niños, y con los que captar en él la ausencia o presencia y el peso con que esta se produjera, de los niños y señales que definen el cuadro que hemos dado en llamar Depresión Infantil.

Para ello, hemos seleccionado de la población que nos ocupa, infantil-adolescente, dos muestras definidas y que consideramos representativas en lo que el factor presencia-ausencia de síntomas de Depresión Infantil se refiere. El criterio utilizado para determinar dicha presencia o ausencia fue la CEDI, versión española de la CDI de Kovacs y Beck, cuyas probadas y elevadas fiabilidad y validez suponían un criterio discriminativo a nuestro juicio suficiente y muy valioso como

elemento diferencial.

Al observar las características de ambas muestras podemos contemplar diferencias, a nuestro parecer, poco valorables en lo que se refiere a la distribución por sexos. Estimamos que esta diferencia en cuando a las frecuencias de ambos sexos en las dos muestras pueden justificarse por dos vías: por un lado, la mayor frecuencia de varones que de hembras en las aulas; lo cual justificaria el que en ambas muestras se encuentren más representados; por otro lado y dado que en la selección de los sujetos no ha intervenido otro elemento que el azar, dentro de los grupos diferenciados por el CEDI, consideramos que la menor presencia de hembras en el grupo experimental podría ser interpretado como un indicador indirecto de una mayor morbilidad de la Depresión Infantil en la población masculina. En cualquier caso, el hecho de que el objetivo de nuestro trabajo sea el comprobar la posibilidad de obtener a través del TAT idénticos resultados que a través del CEDI, resta parcialmente trascendencia a dicha diferencia.

Por otro lado, consideramos más importantes la similitud de las medias y desviaciones típicas de las edades de ambas muestras, toda vez que dicho dato ha sido considerado, por diversas circunstancias, de alta trascendencia. Así, Rutter (1970), encuentra una mayor incidencia de la Depresión Infantil en niños de 14 a 15 años que en niños de 10 a 11.

No sólo es por esta circunstancia, sino también por la diversidad sintomática hallada por Chess y Thomas (1972), Lapouse (1966), Macfarlane, Allen y Honzik (1954), Werry y Quay (1971), en función de las distintas edades de los niños, lo que nos obliga en este tipo de estudios a controlar de forma extremadamente minuciosa

esta variable. En esta misma línea encontramos los trabajos de Birlesson (1980) cuando afirma que el hecho de que el niño sea un organismo en desarrollo, cuyos estados de ánimo fluctúan rápidamente, complica la situación diagnóstica.

Así pues, ambas muestras son comparables y representativas y sus rendimientos, por ende, válidos para nuestros fines.

En relación a la Escala por nosotros utilizada a la hora de objetivar los rasgos implícitos en las historias del TAT, consideramos conveniente justificar que ésta ha sido elaborada partiendo de las orientaciones de Murray (1951 y 1971), y estructurado los rasgos en función de las posibilidades genéricas de expresión de los rasgos psicopatológicos descritos por diversos autores y recopilados por Ajuria-guerra (1974), de tal forma que quedarán recogidas todas las opciones, en aquel momento precisibles, de manifestaciones de los signos y síntomas depresivos en los niños, e incluyendo en esos rasgos de forma encubierta las indicaciones de Niessen (1971) y Lefkowitz (1980).

Los rasgos aislados fueron valorados de 0 a 4 en cada caso, según que cada uno de esos rasgos estuviera ausente en las historias narradas o apareciera con toda su intensidad. De esta forma conseguimos una evaluación ajustada a criterios claros, objetivos y generalizables que nos permitía cuantificar en cada sujeto el peso de cada rasgo depresivo y, aparte de posibilitarnos el elaborar un perfil característico de cada individuo, nos permitía obtener un "peso" o puntuación total con que cuantificar su situación depresiva.

Para la elaboración estadística de nuestro trabajo utilizamos la U de Mann Whitney. Esta prueba no paramétrica es una de las más poderosas

de su género y constituye la alternativa más útil ante la prueba paramétrica t cuando se quieren evitar las restricciones que impone ésta técnica, tales como conocer la distribución, homogeneidad de varianzas, etc. Dicha prueba permite comparaciones entre muestras independientes informándonos de si dos grupos han sido tomados de la misma población.

Al aplicar este estadístico a las puntuaciones directas de la Escala de objetivación en las dos muestras, se obtuvieron los resultados que se exponen en el cuadro V.

Allí podemos ver como, en relación a las puntuaciones totales de la Escala, ésta se muestra como un indicador válido y con una capacidad de discriminación muy significativa entre las dos muestras, con lo cual consideramos que queda demostrada la utilidad de este tipo de aproximaciones al diagnóstico y estudio de la Depresión Infantil mediante el TAT.

Un análisis más pormenorizado, y por ello más interesante si cabe, nos muestra la existencia de diferencias estadísticamente muy significativas en algunos RASGOS que corresponden a diversos ASPECTOS, tanto del héroe de los relatos (tales como sus Sentimientos, Actitudes y Vivencias), como del Desenlace de las historias.

En relación a los Sentimientos que el sujeto sitúa en el héroe de sus historias, cabe destacar que los niños con rasgos depresivos tienden a presentar de una forma significativamente valorable Sentimientos de Tristeza y de Soledad con mayor frecuencia que los del grupo control.

El primero de estos RASGOS, se encuentra orientado en nuestra Escala de manera que a través de él indagamos fundamentalmente el componente endógeno del cuadro, por lo que en una primera aproximación podemos pensar que se trata de igual síntoma

que aquel que aparece en los cuadros Depresivos Mayores de adultos.

Sin embargo, la más elevada significación del RASGO de Soledad, en relación al mencionado de Tristeza, y con el que pensamos se encuentra muy relacionado, nos hace concluir que el niño con rasgos depresivos tiende a presentar de una forma más significativa Sentimientos de Soledad que de Tristeza, hallazgo que consideramos de gran importancia por cuanto supone de contrastación con el cuadro depresivo adulto.

Ello, pensamos, que es relacionable con el hecho de que los sujetos de nuestras muestras se encuentran en todo caso en un momento evolutivo en el que es de la mayor trascendencia el proceso de socialización (Copersmith, 1967), abandonando ya el refugio y la seguridad familiar y valorando cada vez con mayor intensidad los sentimientos de cohesión, aceptación y adaptación al grupo social al que pertenece, ya que es en esta edad cuando el grupo de iguales ejerce una cada vez mayor influencia sobre el sujeto y la posición que él ocupa dentro de este grupo; esto tiene un considerable efecto, no sólo en el concepto que se forma de sí mismo, sino también en el desarrollo de la identidad, las actitudes y los valores, y como agente socializador (Olds y Pappalia, 1979).

Por ello, no es de extrañar que surja esta indicación diagnóstica de los rasgos depresivos en aquel aspecto que es valorado por el interesado como de la mayor importancia en su momento presente.

De esta forma, los sujetos del grupo experimental se encuentran de alguna forma "distintos" de sus compañeros con los que habitualmente comparten su tiempo y actividades, en el sentido de que se encuentran en cierta medida segregados, no participando de la

dinámica de éstos ni compartiendo las vivencias colectivas.

Por otro lado, el niño con rasgos depresivos presenta una mayor incidencia que el que carece de estos rasgos, en lo que se refiere a los Miedos y Ansiedades, elacionados primordíalmente en el caso del apartado correspondiente de la Escala por nosotros utilizada con los sentimientos de inseguridad e indecisión, asociados con el miedo al fracaso.

En nuestra opinión, los niños de nuestra muestra experimental se percatan del Sentimiento de Soledad antes mencionado, y en consecuencia experimentan estas situaciones de ansiedad de forma muy negativa, al desconocer los motivos y causa que lo originan.

En lo que respecta a las Actitudes adoptadas, las diferencias con significación se centran fundamentalmente en la de la Desvalorización y la Dependencia, actitudes entre otras que ya Felavell (1966) y Beglis (1973) consideran de importancia por el efecto que poseen sobre la capacidad de relación con los demás.

En consonancia con lo anteriormente expuesto, éstos RASGOS pensamos que pueden estar orientados a una actividad autocrítica y de baja estima propia, entendidas éstas como posturas adoptadas ante la problemática que sin duda presentan, por lo que en este punto coinciden nuestros resultados con los hallazgos clínicos en los Depresivos Adultos.

Por otra parte, el niño depresivo entendemos que se siente más incapaz o con mayores dificultades para actuar por sí mismo que sus compañeros y creemos que por ello mantienen unos niveles de Dependencia, con los difieren de los demás, contribuyendo a potenciar todos los signos de inseguridad y exceso de autocrítica. Este hallazgo coincide con los encontrados

por Campbell (1964) al afirmar que los niños inseguros, los dependientes y los que no conocen su posición cierta dentro del grupo, son más susceptibles de ser influidos por éstos, lo que abre una perspectiva de intervención terapéutica si controlamos de forma adecuada las relaciones de este niño con su grupo de pertenencia, si consideramos como Berenda (1950) que la influencia es muy poderosa en esta edad.

Por último, y todavía en lo que respecta al AREA relacionada con el héroe, son muy significativas también las diferencias entre las dos muestras en lo que se refiere a las Vivencias de Irritabilidad, que a la vista del sistema de puntuación incluido en el Anexo de este trabajo, serían significativas de un marcado grado de descontrol emocional en el niño con rasgos depresivos, al reaccionar mediante respuestas inusuales por su intensidad a aquellos estímulos ambientales que no suscitan este tipo de respuestas en los sujetos de la muestra control. Ello nos indica la presencia en su dinámica íntima de una hiperactividad y una labilidad afectiva que caracterizaría a este tipo de niños, así como la escasa capacidad para posponer y adecuar sus impulsos a los socialmente aceptable y comprensible que también es propio de estas edades, pero que resulta de un grado notablemente superior en la muestra de sujetos depresivos.

En relación a las Expectativas con que se prevee por parte del sujeto el devenir y concretamente en lo que se refiere al Futuro Próximo, comprobamos que a partir de nuestros resultados las frecuencias de finales tristes o desgraciados en las historias del grupo experimental es significativamente mayor que la del grupo control, lo que interpretamos como la presencia de una actitud más pesimista o negativamente en lo que respecta a las

consecuencias inmediatas del estado en que se encuentran estos sujetos. En cierta forma, podemos pensar que existe la conciencia en el niño depresivo de que sus problemas presentes no tendrán una salida airosa y eficaz en un futuro próximo.

No obstante, es conveniente resaltar que los niños de nuestras muestras no poseen aún la necesaria y suficiente apacidez de anticipación y planificación como para prever o tener en consideración aspectos a largo plazo sino que más bien sus Expectativas más lejanas se centran en el futuro inmediato, es decir, en aquellas situaciones que acontecerán en un tiempo no excesivamente prolongado, lo que explica la inexistencias de diferencias significativas en el RASGO de Futuro Lejano.

Es importante destacar el hecho de que en el AREA AMBIENTAL no aparezcan RASGOS que posean poder discriminatorio entre ambas muestras. Ello no puede ser interpretado en ninguna forma en el sentido de que el medio ambiente en que se inserta el niño no incida en su situación, sino que el sujeto se encuentra en un periodo en que se produce progresivamente un alejamiento del modo-de-ser egocéntrico (Olds y Papalia, 1979). El niño paulatinamente, va a poder ir adoptando y aceptando posturas y condiciones diversas o distintas a las suyas propias, pero en este momento se encuentra excesivamente centrado en sus propias dificultades, que temporalmente apartan los estímulos ambientales del marco directo de intervención e influencia personal del niño.

Así pues, y a la vista del Cuadro V, podemos comprobar que es en el AREA relacionada con las características del héroe, donde se establecen fundamentalmente las diferencias, y más concretamente en los Aspectos de Sentimientos, Actitudes y Viven-

cias, así como en la visión de Futuro del protagonista de las historias, en las que se encarna toda la problemática y visión de sí mismo del sujeto.

Según esto, la Depresión Infantil representa un cuadro por el que se aislaría el sujeto de su entorno, impermeabilizándose y centrándose más en sí mismo; tales manifestaciones depresivas se expresarían en su propio ser, con una ignorancia u olvido de la motivación ambiental que le rodeara.

Por otra parte, consideramos de interés hacer algunas observaciones fruto de un análisis detenido de aquellos rasgos que se seleccionaron inicialmente con la hipótesis de su implicación en la Depresión Infantil y que han demostrado su ineficacia diagnóstica.

Así, en lo que respecta a los Deseos de Muerte, ya Papalia y Olds (1979) consideraban que ésta se vivencia de forma distinta en función de la edad del niño, aunque según los mismos autores en el momento evolutivo en que se sitúan nuestras muestras, existe ya la conciencia de que la muerte llega a todos y su aparición no tiene por qué considerarse como castigo sino final lógico del ciclo vital.

En ninguna de las dos muestras detectamos de forma importante Deseos de Muerte, que tan frecuentemente aparecen en la clínica de adultos, aunque se presenta con una notable, pero no significativa, incidencia en ambos grupos como inherente al Peligro Físico que se considera habitual en el desarrollo de la actividad vital y al que se hayan expuestos todos los sujetos, incrementada su atención probablemente por las diversas advertencias que a esta edad suelen ofrecer los mismos padres y el ambiente en general. Esto se ve corroborado por las altas puntuaciones que se registran en el RASGO de Agresión, donde se recoge, en ambas muestras, la preocupación que procede de un medio

exterior que por inexperiencia y desconocimiento es vivido como hostil.

A la vista de los resultados ya expuestos en lo que al RASGO de Soledad se refiere, era esperable que el concerniente a Deseos de Aislamiento no tuviese significación, y de hecho es baja la puntuación obtenida en ambas muestras, lo que nos confirma nuevamente que el proceso de socialización se encuentra en marcha, valorándose en consecuencia aquellas actitudes y actividades encaminadas a facilitar dicho proceso, no siendo esto ni más ni menos claro en los depresivos que en los otros.

Por otro lado, ambas muestras obtienen igual incidencia en el RASGO de Evasión, que interpretamos como el inicio de la ruptura de los niños de esta edad con el mundo infantil anterior, y presupone el comenzar la apertura de nuevas relaciones y en consecuencia, una ruptura de la sistemática vital de la existencia, que no diferencia substancialmente los sujetos depresivos de los otros.

Consideramos, a la vista del modo en que se recoge este RASGO en nuestro Cuestionario, que expresaría más que auténticos "Sentimientos de Evasión", la preocupación por parte del sujeto del cambio que en él y sus contactos con el mundo circundante se está produciendo, el rechazo que habitualmente se produce a esta edad, y no más claramente en el depresivo que en el normal.

Así pues, la escasa incidencia del RASGO Deseos de Comprensión puede extrañarnos en un principio, pero teniendo en cuenta el surgir en esta etapa de desarrollo del pensamiento operativo formal, con el que el adolescente o preadolescente comienza a captar no solo el estado inmediato de las cosas sino también a entender los posibles estados que éstas podrían asumir, esta discrepan-

cia entre como son las cosas y como podrían ser (en el hogar, en la escuela,...) (Piaget 1954), es lógico suponer que si rechaza su mundo circundante, producto de su creciente espíritu crítico, no expresará grandes deseos de ser comprendido por él.

Por esta misma razón, la actitud crítica que comienza a surgir, se pueden sentir ambos grupos muy frustrados por el ambiente, aun los no depresivos y así puntuar alto en el RASGO que hemos denominado Desaliento.

En relación al RASGO Abatimiento y Pasividad podemos pensar que las semejanzas en cuanto a incidencia y puntuación entre ambos grupos podría muy bien, también aquí, ser consecuencia de la situación del niño a estas edades, pues aunque está expuesto a una serie creciente de influencias extrafamiliares, las relaciones con los padres siguen siendo, para la mayoría de los niños, el factor más importante de influencia en su vida (Mussen, Conger, Kagan 1979). Igual ocurre con las relaciones con otros adultos de prestigio como pueden ser los profesores, etc. Este "sometimiento" es experimentado habitualmente por el sujeto al iniciar esta etapa de "discrepancia", de crítica.

El RASGO Debilidad aparece sin apenas puntuación en ambos grupos. Consideramos que esto podría ser debido a la posibilidad señalada por Erikson (1950) de que los niños a esta edad dan una importancia primordial al trabajo y utilizan su actividad para merecer el aprecio de sus propios esfuerzos.

Por último, queremos hacer constar que no consideramos a nuestra Escala de Objetivación de Rasgos Depresivos en el TAt Infantil como un instrumento diagnóstico elaborado y definitivo en su totalidad, sino que más bien representa un ensayo sobre lo que entende-

mos que puede llegar a ser la interpretación objetiva del TAT. Se trata pues, de una muestra de cómo a través de este instrumento podemos obtener una información muy válida desde cualquier punto de vista, para el estudio, evaluación y diagnóstico de la Depresión Infantil.

Colegimos que ha quedado suficientemente probada la validez de este tipo de valoraciones, a la vez que podemos considerar al TAT como un instrumento de elevada fiabilidad y validez para el fin con que se ha utilizado.

Ahora bien, la Escala propuesta es tan sólo un avance, que entendemos necesita de posteriores reformulaciones y ampliaciones a otros momentos evolutivos, pero que abre una posibilidad diagnóstica por la que puede orientarse posteriores estudios.

Los RASGOS hallados no significativos quizás puedan ser formulados nuevamente de forma que aporten una información más específica y estricta en ocasiones a las AREAS a que se han destinado, como también merece nuestra atención al añadir algunos otros que recojan nuevas informaciones sobre aspectos que no han sido estudiados o reflejados en la Escala.

CONCLUSIONES

A la vista de todo lo hasta aquí expuesto consideramos justificado el poder llegar a afirmar:

- 1º) La Escala de Objetivación de Rasgos Depresivos en el TAT aplicado a niños permite diferenciar con una muy elevada seguridad a aquellos que obtienen las puntuaciones más altas en el CEDI de los que consiguen las más bajas.
- 2º) Se demuestra que esta capacidad discriminativa se apoya en los

rasgos denominados: tristeza, soledad, ansiedad-miedo, desvalorización, dependencia, irritabilidad y perspectiva de futuro inmediato.

- 3º) Los restantes rasgos manejados en la presente Escala no se muestran útiles para el diagnóstico de la Depresión Infantil y por consiguiente proponemos su eliminación o sustitución por otros más eficaces, tarea en la que ya nos estamos ocupando.

) Consideramos probada la utilidad del TAT para la detección de la existencia de la depresión en los niveles de la fantasía, la verbalización y el comportamiento de los niños.

RESUMEN

En el presente trabajo se estudia la posibilidad de aplicar a una prueba proyectiva, que tradicionalmente se caracterizó por su subjetividad, criterios objetivos y estandarizados que permitan llegar al diagnóstico de Depresión Infantil, salvando los riesgos de desviación hasta ahora existentes y los inconvenientes de la complejidad de manejo que le acompañaban.

Para ello se propone la utilización de una Escala de Objetivación de Rasgos de la Depresión Infantil, que se reproduce en el apéndice del presente trabajo, y se comprueba su utilidad y eficacia comparando los rendimientos obtenidos al aplicarla a dos muestras heterosexuales de una misma población escolar y de análogas características. Tales muestras se seleccionaron al azar de entre los grupos que obtienen puntuaciones extremas, las más altas y las más bajas, en el CEDI (versión española realizada por Cardoze y Sacristan de la CDI de Kovacs y Beck, 1977) y los resultados fueron comparados mediante la U de Mann Whintney.

Los resultados obtenidos demuestran como al Escala ofrece, en su conjunto a través de las puntuaciones totales, una muy elevada capacidad de discriminación de ambas muestras, con una $P < 0,01$ y por consiguiente se constituye en un instrumento de suma utilidad para el diagnóstico de la Depresión Infantil.

El análisis particular de los distintos apartados o rasgos que la constituyen nos muestra como sólo siete de los 24 que la constituyen son los que individualmente soportan el peso de tal capacidad de discriminación, resultando los restantes de una eficacia mucho menor. Proponemos en consecuencia una reducción del número de apartados, sustituyendo aquellos que resulte de interés por otros de mayor utilidad y limitando por otro lado la extensión de la Escala.

Por otra parte se intenta justificar la relación interna existente entre los rasgos que covarian en cuanto a estructuras de personalidad se refiere y su significación psicopatológica.

En cualquier caso, consideramos que a través del presente trabajo queda demostrada la utilidad del TAT para la detección de la existencia de los signos característicos de la Depresión Infantil y asimismo, pensamos que queda justificado el interés por el estudio de la posibilidad de obtener de forma organizada y específica, los resultados de la citada prueba.

ESCALA DE OBJETIVACION DE RASGOS DEPRESIVOS

1. HEROE

1.1.- DESEOS

1.1.1.- De muerte

- 0) No aparecen deseos de muerte.
- 1) Aparece la idea de suicidio pero la rechaza totalmente.

- 2) Los demás estarían mejor si el muriera.
- 3) Piensa que estaría mejor muerto.
- 4) Se mataría su pudiera.

1.1.2.- De aislamiento

- 0) Se interesa por los demás.
- 1) Le interesa la gente pero no se acerca.
- 2) Rechaza algunos contactos y apenas tiene sentimientos para los demás.
- 3) Ha perdido el interés por los demás, no le importan.
- 4) Desea únicamente estar solo.

1.1.3.- De evasión

- 0) No huye de la situación presente.
- 1) Elude alguna situación.
- 2) Desea estar en otro ambiente.
- 3) Desea estar en otra familia y ambiente social.
- 4) Desea estar en otro sitio, ser otra persona y tener otra familia.

1.1.4.- De comprensión

- 0) Le escuchan y le comprenden.
- 1) Algunos no le comprenden.
- 2) Sólo 1e comprendem algunos amigos/as y/o familiares.
- 3) Alguna persona lo comprende y escucha.
- 4) Nadie lo comprende ni escucha.

1.2.- SENTIMIENTOS

1.2.1.- Tristeza y melancolía

- 0) No se encuentra triste ni llora habitualmente.
- 1) Se encuentra triste a veces por una causa justificada.
- 2) Algunas de las veces que esta triste no tiene causa.
- 3) Casi siempre se encuentra triste sin causa.
- 4) Siempre se encuentra triste, llora y tiene pena.

1.2.2.- Soledad

- 0) Nunca se encuentra solo

- 1) Aparece por lo menos una vez en un rincón de la escena.
- 2) Aparece el sentimiento de soledad una vez.
- 3) Varias veces aparece sólo o la abandonan.
- 4) Siempre esta sólo o con mucha frecuencia nadie lo quiere.

1.2.3.- Desaliento

- 0) El héroe no sufre desilusión ni decepción.
- 1) Aparece alguna decepción (algo que esperaba y no le dieron)
- 2) Aparecen dos o tres decepciones.
- 3) Aparecen de tres decepciones a cinco.
- 4) Aparecen más de cinco decepciones.

1.2.4.- Ansiedades y miedos

- 0) No hay temor al fracaso.
- 1) Aparece indecisión o inseguridad en la acción por lo menos en una lámina.
- 2) Sentimientos de indecisión o inseguridad en más de una lámina (no lo hace porque seguro que le sale mal).
- 3) No lo hace por que le van a criticar.
- 4) No lo hace porque le van a atacar por sus fallos.

1.3.- ACTITUDES

1.3.1.- Desvaloración

- 0) No aparecen sentimientos de inferioridad en ninguna lámina.
- 1) Al héroe le da vergüenza de algo.
- 2) Sentimientos de inferioridad (está en un nivel inferior al resto de sus coéteanos).
- 3) Autocrítica, al héroe le salen las cosas mal o tiene defectos.
- 4) Está lleno de defectos y piensa que nunca llegará a nada.

1.3.2.- Abatimiento y pasividad

- 0) El héroe no aparece como sometido.

- 1) Sesomete a la cocción o autorepresión para evitar acusación, castigo o dolor.
- 2) Soporta una presión desagradable (insulto o injuria).
- 3) Se declara culpable, pide disculpas y promete ser mejor.
- 4) Aparecen cualquiera de los rasgos anteriores en más de una lámina, sean el mismo o distinto rasgo).

1.3.3.- Dependencia

- 0) El héroe aparece independiente o ayuda a los demás.
- 1) Busca ayuda o consuelo y siente deseos de hogar en un lugar extraño.
- 2) Pide o depende de alguien en el ánimo, perdón, apoyo, protección, cuidado.
- 3) Desamparo en una crisis.
- 4) Se siente incapaz de valerse por sí mismo:

1.4.- VIVENCIAS

1.4.1.- Debilidad

- 0) No aparecen sentimientos de debilidad.
- 1) Para hacer cualquiera cosa tiene que hacer un gran esfuerzo.
- 2) Por mucho esfuerzo que haga no lo hace tan bien como los demás.
- 3) Tiene que esforzarse mucho para hacer cualquier cosa.
- 4) No tiene fuerzas para hacer nada.

1.4.2.- Irritabilidad

- 0) No aparecen peleas ni deicusiones.
- 1) Aparcen discusiones en una lámina por lo menos.
- 2) Aparecen peleas con agresión física por lo menos en una lámina.
- 3) Aparecen discusiones en más de dos láminas.
- 4) Aparecen peleas con agresió física en más de dos láminas.

1.5.- TEMPORALIDAD

1.5.1.- Pasado

- 0) El héroe se sitúa en el presente.
- 1) Aparece el sentimiento de felicidad en el pasado por lo menos en una lámina (niños chicos más felices).
 - 2) Idem en más de tres láminas.
 - 3) Idem en más de cinco láminas.
 - 4) Idem en las diez.

1.5.2.- Futuro

- 0) El héroe se sitúa en el presente.
- 1) Aparece el sentimiento de que a mayor edad real del niño se es más feliz, por lo menos en una lámina.
 - 2) Idem en más de tres láminas.
 - 3) Idem en más de cinco.
 - 4) Idem en las diez.

2.- AMBIENTE

2.1.- VACIO

2.1.1.- Falta

- 0) No aparece el término de falta o carencia en ninguna lámina.
- 1) Aparece la carencia de algo que le gustaría tener o hacer.
 - 2) Aparece la carencia o fracaso como tal manifiesto en una lámina.
 - 3) Aparece la carencia o fracaso como tal en más de una lámina.
 - 4) Aparece el sentido de prueba material, carencia de cualidades o fracasos, en más de tres láminas.

2.1.2.- Pérdida

- 0) No aparece falta o carencia de algo que se ha poseído anteriormente, en ninguna lámina.
- 1) Aparece la carencia de algo que tenía o hacia anteriormente.
 - 2) Aparece la carencia o fracaso como tal en una lámina habiéndolo poseído o tenido éxito anteriormente.
 - 3) Idem en más de una lámina.
 - 4) Aparece el sentido de prueba material, carencia de cualidades o fracaso habiéndolo poseído o tenido éxito anteriormente en más de tres láminas.

2.2.- DAÑO

2.2.1.- Peligro físico

- 0) No aparece en el ambiente ningún elemento peligroso.
- 1) Se expone a peligro físico de fuerzas de la naturaleza, por lo menos en una lámina.
 - 2) Se expone a peligros físicos de fuerzas de la naturaleza, animales, etc., por lo menos en dos láminas.
 - 3) Peligro físico insoportable, desplome, choque de trenes, hundimientos, por lo menos en tres láminas.
 - 4) Peligro físico con muerte.

2.2.2.- Daños físico

- 0) El héroe no sufre ningún daño.
- 1) Sufre heridas leves por lo menos en una lámina.
 - 2) Es herido (en más de una historia), por personas, en accidente, etc.
 - 3) Es herido de gravedad, peligra su vida, por lo menos en una historia (o en más de cinco heridas leves).
 - 4) Su cuerpo sufre desfiguraciones o mutilaciones.

2.2.3.- Agresión

- 0) No aparece agresión en el ambiente.
- 1) Alguien daña la propiedad del protagonista.
 - 2) Alguien se burla de él, lo ridiculiza, insulta, avergüenza.
 - 3) Un criminal, banda, etc, ataca al protagonista.
 - 4) El protagonista es el malo y alguien se defiende, una autoridad le castiga...

2.3.- CONTENIDO

2.3.1.- Intereses

- 0) Se interesa por las cosas de su medio ambiente próximo (colegio, juegos, comidas, etc.) y lejano (vacaciones)
- 1) Le interesan las cosas pero no se acerca (le gustan pero le dan igual).
 - 2) Rechaza algunos juegos, y apenas

tiene interés por las cosas.

- 3) Ha perdido el interés en la mayoría de las cosas, en más de tres láminas.
- 4) Absolutamente nada le interesa, en más de cinco láminas.

2.3.2.- Personalizaciones

- 0) Se siente aceptado y querido por personas cercanas y lejanas.
 - 1) Se siente querido y aceptado sólo por su familia en general.
 - 2) Se siente querido y aceptado sólo en el ambiente escolar por profesores y amigos.
 - 3) Se siente querido y aceptado sólo por algunos amigos.
 - 4) Se siente rechazado por todo el mundo.

3.- ESPECTATIVAS

3.1.- DESENLACE

3.1.1.- Futuro próximo

- 0) Aparece un final feliz en todas las láminas.
 - 1) Idem menos una.
 - 2) Idem entre cinco y ocho.
 - 3) Idem entre una y cinco.
 - 4) No aparece final feliz en ninguna lámina.

3.1.2.- Futuro lejano

- 0) Tras el final de la historia no aparece un futuro desgraciado en ninguna lámina.
 - 1) Aparece un futuro desgraciado por lo menos en una lámina.
 - 2) Idem por lo menos en dos láminas.
 - 3) Idem por lo menos en cinco láminas.
 - 4) Idem por lo menos en diez láminas.

BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J. de Manual de Psiquiatría Infantil. TORA Y-MASSO.1974.
- BERENDA, R.W. The influence of the group on the judgments of children. NEW YORK: KING'S CROWN PRESS. 1950.
- BIRLASSON, P. "The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report." Young People'S Unit, Royal Edimburgh Hospital. 1980.
- CAMPBELL, J.D. Peer relation in childhood. In Hoffman and Hoffman eds. Review of chil development research. NEW YORK: Ressel-Sage Foundation. 1974.
- CYTRIN, L. y McKNEW, D.M. Factors influencing the changing clinical expression of the depressive process in children. A.M. J. Psychiatry 129:63-69. 1972.
- CYTRIN, L. y McKNEW, D.M. Proposed classification of childhood depression. A.M. J. Psychiatry 1974.
- COPERSMITH, S. The antecedents of self-esteem. SAN FRANCISCO: W.H. Freeman. 1967.
- DOUGLAS, M. y MOUREU, M.C. Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 10 ans. Presses Universitaires de France. 1980.
- DUGAS, M., MOUREN, M.C., LE HEUZEY, M.F. Pathologie du deuil chez l'enfant Rev. Neuropsych. Infant., 1979, 27, 4-5, 187-192.
- ERIKSON, E. "Childhood and society" NEW YORK. Norton. 1950.
- FROMMER, E. Depressive illness in childhood. Walk D. Eds. Recent Development in affective disorders, B.R., J. Psychiatry, special Publication. 1968.
- GRAHAM, P. Depression in pre-puberal children develop. med. child. neurol. 1974.
- GUIBERT, M. y DA BOSVILLE, Y. Aspect clinique des depressions infantiles Rev. Neuropsychiat. de L'ouest, 1967.
- JEUDI DE GRISSA C. P. "Apport du test de Rorschach à l'étude des états depressifs de l'enfant et de l'adolescent". Thèse médecine. NANTES 1971.
- KOHLE, C., COTTE, M.F., BERVARD, F. Etats depressifs chez l'enfant et l'adolescent. Lyon Medical 1972.
- KOVACS, M., y BECK, A.T. "An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. In depression in childhood. Edited by Schullerbrand, J.G. and Raskin. Raven Press, NEW YORK. 1977.
- KOVACS, M. "Children'S depression scale". The Australian council for educational research limited. Hawthorn, Victoria, AUSTRALIA. 1978.
- KOVACS, M. "Definition and assessment of childhood dpressions" In prevention of mental illness-research, Frontiers (edby D.F. ricks). CAMBRIDGE. 1981.
- LANG, M., TISHER, M. "Children'S depression scale". The Australian research limited. Hawb thorn, Victoria, AUSTRALIA, 1978.
- LEFROWITZ, M.M., TESINY, E. "Assessment of childhood depression. J. Cons. Clin. Psychol. 1980.

- McCONVILLE, B.J., BOAG, J.D., PUROMIT, A.P. "Three types of childhood depression. Canad. Psychiat. Ass. J. 1973.
- McFARLANE, ALLEN y HONZIK. "A developmental study of the behavior problems of normal children between twenty-two months and fourteen years. Berkeley: Unir. of Calif. Press. 1954.
- MURAY, H.E. "Manual del Test de Apercepción Temática". BUENOS AIRES. Paidós. 1951.
- MURRAY, H.E. "Manual of the Tematic Aperception Test". Harvard College. BOSTON. 1971.
- MUSSEN, CONGER y KAGAN. "Desarrollo de la personalidad en el niño" Trillas (décima reimpresión) 1979.
- NARBONA AGUIRRE y RODRIGUEZ SACRISTAN. "Depresión e imagen de sí"

MIEDOS Y FOBIAS INFANTILES

M^a Purificación Dias Silva

Dra. C. Esquete

XXV. Reunión Anual Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.

El estudio de los miedos y las fobias ha sido tratado en numerosos trabajos que han ido apareciendo a lo largo de la historia. La preocupación por este tema ha ido en aumento lo que ha provocado gran cantidad de obras, podemos destacar aquí aportaciones como las realizadas por Freud (1895) quien introdujo la verdadera concepción dinámica de las fobias, Westphal (1871) y Raggi (1871) quienes acuñaron los términos de agorafobia y claustrofobia respectivamente, Hall (1895) quien ya utilizaba cuestionarios y realizaba análisis estadísticos; otros autores que también han destacado por su trabajo han sido Oppenheim (1911); Janet (1909-1919); Kraepelin (1913); Wickert (1947); Ajuriaguerra (1980);

Last y Blanchard (1982) entre otros.

A medida que se iban teniendo más conocimientos sobre este tema se han ido haciendo distintas consideraciones diferenciales que han llevado a que los conceptos de miedo y fobia que anteriormente se encontraban ligados en una misma definición se hagan ahora de forma independiente; también se han establecido una serie de diagnósticos diferenciales a la hora de hablar de ciertos trastornos ya que por su similitud eran entendidos como iguales.

Siguiendo con lo dicho anteriormente indicamos que dentro de la diversidad de estudios realizados, podemos decir que el miedo esta en función de tres factores que interac-

cionan entre si y que son: factores innatos, factores madurativos y aquellos otros relacionados con el aprendizaje. Podemos resaltar aquí los trabajos realizados por Watson (1924); Hagman (1932); D. W. Winnicot (1969) o Seligman (1971).

Sabemos entonces que existen una serie de factores que influyen en el desarrollo y formación e los miedos y que muchos de estos miedos responden a unas etapas determinadas del desarrollo, de tal forma que a medida que el niño va creciendo, van apareciendo nuevos miedos, mientras que otros van desapareciendo, como sucede por ejemplo, con el miedo a los extraños que aparece entre los 6 y los 8 meses, el miedo a los animales y a la oscuridad entre los 2 y 3 años que posteriormente se transforman en miedos relacionados con las creaciones imaginarias desarrolladas por el propio niño, esto ocurre alrededor de los 6 años. Por todo esto, podemos decir que el desarrollo evolutivo del niño va a estar acompañado por unos miedos característicos.

El interés por saber si estos miedos se suceden de esta forma a lo largo de las distintas edades es lo que nos ha llevado a realizar este trabajo, en el que hemos introducido como se ha hecho en otros estudios ciertas variables que son relevantes para la realización de dicho trabajo y que algunas de ellas son el ambiente, el sexo o la composición de la familia.

Por todo ello, el objetivo ha sido el de la comprobación de las siguientes hipótesis:

Indicar como los sujetos no temen hechos aislados, sino que se temor se basa en distintas situaciones que guardan una relación lógica-empírica. Señalar como el desarrollo evolutivo se ve marcado por temores distintos, correspondiéndole a cada edad un miedo característico. El sexo es una variable

que determina tanto el volumen como el tipo de miedos que manifiestan los sujetos. Saber si el ambiente determina las situaciones temidas. Y por último, analizar las posibles diferencias significativas entre hijos únicos y niños con más hermanos.

Procedimiento

La muestra seleccionada para este estudio, ha sido escogida al azar y está compuesta por 320 sujetos, cuyas edades están comprendidas entre los 6 y los 13 años, esta se ha dividido en dos categorías, la primera que va desde los 6 a los 9 años, y la segunda desde los 10 a los 13 años, esta división se ha hecho en función de las dos etapas de EGB, que corresponden así con nuestros grupos de edades.

Para la evaluación de los miedos, hemos utilizado un cuestionario de miedos elaborado por Pelechana (1981); el utilizar este y no otros ha sido debido a una mayor similitud cultural en nuestra muestra.

Es necesario indicar que este instrumento en su versión original consta de 103 items que se han reducido en 58, debido a la edad de los sujetos de la muestra y al cansancio que podía suponer para nuestros sujetos el responder a los 103 items lo que podría implicar una distorsión en las respuestas. (Ver Tabla 1)

Estadística Utilizada

Se han realizado un análisis factorial, seleccionando aquellos factores con una variable explicada mayor que 1 e incluyendo en cada factor aquellos items con una carga superior a .400. El nivel de significación utilizado ha sido el de 0.05 para ambas direcciones.

Seguidamente se ha aplicado la prueba t para comprobar la posible existencia de diferencias significativas

entre las variables estudiadas y los factores obtenidos.

Resultados

Los factores que nos aparecen son los siguientes:

Factor 1

La guerra	.712
La muerte	.677
Ser castigado por Dios	.614
Ser sometido a operaciones quirúrgicas	.570
Enfermedad de los padres	.525
Ser atacado por animales	.495

La varianza explicada es de 9.982589

Este factor contiene situaciones que expresan un miedo a la muerte y a la violencia física, como se refleja en la guerra (.712 la muerte (.6777); el tercer item indica ansiedad ante un posible castigo, como puede ser la muerte de algún familiar. Los items restantes expresan también temor relacionado con la muerte.

Factor 2

Que le critiquen, que hablen mal de él	.724
Que le humillen o se burlen de él	.706
Que lo consideren tonto	.693
Que lo ignoren	.499
Presenciar peleas familiares	.499

Podemos decir que este factor parece reflejar una inseguridad personal, aquí el mayor temor de los niños se observa en las relaciones interpersonales, sobre todo en aquellas situaciones que implican competitividad y en las que el sujeto podría valorarse inferior a los demás, con temor a ser criticado o humillado, como indican los items obtenidos en este segundo factor.

La varianza explicada es de 5.289023

Factor 3

Los relampagos	.814	Los truenos	.808
Las tormentas			.778

Como podemos observar todos los elementos están relacionados entre sí y refiriéndose a algo concreto como es el temor a los fenómenos naturales. La varianza explicada en este factor es 3.159179

Factor 4

Los entierros	.678
Los ataúdes	.654
Ver animales muertos	.586
Ver personas muertas	.523
Los cuchillos	.464

Este factor contiene items que expresan un temor a la muerte y a distintas situaciones que pueden estar relacionadas con ella como es el caso de los entierros (.678), ver animales o personas muertas, la varianza explicada es de 1.868299

Factor 5

Estar solo en un lugar extraño	.633
Perderse entre la gente	.620
Amenazas de chicos mayores	.552
Las habitaciones pequeñas, cerradas y aunque sean conocidas	.501

Estos elementos expresan un sentimiento de soledad y de impotencia en ciertas situaciones las cuales le producen un sentimiento de desamparo, indica temor ante algo que pueda suceder y que el mismo no pueda ser capaz de controlar. La varianza explicada por este factor es de 1.780076

Factor 6

Las ratas	.670
Las arañas	.633
Las serpientes	.586
El fuego	.473

Observamos aquí un miedo a los animales.

La varianza explicada por este factor es de 1.684518.

Factor 7

Tomar medicinas	.603
Ver sangrar una herida	.566
Que le pongan inyecciones	.561
Los médicos	.511
Los hospitales y clínicas	.494
Estar enfermo	.473

En este factor todos los elementos tienen algo en común, pues todos ellos están relacionados con el ambiente hospitalario, sin embargo, no aparece ningún elemento relacionado con los dentistas dentro de este mismo factor sino que aparece en el anterior pero que no ha sido recogido al tener una carga inferior a la establecida por nosotros. (.368) que como ya indicamos antes es de .400. Ello podría implicar que la profesión de dentista es entendida como algo independiente o marginado de los elementos mencionados anteriormente.

La varianza explicada es de 1.517640.

Factor 8

Los extraterrestres	.721
Los fantasmas	.615
Las cuevas	.494
Los túneles y pasadizos	.464

Estos elementos expresan un miedo a lo sobrenatural o hacia algo imaginario, reflejado en los dos primeros

ítems, mientras que los otros dos restantes indican un temor a los lugares cerrados.

La varianza explicada por este factor es 1.473799.

Factor 9

Estar solo en casa	.731	Las películas de terror	.447
La oscuridad	.433	Los cuentos e historias de miedo	.411

Este factor manifiesta un miedo a lo desconocido pudiendo mostrar ansiedad ante situaciones como quedarse solo en casa (.731) o la oscuridad (.433), combinando estas con aquellas que pueden aparecer en una película de terror (.447) o en una historia de miedo (.411). La varianza explicada es 1.292647.

Factor 10

Que el maestro le pregunte en clase	.802
La escuela	.734

Estos ítems están relacionados con el ambiente escolar aquí los niños expresan gran temor como se puede observar en sus respectivas cargas. La varianza explicada es de 1.233101.

Factor 11

Los ruidos fuertes	.653
Que le griten	.459

Nos encontramos en este factor con unos elementos que indican temor ante situaciones que provocan sensaciones desagradables como pueden ser los ruidos (.653) o que le griten (.459); estas además también pueden ir acompañadas de elementos de agresión que provocarían en el sujeto un estado de tensión.

La varianza explicada por este factor es de 1.204534.

Factor 12

Esta en lugares altos .701

Este factor podría expresar acrofo-
bia por parte de los niños como se
refleja en su temor a las alturas.

La varianza explicada es de
1.156307.

Factor 13

Ser observado mientras
trabaja .643

Hablar delante de
muchoa gente .424

Este factor indica temor a ciertas
situaciones sociales como las que
aparecen en estos elementos.

La varianza explicada es de
1.105497.

Factor 14

Separarse de los padres .511

La suciedad .449

Estos dos items expresan temor a
situaciones diferentes como son algu-
nas situaciones familiares o aquella
otra de rechazo por parte de los demás
provocada por la suciedad.

La varianza explicada en este factor
es 1.059756.

Factor 15

Estar entre mucha gente .707

En este último factor aparece de
nuevo el miedo a ciertas situaciones
sociales como ocurría en un factor
anterior.

La varianza explicada es de
1.013607.

De todos estos factores los 10
primeros son los más representativos,
puesto que los 5 últimos están forma-
dos tan solo por dos items o incluso
por uno solo, por lo que los hemos
denominado factores residuales.

En cuanto al análisis correlacional
entre las variables y los factores
obtenidos decir que:

Los items que forman cada factor
son bastante homogéneos, los miedos
tienden a formar agrupaciones temáti-
cas más que a presentar temores
aislados y por tanto un sujeto que
indique temor ante un elemento de
cualquiera de estas categorías, tam-
bién lo sentirá frente a los demás
elementos que forman dicho factor.

He observado como las niñas son
las que alcanzan las mayores puntua-
ciones, tanto en un análisis de factores
como de puntuaciones totales, si bien
estas se muestran en unos factores y
no en otros, por tanto existe una
tipología distinta para cada sexo. Así,
—aquellas situaciones relacionadas con
el ambiente hospitalario (Factor 7), son
más temidas por los niños. Y la muerte
(Factor 4), los fenómenos naturales
(Factor 3), los animales (Factor 6) y la
violencia física (Factor 11 y 1) son más
temidos por las niñas.

También he visto como las distintas
edades están caracterizadas por una
tipología distinta de miedos, siendo los
más pequeños los que obtienen pun-
tuaciones más altas en la escala. En
cuanto a los factores, el Factor 2, que
expresa inseguridad personal es el
único en el que aparecen los mayores
con puntuaciones más altas.

En los otros factores que también
reflejaban diferencias significativas son
más temidos por los niños de menor
edad, estos factores son: Factor 3,
Factor 8, Factor 7 y Factor 9.

El entorno que rodea al niño también
le influye, así los niños de zonas rurales
expresan mayor temor que los niños

de zonas urbanas, estos últimos tan solo obtuvieron mayores puntuaciones en el Factor 10 que está relacionado con el ambiente escolar. Los factores 2, 7, 8, y 11, que recogen el temor a situaciones relacionadas con problemas sociales, el ambiente hospitalario, lo sobrenatural y las cosas desagradables, respectivamente, son más temidas por los niños de zonas rurales.

Y por último, señalar que en cuanto al número de hijos, son los pequeños los más perjudicados, y que los niños que tienen hermanos son los que expresan mayor volumen de miedos en comparación con los hijos únicos. En cuanto a los factores, encuentre que alcanzan unas puntuaciones significativamente mayores los niños que tienen más hermanos, en los factores 2 y 6, tratándose en este caso de los más pequeños, no ocurriendo lo mismo con los hijos únicos que presentan puntuaciones mayores en el Factor 12 tratándose en este caso de niños cuyas edades están comprendidas entre los 10 y los 13 años.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Comparando estos resultados con los de Pelechano (1981) y los de J.M. Sabucedo, E. Ibañez y A. Belloch (1982) llegamos a conclusiones similares; si bien existen diferencias entre los factores encontrados que en un caso pueden deberse a las distintas muestras recogidas en cada uno de los trabajos; así, las edades estudiadas por Pelechano estaban comprendidas entre los 2 y los 9 años, en el caso de Sabucedo se trataba de estudiantes universitarios y la recogida por mi se encontraba entre los 6 y los 13 años; o al distinto procedimiento empleado como ocurre en el caso de Pelechano,

pues su inventario ha sido cubierto por las madres de los niños y fue utilizado en su forma original. También cabe destacar que Sabucedo en su estudio ha utilizado la escala de temores de Wolpe.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, puedo decir que en estos trabajos aparecen los mismos miedos y lo único que puedo resaltar aquí es que el orden que siguen es diferente.

Así, el miedo a los animales, pasa de ser el Factor 1 (Pelechano) al Factor 5 (Sabucedo) y al Factor 6 en este trabajo. El miedo a la muerte, aparece en el Factor 4 aunque ya se había mencionado en el Factor 1 en este trabajo y no aparece reflejado directamente en el trabajo de Sabucedo, aunque su primer factor está relacionado con los denominados "enfermedad y muerte" de "Wolpe y Lang y "muerte y lesiones" de Eysenck.

En resumen, concluir diciendo que los items tienden a formar agrupaciones temáticas, mostrando la no existencia de temores aislados, igual que ocurría en los trabajos anteriormente comentados.

He observado como son las niñas las que alcanzan las mayores puntuaciones, si bien estas se muestran en unos factores y no en otros. Esto ya había sido indicado por Marks (1969) y Pelechano (1981).

Como las distintas edades están caracterizadas por una tipología distinta de miedos, cabe mencionar aquí a Anthony (1967) y Marks (1969). Como los niños de zonas rurales alcanzan las puntuaciones más elevadas en la escala, esto ya había sido señalado por Pratt (1945) y Jersild (1952).

Y por último, señalar que entre los 6 y los 9 años los hijos únicos presentan las puntuaciones menores pero que esta tendencia cambia de sentido entre los 10 y los 13 años.

INVENTARIO DE MIEDOS

EDAD SEXO Nº. DE HERMANOS
COLEGIO CURSO

Las palabras o frases que leerá a continuación se refieren a cosas situaciones o personas que pueden producir miedo u otros sentimientos desagradables, usted deberá pensar cuanto miedo le pueden producir si es mucho, algo o nada, poniendo una X en el lugar correspondiente.

MUCHO ALGO NADA

1. Hablar delante de la gente
2. La guerra
3. Separarse de los padres
4. Los extraterrestres
5. Que lo humillen o se burlen de él
6. Que el maestro le pregunte en clase
7. Los dentistas
8. Las cuevas
9. Las armas
10. Una habitación desconocida
11. Presenciar peleas familiares
12. Las ratas
13. Las películas de terror
14. Los relámpagos
15. Estar entre mucha gente
16. La oscuridad
17. Perdersé entre la gente
18. Los médicos
19. El fuego
20. Ser castigado por Dios
21. Amenazas de chicos mayores
22. Los túneles y pasadizos
23. Ser atacado por animales
24. Estar solo en un lugar extraño
25. Que lo ignoren
26. El mar
27. Los truenos
28. Ver personas muertas
29. Los hospitales y clínicas
30. Ver animales muertos
31. Las habitaciones pequeñas y cerradas aunque sean conocidas
32. Cruzar las calles
33. Estar enfermo
34. Las serpientes
35. Las arañas
36. Los ruidos fuertes

- 37. Que le griten
- 38. Los fantásmas
- 39. Ver ataudes
- 40. El ascensor
- 42. Estar solo en casa
- 42. Tomar medicinas
- 43. Ver sangrar una herida
- 44. Los perros.
- 45. Estar en lugares altos
- 46. Que le pongan inyecciones
- 47. Que le critiquen, que hablen mal de él
- 48. Ser sometido a operaciones quirúrgicas
- 49. La muerte
- 50. La escuela
- 51. La suciedad
- 52. Que lo consideren tonto
- 53. Los entierros
- 54. Los cuchillos
- 55. Las tormentas
- 56. Ser observado mientras trabaja
- 57. Enfermedad de los padres
- 58. Cuentos e historias de miedo

BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, J. de: "Manual de Psiquiatría Infantil". Toray-Masson, S.A. 4ª edic. 1980.
- Anthony, E. J.: "Psychoneurotic disorders" (1387-1406). En Comprehensive textbook of psychiatry. Feedman. A. M. y Kaplan, H. I., eds. Williams et Wilkins Co. Baltimore (1967).
- Freud, S.: "A reply to criticism on the anxiety neurosis". Collected Works, vol. 1. Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis. 1895.
- Hagman, E.: "A study of fears of children of preschool age". J. Exp. Educ. 1. 1932.
- Hall, G.S.: "A study of fears". Amer. J. Psychol, 8. 1895.
- Janet, P.: "Les neuroses". Paris: Biblioteque de Philosophie. 1909.
"Les obsesiones et la Psychasthenie". Paris. Alcan. 1919.
- Jersild: "Child Psychology". 3rd. Ed. Staple Press. London. 1950.
- Last, C.G. y Blanchard, E.B.: "Clasificación de Phobics versus Fearful Non-Phobics: Procedural and Theoretical Issues". Behavioral Assessment. 1982.
- Marks, I.M.: "Fears and Phobias". Heineman, London. 1969.
- Oppenheim, H.: "Textbook of Nervous Diseases for Physicians and Students". New York. Stechert. 1911.
- Pelechano, V.: "Miedos infantiles y Terapia familiar natural". Editorial Alfaplus. Valencia. 1981.
- Pratt, K.C.: "A study of the fears of rural children". J. Genet. Psychol., 67. 1945.
- Raggi, A.: "Tre casi di clitrofobia". Rivista clinica, 7. (2nd series). 1877.
- Sabucedo, J.M.; Ibañez, E. y Benlloch, A.: "Estudio factorial de la Escala de Temores de Wolpe". Análisis y Modificación de Conducta. vol. 8. 1982.
- Seligman, M.E.P.: "Phobias and Preparedness". Behav. Therapy, 1971.
- Watson, J.B.: "Behaviorism". New York; Norton. 1924.
- Westphal, C.: "Die agoraphobie: eine neuropathische erscheinung". Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 3. 1871.
- Wickert, F.: "Psychological Research on Problems of Redistribution Army Air Forces Aviation Psychology Program". Research Report No. 14. Washington, D.C. 1947.
- Winnicott, D.W.: "De la pédiatrie à la psychanalyse". Payot. Pris. 1969.



**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

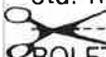
Nombre Domicilio

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)

REVISTA ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA INFANTIL

INSTITUTO ESPAÑOL DE PSICOLOGÍA

Publicada por el Instituto Español de Psicología, con el patrocinio del Ministerio de Educación y Ciencia, y el apoyo de la Universidad Complutense de Madrid.

Directores: D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA

Editorial: D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA

Redacción: D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA

Administración: D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA

Correspondencia: D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA

Deposito legal: D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA

Impresión: D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA

Distribución: D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA

Publicación: D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA y D. JOSÉ GARCÍA CALZADILLA



