



Año 1984 - N.º 4 Volumen II

**REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA
INFANTIL**

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

REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTIL



ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

Presidente:

· Dr. VICENTE LOPEZ-CAMOS IBOR

Vicepresidente:

Dra. CONCEPCION GOMEZ-FERRER GORRIZ

Secretario:

Dr. RAFAEL MARTINEZ FIGUERO

Tesorero:

Dr. CARLOS DE LINARES VON SMITHTERLOW

Vocal:

Dr. FRANCISCO TORRES GONZALEZ

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

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

DIRECTOR
Dr. J. TOMAS VILALTELLA

SECRETARIO
Dr. B. OLIVA CERVERA

COMITE DE REDACCION:

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

COLABORADORES:

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

Depósito Legal B-10.236/83


EDITOR
PUBLICACIONES Y REVISTAS

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

EDITORIAL

Queridos amigos:

En la reciente reunión celebrada en Santiago de Compostela, me distinguisteis con la misión de presidir nuestra Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil. Me honrabais con vuestra decisión, al hacerme tomar un relevo que portaron magníficos paido-psiquiatras, cuya trayectoria al frente de la Sociedad, constituye para mí un estímulo de excepción. Recordé ante muchos de vosotros en Santiago a cada uno de ellos, Drs. Córdoba, Moragas, Folch Camarasa, Vázquez-Velasco, Serrate, Mendiguchía, y sigo creyendo que tanto como «están» con nosotros en su cercanía o en el recuerdo, por su labor y por su magisterio nos «sobrevienen». Mi gratitud a todos, y singularmente al Dr. Miguel de Linares por su espléndido trabajo en este período que ahora concluye.

Quiero también expresar, desde estas líneas editoriales, mi felicitación a la Dra. Casilda Esquete y a su equipo colaborador por la preparación, contenido y desarrollo de la reunión de Santiago. Allí se puso una vez más de manifiesto la pujanza, el dinamismo creciente de nuestra especialidad. Y su presencia cada vez más relevante e indiscutida en el gran mapa de las ciencias médicas.

Asimismo deseo alentar al Dr. José Tomás Villaltella y a su Comité de Redacción a proseguir con el mismo rigor y brillantez, los objetivos que ambiciosamente se han proyectado.

Prolijo sería en este momento enumerar los argumentos que avalan la fértil realidad que es hoy la Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil, algunos de los cuales además fueron puestos de manifiesto en esta misma revista por el Dr. Miguel de Linares.

Juntos, sin embargo, pormenorizaremos en futuras reuniones, la situación actual en todas sus vertientes, de la especialidad en España. Y lo iremos refejando también en estas páginas.

«Ved que todo es infancia», ha escrito un excelente poeta, Claudio Rodríguez. Nuestra especialidad gradualmente acumulativa para perseguir el matiz de cada niño, de cada adolescente, de cada ser humano, sabe mucho de la importancia y del alcance de este verso.

Nada más apasionante, ni más vivo que un ser en desarrollo, y su mundo entorno. Nada más prioritario pues, que aplicar el conocimiento científico, el esfuerzo colectivo y la dedicación personal para aliviar, disminuir o sanar a quienes padecen con su problema, o en su deficiencia.

Nuestra Sociedad Científica es una instancia pionera y perseverante en esa «lucha» hacia el progreso. Renovarla diariamente en nuestra tarea. En beneficio de la Sociedad y en consonancia con la altura científica de nuestro tiempo.

Fdo. Dr. Vicente López-Camos Ibor

SUMARIO

EDITORIAL	3
NOTICIAS	
Actividades societarias	5
X HISTORIA DE UNA TRANSFORMACION	7
X ASPECTOS CLINICOS DE LAS DEPRESIONES INFANTILES	21
PSICOPATOLOGIA DE LOS HIJOS DE LOS EMIGRANTES EN EDAD ESCOLAR	26
PSICOFARMACOLOGIA EN LOS SINDROMES OBSESIVOS	35
MAESTRO-PSIQUIATRA INFANTIL: COLABORACION TEORICA Y PRACTICA. ESTUDIO CRITICO	41
EFICACIA Y VARIABLES RELEVANTES EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS	47
UN CASO DE AFASIA-EPILEPSIA (LANDAU-KLEFFNER): PLANTEAMIENTO DE LA REHABILITACION	55
X LA DEPRESION EN LA INFANCIA COMO ENCRUCIJADA BIOLOGICA Y SOCIAL	61
ACTITUD ANTE LA ESCUELA Y FRACASO ESCOLAR	71
EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR ANTE LA DEPRESION INFANTIL	81
NIVEL DE DEPRESION EN ESCOLARES GALLEGOS	93
OBSERVACION Y REGISTRO DE SINTOMAS DEPRESIVOS DEL NIÑO	105
ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA TRANSTORNOS AFECTIVOS Y ESQUIZOFRENIA PARA NIÑOS DE EDAD ESCOLAR VERSION EPIDEMIOLOGICA. (KIDDIE-SADS-E)	125

NOTICIAS

ACTIVIDADES SOCIETARIAS

Comunicamos la próxima Reunión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil y aprovechamos dicha convocatoria para comunicar a todos los asociados, así como a otros profesionales médicos interesados las Bases Generales del Premio «Ciudad de Córdoba», para trabajos de la especialidad.

Cádiz, 3, 4, 5 de mayo de 1985.

XXVI Reunión de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil. Presidenta de la Comisión Organizadora: Dra. Josefina Fornelles. Premio «Ciudad de Córdoba».

Bases Generales

1. Trabajos de investigación original relacionados con el área de la Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.
2. Extensión mínima cincuenta folios UNE a 4, a doble espacio.
3. Puede redactarse en cualquier idioma de los existentes en la nación española, pero se ruega se acompañe traducción al castellano.
4. Los trabajos se enviarán a la Sede Oficial de la Reunión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.
5. La recepción de trabajos será hasta treinta días antes de la fecha de la celebración de la Reunión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.
6. Los trabajos irán en sobre cerrado con lema y se acompañarán de otro sobre que contenga el nombre o nombres del autor o autores. Se remitirán siete ejemplares.
7. Todos los trabajos incluso los no premiados quedarán en poder de la Asociación durante tres meses, la cual decidirá su publicación; si ésta no se produjese se devolverán a excepción del premiado cuya primera edición será propiedad de la Asociación.
8. La dotación de premio es de un Córdoba de plata.
9. El premio puede ser declarado desierto.
10. Pueden concursar todos los médicos de nacionalidad española.
11. El Jurado estará compuesto por:
 - Cuatro miembros de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.
 - Un Catedrático Numerario por oposición designado por la Junta Directiva de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.
 - Un Miembro de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil de la ciudad de Córdoba.
 - El Excmo. Alcalde o Concejal delegado del Excmo. Ayuntamiento de la ciudad de Córdoba.
12. La proclamación y entrega del Premio se hará pública durante la cena de clausura de la Reunión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil.

HISTORIA DE UNA TRANSFORMACION

Dr. Francisco J. Mendiguchia Quijada. Director.
Hospital Psiquiátrico Infantil «Fray Bernardino Alvarez», Madrid. (A.I.S.N.)

El Hospital se encuentra enclavado en Carabanchel Bajo, zona sur de Madrid dentro de una finca llamada Vista Alegre, junto con otros centros benéficos, situada en la C/. General Ricardos, 177. Los edificios se hallan separados por amplias zonas ajardinadas.

Fue creado en 1947 e inaugurado oficialmente en julio de 1948 por entonces ministro de la Gobernación don Blas Pérez González, con el fin de albergar a niños deficientes mentales, procedentes de toda España. Recibió el nombre de Instituto Médico-Pedagógico «Fray Bernardino Alvarez» en honor del fundador de la orden de San Hipólito que construyó los primeros hospitales para enfermos mentales de toda América, siendo el primero el de la Ciudad de Méjico creado en 1567.

Para su puesta en funcionamiento se

nombró director del mismo al psiquiatra don Jesús Ercilla y subdirector a don Justo Vega, dotándole de una comunidad de religiosas de San Vicente de Paúl, que se fueron haciendo cargo de los enfermos que iban llegando, de tal forma que el año de su funcionamiento ya estaban cubiertas sus doscientas plazas de internado, que era su capacidad total. Al poco tiempo, se nombró director pedagógico del mismo a don Pablo Rodríguez Hoyos, que con doce maestros especializados en pedagogía terapéutica y que dependían del Ministerio de Educación convirtieron al centro en un verdadero Instituto Médico-Pedagógico.

La dependencia del instituto era de la Beneficiencia General del Estado, dependiente a su vez del Ministerio de la Gobernación.

Asistían al Instituto 120 niños y 80 niñas de 6 a 16 años, aumentándose más tarde la edad de alta a los 18 años y posteriormente aún hasta los 21 años, asistiendo a clases con completa separación de sexos.

Había una maestra de corte y confección para las niñas mayores y un taller de carpintería, que realmente no funcionaba como tal, sino que se utilizaba para los arreglos de la casa.

En 1950 se dotó al Centro de un aparato de encefalografía que hacía los E.E.G. de los niños internos.

En 1957 el Centro pasó a depender del recién creado Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, continuando con la misma función y estructura que tenía.

El día 1 de enero de 1966 cambia la Dirección del Centro haciéndose cargo de la misma el Dr. D. Francisco Javier Mendiguchia Quijada, que continúa la labor de su antecesor con el mismo régimen de Instituto Médico-Pedagógico y el mismo personal que tenía durante los años anteriores.

Una fecha clave para la historia del Hospital es la de octubre de 1971 en el que se amplía considerablemente la plantilla, de tal forma que además del director y del pediatra, se nombran tres médicos psiquiatras, un psicólogo, varios A.T.S., auxiliares psiquiátricos, pudiéndose a partir de aquel entonces transformar poco a poco su estructura y funcionamiento, para convertirlo en un verdadero Hospital Psiquiátrico Infantil, para lo cual se comenzó abriendo consultas externas, que fueron rápidamente llenadas por la existencia de una gran demanda y una escasez también grande de oferta, actuando en un principio como una mezcla de Instituto Médico-Pedagógico y de centro de Orientación y Diagnóstico, pudiéndose llegar ya en 1972 a tener un archivo de 184 casos de consultas externas.

La plantilla asistencial del Centro por aquellos años era la siguiente:

- Un médico director.
- Un jefe de servicios.
- Un jefe clínico.
- Un ayudante.
- Dos residentes.
- Doce A.T.S. básicos.
- Cuatro fiso-terapeutas.
- Una supervisora de enfermería.
- Tres auxiliares con título medio.
- Un A.T.S. básico especializado.
- Un director pedagógico.
- Once maestros.
- Cinco maestros de taller.
- Un profesor de Educación Física.
- Un psicólogo.
- Dos asistentes sociales.
- Veinticinco auxiliares psiquiátricos.
- Dos auxiliares de clínica.

Además de este personal asistencial, existía un administrador, tres administrativos, un jefe de servicios generales, personal especializado y no especializado, conserjes, cocineros, etc.

En 1973 cambia la dependencia del Centro que ahora depende de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, dependiente primeramente del Ministerio de la Gobernación y posteriormente del Ministerio de Sanidad cuando éste se creó.

Con posterioridad a 1971 se han ido incorporando al Hospital nuevo personal asistencial de tal forma que hoy día la plantilla asistencial es la siguiente:

- Un médico director, paido-psiquiatra.
- Un jefe de servicios, paido-psiquiatra.
- Dos jefes de sección, paido-psiquiatras.
- Tres médicos ayudantes, paido-psiquiatras.
- Un médico ayudante, pediatra.

- Un médico colaborador, neuro-pediatra.
- Un médico colaborador, rehabilitador.
- Dos plazas de MIR.
- Cinco psicólogos.
- Una directora pedagógica.
- Once maestros.
- Dos profesores de Educación Física.
- Tres asistentes sociales.
- Tres terapeutas ocupacionales.
- Una supervisora de enfermería.
- Cinco A.T.S. especializados.
- Once A.T.S. básicos.
- Nueve jefes de taller.
- Treinta y cinco auxiliares psiquiátricos.
- Siete monitores ocupacionales.

(La comunidad religiosa está integrada en el personal asistencial.)

En 1975 se reconoce por la A.I.S.N. el nombre de Hospital Psiquiátrico Infantil en vez de Instituto Médico-Pedagógico. Con este personal ya se puede estructurar el Centro como un verdadero hospital monográfico dedicado a la psiquiatría infantil y juvenil como muestra el organigrama del Centro (figura 1.^a).

A lo largo de estos últimos años se ha ido disminuyendo el número de niños internados que actualmente no pasan de 80, mientras que se ha potenciado la asistencia en régimen de hospital de día, para lo cual se dispone de varios autobuses dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia que llevan a los niños al hospital a las nueve de la mañana y los devuelven a sus casas a las cinco de la tarde, existiendo también un régimen especial de hospital de noche, con varios niños que salen por el día hacer una escolaridad normal, volviendo al centro al terminar ésta.

Durante estos mismos años ha ido disminuyendo también paulatinamente

el número de deficientes mentales, para ir progresivamente admitiendo niños afectos de psicosis, trastornos graves de personalidad, neurosis, trastornos de la conducta, etc. Al mismo tiempo que, como veremos, se han ido abriendo unidades de tratamiento al que asisten niños y adolescentes durante un tiempo determinado tales como, estimulación precoz, foniatría y logopedia, psicomotricidad, terapias individuales de grupo, y familiares, recuperación pedagógica, etc.

En la actualidad funcionan las siguientes unidades y servicios:

Unidad de trastornos de conducta

Personal:

- Un médico
- Un psicólogo
- Una enfermera
- Dos profesores de pedagogía terapéutica
- Cuatro auxiliares

Enfermos:

- Diecisiete enfermos:
Hospital día: nueve niños
Internados: cinco niños
Hospital noche: tres niños

Unidad de trastornos graves de personalidad y psicosis

Personal:

- Un médico
- Un psicólogo
- Un A.T.S.
- Un profesor de pedagogía terapéutica
- Seis auxiliares

Enfermos:

- Quince enfermos
- internados: siete
- hospital de día: nueve

Unidad de deficiencia mental

Personal:

- Un médico
- Un psicólogo

- Tres profesores de pedagogía terapéutica
 - Dos auxiliares
- Enfermos:
- Veintinueve niños y niñas

Unidad de niños límites

- Personal:
- Un profesor de pedagogía terapéutica
- Enfermos:
- Siete niños

Unidad Preescolar

- Personal:
- Una profesora de pedagogía terapéutica
 - Un auxiliar
- Enfermos:
- Seis niños

Primera Infancia

- Personal:
- Un médico
 - Un psicólogo
 - Un asistente social
 - Un A.T.S.
 - Una profesora de pedagogía terapéutica
 - Una monitora ocupacional
 - Dos auxiliares
- Enfermos:
- Noventa niños en tratamiento
 - Treinta cinco y niños diarios
 - Escuela de padres: una al mes
 - Grupos de cinco padres una vez a la semana

Unidad de Terapia Familiar

- Personal:
- Un médico
 - Un psicólogo
- Enfermos:
- Dos familias diarias

Servicio de Rehabilitación Física

- Personal:
- Un médico colaborador
 - Dos A.T.S. fiso-terapeutas
- Enfermos:
- Cuarenta diarios

Servicio de Reeducción Escolar

- Personal:
- Dos profesores de pedagogía terapéutica
- Enfermos:
- Veinte niños diarios

Servicio de Terapia Ocupacional

- Personal:
- Dos terapeutas ocupacionales
 - Un auxiliar
- Enfermos:
- Treinta diarios

Servicio de Foniatria y Logopedia

- Personal:
- Un médico
 - Dos profesores de pedagogía terapéutica
 - Dos A.T.S.
- Enfermos:
- Treinta diarios

Servicio de Psicomotricidad

- Personal:
- Un psicólogo
 - Cuatro A.T.S.
 - Tres auxiliares
- Enfermos:
- Cincuenta y cinco diarios

Servicio de Pediatría

- Personal:
- Un médico pediatra
 - Un A.T.S.
- Enfermos:
- Doce diarios

Servicio de Músico-Terapia

Personal:

- Un profesor

Enfermos:

- Veinticinco niños diarios

Servicio de Terapia Recreativa

Personal:

- Un A.T.S.
- Dos auxiliares

Enfermos:

- Veinte niños diarios

Servicio de Asistencia Social

Personal:

- Dos asistentes sociales

Enfermos:

- Entrevistas dentro del Centro: quince diarias
- Visitas fuera del Centro: doce semanales

Servicio de Talleres

Personal:

- Nueve jefes de taller de:
 - Carpintería
 - Cerámica
 - Fontanería
 - Encuadernación
 - Electricidad
 - Corte y confección
 - Cocina
 - Alfombras
 - Peluquería

Enfermos:

- Ochenta adolescentes

Servicio de Educación Física y Deportes

Personal:

- Un profesor de E.F. masculino
- Un profesor de E.F. femenino

Enfermos:

- Cincuenta diarios

Además de las unidades y servicios enumerados existen tres unidades diagnósticas de electroencefalografía, radiología y laboratorio para los enfermos vistos en el Hospital.

CONSULTAS EXTERNAS

Constituye en la actualidad más del 50% de la actividad de los facultativos del Hospital.

La mecánica de las consultas es la siguiente:

- Se pide en Secretaría de Dirección personalmente o por teléfono la primera consulta y se cita a la familia a una primera entrevista con un médico clasificador, que hace el primer informe y conduce el caso hacia los servicios que corresponden según su temática, Psiquiatría, Psicología, Asistencia Social, Foniatría y Logopedia, Psicopedagogía, etc., teniendo lugar entonces una segunda consulta con asistencia de los niños y los padres. Una vez efectuada esta segunda consulta, se piden las colaboraciones necesarias a los distintos departamentos y servicios que emiten sus informes, teniendo entonces lugar la consulta de devolución que pone en marcha el tratamiento pertinente, hasta el cierre del caso por curación, mejoría, etcétera. Las terapéuticas utilizadas pueden ser psico-farmacológicas, terapias individuales o de grupo, terapia de conducta, de recuperación pedagógica, estimulación precoz, psicomotricidad, etc., según el caso lo requiera.

Los pacientes acuden de todo Madrid, enviados por otros facultativos, colegios o los mismos familiares, pero poco a poco se va viendo, como la mayor parte de los mismos pertenecen a la zona Sur de Madrid, por lo que prácticamente se va haciendo una sectorización, sector que comprende la parte Sur del río Manzanares y los pueblos limítrofes de esta zona.

El archivo consta ya de más de 4.000 historias clínicas y está organizado del siguiente modo:

Las historias se guardan en dos archivadores, uno para las historias de menos de cuatro años y que lógicamente son las que más se manejan y otro para el resto de las historias. Las historias están ordenadas numéricamente, disponiéndose además de dos ficheros, uno ordenado por orden alfabético y otro ordenado según cuadros clínicos con arreglo a la C.I.E. (Clasificación Internacional de Enfermedades de la O.M.S.) que contienen además los datos más importantes de la historia y una nueva clasificación tetra-axial especial para paidopsiquiatría.

En el cuadro dos, se expone el número de historias al año y en el cuadro tres, los diversos cuadros clínicos que se han visto a lo largo de los diez años que lleva funcionando el Centro como tal Hospital.

DOCENCIA

El Hospital está acreditado para impartir docencia en Psiquiatría Infantil a los médicos en tercero y cuarto año de la Especialidad según el programa aprobado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas en el que figura la Psiquiatría Infantil como subespecialidad

después de dos años de psiquiatría general. Además todos los años asisten tres-cuatro asistentes voluntarios hispano-americanos, que se están especializando en esta especialidad, otros tantos psicólogos hacen prácticas en Psicología Infantil, debido a la carencia de las mismas durante su formación académica y así mismo asisten alumnos de algunas escuelas de Asistencia Social y de Pedagogía Terapéutica y educadores. Todos los años se hacen cursos de Estimulación Precoz, Fracaso Escolar, Terapia de Familia, etc., para personal interesado en los problemas paidopsiquiátricos.

De una forma fija funciona en el Hospital, la Escuela de Psicomotricidad que imparte enseñanzas de esta especialidad a post-graduados, médicos, psicólogos, profesores de E.G.B. y A.T.S. preferentemente. Los cursos duran nueve meses y se imparten las siguientes asignaturas:

Anatomía del sistema nervioso, Exploración neurológica, Neuropatología general, Psico-fisiología, Psico-patología infanto-juvenil, Psicomotricidad general y Técnicas Especiales de Relajación, Bon Depart, Expresión corporal, Método Ramain, Estimulación Precoz, Ritmo y Educación Física, con un total de 247 horas lectivas y 82 prácticas.

El Hospital dispone de una Biblioteca de más de mil volúmenes y celebra sesiones clínicas de formación continuada y bibliográficas de dos horas de duración, todos los miércoles del año.

RENDIMIENTO

En los cuadros 4 y 5 se muestran las actividades globales de tratamientos efectuados en el Hospital con los pacientes hospitalizados (cuadro n.º 4) y de consultas externas (cuadro n.º 5) durante los años 1979, 1980, 1981, 1982.



Unidad de trastornos graves de la personalidad.



Una de las salas de psicomotricidad.



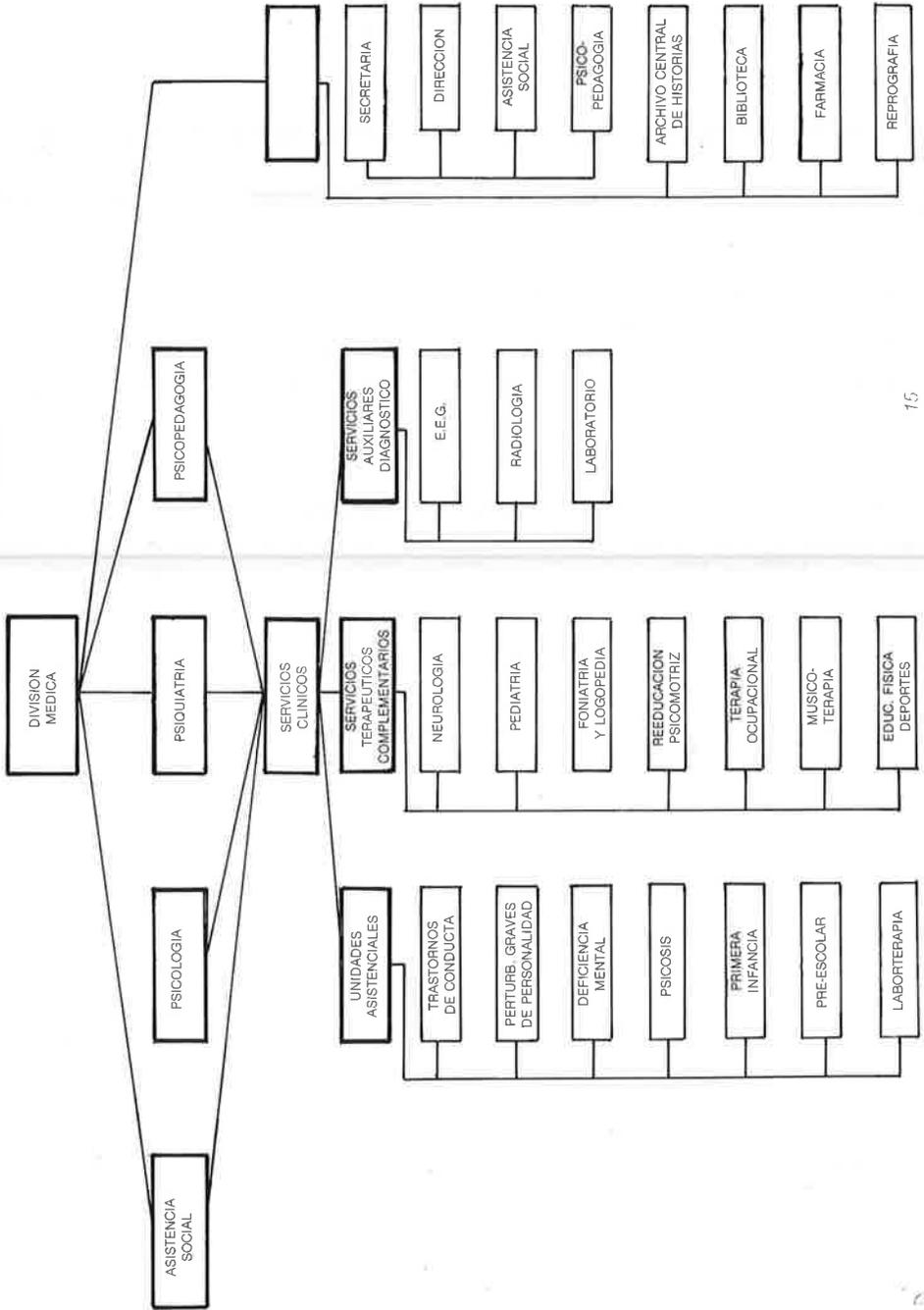
Servicio de Estimulación Precoz.



Servicio de Logopedia.

CUADRO NUMERO 1

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL «FRAY BERNARDINO ALVAREZ»



CUADRO NUMERO 2

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL «FRAY BERNARDINO ALVAREZ»

Cuadros Clínicos 1972/1981

0 = 150	302 = 11	310 = 9	317 = 1.051
290-94 = 4	304-5 = 1	311 = 1	318-9 = 1.438
295 = 7	306 = 4	312 = 199	343 = 112
299 = 101	307 = 227	313 = 232	345 = 67
300 = 50	308 = 2	314 = 144	Otros = 20
301 = 26	309 = 113	315 = 698	

TOTALES ANUALES

1972 = 184	1977 = 303	1981 = 440
1973 = 424	1978 = 346	
1974 = 697	1979 = 420	
1975 = 608		

CUADRO NUMERO 3

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL «FRAY BERNARDINO ALVAREZ»

	Consulta Externa									
	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
0 - Variación normal	3	21	10	8	6	10	29	17	23	23
290 - 294 - Psicosis orgánicas	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0
295 - Psicosis esquizofrénicas	0	0	0	0	3	1	0	0	1	2
299 - Psicosis de la niñez	1	3	8	19	32	8	7	9	11	6
300 - Trastornos neuróticos	0	4	1	3	11	2	2	6	5	16
301 - Trastornos de la personalidad	2	3	1	1	0	0	0	0	1	8
302 - Trastornos sexuales	4	0	1	0	1	1	0	0	2	2
304 - 5 - Dependencia y abuso de drogas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
306 - Trastornos fisiológicos	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1
307 - Síntomas no clasificados	9	25	5	18	21	9	25	32	31	32
308 - Reacciones agudas	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
309 - Reacciones de adaptación	4	4	5	11	12	2	9	9	28	29
310 - Trastornos no psicóticos por lesión del encefalo	1	0	1	2	1	0	1	1	0	2
311 - Trastornos depresivos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
312 - Trastornos de conducta	10	13	26	17	36	17	21	18	27	14
313 - Perturbaciones emocionales	9	25	18	14	17	23	26	37	39	24
314 - Síndrome hiperquinético	11	11	11	17	16	17	15	22	19	5
315 - Retardos específicos	10	18	52	59	55	44	76	92	169	123
317 - Retraso mental discreto	33	126	189	192	180	68	50	78	87	48
318 - 19 - Retraso mental de otros grados	82	159	324	289	195	85	70	73	98	63
343 - Parálisis cerebral	0	1	37	9	12	13	8	10	11	11
345 - Epilepsias	2	9	5	8	7	1	5	13	12	5
Otros	2	2	2	3	0	2	1	3	3	2

CUADRO NUMERO 4

Consulta Externa

	1979	1980	1981	1982
<i>PSIQUIATRIA</i>				
Primeras consultas	356	303	282	254
Revisiones	709	940	935	943
I.N.P.	147	126	131	—
Funcionarios	6	4	7	6
Terapias individuales	178	95	97	141
Terapias de grupo	117	161	189	190
Terapias familiares	43	46	67	65
<i>PSICOLOGIA</i>				
Primeras consultas	—	151	125	138
Terapias individuales	229	203	204	370
Terapias de grupo	141	252	318	377
Terapias familiares	46	99	106	157
Revisiones	—	223	266	834
Tests psicométricos	902	663	514	835
Tests proyectivos	362	190	220	343
<i>FONIATRIA</i>				
Primeras consultas	104	254	113	98
Terapias individuales	449	313	1012	538
Terapias de grupo	739	346	596	241
<i>PSICOMOTRICIDAD</i>				
Primeras consultas	61	43	58	65
Terapias individuales	—	—	—	348
Terapias de grupo	—	—	—	674
<i>ASISTENCIA SOCIAL</i>				
Primeras consultas	521	240	248	431
Revisiones	523	26	85	169
<i>REHABILITACION FISICA</i>				
Primeras consultas	30	147	96	61
<i>REHABILITACION ESCOLAR</i>				
Primeras consultas	—	—	83	99
Terapias individuales	—	—	196	84
Terapias de grupo	—	—	467	1112

CUADRO NUMERO 5

Hospitalizados

	1979	1980	1981	1982
<i>PSIQUIATRIA</i>				
Revisiones	77	153	458	395
Terapias individuales	157	274	217	179
Terapias de grupo	46	52	59	165
Terapias familiares	30	97	47	32
Reuniones de equipo	42	20	30	82
<i>PSICOLOGIA</i>				
Terapias individuales	29	82	6	57
Revisiones	—	—	458	100
Terapias de grupo	38	44	59	81
Terapias familiares	28	35	47	15
Reuniones de equipo	30	83	30	37
<i>FONIATRIA</i>				
Terapias individuales	987	882	383	778
Terapias de grupo	1218	952	807	360
<i>PSICOMOTRICIDAD</i>				
Terapias individuales	331	330	523	—
Terapias de grupo	1538	1768	1530	569
<i>ASISTENCIA SOCIAL</i>				
Primeras entrevistas	157	160	269	231
Revisiones	258	331	495	328
Gestiones	398	409	464	285
<i>REHABILITACION FISICA</i>				
Terapias individuales	150	153	161	300
Terapias de grupo	987	1166	1000	880

RESUMEN

Se expone en esta comunicación la historia de las vicisitudes pasadas por el actual Hospital Psiquiátrico Infantil «Fray Bernardino Alvarez» de la A.I.S.N. desde su fundación como Instituto Médico Pedagógico hasta la actualidad y su progresiva transformación de un Centro educativo en un Centro hospitalario. Esta transformación se aprecia en la variación de la dotación de personal asistencial que ha aumentado sustancialmente a nivel de titulados superiores mientras que no lo ha hecho del mismo modo

en el personal auxiliar, en la estructura dinámica del Centro que pasa de estar dividido en aulas de diversa edad y profundidad de la deficiencia a estarlo en unidades y servicios únicos y en los servicios prestados a la comunidad pasándose de asistir a 200 deficientes internados a hacerlo a una población dividida en internado hospital de día, hospital de noche y consultas y tratamientos externos como se ponen de manifiesto en los cuadros estadísticos que se exponen al final del trabajo y que como se ve abarcan a toda la problemática de la Psiquiatría Infanto-Juvenil.

ASPECTOS CLINICOS DE LAS DEPRESIONES INFANTILES

Dra. C. Gómez-Ferrer Górriz
Murcia.

Vamos a aportar los datos clínicos obtenidos de los casos de depresiones infantiles que hemos visto en el Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Psiquiátrico «Román Alberca» de Murcia, durante los dos años de su funcionamiento, teniendo en cuenta que sólo tenemos consulta ambulatoria y somos dos médicos paidopsiquiatras.

De un total de 310 casos atendidos encontramos 10 depresiones que cumplen sobradamente las condiciones de diagnóstico de Ling y Rideau¹ lo que supone un 3,2% del total de los enfermos paidopsiquiátricos, que está de acuerdo con las frecuencias dadas por diversos autores, como el 3,5% para Dugás,² el 2,6% para Mendiguchía.³

SEXO

Hay un predominio del femenino ya que tenemos 6 mujeres y 4 varones.

EDAD

Cinco casos están comprendidos entre los 5 y 10 años y otros 5 casos entre los once y quince años:

MOTIVO DE LA CONSULTA

Nos referimos al expresado por los padres al iniciar la historia clínica, encontrando en todos los casos la tristeza y el llanto; en 7 casos ideas de muerte; en 6 de ellos crisis de ansiedad y miedo intenso, en otros 3 insomnio, en

1. Cit. por Dugás (1980), pp. 69 y 93.
2. Dugás, *ibid.*, p. 17.
3. Mendiguchía (1980), p. 641.

un caso cefalea y anorexia y en otro caso intento de suicidio.

CUADRO CLINICO

El tiempo de evolución de la enfermedad oscilaba entre 8 días y 2 años, siendo de 8 a 20 días en 3 casos; de 3 a 10 meses en 4 casos y de 1 a 2 años en 3 casos.

La sintomatología recogida en la anamnesis y en la observación directa y entrevista con el niño la valoramos y enumeramos siguiendo los criterios clínicos de diagnóstico de diversos autores y ordenada de mayor a menor frecuencia de presentación.

Criterios de Diagnóstico de Ling

Encontramos aislamiento en todos los casos; cambios de humor en 9 casos; malos resultados escolares, alteraciones del sueño y falta de energía en 8 casos; anorexia (4 casos), comportamiento agresivo inusual, quejas somáticas y fobia escolar (3 casos) y auto-desprecio en un solo caso.

Criterios de Diagnóstico de Rideau

En los 10 casos es patente la inhibición motriz y gestual y los cambios de humor; disminución de la comunicación social y trastornos de comportamiento en 9 casos; 8 de ellos presentan trastornos del sueño; en 6 hay ideas de inferioridad o culpabilidad; disminución de las funciones vitales en 4 casos; en 3 hay trastornos psicósomáticos y en 2 regresión en el comportamiento esfinteriano.

Sintomatología según Dugás

Agrupando Los sistemas clínicos según los criterios de este autor⁴ encontramos los siguientes:

1) Alteraciones del humor:

Tristeza y llanto (10 casos), disfonía (7 casos), soledad, incomprensión y temor a la muerte (5 casos); desinterés y aburrimiento (3 casos); dolor moral (2 casos) e intento de suicidio (1 caso).

2) Repercusión escolar:

Ha disminuido de forma patente el rendimiento en 6 casos y en 4 hay marcada fobia escolar.

3) Inhibición motriz:

Se aprecia astenia y pasividad en 6 casos; en 5 casos hay rechazo de juegos, deseo de soledad y de no salir.

4) Alteraciones del comportamiento:

En 7 casos hay marcada ansiedad, angustia y fobia; inquietud (5 casos); rabietas (4 casos); cólera y agresividad (2 casos).

5) Síntomas físicos:

Destaca el insomnio en 5 casos, la anorexia en 4 casos, enuresis o encopresis (2 casos), cefaleas, mareos y dolores varios en un caso.

4. Dugás (1980), p. 49.

EXPLORACION PSICOLOGICA

En esta exploración utilizamos básicamente para el estudio de la inteligencia y aptitudes el WISC, Terman, Figura Humana de Goodenough, Laureta Bender y pruebas de escolaridad.

Como tests proyectivos el de Frustración de Rosenzweig, Rorschach, Fábulas de Düs, CAT y TAT.

Encontramos un nivel intelectual Normal en 7 casos y Límite con problemas de aprendizaje en 3 casos.

En cuanto a personalidad destacamos, en el test de Rosenzweig la mala tolerancia a la frustración, sentimientos de culpa, negación de la realidad y evasión.

Los protocolos del Rorschach son de pobre contenido, con marcada ansiedad y agresividad, predominando las respuestas de animales, monstruos, humanas, pero estas últimas suelen estar mutiladas.

En las historias descritas en los tests de CAT-H y TAT, predominan los temas de enfermedad, pobreza, soledad, abandono, castigo, muerte, siendo patentes también la agresividad, ansiedad, fracaso, rechazo y autodesprecio.

En 3 casos la inhibición fue tan intensa que se negaron rotundamente a realizar las pruebas proyectivas, y otras veces, las obtuvimos en una segunda entrevista.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Respeto a la composición de la familia observamos que es el mayor de los hermanos en 3 casos, el menor de 5 casos y ocupa un lugar intermedio en 2 casos.

En cuanto al sexo, hay ambos en 5 familias, en 3 casos son todo mujeres y en 2 casos son varones todos los hermanos.

Como antecedentes patológicos familiares encontramos en 4 de las madres, depresiones; cuadros neuróticos en 2 de los padres y en 1 madre y cefaleas en 2 padres.

En el carácter de los padres hay 3 madres que son dominantes y nerviosas, en 2 casos las madres son dominantes y los padres pasivos, y en otros 2 casos hay desavenencias matrimoniales.

En cuanto a colaterales hay 7 casos con antecedentes depresivos, 3 con psicosis, 1 con suicidio, y 1 solo caso no tiene antecedentes neuropsiquiátricos.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION

Los fármacos utilizados han sido Imipramina, Amitriptilina, Clorimipramina y Maprotilina.

En todos los casos hemos realizado psicoterapia de apoyo al niño y a sus padres.

En cuanto a la evolución, 8 casos fueron tratados entre mes y medio y cuatro meses, dándoles el alta por remisión total del cuadro; dos casos no se pudieron controlar y 1 caso precisó internamiento, en otra institución por intento de suicidio.

Tres casos habían sido tratados anteriormente sin mejoría.

FACTORES DESENCADENANTES

Estamos de acuerdo con Dugás al elegir este término en lugar del de etiología o causas de la depresión infantil, pues creemos que en toda la patología paidopsiquiátrica y de forma particular en la que nos ocupa, son múltiples los

factores patógenos que están influyendo en el niño y siempre están íntimamente relacionados los genéticos y ambientales, siendo difícil en múltiples ocasiones determinar cuáles tienen preponderancia.

Siguiendo también la sistemática que realiza el citado autor respecto a la etiología,⁵ recordando la posible predisposición constitucional y teniendo en cuenta los antecedentes reseñados, hemos encontrado en 3 casos la existencia de una personalidad previa con alteraciones de claro matiz depresivo, que cumplen los índices de Hampstead señalados por Sandler y Joffe.⁶ Un caso se desencadenó a raíz de una apendicectomía y en 2 casos no hemos encontrado motivo aparente alguno.

Pero nos ha llamado la atención el hecho de que 2 casos de intensa sintomatología se desencadenaron bruscamente al ver películas de terror en la televisión diciéndonos las mismas niñas, de 9 a 11 años, el momento exacto en que había comenzado el problema a raíz de las escenas vistas que les causaron gran impresión por el dramatismo de las imágenes de muertes, incendios y monstruos. Esa noche ya tuvieron intenso miedo, ansiedad, dificultad para conciliar el sueño y a partir de entonces surgieron ideas sobre la muerte propia y de familiares, marcado miedo y los síntomas depresivos.

En el caso de 1 varón de 15 años comenzó a raíz de un trágico accidente de autobús en que perdieron la vida numerosos niños de una localidad, del que se dio abundante información televisada.

En una niña de 5 años se había iniciado la sintomatología con miedo que los padres relacionaban con las pelícu-

las de televisión, incluso de los programas infantiles.

Queremos destacar que estos casos se produjeron la temporada en que se emitía por TV una serie de películas de terror y que en esa época era frecuente, al realizar las historias clínicas, encontrar muchos niños en los que se había acentuado el miedo o había surgido por vez primera a consecuencia de ver estas películas. Naturalmente se emitían en horario nocturno e incluso se advertía antes de su proyección que no eran adecuadas para niños, pero sabemos que esto no se cumple bien por todas las familias, incluso había niños que las veían en aparato distinto al de los padres sin que éstos se percataran de ello.

Creemos que la gran viveza y realismo de las imágenes proyectadas son las determinantes de las fuertes vivencias que el niño tiene y que tanto le angustian. Y aunque pensamos que existen factores predisponentes, constitucionales y de personalidad, que son los más responsables, nos preguntamos si no es más conveniente evitar estas experiencias a los niños, sobre todo todos los más sensibles a ello.

Por nuestra parte procuramos concienciar a los padres para que se preocupen más por valorar los aspectos positivos y negativos de la TV,⁷ y controlar el tiempo a ella dedicado que creemos es, en general, excesivo.

Dada la preocupación que nos produce constatar esta problemática en nuestra habitual consulta hemos realizado una revisión bibliográfica de los trabajos publicados sobre estos temas desde el año 1966 de los que reseñamos los más significativos, haciendo constar que sólo hemos podido consul-

5. Dugás (1980), p. 83.

6. Dugás, *ibid.*, p. 68.

7. Ferrer Masip (1975), p. 58.

tar los españoles, mientras que no hemos recibido todavía los originales de los extranjeros.

También queremos indicar que en los tres últimos casos vistos hemos realizado el test de supresión de la Dexa-

metasona, cuyos resultados aún no hemos podido conocer, en lo que vamos a seguir profundizando con el fin de poder aportar datos que nos proporcionen más luz sobre la naturaleza y etiología de las depresiones infantiles.

BIBLIOGRAFIA

1. AYUSO GUTIERREZ, J. L.: «Las depresiones en la infancia y en la adolescencia». *Rev. Esp. Med. Hig. Esc.*, 8 (29), 43, 1974.
2. BRYAN, J. H. y SCHWARTZ, T.: «Effects of film material upon children's behavior». *Psychol. Bull.* 75 (1), 50-9, 1971.
3. CANTOR, J. y REILLY, S.: «Adolescents fright reactions to television and films». *J. Commun.*, 32 (1), 87-99, 1982.
4. DUGAS, M. y MOUREN, M. C.: *Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans*. París, Presses Universitaires de France, 1980.
5. EISLER, Riane T. y LOYE, David: «Childhood and the chosen future». *Journal of Clinical Child Psychology*, 9 (2), 102-106, 1980.
6. FERRER MASIP, B.: «Influencia psico-biológica de la televisión en el niño». *Acta Pediatr. Esp.*, 33 (386), 57, 1975.
7. GASTON, E.: «Un estudio y el proyecto de otro sobre el problema de los efectos de la publicidad comercial dirigida al niño en España». *Bol. Soc. Aragón. Pediatr.*, 3 (5), 245, 1972.
8. GOMEZ-FERRER GORRIZ, C.: «Depresiones infantiles». *Bol. Soc. Val. Ped.*, X, 37, 35-44, 1968.
9. GONZALEZ INFANTE, J. M. y RODRIGUEZ SACRISTAN, J.: «Consideraciones en torno a los actos suicidas infanto-juveniles». *Hisp. Med.*, 33 (381), 209, 1976.
10. LAGERSPETZ, Kirsti M. y ENGLOM, Paivikki: «Immediate reactions to TV-violence by Finnish preschool children of different personality types». *Scandinavian Journal of Psychology*, 20 (1), 43-53, 1979.
11. LOÑO-CAPOTE, J.: «Síndrome depresivo en la infancia». *Bol. Soc. Val. Pediatr.*, 1 (3), 54, 1981.
12. MENDIGUCHIA QUIJADA, F. J.: *Psiquiatría infanto-juvenil*. Madrid, Ediciones del Castillo, 1980.
13. OSBORN, D. K. y ENDSLEY, R. C.: «Emotional reactions of young children to TV violence». *Child. Dev.*, 42 (1), 321-331, 1971.
14. SERRATE, A.: «Síndromes depresivos en la infancia». *Arch. Fac. Med. Zaragoza*, 19 (1), 35-41, 1971.
15. ULDALL, B.: «Harmfull viewing of television in children». *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 94 (28), 1453-1455, 1969.
16. VELILLA PICAZO, J. M. y cols.: «Algunos factores de la depresión del niño y del adolescente». *Commun. Psiquiatr.*, 8, 121-139, 1981.

PSICOPATOLOGIA DE LOS HIJOS DE LOS EMIGRANTES EN EDAD ESCOLAR

M.^a Pilar Getino García,¹ Rosa Nogueira Rodríguez,² M.^a Carmen Ares Lois,³ M. Castro Gago,⁴ Dolores Escribá Py.⁵

1. Médico Asistente de la Unidad de Paidopsiquiatría.
2. Psicólogo de la Unidad de Paidopsiquiatría.
3. Médico Asistente de la Unidad de Paidopsiquiatría.
4. Jefe de Sección de Neurología Infantil.

I. INTRODUCCION

La emigración es un hecho sociológico que ha tenido una vigencia muy desigual en los diferentes países que componen el Estado español. En lo que respecta a Galicia, ésta ha sido tradicionalmente tierra de navegantes y aventureros que no guardan (estos últimos) excesiva relación con los gallegos que en las últimas décadas emigraron a Europa, en busca más de aventuras, de unas condiciones de vida que aquí les estaban vedadas.

El éxodo de los sesenta e inicios de los setenta comienza a realizarse en la actualidad en sentido inverso con las consiguientes frustraciones que ello comporta.

Si bien es cierto que los protagonistas de la emigración son los hombres y

mujeres que la iniciaron y continuaron no es menos verdad que envueltos en esta aventura se encontraron familias enteras, y por consiguiente sus hijos se han convertido en copartícipes y en muchas circunstancias, víctimas.

En el presente trabajo trataremos de analizar las repercusiones que han sufrido estos niños, en una muestra de ciento un casos entre cero-seis años de edad y otra de ciento dos casos entre los seis y los doce años de edad.

Es éste un pequeño trabajo que parte de la psicopatología de una población infantil muy determinada para tratar de extraer nuevas conclusiones sobre la enorme repercusión de la emigración que tiene sobre los individuos que la sufren (y nunca mejor empleado este término ya que los niños son en este caso sujetos pasivos).

Conviene aclarar que todos los niños de la muestra presentaban psicopatología ya que trabajamos con material de la consulta de paidopsiquiatría, esto debe tenerse en cuenta, ya que los resultados es de esperar que serían muy diferentes en caso de tratarse de una muestra de población digamos «normal» aunque también presentasen el factor común de la emigración.

Para completar en lo posible esta introducción pasaremos a revisar brevemente la historia de la emigración gallega en los últimos veinte años ya que las circunstancias de la misma han variado enormemente y esto incide directamente sobre las personas que lo han ido protagonizando.

1959-1960. — Se podría considerar que es entonces cuando comienza la emigración a Europa y es realizada por pequeños grupos atraídos por «el milagro económico alemán».

Por lo general eran bien aceptados (se necesitaba mano de obra) y podían alcanzar una buena adaptación a las costumbres del país, a la par que aprendían el idioma jóvenes con un cierto impulso aventurero aunque no se descarta la necesidad económica personal o familiar.

1961-1962. — Animados por los pioneros de cada pueblo comenzaron a seguirlos amigos, novias, familiares, etc... Se produce entonces una emigración desordenada y al estar menos preparados comienzan a aislarse y no intentan adaptarse al modo de vida del nuevo país.

1963. — En este año se produce la gran explosión de la emigración y los emigrantes realizan cada vez trabajos más ínfimos.

Podemos encontrar tres subgrupos de emigrantes:

- A. Un primer grupo bien ambientado y asimilado por la sociedad del país es el «EMIGRANTE DEFINITIVO».
- B. Un segundo grupo «PADRES EMIGRANTES + HIJOS», mal encajados y por lo tanto no definitivos pero difíciles de movilizar.
- C. Un tercer grupo «EMIGRANTE SOLITARIO» porque era soltero o su familia está en Galicia. Es el grupo más inestable y fácilmente reversible.

Los emigrantes del primer grupo eludían a los emigrantes solitarios; el proceder era mutuo ya que los definitivos eran conocidos en el «argot» de la emigración como «los vendidos».

El emigrante ambientado no suele tener patología derivada de situaciones conflictivas de status actual de emigrante debido a su total integración a las nuevas condiciones de vida.

1970. — En la década de los setenta y coincidiendo con la crisis económica mundial se desencadena un retorno de los emigrantes que va aumentando progresivamente. En dicha situación nos hallamos actualmente.

Pasaremos a continuación a estudiar diferentes aspectos de la emigración, circunstancias en que se realizaba, características familiares, retorno de la misma, etc... Posteriormente en el apartado V «DISCUSION» estudiaremos los casos concretos de los niños de la muestra.

EMIGRACION Y RETORNO

No se puede pretender estudiar el fenómeno de la emigración en cuanto a sus repercusiones sobre la salud mental y los problemas psicológicos que crea, refiriéndonos sólo al hombre emigrante, pues aunque parece ser el primer protagonista en todo esto, no es él únicamente quien recibe los impactos y sufre las consecuencias que la aventura emigratoria lleva en sí. Creemos que es verdaderamente exigitivo, considerar y analizar también, las repercusiones y problemas que se plantea respecto a sus familias próximas, dando una visión global de aquellos y de estos que permita ver las consecuencias que todo esto tiene en el seno de la familia del emigrante y en el aspecto social.

Sólo así, considerando en conjunto al problema emigratorio se puede comprender el verdadero significado y valorar su auténtica importancia en el aspecto que aquí nos interesa:

El problema del retorno.

FACTORES NEGATIVOS SOBRE EL PSQUISMO DEL EMIGRANTE

SENTIMIENTO DOLOROSO DE LEJANIA: Morriña
Saudade

NUEVO TRABAJO

AISLAMIENTO LINGÜÍSTICO:
Incomunicación
Reacciones paranoides de persecución
Inversión valores familiares

AISLAMIENTO FAMILIAR:
Nostalgia familiar, reacciones depresivas
Enfriamiento afectivo
Delirio celotípico o persecutorio

FACTORES PATOGENOS EN LA ESPOSA DEL EMIGRANTE

PERSONALIDAD MAL INTEGRADA:
Reacción. Neurosis de angustia
Distimia depresiva irritable
Histeria
Agresividad... desplazam. marido

Consecuencias sobre los hijos:
Caída del prestigio paterno
Menosprecio del padre
Hostilidad hacia el padre

REACCION DEL EMIGRANTE FRENTE A LA REALIDAD DE SU REGRESO

DESILUSION ANTE SU ESPOSA...
más vieja...

FALTA DE CARIÑO... Esposa... Hijos...
ENFRIAMIENTO AFECTIVO

SENTIMIENTO DE FRUSTRACION...
Reacción agresiva

NO HUBO AHORRO...

FACTORES PSICOPATOGENOS QUE ACTUAN SOBRE LOS HIJOS DE LOS EMIGRANTES

A) *AUSENCIA PROLONGADA DEL PADRE EMIGRANTE*

Mala relación interpersonal padre-madre
Tensión e inquietud en la madre... conflicto

Actitud de la madre:

- a) *asume* el papel del padre:
descontento en los hijos
personalidad inestable de la madre:
 carácter desigual
 reacciones imprevisibles
 mensajes contradictorios
en los hijos... stress
- b) *blanda*... sobreprotección
 indisciplina
 vida fácil
en los hijos...
 personalidades inseguras
 adolescentes delincuentes

FACTORES PSICOPATOGENOS QUE ACTUAN SOBRE LOS HIJOS DE EMIGRANTES

B) AUSENCIA PROLONGADA DEL PADRE Y MADRE

Antes de los 3 años...

- privación afectiva materna
- tristes
- recelosos
- introvertidos
- inquietos
- poco interés
- se aíslan
- difícil adaptación al ambiente
- retraso peso y talla
- impresión poco inteligentes

De 3 a 6 años...

- depende del tiempo separación
- depende establec. relac. suplem.
- inhibidos
- difícil relaciones afectivas

Después de los 7 años...

- puede resistir mejor la ausencia materna

COMPORTAMIENTO DE LOS HIJOS DE EMIGRANTES ANTE LA VENIDA TEMPORAL DE SUS PADRES

- a) Si hubo *deficiente* identificación con quien les cuida
rebeldía
expresión verbal de abandono
actitud de resentimiento
rechazo
repulsa
se resisten a llamarles «papa-mama»
regresión de su capacidad de abstraerse
identificarse
- b) Si hubo *buena* identificación
reacciones menos violentas
depende de las actitudes de sus padres

RETORNO DEFINITIVO DE AMBOS PADRES CON LOS HIJOS EN ESPAÑA

Actitud de los hijos:

- incapacidad para reconocerlos
- verbalizan su abandono
- rechazan toda muestra de cariño
- se niegan a llamarles por... «papa-mama»
- no aceptan consejos o sugerencias
- no aceptan regalos... compras... rebeldías... oposicionismo... fugas

Depende de:

- identificación con personas que le cuidan
- actitud de los padres al llegar
- separación brusca de sus cuidadores
- tiempo de separación
- edad del hijo
- etcétera.

II. JUSTIFICACION

El estudio estadístico del actual movimiento emigratorio español pone claramente de relieve como la región con un mayor índice de emigrantes es Galicia.

Así pues, Galicia, por ser zona de emigrantes, presenta una gran conflictividad no sólo a nivel infantil, sino también a nivel familiar.

Como el porcentaje de psicopatología en los hijos de emigrantes es altamente significativo en nuestra muestra, pensamos que era interesante y un deber, sondear la dinámica de estas situaciones de emigración.

Casi una tercera parte de los niños que acuden a consulta a esta sección de Paidopsiquiatría, son hijos de emigrantes. Creemos que este hecho influye en dos aspectos:

- Ocasiona problemas afectivos que crean una inmadurez en el desarrollo de la personalidad del niño, por lo que éste es más vulnerable.
- Por la misma situación de emigración, el ambiente que rodea al niño, está alterado y por lo tanto influye negativamente en su rendimiento.

El presente trabajo es una pequeña aportación, que tiene como finalidad colaborar al esclarecimiento y solución de esta problemática infantil.

III. MATERIAL Y METODO

Hemos recogido las historias de niños vistos por primera vez desde septiembre de 1978 hasta febrero de 1979 en la Consulta de Paidopsiquiatría del Departamento de Pediatría del Hospital General de Galicia.

De 570 niños, 102 correspondían a hijos de emigrantes mayores de seis años, lo que supone un 17,89% de incidencia. El total de la muestra de todos los hijos de emigrantes era de 203, luego un 35'61%. Así vemos que en el archivo de la Consulta de Paidopsiquiatría, una tercera parte de las historias corresponde a hijos de emigrantes.

Nuestro objetivo era el estudio de las circunstancias de estos niños, su dinámica familiar, motivo de consulta, sintomatología...

El historial clínico fue realizado por el médico Jefe de Sección de Paidopsiquiatría. Los niños fueron abordados para la testificación, por el personal de la Sección (psicólogos en prácticas, la maestra auxiliar clínica), pero este trabajo siempre fue supervisado por el Jefe de Sección, que es psicólogo.

De la muestra que estudiamos fue sumado en total 102 niños, entre los seis y doce años de edad, nos encontramos con:

- Niños: 62
- Niñas: 40

Después de una primera entrevista general, se hizo una especial encaminada a un mejor estudio psicodinámico del ambiente de emigración de estos niños. No había un protocolo rígido, aunque las preguntas eran casi similares en todos los casos. El objetivo era que el acompañante no se sintiese «determinado» por la situación de emigración y crease resistencias, ya sea negando situaciones o modificándolas.

El número de controles, aunque estaba determinado según el motivo de consulta y la propia dinámica del niño, como término medio era una segunda consulta a los quince días de la primera, la tercera a los tres meses y la cuarta a los seis meses de la primera; aparte, con bastantes niños se mantuvo un control

postal para refuerzo de actividades nuevas.

La recogida de datos se efectuó desde agosto de 1979 hasta mayo de 1980, de acuerdo a un protocolo ya previamente establecido, encaminado al fin de este trabajo. Se complementaron datos en posteriores controles y se anotó algún dato que pensamos era interesante para este estudio, y que en un principio no habíamos tenido en cuenta.

A todos los niños se les hizo un estudio paidopsiquiátrico:

1. Se mantuvo una entrevista con los familiares que acompañaban al niño a la consulta.

MUESTRA DE TRABAJO

Cuando se comenzó la tarea de clasificar y seleccionar las historias, nos encontramos con una gran diversidad de circunstancias que, a pesar del aglutinante común de la «EMIGRACION», requerían tratamiento específico, de ahí que surgieran los apartados que seguidamente pasamos a explicar:

I. NIÑOS EN GALICIA CON PADRES EN EUROPA

Se hallan aquí incluidos todos aquellos que han sufrido la emigración a través de sus familiares más próximos, pero que nunca han abandonado su país. Nosotros hemos recogido 42 casos en esta situación.

II. NIÑOS QUE HAN ESTADO EN EUROPA, HIJOS DE EMIGRANTES

Englobamos en este segundo apartado a los niños que han vivido directamente la emigración y hacemos entre ellos una diferencia:

- A) Aquellos que nacieron en Europa, pasaron allí determinado número de años y finalmente volvieron al país de sus padres. Son 9 casos.
- B) Los que han nacido en Galicia y emigraron para luego posteriormente retornar. Nos encontramos con 4 niños en estas condiciones.

Cuando estos niños acuden a la consulta de Paidopsiquiatría, el retorno suele ser por lo general muy reciente y los problemas que presentan los niños, sangrantes.

III. NIÑOS EN GALICIA CON PADRE MARINERO

En este último apartado se encuadran los hijos de navegantes de altura, que navegan varios meses al año por lo que se podría hablar con toda exactitud de una «EMIGRACION DE MAR». Estos niños padecen una situación similar a la de aquellos que tienen a su padre emigrando en Europa, con la salvedad de que los períodos de ausencia son más cortos y su situación socioeconómica es por lo general superior a la de los hijos de emigrantes de tierra.

En nuestro estudio nos encontramos con 47 niños hijos de marinero, frente a los 55 sobre los que repercute el problema que conlleva a la emigración a Europa. Si tenemos en cuenta que esta muestra sólo comprende a niños gallegos, y que Galicia es una región inminentemente costera, con más población emigrante de mar que de tierra, hemos de señalar que el porcentaje de problemática infantil en los hijos de navegantes, es más bajo que el de los hijos de los que emigraron a Europa, quizá en parte debido a que estos niños no sufren la ausencia de la madre y su entorno familiar no se ve tan comprometido.

La muestra total corresponde a 102 niños entre los 6-12 años, subdividida en:

- Niños: 62
- Niñas: 40

y nos encontramos con más niños en la muestra general, que niñas.

En la bibliografía manejada, este dato no aparece como discriminativo, sino que aparece el niño como «neutro» (niño-a). Sin embargo, en nuestra área socio-cultural la psicopatología por problemas de la emigración es mayor en el niño.

MUESTRA DE TRABAJO: POBLACION INFANTIL ESTUDIADA

Grupos	Núm.: = 102
NIÑOS EN GALICIA CON PADRES EN EUROPA	42
NIÑOS QUE HAN ESTADO EN EUROPA, HIJOS DE EMIGRANTES	13
NIÑOS EN GALICIA CON PADRE MARINERO	47

EDADES DE LOS NIÑOS ESTUDIADOS

Las edades a las que nos referimos son aquellas que tienen los niños en el momento en que acuden a esta consulta de Paidopsiquiatría. Con esto queremos decir que los cuadros patológicos que presentan, pueden venir de tiempo atrás, pero hasta ese momento, la familia no ha considerado necesario ponerlos en manos de un estudio psiquiátrico y psicológico.

Los niños cuyas edades están comprendidas entre 6 y 7 años, son 17 y en

un 82,35% presentan fracaso escolar al ser incorporados a un nuevo ciclo de escolarización en el que cambian las normas exigidas hasta ese momento y se les exige una mayor responsabilidad en sus quehaceres.

Veintiocho son los niños que abarcan las edades de 7-8 años y nos encontramos con que son 9 (de los de la muestra general) en los que aparece la enuresis como síntoma más acusado.

Da la casualidad de que de los 8 a los 10 años de edad hemos visto 27 casos y de entre todos ellos un 77,77% se trata de hijos de marinero, sin que podamos dar a esto una explicación significativa.

De 10-12 años hemos estudiado 30 casos, con un 68,75% de niñas. En este grupo de preadolescentes han aparecido la mayoría de los casos diagnosticados como depresión, fruto de la desintegración familiar que han sufrido durante su vida, por falta de alguno de sus progenitores, pero que en esos momentos vivencian más.

TIEMPO QUE PERMANECIERON SEPARADOS

La separación se refiere al tiempo que ha durado la ausencia de uno o ambos progenitores. En el caso de los niños en que sólo haya emigrado su padre, hablamos pues del tiempo en que ha estado separado de la figura paterna.

La separación durante un tiempo inferior a los tres años aparece en un 33,33%. Se trata de emigrantes no preparados para enfrentarse contra las dificultades de adaptación a un país con una mentalidad colectiva y que se les muestra completamente diferente a la de su patria, o que se han desengañado totalmente de las facilidades dadas por el país extranjero y por lo tanto regresen rápidamente a su país natal. Sus

hijos han sufrido en un plazo muy corto de tiempo los problemas que extrañan tanto la marcha de sus padres como su retorno relativamente temprano. Y es en este grupo donde nos encontramos con los cuadros más agudos.

Entre 3 y 6 años han permanecido separados un 16,66%. En todos los casos únicamente había ausencia paterna ya que la madre no había salido con su marido a buscar nuevos horizontes, sino que había permanecido en casa.

Curiosamente observamos que la mitad de esta muestra de 42 niños, ha permanecido separado de su padre y/o madre, más de seis años. Así pues, los emigrantes en gran número dejan a sus hijos al cuidado de su madre, en el caso de que ésta no se vaya con su marido, o si no de unos familiares cercanos, tales como abuelos o tíos, para permanecer en el extranjero un buen número de años en espera de alcanzar el objetivo económico deseado que les facilite la vuelta a su país natal.

NIÑOS EN GALICIA CON PADRES EN EUROPA

Tiempo que permanecieron separados

TIEMPO %	NIÑOS (Nº: 42)
MENOS DE 3 AÑOS	33,33
ENTRE 3-6 AÑOS	16,66
ENTRE 6-12 AÑOS	50,00

TIPOS DE EMIGRACION Y REGRESO

Son 12 los niños que han acudido a esta consulta y que actualmente tienen a sus padres (padre y madre) en el ex-

tranjero. En 8 casos las condiciones familiares en que se encuentran son bastante favorables y su adaptación buena, pero aparecen bastantes cuadros de fracaso escolar al vivir en la mayoría de los casos, con adultos que no tienen muy en cuenta la educación intelectual.

En otros casos, aunque durante cierto tiempo tanto el padre como la madre estuvieran en el extranjero, han retornado o bien ambos progenitores (5) o bien sólo uno de ellos, siempre la madre (6). En la primera situación hemos de destacar la gran problemática planteada por un niño (depresión, enuresis, pasividad...) que después de haber vivido siempre con unos tíos, con los que mantenía una relación de padres-hijo, ha pasado a vivir con sus padres, prácticamente desconocidos para él, con el agravante de un cambio de residencia a una zona urbana en donde ve muy limitada sus salidas y amistades.

La emigración tan sólo del padre aparece en 16 casos. En 9 de ellos éste ha regresado y en 7 todavía permanece en el extranjero. Estos niños nunca se han visto separados de su madre y la estructura familiar no se ha visto tan alterada; la problemática es menos acusada en los casos en que la figura paterna ha retornado y se ha vuelto a incorporar al núcleo familiar.

Tenemos 3 casos especiales, llamados así por lo poco frecuentes en nuestra muestra (7,14%), en que la única emigrante ha sido la madre. En dos de ellos aparece una madre soltera que desentendiéndose de su hijo y mostrando hacia él gran enfriamiento afectivo, ha buscado en un país europeo, del que todavía no ha regresado, nuevos horizontes. El tercer caso se trata de una mujer que para mantener la economía de su hogar se vio obligada a salir al extranjero durante dos años, mientras su marido se recuperaba de una larga enfermedad que le mantenía parado.

PSICOFARMACOLOGIA EN LOS SINDROMES OBSESIVOS

Dr. R. Ferrer i Gelabert
Dr. J. Tomás i Vilaltella
Barcelona

Hospital Vall D'Hebron
Clínica Infantil. Prof. A. Ballabriga
Servicio Paido-Psiquiatría
Seg. Social. Barcelona

1. DEFINICION DE SINDROME OBSESIVO

a) CLASICA

Inrrupción involuntaria, angustiante y repetitiva de sentimientos o pensamientos de los que el paciente es consciente de su carácter absurdo o inadecuado y ante los que se defiende mediante mecanismos mentales (ideas) o comportamentales (rituales) que le permitan dominarlos (o «conjurarlos»).

Existe siempre una gran angustia ante tales situaciones, una clara noción consciente de la morbosidad del proceso y finalmente, un fondo de personalidad neurótica (sistema compulsivo, introspección, psicastenia, meticulosidad, comprobación, dudas, inhibición intelectual y afectiva, etc.).

b) *R.D.C.* (Trastorno obsesivo-compulsivo)

A. — Obsesiones o compulsiones como ideas, sensaciones, impulsos, movimientos, etc., recurrentes y persistentes acompañados del deseo de resistencia a tal situación. Reconocido subjetivamente como algo extraño a su personalidad (ego alien, ego distónica).

B. — Las obsesiones o compulsiones —o sus reacciones— provocan una alteración en el funcionamiento social-ambiental del individuo o bien una búsqueda de apoyo exterior (médica, etc.).

C. — Los síntomas obsesivo-compulsivos no coinciden con episodios de trastornos afectivos mayores. Pueden coexistir con trastornos fóbicos, agorafobia y ataques de pánico.

c) **DSM-111. (300.30. — Trastorno obsesivo-compulsivo)**

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

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

B. — Las obsesiones o compulsiones son una fuente significativa del malestar para el individuo o interfieren su funcionamiento social.

C. — No son debidas a otra alteración mental, tal como la enfermedad de La Tourette, la esquizofrenia, la depresión mayor o los trastornos mentales orgánicos.

2. SEMIOLOGIA

La ritualización compulsiva es un mecanismo normal de la evolución psico-

genética de la primera infancia, observándose mecanismos rituales en múltiples procesos lúdicos y de aprendizaje.

En el período de latencia pueden ocurrir comportamientos compulsivo-fóbicos (ritos de lavado, acostarse, ordenacismo, meticulosidad) como simple defensa ante exigencias de la socialización.

Pero pueden aparecer ya rasgos de personalidades obsesivas caracterizadas por la inhibición emocional, síntomas de la serie obsesivo-anancástica vividos con angustia y con la sensación de ser la única defensa que dispone el niño para asegurarse una coherencia y una individuación. Asimismo existe un severo déficit en los procesos de simbolización y elaboración fantasmática, ausencia de espontaneidad, intereses circunscritos y déficits de adaptación, lo que configura ya una estructura de personalidad de tipo preneurótico.

En la adolescencia, el síndrome obsesivo va tomando la forma del adulto caracterizándose más por las conductas rituales-anancásticas. Aparecen pensamientos de conjuración, cavilación, obsesiones ideativas (Folie de doute), fóbicas o impulsivas, todo ello acompañado de gran angustia, mecanismos de prevención, conciencia mórbida, reducción de la actividad, etc., pudiendo evolucionar incluso hacia desorganizaciones psicóticas.

3. PATOGENIA

Existen diversas comprensiones teóricas de los cuadros obsesivos:

a) Los **constitucionalistas** darían valor al factor hereditario, pero queda poco claro el efecto de la influencia de tipo ambiental-familiar que, mediante procesos de aprendizaje y refuerzos de

conductas podrían crear «patterns» de condicionamientos patológicos hacia tales conductas, teorías defendidas por las

b) escuelas **comportamentalistas** (Eysenck, etc.).

c) La patogenia **psicodinámica** señala que el núcleo obsesivo es el resultado de una regresión libidinal a estadios pregenitales, existiendo una emergencia de impulsiones, deseos y fantasmas agresivos y sexuales ante los cuales los procesos obsesivos serían la expresión de mecanismos defensivos del Yo (aislamiento, anulación, formación reactiva, intelectualización, etc.), situados en el contexto de una personalidad neurótica premórbida.

d) Más recientemente, el éxito observado con el tratamiento de los síndromes obsesivos mediante fármacos tricíclicos ha abierto un campo de investigación dirigido a las posibles similitudes neurofisiológicas entre los procesos obsesivos y los depresivos.

En ambos existe un déficit de neurotransmisión dopaminérgica y/o, serotoninérgica, actuando los fármacos tricíclicos a nivel de la inhibición de la recaptación sináptica de tales transmisiones. Tanto en los procesos depresivos como en los obsesivos se han hallado niveles bajos en LCR de los metabolitos de tales neurotransmisores [Ac. homovanílico (HVA), Ac. metoxifenilglicol (MHPC) y Ac. hidroxindolacético (SHIAA), respectivamente], niveles que aumentan tras el tratamiento prolongado con tricíclicos y otras moléculas antidepresivas más recientes. Así mismo, otros marcadores biológicos de la depresión son compartidos por otras entidades psicopatológicas, entre ellas los síndromes obsesivos. En ambas se aprecian alteraciones en la arquitectura del sueño (acortamiento de la latencia REM), y escapes anormales (no supresión) de cortisol plasmático ante el test de frenación por la dexametasona (DST).

La relación neurobioquímica que puede existir en ambas enfermedades se halla todavía en proceso de investigación, pero recientes estudios (Thoren, 1980) señalan a la clorimipramina como agente directo con acción antiobsesiva (por aumentar la inhibición de la recaptación de N.A.), mientras que su metabolito, la desmetildorimipramina, tendría un mayor efecto antidepresivo.

4. TRATAMIENTO

El tratamiento clásico de los síndromes obsesivos mediante psicoterapia, asociado o no a medicación ansiolítica, se ha revelado bastante decepcionante, sobre todo en el caso de una neurosis fuertemente estructurada. Las terapéuticas por descondicionamiento se patentizan como mucho más difíciles que en el caso de las fobias. (Ajuriaguerra. Manual psiquiatría inf., pág. 641). La relativamente reciente utilización de psicofármacos tipo antidepresivos tricíclicos, especialmente la clorimipramina (® Anafanil) ha abierto nuevas y mejores perspectivas en el tratamiento de los síndromes obsesivo-compulsivos.

Comentaremos brevemente algunas particularidades del tratamiento con tal fármaco, tal como se concibe actualmente:

a) Parece tener mayor eficacia antiobsesiva la clorimipramina que otros derivados tricíclicos, aunque también se utiliza la imipramina y sus variantes (N-oxi-imipramina).

b) Parece preferible el uso de la vía oral (en comprimidos) en toma única diaria.

c) Debe iniciarse el tratamiento con dosis bajas (p. ej. 10 mg/día), aumentando progresivamente (p. ej. en 10 mg por semana) hasta alcanzar dosis máximas

de 250 mg/día. La dosis terapéutica de mantenimiento parece situarse entre 70 y 200 mg/día en niños mayores y adolescentes.

d) Por lo general suele observarse una mejoría clínica evidenciable a las dos semanas de tratamiento, pero consideramos conveniente mantener las dosis terapéuticas como mínimo 8 meses, aún ante la ausencia de sintomatología clínica. La supresión precoz de la medicación conlleva casi siempre la reaparición del cuadro obsesivo-compulsivo, lo que hace conveniente en algunos casos, proseguir más allá con una dosis de mantenimiento (p. ej. 25 mg/día) durante varios meses o incluso años.

e) Debe advertirse al paciente de la aparición de posibles efectos secundarios de tipo parasimpático al inicio del tratamiento, para evitar el abandono del fármaco.

f) Es preciso realizar controles de niveles plasmáticos de absorción del fármaco, ya que existen sujetos —aparentemente resistentes al tratamiento aún a altas dosis— con baja capacidad de metabolización de los tricíclicos. Los niveles plasmáticos eficaces se sitúan entre 70-200 ug/ml.

g) Hemos observado que la remisión de sintomatología obsesiva puede ir acompañada por la aparición de rasgos de la serie fóbica y especialmente por la manifestación de una estructura de personalidad caracterizada por la pobreza de elaboración fantasmática, déficit de simbolización psicodinámica, rigidez, debilidad yoica.

Por ello, en algunos casos, creemos conveniente la instauración de un tratamiento psicoterapéutico no profundo, a partir de la remisión de la sintomatología, cuya finalidad se centrará en la resolución de conflictos existenciales y relacionales, así como en el «enriquecimiento» global de los procesos emocionales del individuo.

5. CASUÍSTICA

Hemos extraído de nuestras consultas 31 casos de Síndrome Obsesivo Compulsivo, la mayor parte de ellos visitados en el período entre los años 1978 y 1981, fase que podríamos llamar «de transición» en nuestra actitud y abordaje terapéutico ante tales cuadros, que evolucionó de una perspectiva psicoterapéutica y psicodinámica a otra más farmacoterapéutica y biológica.

Casos: 31

Varones: 17 55%

Hembras: 14 45%

Edades:

Entre 5 y 12 años: 11

Entre 13 y 18 » : 14

Entre 19 y 23 » : 4

Más de 23 años : 2

Edad media: 14.7 años

Clínica:

Con ideación obsesiva: 21

Con conductas compulsivas: 15

Patología asociada:

Fobias: 12

Rasgos depresivos: 6

Tics: 5

Rasgos psicóticos: 4

Deficiencias mental: 3

Conductas psicopáticas: 2

Tiempo total de evolución de la sintomatología clínica: (sin y con tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico)

De 0 a 6 meses: 4

De 6 a 12 » : 10

Más de 1 año : 6

Más de 2 años : 6

Más de 3 » : 6

Desconocido : 3

Tratamiento:

Tipo de fármaco empleado:

Clorimipramina: 26 casos
Imipramina : 7 »
Asociados Sulpiride : 1 »
 IMAO : 1 »

Dosis media empleada: 76.5 mg/día.

Tiempo medio de administración farmacológica: 14.3 meses.

No realizan o abandonan tratamiento farmacológico: 7 casos.

Respuesta terapéutica al tratamiento farmacológico:

Positiva : 19 61%
Regular : 5 16%

Negativa : 5 16%
Desconocida: 2 6%

Insuficiente absorción plasmática del fármaco: 4 casos
(con dosis 150 mg/día y N.P. 70 g/ml)

Realizan tratamiento psicoterapéutico:
SI 21 68%
NO 10 32%

Tiempo medio de duración: 19.4 meses.

Evolución clínica **con** tratamiento psicoterapéutico y **sin** tratamiento farmacológico: 4 casos

Positiva : 1 caso (Recidiva post-
Regular : 1 caso psicoterapia de
Negativa: 2 caso 3.ª duración)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AJURIAGUERRA, J.: *Manual Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson. 3ª edición. 1976.
- AJURIAGUERRA y MARCELLI: *Psicopatología del niño*. Ed. Toray-Masson. 1982.
- MAZET y HOUZEL: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Médica y Técnica. 1981.
- DEBRAY y RITZEN: *Neuro-psychiatrie infantile*. Ed. Masson. 1981.
- ASBERG y SJOQVIST: *Therapeutic drug monitoring*. Ed. Richens, Marks. 1981.
- INSEL MURPHY. *Rev. Clin. Psychopharmacol.*, 1: 304-311., 1981.
- INSEL. *Arch. Gen. Psychiatry.*, 39: 1372-1377. 1982.
- INSEL. *Psychiatry Research.*, 6: 153-160. 1982.
- DEWAN: *Am. J. Psychiatry.*, 139, 1503-1504. 1982.
- THOREN y ASBERG: «Clomipramine treatment of O.C.D.». *Arch. Gen. Psychiatry.*, 37: 1289-1294. 1980.

MAESTRO-PSIQUIATRA INFANTIL: COLABORACION TEORICA Y PRACTICA. ESTUDIO CRITICO

Dra. M.^a Dolores Linares*

Dr. Julián Ochoa**

* Centro de Diagnóstico Zaragoza - Dip. General de Aragón.

** Centro Salud Mental Zaragoza - Dip. General de Aragón.

Nuestra relación ha consistido en:

Información y asesoramiento en temas de Salud Mental Infantil a los diferentes profesionales del campo educativo: directores de centros, profesores de preescolar, de E.G.B., de pedagogía terapéutica-educación especial, psicopedagogos, inspección escolar, etc.

Realización y colaboración en cursos de formación para dichos profesionales, sobre la Salud Mental Infantil y sus alteraciones más frecuentes.

El motivo o finalidad de lo anterior, es implicar al profesional de la educación en la promoción y defensa de la Salud Mental Infantil, a la vez que toma conciencia del lugar privilegiado que ocupa en la detección precoz de las posibles alteraciones de la misma. De otra parte, se busca, el procurar reducir y/o mo-

dificar, toda una serie de ideas, juicios y actitudes, que la sociedad tiene sobre la Salud Mental y sus alteraciones, en especial, su tendencia a medicalizar, psiquiatrizar y etiquetar.

Tras los planteamientos teóricos, surge la conveniencia de conocer y poder valorar, como se está traduciendo esta relación en el terreno de la práctica diaria, para lo que hemos procedido a revisar las 200 últimas historias clínicas de niños/as que han sido remitidos al Centro para su estudio y orientación terapéutica, por indicación directa de los profesionales de la educación.

La muestra estudiada procede de Centros de Preescolar y de E.G.B. de carácter público (88%) y privado (12%).

La titulación del profesional de la educación que ha sentado la indicación del estudio se corresponde en un:

56,5% de los casos remitidos por maestros nacionales.

43,5% de los casos remitidos por maestros especialistas pedagogía terapéutica.

Las 200 historias revisadas están constituidas en un 30% por hembras y

en un 70% por varones; con edades comprendidas entre los 4,5-14 años.

La edad promedio de las hembras es de 7,6 años.

La edad promedio de los varones es de 8,5 años.

La distribución por edades y sexo es: (Cuadro I)

CUADRO I

Edad	4-5 años	6-10 años	11-14 años	Total
○	9	43	8	60
○	11	107	22	140
Total	20	150	30	200

Los motivos por los que han sido remitidos al Centro para su estudio son:

66,5% Dificultades en el Aprendizaje.
29,5% Dificultades Aprendizaje y Per-

sonales (afectivos, conducta, etc.).
4% Dificultades Personales.

La distribución por sexo y motivo de consulta es: (Cuadro II)

CUADRO II

	Dificultad Aprendizaje	Dificultad Aprend. + Personal	Dificultad Personal
○	42	14	4
○	91	45	4
Total	133	59	8

Correlacionando los factores: tipo de escuela, profesional de la educación, sexo, edad y motivo de la consulta; los únicos datos significativos encontrados son:

El grupo que procede de la escuela privada tiene una edad media por debajo de la edad media del grupo de la escuela pública y del total de la muestra.

8,2 años, edad media de la muestra total.

8,4 años, edad media de la procedente de la escuela pública.

6,5 años, edad media de la procedente de la escuela privada.

La correlación entre el número de niños enviados por problemas de aprendizaje y los que han sido remitidos por

tener dificultades de aprendizaje y personales, es distinta, según el grupo sea remitido por maestros nacionales o por maestros especialistas en pedagogía terapéutica.

Grupo enviado por maestros nacionales:
71% por dificultad aprendizaje
29% dificultad personal y aprendizaje

Grupo enviado por maestros con pedagogía terapéutica:
59% dificultad aprendizaje
41% dificultad personal y aprendizaje

A todos los sujetos de la muestra se les ha practicado:

- Estudio de su Historia Individual y Familiar.
- Pruebas Psicodiagnósticas que nos permitan valorar:
 - grado de desarrollo madurativo y rendimiento intelectual;
 - desarrollo de la personalidad y afectividad.
- Pruebas Complementarias según indicación (ORL, EEG, A. Social, etcétera).

La Muestra, en relación a sus niveles/rendimientos intelectuales, se ha distribuido en cinco grupos:
Superior a la Media, Media, Media Baja, Límite, Oligofrenia. (Cuadro III)

CUADRO III

	Superior Media	Media	Media Baja	Límite	Oligofrenia
O	3	13	13	21	10
O	7	43	19	51	20
Total	10	56	32	72	30

La Muestra, en relación a las alteraciones psicopatológicas encontradas se distribuye en cuatro grupos: (Cuadro IV)

Los que presentan alteraciones psicopatológicas a nivel individual.

Los que presentan alteraciones psicopatológicas a nivel de la familia.

Los que presentan ambas alteraciones a la vez.

Los que no presentan alteraciones psicopatológicas de ningún tipo.

CUADRO IV

	Psicopato. Individual	Psicopato. Familiar	Psicopato. Indiv. + Famil.	Psicopato. No presente
O	8	2	49	1
O	29	7	95	9
Total	37	9	144	10

Correlacionando el tipo de escuela y profesional de la educación con los niveles intelectuales y problemas psicopatológico encontrados en la muestra, no hemos encontrado datos que se puedan considerar como significativos.

Otras correlaciones establecidas son las siguientes:

- **Motivo de consulta y rendimientos intelectuales. Cuadro V**
- **Motivo de consulta y alteraciones psicopatológicas. Cuadro VI**
- **Rendimientos intelectuales y alteraciones psicopatológicas. Cuadro VII**

CUADRO V

	Superior Media		Media		Media Baja		Límite		Oligofrenia	
	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Dificultad Aprendizaje	1	1	11	28	9	13	13	35	8	14
Difi. Apren. y Personal		4	1	13	3	6	8	16	2	6
Dificultad Personal	2	2	1	2	1					
Total	10		56		32		72		30	

CUADRO VI

	Psicopatolo. Individual		Psicopatolo. Familiar		Psicopatolo. Indiv. + Famil.		Psicopatolo. No presente	
	O	O	O	O	O	O	O	O
Dificultad Aprendizaje	8	22	1	7	32	53	1	9
Dific. Apren. y Personal		7	1		13	38		
Dificultad Personal					4	4		
Total	37		9		144		10	

CUADRO VII

	Psicopatolo. Individual		Psicopatolo. Familiar		Psicopatolo. Indiv. + Famil.		Psicopatolo. No presente	
	O	O	O	O	O	O	O	O
Intel. Super. a la Media					3	6		1
Media	2	6	1	4	10	31		2
Media Baja		1			13	14		4
Límite	3	17	1	3	16	30	1	1
Oligofrenia	3	5			7	14		1
Total		37		9		144		10

Como conclusiones provisionales, ya que la línea general del trabajo está abierta a la recogida del material suficiente, que nos permita poder llegar a unas conclusiones más firmes.

- La demanda de consulta es superior en los varones.
- El grupo entre 6-10 es el más numeroso.
- La edad media de las mujeres es inferior a la de los hombres.
- Los profesionales de la escuela privada solicitan la consulta a edades más tempranas.
- Partiendo de la proporción existente en el ámbito escolar entre ambos profesionales de la educación, la demanda de consulta es superior por parte de los maestros de pedagogía terapéutica.
- El móvil principal de la consulta son la dificultad aprendizaje.
- En el grupo enviado por los maestros de pedagogía terapéutica, el móvil de las dificultades personales cobra mayor significado.

- El 33% de la muestra tiene un nivel intelectual igual o superior a la media, y el 95% presenta trastornos psicopatológicos necesitados de la orientación y terapéutica adecuadas al caso.
- De los enviados por dificultad de aprendizaje, el 31% tiene inteligencia normal o superior, y el 92% presenta alteraciones psicopatológicas individuales, familiares y ambas a la vez (más frecuente).
- De estas y otras consideraciones que se pueden entresacar del estudio de la muestra, se puede apreciar que a través de los profesionales de la educación, podemos llegar a conocer y estudiar diferentes problemas psicopatológicos del niño y su familia, puestos de manifiesto a través de las dificultades de aprendizaje y de la conducta del sujeto en la escuela, y que por diferentes circunstancias, la familia del niño no se había planteado consultar.

EFICACIA Y VARIABLES RELEVANTES EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS

JERONIMO PARRAGA PEREZ

Departamento Psicología General
Facultad de Filosofía y CC. Educación
Universidad de Sevilla

JOSE MARIA LEON RUBIO

Departamento Psicología General
Facultad de Filosofía y CC. Educación
Universidad de Sevilla

JAIME RODRIGUEZ SACRISTAN

Unidad Docente Psiquiatría Infantil
Departamento Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad de Sevilla

La formulación de modelos teóricos y terapéuticos de carácter cognitivo, ha sido uno de los grandes y más recientes cambios operados en nuestra disciplina, incluso se podría decir que gran parte de su historia reciente, se corresponde con la historia del desarrollo y aplicación de estos modelos cognitivos, de ahí su interés e importancia para nosotros.

Ahora bien, el hecho de que estos modelos formen parte ya de la historia de la modificación de conducta, no es una prueba suficiente de que tales modelos hayan probado su eficacia terapéutica, son muchas las ocasiones en las que se

acepta un modelo sin que existan pruebas suficientes acerca de su validez y eficacia.

El problema se agrava aún más, si los modelos propuestos para el abordaje de un problema concreto son varios, son muchas las dudas que surgen entonces: ¿Qué modelo explica mejor el desarrollo y mantenimiento del problema?, ¿qué modelo proporciona mejores métodos terapéuticos o cuáles de éstos son más eficaces?, ¿diferentes métodos para diferentes dimensiones del problema?, etc.

Probablemente el abordaje de la depresión desde la perspectiva de la modificación de conducta, sea un tema que

se adecúe a la panorámica descrita anteriormente, pues son varios los modelos propuestos para explicar el desarrollo y mantenimiento de las conductas depresivas (socio-ambiental de desesperanza aprendido, cognitivo y de autorreforzamiento) y aún son insuficientes los datos que poseemos acerca de la validez y eficacia terapéutica de los mismos.

Una de las estrategias que se suele utilizar para resolver cuestiones como las avanzadas anteriormente, consiste en revisar los estudios clínicos de caso único en los que se emplearon alguna de las técnicas terapéuticas propuestas por estos modelos, y contrastar los resultados obtenidos en los mismos.

Tal tipo de trabajos de revisión presenta serios inconvenientes; sitúan en un mismo plano los resultados de estudios llevados a cabo con sujetos que presenta diferentes características con respecto al problema depresivo, igualmente se suelen situar en el mismo plano estudios que utilizaron diferentes criterios de éxito terapéutico, y en otro orden de cosas, los efectos diferenciales de variables específicas de cada tratamiento quedan solapados por su objetivo exclusivamente comparativo.

Los trabajos de revisión de Rush y Bèck (1978), Kovacs (1979 y 1980, en este último ya se incluyen algunos estudios de grupos comparados) y Whitehead (1979), son un claro ejemplo de este tipo de estrategias.

Sin embargo, los inconvenientes apuntados antes, pueden ser salvados, si en lugar de revisar los estudios clínicos de caso único, centramos nuestra atención en los estudios de grupos comparados (aunque corremos el riesgo de que los sujetos tratados sean voluntarios y no pacientes) y en aquellos otros que tienen por objetivo estudiar el papel de las variables relevantes de los diferentes tratamientos aplicados.

El presente estudio revisa aquellos trabajos de grupos comparados, en los que una de las condiciones de tratamiento fue la aplicación de la terapia cognitiva de Beck, e igualmente, aquellos otros en los que el objetivo de la investigación versó sobre el papel de una o varias de las variables relevantes en este tipo de terapia cognitiva.

Tres son los objetivos que nos animan a realizar un estudio de revisión como el propuesto:

- 1) Comparar la terapia cognitiva con otras aproximaciones en cuanto a su eficacia terapéutica;
- 2) Determinar las variables que se han mostrado como relevantes en este tipo de terapia; y
- 3) Determinar, a la luz de los datos obtenidos, objetivos de futuras investigaciones.

METODO

El presente estudio se ha basado en una selección, recopilación y análisis posterior de la bibliografía pertinente sobre el tema.

Los **criterios de selección** de los artículos recopilados se efectuó, en función de las siguientes características:

- a) Estudios de grupos comparados;
- b) Estudios sobre los efectos diferenciales de distintas variables en este tipo de terapias.

RESULTADOS

1. Estudio de grupos comparados

A continuación en el Cuadro I, se recogen aquellos estudios de investigación terapéutica cuyo propósito consistió en

la comparación de diferentes tratamientos en cuanto a su eficacia terapéutica.

Las claves utilizadas para la exposición de los datos que tienen algún interés para realizar un análisis como el que se propone aquí, son: Autor y año, grupos de tratamiento, existencia o no de grupo control, número de sujetos tratados, medidas utilizadas en la evaluación, resultados obtenidos y conclusiones.

2. Estudios de investigación terapéutica sobre los efectos diferenciales de las distintas variables en este tipo de terapias

En el Cuadro II que exponemos a continuación, se recogen aquellos trabajos de investigación terapéutica cuyo objetivo queda especificado en el epígrafe de este apartado.

Las claves utilizadas, en este caso, han sido: autor y año, objetivo del estudio, número de sujetos e índole de los mismos, diseño experimental y resultados.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. Estudios de grupos comparados

Lo primero que advertimos al examinar el Cuadro I es el escaso número de este tipo de estudios, lo que por otra parte ya fue advertido por Kovacs (1980) en su trabajo de revisión, es decir, como también concluía este autor, es necesario desarrollar estudios de esta índole.

Pero sin duda alguna, no basta con llevar a cabo estudios de grupos comparados, sino que además, éstos han de tener en cuenta una serie de consideraciones metodológicas, sin cuya contemplación los resultados que se alcanzan no tendrán ninguna validez.

Los estudios analizados por nosotros,

pese a estar firmados por prestigiosos autores en la materia, presentan una serie de «errores metodológicos» que limitan las conclusiones a las que podemos llegar con nuestro análisis, algunos de estos errores son:

- a) Carecer de fase de seguimiento (Taylor y Marshall, 1977; Shaw, 1977);
- b) Falta de grupos control (Shaw, 1977; Lapointe y Rimm, 1980; Rush et al., 1981; Gardner y Oei, 1981);
- c) Número insuficiente de sujetos para este tipo de estudios (Shaw, 1977; Gardner y Oei, 1981).

Pese a estas desventajas, las conclusiones a las que hemos llegado y que pasamos a expresar a continuación, se ven avaladas (en cierta medida) por el hecho de que en todos los casos se utilizaron pacientes depresivos no voluntarios y prácticamente las medidas de evaluación utilizadas fueron las mismas.

Según los resultados obtenidos en nuestra revisión (vid. el Cuadro I) podemos concluir lo siguiente:

1. La terapia cognitiva de Beck resulta eficaz en el tratamiento de las depresiones, tanto si la evaluación se realiza mediante cuestionarios, como si se realiza mediante pruebas situacionales específicas en las que se requiere que el sujeto emita conductas adaptativas.
2. No hay datos suficientes para evaluar la eficacia diferencial de la terapia cognitiva de Beck con respecto a otras aproximaciones, si nos atenemos al trabajo de Taylor y Marshall (1977; uno de los más completos metodológicamente), así como a otros estudios clínicos de caso único (Rush, Khatami y Beck, 1975; Fuchs y Himmelhoch, 1980),

podemos concluir que una combinación de técnicas cognitivas y comportamentales es la solución adecuada.

3. Uno de los factores que más contribuye al éxito terapéutico parece ser la alta motivación del paciente, y también sabemos, que dicha motivación es posible incrementarla si obtenemos cambios rápidos y significativos en el comportamiento del paciente. Una forma de obtener estos cambios comportamentales es la utilización de terapéuticas farmacológicas, luego una combinación de éstas con técnicas cognitivas puede resultar un tratamiento adecuado y eficaz.

2. Variables relevantes en los tratamientos cognitivos

Además de los estudios comparativos considerados anteriormente y cuya finalidad estriba en determinar qué tratamientos son más eficaces, la investigación terapéutica ha dirigido sus esfuerzos a resolver problemas tales como los siguientes:

- A) Papel del autorreforzamiento en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos (Rozensky et al., 1977).
- B) Relación entre ansiedad y depresión (Craighead y Hickey, 1979).
- C) Relación entre distorsión de la percepción y depresión (Craighead y Hickey, op. cit. ant.).
- D) Relación entre distorsión del recuerdo y depresión (Craighead y Hickey, op. cit. ant.).
- E) Papel del cambio de «humor» en el desarrollo de la depresión (Craighead y Hickey, op. cit. ant.).
- F) Relación entre lenguaje y depresión (Dunn, 1979).

G) Relación entre auto-estima y depresión (Gardner y Oei, 1981).

A la vista del Cuadro II, podemos decir, que la situación con respecto a estos temas se encuentra del siguiente modo:

1. El autorreforzamiento parece jugar un importante papel en el mantenimiento de la depresión más que en el desarrollo de ésta.
2. Ansiedad, distorsión de la percepción y el recuerdo, y cambio de «humor», son factores que considerados independientemente no explican el desarrollo y mantenimiento de los trastornos depresivos.
3. Del estudio de Dunn (1979) se deriva que los patrones de lenguaje desadaptativo juegan un importante papel en el desarrollo de la depresión.
4. La aplicación en grupo de la terapia cognitiva-comportamental se muestra más eficaz que la aplicación individual, lo que supone que la asertividad (modelo socio ambiental) es una de las variables a manejar en el tratamiento de los trastornos depresivos.
5. También se ha podido comprobar que existe una estrecha relación entre auto-estima y mejora de los síntomas depresivos. Si pensamos que uno de los efectos del entrenamiento asertivo es el incremento de la auto-estima de los sujetos sometidos a este tipo de entrenamiento, es posible concluir (al igual que en el punto anterior) que la asertividad juega un papel preponderante en el manejo de pacientes depresivos.

Estas afirmaciones son más concluyentes que las derivadas de los estudios de grupos comparados, en cuanto que, en los estudios considerados en este se-

gundo apartado, el «rigor» metodológico de los mismos es mayor.

Cabría hacer aquí una especial mención a los estudios de revisión de Whitehead (1979) y Grossberg (1981), ambos autores concluyen que uno de los temas a estudiar es el de la influencia del nivel socio-económico del paciente en la sensibilidad al tratamiento mediante técnicas cognitivas, no cabe duda que la resolución de este tipo de problemas abriría nuevos caminos a nuestra disciplina, todavía más, cuando desde otras perspectivas (recuérdese el trabajo de Bernstein en el campo de la sociolingüística) se han postulado estrechas relaciones entre el nivel socio-económico y el tipo de lenguaje y cogniciones que presentan los sujetos estudiados, variables éstas, de suma importancia en los modelos cognitivos propuestos para explicar el desarrollo y mantenimiento de los trastornos depresivos. Con todo, podríamos concluir, que el tema no ha recibido aún una respuesta clara y que los psicólogos cognitivos defienden frente a los comportamentales, que la eficacia de sus procedimientos es independiente de este factor o que depende tanto de él como los procedimientos comportamentales.

CONCLUSIONES

1. La terapia cognitiva se muestra eficaz para el tratamiento de las depresiones pero, es necesario desarrollar estudios de grupos comparados para determinar su eficacia terapéutica con respecto a otros tratamientos.
2. El hecho de que la terapia cognitivo-comportamental aplicada en grupo sea más eficaz que la versión aplicada individualmente y de que exista una estrecha relación entre auto-

estima y mejora de los síntomas depresivos, indica que la asertividad es una de las variables a tener en cuenta en el tratamiento de los trastornos depresivos.

3. Es necesario desarrollar estudios encaminados a resolver la polémica existente entre los partidarios de las técnicas comportamentales y cognitivas, con respecto a la influencia del nivel socio-económico de los pacientes en la eficacia terapéutica de las técnicas cognitivas.

RESUMEN

El presente estudio revisa los trabajos de investigación terapéutica sobre la depresión desde la perspectiva de la terapia cognitiva de Beck. Reciben especial atención los estudios dedicados a la comparación de diferentes técnicas terapéuticas en cuanto a su eficacia, y aquellos otros trabajos que estudian los efectos diferenciales de las diferentes variables implicadas en la aplicación de cada una de estas técnicas.

Las conclusiones de este estudio, están matizadas por la discusión metodológica que de los trabajos analizados se hace en la presente revisión.

SUMMARY

The present study attempted to review therapeutic researchs on depression from the point of view of cognitive therapies. Attention was focused on different technics efficacy and other than works devoted to study differential effects of the diferent variables involved in technics that were employed.

The conclusions of this study shaded by methodological discussion concerning to analized works involved in this review.

Cuadro 1. EFICACIA COMPARATIVA DE DIFERENTES TRATAMIENTOS

Autor y año	Grupos de tratamiento	N	Medidas utilizadas en la evaluación	Resultados y conclusiones
TAYLOR MARSHALL, 1977	I, TC (Beck),	7	C.D.I. de Beck; MMPI Escala «D»; Escala de Autoestima de Kelly; Escala de apreciación subjetiva de la depresión Aitken; Registro de adjetivos afectivos de Zuckerman y Lubin; EPI.	Las mejoras obtenidas según todas las medidas de evaluación son más significativas en los SS del grupo III.
	II, Tcd.	7		
	III, Combinación ambas,	7		
	Si hubo grupo control,	7		
		N = 28		
SHAW, 1977	I, TC (Beck),	8	Auto-reortes; C.D.I. de Beck; Escala de Aitken;	La terapia cognitiva de Beck, según todas las medidas, resultó ser más eficaz que el tratamiento comportamental de Lewinsohn.
	II, Tcd Lewinsohn,	8	conductas objetivas manifiestas.	
		N = 16		
LAPOINTE RIMM, 1980	I, TC (Beck),	11	Entrevista standar, C.D.I. de Beck; Inventario de asertividad de Rathus; MMPI; Situación presentada en video que requería una respuesta asertiva.	Tras el seguimiento y considerando todas las medidas que se emplearon en la evaluación, el orden de eficacia de los tratamientos fue el siguiente: Grupo II, I y III. Hay que destacar que las terapias no cognitivas lograron cambios más significativos en las racionalizaciones de los SS tratados.
	II, Terapia asertiva,	11		
	III, Terapia por «insight»,	11		
		N = 33		
RUSH et al., 1981	I, TC (Beck),	17	C.D.I. de Beck y conductas manifiestas.	El análisis de los datos obtenidos indica que la terapia cognitiva es más eficaz a largo plazo, por su parte, el tratamiento mediante imipramina produce una mejoría en los primeros días pero luego los SS experimentan una regresión.
	II, Imipramina,	17		
		N = 34		
GARDNER OEI, 1981	I, TC (Beck),	8	C.D.I. de Beck; Escala de Autoestima de Kelly	La terapia cognitiva de Beck se mostró más eficaz que las técnicas comportamentales.
	II, Tcd,	8	y conductas manifiestas.	
		N = 16		

Cuadro 2. VARIABLES RELEVANTES EN EL ESTUDIO Y TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESION

Autor y año	Objetivo del estudio	Sujetos	Diseño experimental	Resultados y conclusiones
ROZENSKY et al., 1977	Papel del autorreforzamiento en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.	Hospitalizados.	Los Ss fueron divididos en 2 grupos (alto y bajo nivel depresivo) y comparados con un GC en una tarea de memoria.	Los Ss con alto nivel depresivo utilizan preferentemente estrategias de autorreforzamiento, mientras que los Ss control y de bajo nivel utilizan con preferencia estrategias de auto-castigo.
CRAIGHEAD HICKEY, 1979	Evaluación de las 4 Ho. del modelo cognitivo de Beck.	Pacientes.	Entre-Dentro.	No se confirmaron tales Ho.
DUNN, 1979	Papel de los patrones de lenguaje desadaptativo en el desarrollo de depresiones.	No pacientes.	20 depresivos moderados fueron asignados al azar a una de las siguientes condiciones de modificación cognitiva (auto-evaluación, reportes subjetivos del afecto, reacción al stress, elección de la forma de lenguaje y asunción no punitiva de la cd.) y una condición control.	Todos los Ss tratados se mostraron menos depresivos y su lenguaje fue más adaptativo.
SHAFFER et al., 1981	Eficacia de la terapia cognitiva en grupo o individual.	Pacientes.	Entre-Dentro.	La aplicación en grupo fue más eficaz para reducir los síntomas depresivos y los niveles de ansiedad.
GARDNER OEI, 1981	Relación entre autoestima y depresión antes y después del tratamiento.	Pacientes.	16 pacientes depresivos fueron emparejados según su edad, sexo y nivel de depresión y asignados al azar a una de las dos condiciones siguientes: grupo de terapia de conducta y grupo de terapia cognitiva.	Durante la LB no se observó correlación alguna entre las variables estudiadas, tras la fase de seguimiento se comprobó que la auto-estima correlacionaba con la mejoría en los síntomas depresivos.

BIBLIOGRAFIA

1. CRAIGHEAD, W. E. y HICKEY, K. S.: «Distortion of perception and recall of neutral feedback in depression». *Cognitive Therapy Research*, 1979, 3, 291-298.
2. DUNN, R. J.: «Cognitive modification with depression-prone psychiatric patients». *Cognitive Therapy Research*, 1979, 3, 307-317.
3. FUCHS, C. Z. y HIMMELHOCH, J. M.: «Pseudomaniac-depressive illness and cognitive-behavior therapy». *Journal Nervous and Mental Disease*, 1980, 168, 382-384.
4. GARDNER, P. y OEI, T.P.S.: «Depression and self-esteem». *Journal of clinic Psychology*, 1981, 37, 128-135.
5. GROSSBERG, J. M.: «Comments about cognitive therapy and behavior therapy». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1981, 12, 25-33.
6. KOVACS, M.: «Treating depressive disorders». *Behavior Modification*, 1979, 3, 496-517.
7. — — — «The efficacy of cognitive and behavior therapy for depression». *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137, 1495-1501.
8. LAPOINTE, K. A. y RIMM, D. C.: «Cognitive, assertive, and insight oriented group therapies in the treatment of reactive depression in women». *Psychoterapy*, 1980, 17, 312-321.
9. RUSH, A. J. *et al.*: «Cognitive and behavior therapy in chronic depression». *Behavior therapy*, 1975, 6, 398-404.
10. RUSH, A. J. y BECK, A. T.: «Cognitive therapy of depression and suicide». *American Journal of Psychotherapy*, 1978, 32, 201-219.
11. ROZENSKY, R. H. *et al.*: «Depression and self reinforcement behavior in hospitalized patients». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1977, 8, 35-38.
12. SHAW, B. F.: «Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression». *Journal Consulting and clinical Psychology*, 1977, 45, 543-551.
13. SHAFFER, C. S. *et al.*: «Positive changes in depression, anxiety, and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention». *Cognitive Therapy and Research*, 1981, 5, 149-157.
14. TAYLOR, F. G. y MARSHALL, W. L.: «Experimental analysis of a cognitive behavioral therapy for depression». *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 59-72.
15. WHITEHEAD, A.: «Psychological treatment of depression». *Behavior Research and Therapy*, 1979, 17, 495-509.
16. WILMOTTE, J. y FONTAINE, O.: «Analyse fonctionnelle des etats depressifs». *Encephale*, 1980, 6, 199-208.

UN CASO DE AFASIA-EPILEPSIA (LANDAU-KLEFFNER): PLANTEAMIENTO DE LA REHABILITACION

Toro, J.;* del Río, J. M.^a;* Sánchez, L.;* Martínez, A.* y Pedrola, D.**

* Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

** Departamento de Pediatría y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

El síndrome de Landau-Kleffner (o Afasia-Epilepsia) fue descrito en 1957 por los autores del mismo nombre. Desde entonces hasta la actualidad han sido recopilados 75 casos.

Dicho síndrome presenta las siguientes características: (1)

- a) Es un trastorno propio de la infancia, con una edad de inicio entre los 3 y 7 años (oscilando entre los 2 y los 13).
- b) Carece de predominio sexual significativo.
- c) En cuanto a la etiopatogenia del cuadro se barajan diferentes hipótesis: (2)
 1. Ablación funcional a causa de actividad paroxística.
 2. Paroxismos secundarios a la desafrentación del área temporal.

3. Encefalitis de asiento bitemporal de etiología viral o inmunológica.

- d) La afectación inicial del lenguaje, en 47% de los casos estudiados es mixta (es decir, trastorno productivo y receptivo). El lenguaje receptivo se afecta en un 40% y únicamente en el 7% de los casos se ve alterado el productivo.
- e) El tiempo de instauración del cuadro es de semanas a meses.
- f) El resto de las funciones superiores se encuentra conservado.
- g) Los trastornos de conducta son más notables al inicio del cuadro y, aún predominando el incremento de actividad, son inconstantes y variables.
- h) En un 75% de los casos se producen crisis comiciales.

- i) En un 100% de los casos se encuentran alteraciones electroencefalográficas del tipo «punta-onda lenta» y «polipuntas-onda» uni o bilaterales, con predominio temporal izquierdo, aunque en ocasiones son generalizadas.
- j) El resto de la exploración neurológica se encuentra dentro de la normalidad.
- k) La exploración física es normal; sin embargo no es raro encontrar hipocusía.

El *pronóstico* de este síndrome es incierto, aunque según la bibliografía consultada (3,4) la *probabilidad de recuperación* está en razón inversa a la edad de aparición (lo contrario de lo que sucede en afasias adquiridas traumáticas o tumorales), no se encuentra relacionada con la mayor o menor intensidad del cuadro y, en los casos en los que se produce una recuperación completa, ésta se inicia entre el primero y el segundo año de instauración.

De igual forma la probabilidad de recuperación es independiente del tratamiento elegido, encontrándose entre los casos descritos algunas remisiones espontáneas, mejorías ligeras o totales con tratamiento farmacológico y/o logopédico, y ausencia total de mejoría con el mismo tratamiento, en otras ocasiones.

El *tratamiento* de elección es:

— Farmacológico (5.6.):

1. Anticomiciales, asociados a
2. ACTH (por la posible etiopatogenia viral o inmunoalérgica)

— Reeducción de lenguaje (7.2.)

Consideramos de interés la presentación del caso que describimos dada la escasísima incidencia del cuadro lo que conlleva un lógico desconocimiento del síndrome entre los profesionales, faci-

tando posibles errores diagnósticos y/o terapéuticos.

Por otro lado, la terapéutica rehabilitadora que hemos implantado ha supuesto una revisión de estrategias que puede ser interesante difundir.

CASO 1: J. S. S.

Varón de 7 años de edad, ingresado en la Subdivisión de Pediatría del HCP de Barcelona, remitido en enero del año en curso a la Subdivisión de Psiquiatría para su estudio psiquiátrico y tratamiento consiguiente de un cuadro caracterizado por *trastornos graves del lenguaje* —ausencia del productivo y deterioro importante del receptivo—, asociado a *trastorno de conducta* —incremento considerable de la actividad—, de instauración rápidamente progresiva —4 meses—, en un niño con un desarrollo motor y verbal previamente normal.

En la *anamnesis* se obtuvieron los siguientes datos:

- El paciente es el segundo de los tres hijos de un matrimonio sano y sin antecedentes patológicos.
- No hay datos significativos respecto al embarazo, parto y perinatalidad.
- El desarrollo motor y de lenguaje era previamente normal.
- Como antecedentes patológicos cabe destacar a los 5 años una crisis de hipotonía con sudoración y pérdida de consciencia de 2-3' de duración. Un año después, una neumonía requirió ingreso en U.V.I. por complicarse con una sepsis neumocócica y paro cardio-respiratorio que precisó reanimación. En este ingreso, en noviembre del 81, y con motivo de una crisis calificada como «pseudocomicial» se realizaron un fondo de ojo y un electroencefalograma que resultaron completamente normales.

- Hasta el momento de aparición del cuadro la interacción familiar era absolutamente normal.
- En cuanto a interacción con otros niños y adultos, los padres la han definido como satisfactoria.
- Había finalizado 1.º de E.G.B. con buen rendimiento cuando se manifestó el cuadro.

DIAGNOSTICO

Se concretó en función de los siguientes parámetros:

1. Clínico

Se constató un deterioro rápidamente progresivo de lenguaje productivo y menos acusado, pero también grave, del lenguaje receptivo.

2. Exploraciones

- Analítica sanguínea y L.C.R. normales
- Rx craneal normal
- Fondo de ojo normal
- Audiometría normal
- ELECTROENCEFALOGRAMAS:

Agosto 82: «Actividad de base normal. Descargas espontáneas de "polipuntas" y "puntas-ondas" de inicio en región fronto-temporal derecha con generalizaciones frecuentes».

Noviembre 82: «Descargas espontáneas de "polipuntas" y "puntas-onda" de inicio temporal izquierdo de localización profunda con generalización en brotes de polipuntas y ondas lentas».

f) T.A.C.:

Agosto 82: «Imagen de baja densidad frontal izquierda».

Noviembre 82: «Dentro de los límites de la normalidad».

- Gammagrafía (nov. 82): normal
- Arteriografía carotídea-vertebral (nov. 82): normal
- Exploración psicométrica (W.I.S.C.):
C.I.V.: 74
C.I.M.: 113
C.I.T.: 91

- EXPLORACION DE LENGUAJE:
El lenguaje productivo se limita a sonidos acompañados de gestos estereotipados.
Deterioro de la lecto-escritura.
Comprensión verbal nula.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se consideró que se trataba de un cuadro de *AFASIA MIXTA*. Se descartó la posible etiología tumoral ante la existencia de la segunda T.A.C. de características normales corroborada por la gammagrafía y arteriografía normales.

Tras consultar la bibliografía referente al tema y adaptándose las características del presente cuadro a los casos descritos se diagnostica el síndrome de *Afasia-Epilepsia de Landau-Kleffner*.

Por otra parte, entre los posibles cuadros psiquiátricos con los que cabría hacer diagnóstico diferencial se barajaron los siguientes:

Trastornos de origen emocional (Mutismo electivo, mutismo histérico, etc.). Descartado por no constar la existencia de ningún precedente estresor, no haber síntomas primarios ni predominantes de perturbación emocional, no observarse control ambiental de los síntomas y verificarse la no «situacionalidad» de los mismos.

Psicosis infantil, excluida porque a excepción del deterioro del área verbal se mantenían conservadas el resto de las funciones superiores, la comunicación interpersonal no verbal era satisfactoria, y no había signos de deterioro conductual extravagantes en ningún área.

Una posible *psicosis degenerativa* quedaba mayormente descartada en función de la ausencia de sustrato orgánico justificativo.

EVOLUCION DEL SINDROME

Según la anamnesis, en julio-82 se inicia un cuadro de trastornos conductuales y del lenguaje. Aquellos consistían en un incremento de conductas perturbadoras y un aumento y un cambio constante de actividad. En lo que al lenguaje se refiere, aparecen anomalías articulatorias, tanto *globales* (lenguaje ininteligible, ecolalias) como *específicas* (sustitución de $r \times rr$).

Paralelamente, en este primer período, se produce la aparición de gestos que acompañan a la comunicación verbal del niño.

La comprensión verbal no se encuentra modificada.

En agosto-82 tiene lugar un incremento notable de conductas perturbadoras y actividad junto con deterioro de los hábitos básicos de autonomía ya adquiridos (deja de vestirse y desnudarse, no utilizando cubiertos en la comida). El seguimiento de instrucciones se convierte en esporádico.

En el área de lenguaje el niño se dirige verbalmente a los padres, aunque no responde cuando se le habla. La comprensión verbal parece buena (da los objetos que se le piden).

En un ingreso posterior (noviembre-82) se constata el mantenimiento de los

trastornos de conducta, el deterioro en el seguimiento de instrucciones, que sólo se produce al mantener el contacto ocular con el niño; asimismo aparecen conductas autolesivas en situaciones conflictivas.

A partir de ese momento, desaparece totalmente el lenguaje productivo y la comprensión verbal sufre un deterioro marcado. Al mismo tiempo se incrementa la comunicación gestual y gráfica (escritura y dibujo).

En el curso del ingreso se observan fenómenos de aparente distorsión perceptiva: el niño mira, toca, mide y compara partes de su cuerpo como si no las reconociese.

En enero-83, cuando es remitido al Departamento de Psiquiatría, los padres explican un empeoramiento del comportamiento general que ha obligado al niño a abandonar la escuela.

Hasta la actualidad, abril-83, puede decirse que el comportamiento del niño ha ido oscilando, presentando múltiples y variadas conductas disruptivas, sin observarse mejorías significativas en el ambiente familiar. Como cambios significativos destacan: la consistente respuesta del niño ante su nombre, la comprensión del tono de voz, respondiendo con movimientos de cabeza de afirmación, y el aumento de producción de sonidos. Sí se han observado, como veremos a continuación, cambios en el ambiente terapéutico.

TRATAMIENTO

Se ha realizado un abordaje múltiple:

- A) *Farmacológico* (Departamento de Pediatría): ACTH y antimicobiancianos.
- B) *Reeducación del lenguaje* (Departamento de Psiquiatría):

En función de la *exploración del pre-lenguaje*, realizada en enero-83, se estableció un primer programa de reeducación que constaba de los siguientes objetivos:

- Imitación motora fina de dedos, cara, etc.
- Imitación verbal: vocálica, silábica.
- Imitación de estructuras rítmicas sencillas.
- Lectura de palabras bisílabas.

Se trabajó el programa durante un período de 3 semanas, con una frecuencia de 2 sesiones semanales de 30' de duración, de los que únicamente 10' se empleaban para trabajo puramente reeducativo. A lo largo de dichas sesiones se manifestó un deterioro progresivo de los rendimientos del niño y un incremento de conductas perturbadoras que obligó a replantear el programa, al presentarse el deterioro típico de la evolución del síndrome.

El programa quedó dirigido a la implantación de una serie de *habilidades básicas*, que facilitasen aprendizajes posteriores, se fijaron los siguientes objetivos:

- Adquisición de contacto ocular ante orden.
- Incremento de contacto ocular espontáneo.
- Imitación motora fina, de complejidad creciente, de un mayor número de partes del cuerpo.
- Seguimiento de instrucciones (gestuales), tales como: «ven», «dame», «toma»...

Se trabajaron estos aspectos durante un período de dos semanas, con una frecuencia de 4 sesiones semanales de 30' de duración, de los que 20'-25' se empleaban para trabajo efectivo de reeducación.

La tercera revisión del programa supuso la introducción de actividades como:

- Apareamiento entre imágenes y palabras de la siguiente forma: foto-objeto (foto de mesa-mesa), dibujo-objeto (dibujo de pelota-pelota), foto-dibujo, dibujo-dibujo, palabra-palabra, palabra-foto, palabra-dibujo.

En función del buen rendimiento obtenido en los objetivos planteados y teniendo en cuenta la necesidad de lograr una rápida codificación de la comunicación para detener el deterioro conductual —que hemos supuesto determinado por la ausencia de mediadores verbales— se decidió iniciar un programa basado en algún tipo de *comunicación no-vocal* eligiendo dos sistemas:

- Sistema por signos gestuales (Musil, Schaeffer, Kollinzos y MacDowell, 1977) con el fin de satisfacer las necesidades más inmediatas de comunicación.
- Sistema Bliss, compuesto por signos gráficos sencillos estandarizado internacionalmente y que según los estudios sobre el tema, facilita la adquisición posterior de la lecto-escritura (conservada parcialmente en este niño y que nos proponemos como un objetivo posterior).

Paralelamente a la reeducación de lenguaje se ha ido realizando un *aconsejamiento familiar* (para el que se han llevado a cabo observaciones del niño en el ambiente natural), en orden a abordar aspectos como:

- Pautas educativas ante perturbadoras y deterioro de hábitos de autocuidado.

- Escolarización, que consideramos imprescindible, pero que hasta el momento no ha resultado factible.
- Actividades socializadoras para escolares: deportes, agrupaciones infantiles.

- Tutoría individual en domicilio, que facilite la rápida generalización de los aprendizajes realizados en las sesiones hospitalarias y contribuya a mejorar el control del niño en el ambiente familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. LANDAU, W. M. y KLEFFNER, F. R.: «Syndrome of acquired aphasia with convulsive disorder in children». *Neurology*, 1957, 7: 523-530.
2. NARBONA, J.; GARCIA, R. L. y MARTINEZ-LAGE, J. M.: «Afasias infantiles congénitas y adquiridas». *Rev. de Med. de la Universidad de Navarra*, 1981, 25: 153.
3. DEONNA, Th.; BEAUMANOIR, A.; GAILLARD, F. y ASSAL, G.: «Acquired aphasia in childhood with seizure disorder: a heterogeneous syndrome». *Neuropadiatrie*, 1977, 8: 263.
4. MANTOVANI, J. F. y LANDAU, W. M.: «acquired aphasia wiath convulsive disorder: course and prognosis». *Neurology*, 1980, 30: 524.
5. CLEMENTE POLLAN, J. y APARICIO MEIX, J. M.: «Síndrome afasia-epilepsia: aportación de un nuevo caso». *Rev. Española de Pediatría*, 1982, 38: 80.
6. ALAJOVANINE, Th. y CHERNITTE, F.: «Acquired aphasia in children». *Brain*, 1965, 88: 653.
7. BISHOP, D. V. M.: «Comprehensions of spoken, written and signed sentences in childhood language disorders». *J. Child. Psychol. Psychiat.* Vol. 23, n° 1, pp. 1-20. 1982.

LA DEPRESION EN LA INFANCIA COMO ENCRUCIJADA BIOLOGICA Y SOCIAL

Dr. D. José Luis Alcázar Fernández

Dr. D. Prudencio Rodríguez Ramos

SYMPOSIUM INTERNACIONAL SOBRE AVANCES EN DEPRESIONES INFANTILES.

Sevilla, febrero 1983

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

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

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

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

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

los que encontramos utilizándose con más frecuencia en los trabajos revisados sobre las investigaciones en la depresión infantil.

Consideramos para la investigación científica un logro importante el poder establecer unos criterios comunes; sin embargo, nos resistimos, en el trabajo clínico diario, a entrar, utilizando una analogía, en las cadenas industrializadas, y preferimos seguir con las pautas del paciente trabajo artesanal, tan necesario en el contacto con el niño.

El auge que en el presente tienen las investigaciones neurobiológicas, así como el gran desarrollo de las áreas psicosociales en el estudio de la conducta humana, produce un aluvión de datos y nuevas aportaciones a utilizar como variables en la formulación de hipótesis de trabajo sobre el tema que comentamos. Todo ello aconseja cautela y prudencia en su utilización, así como el transcurso de un tiempo adecuado para su decantación.

En niños y adolescentes, las investigaciones biológicas se realizan tomando como punto de comparación los hallazgos y estudios previos en adultos deprimidos. Tal es el caso de los trabajos que analizan las respuestas del test de supresión de dexametasona (DST), obteniendo resultados asimilables a los de los adultos (Irl Extein y cols., Puig-Antich y cols. y Poznansky y cols.).

Los modelos psicogenéticos y sociogenéticos otorgarían a las depresiones de las primeras etapas del desarrollo de la vida, unas características especiales, ya que es en estos ciclos donde están ocurriendo las interacciones del individuo con el ambiente que van a ser fundamentales en la estructuración y asentamiento de la futura personalidad del individuo.

Observar «in vivo» el proceso de desarrollo de una estructuración depresiva, de un programa de vida negativo,

es una oportunidad exclusiva de la psiquiatría infantil y por ello debemos observar con interés sus mecanismos propios, evitando extrapolaciones de la experiencia de adultos, y siguiendo en su sentido natural la evolución del proceso.

Es dentro de esta postura desde la que orientamos nuestra comunicación, procurando un enfoque holístico sin rechazar las diferentes posiciones que analizan las depresiones en la infancia.

A continuación se refiere el caso de una niña de 4 a. y 7 m. de edad, atendida en consulta por presentar desde hacía 6 semanas unos cambios en su conducta habitual. Consistían éstos en expresiones continuadas de tristeza, llanto fácil y pérdida de interés en sus actividades (juegos, relación con otros niños, falta de iniciativa), no mostraba su vivacidad de movimientos habitual, ni expresiones de alegría o bienestar.

Presentaba una ambivalencia afectiva hacia los adultos con los que convivía, mostrando unas veces un deseo de protección con conductas regresivas («ñoña, pesada y exigente»), así como en otros momentos irritabilidad, con llanto y coraje.

Se observaron trastornos del sueño (dificultad en su conciliación, tardando hasta tres horas en dormirse, siendo luego irregular y fraccionado) y marcada pérdida de apetito y de energía.

No se recogían quejas somáticas ni expresiones de disminución en su autoestima de forma directa, pero estaba presente una marcada ansiedad de separación referida a la madre, que se hacía presente en el momento de entrar en la guardería («mamá, quédate conmigo, tengo miedo de que no me vengas a buscar»).

En su guardería se apreciaba una disminución de su participación en las áreas de integración social y tareas pedagógicas, habiendo sido hasta ese mo-

mento una niña abierta y comunicativa, con una buena relación con la profesora y sus compañeros, así como interesada en los aprendizajes.

Durante la entrevista la niña mostraba una expresión de apatía, con actitud pasiva, sentada en una silla, con poco interés de mantener conversaciones o participar en juegos. El diálogo tenía poca continuidad, la voz era monótona, sin variaciones según los distintos temas que se suscitaban. Su velocidad de movimientos era lenta y la expresión facial se mantenía en el aspecto apático-triste descrito.

La actitud de la niña resultaba aún más llamativa en lo referente a la pasividad, falta de interés y enlentecimiento psicomotor, al compararla con las anotaciones de la primera consulta, en la que fue vista para estudiar el estreñimiento funcional.

Dada la corta edad de la niña se dispusieron entrevistas con la madre y una amiga de la madre, que convivía con ellas; también se solicitó un informe de la guardería. Completando los datos de unas y otras fuentes, se observó que coincidían en las apreciaciones.

La familia nuclear está constituida por la niña y su madre; conviven con ellas una compañera de la madre y la hija de ésta. Ambas mujeres son solteras y alternan sus trabajos de auxiliar de clínica con el cuidado de las niñas. Con la aparición del nuevo bebé en el grupo, la niña mostró una descompensación afectiva, comportándose de forma regresiva (solicitud de biberón y chupete y conductas propias de un estadio de desarrollo anterior). Estos hechos tuvieron lugar un año antes de la fecha de consulta, normalizándose en tres meses.

En este momento creemos oportuno hacer una breve descripción de las circunstancias familiares en que se desenvolvía el grupo.

La madre era la cuarta de un conjunto de ocho hermanos, que habían vivido bajo un estricto control matriarcal, describiendo dicha figura como normativa y exigente, y siendo notable la falta de referencias en este sentido al abuelo paterno. La abuela materna mantenía el control del grupo familiar manejando sentimientos de culpa y vergüenza, con los que conseguía conductas de sobreadaptación en todos los hijos. Probablemente podamos referir a esta situación los orígenes de los comportamientos de baja autoestima, inseguridad, pasividad y dependencia, así como los cuadros depresivos, mayores y menores, que han aparecido posteriormente en todos los hermanos. El caso más acusado fue en la hermana mayor, con intento de suicidio, que motivó el ingreso y tratamiento con TEC.

La madre ha sufrido trastornos diagnosticados de depresión desde los dieciséis años y ha sido tratada en diversos centros. Alguno de los episodios fue severo, con marcadas ideas de suicidio, lo que motivó su ingreso en un centro, donde tuvo tratamiento farmacológico y psicoterápico. A partir de este momento los episodios depresivos han sido leves y menos frecuentes. Hasta el proceso terapéutico, su único intento de individuación y salida del grupo familiar fue intento de integración de un grupo misionero. Al terminar la psicoterapia lleva a cabo su salida del grupo familiar y decide tener un hijo sin contar con la opinión del padre, un hombre casado que convivía regularmente con su familia y con ella. La aceptación del triángulo y la falta de proyecto de futuro era aceptada y respetada en apariencia por ella. En la entrevista la madre refirió la intolerancia de la niña a verla llorar en sus episodios subdepresivos («mamá, no llores, no quiero que llores, lloro yo»).

La relación del padre con la niña ha tenido tres episodios de inicio de rela-

ción, mantenimiento y posterior separación. A partir del sexto mes de embarazo el padre dejó las relaciones; reapareció en el quinto mes de vida de la niña y mantuvo contactos frecuentes y periódicos que se interrumpieron entre el octavo y el noveno mes. Un segundo episodio similar de más duración tuvo lugar entre los dos años y dos años y medio. A los tres años y medio se reinician los contactos regulares entre el padre y la niña.

Nueve meses antes del comienzo del episodio depresivo se desarrolló un nuevo proceso de acercamiento del padre con visitas prolongadas y salidas en compañía de la niña (en ocasiones salían el padre, la madre y la niña). El final de este proceso de relación padre-hija estuvo influenciado por los tres miembros de la familia: el padre inició una disminución de la duración de las reuniones con la hija y, aparentemente, también de un interés durante los momentos de reunión, apreciable tanto en el comportamiento («ahora está menos conmigo»), como en la irregularidad de las reuniones.

La niña comenzó a expresar su frustración ante estos cambios con expresiones en las que pueden identificarse contaminaciones de pensamientos de los adultos que la rodeaban («así no me gusta estar con papá, así no quiero que venga, viene poco», etc.); estas expresiones eran referidas a la madre, pero no al padre.

La madre aprobaba explícitamente las expresiones de la niña y decidió interrumpir las entrevistas con el padre que ya se habían deteriorado en calidad y frecuencia. Seis meses después de esta interrupción comienzan a aparecer los síntomas referidos en la niña. Habiendo sido este intervalo normal en cuanto al comportamiento de la niña.

Para completar la información sobre este caso, comentaremos algunos as-

pectos de los antecedentes personales de la pequeña.

El embarazo, parto y desarrollo psicomotor no presentan anomalías reseñables. Tuvo un ingreso al año de edad por infección urinaria. La adquisición del lenguaje fue normal. No hay trastorno de sueño ni episodios de pérdida de conciencia.

En su comportamiento sociofamiliar destaca la afirmación de la madre de la necesidad de la niña de estar siempre con las figuras adultas y siendo un centro principal de atención.

En el área de control de esfínteres aparecen desde los primeros meses algunos datos interesantes.

El control fue dentro de la edad normal. Se refiere un estreñimiento pertinaz desde una edad muy temprana, por lo que se llegó a establecer un ritual alrededor del problema entre la niña y las dos figuras adultas con las que vivía.

Posteriormente, se agudizó el problema y requirió tratamientos médicos diversos e incluso, en dos ocasiones, la atención de urgencia en un establecimiento hospitalario con aplicación de enema.

Como consecuencia de todo ello, la niña comienza a manifestar su temor a los contactos físicos en los momentos de aseo personal por revivir las experiencias pasadas y temer su repetición.

Es en esta etapa (tres años) cuando es atendida en consulta por primera vez debido a estas manifestaciones de conductas conflictivas, que se resolvieron con una intervención consistente en reorientar las respuestas del ambiente frente a las conductas de la niña.

El tratamiento se realizó a tres niveles:

— Farmacológico: establecido con Imipramina 10 mg cada 24 horas, hasta alcanzar 20 mg/día.

- Psicoterapéutico: integrando a la niña en sesiones de ludoterapia, en las que se fomentó la simbolización del conflicto de pérdida de la figura paterna, y resolución de la misma.
- Orientación familiar: se mantuvieron entrevistas con la madre para favorecer una actitud receptiva hacia las expresiones de la niña, tanto en necesidades afectivas como en preocupaciones por la relación con el padre. También se informó a la madre sobre la conveniencia de apoyo a la niña en los momentos depresivos, pero también de valoración positiva en toda acción que supusiera no depresión.

Desaparecidas las manifestaciones depresivas en la niña se han realizado entrevistas de control de la evolución a los 6 y 9 meses del inicio del cuadro. En ambas reuniones se aprecia una estabilización de la evolución positiva. Sin reaparecer síntomas de tipo depresivo ni apreciarse alteraciones significativas en las relaciones familiares, sociales o escolares.

DISCUSION

En primer lugar consideramos conveniente revisar los factores causales o desencadenantes del trastorno depresivo, no buscando únicamente una etiología psicosocial, sino teniendo en cuenta que estos factores pueden precipitar o acelerar una reacción afectiva biológica a partir de un componente genético determinado y que, en ausencia de este componente genético, pueden ser los agentes únicos del trastorno afectivo.

— En la familia de la madre existe una historia de dos generaciones con diagnósticos de trastorno depresivo, ex-

tendiéndose en la segunda a toda la familia.

— La niña ha sufrido varias experiencias de pérdidas de vínculos fuertes (padre) y de las relaciones positivas que este vínculo implicaba. En tres ocasiones se establece una relación madre-hija, y las tres se rompen (posible aparición de angustia paradójica). La ruptura suele ser de forma rápida, sin transición, dejando una sensación de frustración apreciable en el último episodio, aunque se mezcle con inducciones de la madre. En ninguno de estos tres episodios se ha compensado el vínculo perdido con algún objeto sustituto que permitiera mantener la relación y las consecuencias afectivas positivas de la misma.

— En la relación madre-hija pueden apreciarse algunos rasgos de rechazo larvado, o al menos de relación afectiva ambivalente (vivencia de la niña como carga, idealización de su papel de madre, «racionalización» para inducir el último episodio de pérdida, proyección de los propios deseos de evitar experiencias frustrantes), que también puede apuntarse entre los factores desencadenantes señalados por los diversos autores. Las relaciones con las figuras adultas de la casa también cambiaron a raíz del nacimiento de la nueva niña.

Ante todo ello, nos atrevemos a suponer una conflictiva en la pequeña, pérdida en el laberinto de emociones, del que le será difícil salir por sí misma si no se actúa también sobre el sistema familiar. Trataremos de esbozar en un esquema cómo podrían ser los planteamientos.

OPCION 1

— Si viene papá y está coan él:	(angustia paradójica).
Miedo a la pérdida posterior, «Primero disfruta y después sufre...»	Conflicto con mamá:
	La traiciona. Esta con «su agresor».

OPCION 2

— Cuando está con mamá: «Sólo conmigo estarás bien... pero puedes ir con papá...». (Doble vínculo). Confusión.

RESULTADO

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

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

— Temor al castigo. Culpa, ansiedad, depresión.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La existencia de un «locus minor resistentiae», también es valorable ya que probablemente ésa será la vía elegida para la manifestación de la situación de conflicto, incluso emergiendo sobre otras y erigiéndose en síntoma principal.

Este planteamiento parece una razonable hipótesis para argumentar las diferencias existentes entre las manifestaciones de una depresión en el niño y en el adulto.

El cuadro depresivo como tal surgiría en una época de reciclaje y regeneración donde el buscar en sí mismo la información necesaria para resolver una relación objetal dada y que debió aprender en una etapa de su evolución, el individuo encuentra una laguna, un hueco, y no tiene salida según su modelo, su guión, su bastidor.

Como se comentó anteriormente, en la familia se aprende a compartir el tiempo, los cuidados, la información y los objetos materiales y a llenar las necesidades existenciales. Posteriormente la inclusión en la sociedad, representa la prolongación del escenario donde desarrollar lo aprendido, buscando los objetos complementarios.

Las necesidades básicas son propias de la etapa infantil. En el adulto permanecen, conviviendo con la capacidad de adecuación y reprogramación, que en ocasiones se ve contaminada y neutralizada por la energía del substrato anterior y que las normas y figuras de liderazgo reforzarán positiva o negativamente. Para conseguir (X) tengo que hacer (X) (secuencia conductual). Este sería el modelo de programa a seguir.

Es el momento de introducir lo conveniente para cambios y correcciones, es decir, modificar el primitivo esquema. Si no, la entrada en futuras situaciones depresivas está asegurada (disminución de la autoestima, sentimiento de fracaso, culpa, apatía, temor a la autodestrucción...).

Estas situaciones traumáticas repetidas darían lugar a un estado de desesperanza e impotencia que reaparecería fácilmente con experiencias posteriores. Excesivas frustraciones podrían determinar una propia representación (en términos de Jacobson) poco energizada, y la representación emocional de ella sería una baja autoestima. Habría una autoinhibición para probar nuevas experiencias tras la repetición de otras traumáticas que han favorecido la cristalización de una imagen de sí mismo deteriorada.

El estudio de marcadores bioquímicos y psicofisiológicos en adultos con trastornos afectivos podrán ayudar a identificar en la infancia individuos de alto riesgo, mejorando así los métodos preventivos. Incluso se podrán clasificar subgrupos biológicos de niños deprimidos. Estas mejoras en la prevención del trastorno proceden de la psiquiatría de adultos, pero se espera del estudio de niños más información:

- Estudios longitudinales de niños diagnosticados de trastorno depresivo y de otros de alto riesgo; estudios de gemelos y adopción en padres deprimidos.
- Análisis de las poblaciones de alto riesgo detectando desviaciones del desarrollo y problemas de conducta que pueden suponer las primeras manifestaciones depresivas.

Los años de la infancia suponen una encrucijada irreplicable en la que los procesos madurativos del sistema nervioso permiten adquisiciones psicoafectivas, y éstas influyen muy probablemente sobre las modulaciones bioquímicas de los neurotransmisores. Neurotransmisores, estructuras, individuo, familia y sociedad son dimensiones complementarias que definen y son definidas

por el individuo mismo. Reflejos de una misma esfera contemplados desde distintos ángulos.

La amplitud de los estudios sobre los trastornos afectivos de la infancia aportará datos imprescindibles para la com-

prensión del fenómeno de la depresión. Estos datos hasta ahora quedaban ocultos por haber tenido su origen en épocas de la vida del individuo muy anteriores a las que habitualmente se comenzaba a estudiar el proceso.

BIBLIOGRAFIA

- BOWLBY, J.: «1) L'Attachement, Attachement et perte. 2) La separation. Angoisse et colères». Press Univ., France, 1978.
- CYTRYN, L.; MC KNEW, D. y BUNNEY, W. W.: «Diagnosis of Depression in Children: A reassessment». *Am. J. Psychiatry*, 137, 22-25, 1980.
- CHAMBERS, W. J.; PUIG ANTICH, J. y TABRIZI, M. A.: «The ongoing Development of the Kiddie-SADS (Exschedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children). *Read on the Am. Ac. of Child Psych.*, 1978.
- EXTEIN, I.; ROSEMBERG, G.; POTLASH, A. L. C. y GOLD, M. S.: *Am. J. Psychiatry*, 139, 1617-1619, 1982.
- JACOBSON, E.: «The Self and the Object World». International Univ. Press., New York, 1964.
- KOVACS, M. y BECK, A. T.: «An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. Depression in childhood». Raven Press, New York, 1977.
- POZNANSKY, E. O.; CARROLL, B. J. y BANEGAS, M. C.: «The Dexamethasone Suppressions test in prepubertal depressed children». *Am. J. Psych.*, 139, 321-324, 1982.
- PUIG ANTICH, J.; CHAMBERS, W. y HALPERN, F.: «Cortisol hipersecretion in prepubertal depressive illness: A preliminary report». *Psychoneuroendocrinology*, 4, 191-197, 1979.
- WEINBERG, W. A. y cols.: «Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment». *J. Pediatr.*, 83, 1065, 1973.

ACTITUD ANTE LA ESCUELA Y FRACASO ESCOLAR

Domínguez, M. D.; Castro, P.; Bugallo, P. y Turiño, R.

Comunicación presentada a la XXV Reunión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil, Santiago de Compostela, 22 y 23 de junio de 1984.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es fruto de la preocupación que el tema del fracaso escolar ha suscitado desde varios años en nuestro equipo. Partiendo de la consideración de que es, por una parte un problema claramente pedagógico del que las instituciones educativas han de hacerse cargo en cuanto al análisis y modificación de los distintos factores que desde el propio sistema escolar dan lugar a la aparición de este fenómeno, no hemos podido sustraernos a la consideración del fracaso escolar como una situación que se ve cada vez más medicalizada desde la perspectiva de los factores individuales del niño que contribuyen a la aparición del mismo.

Entendemos que hay, sin lugar a dudas, factores inherentes al propio niño

que provocan variaciones en el rendimiento escolar y de ellos los más acreditados son los que hacen referencia a su capacidad interna, de tal modo que no existe problema para entender que un niño con una deficiencia intelectual clara fracase en la escuela normal y que un niño con una buena capacidad intelectual tenga éxito. Pero esto no explica lo que sucede con aquellos sujetos que dotados de una buena capacidad intelectual fracasan sistemáticamente en la escuela.

Algunos de nosotros ha abordado este tema referido fundamentalmente a la incidencia de los factores intelectuales encontrando que en edades comprendidas entre los 9 y los 15 años no existen elementos suficientes para atribuir el fracaso escolar a factores inherentes al propio niño, cuando se trabaja con gru-

pos de niños con un coeficiente intelectual normal.

Por otra parte, son numerosas las aportaciones que hacen referencia a la incidencia de factores emocionales, de personalidad y actitudinales en relación con el fracaso escolar, no encontramos estudios concluyentes a este respecto, debido a la gran dificultad para establecer un aceptable control de estos factores.

Cuando iniciamos este trabajo nos planteamos trabajar en el campo de los factores ambientales relacionados con el fracaso escolar, desde la convicción de que si bien no podemos de momento definir factores determinantes, sí debemos profundizar en esta importante área.

MOTIVO

Hemos diseñado el trabajo del siguiente modo: en primer lugar hemos elaborado una encuesta con 30 preguntas (Anexo I) orientada a explorar globalmente la vivencia que el niño tiene de la escuela, los profesores y de su situación escolar, partiendo del supuesto de que las respuestas expresadas por los niños habrán de diferir en relación a su situación de éxito o fracaso escolar.

Por otra parte, hemos realizado una toma inicial a un grupo reducido de escolares a los que hemos administrado una segunda toma un año después a fin de valorar los cambios aparecidos una vez transcurrido este período de tiempo.

MATERIAL Y METODO

El material que hemos dispuesto ha sido el siguiente:

— A nivel humano hemos administrado la encuesta a dos grupos diferentes: el primero constituido por un grupo de ado-

lescentes (6.º, 7.º y 8.º de E.G.B.) de edades comprendidas entre 11 y 15 años, pertenecientes todos al sexo masculino y cuyo número asciende a 73, a los que hemos reencuestado un año después. El segundo está constituido por 264 adolescentes de los mismos cursos y edades y de ambos sexos (116 del sexo femenino y 148 de sexo masculino).

— A nivel instrumental hemos utilizado una encuesta elaborada por nosotros, que consta de 30 preguntas y que dividimos en los siguientes aspectos:

- 1) Actitud ante la escuela (preguntas 1, 2, 27 y 28).
- 2) Actitud ante los profesores (3, 4, 5 y 18).
- 3) Actitud ante los compañeros (6, 7 y 8).
- 4) Preferencias y rechazos sobre actividades y asignaturas (9 a 14 y 17).
- 5) Situación escolar (19 a 22).
- 6) Actitud de los padres ante el rendimiento escolar (16, 23 y 24).
- 7) Actitud propia ante el rendimiento escolar (15, 25 y 26).
- 8) Expectativas personales de futuro (29 y 30).

Por último hemos tomado los resultados y comparado los datos brutos y porcentuales de los que hacemos un resumen descriptivo. En primer lugar con el grupo que hemos tomado una sola vez dividido en tres subgrupos:

- A: grupo de éxito escolar (54 sujetos)
- B: grupo de fracaso escolar establecido (121 sujetos)
- C: grupo de fracaso escolar incipiente (89)

En segundo lugar hemos comparado la primera y segunda toma realizada en el grupo menor de varones haciendo dos subgrupos:

- D: subgrupo de éxito escolar (43 sujetos)
- E: subgrupo de fracaso escolar (30 sujetos).

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

GRUPO A:

1. Actitud ante la escuela: En conjunto hacen una valoración positiva de aceptación del ámbito escolar a distintos niveles.

2. Actitud ante los profesores: Prefieren tener profesores de ambos sexos y valoran de ellos la amenidad en las explicaciones independientemente de la calidad de las mismas. Rechazan la carencia de amenidad en las explicaciones. Valoran el nivel de exigencia de los profesores como justo.

3. Actitud ante los compañeros: No se encuentra en las respuestas ninguna problemática específica. La mayoría refiere un buen entendimiento con los compañeros, relaciones amistosas y esperan de ellos una actitud de confianza y de ayuda.

4. Preferencia y rechazos sobre actividades y asignaturas: Prefieren las actividades de expresión y deportivas. Rechazan las actividades rutinarias: hacer copias, memorizar... y estresantes como exámenes.

En cuanto a las asignaturas existe una gran dispersión en las elecciones. Las razones dadas para las preferencias son la buena relación con el profesor que las imparte y el contenido de la materia. Las razones para los rechazos son la dificultad de la materia en primer lugar y la dificultad de relación con el profesor que la imparte en segundo.

No manifiestan interés en ampliar el campo de actividades o estudios.

6. Actitud de los padres ante el rendimiento escolar: La mayoría vivencian

la expectativa de los padres como deseo de que aprendan. Celebran los éxitos y ante los fracasos aumentan el nivel de exigencias.

7. Actitud propia ante el rendimiento escolar: la mayoría están interesados en sacar buenas notas y aprender. Conceden mucha importancia a los posibles suspensos y los atribuyen al hecho de no haber estudiado lo suficiente.

8. Expectativas de futuro: Aspiran a realizar estudios medios y superiores y consideran que no tendrán problemas en conseguirlo.

GRUPO B:

1. Actitud ante la escuela: El resultado de las encuestas refleja una respuesta ambivalente, aceptan aspectos de la escuela pero no asisten de buen grado, aunque no expresan un rechazo manifiesto. Un porcentaje importante incluye modificaciones referidas al profesorado y a las instalaciones.

2. Actitud ante los profesores: Son similares al grupo anterior. Incluyen al valorar a los profesores el deseo de que sean menos exigentes en la evaluación, a pesar de lo cual consideran que son justos cuando los califican.

3. Actitud ante los compañeros: No ofrece variaciones con respecto al grupo anterior.

4. Preferencias y rechazos sobre actividades y asignaturas: Prefieren actividades de tipo deportivo. En los rechazos no hay diferencia con el grupo A.

En cuanto a las asignaturas existe igualmente una importante dispersión. Las razones aducidas para las preferencias están relacionadas con la materia de la asignatura y los rechazos se relacionan con la dificultad de la materia.

6. Actitud de los padres ante el rendimiento escolar: No hay variaciones con respecto al grupo anterior.

7. Actitud propia ante el rendimiento escolar: No hay diferencias con respecto al grupo A.

8. Expectativas personales de futuro: La mayoría aspira a realizar estudios medios, pero sólo un 50% espera lograrlo. La razón que más se repite es el no considerarse buenos estudiantes.

GRUPO C:

1. Actitud ante la escuela: Hacen una valoración positiva de la escuela, aunque introducirían cambios referidos a las instalaciones y al profesorado.

2. Actitud ante los profesores: Valoran la amenidad en las explicaciones y la calidad de las mismas y rechazan los contrarios. Consideran que son calificados justamente.

3. Actitud ante los compañeros: No hay variaciones con respecto a los grupos anteriores.

4. Preferencias y rechazos sobre actividades y asignaturas: las actividades más demandadas son las deportivas y las más rechazadas son referidas a asignaturas y, como en los grupos anteriores, a las actividades rutinarias y estresantes.

En cuanto a las asignaturas las razones dadas para las preferencias son las del contenido de la materia y la buena relación con el profesor que las imparte. Las razones dadas para los rechazos son la dificultad y el contenido de la materia.

6. Actitud de los padres ante el rendimiento escolar: No hay variaciones con respecto a los grupos anteriores.

7. Actitud propia ante el rendimiento escolar: Les interesa fundamentalmente sacar buenas notas. En lo restante es similar a los grupos anteriores.

8. Expectativas personales de futuro: Aspiran a realizar estudios medios y la mayoría de ellos espera conseguirlo.

GRUPOS D y E, COMPARANDO LAS DOS TOMAS

GRUPO D:

1. Actitud ante la escuela: Mantienen en las dos tomas una actitud positiva. En la segunda toma aumenta el número de modificaciones que introducirían en la escuela.

2. Actitud ante los profesores: La variación más importante que se observa en la segunda toma es que el rechazo a los profesores se basa fundamentalmente en la escasa amenidad de las clases.

3. Actitud ante los compañeros: No hay diferencia con los otros grupos ni entre las dos tomas.

4. Preferencias y rechazos sobre las actividades escolares: Prefieren actividades deportivas y rechazan las de expresión. No varían en las dos tomas.

Con respecto a las asignaturas las razones dadas para las preferencias son el contenido de la materia en ambas tomas. Las razones dadas para los rechazos en la primera toma hacen referencia a las características del profesor, mientras que en la segunda señalan el contenido de la asignatura.

6. Actitud de los padres: No hay variación con respecto a los grupos anteriores ni entre ambas tomas.

7. Actitud propia ante el rendimiento escolar: No hay variaciones con respecto a los otros grupos ni entre ambas tomas.

8. Expectativas personales de futuro: Aspiran a realizar estudios superiores y consideran que podrán hacerlo. No hay variaciones entre ambas tomas.

GRUPO E:

1. Actitud ante la escuela: En la primera toma manifiestan un rechazo cla-

ro de la escuela. En la segunda toma hay una aceptación relativa de la misma.

2. Actitud ante los profesores: La respuesta es similar a la de los grupos anteriores en ambas tomas, excepto cuando se les pregunta por el nivel de exigencia de los profesores; en la primera toma la consideran excesiva y en la segunda justa.

3. Actitud ante los compañeros: No hay variaciones con respecto a las de los grupos anteriores ni entre ambas tomas.

4. Preferencias y rechazos sobre actividades y asignaturas: No hay variaciones con respecto a las respuestas de los otros grupos ni entre ambas tomas, excepto en las razones dadas para rechazar una asignatura. En la primera toma la razón fundamental viene dada por las características del profesor y en la segunda toma por las características de la materia.

6. Actitud de los padres ante el rendimiento escolar. No hay variaciones entre los grupos ni entre las tomas.

7. Actitud propia ante el rendimiento escolar: Existen variaciones de la primera a la segunda toma, pasando de ser importante a no importante. Sin embargo, las razones por las que fracasan en la escuela no varían y son las mismas que para los otros grupos.

8. Expectativas personales de futuro: Existen diferencias entre las dos tomas en cuanto al nivel de aspiraciones. En la segunda toma aumentan las opciones para las que no se necesitan estudios superiores ni medios. Persisten las expectativas de lograr sus objetivos.

CONCLUSIONES

1. Encontramos diferencias, en la actitud de los escolares de 2.^a etapa de E.G.B., medidas a través de una encuesta de actitudes, con respecto a la escuela cuando incide el elemento fracaso escolar, incrementando las vivencias negativas cuando más establecido está el fracaso escolar.
2. Encontramos también variaciones en cuanto a los motivos de rechazo de las asignaturas y preferencia por otras en las que parece jugar un papel importante la relación que el escolar haya establecido con el profesor y viceversa.
3. El interés que la materia despierta en los escolares tiene que ver también con el rechazo o preferencia por una asignatura especialmente entre los alumnos que han experimentado fracaso escolar.
4. Encontramos un claro rechazo de los escolares en general por aquellas actividades rutinarias y estresantes como son las copias, las memorizaciones y los exámenes.
5. Entre los escolares que han fracasado en la escuela las expectativas personales de futuro se ven mermaid tanto en lo que se refiere a nivel de exigencia cultural como de posibilidades de lograrlas.
6. No encontramos diferencias sustanciales cuando se evalúa nuevamente al mismo grupo de escolares, excepto entre los que han fracasado en la escuela que adoptan una actitud escéptica ante su fracaso a medida que transcurre el tiempo.

ENCUESTA

Nombre

Edad

Curso

1. ¿Vas contento a la escuela?
a - Sí
b - No
c - Regular
d - No contesta
2. ¿Te agrada el aula que tienes?
a - Sí
b - No
c - Regular
d - No contesta
3. ¿Qué es lo que más te gusta de tus profesores?
a - Que expliquen bien las asignaturas
b - Que sean poco exigentes
c - Que hagan las clases agradables
d - Otras, ¿cuáles?
4. ¿Prefieres que tus profesores sean hombres o mujeres?
a - Hombres
b - Mujeres
c - Ambos
d - No contesta
5. ¿Qué es lo que menos te gusta de tus profesores?
a - Que expliquen mal las asignaturas
b - Que sean muy exigentes
c - Que hagan las clases aburridas
d - No contesta
6. ¿Cómo te llevas con tus compañeros de clase?
a - Bien
b - Mal
c - Regular
d - No tengo relación con ellos
e - No contesta
7. ¿Tienes amigos entre esos compañeros?
a - Muchos
b - Pocos
c - Ninguno
d - No contesta
8. ¿Qué cualidades prefieres de esos amigos? (Puede elegir dos)
a - Que tengan confianza contigo
b - Que sean estudiosos
c - Que te presten ayuda cuando la necesitas
d - Otras, ¿cuáles?
9. ¿Cuál es la actividad escolar que más te gusta? (Que no sea una asignatura)
10. ¿Cuál es la actividad escolar que menos te gusta?
11. En tus ratos de recreo, ¿qué es lo que sueles hacer?
a - Jugar
b - Descansar
c - Leer
d - Hablar con tus compañeros
e - Otras actividades, ¿cuáles?

12. ¿Te gustaría poder realizar otras actividades?
 a - Actividades deportivas y de expresión corporal (natación, danza, baloncesto, fútbol, etc.)
 b - Trabajos manuales y de taller (bricolage, barro, pintura, labores)
 c - Música
 d - Hacer prácticas de lo que estudias en clase, fuera del aula (laboratorio, campo, etc.)
13. ¿Qué asignatura te gusta más?

 ¿Por qué?
 a - Porque te gusta el profesor que te la da
 b - Porque te gustan los temas que trata
 c - Otras, ¿cuáles?
14. ¿Qué asignatura te gusta menos?

 ¿Por qué?
 a - Porque no te gusta el profesor que te la da
 b - Porque no te gustan los temas que trata
 c - Porque es la más difícil, exigen más
 d - Otras, ¿cuáles?
15. ¿Qué te interesa más?
 a - Sacar buenas notas
 b - Aprender
 c - Ambas
 d - Ni a, ni b
16. ¿Qué le interesa más a tus padres?
 a - Que lleves buenas notas
 b - Que aprendas
 c - Ambas
 d - Ni a, ni b
17. ¿Te gustaría estudiar otras asignaturas que no estudias?
 a - Sí, ¿cuáles?
 b - No
 c - No contesta
18. ¿Cuánto crees que te exigen tus profesores?
 a - Mucho
 b - Lo justo
 c - Poco
 d - Nada
19. ¿Estás satisfecho con tus notas?
 a - Sí
 b - No
 c - No contesta
20. ¿Suspendiste alguna asignatura en la última evaluación?
 a - Sí, ¿cuáles?
 b - No
 c - No contesta
21. ¿Qué piensas de esos suspensos?
 a - Que son muchos
 b - Que son pocos
 c - No contesta
22. ¿Repetiste curso alguna vez?
 a - Sí
 b - No
 c - No contesta
23. ¿Qué te dicen tus padres cuando llevas buenas notas?
 a - Creen que puedes conseguir resultados aún mejores
 b - Se ponen contentos
 c - No le dan mucha importancia
 d - Te dan algún regalo
 e - Otras, ¿cuáles?

24. ¿Qué te dicen tus padres cuando suspendes, o llevas notas malas?
a - Que debes esforzarte y estudiar más
b - Te riñen o castigan
c - No le dan mucha importancia
d - Te ayudan a ellos a estudiar
e - Otras, ¿cuáles?

25. ¿Cómo te sientes cuando suspendes?
a - No me importa
b - Me importa poco
c - Le doy mucha importancia
d - No contesta

26. ¿Cuál es la causa de que suspendas?
a - No estudias bastante
b - No te gustan las asignaturas
c - No te gustan los profesores
d - Tienes algún problema que te impide estudiar
e - Otras, ¿cuáles?

27. ¿Cómo te gustaría que fuese tu escuela?
a - Te gusta tal como es
b - Un lugar más acogedor
c - Que tuviera más sitios para jugar
d - Que hubieran niños en cada aula
e - Otras, ¿cuáles?

28. ¿Cambiarías algo en ella?
a - Sí
b - No

Si contestas que sí, di qué es lo que cambiarías:

.....
.....

29. ¿Qué te gustaría ser de mayor?

.....
.....

30. ¿Crees que podrás llegar a serlo?
a - Sí
b - No
c - No contesta

Si contesta la «b» di el por qué

- a - Porque hay que estudiar mucho
b - Porque no valgo para esa profesión
c - Porque no me dejan en casa
d - Otras, ¿cuáles?

BIBLIOGRAFIA

1. BRYAN, T.: «Learning disabled children's classroom behaviors and teacher-child interactions». *J. Pediatr. Psychol.* Chicago, 4 (3), 1979, 233-246.
2. BURKA, A. A. et al.: «Egocentrism and classroom adjustment». *J. abnorm. child. Psychol.* Ohio, 6 (1), 1978, 61-70.
3. CUNNINGHAM, C. E. et al.: «The role of academic failure in hyperactive behavior». *J. Learn. Disabil.* Ontario, 11 (5), 274-280.
4. DOMINGUEZ SANTOS, M.D.: *Determinación clínica del fracaso escolar mediante la técnica del W.I.S.C.* Tesis doctoral inédita. Universidad de Santiago de Compostela, 1981.
5. FERRARO, F. et al.: «Inserimento di bambini diffilli: una ipotesi di intervento». *Neuropsichiatr. Infant.* Napoles, 211-212, 1979, 147-162.
6. GILLY, M.: «Las relaciones maestro alumno y la adaptación en el medio escolar». *Infancia y Aprendizaje.* Madrid, 12, 1980, 58-70.
7. MATAMALA, A.: «Influencia de la diferencia de edad interclase en la obtención de calificaciones escolares». *Infancia y Aprendizaje.* Madrid, 5, 1979, 15-19.
8. NELLY, A.: «Procesos psicológicos y fracaso escolar». *Infancia y Aprendizaje.* Madrid, 6, 1979, 3-13.
9. RAMEY, C. T. et al.: «Predicting school failure from information available at birth». *Am. J. Ment. Defic.* Carolina del Norte, 82 (6), 1978, 525-534.

EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR ANTE LA DEPRESION INFANTIL

I. Bernabeu (Psicóloga)
L. Conceboy (Psicóloga)
M.^a J. González (Psicóloga)
L. Martín Alvarez (Pediatria)
M.^a R. Martínez Bayo (Pedagoga)
F. Muñoz (Psicólogo)
J. L. Pedreira Massa (Psiquiatría Infantil)
P. Rivilla (Socióloga)
Grupo Interdisciplinar de Estudios sobre la Infancia

ASPECTOS HISTORICOS

La depresión infantil es una entidad cuya existencia es muy debatida, en cuanto a considerarla con personalidad clínica diferenciada, de tal suerte que el glosario de afecciones mentales de la OMS (1) continúa sin contemplarla de forma autónoma y el DSM-III (2) la acaba de incluir recientemente.

¿El niño sufre? ¿El niño se deprime? Parecería que existe una resistencia a contestar afirmativamente estas preguntas y, en la negación de esa realidad, se afirmaría el hecho paradigmático de la «infancia feliz». Esta resistencia nos remitiría a la capacidad del adulto en verse involucrado en el discurso del sufrir infantil, por lo tanto si el niño no sufre ni se deprime liberaría esa responsabilidad al adulto.

Lo que sí que parece aceptarse es que el término depresión infantil adquiere una significación y tiene una estructura que lo diferencian claramente del concepto de depresión del adulto. De igual forma, habría que delimitar la diferenciación depresiva, como fase del proceso infantil y la depresión como entidad noxográfica. De igual forma habría que matizar si los «síntomas» depresivos son considerados como conceptos semióticos o como conceptos semánticos, pues obviamente la significación es diferente, en tanto el primero comporta una carga de patología y el segundo conlleva una diferenciación de la norma sin más. Estas matizaciones las consideramos capitales a la hora de abordar el proceso depresivo en el niño.

Quizá, para abundar más en este hecho, un dato nos revele una realidad

palpable: la incidencia de suicidios infanto-juveniles, a pesar de la poca fiabilidad de los datos, se encuentra en aumento (3). Si el suicidio se interpreta como una forma de desenlace depresivo, concluiremos con que la depresión infantil existe.

En la década de los años treinta es M. Klein (4) quien sitúa, en la segunda mitad del primer año, lo que ella denominó «posición depresiva» a la hora de evaluar la evolución del lactante, poniéndolo en relación con la etapa en la cual el niño era capaz de reconocer al objeto en su conjunto, su relación con él era ambivalente y la angustia se centraba en el temor de las pulsiones destructivas, en base a que el niño no podía asegurarse la posesión en exclusiva de ese objeto.

Al hilo de estas teorías Spitz (5) determina, como segundo organizador del yo, hacia los ocho meses, la angustia al extrañamiento como estructura base de la angustia de separación, que tanto tiene que ver en la personalidad ulterior.

Si esto es en el plano más genético, este mismo autor describe la depresión anaclítica como cuadro propio de los niños institucionalizados y con una pobre relación con la madre, incluyéndola en el cuadro del hospitalismo infantil, que desde entonces a nuestros días tanto ha hecho reflexionar a pediatras y psiquiatras aunque la expresión clínica se haya atemperado y no se presente en forma tan dramática.

Bowlby (6) en el año 1956, becado por la OMS, elabora la teoría de la vinculación madre-niño y los procesos de pérdida de ese vínculo o el establecimiento de los vínculos múltiples, en relación con la vivencia de depresión infantil. Se acentúa, de forma fundamental, la relación madre-hijo para elaborar los procesos de separación y pérdida objetal. Estos trabajos han visto su debate con los realizados por Müller (7) y Bettelheim (8)

en los kibutz israelitas, en tanto al papel de la metapelet y la prolongación de la succión del pulgar y el retraso en el control esfinteriano en estos niños. En esta teoría vincular destacan los trabajos actuales de Shaffer (9) y su escuela en el momento actual.

En 1966 Rie (10) afirma, por el contrario, un criterio restrictivo, en el sentido de que sólo debiera clasificarse como depresión en el adulto, insistiendo en la necesidad de estudios epidemiológicos lineales para determinar tanto las características como las frecuencias de presentación.

Para M. Mahler (11) la respuesta depresiva sería una reacción afectiva en que la angustia se ve muy incrementada en intensidad y duración, provocando una respuesta depresiva durante el proceso de individualización, que crearía un humor base y la tendencia afectiva a la depresión.

Winnicott (12), tras los estudios sobre la defensa maníaca como reverso de la depresión infantil, pone en entredicho la denominación de posición depresiva kleiniana, pero admite que no hay otra mejor. Este autor lo relaciona con la época del debate del destete y para llegar a ella se precisa que establezca relaciones con «personas totales».

No obstante, en 1969 Slater y Roth (13) afirman que los niños están «inmunizados» a la depresión y que estos cuadros no aparecen antes de la pubertad. De forma un tanto contradictoria, dos años después la Unión Europea de Psiquiatras dedica su reunión a la Depresión Infantil.

En cuanto a la incidencia es muy variable, pues desde el 1,8% de Nissen (14) al 25% de Meierhoffer (15) hay una amplia gama que debiéramos situar en base a las características de la muestra analizada, pues ninguno de estos estudios se ha centrado en una correlación etárea, por sexos, condición social, etc.,

en un muestreo validado sociológicamente y al azar, sino que son índices de prevalencia en una consulta psiquiátrica.

Estudios de otros autores son relevantes en cuanto a la percepción de la muerte en el niño y el temor a las enfermedades, es el caso de A. Aberastury (16) y G. Rimbault (17), como expresión de una vivencia profundamente depresiva.

M. Mannoni (18) plantea el papel del deseo de la madre como estructurante en la vida psíquica infantil y el papel de las proyecciones de deseos insatisfechos de la madre en el niño como determinante de procesos depresivos y otros más graves en el niño. El papel de la proyección materna ha sido también analizado por Espasa y Manzano (19) en un reciente artículo sobre la consulta terapéutica, en el que destacan el papel de los duelos mal elaborados por la figura materna y que son detectados en los niños. Esta relación con la figura materna y su papel en el desencadenamiento de cuadros del tipo de las psicosis había sido expuesto por Bettelheim (20) y anteriormente por Kanner (21).

Otros autores han preferido elaborar criterios diagnósticos, tal es el caso de Sandler y Joffe (22), quienes en nueve puntos exponen caracteres vivenciales, relacionales y/o psicósomáticos, pero simplemente con un criterio muy fenomenológico y convencional; al igual que los criterios aceptados de Nissen (23). M. Sperling (24), Soulé, Kreisler y Fain (25) han señalado el papel fundamental de la clínica psicósomática como expresión de depresiones infantiles basados en los estudios de Marthy (26). Por el contrario, Pounaski (27) y Zrull prefieren referirse a la autoestima y autovaloración para definir los criterios de depresión infantil.

Ante esta confusa situación pretendemos abordar la depresión infantil con los

siguientes planteamientos:

1. Concepto psicodinámico de depresión infantil.
2. Modelo psicopatológico de la depresión infantil.
3. Abordaje de la problemática por el equipo asistencial.

CONCEPTO Y MODELO PSICOPATOLOGICO DE DEPRESION INFANTIL

Al considerar a la infancia (28) como una unidad bio-psico-afectiva, sujeta a un medio socio-culturo-familiar, integrado en un contexto político e ideológico determinado que le aporta los procesos históricos y de clase determinados, en los que todos estos procesos se encuentran en una relación dialéctica; afrontamos un nuevo concepto más bien integrado en «manifestaciones depresivas» en la infancia y que se pueden evidenciar de múltiples formas y detectar, en lo externo y puramente fenomenológico, como un sínfin de cuadros noxográficos. No obstante, sí que admitimos que estas manifestaciones pueden estructurar unas vivencias y un modo determinado de reaccionar depresivo, depresión que debe remitir a la detección de los mecanismos intrapsíquicos que lo conforman y entre los que destacamos: la vivencia de la culpa y la forma de elaborarla; la vivencia de la castración; la elaboración de la angustia de separación; el narcisismo y la tolerancia a una herida narcisística; la autoestima; etc. De cualquier forma nos va remitiendo, cada una de estas situaciones, a «la falta» y al modo cómo la persona elabora, en su discurso individual, esa falta, cómo intenta obturarla y las defensas que emplea para ello, así como el grado de eficacia de esas defensas: desde la negación al desplazamiento, desde la somatización a la autoaniquilación por el sui-

cidio, desde la proyección a la defensa maníaca, desde los mecanismos de identificación a las formaciones reactivas, etc., etc.

Con estas perspectivas podríamos proponer tres modelos psicopatológicos que explicaran esta forma de concebir la depresión infantil:

1.º Vivencia de la propia imagen corporal y de su alteración por procesos orgánicos o accidentales.

2.º Vivencia de las relaciones prácticas y de su alteración, sobre todo relacionado con los rendimientos escolares.

3.º Vivencia de la situación relacional con el mundo circundante y la alteración de estos vínculos.

En síntesis nos referiría a los daños narcisistas, los atentados al ideal del yo y a las alteraciones en el establecimiento de las relaciones objetales, de una u otra forma nos refiere al tipo de elaboración de la castración y el grado de dominancia de la pulsión de muerte. En esta situación hay que enmarcar la paralización de las funciones y las vivencias personales que derivan de esta posición, cómo se estructura la capacidad defensiva de la persona y las posibilidades de superar una situación de catástrofe personal que pudiera llevar, en último término, a una autoaniquilación en la posibilidad de realizar un acto suicidario.

A) **DEPRESIONES DEBIDAS A ALTERACIONES CORPORALES**

Este tipo psicopatológico nos remite a la percepción de la imagen corporal (29) y al atentado que pueda sufrir, como significación externa de lo real en el niño. En lo imaginario nos remite a la reparación por una culpa, real o fantaseada, y que puede ser subsidiaria de recibir un castigo (30). En lo simbólico se situaría la agresión a su narcisismo y a la

castración por deseos inconscientes frente al otro y, por lo tanto, a la ubicación de los objetos «a» en el niño (31). Podríamos ilustrar lo dicho con casos de las unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, que alguno de nosotros ha expuesto en otros trabajos (32), así como en las enfermedades crónicas infantiles (diabetes (33 y 34), fibrosis quísticas (35), celíaca (36), Insuficiencia Renal Crónica (37 y 38), etc., en las que los investimentos corporales se encuentran muy invadidos por una realidad externa que induce fuertes tendencias regresivas con el fin de volverse a sentir «uno», de igual forma se constata en las intervenciones quirúrgicas y que hemos evidenciado en algunas intervenciones de psicoprofilaxis quirúrgicas. Hemos elegido un caso de síndrome tóxico en un varón de 10 años cuando consultó por primera vez. Nos es remitido porque llevaba tres ingresos sucesivos, a causa del síndrome tóxico, en el curso de los tres primeros meses de presentación de la enfermedad. José Antonio padece una infiltración dérmica importante acompañada de atrofiás musculares progresivas, algias en miembros de tipo difuso, astenia y una tristeza muy importante. Es el menor de tres hermanos, siendo el único varón. Pertenecen a una clase social media-baja. Los padres son de edad avanzada. Se encuentran afectados por el proceso: los padres, las dos hermanas (en un principio la hermana mayor, al estar casada y no vivir en el hogar, no se afectó) y el novio de la hermana que comía habitualmente en el domicilio, es el padre el que menos afectado se encuentra, todos ellos han precisado, al menos, de un par de ingresos hospitalarios. José Antonio tenía un rendimiento escolar calificado como extraordinario, tanto por los padres como por el informe escolar, y era un gran deportista, teniendo ficha como jugador de fútbol en un equipo juvenil de los más im-

portantes de Madrid. La vivencia familiar es de una gran agresividad frente a los «envenenadores», como ellos los llaman. José Antonio llega a expresar: «que los pongan un goteo con el aceite, así se enterarán». Fue el primero en ingresar, cuando se pensaba que era un proceso infeccioso, al retornar al hogar estaba intranquilo de ser atendido por la hermana mayor por si «la contagiaba» y por ella podía afectarse su sobrino pequeño, puesto que el resto de la familia ya había sido ingresada. En efecto, la hermana, poco después, queda afecta del proceso al igual que su hijo de 18 meses, con lo que José Antonio se descompensa masivamente. En esta situación aparece, ante la opinión pública, el que el aceite es el desencadenante, con lo que José Antonio ya tiene el objeto malo y agresor en el que depositar y con el que canalizar su agresividad. El hecho de no jugar al fútbol le «desmoraliza», máxime cuando recientemente recibe un partido de homenaje al cual asiste. Sus contracturas musculares van en aumento así como las infiltraciones dérmicas y la atrofia muscular. Aparece el insomnio y un rechazo total a los ingresos hospitalarios, con miedos verbalizados de muerte. No quiere salir a la calle porque «con esta pinta no puedo ir a ninguna parte». Su imagen corporal se ha alterado y la rechaza, apareciendo una intensa dismorfofobia que le hace concebir deseos y temores, de forma ambivalente, de muerte. Pronto se destacan sus vivencias edípicas muy conflictivas y que él había sublimado, al identificarse con los deseos del padre de haber estudiado y que la guerra civil había truncado, ante la posibilidad de no poder cumplir con ese deseo paterno, tal y como venía haciendo, retornan las fantasías edípicas para volver a la madre, la cual es vivida como «envenenadora y agresora», ante la intolerancia de esta agresividad la desplaza hacia los trafi-

cantes, proyectando toda su insatisfacción en fuertes deseos de muerte.

B) **DEPRESIONES DEBIDAS A FRACASOS EN LAS REALIZACIONES**

En la edad infantil sean quizá las realizaciones escolares (39) las que más destacan: esta situación nos da cuenta del atentado que puede sufrir el ideal del yo, por lo tanto la vivencia narcisística y la tolerancia a una agresión a ese mismo narcisismo que, cuando es muy patente, hay que elaborar como una pérdida importante, lo cual remite de nuevo, aunque con otra perspectiva, a la castración y su tolerancia. Por esta razón va a dar cuenta de la solución al conflicto edípico y de los investimentos realizados a la hora de una posible solución.

Oscar es un varón de 10 años, segundo de tres hermanos con una diferencia de ocho años de edad con la benjamina, por la que siente una gran ambivalencia, protegiéndola pero rivalizando intensamente. El motivo de consulta es un intento de suicidio con somníferos del padre. Es descrito como un niño «majo» pero muy arisco, por los padres, y que siempre se había desarrollado muy bien. Los padres habían tenido problemas de pareja importantes, pensando en separarse; cuando se iba a realizar la separación le es diagnosticado al padre una Insuficiencia Renal Crónica, precisando entrar en un programa de hemodiálisis, se hace muy pesimista y depresivo con frecuentes fantasías de muerte, todo ello se une a un carácter obsesivo y meticuloso, ordenado y perfeccionista de siempre; aparece insomnio y le son prescritos somníferos que guarda celosamente. El motivo del suicidio, expresado por Oscar, es el miedo que le producía haber suspendido dos asignaturas y el po-

sible castigo que podría recibir; nunca había suspendido, pero su afición a la TV había hecho que el padre le reprendiera y exigiera más, pero nunca había sido amenazado, según los padres. Tras dos semanas de no haber entregado el boletín de notas, cuando le es solicitado por el tutor, le produce una gran angustia; busca los somníferos del padre y, por la noche, ingiere unos cuantos sin poder precisar ningún miembro de la familia cuantos. (Recordemos que estos somníferos estaban guardados mientras que otros utilizados por la madre estaban a la vista.) Es descubierto a las cuatro o cinco de la mañana porque accidentalmente, por el llanto de la hermana menor, se levantó la madre y entró en el cuarto de Oscar encontrándolo «muy quieto para como era su sueño», ante el hecho de no responder a estímulos y una respiración lenta se le lleva al Servicio de Urgencia de un Hospital Infantil. La estructura de personalidad aparece muy enmascarada por los componentes melancólicos y culpógenos tras el intento de suicidio. Los mecanismos defensivos son esquizo-paranoides, spleeting, intelectualización, evitación y regresión. Aparecen contenidos orales, lo que explicaría la existencia de núcleos psicóticos, que desde el punto de vista diacrónico remiten a una estructura neurótica. Los mecanismos de defensa son frágiles, con desconexión de la realidad y un yo débil, con dificultades de identificación e identidad, apareciendo una fuerte represión de la agresividad (datos obtenidos por el análisis del test de Rorschach por el método estructural de Exner y del MAPS). En efecto, la enfermedad crónica del padre había influido negativamente en él, pues le veía deprimido y pesaroso, la ictericia era muy evidente; a su vez el padre había depositado en él una gran exigencia; su situación de acaparar para sí afectos se veía rota con la aparición de los suspensos, no

«ganaría» a la madre, apareciendo una gran represión de las pulsiones. Ante lo intolerante de la agresividad reprimida se plantea una gran culpa y autoagresividad que le llevaría a la autoaniquilación.

C) **DEPRESION DEBIDA A PROBLEMAS RELACIONALES**

Nos remite al estado de investimiento de la relación objetal y al grado de dependencia/independencia en relación a ese objeto (40), por lo tanto a la dificultad para tolerar la separación de él versus deseos de incorporarlo, nos lleva, por medio de la angustia de separación, a la vivencia y tolerancia de la castración.

Podríamos elegir un buen número de casos, pero en él presentamos, ya presentado por alguno de nosotros (41), se reúnen varias características que merecen nuestra atención: hijo adoptado, padre en la emigración, estar en un internado, suicidio de la madre adoptiva presenciado por el niño, nuevo matrimonio del padre, dificultades de relación, lo cual puede ilustrar el cuadro depresivo pues se presenta bajo la forma de una defensa maníaca por su gran «intranquilidad», como él define su gran ansiedad.

Juan Carlos es un varón de doce años que es remitido a consulta por el internado de un colegio de hijos de emigrantes, por una deficiente integración en el citado centro. Más tarde se nos hace saber que el motivo es que se le realice información sobre su adopción y del hecho de las nuevas nencias del padre.

El niño fue adoptado a los cuatro años de edad, habiendo permanecido hasta esa edad en una residencia desde los nueve meses, fecha en la que fue abandonado por su madre, la cual le había

tenido de soltera y era alcohólica. En este período recibía visitas de unos señores mayores.

Los padres adoptivos habían emigrado a Suiza, la madre no toleró la situación retornando y decidiéndose a adoptar un niño mientras el padre permanecía en la emigración. El deseo primitivo de la madre hubiera sido adoptar una niña, pero fue convencida para aceptar el niño. En uno de los retornos del padre, mientras ambos salían a pasear, la madre se suicidó tirándose al río, cuando la sacaron «el niño se tiró encima», según narra el padre, a lo que añade: «el chiquillo ha tenido muchos golpes, una vez se encontró una señora que le dijo que era su abuela y que se le quería llevar».

Presentaba una gran rivalidad con un primo por el trato que dispensaba a la madre, la cual es descrita como muy concededora, mientras el niño presentaba muchos «nervios» y era muy inquieto lo que motivó una serie de consultas a un psicólogo de la Diputación de su provincia. Este primo le repetía que era un «intruso», que era de «afuera».

El padre retornó de la emigración dos años antes de la consulta pero el niño permaneció interno, porque en el colegio que estaba «no lo querían por ser muy intranquilo». El niño se muestra muy preocupado por la seguridad física del padre en el momento de las entrevistas iniciales.

En el internado informan que es muy intranquilo, con gran ansiedad, dispersión en el estudio y un rechazo de los demás niños ante sus conductas más infantiles...

Durante una serie de sesiones, Juan Carlos manifiesta «su intranquilidad» y la imposibilidad de centrarse en nada, así como la preocupación por el hecho de no tener amigos, pues el único que tenía lo abandonó para formar parte de un grupo nuevo. Es un niño afectivo que sa-

lía a nuestro encuentro y nos demandaba la hora de su terapia. Siempre se mostró correcto y colaborador, aunque se percibía su gran ansiedad, que fue cediendo paulatinamente, por el efecto de una transferencia positiva con las figuras terapéuticas, al darse cuenta que se le toleraba «la intranquilidad» y se le centraba su dispersión. Con lo cual su discurso se iba haciendo cada vez más coherente y las asociaciones e interpretaciones eran analizadas. Lo más significativo fue cómo él fue relacionando su intranquilidad con la demanda de ser querido y aceptado por los demás, así como el sentimiento de culpa por el suicidio de la madre adoptiva y su temor a ser rechazado por el padre.

Para ilustrar estas vivencias de Juan Carlos son demostrativos los siguientes fragmentos de algunas de las sesiones: entre los dibujos temáticos lo primero que dibujó fue un sueño, en el cual decía: «Soñé que venía el espíritu de mi madre, bajó del cielo a la tierra para quedarse conmigo y con mi padre. Era transparente, con una blusa blanca que se movía lentamente. Ibamos a un castillo y había un río por enmedio, ella se quedó al otro lado y yo en éste y se cortó el sueño». Al asociar sobre el sueño plantea que le recuerda cuando era pequeño, de la felicidad en el pueblo con sus padres, «el río que nos separaba era la muerte de mi madre y la distancia que hay del cielo a la tierra. Le recuerda la separación y la dificultad en traspasarlo, pues no sabía nadar. Asocia que para poder pasar habría que poner un puente. Más tarde dice que en el sueño él se quería tirar, pero alguien le sujetaba.

En este sueño se realizó una intervención que fue clarificadora, al señalar que había tres partes: la bajada de mamá que era su deseo. Una segunda en la que había un viaje a un castillo, que podría ser el internado, dado que es un palacio con almenas derruidas. Una terce-

ra sería la realidad: mamá al otro lado del río y el niño en éste, sería la separación entre la vida y la muerte. En el aspecto transferencial se planteó que quizá podríamos ser nosotros quienes le ayudásemos a sujetarle cuando se iba a tirar por el puente, para reunirse con mamá igual que ella lo hizo.

Dos sesiones anteriores, Juan Carlos había planteado el encuentro con su nueva madre a la que él inicia llamando «segunda madre» y a la que describe diciendo que parece cariñosa. Pasa a hablar de la intranquilidad y de su solución y quien debe intervenir, dice que es la mamá de antes, pero que su mamá de antes tampoco era su mamá, pues recuerda que una prima le dijo que era hijo adoptivo, lo cual es para él: «como si no supiera cuál es mi madre verdadera». Plantea que no es el verdadero hijo de esos padres: «no les pertenezco a esos padres, no pusieron el material con el que yo me hice, me parece que mis verdaderos padres también me desprecian». Se emociona y a partir de aquí recuerda su estancia en los diversos colegios tutelares y las visitas que recibía, así como el episodio narrado por el padre y que ha sido expuesto con anterioridad, del encuentro con alguien que dijo ser su abuela. «Pienso en un dibujo en el que hay un objeto y luego el mismo objeto y así sucesivamente, me imagino que conmigo igual, al final se ve la imagen que son los verdaderos padres que no me abandonan. No me quedan claras las cosas, me hago un lío con todo esto.»

A partir de estas dos sesiones Juan Carlos comenzó a ir más fluido, verbalizó su interés creciente por los estudios. Aparecían sus temores con relación a sus padres y el enfrentamiento con el padre en las épocas de vacaciones. Tuvimos que suspender la terapia elaborando la separación, pero dejando una puerta abierta, dado que tenía que volver

a su provincia de origen y dejaba el internado para vivir con sus padres. En el momento actual, por medio de los profesores del colegio, sabemos que el padre quiere ponerse en contacto con nosotros para darnos las gracias. El niño acude a un colegio normal con un nivel adecuado de rendimiento escolar y la relación familiar es satisfactoria.

EL PAPEL DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Al abordar la depresión con un modelo de esta índole, lo fundamental lo situamos en el aspecto preventivo y en la detección precoz, posteriormente una actuación coherente por un grupo o equipo de salud mental infantil que aborde el substrato, el más allá de lo manifestado, ya que el síntoma no es más que una forma de vivirse, de actuar o sentirse la elaboración de ese discurso inconsciente del ser infantil (42); es sólo el pico del iceberg, lo visto del iceberg vendría representado por el cuadro noxográfico, pero ¿dónde lo no visto, que es de más calibre y más amplio?

Si es fundamental la prevención, lo primero es aceptar que el niño se deprime y que puede deprimirse; la negación no conduce a nada.

Posteriormente existen tres agentes fundamentales en la detección precoz:

1º El primero y fundamental es la propia familia, que evaluará las modificaciones, los temores, etc. Es la convivencia cotidiana y, además, el primer agente de salud y el más eficaz. Se precisará sensibilización, pues bien, que se trabaje en esa línea.

2º El pediatra: Es el primer personal sanitario que actúa en salud materno-infantil, además lo hace de forma más continua. Debe aprender a escuchar, no sólo a oír, el discurso emitido para, tras-

pasando el límite de lo concreto y manifiesto, intentar acceder a comprender aquello que se le presenta.

3º La escuela, al ser otro de los desencadenantes de este tipo de situaciones, debe saber que su labor pedagógica es algo más que la evaluación de los rendimientos, lo cual comporta que debe evaluar el verdadero valor de su discurso en el discurso infantil y las influencias y variaciones que origina.

Con estos tres fundamentales «agentes de salud infantil» el equipo de Salud Mental Infantil tendrá que actuar en íntima conexión, como técnico, desterrando el lugar de sujetos de supuesto saber, pues ese saber es de ellos y la verdad de sus discursos inconscientes.

El psiquiatra infantil con autonomía formativa y de ejercicio, el psicólogo infantil, los trabajadores sociales, personal de enfermería psiquiátrico, terapias ocupacionales, etc., son los pilotes que actuarán a demanda, desde y en la propia comunidad.

Hay quien opina que no existe Psiquiatría Comunitaria sin Psiquiatría en el Hospital General. Habría que analizar dialécticamente este aserto, pues el hospital es tal en tanto se refiere a una comunidad, por ello la Psiquiatría a lo mejor sí que puede ser así, pero la Salud Mental, como integrante de la salud, sólo

parte de la comunidad de origen y con su participación.

De esta suerte el intercambio de conocimientos enriquece a todos los sectores y puede abordarse el aspecto preventivo de una forma integral e integrada. El saber y la información serían más fluidos y la posibilidad de sensibilización de los profesionales, sobre todo de los que están en contacto con la infancia, mucho más satisfactoria.

Por otra parte, el equipo de salud mental infantil tendría la posibilidad de intercambiar sus experiencias entre sus diversos componentes y establecer una formación continuada y un ejercicio profesional más rico, al poder desarrollar todas y cada una de las potencialidades de sus distintos, diversos y complementarios campos de saber. De igual forma se integrarían los niveles preventivos, primario, secundario y terciario, con una adecuada proporción y con una eficacia mayor.

Este cambio hacia la atención de salud con equipos interdisciplinarios y asentamiento comunitario sólo podrá ser abordado, desde nuestra perspectiva, con la implementación de un Servicio Nacional de Salud con las características propias que lo definen (43), que no creemos sea éste el lugar adecuado para hacerlo.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS: *Glosario de las enfermedades mentales*. Ginebra, 1976.
2. DSM-III: *Manual para la clasificación de las enfermedades mentales*. Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1983.
3. LARA, E.: Mesa redonda sobre suicidio infanto-juvenil, Simposium de la Sección de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría, Madrid, 1982.
4. KLEIN, M.: *Psicoanálisis infantil*. Obras completas. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1980.
5. SPITZ, R.: *El primer año de la vida del niño*. Ed. Aguilar, Madrid, 1976.

6. BOWLBY, J.: *La vinculación afectiva*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1979.
7. MÜLLER, L.: *Los hijos del kitbutz*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1977.
8. BETTELHEIM, B.: *Los niños del sueño*. Ed. Siglo XXI, México, 1979.
9. SCHAFFER.
10. RIE, H. E.: «Depression in childhood. A survey of some pertinent contributions». *J. Am. Acad. Child. Psychiat.*, 1966, 5/4, 653-685.
11. MAHLER, M.: «Some preliminary notes on the development of basic moods, including depression». *Canad. Psychiat. Assoc. J.*, 1966, 11, **supl.** esp. S250-S258.
12. WINNICOTT, D. W.: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Ed. Laia. Barcelona, 1980.
13. SLATER, E.; ROTH, M.: *Clinical Psychiatry*. Ed. Cassell. Londres, 1969.
14. NISSEN, G.: *Depressive syndrome im Kindesund Jugendalter*. Ed. Springer. Berlín, 1971.
15. MEIERHOFFER, citado por Ajuriaguerra en *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray-Masson. Barcelona, 1976.
16. ABESRASTURY, A.: *La percepción de la muerte en el niño*. Ed. Kargieman. Buenos Aires, 1978.
17. RAIMBAULT, G.: *L'enfant et la mort*. Ed. Privat. Toulouse, 1975.
18. MANNONI, M.: *El niño retrasado mental y su madre*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1982.
19. PALACIO ESPASA, F.; MANZANO, J.: «La consultation thérapeutique des très jeunes enfants et leur mère». *Psychiatr. Infant*, XXIV, 2, 1982, 5-26.
20. BETTELHEIM, B.: *La fortaleza vacía*. Ed. Laia. Barcelona, 1978.
21. KANNER, L.; RODRIGUEZ, A.; ASHENDEN, B.: «How can autistic children go in matters of social adaptation?» *J. Autism child Schizo.*, 1972, 2, 1, 9-33.
22. SANDLER, J.; JOFFE, W. G.: «Notes on childhood depression». *Int. J. Psychoanal.*, 1965, 46, 88-96.
23. NISSEN: *Op. cit.*
24. SPERLING, M.: *The psychosomatic disorders in childhood*. Ed. Aronson. Nueva York, 1979.
25. SOULE, M.; FAIN, N.; KREISLER, L.: *El niño y su cuerpo*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1979.
26. MARTHY, P.: «Congrès des psychanalistes de Langues romanes». *Rev. Française de Psychanal.*, 19, 1-2, 1972, 805-816.
27. POZNANSKI, E.; ZRULL, J. P.: «Childhood depression. Clinical characteristics of overtly depressed children». *Arch. gen. Psychiatr.* 1970, 23, 8-15.
28. PEDREIRA MASSA, J. L.; MENENDEZ OSORIO, F.: «El síntoma psicossomático en la infancia. Valoración psicodinámica». *Rev. de la Asoc. Esp. de Neuropsiquiatr.*, 0, 86, 1981.
29. SCHILDER, P.: *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1978.
30. FREUD, A.: *El síntoma psíquico en el niño*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1978.
31. LACAN, J.: *Escritos*. Tomo I y II. Ed. Siglo XXI. México, 1977.

32. PEDREIRA MASSA, J. L.; MENDOZA BERJANO, E.: «Desarrollo y cuidados psicológicos del niño en cuidados intensivos». *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.*, 1, 1981, 86.
33. PEDREIRA MASSA, J. L.; MENDOZA BERJANO, E.: Aspectos psicodinámicos en la diabetes infanto-juvenil. Congreso mundial de Psiquiatría en el Hospital General. Madrid, 1983.
34. PALACIO ESPASA, F.; CRAMER, B.; FEIHL, F.: «La diabète juvénile maladie difficile à vivre et a penser». *Psychiatr. Infant*, X,II, 1, 5, 1979.
35. PLESS, I. B.; ROGHMANN, K. J.: «Chronic illness and its consequences: observations based on three epidemiological surveys». *J. Pediatr.*, 79, 3, 1971, 351.
36. FILLIOZAT, A. M.; HENNEQUET, A.: «Evolution psychologique et mucoviscidose». *Ann. Pediat.*, 23, 1, 1976, 47.
37. RAIMBAULT, G.; BOYER, P.: «L'enfant et son image de la maladie». *Arch. Fr. Pediatr.*, 24, 445, 1967.
38. PEDREIRA MASSA, J. L.; MENDOZA BERJANO, E.: «Aspectos psicopatológicos de la insuficiencia renal crónica en la infancia». *An. esp. pediatr.*, 18, 1, 1983.
39. SERVICIO DE SALUD PUBLICA DE LA DIPUTACION DE MADRID: Aspectos de la salud escolar. Madrid, 1983.
40. MAHLER, M.: *Op. cit.*
41. PEDREIRA MASSA, J. L.; SARDINERO GARCIA, E.: *Aproximación a los aspectos psico-sociales de la adopción y sus variantes*. En *Marginación Social e Institucional*. Coordinador, E. Reyero. Ed. Ayuntamiento y Comunidad Autónoma de Madrid, 1984.
42. MENENDEZ OSORIO, F.: «El síntoma psíquico y psicósomático en el niño. Visión psicoanalítica y estructuralista». *An. esp. pediatr.*, 13, 1091, 1980.
43. HERNANDEZ LES, G.; LOPEZ, M.^a A.; PEDREIRA, J. L.: «La sanidad española: del modelo tradicional al cambio». *Crónica y vida del Socialismo*, vol. 8, 1983, 113-128.

NIVEL DE DEPRESION EN ESCOLARES GALLEGOS

Domínguez, M. D.; Castro, P.; Bugallo, P. y Turiño, R.

Comunicación presentada a la XXV Reunión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil. Santiago de Compostela, 22 y 23 de junio de 1984.

INTRODUCCION

El concepto de Trastorno Depresivo en la infancia es causa de controversias y en los últimos años ha experimentado un notable incremento en cuanto al interés despertado en numerosos investigadores.

En Psiquiatría del Adulto, la clasificación de la categoría diagnóstica Depresión se ha apoyado en el establecimiento de criterios operativos para poder definir dicho concepto, desde la elaboración de escalas para medir los diferentes estados de ánimo hasta el uso de cuidadosas investigaciones que han contribuido a que el clínico avance en seguridad diagnóstica fundamentada en una base firme, lo cual no implica que las discusiones sobre este tema se hayan eliminado como señala Birlerson (1981).

En Psiquiatría Infantil el problema se agrava por el hecho de que el niño es un ser en desarrollo cuyo estado de ánimo puede fluctuar rápidamente, dice el mismo autor, del mismo modo, establecer la sintomatología depresiva en el niño constituye hoy un amplio trabajo no exento de discusión, así hay autores que defienden la similitud clínica de los estados depresivos de los niños con los de los adultos, Ringdahl (1981), mientras que para otros hay una sintomatología específica en relación con la edad y con las características psicológicas de esta etapa evolutiva, Poznanski (1983).

Por otra parte existe una considerable confusión en cuanto al término Depresión Infantil y las variadas aportaciones que sobre ella se hacen, recogen aspectos diversos; así para Birlerson (1981), que señala que un niño con hallazgos depresivos puede ser clasificado de ca-

torce maneras diferentes y que los modelos teóricos empleados por los Psiquiatras Infantiles pueden superar en número incluso a los de sus colegas de Psiquiatría de Adultos, cuando se refiere a los criterios conceptuales y clasificatorios, para Witkowska-Roszka (1981) el interés reside en establecer los criterios etiológicos, polietiológicos, en su opinión, clasificatorios y sintomatológicos.

Por último es necesario señalar la existencia cada vez más numerosa de trabajos sobre la existencia de la Depresión Infantil y el polimorfismo de sus características clínicas, de las que se hacen eco numerosos autores a fin de clasificar el concepto y el diagnóstico de esta entidad en una etapa como es la infancia y la adolescencia.

MOTIVO

En el presente trabajo nos planteamos la utilización de un instrumento de medición como ayuda diagnóstica de los trastornos depresivos en la infancia y el interés que puede tener el contrastarlo con otros instrumentos de medida.

Hemos diseñado el trabajo administrando el Cuestionario de Depresión Infantil de Rodríguez-Sacristán y Cardose a un grupo de escolares no diagnosticados de padecimiento psiquiátrico a fin de obtener los resultados de ese cuestionario en un grupo de población general.

En segundo lugar establecemos la relación existente entre el nivel de depresión detectado por dicho cuestionario y la situación escolar de los adolescentes ya que en algunas publicaciones la disminución del rendimiento escolar se menciona como síntoma de Depresión Infantil, Poznanski (1983), Kestembaum (1980) y otros.

Desde nuestro punto de vista, cabe también la posibilidad de que el fracaso escolar no sea un síntoma depresivo si-

no un factor etiológico del cuadro depresivo.

Por último en aquellos sujetos en los que ha habido una puntuación que según los diversos autores, indica la existencia de rasgos depresivos, hemos hecho un análisis descriptivo de los ítems que han contribuido en mayor medida al aumento de la puntuación global en un intento de comprender la situación del adolescente que se ve afectado por un trastorno de este tipo.

MATERIAL Y METODO

El material de que hemos dispuesto es el siguiente:

— A nivel humano los adolescentes que han contestado el cuestionario son en total 263, cuyas edades oscilan entre los 11 y los 15 años de edad, cursan 6º, 7º y 8º de E.G.B. y pertenecen a un núcleo suburbano de la ciudad de Santiago. Se distribuyen, en cuanto al sexo, del siguiente modo: 147 pertenecen al sexo masculino y 116 al sexo femenino. Cuadro I.

Como ya hemos dicho el Cuestionario utilizado es el Cuestionario de Depresión Infantil (Rodríguez-Sacristán y Cardose) que se adjunta en el Anexo I hemos de decir que consta de 16 apartados:

- A: TRASTORNOS DEL SUEÑO
- B: ANOREXIA
- C: IRRITABILIDAD
- D: AISLAMIENTO SOCIAL
- E: SENTIMIENTOS DE FRACASO
- F: FATIGABILIDAD
- G: DIFICULTAD PARA EL TRABAJO
- H: TRISTEZA
- I: AUTOLISIS
- J: LLANTO
- K: INSATISFACCION
- L: PESIMISMO
- M: AUTOIMAGEN

N: QUEJAS SOMATICAS
O: ACTITUD ANTE LA ESCUELA
P: CULPABILIDAD

Cada uno de estos apartados está dividido en ítems en número de cuatro y que se puntúan de 0 a 3 según la intensidad del trastorno.

Una vez administrado el cuestionario y obtenidas las puntuaciones hemos utilizado dos medidas estadísticas:

— Las medias de las puntuaciones obtenidas, globales y por grupos de sexo y de existencia o no de fracaso escolar.

— La prueba t de Student que se utiliza a fin de establecer la existencia de diferencias significativas entre los diferentes grupos.

RESULTADOS

En primer lugar señalaremos que en cifras absolutas obtienen puntuaciones por debajo de 9 puntos, 150 sujetos de la muestra total que constituyen el 57% y que según la aportación de autores como Selgman, Hilpatrick y otros, Polaino y Buceta; Miller y colaboradores, no estarían deprimidos. Obtienen puntuaciones entre 9 y 18, 96 sujetos que suponen un 36% de la muestra total y que para los autores antes citados presentarían trastornos de tipo depresivo leve. Obtienen puntuaciones superiores a 18, 17 sujetos que constituyen un 6,4% de la muestra total y que presentarían un trastorno depresivo moderado.

En cuanto a los resultados de las medias obtenidas por grupos cabe comentar lo siguiente (cuadros II a VI): la media de toda la muestra no alcanza la puntuación de depresión. Los grupos cuyo resultado se eleva por encima de 9 puntos son: El grupo de adolescentes del sexo femenino global que se incrementa cuando dentro de este grupo se estu-

dian aquellas adolescentes que han experimentado fracaso escolar. En cuanto al sexo masculino no se observa puntuación de depresión en el total de este grupo, ni en aquellos que no han fracasado en la escuela y sí en cambio en aquellos que han experimentado fracaso escolar. El subgrupo de adolescentes que han fracasado en la escuela obtiene una puntuación de depresión en ambos sexos.

En el análisis de las puntuaciones medias por curso escolar ponen de manifiesto los siguientes datos:

6º de E.G.B. Obtienen puntuación de depresión aquellos sujetos que pertenecen al sexo masculino y que han fracasado en la escuela.

7º de E.G.B. Obtienen puntuación de depresión aquellos sujetos que han fracasado en la escuela en ambos sexos.

8º de E.G.B. Obtienen puntuación de depresión el grupo del sexo femenino tanto con buen rendimiento escolar como con fracaso, en el grupo del sexo masculino obtienen puntuación de depresión el grupo que no ha experimentado fracaso escolar.

En cuanto a la prueba t de Student (cuadros VII a XI). Se pone de manifiesto la existencia de diferencias significativas entre ambos sexos considerados conjuntamente independientemente de la edad y de la situación escolar, apareciendo una mayor frecuencia de depresión en el grupo del sexo femenino.

En las pruebas realizadas dentro del grupo del sexo femenino diferenciando las que han experimentado fracaso escolar y las que no lo han experimentado la diferencia existente no es significativa; en cuanto al sexo masculino si existen diferencias significativas cuando se tiene en cuenta el aspecto de la situación escolar.

Cuando comparamos ambos sexos teniendo en cuenta la existencia de fracaso escolar no existen diferencias sig-

nificativas y cuando lo hacemos entre aquellos que no han fracasado en la escuela si se observan diferencias significativas.

En los resultados de la prueba t, por cursos escolares observamos los siguientes datos:

— 6° de E.G.B. sexo femenino, no se obtienen diferencias significativas en relación al fracaso escolar.

— 7° de E.G.B. existen diferencias significativas en el grupo de sexo masculino cuando se tiene en cuenta el fracaso escolar. En el sexo femenino no encontramos diferencias significativas.

8° de E.G.B., sexo femenino, no hay diferencias significativas cuando se compara según fracaso escolar.

En el sexo masculino existen diferencias significativas al tener en cuenta la existencia de fracaso escolar.

Por último en los resultados de las pruebas t para los subgrupos por sexo y fracaso escolar en los distintos cursos existen diferencias significativas cuando comparamos dentro del grupo del sexo masculino los que no han fracasado en la escuela en los cursos 6° y 8°. Y encontramos diferencias significativas cuando comparamos los grupos del sexo femenino que no han fracasado con los del sexo masculino del mismo curso que no han experimentado tampoco fracaso escolar.

En cuanto al análisis descriptivo de los distintos apartados, observamos que en los sujetos deprimidos, en el sexo femenino el mayor número de ítems corresponde a los puntuados con 0 y el menor a los puntuados con 2. El apartado que en más ocasiones se puntúa con 3, que es la puntuación máxima por apartado, es el de autoimagen; en segundo lugar el apartado referido a ansiedad y en tercer lugar el que se denomina insatisfacción.

En el sexo masculino la puntuación que en más ocasiones se da es la de 0

y la que menos la de 2, igual que en el sexo femenino.

El apartado que en más ocasiones se puntúa con 3 es el que se corresponde con la actitud ante la escuela, en segundo lugar el que se refiere a llanto y en tercer lugar el que corresponde a autoimagen.

CONCLUSIONES

1. Hay una mayor tendencia a presentar trastornos depresivos medidos con el Cuestionario de Depresión Infantil (Rodríguez-Sacristán y Cardoso) en el sexo femenino que en el sexo masculino, entre los adolescentes.
2. La existencia de fracaso escolar coincide con la presencia de rasgos depresivos entre los adolescentes de ambos sexos.
3. En los cursos inferiores la relación entre fracaso escolar y depresión se pone más claramente de manifiesto entre los sujetos del sexo masculino. En los cursos medios la relación entre fracaso escolar se pone más claramente de manifiesto entre los sujetos del sexo masculino. En los cursos superiores el nivel de depresión aparece independientemente del fracaso escolar y del sexo a excepción de los varones fracasados en 8° de E.G.B. en los que el nivel de depresión disminuye.
4. El nivel de depresión parece estar relacionado, en el sexo femenino, con la autoimagen negativa, las conductas alimentarias y el grado de satisfacción personal.
En el sexo masculino el nivel de depresión parece estar relacionado con la actitud de rechazo ante la escuela, la dificultad para manifestar su situación emocional y con la autoimagen negativa.

ANEXO I

CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL (RODRIGUEZ-SACRISTAN Y CARDOSE)

A: TRASTORNOS DEL SUEÑO

0. Puedo dormir tan bien como antes
1. No duermo tan bien como antes
2. Me despierto hasta una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormirme

B: ANOREXIA

0. Mi apetito no es peor que antes
1. Mi apetito no es tan bueno como antes
2. Mi apetito es mucho peor ahora
3. Ultimamente no tengo nada de apetito

C: IRRITABILIDAD

0. No estoy más irritable de lo acostumbrado
1. Me molesto e irrito más fácilmente que antes
2. Ultimamente me siento irritable todo el tiempo
3. No me irritan en absoluto las cosas que acostumbran a irritarme

D: AISLAMIENTO SOCIAL

0. No he perdido el interés en otras personas
1. Estoy menos interesado en otras personas en comparación a como lo estaba antes
2. He perdido la mayor parte del interés en otras personas
3. He perdido todo el interés en otras personas

E: SENTIMIENTOS DE FRACASO

0. Yo no me siento un fracasado
1. Pienso que he fracasado más que las demás personas
2. Pienso que mi vida ha sido una acumulación de fracasos
3. Siento que soy un fracaso completo como persona

F: FATIGABILIDAD

0. No suelo sentirme más cansado de lo normal
1. Me canso con mayor facilidad que antes
2. Me canso casi con cualquier cosa
3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa, no puedo hacer nada sin cansarme

G: DIFICULTAD PARA EL TRABAJO

0. Puedo trabajar tan bien como siempre
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
2. Tengo que hacer un esfuerzo demasiado grande para realizar cualquier cosa
3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo

H: TRISTEZA

0. No me siento triste
1. Me siento triste
2. Estoy triste casi todo el día y no puedo evitarlo
3. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo

I: AUTOLISIS

0. Nunca he pensado en matarme
1. He pensado en matarme pero no lo haría
2. Me gustaría matarme
3. Me mataría si tuviera una oportunidad

J:

0. No lloro más de lo normal
1. Ahora lloro más que antes
2. Ahora lloro todo el tiempo
3. Antes podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera

K: *INSATISFACCION*

0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes
1. No disfruto de las cosas como antes
2. No obtengo una satisfacción verdadera de nada
3. Estoy descontento y aburrido de todo

L: *PESIMISMO*

0. No me siento pesimista con respecto al futuro
1. Me siento pesimista respecto al futuro
2. Siento que no puedo esperar nada del futuro
3. Siento que el futuro es para mí descorazonador y que las cosas no mejorarán

M: *AUTOIMAGEN*

0. Me siento peor que antes
1. Me preocupa parecer más viejo o sin atractivo
2. Me siento como si hubiese cambios permanentes en mi aspecto que me hacen lucir con menos atractivo
3. Creo que mi aspecto es feo

N: *QUEJAS SOMATICAS*

0. No estoy más preocupado por mi salud que antes
1. Estoy preocupado por problemas de salud física como dolores y molestias (problemas de estómago, estreñimiento, dolor de cabeza...)
2. Estoy muy preocupado por problemas de salud física y me es difícil pensar en otras cosas
3. Estoy tan preocupado por los problemas de tipo físico que no puedo pensar en nada más

O: *ACTITUD ANTE LA ESCUELA*

0. Me gusta ir al colegio
1. No me gusta mucho ir al colegio
2. Falto mucho al colegio sin necesidad de estar enfermo
3. No quiero ir al colegio

P: *CULPABILIDAD*

0. No me siento particularmente culpable
1. Me siento culpable algunas veces
2. Me siento culpable muchas veces
3. Me siento culpable todo el tiempo

CUADRO I

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

MUESTRA TOTAL	263		
MUESTRA SEXO MASCULINO	147	FRACASO ESCOLAR	46
		NO FRACASO ESCOLAR	101
MUESTRA SEXO FEMENINO	116	FRACASO ESCOLAR	38
		NO FRACASO ESCOLAR	78
MUESTRA TOTAL NO FRACASO ESCOLAR	179		
MUESTRA TOTAL FRACASO ESCOLAR	84		
6° E.G.B.	131	S. MASCULINO	75
		S. FEMENINO	56
FRACASO ESCOLAR	42	S. MASCULINO	23
		S. FEMENINO	19
NO FRACASO ESCOLAR	89	S. MASCULINO	52
		S. FEMENINO	37
7° E.G.B.	80	S. MASCULINO	49
		S. FEMENINO	31
FRACASO ESCOLAR	24	S. MASCULINO	16
		S. FEMENINO	8
NO FRACASO ESCOLAR	46	S. MASCULINO	33
		S. FEMENINO	23
8° E.G.B.	52	S. MASCULINO	23
		S. FEMENINO	29
FRACASO ESCOLAR	18	S. MASCULINO	7
		S. FEMENINO	11
NO FRACASO ESCOLAR	34	S. MASCULINO	16
		S. FEMENINO	18

CUADRO II

PUNTUACIONES MEDIAS

	<i>PUNTUACIONES TOTALES</i>	<i>PUNTUACIONES MEDIAS</i>
MUESTRA TOTAL	2.253	8.57
SEXO MASCULINO	1.179	8.02
SEXO FEMENINO	1.074	9.26

CUADRO III

PUNTUACIONES MEDIAS POR SEXO Y FRACASO

	<i>PUNTUACIONES TOTALES</i>	<i>PUNTUACIONES MEDIAS</i>
SEXO MASCULINO - FRACASO ESCOLAR	451	9.80
SEXO FEMENINO - FRACASO ESCOLAR	366	9.63
SEXO MASCULINO - NO FRACASO ESCOLAR	728	7.21
SEXO FEMENINO - NO FRACASO ESCOLAR	708	9.08

CUADRO IV

6º E.G.B.

	<i>PUNTUACIONES TOTALES</i>	<i>PUNTUACIONES MEDIAS</i>
TOTAL	1.701	8.18
SEXO MASCULINO	579	7.72
SEXO FEMENINO	492	8.79
SEXO MASCULINO - FRACASO ESCOLAR	233	10.13
SEXO MASCULINO - NO FRACASO ESCOLAR	346	6.65
SEXO FEMENINO - FRACASO ESCOLAR	166	8.74
SEXO FEMENINO - NO FRACASO ESCOLAR	326	8.81

CUADRO V**7º E.G.B.**

	<i>PUNTUACIONES TOTALES</i>	<i>PUNTUACIONES MEDIAS</i>
TOTAL	677	8.76
SEXO MASCULINO	381	7.78
SEXO FEMENINO	296	9.55
SEXO MASCULINO - FRACASO ESCOLAR	167	10.44
SEXO FEMENINO - FRACASO ESCOLAR	96	12.00
SEXO MASCULINO - NO FRACASO ESCOLAR	214	6.48
SEXO FEMENINO - NO FRACASO ESCOLAR	200	8.70

CUADRO VI**8º E.G.B.**

	<i>PUNTUACIONES TOTALES</i>	<i>PUNTUACIONES MEDIAS</i>
TOTAL	505	9.71
SEXO MASCULINO	219	9.52
SEXO FEMENINO	286	9.86
SEXO MASCULINO - FRACASO ESCOLAR	51	7.29
SEXO FEMENINO - FRACASO ESCOLAR	104	9.45
SEXO MASCULINO - NO FRACASO ESCOLAR	168	10.50
SEXO FEMENINO - NO FRACASO ESCOLAR	182	10.11

CUADRO VII**PRUEBA t**

	<i>t</i>	<i>G.L.</i>	<i>Significatividad</i>
MUESTRA TOTAL	1.69	261	0.05
SEXO MASCULINO	2.57	145	0.01
SEXO FEMENINO	0.47	114	N.S.
FRACASO ESCOLAR	0.19	82	N.S.
NO FRACASO ESCOLAR	2.24	177	0.025

CUADRO VIII**PRUEBA t 6º E.G.B.**

	<i>t</i>	<i>G.L.</i>	<i>Significatividad</i>
SEXO FEMENINO	0.04	54	N.S.
SEXO MASCULINO	2.51	73	0.01
FRACASO ESCOLAR	0.70	40	N.S.
NO FRACASO ESCOLAR	1.80	87	0.05

CUADRO IX**PRUEBA t 7º E.G.B.**

	<i>t</i>	<i>G.L.</i>	<i>Significatividad</i>
SEXO FEMENINO	1.44	29	N.S.
SEXO MASCULINO	2.07	47	0.025
FRACASO ESCOLAR	0.51	22	N.S.
NO FRACASO ESCOLAR	1.47	54	0.05

CUADRO X

PRUEBA t 8º E.G.B.

	<i>t</i>	<i>G.L.</i>	<i>Significatividad</i>
SEXO FEMENINO	0.28	27	N.S.
SEXO MASCULINO	1.72	21	0.025
FRACASO ESCOLAR	0.77	16	N.S.
NO FRACASO ESCOLAR	0.22	32	N.S.

CUADRO XI

PRUEBA t COMPARACION ENTRE CURSOS, SEXOS Y FRACASO ESCOLAR

			<i>t</i>	<i>G.L.</i>	<i>Signifi- catividad</i>
FRACASO ESCOLAR	SEXO FEMENINO	(6º 7º)	1.28	25	N.S.
	» »	(6º 8º)	0.29	28	N.S.
	» »	(7º 8º)	0.90	17	N.S.
NO FRACASO ESC.	SEXO FEMENINO	(6º 7º)	0.07	58	N.S.
	» »	(7º 8º)	0.78	39	N.S.
	» »	(6º 8º)	0.75	53	N.S.
FRACASO ESCOLAR	SEXO MASCULINO	(6º 7º)	1.06	37	N.S.
	» »	(7º 8º)	1.00	21	N.S.
	» »	(6º 8º)	1.11	28	N.S.
NO FRACASO ESC.	SEXO MASCULINO	(6º 7º)	0.15	83	N.S.
	» »	(7º 8º)	2.66	47	0.01
	» »	(6º 8º)	2.73	66	0.005

BIBLIOGRAFIA

1. BERNDT, J.: «Depression and self-actualization in gifted adolescents». *J. Clin. Psychol.* Chicago, 1982, 38/1 (142-150).
2. BIRLESON, P.: «The validity of depressive disorder in childhood and development of a self-rating scale. A research report. *J. Child Psychology and Psychiatry.* Edimburgo, 1981, 22/1 (73-87).
3. CARLSON, G. et al.: «Anxiety and depressive disorders in psychiatrically disturbed children». *Clin. Psychiatry.* Los Angeles, 1982, 43/9 I (358-361).
4. KANDEL, D. E. et al.: «Epidemiology of depressive mood in adolescents. An empirical study». *Gen. Psychiatry.* N.Y. 1982, 39/10 (1205-1212).
5. KAZDIN, A. E. et al.: «Self-report and interview measures of childhood and adolescents depression». *J. Child Psychology and Psychiatry.* Pittsburg, 1982, 23/4 (437-455).
6. KESTEMBAUM, C. J.: «Children at risk for manic-depressive illness: possible predictors». *Am. J. Psychiatry.* N.Y. 1979, 136/9 (1206-1208).
7. LEON, G. R. et al.: «Depression in children: Parent, Teacher, and child perspectives». *J. Abnorm. Child Psychol.* Minneapolis, 1980, 8/2 (221-235).
8. LEWIS, M. et al.: «Depression in childhood: A biopsychosocial perspective. *Am. J. Psychoter.* New Haven, 1981, 35/3 (323-329).
9. MAYER, R. et al.: «Psychopathology of depression in children: A clinical case». *Acte Paedopsychiatr.* Roma, 1981, 47/3 (167-176).
10. MEZZITH, A. C. et al.: «Symptomatology of depression in adolescence». *J. Pers. Assess.* California, 1979, 43/3 (267-275).
11. MOUREN, M. C.: «Depression in the child clinical and psychopathological aspects». *Ann. Med. Psychol.* Marseille, 1978, 136/10 (1147-1165).
12. MOUREN, M. C. et al.: «Food conduct disorders in depressed adolescents». *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* Paris, 1982, 30/10-11 (589-600).
13. NISSEN, G.: «Depressive states in children and adolescents». *Dtsch-Arztebl.* Wureburg, 1979, 76/9 (567-570).
14. POZNANSKI, E. O.: «The clinical phenomenology of childhood depression». *Am. J. Orthopsychiatry.* Chicago, 1982, 52/2 (308-313).
15. RINGDAHL, I. C.: «Depressive reactions in children and adolescents». *Psychosomatics.* Arkansas, 1980, 21/11 (930-938).
16. ROBBINS, D. R. et al.: «The use of the research diagnostic criteria for depression in adolescent psychiatric inpatients». *J. Am. Acad. Child. Psychiatr.* Michigan, 1982, 21/3 (251-255).
17. TAI, W. S.: «Depression in childhood a survey of the literature». *Ann. Acad. Med.* Singapore, 1979, 8/3 (339-346).
18. TESINY, E. P. et al.: «Childhood depression: A 6-month follow-up study». *J. Consult. Clin. Psychol.* N.Y. 1982, 50/5 (778-780).
19. WITROWSKA-ROZZAKA, J.: «Depressive syndromes in children aged 7 to 14 years». *Psychiatr. Pol. Krosnice.* 1980, 14/3 (223-227).

OBSERVACION Y REGISTRO DE SINTOMAS DEPRESIVOS DEL NIÑO

Dr. Dennis Cardoze (Panamá)

INTRODUCCION

En la actualidad, la gran mayoría de los que investigan sobre los estados depresivos del niño parecen aceptar que estos estados se manifiestan por una serie de síntomas similares a los del adulto deprimido (Kazdin y Petti, 1982), y casi todas las escalas confeccionadas para el diagnóstico de la depresión infantil se basan en este criterio. Esto supone un avance desde las posiciones anteriores de considerar las depresiones infanto-juveniles como cajones de sastre de los que podía salir casi cualquier cosa, postura a la cual se adherían fundamentalmente los autores de tendencia psicodinámica. Esta forma de concebir las depresiones del niño estaba ocasionando, a nuestro juicio, un nudo del cual no se podía salir y se daba vueltas constantemente alre-

dedor del mismo sin lograr una definición más apropiada o realista de aquéllas.

Pero si se evita el tener que manejar conceptos especulativos poco útiles a la hora de hacer una Psiquiatría práctica, si se evita el buscar explicaciones en hipotéticas situaciones internas imposibles de verificar con criterios objetivos y nos limitamos a trasladar los conceptos en términos operativos útiles (Ross, 1974), entonces la labor será determinar si existen niños que exhiban síntomas o conductas que los identifiquen como depresivos. Estos síntomas o conductas que forman la plataforma de la que se debe partir y que la experiencia nos dice que reflejan estados de ánimo disminuidos, han sido aceptados por la gran mayoría de autores modernos. Así pues, lo fundamental en un niño deprimido, igual que en un adulto,

«sería un descenso del humor que termina siendo triste...» (Ey, 1974) y que traducido en términos operativos sería: «Un niño que emite una tasa de respuestas de evitación a una variedad de estímulos y que tiende a escapar de las situaciones sociales, y por tanto a tener pocos amigos e intereses limitados. Su conducta es generalmente mantenida en una baja tasa de refuerzos positivos y exhiben típicamente, crisis de llanto frecuente, marcada sensibilidad a las críticas, fácil desaliento ante el fracaso, exceso de preocupaciones, falta de entusiasmo e interés y una tristeza generalizada» (Ross, 1974).

Este estudio se planteó los siguientes objetivos:

1. La búsqueda de estos síntomas en cuatro situaciones diferentes y establecer las correlaciones entre estas observaciones.
2. El establecimiento de un criterio cuantitativo que permita delimitar una frontera entre la depresión y la no depresión y medir la severidad cuando existe un síndrome depresivo.
3. Identificar qué síntomas identifican mejor a los depresivos en estas situaciones distintas.

4. Dejar establecida una metodología de trabajo para el diagnóstico de las depresiones infanto-juveniles.

Se trata de un estudio preliminar y por tanto tentativo y cuyos resultados habrá que tomar como punto de referencia para futuros trabajos en este sentido así como con las precauciones necesarias de toda investigación inicial.

MATERIAL Y METODO

Se estudió una muestra de 40 niños de los cuales 24 (60%) eran de sexo masculino y 16 (40%) de sexo femenino. Las edades de los niños estaban comprendidas entre 7 y 13 años con un promedio de edad de 9,6 años (Tabla 1). La condición social de la muestra corresponde a un nivel de clase media baja. Todos los niños provenían de familias residentes en la ciudad de Panamá y fueron elegidos de la población que solicitó consulta en la Sección de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja del Seguro Social. Este grupo incluyó a todos los pacientes de las edades antes citadas que visitaron la Sección durante un período determinado de tiempo. Se eliminaron del estudio los niños con deficiencia mental (CÍ menor

Tabla 1. — Distribución de la muestra por edades y sexo

Años	N.º	%	Masculino	%	Femenino	%
7	3	7.5	1	33.3	2	66.6
8	6	15.0	5	83.3	1	16.6
9	8	20.0	4	50.0	4	50.0
10	15	37.5	7	46.6	8	53.3
11	3	7.5	3	100.0	0	—
12	2	5.0	1	50.0	1	50.0
13	3	7.5	3	100.0	0	—

de 70), los psicóticos, los autistas, los que presentaban incapacidad para la comunicación verbal, los hijos de madres que no habían superado un nivel de escuela primaria y los que aún no sabían leer a pesar de estar en la edad requerida por el estudio.

Cada niño fue estudiado desde cuatro ángulos distintos: una entrevista abierta y la observación del médico en el consultorio, un cuestionario estructurado contestado por el niño, un registro de observación en la casa del paciente realizado por la madre o algún otro familiar y una observación en el aula escolar por la maestra.

Entrevista y observación por el médico

Cada paciente fue entrevistado y observado por el médico (en este caso el autor) en tres ocasiones distintas de 45 minutos aproximadamente cada una y separadas por un lapso de 10 a 15 días, de modo que entre la primera y la última observación transcurrían entre 30 y 45 días. En cada visita se estableció un sistema de puntos de 0 y 1. Si el niño mostraba una conducta que previamente se había decidido registrar se le daba 1 punto y 0 en el caso contrario. Se programaron 8 conductas a observar y registrar:

1. Expresión facial de desánimo o de tristeza.
2. Reacción de llanto (o emisión de lágrimas).
3. Actitud irritable (contestaciones agresivas o posturas de desafío o de sensibilidad marcada).
4. Ausencia de comunicación verbal espontánea o respuestas tardías y/o por comunicación gestual.
5. Inhibición motora.

6. Expresión de sentimientos de rechazo (no lo quieren, le pegan o le castigan mucho, no tiene amigos, se burlan de él o ella...).
7. Inhibición ante una tarea: negativa o dudas ante la solicitud de un dibujo.
8. Reacción de valoración negativa del propio dibujo.

La puntuación total de los tres registros se estableció en forma de porcentaje: así por ejemplo, si un niño obtuvo una puntuación total de 6, su calificación era de 25% (6 puntos sobre un total posible de 24).

Cuestionario a contestar por el niño

En la primera y última visita del paciente mientras duró el estudio, se le pasaba un cuestionario de 15 ítems que se calificaban de 0 a 2 (0 = nunca; 1 = a veces; 2 = muchas veces). Los ítems del cuestionario eran los siguientes:

1. ¿Te dan ganas de llorar?
2. ¿Te sientes de malhumor, enfadado(a)?
3. ¿Piensas que la gente no te quiere?
4. ¿Piensas que tus amigos(as) son mejores que tú?
5. ¿Te sientes triste?
6. ¿Sientes miedo de que sucedan cosas muy malas?
7. ¿Te gustaría ser una persona diferente?
8. ¿Te dan ganas de dejar la escuela?
9. ¿Te sientes sin ganas de hacer lo que te piden en la casa o en la escuela?
10. ¿Te duele la cabeza?
11. ¿Piensas que a ti todo te sale mal?
12. ¿Tienes pesadillas de noche?
13. ¿Crees que eres malo(a)?
14. ¿Te sientes cansado(a)?
15. ¿Crees que deben castigarte más?

A cada niño se le advertía que podía tomar el tiempo necesario para contestar las preguntas y se le daba la oportunidad de preguntar si no entendía el sentido de algún ítem.

Entre el test y el retest pasaron de 30 a 45 días según casos. La puntuación también se convirtió a porcentaje promedio de ambas pruebas (test-retest): si un niño obtuvo un total de 17 puntos del total de 30 posibles en el cuestionario, alcanzaba una calificación de 56,7%. Si en el retest alcanzaba una calificación de 40,3%, su promedio era de 48,5%.

Registro de síntomas depresivos en la casa

A la madre (o persona de la familia indicada) se le proporcionaba un formato de 10 ítems que tenía que contestar en base a la observación del paciente en el medio doméstico.

La observación se basó en un sistema de muestreo de una duración total de un mes. Según este sistema, la madre debía anotar las observaciones cada dos días (uno sí y dos no) lo que daba un total de 10 días de registro en el plazo de 30 días. Junto a cada ítem había una fila de casillas con este propósito. En cada casilla la madre anotaba una X en caso de observar el síntoma o conducta o la dejaba en blanco en el caso contrario. Cada X anotada era tomada como un punto; pudiendo existir un total de 10 puntos por ítem y siendo 10 el conjunto de los ítems, los puntos anotados daban el porcentaje alcanzado: si un niño tenía 21 puntos (o 21 X) su porcentaje correspondía a 21%.

Los ítems del cuestionario-registro del hogar fueron los siguientes:

1. Humor decaído, rostro con expresión de desánimo.

2. Llanto o lágrimas sin motivo o por causas insignificantes.
3. Se muestra irritable, se molesta fácilmente.
4. Se muestra insatisfecho(a), nada le interesa.
5. Expresa deseos de no vivir o ha intentado matarse.
6. Se queja de dolor o molestias en la cabeza.
7. Manifiesta ideas de desprecio hacia sí mismo(a) o se culpa de cosas que no ha hecho o de cosas insignificantes.
8. No quiere ir a la escuela o pone excusas para no ir.
9. Tiene dificultad para tomar el sueño o se despierta a medianoche con dificultad para volverse a dormir.
10. Ha estado aislado(a) de sus amistades, no quiere hacer vida social o salir a jugar.

A la madre se le instruía detenidamente antes de iniciar el registro en la casa.

Registro de síntomas depresivos en el aula escolar

A la maestra del paciente se le enviaba con la madre u otro familiar del mismo, un cuestionario similar al doméstico con algunas variantes para adaptarlo al medio escolar.

Debido al inconveniente de que las maestras no pueden dedicarse a un registro detenido de cada niño, solamente se les pedía que trataran de observar la conducta del alumno y contestaran el cuestionario 10 días después de habérselo entregado. Este cuestionario se basaba en una puntuación de 0 a 3 (0 = nunca; 1 = poco; 2 = mucho; 3 = excesivamente). Al contestar el cuestionario, la maestra recibía otro for-

mato igual y se le pedía seguir el mismo procedimiento. De este modo entre el primero y el segundo registro pasaban un mínimo de 20 días.

Esta forma escolar contenía los siguientes ítems:

1. Humor decaído, rostro con expresión de desánimo.
2. Llanto o lágrimas sin motivo o por cosas insignificantes.
3. Se muestra irritable, se molesta fácilmente.
4. Se queja de dolor o molestias en la cabeza.
5. Se muestra insatisfecho(a), nada le interesa.
6. Se aísla de sus compañeros(as) en los recreos u otras actividades.
7. Manifiesta ideas de desprecio hacia sí mismo(a), o sentimientos de inferioridad y/o culpa.
8. Se muestra lento(a) para terminar los trabajos o para contestar.
9. Ha disminuido su rendimiento académico en relación a los meses anteriores.
10. Falta a clases.

En este caso, como en los anteriores, la puntuación era convertida a porcentaje: si un niño tenía 11 puntos de un total posible de 30, su calificación era de 36,7%.

De esta manera, en un período de 4 a 6 semanas, en algunos casos hasta 8 semanas, cada niño de la muestra era estudiado en base a 4 Formas que de ahora en adelante denominaremos para mayor economía FC (Forma Clínica), FN (Forma para el Niño), FD (Forma Doméstica) y FE (Forma Escolar). La puntuación convertida a porcentaje nos permite igualar el sistema de calificaciones y establecer un solo valor cuantitativo dimensional (0 a 100) en base a los promedios de las 4 Formas.

Dado el hecho de que las condiciones de observación y registro no son iguales, era lógico esperar que las Formas no se elaboraran exactamente iguales, pero sí que consistieran en ítems que desde un punto de vista teórico y hasta cierto punto experimental, hicieran alusión a estados de ánimo depresivos. Distribuidos en las 4 Formas se encontraban ítems que aluden a conceptos tales como tristeza, llanto fácil, irritabilidad, inhibición motora, inhibición social, sensación de rechazo, de inferioridad y de culpa, inseguridad, somatización en forma de dolor o molestias en la cabeza, rechazo de la escuela, fatigabilidad, desinterés por la vida y por las actividades y trastornos del sueño (Tabla 2).

Siempre desde un punto de vista teórico, FC contiene un 47% de los conceptos, FN, FD y FE un 73% cada una.

Para la valoración cuantitativa de los resultados se utilizó un criterio dimensional. A lo largo de esta dimensión se establecieron cuatro niveles: 0 a 24 = no depresión; 25 a 49 = depresión leve a moderada; 50 a 74 = depresión importante; 75 a 100 = depresión grave.

Confiabilidad

Para determinar la confiabilidad se aplicó la fórmula de correlación de Pearson entre el test y el retest de FN y FE; la correlación entre las dos mitades de FD y el coeficiente de correlación múltiple en FC.

Para cada forma se determinó también la correlación entre cada ítem y el total, la correlación ítem-ítem en el test-retest y la correlación entre los ítems entre sí. Igualmente, se halló la correlación existente entre cada Forma por grupos de edad y en el grupo total. Se aplicó la prueba F para determinar di-

Tabla 2. — Distribución teórica de conceptos depresivos en las 4 Formas utilizadas en el estudio

<i>Concepto</i>	<i>FC</i>	<i>FN</i>	<i>FD</i>	<i>FE</i>
Aislamiento social			10*	6
Autoimagen negativa	8	4	7	7
		7		
		11		
Desinterés por las actividades		9		9
		14		
Fatigabilidad		9		
Desinterés por la vida			5	
Inhibición motora	4			8
Insatisfacción	5		4	5
Inseguridad	7	6		
Irritabilidad	3	2	3	3
Llanto fácil	2	1	2	2
Rechazo de la esc.		8	8	10
Sensación de culpa		13	7	7
		15		
Sensación de rechazo	6	3		
Somatización (dolor de cabeza)		10	6	4
Trast. del sueño		12	9	
Tristeza	1	5	1	1

* Items de cada una de las 4 Formas.

ferencias entre los diferentes registros de cada Forma. En FN se estudió la confiabilidad en el grupo masculino y el femenino así como la diferencia entre los valores alcanzados en ambos sexos.

El número de pacientes con puntuaciones «depresivas» en cada grupo de edad y por sexos también se hace notar con aplicación del test de chi cuadrado. Los grupos de edad se fijaron de la siguiente forma: un grupo de 7 y 8 años, otro de 9 y 10 años y finalmente otro de 11 a 13 años.

Validez

Se partió del concepto de validez relacionada con un criterio (Kerling, 1979).

No se utilizó el método de los grupos conocidos debido a la circularidad que esto supone en el caso de las depresiones infantiles. Aceptamos de partida el concepto de depresión infantil como un síndrome caracterizado por un conjunto de síntomas no patonómicos pero frecuentes y con intensidad variable según los casos. Los síntomas utilizados en este estudio como indicadores de depresión en el niño han sido ya ampliamente reportados como tales por numerosos autores (Toolan, 1962; Sandler y Joffe, 1965; Frommer, 1967; Poznanski y Zrull, 1970; Kuhn y Kuhn, 1972; Mc Conville, Boag y Purhoit, 1973; Weinberg, Rutman y cols., 1973; Ross, 1974; Albert y Beck, 1975; Birleson, 1981).

Además de la existencia de un grupo de síntomas conocidos como propios de los estados depresivos, y de una medida cuantitativa (continuum), se incluye un criterio temporal y espacial: síntomas mantenidos a lo largo de un período de tiempo mínimo de 4 a 6 semanas y en diferentes lugares.

RESULTADOS

Forma Clínica (FC)

No se dieron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por

los tres grupos de edad ni por ambos sexos (Tabla 3). La correlación entre las tres observaciones registradas fue de 0,36 ($p < 0,01$). La primera de las observaciones registradas determinó el 42% de la varianza del total, mientras que la segunda y la tercera determinaron el 20,5% y el 28,5% respectivamente.

En la Tabla 4 se dan los coeficientes de correlación de cada ítem con el total. Los ítems 3, 4 y 5 tuvieron una puntuación de 1, 1 y 0 respectivamente y de ahí su correlación nula.

Las correlaciones entre los ítems de FC resultaron insignificantes, negativas

Tabla 3. — Valores alcanzados por los grupos de edad y ambos sexos en FC

Grupos*	\bar{x} %	ds	Sexo**	\bar{x} %	ds
7 - 8 años	5.89	5.84	masc.	10	8.89
9-10 años	7.86	7.27	fem.	6.58	6.67
11-13 años	8.37	8.67			

* 1.º y 2.º grupo, $F = 1.54$, $gl_1 = 22$, $gl_2 = 8$ n.s.

2.º y 3.º grupo, $F = 1.42$, $gl_1 = 7$, $gl_2 = 22$ n.s.

1.º y 3.º grupo, $F = 2.20$, $gl_1 = 7$, $gl_2 = 8$ n.s.

** para $gl_1 = 23$ y $gl_2 = 15$ n.s.

Tabla 4. — Correlación de cada ítem de FC con el total.

Item	r	$p \leq$
1. Expresión facial de desánimo o de tristeza	.36	.01
2. Reacción de llanto	.38	.01
3. Actitud irritable	—	—
4. Inhibición verbal	—	—
5. Inhibición motora	—	—
6. Expresión de sentimiento de rechazo	.75	.001
7. Inhibición ante una tarea	.16	n.s.
8. Reacción de valoración negativa ante el propio dibujo	.93	.001

o nulas con excepción de la correlación entre el ítem 1 y el 2 que fue de 0,63 ($p < 0,001$) y entre el ítem 6 y el 8 que fue de 0,50 ($p < 0,001$). FC determinó el 9,7% de la varianza de las puntuaciones totales de las 4 Formas.

Según FC un 7,5% de los niños de la muestra (3 en total) obtuvieron puntuaciones que los catalogaban como «depresivos» y todos a un nivel leve: 25% los tres sujetos. Las correlaciones entre FC y las demás Formas resultaron bajas o negativas con pocas excepciones (Tabla 5).

La observación clínica durante los breves períodos señalados no produjo resultados consistentes. Esto podría explicarse por varios factores: un factor tiempo; los niños pasaron un total de 2 a 3 horas en observación, lo cual supone un período muy limitado para poder obtener una mayor riqueza de signos o síntomas depresivos. Un factor propio de la edad de la muestra; los niños en edad escolar no expresan de forma directa y espontánea los síntomas de alteraciones emocionales en lo que se refiere a su expresión verbal. Finalmente, un factor explicado por la propia situación rutinaria de un consultorio que no es tan variada y natural como la del hogar y/o la escuela.

En todo caso, el sentimiento de ser rechazado y la autoimagen negativa fueron los síntomas que más frecuentemente mostraron los niños con puntuaciones

«depresivas» y en especial el primero ($F = 2,01$, $gl_1 = 12$ y $gl_2 = .26$, $p < 0,05$).

Forma para el niño (FN)

En FN tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad o entre ambos sexos (Tabla 6). La correlación con las otras Formas tomando la muestra total fue aceptable, pero si tomamos la muestra por edades vemos que en los niños de 7 y 8 años y en los de 11 a 13 años las correlaciones fueron muy bajas o negativas (Tabla 7).

La confiabilidad fue buena en todos los grupos de edad y en ambos sexos (Tabla 8). No se observaron diferencias significativas entre los valores del test y el retest excepto en el grupo de 9 a 10 años ($F = 2,36$, gl_1 y $gl_2 = 22$, p

0,025). Las correlaciones entre los ítems en el test-retest fueron mayores de 0,30 en un 67% en el grupo de 7 a 8 años y en el de 9 a 10; en el grupo de 11 a 13 años fueron mayores de 0,30 en un 53% (Tabla 9).

En la Tabla 10 se dan las correlaciones entre los ítems de FN y el total. Como se puede apreciar, el 73,3% de los ítems tuvieron correlaciones aceptables con el total. Los ítems 1, 2, 7 y 8 tuvieron correlaciones bajas. Las correlaciones entre los ítems de FN fueron superiores a 0,30 en un 44% (Tabla 11).

Tabla 5. — Correlaciones entre FC y las demás Formas.

Grupos de edad	FN	FD	FE
7-8 años	.23	.67*	— .11
9-10 años	.48**	.21	.24
11-13 años	.34	— .50	— .62
total	— .29	— .11	— .28

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabla 6. — Valores alcanzados por los grupos de edad y ambos sexos en FN

Grupos de edad*	\bar{x} %	ds	Sexo**	\bar{x} %	ds
7 - 8 años	32.1	15.2	masc.	35.2	12.3
9-10 años	38.4	15.5	fem.	38.3	18.0
11-13 años	35.9	12.5			

* 1º y 2º grupo, $F = 1.04$, $gl_1 = 22$, $gl_2 = 8$ n.s.

2º y 3º grupo, $F = 1.54$, $gl_1 = 22$, $gl_2 = 7$ n.s.

1º y 3º grupo, $F = 1.48$, $gl_1 = 8$, $gl_2 = 7$ n.s.

** $F = 2.14$, $gl_1 = 15$, $gl_2 = 23$ n.s.

Tabla 7. — Correlaciones entre FN y las demás Formas.

Grupos de edad	FC	FD	FE
7 - 8 años	.23	.08	— .13
9-10 años	.48*	.52*	.38
11-13 años	.03	— .33	— .39
total	— .29	.40*	.35

* $p < 0.01$

Tabla 8. — Confiabilidad de FN en cada grupo de edad y en ambos sexos.

Grupos de edad	test (\bar{x} %)	retest (\bar{x} %)	r	$p \leq$	F	$p \leq$
7 - 8 años	35.5	33.3	.77	.05	1.32	n.s.
9-10 años	38.2	37.7	.61	.01	2.36	.025
11-13 años	38.9	32.6	.37	n.s.	1.71	n.s.
Sexo						
masculino	34.2	26.3	.79	.01	1.26	n.s.
femenino	38.9	48.2	.55	.05	1.40	n.s.

Tabla 9. — Correlaciones inter-item en el test-retest de FN.

Item	Grupos de edad					
	7 - 8		9 - 10		11 - 13	
	<i>r</i>	<i>p</i> ≤	<i>r</i>	<i>p</i> ≤	<i>r</i>	<i>p</i> ≤
1	-.35	n.s.	.14	n.s.	.12	n.s.
2	.50	n.s.	.05	n.s.	.70	.05
3	.41	n.s.	.30	n.s.	0	n.s.
4	.56	n.s.	.34	n.s.	-.46	n.s.
5	.76	.05	.38	n.s.	.23	n.s.
6	.54	n.s.	.44	.05	.27	n.s.
7	.20	n.s.	.60	.01	.78	.05
8	.06	n.s.	.61	.01	.98	.01
9	.93	.01	.17	n.s.	.51	n.s.
10	-.06	n.s.	.37	n.s.	.14	n.s.
11	.32	n.s.	.21	n.s.	0	n.s.
12	.79	.05	.45	.05	.40	n.s.
13	.15	n.s.	.46	.05	.70	.05
14	.59	n.s.	.56	.01	.50	n.s.
15	.57	n.s.	.18	n.s.	.95	.01

Tabla 10. — Correlaciones de los items de FN con el total.

Item	<i>r</i>	<i>p</i> ≤
1. ¿Te dan ganas de llorar?	.19	n.s.
2. ¿Te sientes de malhumor, enfadado?	.17	n.s.
3. ¿Piensas que la gente no te quiere?	.45	.03
4. ¿Piensas que tus amigos (as) son mejor que tú?	.50	.01
5. ¿Te sientes triste?	.62	.01
6. ¿Tienes miedo de que sucedan cosas muy malas?	.67	.01
7. ¿Te gustaría ser una persona diferente?	.20	n.s.
8. ¿Te dan ganas de dejar la escuela?	.29	n.s.
9. ¿Te sientes sin ganas de hacer lo que te piden en la casa y en la escuela?	.48	.05
10. ¿Te duele la cabeza?	.50	.01
11. ¿Piensas que a ti todo te sale mal?	.67	.01
12. ¿Tienes pesadillas de noche?	.31	n.s.
13. ¿Crees que eres malo(a)?	.64	.01
14. ¿Te sientes cansado(a)?	.70	.01
15. ¿Crees que deben castigarte más?	.47	.05

Tabla 11. — Matriz de las correlaciones entre los Items de FN.*

Item	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	.33	.14	.37	.19	.17	.15	-.11	.04	.50*	.37	-.08	.18	.11	0
2	—	.54*	-.20	-.11	-.15	-.25	-.11	.25	.17	.02	-.07	.14	.38	.34
3		—	.03	.43*	.03	-.11	.12	.44*	.21	.17	.20	.33	.47*	.55*
4			—	.37	.35	.10	.15	.21	.52*	.80*	.04	.30	.28	0
5				—	.44*	.11	.08	.24	.30	.30	.41*	.43*	.47*	.46*
6					—	.14	.11	.11	.24	.44*	.35	.39	.26	.06
7						—	-.31	-.28	-.48*	.09	.49*	-.25	-.23	-.06
8							—	.55*	-.33	.30	-.27	.77	.29	.32
9								—	-.07	.44*	-.13	.57*	.55*	.44*
10									—	.49*	.32	.39	.18	.10
11										—	-.06	.53*	.47*	.27
12											—	-.18	-.14	.24
13												—	.63*	.54*
14													—	.45*
15														—

* Las correlaciones por debajo de .39 no fueron significativas (se trabajó con un nivel de significación de 5%). Las correlaciones entre .39 y .48 fueron significativas a un nivel igual o menor de .05. Las correlaciones entre .49 y .68 fueron significativas a un nivel igual o menor de .01. Las correlaciones mayores de .68 fueron significativas a un nivel igual o menor de .001.

Las correlaciones con una * son las que alcanzaron niveles significativos.

FN determinó un 18,5% de la variación total de las cuatro Formas. A diferencia de FC se notó una tendencia a puntuaciones altas quedando un 77% de los niños como «depresivos»: 25 con depresión leve a moderada y 6 con depresión importante.

De la matriz de correlaciones de la Tabla 11 se deduce que los items que encierran conceptos tales como autoimagen negativa, tristeza, sentimientos de rechazo, sentimientos de culpa, fatigabilidad y dolor de cabeza estuvieron muy correlacionados entre sí. Estos items contaron por el 66% de la varianza total de FN.

Los pacientes que dieron puntuaciones «depresivas» como promedio total de las cuatro Formas presentaron diferencias significativas con los no depresivos en el item de FN correspondiente

a autoimagen negativa (item 4) ($F = 2,28, p < ,05$).

A la tendencia a puntuaciones altas en esta Forma podría darse una explicación tentativa basada en la forma que se plantean los reactivos de la escala pero también cabe la posibilidad de que los niños, de población psiquiátrica o no, pero especialmente los primeros, exista una natural inclinación a «inflar» los resultados de estos tests para medir la depresión. Algunos autores como Birleson (1981) han hecho notar lo abultado de los resultados positivos en algunas escalas de autoelevación de síntomas depresivos como la de Beck para niños en la que el 50% o más de la muestra aparecía como depresiva. En nuestro caso no hubo diferencias en las edades en relación a los valores; todas las edades presentaron la tendencia a valores

altos (las medias fueron de 34,4%, 37,9% y 35,7% en los grupos de 7-8, 9-10 y 11-13 años respectivamente).

Forma Doméstica (FD)

En esta Forma se dio una diferencia muy significativa entre ambos sexos con valores mucho más altos para las niñas (Tabla 12). Entre los grupos de edad, los más pequeños obtuvieron puntuaciones más bajas que los demás pero solamente hubo una diferencia significativa entre este grupo citado y el de 9-10 años.

Las correlaciones de FD con las otras tres Formas tomando el grupo en-

tero de la muestra fueron aceptables con excepción de la correlación de FD con FC que fue negativa (Tabla 13). Sin embargo, dividiendo la muestra en grupos de edades las correlaciones fueron mejores en el grupo de 9 a 10 años.

Dado el carácter de observación a base de un muestreo continuado durante un período de un mes, se estableció la confiabilidad aplicando la fórmula de correlación de Pearson entre las dos mitades de FD dando un resultado de 0,84 ($p < 0,001$).

FD demostró una buena consistencia interna como se puede deducir de los resultados expuestos en la Tabla 14 y en la 15.

Tabla 12. — Valores alcanzados por los grupos de edad y ambos sexos en FD

Grupos de edad*	\bar{x} %	ds	Sexo**	\bar{x} %	ds
7 - 8 años	9.7	11.0	masc.	13.3	24.5
9-10 años	22.2	21.9	fem.	26.6	11.2
11-13 años	18.2	12.3			

* 1.º y 2.º grupo, $F = 3.29$, $gl_1 = 22$, $gl_2 = 8$, $p = 0.025$

2.º y 3.º grupo, $F = 1.25$, $gl_1 = 22$, $gl_2 = 7$ n.s.

1.º y 3.º grupo, $F = 3.16$, $gl_1 = 7$, $gl_2 = 8$ n.s.

** $F = 4.73$, $gl_1 = 15$, $gl_2 = 23$, $p < 0.001$

Tabla 13. — Correlaciones entre FD con las otras Formas.

Grupos de edad	FC	FN	FE
7 - 8 años	.67*	.09	-.33
9-10 años	.21	.52**	.50**
11-13 años	-.50	-.33	.02
total	-.11	.40**	.44**

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Tabla 14. — Carrelaciones de los Items de FD con el total.

<i>Items</i>	<i>r</i>	<i>p</i> ≤
1. Humor decaído, rostro con expresión de desánimo.	.84	.001
2. Llanto o lágrimas sin motivo o por cosas insignificantes.	.70	.001
3. Se muestra irritable, se molesta fácilmente.	.83	.001
4. Se muestra insatisfecho(a), nada le interesa.	.81	.001
5. Expresa deseos de no vivir o ha intentado matarse.	.78	.001
6. Se queja de dolor o molestias en la cabeza.	.68	.001
7. Manifiesta ideas de desprecio hacia sí mismo(a) o se culpa de cosas que no ha hecho o de cosas insignificantes.	.68	.001
8. No quiere ir a la escuela o poné excusas para no ir.	.58	.001
9. Tiene dificultad para tomar el sueño o se despierta a medianoche con dificultad para volverse a dormir.	.73	.001
10. Ha estado aislado(a) de sus amistades, no quiere hacer vida social o salir a jugar.	.65	.001

Tabla 15. — Matriz de intercorrelaciones entre los items de FD.

<i>Item</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	—	.55*	.61*	.66*	.54*	.48*	.55*	.51*	.58*	.63*
2		—	.77*	.43*	.33***	.40**	.39**	.15	.50*	.44*
3			—	.62*	.55*	.37***	.56*	.39**	.53*	.55*
4				—	.57*	.54*	.49*	.30***	.57*	.70*
5					—	.63*	.52*	.54*	.68*	.40**
6						—	.42*	.39**	.43*	.24
7							—	.67*	.19	.19
8								—	.33	.09
9									—	.68*
10										—

* $p < 0.001$;

** $p < 0.01$;

*** $p < 0.05$

Todos los ítems presentaron correlaciones apreciables entre sí y con el total. De las correlaciones entre los mismos ítems de FD solamente un 13,3% fueron bajas.

Las medias de la primera y segunda mitad de la observación en el grupo total fueron de 10,2% y 8,4% respectivamente ($F = 1,09$; n.s.). Es importante recordar en este momento que la observación era de 10 días reales a lo largo de un período de un mes.

FD determinó un 36,5% de la varianza de las puntuaciones totales de las cuatro Formas. Los ítems que diferenciaron más a los sujetos que puntuaron como «depresivos» en FD fueron: 1 tristeza; $F = 8,09$; $p < ,001$), 5 (expresa desinterés por la vida; $F = 130,92$; $p < ,001$), 6 (dolor de cabeza; $F = 9,18$; $p < ,001$), 7 (autoimagen negativa y/o sentimiento de culpa; $F = 170,78$; $p < ,001$), 8 (rechazo de la escuela; $F = 5,41$; $p < ,005$), 9 (trastornos del sueño; $F = 5,43$; $p < ,005$) y 10 (aislamiento social; $F = 162,33$; $p < ,001$).

Según FD un 27,5% de los niños de la muestra estarían dentro de los límites de la depresión: 8 con depresión leve a moderada, 2 con depresión importante y 1 con depresión grave (este último con puntuación de 77%). Este

paciente con depresión grave alcanzó puntuaciones de 21% (cercano a la depresión leve) en FC, 74% (límite entre importante y grave) en FN y 45% (depresión moderada cercana a importante) en FE. Por tratarse de una muestra «psiquiátrica» nos parece que FD está dando valores más reales que las dos Formas que hemos tratado anteriormente y más que FE como veremos más adelante.

Forma Escolar (FE)

En FE no se vieron diferencias significativas entre los grupos de edad ni entre los sexos (Tabla 16). Como ya hemos visto anteriormente, las correlaciones de FE con las otras Formas tomando al grupo total de la muestra estudiada, fueron aceptables excepto con FC (ver Tablas 5, 7 y 13) y tomando la muestra por grupos de edad, la correlación sólo fue buena con FN y FD en el grupo de 9-10 años.

La confiabilidad de FE en el test-retest fue de 0,81 ($p < ,001$) y no se dieron diferencias significativas entre los valores del test y del retest ($F = 1,14$, $gl_{1,2} = 39$, n.s.). Las correlaciones de los ítems en el test-retest fueron todas mayores de 0,37 (Tabla 17).

Tabla 16. — Valores alcanzados por los grupos de edad y ambos sexos en FE

Grupos de edad*	\bar{x} %	ds	Sexo**	\bar{x} %	ds
7 - 8 años	18.5	13.8	masc.	24.2	17
9-10 años	29.7	16.4	fem.	32.2	14
11-13 años	31.1	17.2			

* 1º y 2º grupo, $F = 1.40$, $gl_1 = 22$, $gl_2 = 8$, n.s.

2º y 3º grupo, $F = 1.10$, $gl_1 = 7$, $gl_2 = 22$, n.s.

1º y 3º grupo, $F = 1.84$, $gl_1 = 7$, $gl_2 = 8$, n.s.

** $F = 1.47$, $gl_1 = 23$, $gl_2 = 15$, n.s.

Tabla 17. — Correlaciones entre los ítems en el test-retest de FE.*

<i>Item</i>	<i>r</i>	<i>p</i> ≤
1	.55	.001
2	.59	.001
3	.62	.001
4	.62	.001
5	.58	.001
6	.37	.05
7	.46	.05
8	.74	.001
9	.76	.001
10	.58	.001

* La correlación inter-item del test-retest se obtuvo para el grupo total sin dividir en grupos de edad.

Tabla 18. — Correlaciones de los ítems de FE con el total.

<i>Item</i>	<i>r</i>	<i>p</i> ≤
1. Humor decaído, rostro con expresión de desánimo.	.84	.001
2. Llanto o lágrimas por cosas insignificantes o sin motivo.	.49	.05
3. Se muestra irritable, se molesta fácilmente.	.74	.001
4. Se queja de dolor o molestias en la cabeza.	.72	.001
5. Se muestra insatisfecho(a), nada le interesa.	.57	.05
6. Se aísla de sus compañeros(as) en los recreos u otras actividades.	.41	.05
7. Manifiesta ideas de desprecio hacia sí mismo(a) o sentimientos de inferioridad.	.56	.05
8. Se muestra lento(a) para terminar los trabajos o para contestar.	.76	.001
9. Ha disminuido su rendimiento académico en relación a meses anteriores.	.70	.001
10. Falta a clases.	.58	.05

La consistencia interna de FE aunque apreciable no lo fue tanto como la de FD; las correlaciones de cada ítem con el total fueron buenas pero el 35% de las correlaciones entre los mismos ítems fueron menores de 0,30 (Tabla 19).

La FE determinó un 35% de la varianza de las puntuaciones totales de las 4 Formas, de modo que junto con FD fueron responsables del 71,5% de la varianza. En FE el único ítem que diferenció a los «depresivos» fue el 7 (autoimagen negativa) ($F = 4,48, p < ,01$).

Según FE un 50% de la muestra tendrían depresión en algún grado: 16 leves a moderados y 4 importantes. Los 4 pacientes que obtuvieron puntajes correspondientes a depresión importante se situaron entre 51% y 60%.

Estableciendo los puntajes totales de cada paciente en base al promedio obtenido en las cuatro Formas (FC, FN, FD y FE), un 30% (12) resultaron con niveles leves a moderados de depresión, oscilando sus puntuaciones entre 26,25% y 42,25%; 2,5% (1 paciente) resultó con depresión importante (54,25%) pero cercana a los niveles de leve-moderada. La media del grupo to-

tal fue de 22,63% con una desviación estándar de 9,85 y la de los «depresivos» de 33% con una desviación estándar de 8,94, siendo la de los «no depresivos» de 17,6% y la d.s. de 5,36 ($F = 2,78; p < ,025$).

Considerando los tres grupos de edad no hubo diferencia significativa entre el número de sujetos «depresivos» y «no depresivos» de cada grupo ($\chi^2 = 3,26; gl 2, n.s.$). Entre los sexos sí hubo una diferencia significativa a favor de las niñas: 8 con «depresión» y 8 sin «depresión». En los niños hubo 5 con «depresión» y 19 sin «depresión» ($\chi^2 = 3,73; 1 gl, p < ,05$). Volviendo a los grupos de edad vemos que hubo 10 «depresivos» entre el grupo de 9 a 10 años, 2 en el de 11 a 13 y 1 en el de 7 a 8 años. Al no existir diferencias estadísticamente significativas vale pensar que esto se debe a la mayor cantidad de sujetos del primer grupo en la muestra.

A cada uno de los niños de la muestra estudiada se le registró al inicio los cinco síntomas más frecuentes en el motivo de consulta por lo que al revisar estos registros pudimos constatar que los que resultaron «depresivos» en el estudio presentaron más frecuente-

Tabla 19. — Matriz de intercorrelaciones de los ítems de FE.

Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	—	.27	.53*	.54*	.34***	.53*	.43**	.52*	.64*	.55*
2		—	.54*	.66*	.13	.02	.06	.35***	.02	.22
3			—	.66*	.33***	.07	.36***	.53*	.38**	.32
4				—	.24	.24	.26	.37***	.29	.48
5					—	.06	.32***	.54*	.37***	.15
6						—	.36***	.13	.22	.42
7							—	.43**	.46*	.15
8								—	.55*	.20
9									—	.41**
10										—

* $p < .001$;

** $p < .005$;

*** $p < .01$

mente como queja de consulta los siguientes síntomas: sensación de no ser querido, expresión de deseos de morir, dolor de cabeza, inseguridad, irritabilidad, anorexia, trastornos del sueño, tristeza, llanto y bajo rendimiento escolar.

Los «no depresivos» presentaron más frecuentemente desobediencia, molestias gástricas, inquietud, onicofagia, trastornos de la atención, pereza, agresividad y otros trastornos de la conducta (Tabla 20).

Tabla 20. — Síntomas de consulta en «depresivos» y «no depresivos».

<i>Síntoma</i>	<i>depresivos</i>		<i>no depresivos</i>	
	<i>n.º</i>	<i>%</i>	<i>n.º</i>	<i>%</i>
Agresividad física	1	7.7	4	14.8 n.s.
Agresividad verbal	1	7.7	1	3.7 n.s.
Aislamiento social	1	7.7	2	7.4 n.s.
Anorexia	2	15.4	1	3.7 n.s.
Ansiedad	0	0	1	3.7 n.s.
Bajo rendimiento escolar	9	69.2	13	48.1*
Deseos de morir	1	7.7	0	0 n.s.
Desobediencia	2	15.4	6	22.2 n.s.
Dolor de cabeza	2	15.4	2	7.4 n.s.
Encopresis	0	0	1	3.7 n.s.
Enuresis nocturna	2	15.4	3	11.1 n.s.
Inquietud motora	5	38.4	11	40.7 n.s.
Irritabilidad	4	30.8	4	14.8 n.s.
Inseguridad	2	15.4	2	7.4 n.s.
Llanto fácil	2	15.4	1	3.7 n.s.
Molestias gastrointestinales	1	7.7	2	7.4 n.s.
Onicofagia	0	0	5	18.5 n.s.
Otros trast. de cond.	0	0	8	29.7 n.s.
Pereza	0	0	2	7.4 n.s.
Prurito sin causa física como etiología	1	7.7	0	0 n.s.
Rechazo de la escuela	2	15.4	4	14.8 n.s.
Sensibilidad	0	0	2	7.4 n.s.
Timidez	1	7.7	2	7.4 n.s.
Trast. de la atención	1	7.7	6	22.2 n.s.
Trast. del sueño	6	46.1	4	14.8**
Tristeza	2	15.4	1	3.7

* $\chi^2 = 3.53$, 1 gl, $p < 0.05$

** $\chi^2 = 4.45$, 1 gl, $p < 0.05$

COMENTARIOS

En las consultas de Psiquiatría y Psicología de niños y adolescentes es habitual inferir un posible diagnóstico en base a unas cuantas sesiones en las que se entrevista y se observa al niño complementando con los datos aportados por los familiares; en algunos casos se añade la información de los tests proyectivos. Sin embargo, en el caso de las depresiones infantiles o infanto-juveniles, esto puede resultar insuficiente o inducir a diagnósticos equivocados como parece apuntar nuestro estudio. De ser por las entrevistas y la observación de los pacientes en unas cuantas sesiones habituales, la incidencia de la depresión sería escasa; y de ser por las contestaciones de los niños a pruebas estructuradas con tal fin, la incidencia parecería abultada (77% en este estudio). Aunque nosotros no utilizamos métodos proyectivos, pensamos que la utilidad de éstos para inferir diagnósticos clínicos es muy dudosa (Marholin y Bijou, 1978; Cardoze, 1979), y en todo caso, no más precisa que la observación del niño asociada a las escalas confeccionadas para depresión infanto-juvenil.

En nuestro estudio, la baja incidencia de depresivos según la Forma Clínica basada en la entrevista informal y la observación del niño no debería darse tratándose de una muestra «psiquiátrica» ya que los síntomas depresivos son mucho más frecuentes en estos niños independientemente de la patología predominante. Aquí quizás es importante advertir que nosotros no pensamos que el diagnóstico de estado depresivo sea excluyente con otros estados psicopatológicos y en especial las alteraciones emocionales: en todo caso, cuando hablamos de niños «depresivos» nos referimos a aquéllos en los que predominan los síntomas que aluden a un decaimiento del ánimo.

Algunos autores han llamado la atención sobre las limitaciones de las informaciones suministradas por los propios niños respecto a sus estados de ánimo (o de sus síntomas depresivos) en las entrevistas y cuestionarios (Puig-Antich y Chambers, 1978; Posnanski y cols., 1979; Kazdin y Petti, 1982).

La edad y la capacidad cognitiva, la capacidad de comunicación, la relucencia de muchos niños a expresar abiertamente sus síntomas, las experiencias personales, serían algunos de los factores que influyen para que los datos aportados por los mismos pacientes no constituyen una fuente apropiada para el diagnóstico de la depresión infanto-juvenil o al menos, como única fuente de información. En el estudio que hemos presentado, la baja incidencia de algunos síntomas depresivos durante las entrevistas informales y la observación de los niños durante las mismas contrastó con las puntuaciones elevadas que se alcanzaron en el cuestionario que se les administraba a esos mismos niños (las medias fueron de 7,37% y 35,5% respectivamente). Existiendo una buena correlación entre el test y el retest (.58) del cuestionario sin diferencias significativas de ambos valores y una correlación con las observaciones de la madre (o familiar) y de la maestra aceptable (.40 y .35 respectivamente), cabría pensar que los niños aportan más indicadores de depresión ante pruebas estructuradas con tal fin pero con una tendencia a resultados exagerados (medias de 16,6% y 26,43% en las Formas doméstica y escolar respectivamente contra 35,5% en el cuestionario del niño) ya que un 77% de los pacientes aparecían como «depresivos» según el criterio cuantitativo utilizado.

Esta tendencia, en nuestra muestra, pudiera explicarse como antes hemos mencionado, por la forma de presentación de los reactivos del cuestionario

que puede inducir a los niños a más contestaciones positivas, pero también al hecho de que tratándose de una población psiquiátrica, los sujetos estén más propensos a «aceptar» como suyos síntomas que luego no exhiben en la realidad con tanta frecuencia: sería en todo caso una especie de «sentimiento de estar enfermo» creado por el hecho de ser un «paciente psiquiátrico».

A pesar de que la gran mayoría de los niños resultaron «depresivos» con el cuestionario (FN) solamente uno de los ítems discriminó entre los que fueron «depresivos» y «no depresivos» al tomar en cuenta el promedio de las cuatro Formas: el ítem 4 que alude a la autoimagen negativa (¿Piensas que tus amigos son mejores que tú?). Esto estaría apoyando la explicación sugerida más arriba, sobre todo si se toma en cuenta que los ítems que discriminaron a los «depresivos» en las Formas doméstica y escolar también incluían a los que aluden a la autoimagen negativa. Sin embargo, creemos que esta tendencia a resultados muy altos no está explicada en forma definitiva y debe estudiarse mejor.

La correlación de las observaciones realizadas por la madre o familiar y la maestra alcanzó un nivel apreciable (.44); a su vez, ambas Formas demostraron confiabilidad y consistencia y entre las dos determinaron el 71% de la varianza total. Según esto, estas dos observaciones hubiesen podido bastar para identificar a los «depresivos». Sin embargo, la observación realizada en la ca-

sa del paciente, dando valores más bajos que FC y FE pareció discriminar mejor a los «depresivos» y «no depresivos».

Según la Forma Doméstica, siete ítems diferenciaron a ambos grupos siendo éstos los que aluden a síntomas como tristeza, autoimagen negativa, dolor de cabeza, trastornos del sueño, rechazo de la escuela, desinterés por la vida (expresado verbalmente) y aislamiento social. La superioridad de la FD en este estudio puede deberse a los siguientes factores: el mejor conocimiento por parte de la madre de los estados emocionales del niño, el mayor tiempo que el paciente transcurre en su casa y, especialmente, al método utilizado en este caso para la observación basado en el muestreo durante un mes. Desde un plano ideal, la observación por este tipo de métodos tanto en el ambiente escolar, clínico y doméstico, así como la autoobservación por el mismo niño durante un período de tiempo, utilizando términos muy operativos, sería lo más apropiado para un diagnóstico de las depresiones infanto-juveniles, pero dados los inconvenientes que en la realidad esto plantea cuando se tiene que asistir un número considerable de pacientes, la observación por muestreo en la casa, complementada por información aportada por la maestra como en este estudio, parecería cumplir este propósito con bastante fiabilidad.

Siendo éste un estudio preliminar con esta metodología, es conveniente aplicarlo a muestras mayores y con poblaciones tanto «psiquiátricas» como «normales».

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALBERT, N. y BECK, A. T. (1975): «Incidence of depression in early adolescence: A preliminary study». *J. Youth Adolescence*, 4:301. Citado por Kovacs y Beck en «Depression in Childhood: diagnosis, treatment and conceptual models». (J. G. Schulerbrandt y A. Raskin, ed.), pp. 1-27, Raven Press, New York, 1977.
2. BIRLESON, P. (1981): «The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self rating scale: a research project». *J. Child Psychol. Psychiat.*, 22, 73-88.
3. CARDOZE, D.: «Las Depresiones Infantiles: un estudio sobre 80 niños». Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla (1979).
4. EY, H.; BERNARD, P y BRISSET, CH. (1974): *Tratado de Psiquiatría*, 6ª edición, Toray-Masson, Barcelona.
5. FROMMER, E. (1968): «Depressive illness in childhood», *Br. J. Psychiatry*, 2:117-123.
6. KAZDIN, A. E. y PETTI, T. A. (1982): «Self-report and interview measures of childhood and adolescent depression». *J. Child Psychol. Psychiat.*, 23, 437-457.
7. KERLINGER, F. N. (1979): «Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento». Nueva Editorial Interamericana, S. A., México, D.F.
8. KUHN, V. y KUHN, R. (1972): «Drug Therapy for Depression in children. Indications and methods». En: «Depressive states in childhood and adolescence» (L. Ansell, ed.), pp. 455-459, Almqvist and Wiksell, Stockholm.
9. MARHOLIN II, D. y Bijou, s..w. (1978): «Behavioral Assesment en Child Behavior Therapy» (D. Marholin II, ed.), pp. 13-36, Gardner Press, Inc. New York.
10. MCCONVILLE, B. J.; BOAG, L. C. y Purhoit, a, p. (1973): «Three types of childhood depressions». Citado por Kovacs y Beck en: «Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models». (J. G. Schulerbrandt y A. Raskin, ed.), pp. 1-27, Raven Press, New York.
11. POZNANSKI, E. y ZRULL, J. P. (1970): «Childhood depression: clinical characteristics of overtly depressed children». *Arch. Gen. Psychiatry*, 23:8-15.
12. POZNANSKI, E.; COOK, S. C. y CARROLL, B. J. (1979): «A depressions rating scale for children». *Pediatrics*, 64, 442-450.
13. PUIG-ANTICH, J. y CHAMBERS, W. (1978): «Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children» (6-16 años-Kiddie-SADS, New York State Psychiatric Institute, marzo. Citado por Kazdin y Petti en «self-report and interview measures of childhood and adolescent depression». *J. Child Psychol. Psychiat.*, 23, 437-467.
14. ROSS, A. O. (1974): «psychological disorders of children: A behavioral approach to theory, research and therapy». International Student Edition, McGraw-Hill, Kogakushá, Tokyo.
15. SANDLER, J. y JOFFE, W. G. (1965): «Nores in childhood depression». *Int. J. Psychoanal.*, 46:88-96.
16. TOOLAN, J. M. (1962): «Depression in children and adolescents». *Am. J. Orthopsychiatry*, 32:404-414.
17. WEINBERG, W. A.; RUTMAN, J.; SULLIVAN, L.; PENICK, E. C. y DIETZ, S. G. (1973): «Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and Treatment». *J. Pediatrics*, 83:1065-1072.

