

AÑO 1991  
N.º 1

REVISTA DE  
PSIQUIATRIA  
INFANTO - JUVENIL

3.744xpag



ORGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

1

# REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

## PRESIDENTES DE HONOR

J. Córdoba †  
J. de Moragas †  
A. Serrate †  
L. Folch  
C. Vázquez †  
F. J. Mendiguchía  
M. de Linares Pezzi  
V. López-Camós Ibor

## JUNTA DIRECTIVA

*Presidente:* Josep Rom Font  
*Vice-Presidente:* Rafael Martínez Figueró  
*Secretario:* Antonio Fernández Moreno  
*Tesorero:* Prudencio Rodríguez Ramos  
*Vocal:* Antonina Bonals Pi

## CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR

A. Adalid Ripollés  
F. Alonso Fernández  
F. Angulo García  
E. Baca Baldomero  
M. C. Ballesteros Alcalde  
C. Ballús Pascual  
D. Barcia Salorio  
F. Cabaleiro  
S. Cervera Enguix  
V. Conde López  
V. Corcés Pando  
J. Corominas  
J. M. Costa Molinari

E. Doménech Llavera  
C. Esquete López-Ucero  
A. Fernández Moreno  
L. Folch Camarasa  
E. Garralda Hualde  
J. Guimón Ugarteche  
R. Jiménez González  
M. Linares Pezzi  
V. López-Camós Ibor  
J. J. López Ibor Aliño  
A. Martínez Valverde  
F. Mayor Zaragoza  
F. Mendiguchía Quijada

A. Monsell Aienza  
G. Morandé  
R. Nogueira Rodríguez  
I. Pascual Castroviejo  
J. L. Pedreira Massa  
L. Pelaz Lorenzo  
A. Polaino Llorente  
J. Rodríguez Sacristán  
A. Seva Díaz  
J. Toro Trallero  
M. Velilla Picazo

## COMITÉ DE REDACCIÓN

*Director:* J. E. de la Fuente Sánchez  
*Asesoría de Dirección:* Valentín J. M.<sup>a</sup> Conde López  
*Secretaría:* J. M.<sup>a</sup> Illa Taulats  
*Vocales:* J. L. Alcázar Fernández  
R. Ferrer Gelabert  
~~X. Gastaminza Pérez~~  
C. Gómez-Ferrer Górriz -  
F. León Ramos  
C. Linares Von Schmitterlow *ADVM*  
R. Martínez Figueró  
P. Rodríguez Ramos - *C*  
J. M. Romacho Romero  
~~E. Serdo Serdo~~  
L. Teixidó Masip

*1 Galicia - Asturias*  
*1 País Vasco*  
*1 Aragón*  
*1 Zaragoza*  
*1 Valencia*

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

- 1) Los originales para su publicación deberán enviarse a la secretaría de redacción:

Dr. J. M.<sup>a</sup> ILLA  
C/ Roger de Flor, 32, ppal.  
08018 BARCELONA

- 2) Los originales se presentarán por duplicado, (original y copia) mecanografiados a doble espacio y con márgenes suficientes. Las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse, en el orden que se citan:
  - a) Título original
  - b) Inicial del nombre y apellidos del autor(es).
  - c) Nombre del Centro de trabajo y población
  - d) Fecha de envío
  - e) Dirección del primer firmante.
- 3) Como norma general los trabajos deberán incluir una introducción en la que se explique el objeto del trabajo; una descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; una exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que pueden seguirse de unas conclusiones.
- 4) Resumen: se entregarán en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de 5 palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.
- 5) Extensión de los trabajos: los trabajos para ser publicados como Casos Clínicos o Notas Breves tendrán una extensión máxima de 5 folios, pudiendo contener 1 o 2 figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. En los artículos originales o en las revisiones se aconseja una extensión máxima de 20 folios. Tablas y figuras aparte con un máximo de 5 folios.
- 6) Fotografías: el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se enumerarán, indicando la parte superior con una flecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficas deben hacerse con tinta china negra. Fotografías, dibujos y gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte.
- 7) Tablas: todas ellas deben estar numeradas independientemente con números romanos y contener el correspondiente título.
- 8) Bibliografía: las referencias bibliográficas se numerarán según el orden de aparición en el texto y se recogerán en hoja aparte al final del trabajo. Las citas deben ajustarse a las siguientes normas:
  - a) Apellidos e inicial del nombre de los autores
  - b) Título del trabajo en la lengua original
  - c) Abreviaturas de la revista según el patrón internacional
  - d) Número del volumen, página y año.
- 9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc. que se efectúen en las sesiones de la Sociedad serán publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o, en su defecto, se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de 7 días después de haber tenido lugar la Sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de esta Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para Sección correspondiente.
- 10) Las Cartas al Director podrán contener crítica científica referente a artículos publicados o datos personales y las mismas serán enviadas por la redacción al autor del trabajo a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta del mismo. La extensión de dichas cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener 3 o 4 citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.
- 11) La Sección de actos societarios podrán contener notas relativas a asuntos de interés general.
- 12) Números monográficos: se podrá proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.
- 13) La Secretaría de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha de posible publicación.

# Sumario

<b>Comentario breve: Reflexiones sobre aspectos de la legislación laboral del deficiente mental</b> .....	5
<i>O. Folchs</i>	
<b>Fundamentos de la protección de menores en España y su relación con la psiquiatría infanto-juvenil</b> .....	9
<i>J. Tomás i Vilaltella, E. Mercader i Klöckener</i>	
<b>La enfermedad mental infanto-juvenil en la región de Murcia</b> .....	27
<i>A. Fernández Moreno, C. Gómez-Ferrer Gorriz, A. Pereyra Niño</i>	
<b>Aspectos psicopatológicos de las alopecias en el niño y en el adolescente</b> .....	40
<i>A. Bonals Pi, J.M. Velilla Picazo, M.T. Alcalde Lapiedra</i>	
<b>Estudio de las características cognitivas, afectivas y de la personalidad de la infancia autista</b> .....	55
<i>M.<sup>a</sup>D. Domínguez Santos, C. Cimadevilla Alvarez, M.<sup>a</sup>P. Casal Devesa</i>	
<b>Análisis de la adquisición conceptos básicos en niños institucionalizados</b> .....	66
<i>J.A. Dorado Primo</i>	
<b>Cuestionario para la detección de patología de inhibición en población escolar (7-11 años): C.E.D.P.I.-90</b> .....	71
<i>J. Tomás, B. Oliva, N. Bassas, M. Trias</i>	
<b>Caso clínico</b> .....	78
<i>F.M. Espín Jaime, J.C. Espín Jaime</i>	
<b>Reseñas terapéuticas</b> .....	83
<b>Agenda</b> .....	84



## Comentario breve

# Reflexiones sobre aspectos de la legislación laboral del deficiente mental

O. Folchs

*Barcelona*

### PREÁMBULO

Esta comunicación es una reflexión sobre ciertas insuficiencias que percibo en la Ley de Integración Social del Minusválido y su desarrollo, con respecto al deficiente mental (DM) y su actividad laboral.

Lo esencial está, a mi juicio, en que la Ley no se pronuncia sobre la naturaleza específica del DM como minusválido, su especial psicopatología y necesidades, y diseña una política de ocupación sobre la base fundamental de su capacidad o incapacidad laboral/productiva.

La Ley no es, ni pretende ser, un manual científico y no obstante dicta fórmulas de actuación concretas lo cual corresponde a especialistas. Al constatar la misma preocupación en diversos talleres, instituciones y particulares, he decidido presentar mis observaciones para la reflexión.

### EL DM Y EL TRABAJO

Las disposiciones legales que se refieren al trabajo del DM merecen una revisión desde el ángulo de la psiquiatría. Me atrevería a pedir una cierta «psiquiatrización» del tema. Se diría que la «inercia de la integración» ha dejado al DM en manos de profesionales cuyos conocimientos sobre él no son lo bastante completos y en consecuencia determina planteamientos poco adecuados.

Hay que convenir que la psiquiatría tiene plenas competencias y responsabilidades con el DM, sin que ello suponga la institución de un modelo exclusivamente médico para su asistencia y tutela. La psiquiatría, por lo demás, se acerca al DM por tratarse de un problema de salud, de falta de salud mental, y no como problema de enfermedad.

La normativa para el empleo, en la Ley de Integración, trata al DM como a un minusválido laboral más, junto a los físicos y los sensoriales. Hecho en falta una definición particular de DM, clara y diferenciada. Sólo a partir de ella se podrá elaborar una filosofía fundamental válida para las medidas llama-

das integradoras que la desarrollan.

La Ley observa al DM bajo la óptica de su presunta capacidad o incapacidad productiva. El objetivo principal es la colocación. En última instancia, el sueldo. En mi opinión es un error tomar el trabajo y el sueldo como objetivo. El deficiente físico y el sensorial pueden estimarse como personas con un handicap concreto que exige una u otra forma de prótesis compensadora (física, arquitectónica, social o económica). En ellos el sueldo cobra el valor de síntoma de integración laboral. En el caso del DM el planteamiento no debiera establecerse sólo en términos de minusvalidez. Es la personalidad toda la que está en crisis, es todo su ser el que tiene que ser entendido y atendido. En este sentido estimo que el trabajo adquiere un precioso sentido de instrumento para la obtención de un fin superior. Se trata de construir un entorno dentro del cual el DM tenga cabida y un cómodo acceso a la satisfacción de sus necesidades, a la obtención de bienestar. A ello habría que añadir: con el mínimo coste social posible para garantizar la estabilidad del proyecto.

Necesitamos fórmulas especiales razonadas. No basta con modelos paralelos al sistema productivo ordinario. El problema no es de productividad, el problema es de personalidad. Otra cosa es que la actividad sea productiva e incluso lucrativa.

Si el trabajo es un instrumento para velar por la salud mental, la del DM y la de los demás, es deseable que este instrumento sea manejado con flexibilidad, a criterio de los expertos, de los responsables acreditados del taller. La Ley debiera facilitar ese manejo flexible. Pero como sea que esa Ley no reconoce un perfil propio para el DM y sus necesidades, los artículos que la desarrollan apenas dejan margen para actuar con la necesaria libertad. Se insiste en la valoración de los llamados usuarios con respecto a la presunta capacidad productiva. Por otra parte, las medidas llamadas de ajuste personal no corrigen las deficiencias de esta política de empleo.

Cinco puntualizaciones antes de pasar al comentario de algunos artículos de la Ley:

1) Reconocimiento y respeto para quienes trabajan en este campo.

2) Satisfacción por la existencia de esta Ley, que puede mejorar.

3) Una llamada contra las formulaciones demagógicas sobre el DM, sobre los alegatos apologeticos y las frases hechas sin valor. Una llamada al rigor.

4) La capacidad de aprendizaje y la productividad laboral del DM pueden ser buenas o malas. Pero su futuro, su salud mental y su pronóstico, dependerán de otros factores sobre los cuales incide el trabajo de un modo muy positivo, pero que no son el trabajo.

5) La DM es un problema muy serio, y angustioso. No obstante, a menudo se le da un tratamiento desenfadado, con unas dosis de optimismo irresponsable. Una cosa son la entereza y el buen ánimo de familiares y profesionales y otra muy distinta frivolar el tema como tratando de ocultar la realidad.

## ARTÍCULOS PARA LA REFLEXIÓN

### Art. 7.º Titulares de los derechos.

A los efectos de la presente Ley se entenderá por minusválido toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales. (Comentario: no hay definición de deficiente mental. Tampoco hay definición de integración. ¿A qué se compromete una Ley que no identifica a sus beneficiarios (DM) ni los objetivos específicos que persigue (integración)?).

### Art. 37.º De la integración laboral.

Será finalidad primordial de la política de empleo de trabajadores minusválidos su integración en el sistema ordinario de trabajo, o en su defecto, su incorporación al sistema productivo mediante la fórmula especial de trabajo protegido que se menciona en el artículo 41. (Comentario: imaginar la colocación del

DM en el sistema ordinario de trabajo, sin más, es ilusorio).

#### Art. 38.º

Las empresas públicas y privadas que empleen un número de trabajadores fijos que exceda de 50 vendrán obligadas a emplear un número de trabajadores minusválidos no inferior al 2 % de su plantilla. (Comentario: los pocos casos en que se cumple emplean minusválidos físicos).

#### Art. 41.º

Los minusválidos que por razón de la naturaleza o de las consecuencias de sus minusvalías no puedan, provisional o definitivamente, ejercer una actividad laboral en las condiciones habituales, deberán ser empleadas en Centros Especiales de Empleo cuando su capacidad de trabajo sea igual o superior a un porcentaje de la capacidad habitual que se fijará por la correspondiente norma reguladora.../...Cuando la capacidad laboral de los minusválidos no alcance el porcentaje establecido en el apartado anterior accederán en su caso a los Centros Ocupacionales previstos en el Título VIII de esta Ley. (Comentario: se mide a los DM por su presunta capacidad productiva, se les observa como trabajadores en desventaja. Se advierte la ocupación como finalidad).

#### Art. 42.º

Los Centros Especiales de Empleo son aquellos cuyo objetivo principal sea el de realizar un trabajo productivo, participando regularmente en las operaciones de mercado y teniendo como finalidad el asegurar un empleo remunerado y la prestación de servicios de ajuste personal y social que requieran sus trabajadores minusválidos, a la vez que sea un medio de integración del mayor número de minusválidos al régimen de trabajo normal. (Comentario: se insiste en primar el trabajo como meta. Incluso se especula con la colocación en el régimen normal. Al tener desdibujada la personalidad del DM, es lógico que los objetivos no se ajusten a las necesidades planteadas).

#### Art. 53.º

Los Centros Ocupacionales tienen como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a los minusválidos cuya acusada minusvalía temporal o permanente les impida su integración en una empresa o en un Centro Especial de Empleo. (Comentario: mi objeción está en que aquí se niega la posibilidad de promoción económica y laboral).

#### Decreto 279/1987 (Generalitat de Catalunya).

##### Valoración de los usuarios.

Los centros ocupacionales para disminuidos están destinados a aquellas personas disminuidas que están en edad laboral y que han acabado el correspondiente período de formación, cuyo grado de disminución es igual o superior al 65 % según valoración efectuada.../...En estas personas tiene que darse el hecho que temporal o definitivamente no tengan capacidad de trabajo suficiente para cubrir el coste de mantenimiento de una plaza de Centro Especial de Trabajo.../...A tales efectos se estimará que la capacidad productiva general del disminuido no puede ser superior al 37,5 % de la considerada como normal en el sistema ordinario de trabajo. (Comentario: Las fronteras del 65 % y del 37,5 % se me antojan poco serias, por decirlo de un modo educado).

#### SUGERENCIAS PARA UNA ALTERNATIVA

Se instituye el taller único. Incluye las secciones necesarias para atender a la diversidad de los usuarios. El taller se adapta a los DM, y no al revés.

Se prescinde de la valoración entre productivo y ocupacional. Basta con el reconocimiento de disminuido. Es misión del Taller adiestrar y emplear a los DM en la forma más idónea.

La integración laboral la asume el taller, como un todo, dentro de la red comercial e in-

dustrial. Como conjunto puede asumir compromisos y responsabilidades.

Los salarios de los monitores quedan al margen de la productividad de los DM (actualmente en los Centros Especiales de Trabajo no es así). También vería lógico que los salarios de los DM tuvieran carácter de subvención, al menos en parte.

El beneficio hay que buscarlo en términos de salud mental. Todo lo demás debe supeditarse a ello.

Y nada impide ser muy imaginativo, agresivo, innovador, etc, mientras se respetan las auténticas —para mi— prioridades.

### **Comentario de publicaciones**

#### **DSM-III-R. Libro de casos.**

Edit. Masson

Este libro nos vuelve a ubicar, desde la perspectiva de los psiquiatras infantiles, en las carencias de nuestro sistema diagnóstico en cuanto a la tipificación convencional. Creo que se trata de aquello que pocos y mal avenidos, o sea, que la responsabilidad es sólo nuestra.

Se trata de un libro entretenido, bien estructurado, que comenta a través de casos clínicos los diversos diagnósticos contemplados en el DESM-III-R.

De las 486 páginas totales están dedicadas a la psiquiatría infantil 79 páginas. Cuando salgan 486 páginas dedicadas íntegramente a la Paidopsiquiatría de forma consensuada, sólo entonces habremos consolidado nuestra especialidad.

J.M.<sup>a</sup> ILLA  
Barcelona

# Fundamentos de la protección de menores en España y su relación con la psiquiatría infanto-juvenil

J. Tomàs i Vilaltella\*, E. Mercader i Klöckener\*\*

*Barcelona*

## INTRODUCCIÓN

Es de sobras conocido que en la época moderna es cuando se aprecia claramente un cambio tanto cualitativo como cuantitativo hacia la infancia. No solamente debido a que el poder se interesa más en la infancia sino también porque las atenciones e investigaciones que se realizan sobre ella indican que se produce, en este período, una profunda modificación en el concepto que el hombre tiene de sí mismo, modificación que incidirá extraordinariamente en la noción que tiene del mundo y de sus propias necesidades. Esta variación de perspectiva influye en la reconstrucción de la imagen mental de «Infancia». El hombre pasa de considerarse, filosóficamente hablando, una parte de un todo homogéneo, a ser comprendido como capaz de defender y valorar su identidad frente al todo, que deja por lo tanto de ser homogéneo para convertirse en suma algebraica de individuos; en resumen, pasa a reconocer su propia individualidad, de ahí se

desprende que el devenir de la infancia será, pues, fundamental.

Dos circunstancias de gran trascendencia. La Declaración de Independencia Americana, junto a la Revolución Francesa, por el cambio tan extenso que produce en las coordenadas sociopolíticas del mundo. Y después la revolución industrial, con inicio prioritario en Inglaterra, que transformó las relaciones de producción y del comercio, modificando las relaciones inter- e intra-grupos considerablemente. Las necesidades básicas del ser humano eran idénticas a las de siempre, pero la forma de satisfacerlas cambió lentamente, exigiendo una enorme complexificación ideológica y social.

Los cambios en las relaciones de producción implican una mayor cantidad de mano de obra, por tanto explotan la que tienen y se procura tener más, así se ven obligados a luchar por reducir las elevadas tasas de mortalidad infantil. Muy lentamente el Estado se ve en la necesidad de crear unas medidas higiénicas mínimas que debe obligar a cumplir. Los continuos avances tecnológicos, lo que se ha denominado como la segunda revolución industrial, hacen necesario tener mano de obra, pero no mano de obra en bruto sino que necesita de trabajadores preparados mínimamente para

\* Médico-Psiquiatra. Jefe de la Unidad de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Farmacología. V.A.B. Hospital Universitario Materno-Infantil, Valle de Hebrón, Barcelona.

\*\* Lda. Historia.

poder dominar la maquinaria y, así, conseguir un producto competitivo a nivel de calidad, no sólo a nivel de precio.

Las mejoras en la sanidad pública disminuyen las tasas de mortalidad infantil, y paralelamente aparecen instituciones privadas que trabajan en lograr un nivel de educación suficiente y extensivo.

Según datos del Dr. Tolosa Latour, a principios de siglo la mortalidad infantil era en Noruega del 3,50 %, y en España del 8,25 %. Esta elevada mortalidad dependía en primer lugar de la falta de higiene, así como del abandono del niño que hacían las madres que debían acudir al trabajo y además, a la pésima organización de las Maternidades.

También al mismo tiempo, diversas asociaciones y patronatos se proponen ampliar el campo de acción preventivo hacia la protección de menores. Este movimiento se origina en Francia después de la guerra de 1870. Théophile Roussel, centró su actividad principal en continuar la lucha contra la mortalidad infantil, y así mejorar las condiciones de vida de los niños menos favorecidos. La promulgación de la Ley Roussel, votada el 23 de septiembre de 1874 en París, junto a la celebración de diversos congresos relacionados con la infancia, consiguió crear la Unión Internacional de Protección a la Infancia, que tuvo su sede en Bruselas.

En España el Dr. Tolosa Latour (1857-1919), es quien ostenta la iniciativa en este campo, como demuestra la propuesta que presentó en el congreso celebrado en Anvers (1890). Después de la celebración de este congreso, donde se realizaron brillantes aportaciones en el terreno de la paidopsiquiatría, se inician una serie de acciones pro-infancia en toda Europa, y naturalmente también en España.

La propuesta que presentó el Dr. Tolosa Latour señalaba la necesidad de realizar una observación médico-psicológica del niño que iba a ingresar en prisión; esta observación debía efectuarse antes de la celebración del juicio, a través de unos Tribunales especiales, (que más tarde serán los futuros Tribunales de Niños), con el fin de localizar la problemática

real, y a través de una reeducación adecuada, conseguir integrar al niño en el seno de la sociedad y hacerlo sentirse útil y necesario. A pesar de que esta tarea será el objetivo primordial en los futuros Tribunales Tutelares de Menores, en aquel momento, desafortunadamente, la propuesta fue desestimada, pero es obligado rendir homenaje al Dr. Tolosa Latour por la amplitud con que enfocó su proyecto.

La psicometría surgió en Francia, como es de sobras conocido, debido a los estudios del Dr. Binet. El gobierno francés, al implantar la enseñanza obligatoria, recibió bastantes quejas de los maestros, ya que el ritmo y la calidad de la enseñanza habían disminuido al integrar todos los niños bajo un mismo patrón educativo. Los problemas de adaptación llevaron a que se hiciera necesaria la clasificación de los niños según sus aptitudes, por ello se subvencionó un estudio sobre las capacidades de los escolares en las escuelas de París.

Si en Francia la psicometría se aplica a los escolares, en España curiosamente, las pruebas de personalidad se aplican a los menores problemáticos y delincuentes. Poco después la psicometría se ensaya y aplica para una orientación profesional (a principios de siglo XX), entre ellos están los menores de los Tribunales Tutelares. En realidad, se pone de manifiesto una cierta necesidad permanente de dirigir y concretar, adecuadamente, el conjunto de la sociedad. Esta tarea debe hacerse desde la base, encauzando adecuadamente las energías de la juventud, sobre todo de la problemática, con vistas a la instauración de una sociedad nueva. Esta aspiración, confesada por los mismos protagonistas, ha perdurado bajo una forma u otra a lo largo de todo el siglo.

## ANTECEDENTES EN LA PROTECCIÓN A LA INFANCIA

### a) El mundo medieval: El «Pare D'Orfens»

En época medieval encontramos instituciones precursoras de lo que llegarán a ser los Tribunales de Niños, ya que si bien su realidad

ambiental socioeconómica es distinta, sus objetivos y planteamiento de recursos es semejante. El «**pare d'orfens**» es, en esencia, un hombre, posiblemente un monje, que recorría las calles de la ciudad con un farolillo y en su caminar recogía a los niños que encontraba abandonados, ociosos o enfermos. El «**pare d'orfens**» como institución legal fue creada por el rey Pere III, el Ceremoniós, el año 1337 según reflejan las leyes, los *Usatges* de Catalunya, y se aplicó en todo el ámbito de la Corona Catalano-Aragonesa incluyendo, como es lógico, Valencia.

Las disposiciones respecto de la infancia desvalida se recopilaron en el «**Opus Aureum**» folio 104, donde podemos ver que dice: «**que els orfens no es consumeixin en la desidia, refiats en el recurs de pidolar, que siguin destinats segons la seva pròpia actitud, ja sigui a treballs mecànics, ja sigui a honestes i profitoses arts, o bé al servei de senyors.**

**Aquell que no vulgui doblegar-se a la disciplina i no volgués estar sota el jou d'altri, preferint més l'oprobri de pidolar, us ordeno a vos, el dit justícia en lo criminal, que immediatament el feu fuetejar per tota la ciutat, i així tractats els llenceu d'ella, que no és conforme i digne socórrer al que no treballa».**<sup>1</sup>

Los niños que vagaban por la calle, entre los que se encontraban los huérfanos y abandonados, eran recogidos. En el siglo XII estos niños eran acogidos en el hospital de la ciudad, que generalmente se situaba en la catedral o en sus proximidades. Cuando Pere III de Catalunya y IV de Aragón promulgó la legislación concerniente al «**pare d'orfens**», los

niños y niñas eran acogidos en orfanatos o en la Casa de Misericordia de la ciudad, como en Barcelona, y en su defecto en el Hospital de la catedral. Se recogían no sólo huérfanos, sino todo tipo de gentes desocupadas con el fin de evitar que se convirtieran en vagos de oficio o en aprendices de delincuentes. En el orfanato, los niños y niñas, aprendían un oficio, según sus capacidades y las posibilidades que después tendrán para trabajar en los talleres de la ciudad, o bien el servicio privado. De esta forma no sólo serán útiles para la sociedad en su edad adulta, sino que además colaboraban, con su trabajo en la financiación del orfanato. «**Fue tal el interés que se tuvo por los huérfanos que vivían en una casa asilo; se les colocaba, dependiendo de la casa hasta que cumplían 25 años, y un día por semana se celebraba el juicio solemne para oír a ellos y a sus patrones en sus quejas, y castigar al culpable**».<sup>2</sup>

La institución y el cargo de «**pare d'orfens**» se dio en todo el ámbito de la Corona Catalano-Aragonesa, como ya hemos comentado, pero debido precisamente a la composición plural de la Corona, en cada uno de los reinos el Consell hace aparecer en las Constituciones alguna peculiaridad o divergencia respecto de las promulgadas con el mismo fin en las demás capitales, ya que el «**pare d'orfens**» cumplía una función social que, naturalmente, debía adecuarse a las necesidades de cada localidad. Pero los aspectos más importantes son comunes a todas ellas, así la función policial de limpieza de la ciudad, la enseñanza de un oficio, la supervisión de la conducta del tutelado en su trabajo. Las variaciones más notables se refieren a la figura del «**pare d'orfens**» que podía ser un funcionario, como en el caso de Aragón, o con mayor frecuencia era algún ciudadano notable. Excepto en Valencia, que era un cargo retribuido por el gobierno de la ciudad, tanto si lo ejercían civiles como religiosos.

A través de los diversos testimonios podemos decir que la institución del «**pare d'orfens**» variaba según la composición social de cada reino; así en Aragón, donde algunos autores dicen que existió desde el siglo XII, era un fun-

<sup>1</sup> «que los huérfanos no se consuman en la desidia, confiados en el recurso de mendigar, que sean destinados según su propia actitud, ya sea a honestas y provechosas artes, o bien al servicio de señores.

Aquel que no quiera doblegarse a la disciplina y no quisiera estar bajo el yugo de otros, prefiriendo más el oprobio de mendigar, os ordeno a vos, decir justicia en lo criminal, que inmediatamente les hiciérais azotar por toda la ciudad, y así tratados los expulsee de ella, que no es conforme i digno de socorro el que no trabaja».

<sup>2</sup> Lasala: *La juventud delincuente en España*, 1959, Revista de la Escuela de Estudios Penitenciarios p. 37.

cionario municipal que se encargaba de todas las cuestiones referentes al orden de la ciudad, es decir, funciones policiales, entre las que se incluía la recogida de los niños huérfanos y abandonados, que tenía también facultad de inspección de todo lo referente a criados, manebos, aprendices de oficio e incluso el destierro de vagabundos. Se le adjudica la potestad de castigar a aquellos tutelados que no querían perseverar en el trabajo, además cobraba los salarios de los chicos y los depositaba en manos del mayordomo de la ciudad.

En la legislación de 1693 el cargo mantiene las características hasta el momento citadas, ya que se encargaba de colocar a los sirvientes, pero además ahora tiene la obligación de mantenerlos en su casa hasta que el muchacho en cuestión encuentre una en la que servir. Esta innovación también aparece, bajo una forma u otra, en la mayoría de las demás instituciones de la Corona Catalano-Aragonca. En 1693, también se añade una innovación significativa: el «pare d'orfens» podía sacar al chico de la casa en la que trabajaba si recibía malos tratos.

**«Debía visitar a lo menos tres veces por semana, las Iglesias, Monasterios y otros lugares públicos en que se daba limosna, y si hallaba vagabundos o gentes de mal vivir los podía prender y castigar en el cepo. (...) Recogía los muchachos, mujeres y hombres sanos que encontraba por las calles, obligándolos a trabajar y castigando a los holgazanes como mejor le pareciese (...) Finalmente tenía las facultades de «escombra», entrando en cualquiera casa de la ciudad y sus términos para investigar las personas ociosas, rufianes y gente mal entretenida y castigarlos en la forma y manera indicadas».**<sup>3</sup>

Esta función policial es común a todos los reinos de la Corona Catalano-Aragonca y muestra un marcado paralelismo con la legislación que también dictó Pere III el Cerimoniós, referente a la visita médica obligatoria a los hospitales, tres días a la semana y por turnos rotativos, que debían realizar los médicos de la ciudad de Barcelona.

El reino de Valencia ostenta el honor de conservar el primer testimonio documental (1337) referente a esta institución, a donde había llegado tiempo atrás, cuando Valencia entró a formar parte de la Corona que ceñía Jaume I. Según consta en las **Constitucions i Privilegis** de Valencia<sup>4</sup> el primer «pare d'orfens» que ejerció en esta fecha en la ciudad de Valencia fue Arnaldo Simón junto con Ponzio de Roullat, y el último, en el año 1793, José Ignacio de la Cueva. A partir de esta fecha las atribuciones de esta antigua institución pasaron a manos de la Casa de Misericordia.

Las funciones del «pare d'orfens» en un principio recayeron en manos de aquel que ejercía el cargo de juez, es decir, el denominado «Justicia en lo criminal», ya en tiempos del rey Martí l'Humà se decidió que en aquellos casos en los que el juez no se «consideraba con potestad para entender en los delitos de los jóvenes, concedió pleno poder al curador de huérfanos en la persecución y castigo de los delitos que éstos podían cometer...».<sup>5</sup> De esta forma la institución se va estructurando como una verdadera casa de corrección, en la que el «pare d'orfens» y el Consejo asumen las diversas funciones de forma piramidal, desde los curadores o «pares d'orfens» a los tenientes de «pares d'orfens», junto con los asesores de éstos, también se utilizaban los servicios de un escribano, con sus ayudantes o tenientes de escribano, además de aquellos funcionarios que realizaban tareas de tipo más carcelario como son el depositario y los alguaciles.

El «pare d'orfens» era un cargo civil que se ejercía temporalmente por los ciudadanos de la ciudad, «recogían huérfanos y vagos buscando trabajo, se reunían los viernes, representaban al menor en los actos de la vida civil; tenían que ser respetables, casados y servir gra-

<sup>3</sup> González, José Fernando: *Crónica de Zaragoza*, Madrid 1867, p. 82.

<sup>4</sup> J. Guallart y López de Goicoechea, ponencia presentada en la XI Asamblea General de la Unión Nacional de Tribunales Tutelares de Menores, celebrada en Zaragoza.

<sup>5</sup> *Ibid.* p. 36.

tuitamente el cargo un año». <sup>6</sup>

El proyecto de acción caritativa y pedagógica a la vez, es muy similar a la planeada en un principio por los Tribunales Tutelares de Menores en tanto que no solamente estaba refrendada legalmente por las instituciones de poder civil, sino que contaba además con la colaboración eclesiástica. El funcionamiento interno de la institución es similar en las instituciones modernas a la organización del **pare d'orfens**, dado que el juez es en principio una sola persona, que es quien califica, separa y selecciona a los niños según sus faltas, sus precedencias, y es, además, quien otorga un destino. La labor del juez es complementaria de la tarea educativa, y en general podemos ver la pervivencia tanto de métodos como de objetivos en todas aquellas instituciones que se han encargado de este tipo de niños.

En Barcelona las funciones del «**pare d'orfens**» se llevaban a cabo a través del hospital de la catedral, <sup>7</sup> y posteriormente en el **Hospital d'en Prim**, en donde con anterioridad al 1300 se recogían y curaban enfermos pobres, y en la que consta la existencia de una «**sala dels bressols**». <sup>8</sup> Esta casa-hospital se situaba en las proximidades de la acequia condal, lugar en el que en 1401 se construyó el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Pero es en la fundación de la Casa de Misericordia cuando se patentiza la acción tutelar, está situada en la calle de Elisabets muy cercana al Hospital de la Santa Creu, y cumplía las mismas funciones que el «**pare d'orfens**» a través de un consejo de 32 miembros: «**Para el mejor gobierno**

del Hospital de la Misericordia nombró la ciudad a treinta y dos personas pertenecientes a todas las clases sociales, las que ayudan a los administradores, cuatro por turno, yendo por la ciudad con un oficio real para evitar toda ocasión de disgusto, siguiéndoles cinco o seis mozos de la Misericordia. Al encontrar a uno de tales vagos, si interrogado acerca de su modo de vivir no da contestación satisfactoria, le hacen subir con toda modestia a un coche que tienen a este fin y lo llevan a la Misericordia. Como los cuatro se cambian de turno, no saben los vagos de quien guardarse, y para no caer en sus manos, o se aplican a trabajar o se van de la ciudad». <sup>9</sup>

En cambio en el primer hospital dedicado específicamente a acoger niños huérfanos, el **Hospital del Sant Esperit**, no tenemos noticias de que el hospicio actuara a través de ninguna institución similar a la del «**pare d'orfens**». Este hospital fue fundado en la ciudad de Lleida el año 1199, gracias al legado testamentario de Guiu de Montpeller, comerciante y cártaro, que había buscado refugio en tierras leridanas, y que quería expresar su agradecimiento a la ciudad a través de la creación de esta institución, poco conocida en aquellos tiempos.

## b) Los Toribios de Sevilla

Antes que el Estado tome la responsabilidad paterna de aquellos niños abandonados son las iniciativas privadas las pioneras, aquellas que realizan el esfuerzo de enfrentarse con la reeducación de los niños de la calle. Un ejemplo poco conocido es la institución de la **Toribios de Sevilla**, que es, en esencia, una escuela-reformatorio fundada en 1725 por Toribio Velasco en la ciudad de Sevilla, capital muy frecuentada por aquel entonces ya que era parte importante en la ruta del comercio de las Indias. Este reformatorio pretendía «**reeducar niños traviesos, díscolos, ladronzuelos y holgazanes**» a través de la guía paterna que realizaba el mismo Toribio de Velasco; esta guía se basaba en la socialización del niño a

<sup>6</sup> Fueron, *Constituciones y Privilegios de Valencia*, 1677 Miret i Sans, párrafo 30, capítulo 2º, título 6º pág. 104, donde se cita el privilegio 12 del «*Aurem opus et laudabilis provisio super cura orphanorum*».

<sup>7</sup> Documentado ya en el año 1009, en los archivos de la catedral.

<sup>8</sup> Sala de las Cunas. Para más información consultar Amades, vol. I.

<sup>9</sup> *Gobern Polítich de la Ciutat de Barcelona para sustentar los pobres y evitar los vagamundos*. 1600, obra de la biblioteca de Prat de la Riba, citada por Ramón Albó en «El Tribunal para niños de Barcelona y su actuación en el primer semestre de su funcionamiento, Barcelona 1922.

través de las enseñanzas y reglas que se hallan en la Biblia y en las Vidas de Santos, que era, precisamente, la especialidad del Sr. Toribio. A través de las reglas de convivencia, aplicadas de forma comunitaria, y de los trabajos realizados en los diferentes talleres, el niño y el adolescente se van adaptando poco a poco a la sociedad. Pero quizá lo más importante es el cariño y el respeto que sentían esos niños hacia el Sr. Toribio, y que demuestra las cualidades pedagógicas que poseía. Su capacidad de comprensión del mundo y la psique infantil se basaba en la larga experiencia que tenía, ya que, por lo menos desde 1723, el Sr. Toribio recogía los niños de la calle y les enseñaba el catecismo, así aprendió la forma de ganarse su cariño y lealtad, de manera que pronto tuvo que mudar de casa y buscar un hogar más espacioso.

**«... una fundación humilde de un buen hombre que recorría las calles de Sevilla vendiendo libros piadosos; vio la perdición y abandono de muchos niños y se propuso recogerlos. Principió enseñando el catecismo en la calle...; después alquiló una casa para asistir y cobijar a los más necesitados y aumentó hasta convertirse en Hospicio con talleres, escuela y ciento cincuenta niños de Sevilla, llegando la fama de la institución, a los pueblos, de los cuales traían también niños díscolos, y Toribio tuvo facultades hasta para detener a los que no querían ir voluntariamente...»<sup>10</sup>**

Según Lasala el régimen del establecimiento fue democrático y republicano, ya que cuando ingresaba un niño se celebraba un juicio común, en el que participaban todos los niños, y es precisamente a través de este «juicio» que el Sr. Toribio se ganaba el aprecio de sus tutelados: **«La primera diligencia que se hacía cuando venía algún nuevo a casa era juntar toda la comunidad en una pieza, que para ese efecto estaba destinada y se llamaba la Sala de la Comunidad. Allí se ponían todos sentados en**

**el suelo en dos filas, presididas por su humilde jefe, quien sin distinción ninguna, se sentaba en el suelo como ellos; al recién venido le ponían frente al hermano Toribio y de rodillas. Este le preguntaba ante todo la doctrina cristiana y se enteraba de lo que sabía y más comúnmente de lo que no sabía. En seguida preguntaba a los presentes lo que sabían de su vida. Referían los presentes sus vicios y travesuras y se le formaba una especie de sumario en juicio oral» (...)**

**«Pero nuestro Hermano, con su piedad innata, moderaba los rigores: deciales con el más dulce agrado que todo aquello sería conveniente y necesario si aquel pobrecito hubiera sido antes amonestado o reprendido.. Concluía exhortando al arrepentimiento y a la enmienda, y remitiendo los castigos para cuando su incorregibilidad, y para la recepción se le daba una disciplina, que era la propina de la que ninguno se escapaba a su entrada, y se le señalaba el último lugar entre sus hermanos».**

Precisaremos que el tiempo que está el Sr. Toribio al frente de este Hospicio es relativamente corto, ya que murió en 1730, y debemos suponer que su habilidad innata combinada con muchos años de experiencia vendiendo libros y estampas a los chiquillos fue lo que dio tanta fama a su institución. Sólo citaremos algunas anécdotas para que sirvan de ejemplo de la fama el hecho de que en 1725 tenía 18 niños, y al cabo de dos años contaba ya en el establecimiento con cien, debido a este continuo aumento debió trasladarse de casa, y además **«...proveerse de maestros de escribir y contar, y aún de gramática latina, por si alguno se inclina al estado eclesiástico; también se dispusieron talleres en que aprendiesen los oficios de zapateros, sastres, polaineros, cardadores de lanas, tejedores, y otros de primera necesidad; de lo que, informado el rey socorrió con 2.000 pesos, y, además, mandó a la ciudad que se le proporcionara sitio a propósito para que labrase casa, cuyo Real Decreto fue cumplido, señalándose uno bien espacioso fuera de la Puerta de Triana, como quiera que ya contaba con ciento cincuenta niños, cuya subsistencia se apoyaba sólo en la caridad cristiana».** En 1730 tuvieron que volverse a trasladar porque ya te-

<sup>10</sup> Lasala, G. La Juventud delincuente en España y sus tribunales Tutelares. Publicado en la Revista de la Escuela de estudios Penitenciarios, nº 140, mayo-junio, 1959. Lasala es Director de la Prisión Provincial de Madrid.

nían a 250, además del espacio necesario para los diversos talleres, etc. Hay quien dice que llegó a tener 800 niños, nos parece una cifra excesiva para aquellos años en que la mortalidad tan elevada.

A la muerte de Toribio de Velasco en 1730, continuó al frente del hospicio-reformatorio el hermano Antonio, que realizó su trabajo dentro de la misma línea de actuación. Los niños seguían acudiendo, así que se trasladaron de nuevo a otro local en el que tener espacio para crear los nuevos talleres, porque además de los que ya tenían abrieron **«obradores para herreros y cuchilleros y otro telar para tejer bayetas. Contaba ya el hospicio con doscientos cincuenta niños, repartidos en diversas enseñanzas, siendo admirables los frutos de su educación»**. Precisamente creemos que la gran afluencia de niños se puede explicar por la variedad en la oferta de la enseñanza profesional, a pesar de que la faceta preventiva junto con otra punitiva y represiva, esto más que asustar a los padres, muy al contrario debía animarlos, ya que les proporcionaba un alivio en la educación de sus pequeños rebeldes. **«...Así que muchos sujetos elegían esta casa para vencer o castigar las travesuras pueriles de los que estaban a su cargo, que salían corregidos después de tenerlos allí algún tiempo en clase de ejercitantes. Así permaneció hasta 1749...»**

### c) Los inicios de la paidopsiquiatría

La época de las revoluciones inicia el movimiento de Defensa de los Derechos del Hombre, en un intento para proteger al débil, y como débil debemos entender en este contexto aquel que no puede gozar de las mismas oportunidades que los demás. Como dice Cobo Medina: **«En la revolución Francesa llegó el momento de la liberación de los oprimidos: de los pobres, de los locos y de los niños. Ya en las primeras asambleas revolucionarias,**

**desde 1790, se promulgaron decretos para atender toda clase de «enfants trouvés», de manera que la «Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano» del tres de noviembre de 1791, decidía que los niños abandonados serían educados a expensas de la nación (...) y el Código presentado en la Convención Francesa el nueve de agosto de 1793, disponía que los padres no tenían más que deberes hacia el niño y estaban obligados a protegerle. Pero todo quedó en una hermosa declaración de principios, como siempre que faltan los medios para financiar las ideas»**.<sup>11</sup>

La atención a los niños desvalidos se inicia en el Siglo de la Luces, posteriormente, y gracias a hombres con el carácter de Itard, se empezaron a tratar a niños con deficiencias sensoriales, y al mismo tiempo estas aspiraciones motivaron la reestructuración de la pedagogía porque, en realidad, lo que cambió fue la propia concepción del hombre.

La tarea iniciada por Itard, fue seguida desde el campo de la psiquiatría por Esquirol y Belhome, con ellos se crea un nuevo momento en la historia de la asistencia, sobretodo de la asistencia mental. En este campo también contribuyó Ferrus a esta renovación de perspectivas y metas a alcanzar, y lo hizo a través de la creación de la primera escuela para anormales en el Hospital de Bicêtre (1828), y posteriormente Falret inauguró otra escuela especial anexa a la Salpêtrière (1831).

Séguin también se interesó por la pedagogía especial, fundó la primera escuela de reeducación, y potenció la divulgación de la pedagogía especial con la publicación de un libro acerca del tratamiento que se debe dar a los idiotas, utilizando el método «moral», según Ajuriaguerra: **«Como hombres de acción que eran, dichos educadores fueron eminentemente prácticos. No obstante, aportaron métodos cuyo significado teórico todavía es válido en nuestros días»**.<sup>12</sup>

A fines del siglo XIX se crearon una serie de instituciones de protección a la infancia que son, por una parte, el resultado de los estudios e investigaciones realizados por los psiquiatras de la época, por el esfuerzo de los pe-

<sup>11</sup> pp. 15 Psiquiatría Infantil Dinámica. Lab. Roche.

<sup>12</sup> Ajuriaguerra, J. de: Tratado de Psiquiatría Infantil, p. 3 Barcelona, 1977.

diatras, de los pedagogos, entre otros; y por otra parte, serán el fundamento de las realizaciones posteriores, que constituirán uno de los cimientos de la disciplina paidopsiquiátrica actual.

Las iniciativas gubernamentales se orientaron hacia una mejora real y globalizadora de las condiciones de vida y de educación de los menores, estas iniciativas fueron dirigidas a favorecer el desarrollo físico y mental del niño, por este motivo se unificaron criterios educativos.

Este espíritu interdisciplinar es digno del mejor de los elogios. Apareció como pauta de trabajo en la mayoría de los laboratorios de psicología. Con la finalidad de transportar la ciencia a la realidad cotidiana, de aplicar sus métodos en la escuela, en un acercamiento mutuo entre el mundo de la pedagogía y el de la medicina. Las nuevas adquisiciones científicas acerca del funcionamiento del psiquismo infantil, se aplican primero en las escuelas antes de ser publicadas como conocimiento para la comunidad científica. En Suiza, por ejemplo, el Dr. Vanod investiga sobre la fatiga intelectual de los alumnos,<sup>13</sup> y al mismo tiempo, se desarrollan nuevas investigaciones antropométricas.

#### d) La encrucijada del año 1900

Se aprecia con claridad que en los últimos años del XIX y primeros del XX el esfuerzo mayor, en estudio y ensayo de propuestas educativas y adaptativas, se canalizó precisamente hacia los niños anormales. Se crearon escuelas especiales, se realizaron investigaciones que después se publicaron, y estos estudios acerca de los niños anormales adquirieron gran difusión, es demostrativo en este sentido los libros de autores como Demoor, Decroly,

Jonckheere, que facilitaron la vulgarización de estos temas. Tal vulgarización parece que fue facilitada por la necesidad y demanda social casi imperativa que existía, producida y agravada por el debate ideológico y conflictivo de conciencia de clases.

En este contexto se debe situar la creación de la primera cátedra de psiquiatría infantil, en el seno de la Escuela Normal de Magisterio de Barcelona, dirigida por Augusto Vidal Perera. Esta cátedra de psiquiatría se inscribe en el movimiento general de gestación de la psiquiatría infantil. También es necesario decir que a partir de este momento, y a pesar de los cambios de nombre y de Facultad, incluso de los intereses políticos, esta cátedra ya no desaparecerá nunca, aunque su localización no estará en la Facultad de Medicina, en ningún momento.

A principios de siglo hay, en Madrid, una interesante aportación de manos del pedagogo Pereira, quien creó una escuela-sanatorio para niños anormales, el denominado **Instituto Psiquiátrico-Pedagógico para niños, niñas y jóvenes anormales mentales, psicopáticos o difíciles**; su actividad se centraba en los niños anormales, pero la idea originaria, y esto nos indica las concepciones de la época, también incluía a los niños difíciles. Esta escuela que se instaló en la calle Suero de Quiñones desde el año 1908 tuvo que cerrar sus puertas con la llegada de la Guerra Civil. En este período de tiempo Pereira dirigía la revista que él mismo había fundado que, al igual que en los demás centros, es complementaria a las tareas e investigaciones que en el sanatorio-escuela se desarrollaron, la revista, titulada «**La infancia anormal**» tuvo mucha fama entre los especialistas de la época. En ella encontramos este párrafo: «... y en todas partes fueron creando escuelas para idiotas, imbéciles, atrasados, etcétera. En todas partes, digo, no; me había equivocado; en España no las tenemos todavía; no las tenemos, y la degeneración no es aquí de ningún modo combatida. Para el idiota no hay más que compasión, cuando no abandono y quizas crueldad».<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Citado por Cuello Calon op. cit. p. 326, *La fatigue intellectuelle et son influence sur la sensibilité cutanée*, dentro de la *Révue Médicale de la Suisse romande*, 1896.

<sup>14</sup> Pereira, *La infancia anormal*. 1908, 6.

## LA CREACIÓN DE CENTROS PARA LA PROTECCIÓN A LA INFANCIA LOS TRIBUNALES TUTELARES DE MENORES

### a) El «Patronato de niños abandonados y presos»

La costumbre de encarcelar los niños, desde los vagabundos a los menores que han cometido un delito, es una costumbre antigua. El castigo entendido más como un instrumento represivo que no como preventivo ha sido lo más usual. En el **Fuero de Plasencia** de 1262 el padre podía disponer el ingreso en prisión de su hijo: «**si su hijo era díscolo, en cuyo caso puede recluirlo «fasta que sea manso e reciba sanidad», a modo de corrección paterna.**

Estas legislaciones también se aplicaban como instrumento coercitivo, «**la prisión por deudas súfranla la mujer y el niño menor de 12 años en cadena, y los demás en cepos, cormas esposas.**». Estas costumbres perviven en la mayoría de legislaciones de la Edad Media, e incluso hasta más tarde, tal como demuestran los diferentes textos legales medievales que se han conservado hasta nuestros días. En las Ordenanzas reales de Castilla se encarcela por un insignificante motivo y firmado por Don Fernando y Doña Juana en 1515 que dice: «**A los muchachos que prendieren por jugar, no les lleven de carcelaje, tarja ni cosa alguna, pues el prender es sólo por los amedrentar.**».<sup>15, 16</sup>

En general, a lo largo de la historia de las

instituciones hemos comprobado la existencia de niños, como un hecho absolutamente normal. La reclusión de niños está elacionada con las funciones policiales necesarias en la ciudad, igual eran niños abandonados, que vagabundos o enfermos, hombres o mujeres. No se trata de deshumanización, sino de una concepción diferente del propio hombre.

No es hasta el siglo XVIII cuando se producen algunos intentos para dar a los niños un trato especial, tanto en el terreno de la educación normal, como en la tarea legal preventiva.

En el siglo XIX los niños recogidos en la prisión de Barcelona, «**ocupaban en la Prisión vieja el patio llamado de los Micos, al lado del titulado de la Garduña, lleno de carteristas, timadores, tomadores del dos, descuidaderos, etc. Siempre había un centenar. Los más ya no eran niños, aunque de niños habían comenzado a ingresar, y eran, como es natural, los peores. Estaban ociosos, sucios y harapientos, en nefasta promiscuidad, sin retretes ni lavabos y víctimas de infinidad de insectos que, por la noche, en su dormitorio llamado cuadra, se movían en masa compacta sobre los mismos y sobre los indecentes petates que unos pocos poseían. Por carecer de abrigo, en invierno dormían como un rebaño, unos sobre otros, dándose mutuo calor con su miseria, y al cambiar de posición y molestar, por ejemplo, con los pies, la cara de sus vecinos, las blasfemias de los lastimados despertaban a los demás.**».<sup>17</sup>

Así era la situación de estos menores, en general delincuentes comunes, que a tenor del criterio de la época estaban necesitados de «atención y mano dura». En 1890, tal flagrante abandono llevó a que se creara en Barcelona el «**Patronato de niños abandonados y presos**», patronato que se dedicaba a pagar la multa del menor para que éste no ingresara en la cárcel. Al mismo tiempo también recogía a niños vagabundos y mendigos, denominados comúnmente en Catalunya «**trinxcraires**», que transitaban ociosos por las calles. Muchos de estos niños eran acogidos en la Escuela de Reforma, es decir, en el **Asilo Toribio Duran**.

<sup>15</sup> Ordenanzas de Castilla ordena su ingreso en la cárcel la Ley 7ª del título 38 y libro 12, citado por la sala op. cit.

<sup>16</sup> Felipe II ordenó lo mismo a las Justicias de América por la Ley nº 8 contenida en el tomo 2º libro 7º título 6 de las Leyes de Indias, siendo esta Ley del 1587 y mandato lo siguiente:

«**Ordenamos que los carceleros hagan barrer la cárcel y aposentos de ella cada semana dos veces, y la tengan proveída de agua limpia, para que los presos puedan beber, y no lleven por esto cosa alguna ni carcelaje a los muchachos presos por juego, ni a los oficiales de la audiencia que por mandato del Presidente y Oidores fueren presos, pena de cuatro tanto para nuestra cámara**»

<sup>17</sup> Tribunal Tutelar de Menores, XXV años de labor, 1921-1946. Barcelona, 1947, pp. 19-20.

El mismo Patronato indica que su intención es alejar estos niños, que ya han delinquido, de los peligros a los que están expuestos si continúan conviviendo en el ambiente de la cárcel. **«El Patronato de niños presos y abandonados ha buscado la manera de apartar al niño de la cárcel, o sea, de la vía de represión, y llevarlo, en cambio, por la de la protección y de la educación, por entender mil veces preferible, conveniente y justo un sistema preferentemente educador que un sistema preferentemente penal».**<sup>18</sup>

El «Patronato de Menores Abandonados y Presos» fue fundado por Ramón Albó quien se sintió conmovido por la situación de los niños encarcelados cuando **«en 1890 fue por primera vez a la cárcel para asistir a la fiesta de la Primera Comunión de los Menores, y la impresión que recibió fue tan repugnante y dolorosa que prometió esforzarse por remediar tan urgente necesidad».**<sup>19</sup>

Al principio se agruparon unos próceres con el deseo de paliar, en la medida de lo posible, los problemas de los niños presos en Barcelona. Con este fin la «Obra a favor de los niños presos de Barcelona» solicitó la colaboración del magistrado Nicolás de Otto, del teniente de alcalde Ramón Rubió, del canónigo Rivera, del catedrático de universidad, Marín Fábrega, así como del penitenciarista y funcionario de la Audiencia Pedro Armengol i Cornet. Así se creó el «Patronato de Menores Abandonados y Presos» que tenía como meta básica la rehabilitación de estos menores, tal como consta en el artículo primero de los Estatutos del Patronato:<sup>20</sup>

<sup>18</sup> Corrección de la Infancia delincuente. Barcelona, 1905, p. 10 Citado por R. Albó en el discurso que se incluye en la Crónica de los Actos Conmemorativos del XXV Aniversario de los Tribunales Tutelares de Menores (1921-1946). Barcelona, 1947, p. 19.

<sup>19</sup> Lasala. La Juventud delincuente en España y sus Tribunales Tutelares. Publicado en la Revista de la escuela de estudios Penitenciarios, nº 140, mayo-junio, 195. Lasala cita en la pág. 14 la obra de Ramón Albó Los Tribunales para Niños, p. 56.

<sup>20</sup> Estatutos que fueron aprobados por el Gobernador Civil, el Sr. Ramón Larroca.

<sup>21</sup> Lasala, op. cit, p. 14.

**«El Patronato de Menores abandonados y presos tiene por objeto lograr la rehabilitación moral y social de los jóvenes encarcelados y amparar y proteger a los demás contra el abandono, la miseria, los malos tratamientos y la inmoralidad».**<sup>21</sup>

El Patronato se esforzó por evitar que los niños fueran a la cárcel, pagaban las multas, los recogían de las calles para recluirllos en asilos especiales y así, cuando en 1921 se estableció en Barcelona el Tribunal Tutelar de Menores ya lo tenían todo preparado para su funcionamiento, se adelantaron a la misión del Tribunal en bastantes años. Por otro lado, pidieron al Gobierno que les permitiera establecer en Barcelona, a favor de los niños, las siguientes condiciones: **«Juez Especial, supresión de la cárcel y libertad vigilada».**

En la misma dirección se deben comprender las iniciativas de carácter legal llevadas a cabo primero por Concepción Arenal y posteriormente por el Dr. Tolosa Latour, entre otros. La legislación en materia de protección a la infancia, desde la situación de los niños en las cárceles, y de los presidiados de mujeres, hasta de los trabajadores, es decir, continuaban las labores fundamentales del **«pare d'orfens».**

Los gobiernos de la Restauración legislaron en favor de los niños delincuentes en las leyes del 26 de junio de 1878, del 13 de marzo de 1900 y del 21 de octubre de 1903. Al amparo de estas leyes y de las doctrinas defendidas por gente como Concepción Arenal, se fundaron instituciones que prepararon el camino y la sociedad para aceptar los Tribunales, y muchas de ellas sirvieron para que recluyeran en sus locales a los niños que merecían esas medidas.

Concepción Arenal fue nombrada Visitadora General de la Cárcel de Mujeres en 1864, cárceles en las que nacían los hijos de las presidiarias. El contacto que tuvo no sólo con estas prisiones, sino con los pobres en general, hizo que intentara conseguir la promulgación de leyes que protegieran a los más necesitados, así por ejemplo presentó un Proyecto de Ley en el Primer Congreso de Protección a la Infancia, proyecto que se centraba en la Protec-

ción a los niños abandonados y casa se corrección. Merece la pena destacar aquí algunos pensamientos suyos que publicó en su libro «La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad» (1860):

**«La Beneficencia manda al enfermo una cama... la Filantropía se acerca a él... La Caridad le da la mano... La Beneficencia ha sido siempre de carácter individual. Eran los reyes, los obispos, los filántropos, los ciudadanos oscuros, las mujeres piadosas, los que creaban las obras; la sociedad, en cambio, no hacía nada. (...) No atendía a cuantos debía, a pesar de las muchas obras exitentes... Espíritu de localidad. Mal trato de los dementes (con duros castigos), abandono de los expósitos...»**

**La naturaleza ha dado una madre a cada hijo, pero ha dado dos o tres niños a una mujer que va a criar a la Inclusa, tales nodrizas suelen envenenar a la vez el cuerpo y el alma a las criaturas que amamantan.**

Concepción Arenal propugna abiertamente para que se hagan cargo de los expósitos mujeres del campo robustas y de buena conducta, y recomienda que el expósito sea criado en el campo, bajo tutela y protección del alcalde, del párroco y de algún miembro de asociación filantrópica, en especial una señora. Aboga por la creación de asilos agrícolas, ya que según ella no hay niño que se sujete de buen grado a estar en un taller (es innecesario recordar cuales eran las condiciones laborales de los niños en un taller en los alrededores del 1850), y en cambio podan, siembran y riegan con gusto, y se desarrolla entre ellos el espíritu de emulación siempre tan conveniente.

Al mismo tiempo dice algo que no deberíamos olvidar, quizás nunca: **«Para no desesperar, para no calificar de indigna nuestra protección al niño que no se corrige y al padre que no pone en práctica los medios de corregirle, debemos tener muy en cuenta su mala circunstancia y hasta que punto la miseria endurece, exaspera, debilita y hace poco menos que imposible la dulzura, la constancia y la fuerza que la educación necesita. «¿Cómo castiga Vd. tan cruelmente a esa pobre niña?», decía una señora**

**ra a cierta mujer de pueblo que maltrataba a su hija, «¡Está una tan desesperada!» le contestó. ¡Vaya una razón diremos! ¡Oh sí, una terrible razón! ¡Es tan difícil que sea bueno, que sea justo, el que está desesperado!»**

Por su parte, Tolosa Latour, unos años más tarde, se preocupó por instaurar bases legales para proteger la infancia. A principios de siglo se promulga la «Ley de Protección a la Infancia» (1904), también denominada «ley Tolosa Latour». Su finalidad principal era proteger a los menores de diez años que a menudo realizaban trabajos penosos. En los números 6 y 7 del artículo sexto facultan también para indagar la vida de los vagabundos y mendigos hasta esa edad y la de aquellos que trabajan antes del tiempo señalado, según ya había aparecido en las leyes de 26 de junio de 1878, 13 de marzo de 1900 y 21 de octubre de 1903.

El reglamento de la ley del 12 de agosto de 1904 es más amplio pues se ocupa de la explotación de los niños, al tiempo que legisla sobre los delitos contra menores, amparo de los abandonados, corrección paternal de los rebeldes, incorregibles y delincuentes. Pero quizá lo más novedoso es la educación de los anormales, aunque sean mayores de diez años.

En 1908 se funda en Barcelona la Junta de Protección a la Infancia, comité que se remodeló en 1911, en esta nueva Junta participó como secretario el Sr. Ramon Albó, la primera sesión fue presidida por Angel Ossorio, la Junta realizaba las mismas funciones que el Patronato, de manera que llegó a recoger entre 1911 y 1921 una gran cantidad de niños:

**«Y cumplió con tanta eficacia que, al fundarse el Tribunal en 1921, había recogido y amparado más de 10.000 trinxeraires o golfillos, labor eminentemente preventiva, de manera que, cuando la realiza una Junta, las estadísticas del Tribunal respectivo son más bajas que las normales, conforme ocurrió en esta ciudad, a consecuencia de la recogida de tanto niño callejero; lo cual tuvimos ocasión de demostrar con cifras en un trabajo referente a la actuación del tribunal en sus primeros tiempos; y, en cambio, cuando deja de hacerse, hace aumentar los casos de intervención del Tribunal para la correc-**

**ción del menor que ja delinquido, por no haberse hecho la recogida del mismo al estar abandonado.»**

La evolución inmediata de las instituciones se concentra en las que acabamos de tratar, hasta cristalizar en la creación del Tribunal Tutelar de Menores.<sup>22</sup> Consecuentes con este ideal, continuamos preparando los caminos al Tribunal Tutelar, logrando al efecto, en 1912, fuesen cedidos gratuitamente a la Junta los terrenos en que tres años después inauguraba el actual Grupo Benéfico, con su Albergue Provisional, su Departamento de Observación, su Laboratorio de Psicología y su Educatorio, habiendo sido este Laboratorio el primero de que han dispuesto las Juntas y los Tribunales Tutelares de España.

Con estos elementos y con la Casa de Corrección tenía Barcelona, en 1915, todas las instituciones indispensables para el funcionamiento del nuevo Tribunal. Para conocerlas vino al año siguiente el que debía ser Presidente del Tribunal de Bilbao, D. Gabriel M.<sup>a</sup> de Ybarra.

## **b) El Laboratorio de Psicología Experimental**

El Laboratorio de Psicología Experimental fue creado por la Mancomunitat de Catalunya en el año 1914. Formaba parte de un viejo proyecto que se inscribía en la red de instituciones que se fundaron de la mejora de los conocimientos acerca del psiquismo infantil.

El Laboratorio se relacionaba con una red de instituciones pedagógicas y psicopedagógicas que funcionaban a nivel de complementariedad, de esta forma atendía todo tipo de niños y, cuando era necesario debido a sus características o su patología, los transfería a los

centros más indicados para seguir el tratamiento idóneo. Su ámbito de investigación se extiende a lo largo de todo el temario de paidopsiquiatría, sin abandonar los aspectos sociales.

Cuando se creó el Laboratorio, es decir, cuando se constituyó como entidad autónoma y se independizó, por tanto, del Museo Social, donde estuvo al inicio como subdepartamento, la Mancomunitat dio la dirección del nuevo organismo al Dr. George Dwelshauvers, de formación humanista y especializado en psicología. De acuerdo con el programa que propuso su director, el trabajo del Laboratorio iba a centrarse en los siguientes temas; **Primero, la atención espontánea; segundo, la coordinación de movimientos simultáneos y sucesivos; tercero, imágenes mentales y movimientos inconscientes; cuarto, movimientos conscientes y movimientos automáticos (automatización de los movimientos conscientes).**

Para la realización práctica de todos los experimentos fue necesaria la creación de unos dispositivos, que como dice M. Siguan: «Entre els dispositius experimentals utilitzats en aquest estudi, n'hi ha un que recorda el que uns anys després serà el test «miokinètic» de Mira. Consisteix a proposar al subjecte l'experiment que dibuixi sèries de ratlles sense veure-les, primer pensant en allò que fa i després ocupat intel·lectualment en un altra tasca».<sup>23</sup>

La labor que se desarrolla antes de la Guerra Civil es francamente fructífera, obtuvo reconocimiento a nivel mundial, y en gran parte este reconocimiento se debe al tesón del Dr. Mira i López, especialista en psiquiatría quien, con su talante abierto, facilitó un fructífero intercambio entre especialistas e incluso entre instituciones. El ayudó a gestar buena parte de los contenidos de estos laboratorios, así como la creación de otros por el resto del Estado debido a su voluntad de provocar una constante colaboración interdisciplinar.

Estos laboratorios psicotécnicos, a través de los contactos e intercambios que se establecieron, crearon un clima de correspondencia y competitividad internacional, que, entre otras cosas, implicaba una apuesta muy elevada, y

<sup>22</sup> Tribunal Tutelar de Menores, XXV años... p. 21.

<sup>23</sup> Siguan, M. op. cit. p. 178.

«Entre los dispositivos experimentales utilizados en este estudio, hay uno que recuerda al que unos años después será el test 'miokinético' de Mira. Consiste en proponer al sujeto el experimento de dibujar series de rallas sin verlas, primero pensando lo que hace y después ocupado intelectualmente en otra tarea».

de gran productividad, para nuestras instituciones. El hecho de tener conocimiento de los patrones imperantes en Bélgica y en Estados Unidos, sobre todo a través de la influencia del trabajo realizado por William Healy, psicólogo y abogado que a principios de siglo se dedica a la investigación de las causas de la delincuencia mediante las historias de los casos, los «casehistory».

### c) Instituto Nacional de Psicología aplicada y Orientación Profesional de Madrid (1924)

Organismo que se dedica a la investigación sobre la psicología aplicada en la orientación laboral de niños y adolescentes. El Instituto se crea gracias al interés del gobierno de Madrid, el año 1924, y su traspaso al Ministerio de Instrucción Pública (1932) corresponde al final de una etapa en la que se concretó una de las mejores legislaciones de la educación escolar y la orientación profesional de los niños y adolescentes, legislación que debe interpretarse junto con las nuevas propuestas acerca de los Tribunales Tutelares de Menores.

Los laboratorios de psicología representan los servicios oficiales de atención y orientación a los escolares y adolescentes con vistas a su inserción en el mundo laboral.

De hecho, los antecedentes del Instituto de Madrid están, como ellos mismos reconocen, en la experiencia del Laboratorio de Barcelona, aunque en Madrid ya se habían registrado iniciativas interesantes, como es la creación de una Cátedra de Psicología Experimental, el año 1902, situada en la Facultad de Ciencias, cátedra que era también materia obligatoria en los cursos de doctorado de la Facultad de Medicina. Esta cátedra nos demuestra, una vez más, que la orientación de la Psicología se fundaba en la idea de que era una cien-

cia biológica, es decir, plasmaba la tendencia organicista de este núcleo psiquiátrico español.

Pero esto no es un movimiento puramente localizado o delimitado al ámbito de la península sino que por el contrario, es un movimiento en el que España está situada al mismo nivel que los demás países y en el mismo momento evolutivo, en cuanto a intereses asistenciales y sociopolíticos, cronológicamente hablando.

Tal como indica José Mallart, especialista en psicotécnica dentro de la sección de Orientación Profesional del Instituto Psicotécnico, es necesario: «situar al individuo en la rama profesional que está más de acuerdo con sus aptitudes. Para esto, en primer lugar, es necesario una delimitación de los campos de acción del fisiólogo, del psicólogo y del psicotécnico, a fin de que cada uno haga desde su punto de vista una exploración completa del individuo y no tenga que entrar en el examen de las funciones o de aptitudes que otro compañero está más llamado a explorar. Paralelamente se tiene que extremar la relación de los tres especialistas, estableciendo una circulación regular de las fichas que permita aprovechar en cada una de las fases de la exploración del individuo los datos obtenidos en la fase anterior».<sup>24</sup> (...)

### TRIBUNALES TUTELARES DE MENORES

Estas instituciones de atención a la infancia consolidaron las bases necesarias y fundamentales para la creación de los Tribunales Tutelares de Menores que en 1920 se fundó el primero, en Tarragona, y en 1921, el segundo, en Barcelona, y así sucesivamente. Los tribunales para niños o de menores ejercían una acción preventiva, cuando los niños habían sido abandonados, y reeducativa cuando se trataba de menores que habían incurrido en alguna falta.

El Gobierno de la Monarquía Española aprobó la propuesta. Desde 1918 hasta 1931, los gobiernos provinciales de la Monarquía,

<sup>24</sup> Revista de psicología general y aplicada publicada por el Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Orientación Profesional. Madrid, nov-dic 1974, vol, 29 año XXIX, pp. 957.

especialmente la Mancomunitat de Catalunya que fue pionera, puso en marcha veintidós Tribunales por todo el Estado, a modo de experiencia piloto. Estos tribunales estaban constituidos por un juez, único, que sería, en cierto modo y a nuestro juicio, la pervivencia de la figura del «pare d'orfens» y, además, de unas «escuela-reformatorio», para atender al menor según el objetivo educativo a conseguir.

En su creación, los Tribunales de Menores siguieron las pautas fundamentales de actuación de los desaparecidos «patronatos de protección a la infancia» de tal manera que recogían niños abandonados, delincuentes, o problemáticos, y a través de la escuela-reformatorio, donde se aplicaban los sistemas educativos, en función de los objetivos que se elaboraban de acuerdo a la causa de su ingreso en la institución y con la ayuda inestimable de las nuevas técnicas de psicometría y psicología, con vistas a una mejor y más eficaz reeducación, o educación.

El Tribunal nombró médico-psiquiatra al Dr. Claudi Bassols. En la consolidación de toda esta estructura tutelar colaboró el pedagogo Lluís Folch i Torres. En el Tribunal, Lluís Folch i Torres es nombrado director técnico de la obra en 1925. La colaboración entre Folch y Bassols inició una nueva etapa, se aplicaron los tests que ya empezaban a ser famosos, aplicaban las escalas psicométricas de la inteligencia de Binet y Simon, y se adoptaron, gradual-

mente, las sucesivas adaptaciones. También utilizaron los tests sensoriales, los laberínticos, las pruebas de atención, de memoria, aquellos destinados a aptitudes específicas, además de exámenes antropométricos. Con todo este material se elaboraba la ficha de cada niño y niña ingresado en el Tribunal Tutelar.

Es en estos años (1926) cuando se crea la Casa del Trabajo para niños, al mismo tiempo toman un gran impulso las Casas de Familia, que amplían su campo de acción a niños más pequeños, paralelamente se instala la escuela agrícola de «Les Torres» situada en el término de Lliçà d'Avall (1926). El establecimiento de las granjas agrícolas tuvo su máximo esplendor en los años 1929-1931 y mundialmente se reconoció que «a Barcelona hi havia les millors institucions d'assistència a la infància del món», al igual que las otras instituciones educativas de la Junta y el Tribunal. Esta colaboración entre la Junta y el Tribunal se inicia el año 1922, proporcionó los elementos indispensables para la preparación del juicio: el albergue provisional y el departamento de observación. Dos instrumentos de atención al menor que serán importantes en la evolución y progreso de las investigaciones en psiquiatría.

El tipo de faltas en que caían los menores en los años anteriores a la Guerra Civil se especifican en las estadísticas oficiales de la República:

faltas	V.	Coef. × 100	H.	Coef. × 100	totales
contra orden público	568	2,9	44	2,4	612
contra personas	5.469	28,5	533	29,8	6.002
contra propiedad	10.248	53,5	889	49,7	11.137
otras flatas	2.880	15,1	324	18,1	32,4
Totales	19.175	100,0	1.790	100,0	20.965

Los Tribunales de Menores estructuraron sus funciones según la edad del menor y el delito, así el Tribunal realizaba enjuiciamientos de menores y de mayores. La función tutelar

se realizaba a través del expediente, en el cual constaba si el tipo de acción era de carácter correctivo, de protección o de enjuiciamiento de mayores.

Edad	Varones	Coef. × 100	Hembras	Coef. × 100
menos de 9 a.	2.936	7	447	9
9 años	1.165	5	247	5
10 años	2.870	7	214	7
11 años	3.586	9	413	9
12 años	4.363	11	455	11
13 años	4.993	12	529	12
14 años	6.242	15	580	13
mayores 14 a.	6.667	17	711	15
no consta edad	6.744	17	889	19
Totales	40.566	100	4.615	100

La Junta de Protección a la Infancia, el Tribunal Tutelar y la Oficina de Beneficiencia,<sup>25</sup> se dedican a preparar el personal especializado necesario para colaborar en el Tribunal Tutelar tal y como se establecía en la Real Orden del 14 de mayo del año 1926.<sup>26</sup> Ya en 1928 se crean estos organismos tutelares en Girona y en Lleida, de manera que podemos deducir que la acción protectora de la infancia delictuente se extendió lenta pero progresivamente por las tierras españolas.

En este contexto resulta interesante tener presentes los expedientes ingresados y resueltos desde la fundación de los Tribunales del año 1920 hasta 1930, que muestran una media de 425 por año, tal como demuestra el gráfico:

año	ingresados	resueltos
1921	147	144
1922	213	207
1923	295	301
1924	365	378
1925	421	402
1926	522	527
1927	501	515
1928	542	579
1929	614	595
1930	632	605
Totales	4.252	4.253

Se puede apreciar como el número de ingresados aumenta de año en año, con una velocidad considerable. El número de casos resueltos es equiparable, lo que no es poco, ya que demuestra que no sufrían del mal burocrático. En este contexto es necesario nombrar la obra del Dr. Claudi Bassols quien publicó un estudio «*L'examen Psicològic al Tribunal Tutelar de Menors*»,<sup>27</sup> donde explica que la prueba psicotécnica consta de dos tipos de exámenes, el primero denominado **examen global de la inteligencia**, y después el examen analítico. Rechaza, por diversos motivos, cualquier clase de test, a pesar de reconocer que los test de Vermeyley serían, en estos casos los más apropiados. Para la realización del examen global utilizan el método de Binet y Simon, o bien el de Terman, es este último el que el Dr. Bassols considera el más completo y adecuado.

El método psicométrico utilizado por Binet y Simon padece de algunas inadecuaciones porque no se aplica a niños escolares sino a aquellos que van a pasar al Tribunal, los cua-

<sup>25</sup> Estos dos organismos publican conjuntamente la revista *La Caritat*, que aparece desde el año 1926 hasta el 1930.

<sup>26</sup> En colaboración con los Tribunales de Tarragona y Palma de Mallorca. Tomaron parte los doctores Bellido, Salvat Navarro, de Tudela, Font i Puig, el padre Palmés, Córdoba y Albó. Para más información vea Alexandre Galí, op. cit.

<sup>27</sup> Bassols. El examen psicológico en el Tribunal Tutelar de Menores, publicado en los «*Arxius de Psicologia i Psiquiatria Infantil*, 1933, 3, 1-14.

les tienen características diferentes ya que en algunos aspectos han madurado más que los niños que no han estado en la calle, además, la graduación del sistema produce, cuando se mide a partir de los diez años, inadecuaciones reales. Respecto del idioma utilizado en estas pruebas el Dr. Bassols nos indica que el tribunal utiliza dos vocabularios básicos, el diccionario al castellano elaborado por el Dr. Rodrigo i el Diccionario catalán elaborado por Alexandre Galí.

Otra de las pruebas que se realizan en el Tribunal era la llamada «Aptitud de Orientación», que pretende medir la inteligencia práctica del niño, así utiliza, por ejemplo, los laberintos de Porteus, pero lo cierto es que «en la mayoría dels nois que vénen al Tribunal la prova és positiva i com molts d'aquests nois tenen certa edat resulta que molt sovint responen bé al darrer Laberint de Porteus, per la qual cosa hem ideat un laberint sense sortida que anomenem T (tancat)»,<sup>28</sup> la prueba era considerada como positiva si se percataban de esto.

Para el examen global utilizaban el método de Vermeulen que goza de la ventaja de respaldarse en las experiencias de muchos otros autores. Con el test de Vermeulen se examina la actitud perceptiva, la atención reactiva, la memoria de fijación, tanto la mecánica como la visual, la auditiva y verbal, también se evaluaba la comprensión, el juicio, la imaginación creadora y la aptitud de orientación.

Con el fin de poder comparar los dos exámenes se daban a cada prueba una determinada puntuación, de manera que al dividir la edad cronológica del menor, reducida a meses, por los puntos obtenidos en las cinco pruebas, se obtiene el cociente intelectual o, como mínimo debía tener alguna relación con él.

El Ministerio de Justicia comentaba, según

texto transcrito íntegramente de su discurso, en 1946, que: «El niño abandonado material o espiritualmente por negligencia de las personas que deberían cuidarlo o por carecer de ellas; el niño díscolo, pervertido o descarriado, merece la protección afectiva tutelar y educativa de que carece. Pero el niño, el menor, el adolescente no puede ser objeto de un Derecho penal represivo, sino preventivo, y lo mismo se vea el delito como consecuencia de causas sociológicas o físicas inevitables y no de la libertad del hombre, que un peligro para la seguridad social, contra el cual hay que defenderse, o una violación consciente y libre del Derecho, es lo cierto que al menor no se le aplican medidas de tipo represivo, sino de tipo educativo y de reforma. El problema de la corrección del menor no es de cantidad, sino de calidad, no cabe aplicar las mismas sanciones que al adulto aunque sea en menor grado, sino de otra naturaleza distinta, porque es un ser cuya inteligencia y cuyo carácter están moldeándose y son susceptibles a todas las influencias (...) Por eso la obra también ha de tener un carácter mixto, estatal y social, siendo necesario que exista (...) los tribunales, (...) instituciones auxiliares, Casa de Observación, de reforma, Centros de familia, de trabajo, de enseñanza».<sup>29</sup>

En este texto vemos condensada la evolución en los veinticinco años de existencia. Primero destaca los conceptos de responsabilidad legal del menor, después los instrumentos que utilizan los Tribunales para la protección y reeducación de estos niños y adolescentes. Y por último se refiere al tribunal especial que juzga al menor que ha incurrido en delito, utilizando una Casa de Observación, que ya casi desde un principio formó parte del Laboratorio de Psicología Aplicada, a pesar de que la finalidad inicial de este Laboratorio de Psicología fue para la población general.

El Reformatorio era básicamente un internado, con capacidad para doscientas cincuenta plazas en 1946, en el que los menores entraban en contacto con la disciplina y la reeducación específica que se creía adecuada para los menores delincuentes. Para aquellos otros que tenían una problemática diferente se ha-

<sup>28</sup> En la mayoría de los niños que viene al Tribunal la prueba es positiva y como muchos de ellos tienen cierta edad resulta que muy a menudo responden bien al último Laberinto de Porteus, debido a esto hemos ideado un laberinto sin salida que denominamos T (cerrado).

<sup>29</sup> Tribunales Tutelares de Menores. XXV años de labor, 1921-1946, p. 49.

bían creado las colonias agrícolas, en las que el menor era reeducado a través de la labor-terapia, y de la vida en una gran familia. Es de advertir que la Casa de Corrección, «Asilo Toribio Durán» acogía casi trescientos niños del Tribunal. Entra dentro de lo posible que el Asilo Toribio Durán sea uno de los elementos que perduran desde 1890, ya que no es una creación de los Tribunales Tutelares, sino que es una escuela especializada en la reeducación de los niños difíciles que colabora con los Tribunales, y que existía desde principios de siglo.

Desde un principio se plantea la necesidad de canalizar los menores hacia actividades expansivas que colmen las necesidades psicológicas propias de su edad, de manera que se instauran las casas de familia, otro campo de acción innovador que actúa de forma complementaria a la tarea psicopedagógica.

La colaboración entre el Estado y los laboratorios de psicología no se circunscribe solamente a la orientación profesional de los adolescentes indecisos, ni de las mejoras en el trabajo, en beneficio tanto del empresario como del trabajador, temas que son objeto de atención especial en Europa y en América, sino que también se indaga en las atenciones a los menores delincuentes, los niños tutelados y aquellos que han quedado desamparados por la guerra, desde los niños hasta las viudas.

En España, por el contrario, podemos decir que los Laboratorios de Psicología Aplicada son parte fundamental de las estructuras tutelares, en parte debido a la tradición histórica, pero esta faceta se acentúa en la década de los cuarenta debido precisamente al nivel de pobreza que se sufre en la posguerra y que se mantiene gracias al aislamiento en que se sumerge con la dictadura. Así pues, lógicamente, si uno de los mayores problemas con que se enfrenta el gobierno de la dictadura es la delincuencia juvenil, los laboratorios de psicología que este gobierno subvencione se dedicarán principalmente a los menores tutelados, y no a mejorar estructuras de producción.

Si el Tribunal quiere acertar en el tratamiento que ha de dar a cada niño, es axiomático

que, previamente, debe conocer bien a éste. De modo que el perfeccionamiento de su actuación se basa en el estudio y en la observación psicológica que se haga de los menores ¿Cómo fijar el procedimiento a seguir, si ignoramos al niño? ¿Cómo es posible andar a ciegas, para lograr la importante, delicada y difícil finalidad que perseguimos? Conocéis todos aquella ingeniosa frase: «**Ha de concederse tanta atención al espíritu de los niños como a sus pies. Los zapatos siempre se adquieren a medida.**».

**El conocimiento de los niños, como el de los hombres, no es un problema fácil, y está expuesto a muchos errores; y esta dificultad sube de punto según la índole de los que deben ser estudiados. Los menores citados, de la competencia del Tribunal Tutelar, singularmente los de facultad reformadora, que son los más típicos del Tribunal y, a la vez, los más numerosos, los autores de transgresiones de ley penal, los muchos difíciles y también los anormales, requiere un estudio muy detenido. Por esto contamos con el nuevo edificio con locales adecuados, se han instalado en ellos tales servicios,...**

En estos centros colaboraron en los laboratorios de psicología figuras competentes, especialistas en psicología, como el Dr. Claudi Bassols, y el pedagogo José J. Piquer.

La atención a los deficientes mentales no se había previsto en los Tribunales de Menores para atender a estos niños. En los años cuarenta encontramos algunas iniciativas en este sentido, que se compaginan con nuevas obras de acondicionamiento de las granjas agrícolas, a las que se dota, de un cine, por ejemplo. Es también en este momento en que se pone un gran empeño en la creación de la nueva casa de observación y del laboratorio psicotécnico, se instala dentro de un amplio solar anexo al nuevo Reformatorio que tendrá el carácter de Escuela Profesional; «**...moderno, acogedor y simpático, será un verdadero Instituto del Aprendiz...**».

La Casa de Observación tiene por objeto principal la clasificación de los menores con miras a su reeducación y a su orientación profesional. Se podrá practicar la observación en convivencia con el observador, en régimen de

internado y durante un período que oscile alrededor de dos meses, si se considera conveniente.

La metodología en uso en el Laboratorio ha sido descrita en multitud de publicaciones, citaríamos la **Estadística de factores influyentes en el extravío de menores ingresados en 1944...** (Barcelona 1945) y el **Boletín de actividades** (n.º 6, pp. 25-33).

Merecen especial interés algunos aspectos de la distribución y función de algún área, entre ellas el llamado «Recibidor» que estaba en la misma entrada del Laboratorio, el «recibidor de los muchachos» constituye una verdadera **Sala de observación con juegos**. Se dio a esta dependencia un carácter amable, el muchacho estaba rodeado de objetos atractivos, que, ponían de manifiesto sus afinidades y le devolvían la confianza, hacia las instituciones, que había perdido al ser detenido. **«...La mayor parte de estos menores de facultad reformadora que ingresan en la Casa de Observación, lo hacen un poco sobrecogidos y con la idea de que van a ser 'encerrados', lo cual crea un ambiente enrarecido, impropio para la puesta en marcha de la observación y el experimento»**. Esta sistemática de observación, como el resto de características técnicas de trabajo, se instauró en los primeros años del Tribunal Tutelar, puesto que tal sistema exploratorio y diagnóstico fue instituido por Lluís Folch i Torres, con la colaboración de otros profesionales (cita de Folch i Camarasa). Así **«...los Gabinetes, cabinas destinadas a la aplicación de los reactivos están acondicionadas a tenor de las orientaciones que señala la moderna psicotécnica, al objeto de crear un medio ambiente adecuado, es a saber: aislamiento, 'confort' y ausencia de elementos decorativos de distracción...»**.

## Bibliografía

AJURIAGUERRA, DE J.: *Manual de Psiquiatría Infantil* 4.ª edición cast., Barcelona, 1977.

ARANZADI.: *Repertorio Cronológico*.

AMADES, J.: *Històries i Llegendes de Barcelona*. Barcelona, 1984.

BASSOLS, C.: *Lexamen psicològic al Tribunal Tutelar de Menors*. Publicado en los «Arxius de Psicologia i Psiquiatria Infantil», 3: 1-14, 1933.

COBO MEDINA.: *Apuntes para una historia del niño y de la paidopsiquiatría en España*. Lab. Merch.

CUELL CALON, E.: *Los procedimientos experimentales para el estudio de la Psicología de los niños anormales*. Barcelona, 1909 publicado en los Anales de la Junta para la ampliación de estudios e investigaciones científicas. T.III, Memoria, 6.

GALI, A.: *La mesura objectiva del treball escolar*. Hay edición castellana en ed. Aguilar, Madrid, 1934.

*Història de les Institucions i del moviment cultural a Catalunya, 1990 a 1936*.

LASALA, G.: *La Juventud delincuente en España y sus Tribunales Tutelares*. Publicaciones de la Revista de la Escuela de Estudios Penitenciarios. 1959.

LLADONOSA, J.: *La pediatria als antics hospicis de Lleida*. Lleida, 1978, I Congrés de Pediatres en Llengua Catalana.

MANCOMUNITAT DE CATALUNYA: *L'obra realitzada, 1914-1923*. Barcelona.

MORALES, J.L.: *El Niño en la Cultura Española*, 4 vols. Madrid, 1960.

PEREIRA: *La Infancia Anormal*. Madrid, 1908.

SIGUAN, M.: *La Psicología a Catalunya*. 1ª edición, Barcelona, 1981.

*Tribunal Tutelar de Menores, XXV años de labor, 1921-1946*. Barcelona, 1947.

*Estadística de los Tribunales Tutelares de Menores*. Madrid, 1935, Ministerio de Justicia.

*Estadística de Factores Influyentes en el extravío de menores ingresados en 1944*. *Boletín de actividades*.

## Revistas

*Arxius de Psicologia i Psiquiatria*.

*Revista de Psicologia General y Aplicada*, vol. XXIX, dic. 1974. Madrid.

*Infantia Nostra*, 1ª y 2ª épocas (1922/1933).

*Boletín de la Junta Provincial de Protección a la Infancia*, tres números: 15.XI.1908, 15.II.1909, 15.III.1909.

# La enfermedad mental infanto-juvenil en la región de Murcia

A. Fernández Moreno (1), C. Gómez-Ferrer Gorriz (2), A. Pereyra Niño (3)

Murcia

## RESUMEN

Se han controlado las «Primeras consultas» atendidas durante cinco meses en todos los Servicios sanitarios de Salud Mental y Psiquiatría Infanto-juvenil de la Región de Murcia, entre los 0 y 15 años de edad.

De los 977 casos recogidos se analizan y relacionan estadísticamente las variables: sexo, edad, residencia, procedencia, profesión del cabeza de familia y diagnóstico.

**Palabras clave:** Epidemiología psiquiátrica. Enfermedad mental infanto-juvenil.

## INTRODUCCIÓN

De los posibles acercamientos metodológicos para conocer la incidencia de la enfermedad mental infanto-juvenil en la Región de

Murcia, el que resulta más sencillo y a la vez supone una buena aproximación indicadora de la realidad, es el que se basa en la utilización de los servicios sanitarios dedicados a esta patología puesto que la realización de encuestas epidemiológicas o estudios de campo en la población desborda nuestras posibilidades.

Es cierto que el estudio basado en el uso de los recursos asistenciales posee los condicionantes debidos a los factores sociales, personales y sanitarios asociados al mismo, pero es un indicador de primera magnitud para una aproximación rigurosa al conocimiento de la incidencia de la enfermedad.

Por ser la Comunidad de Murcia uniprovincial y tener posibilidad de contactar con todos los servicios sanitarios que atienden esta patología, hemos podido abarcar todo el ámbito regional para obtener una descripción de las principales características que configuran el perfil de incidencia de las enfermedades mentales en la infancia y juventud de esta Región.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Al plantearnos este estudio prospectivo en el que tenían que participar todos los servicios y consultas de Salud Mental y Psiquiatría que atienden esta patología, decidimos limitarnos a aquellos datos que fueran sencillos y segu-

Departamento de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital General. Murcia.

(1) Jefe de Servicio de Psiquiatría.

(2) Jefe de Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

(3) Psiquiatra.

Participación a la Ponencia: «Epidemiología en Psiquiatría Infanto-Juvenil». VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona. Mayo de 1990.

ros en su recogida para conseguir la máxima fiabilidad sin producirles excesiva sobrecarga con la colaboración solicitada, proporcionando nosotros las plantillas correspondientes para su anotación.

El tiempo de control del que pudimos disponer fue el comprendido entre el 1 de octubre de 1989 al 28 de febrero de 1990, registrando todas las primeras consultas realizadas en los siguientes Servicios sanitarios:

— Dos Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, dependientes de la Consejería de Sanidad, ubicados en Murcia y Cartagena.

— Dos Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil, de la Consejería de Sanidad y de la Cruz Roja, en Murcia.

— Dos Consultas, de Psiquiatría y Psicología del Hospital General, en Murcia.

— Una Consulta de Psicología, de la Ciudad Sanitaria del Insalud, en Murcia.

— Un Servicio del Insero, en Murcia.

— Cuatro Centros de Salud Mental comarcales, de la Consejería de Sanidad, en Lorca, Caravaca, Yecla y Alcantarilla.

— Siete Consultas de Neuropsiquiatría de zona del Insalud, en Murcia. No pudimos conectar con las dos Consultas de zona de Cartagena y la de Lorca.

No incluimos en la investigación a los Equipos multiprofesionales de Educación y Ciencia que atienden los problemas escolares por ser este, aunque muy interesante, un campo muy amplio y de índole psicopedagógica que, en principio, no se considera patología mental.

Los profesionales que componen las consultas participantes en el registro de casos son: 6 paidopsiquiatras, 14 psiquiatras, 13 psicólogos, 2 ayudantes técnicos sanitarios y 2 asistentes sociales.

Datos registrados: Fueron los siguientes: 1) Mes de la consulta. 2) Sexo. 3) Edad: de 0 a 15 años, inclusive. 4) Residencia familiar. 5) Procedencia: remitentes de la consulta. 6) Profesión del cabeza de familia. 7) Diagnóstico. Queremos hacer algunas aclaraciones respecto a varios de ellos.

Residencia: aunque individualmente se re-

gistró la población y municipio correspondiente, en la elaboración estadística los integramos en las Areas Sanitarias establecidas oficialmente (1) que expresamos a continuación, indicando las poblaciones cabeceras de comarca: 1) Murcia, 2) Cartagena, 3) Lorca, 4) Noroeste (Caravaca), 5) Altiplano (Yecla), 6) Vega del Segura (Cieza), como se refleja en el Mapa de la Región.

Procedencia: Hemos hecho una relación de los principales remitentes de las consultas, de la siguiente forma: 1) Familia, 2) Médico general, 3) Pediatra, 4) Psiquiatra, 5) Hospitales, 6) Otros médicos especialistas, 7) Psicólogo y terapeuta, 8) Centros escolares, 9) Centros de Educación Especial, 10) Servicios Sociales, 11) Asociaciones y Organismos.

Profesión del cabeza de familia: Para su agrupación hemos utilizado la Clasificación Nacional de Ocupaciones (2) y se expresan en seis Clases Sociales, según una detallada propuesta que nos ha parecido válida (3) aunque hemos hecho dos modificaciones respecto a la Clase VI que comprendía los casos «mal especificados», «otros casos (Clero y Fuerzas Armadas)» y «No consta». Nos ha parecido más apropiado incluir a las Fuerzas Armadas en la Clase III y contabilizar en grupo aparte los casos en que «no consta» la profesión, quedando la Clasificación que se muestra en la Tabla I.

Diagnósticos: Para conseguir la mayor conjunción posible en este importante apartado, elaboramos una relación de diagnósticos, tras revisar las Clasificaciones internacionales: C.I.E.-9 (4), C.I.E.-10 (proyecto), D.S.M.-III (5) y D.S.M.-III-R (6), teniendo que introducir otros grupos diagnósticos que estas Clasificaciones no contemplan en sus apartados de la infancia y adolescencia. Aunque hemos especificado un total de cincuenta diagnósticos los hemos reunido en trece grandes grupos que mostramos en la Tabla II, indicando en cada uno de ellos el modelo de Clasificación que hemos adoptado. Algunos los hemos tenido que agregar posteriormente a la vista de los diagnósticos que nos han dado (Grupos XI-XII y XIII).

Valoración estadística: Hemos codificado nosotros todos los datos registrados y obtenida la estadística descriptiva de las distintas variables, mediante tablas y gráficas, analizando posteriormente la relación entre ellas según el Coeficiente de Contingencia («Chi cuadrado».)  $\chi^2$ .

## RESULTADOS

Muestra: Se han recogido un total de 977 casos que han sido las «primeras consultas» realizadas en los cinco meses controlados, siendo muy similar la distribución entre estos: Octubre: 210 (21,5 %), Noviembre: 213 (21,8 %), Diciembre: 165 (16,9 %), Enero: 196 (20 %) y Febrero: 193 (19,8 %).

Sexo: Los 977 casos se distribuyen en 599 varones (61 %) y 378 mujeres (39 %), proporción que se encuentra en todas las investigaciones semejantes y ya es algo inherente a la patología mental infanto-juvenil.

Sexo y edad: Los porcentajes de cada año de edad respecto al total de cada sexo se expresan en la Gráfica 1, observando un «pico» a los 7 y 8 años y mayor proporción de casos a partir de estas edades que en los primeros años. El grupo «N/S» se refiere a los «menores de 1 año». La relación total no es significativa ( $p < 0,2$ ).

En cuanto al sexo, en los tres primeros años hay más igualdad; de los 4 a los 7 años, mayor porcentaje de varones y desde los 8 años predominan las mujeres, lo que resulta más acentuado en la adolescencia.

Esta peculiar relación entre sexo y edad es también hallazgo habitual en las distintas investigaciones, entre las que citamos como más afines las de Bonals y cols (7), Mendiguchia (8), Pedreira (9), Fernández y cols (10).

Para operar con más facilidad hemos reunido las edades en tres grupos, abarcando cada uno cinco años y teniendo en cuenta las peculiaridades propias de cada época:

— Primera infancia y pre-escolar: De 0 a 5 años.

— Edad escolar: De 6 a 10 años.

**TABLA I**  
Clasificación de la «Clase Social» según la ocupación

Categorías	Ocupación
I	Directivos de la Administración y de las Empresas. Altos funcionarios. Profesionales liberales. Técnicos superiores.
II	Directivos y propietarios-gerentes del comercio y servicios personales. Otros técnicos. Artistas y deportistas.
III	Cuadros y mandos intermedios. Administrativos y funcionarios en general. Personal de los servicios de protección y seguridad. «Fuerzas Armadas».
IV a)	Trabajadores manuales cualificados de la industria, comercio y servicios. Idem. del sector primario.
IV b)	Trabajadores manuales semicualificados de la industria, comercio y servicios. Idem. del sector primario.
V	Trabajadores no cualificados.
VI	Otros casos. Mal especificados.
0	No consta la profesión.

— Pre y Adolescencia: De 11 a 15 años.

Los porcentajes correspondientes a estos grupos se muestran en la Gráfica 2, donde se aprecia más claramente el incremento de casos en las edades centrales y la variación respecto al sexo, según hemos indicado antes.

Residencia: áreas sanitarias: Como dato de referencia diremos que la población total de la Región de Murcia, según el Padrón Municipal de 1986 (11) es la siguiente:

— Varones: 495.779 (49,25 %).

— Mujeres: 511.009 (50,75 %).

— Total: 1.006.788 (100 %).

Pero a nosotros nos interesa comparar nuestra población enferma con la existente en la Región del mismo margen de edad, es decir de 0 a 15 años, lo que obtenemos de dicho Padrón a partir de la población dada para cada año de edad y para cada municipio, obteniendo la correspondiente a las Areas Sanitarias, exponiendo todo ello en la Tabla III. De estos datos deducimos que la población joven (280.588) supone el 27,86 % de la total (1.006.788).

**TABLA II**  
**Categorías diagnósticas**

Grupo I	Retraso mental (Coinciden todas las Clasificaciones). 1) Leve. 2) Moderado. 3) Grave. 4) Profundo. 5) Nivel Límite. 6) Sin especificar.
Grupo II	Trastornos generalizados del desarrollo (C.I.E.-10). 1) Autismo infantil. 2) Psicosis o Trastorno desintegrativo. 3) Esquizofrenia. (Adolescencia). 4) Disarmonía evolutiva.
Grupo III	Trastornos específicos del desarrollo (D.S.M.-III-R; C.I.E.-10). 1) Trastornos de las habilidades académicas. 2) Tr. del lenguaje y habla. 3) Tr. de las habilidades motoras. 4) Tr. mixtos. 5) Tr.-sensoriales.
Grupo IV	Trastornos por conductas perturbadoras (D.S.M.-III-R). 1) Tr. por déficit de atención con hiperactividad (Síndrome hiperactivo). 2) Tr. de conducta o del comportamiento. 3) Tr. de las relaciones intrafamiliares.
Grupo V	Trastornos por ansiedad o emocionales (D.S.M.-III-R; C.I.E.-10). 1) Tr. por tics. 2) Tr. de la eliminación. 3) Tr. de la conducta alimentaria. 4) Trastor. del sueño. 5) Estereotipias o hábitos motores. 6) Tartamudeo o espasmodia. 7) Tr. de rivalidad entre hermanos. 8) Mutismo selectivo. 9) Tr. de ansiedad: angustia de separación; evitación; reactivo de la vinculación; ansiedad excesiva.
Grupo VI	Trastornos psicósomáticos (D.S.M.-III-R. Adultos). 1) Digestivos. 2) Circulatorios. 3) Respiratorios. 4) Dermato. 5) Cefaleas. 6) Otros.
Grupo VII	Trastornos neuróticos. 1) Tr. histérico. 2) Tr. fóbico. 3) Tr. obsesivo-compulsivo.
Grupo VIII	Trastornos del estado de ánimo (D.S.M.-III-R. Adultos). 1) Tr. depresivo. 2) Tr. maníaco. 3) Tr. bipolar. 4) Distimias.
Grupo IX	Trastornos de adaptación escolar. 1) Fobia escolar. 2) Rechazo escolar.
Grupo X	Trastornos de la identidad sexual (D.S.M.-III-R).
Grupo XI	Drogodependencias.
Grupo XII	Factores no atribuibles a enfermedad mental (D.S.M.-III).
Grupo XIII	Epilepsia y síndromes convulsivos.

En la Gráfica 3 mostramos los respectivos porcentajes por sexos de la población total joven y nuestra muestra, apreciando mayor proporción de varones enfermos (61,3 %) que la correspondiente a la de varones de la población general (51,4 %).

También hemos obtenido las Tasas por mil de incidencia de la enfermedad en la población total de 0 a 15 años, según los hallazgos de nuestro estudio en los cinco meses, que se expresan en la misma Gráfica 3, sobre la columna correspondiente. (Varones: 4,15 por mil. Mujeres: 2,77 por mil. Total: 3,48 por mil).

Para una mejor valoración de las Tasas de enfermedad, a partir de estos datos de cinco meses, hemos hecho el cálculo de lo que correspondería a un año y aunque tenga un valor aproximado sería: Varones: 9,96 por mil. Mujeres: 6,65 por mil. Total: 8,35 por mil. A lo largo de cuatro años de control de casos, Pedreira (9) da cifras de incidencia anual entre 6,5 y 7,4 por mil.

También de los datos de la Tabla III y para valorar adecuadamente el peso de la población enferma en cada Area Sanitaria, hemos obtenido las Tasas por mil correspondientes a los cinco meses que mostramos en la Gráfica 4.

Vemos que, respecto a las tasas regionales, están aumentadas las del Area de Murcia y Noroeste estando las restantes más igualadas. El incremento de Murcia puede explicarse por la mayor oferta de servicios asistenciales y el más fácil acceso a ellos. Es más sorprendente la alta tasa de varones del Noroeste (Caravaca) que también se expresa en los datos correspondientes a todo el año 1989 (12) de la consulta del Centro de Salud Mental, llegando a una proporción del 68 % de varones que viene influido por los diagnósticos de «trastornos esfinterianos» y «de lenguaje», debido a la especialización infantil de un profesional del Centro. La relación total no es significativa ( $p < 0,2$ ).

Procedencia: En la Gráfica 5 expresamos los porcentajes de los distintos remitentes de las consultas, con predominio del Médico general (37,15 %), lo que indica cómo la derivación de los problemas de salud mental infanto-

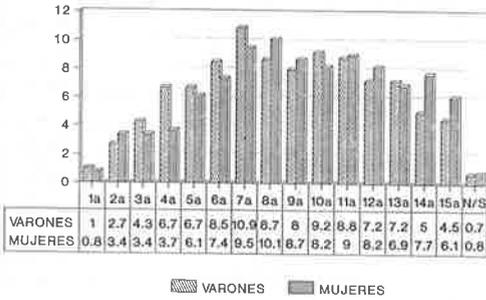


1 Abanilla	10 Beniel	19 Cieza	28 Moratalla	37 Santomera
2 Abarán	11 Blanca	20 Fortuna	29 Mula	38 Torre Pacheco
3 Aguilas	12 Bullas	21 Fuente Alamo	30 Murcia	39 Las Torres de Cotillas
4 Albudeite	13 Calasparra	22 Jumilla	31 Ojós	40 Totana
5 Alcantarilla	14 Campos del Río	23 Librilla	32 Pliego	41 Ulea
6 Aledo	15 Caravaca de la Cruz	24 Lorca	33 Puerto Lumbreras	42 La Unión
7 Alguazas	16 Cartagena	25 Lorquí	34 Ricote	43 Villanueva Río Segura
8 Alhama de Murcia	17 Cehegín	26 Mazarrón	35 San Javier	44 Yecla
9 Archena	18 Ceutí	27 Molina de Segura	36 San Pedro del Pinatar	45 Los Alcázares

juvenil se van haciendo más adecuadamente. Sigue siendo elevada la solicitud de la propia familia (23,44 %) y en mucha menor proporción las demás.

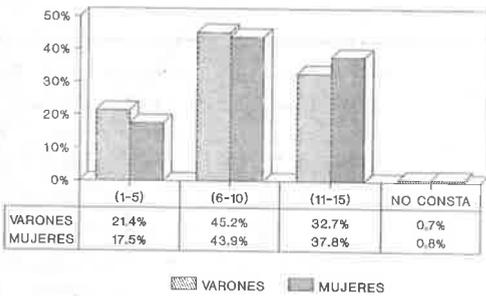
Este aumento de los médicos de atención primaria a lo largo de los últimos años, la disminución de la petición familiar y la gran diferencia con los demás derivantes se aprecia

**DISTR. POR SEXO Y AÑO DE EDAD PORCENTAJES**



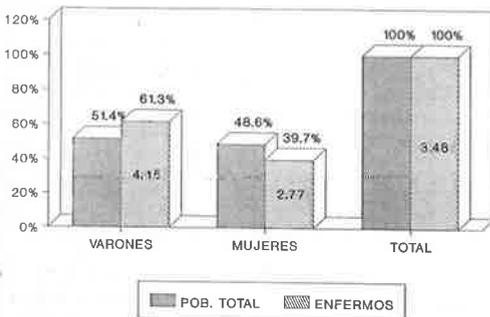
Gráfica 1

**DISTR. POR SEXO Y EDAD ESCOLAR PORCENTAJES**



Gráfica 2

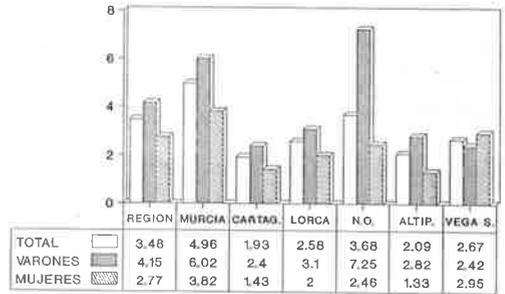
**COMPARACION P. ENFERMA/NORMAL MARGEN 0 - 15 AÑOS**



**% Y TASAS DE INCIDENCIA/100 EN 5 MESES**

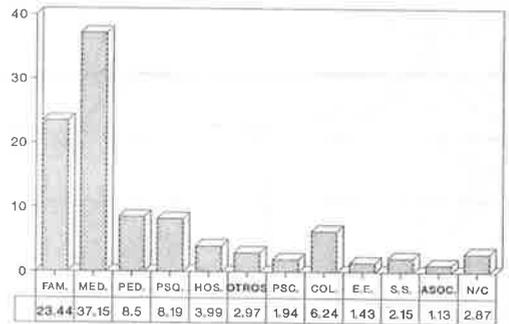
Gráfica 3

**DIST. ENFERMEDAD MENTAL SEGUN AREAS SANITARIAS**



Gráfica 4

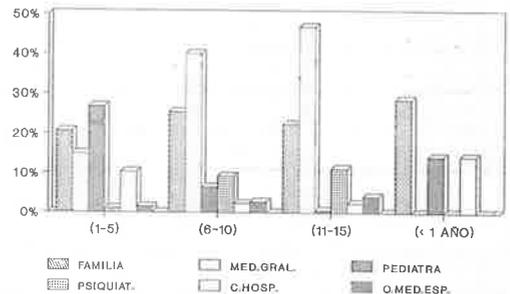
**DISTRIBUCION SEGUN PROCEDENCIA**



**PORCENTAJES**

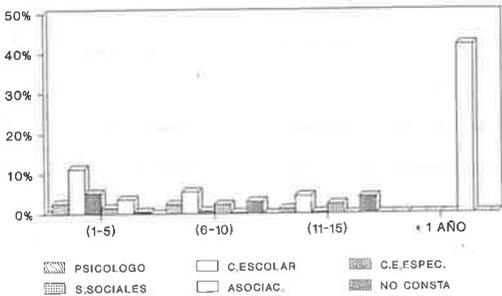
Gráfica 5

**DIST. S/PROCEDENCIA Y GRUPOS DE EDAD PORCENTAJES**



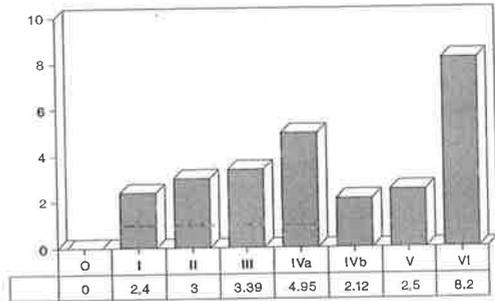
Gráfica 6

**DIST. S/PROCEDENCIA Y GRUPOS DE EDAD PORCENTAJES**



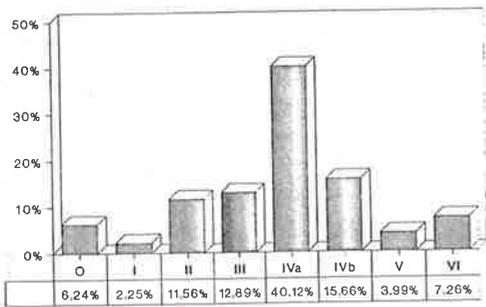
Gráfica 7

**DISTRIBUCION SEGUN PROFESION TASAS**



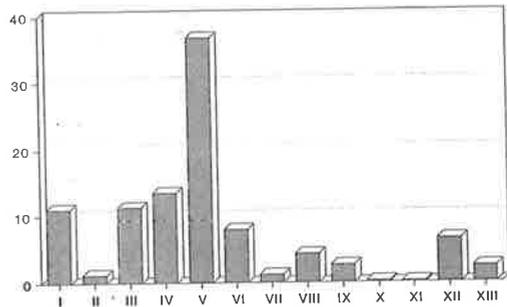
Gráfica 10

**DISTRIBUCION SEGUN PROFESION PORCENTAJES**



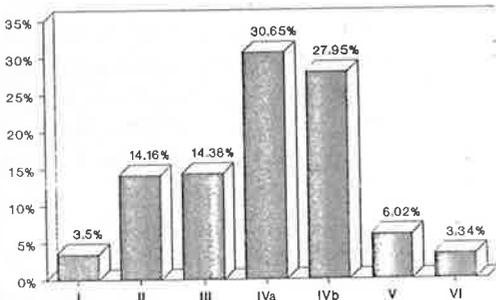
Gráfica 8

**DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS PORCENTAJES**



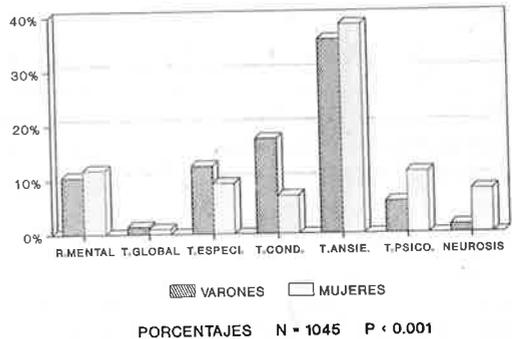
Gráfica 11

**DIST. POBLACION MURCIA S/PROFESION PADRON 1986**



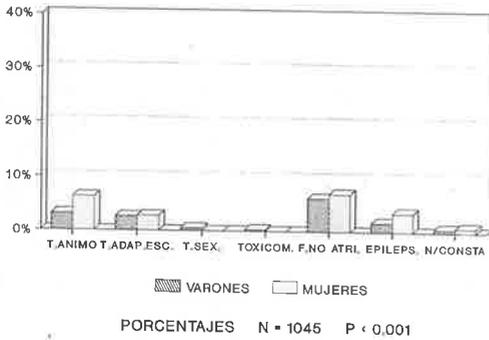
Gráfica 9

**DIST. G. DIAGNOSTICOS SEGUN SEXO PRIMERA SERIE**



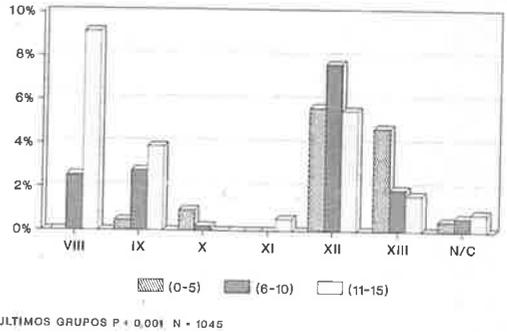
Gráfica 12

**DIST. G. DIAGNOSTICOS SEGUN SEXO SEGUNDA SERIE**



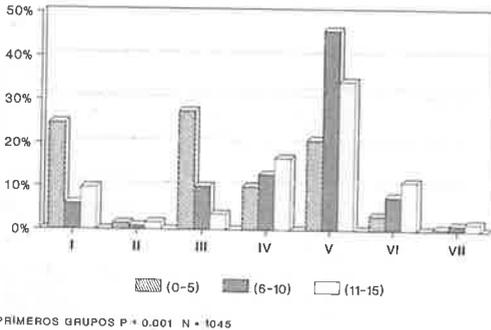
Gráfica 13

**G. DIAGNOSTICOS/G. EDAD PORCENTAJES**



Gráfica 15

**G. DIAGNOSTICOS/G. EDAD PORCENTAJES**



Gráfica 14

también en otras investigaciones, así en Asturias desde 1981 a 1986 (13) y en otros varios Centros, indicado por C. Bayo (14).

Es muy significativa ( $p < 0,001$ ) la relación entre procedencia y edad, como es lógico y se manifiesta en las Gráficas 6 y 7. De 0 a 5 años predomina el pediatra, la familia, Centros hospitalarios y Asociaciones. De 6 a 10 años destaca el médico general, seguido de la familia y empieza a figurar el psiquiatra, siendo éstos también los derivantes más influyentes en la etapa de la adolescencia.

Vemos cómo la familia mantiene una proporción semejante en todas las edades. Los demás remitentes son poco significativos. También esta relación entre procedencia y edad se hace patente en otros trabajos (7).

**Profesión:** Las profesiones de los cabezas de familia de nuestra muestra, agrupados en las Clases Sociales antes indicadas, se encuentran según los porcentajes expresados en la Gráfica 8, en la que vemos destacada la Clase IV y sobre todo el subgrupo IV a (trabajadores manuales cualificados) seguida por la III y la II.

Pero esta proporción de las profesiones no nos indica el verdadero valor que su presencia tiene si no lo referimos a la distribución de las distintas Clases sociales en la población general de Murcia, pero son datos que no hemos podido encontrar como tales sino a partir de la relación de profesiones de la «clase activa» de ambos sexos, según la Clasificación Nacional de Ocupaciones en el Padrón Municipal de 1986 (11) que asciende en la Región de Murcia a un total de 258.013, descontados los miembros del clero que son 566.

A partir de estos datos hemos determinado el total de cada Clase Social cuando las ocupaciones estaban bien individualizadas pero hay casos en que un grupo comprende ocupaciones pertenecientes a dos Clases sociales, resultando la distribución que muestra la Tabla IV.

Para conseguir una estimación lo más aproximada posible a la realidad de cada Clase social, hemos subdividido los grupos compuestos en la misma proporción que se dan ambas Clases según los datos directos expresados en

**TABLA III**  
**Población general y enferma de la región de Murcia y áreas sanitarias (0-15 años)**

Áreas	Población general			Población enferma		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1) Murcia	107.055	55.081	51.974	531	332	199
2) Cartagena	69.211	35.816	33.395	134	86	48
3) Lorca	32.128	16.442	15.686	83	51	32
4) Noroeste	16.537	8.412	8.125	61	41	20
5) Altiplano	13.837	7.071	6.766	29	20	9
6) Vega Segura	41.820	21.487	20.333	112	52	60
Región	280.588	144.309	136.279	977	599	378

**TABLA IV**  
**«Clases Sociales» de Murcia según padrón de 1986**

Clase social	Población activa
I	5.433
II	20.992
III	37.100
IV a)	58.264
IV b)	50.194
V	15.542
VI	8.610
I y II	17.479
II y IV b)	5.659
IV a) y IV b)	38.740
Total	258.013

**TABLA V**  
**Estimación de «Clases Sociales» en Murcia**

Clase social	Población activa	Porcentajes
I	9.027	3,5
II	36.546	14,16
III	37.100	14,38
IV a)	79.075	30,65
IV b)	72.113	27,95
V	15.542	6,02
VI	8.610	3,34
Total	258.013	100

dicha Tabla IV, obteniendo los valores y porcentajes de la Tabla V que, aunque son estimativos, creemos son fiel expresión de la distribución de las distintas Clases Sociales en la Región de Murcia y en la población española

en general, lo que representamos en la Gráfica 9, donde vemos el predominio de la Clase IV, estando casi igualados los subgrupos IV a y IV b, seguidos por la III y II y en menor cuantía los restantes, si bien se aprecian proporciones distintas a las encontradas en nuestra muestra.

Por lo que para valorar ésta adecuadamente, hemos hallado las Tasas por mil de cada Clase Social respecto a las de Murcia (Tabla V), cuyos valores expresamos en la Gráfica 10 y entonces vemos cómo varía el peso de las distintas Clases sociales, destacando en gran manera la Clase VI (a pesar de que la habíamos reducido a: «Otros casos» y «Mal especificados»), seguida de la IV a, III, II, V, I y IV b.

No podemos valorar el significado de estas diferencias en la muestra y no se puede pensar que la clase social influya como factor etiopatogénico de la enfermedad, tal vez se pueda presumir sea un factor determinante de una mayor demanda y utilización de los recursos asistenciales, aunque tendremos que profundizar en ello.

Diagnósticos: Hemos estudiado la distribución de los grandes grupos diagnósticos, incluyendo los 68 casos que los tienen doble, lo que hace un total de 1.045 diagnósticos, cuyos porcentajes expresamos en la Gráfica 11, viendo que la mayor proporción (36,75 %) corresponde a los Trastornos de ansiedad (Grupo V), seguido de lejos por los Trastornos de conducta (Grupo IV-13,5 %), Trastornos específicos del desarrollo (III-11,3 %), Retraso Mental (I-11,1 %) y Trastornos psicósomáticos

(VI-7,95 %) y en menor proporción los restantes.

Son también estos principales diagnósticos los que destacan como prevalencia más importante en la infancia en el «Informe 613 de la O.M.S.» (15). También coincide con el trabajo de Mendiguchia en la revisión de casos atendidos entre los años 1972 a 1981 (16); así como el de Bayo (14) y Conell (17).

**Diagnóstico y Sexo:** Es muy significativa esta relación ( $p < 0,001$ ), siendo las diferencias más acusadas el predominio en los varones de los Trastornos de conducta y Trastornos específicos del desarrollo, como también se indica en el Informe 613 de la O.M.S. (15). En las mujeres es mayor la frecuencia de Trastornos psicósomáticos, Trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, Neurosis, Retraso mental y Epilepsia, lo que también encontramos en nuestro anterior trabajo (10). Todo ello lo mostramos en las Gráficas 12 y 13.

**Diagnóstico y Edad:** Es también muy significativa esta relación ( $p < 0,001$ ), cuyos porcentajes mostramos en las Gráficas 14 y 15.

En los primeros años (0 a 5) predominan los Trastornos específicos del desarrollo (III-27,37 %), el Retraso mental (I-24,54 %) y Trastornos de ansiedad (V-20-76 %). En la edad escolar (6-10) casi la mitad son Trastornos de ansiedad (V-45,92 %), seguidos de lejos por los Trastornos de conducta (IV-12,73 %) y en menor proporción los demás diagnósticos, por debajo del 10 %. En la pre y adolescencia (11 a 15) también dominan, en una tercera parte, los Trastornos de ansiedad (V-34,25 %), seguidos por los Trastornos de conducta (IV-16,59 %) y los Trastornos psicósomáticos (VI-11,06 %). Estos resultados son, en parte, coincidentes con los de Bonals y cols (7).

Queremos detallar y comentar los resultados de algunos diagnósticos específicos englobados en cada Grupo general, según la Clasificación que elaboramos (Tabla II). Los porcentajes indicados no son acumulativos, sino comparativos, pues corresponden a los de cada diagnóstico respecto al total de su grupo y dentro del intervalo de edad aludido.

En el Grupo del Retraso Mental predomina el grado Ligero (58,5 %) que se diagnostica en mayor proporción en la adolescencia (62,5 %) y primer grupo de edad (60 %) y algo menos en la edad escolar (50 %). Los grados Moderado (13,8 %) y Grave (7,4 %) destacan en el primero y segundo grupos de edad. Y el nivel Límite (12 %) más en la edad escolar.

Los trece casos de Trastornos Generalizados del Desarrollo están integrados por cinco Psicosis desintegrativas, cuatro Autismos, tres Esquizofrenias de la adolescencia y una Disarmonía evolutiva, distribuidos casi por igual en las distintas edades.

Entre los Trastornos Específicos del Desarrollo destacan los del Lenguaje (58,4 %) que se diagnostican primordialmente en los primeros años (79 %), importancia que se destaca en la investigación de Cohen y cols (18). Le siguen los Trastornos de las habilidades académicas (26 %), más presentes en el tercer grupo de edad (75 %) que en el segundo (44 %). Es lamentable que estas perturbaciones se detecten todavía en tan alta proporción en la adolescencia. Los restantes subgrupos son poco representativos.

Los Trastornos por Conductas Perturbadoras están integrados en su mayoría (72 %) por Trastornos de conducta, propiamente dicha, que predomina entre los 11 y 15 años (85 %), seguidos por el primer grupo de edad (76 %) y en menor proporción por el segundo (58 %). Recordemos las investigaciones de Weisz (19), Doan (20) y Morrison (21). El resto (23 %) está determinado por el Síndrome hiperkinético que se diagnostica más en la edad escolar (34 %), primeros años (23 %) y menos en la adolescencia (10 %), como queda patente en la investigación de Gillberg (22) y Schmidt (23). Hay seis casos de Trastornos en las relaciones intrafamiliares.

Los Trastornos de Ansiedad o Emocionales están constituidos en casi la mitad de los casos (46 %) por los Trastornos esfinterianos, más frecuentes en el segundo (52 %) y tercer grupo de edad (42 %), como es de esperar y menos en el primero (35 %). Los Trastornos

de ansiedad, propiamente dichos, (21 %) tienen como orden de frecuencia la adolescencia, primeras edades y edad escolar. Los Trastornos del sueño (11 %) se distribuyen por igual en los dos primeros grupos de edad y algo menos en el tercero. Los Trastornos de la conducta alimentaria suponen el 6 % del grupo, con mayor presencia en los primeros años de vida y disminuyendo progresivamente al avanzar la edad. Los Tics representan un 5 del grupo, con predominio en la adolescencia y disminuyendo con la edad. En menor proporción se encuentran los restantes Trastornos de ansiedad: Mutismo selectivo y Rivalidad entre hermanos (3 %), Tartamudez y Hábitos motores.

Entre los Trastornos Psicosomáticos destacan las Cefaleas (62 %), más frecuentes en la adolescencia (66 %) y edad escolar (63 %). En escasa proporción se encuentran los Digestivos (15 %), Circulatorios (12 %), 1 Dermatológico y 7 casos sin especificar.

Hay 12 casos de Trastornos Neuróticos, de los que la mitad son Fóbicos, 4 Obsesivo-compulsivos y 2 Histéricos.

Los Trastornos del Estado de Ánimo están constituidos en su mayoría por Síndrome depresivo (81 %), predominando en la adolescencia. Hay 6 casos de Distimias y 2 Maníacos.

Los Trastornos de Adaptación Escolar son, en su mayoría, Rechazos escolares (81 %) y el resto Fobia escolar, repartidos casi por igual entre el tercero y segundo grupos de edad.

Sólo hay 3 casos de Trastornos Sexuales y 2 de Drogodependencias.

Las Epilepsias y Crisis convulsivas predominan en los primeros años.

Del grupo diagnóstico que nos han dado como Factores no Atribuibles a Enfermedad Mental no podemos dar ningún detalle.

En 7 casos del total «no constaba» el diagnóstico, lo que creemos es una buena expresión del gran interés que ha habido por parte de todos los profesionales en cumplimentar adecuadamente nuestra solicitud.

Para tener una visión global de la importancia de los diagnósticos específicos más carac-

terísticos, indicaremos los porcentajes de cada uno de ellos respecto al total de los 977 casos.

El primer lugar lo ocupan los Trastornos Esfinterianos (17 %), seguidos por los Trastornos de Conducta (10 %), Trastornos de Ansiedad (7,6 %), Retraso Mental Ligero (6,4 %), Trastornos del desarrollo del lenguaje (6,3 %), Cefaleas (5 %), Trastornos del Sueño (4 %), Síndrome Depresivo (3,3 %), Síndrome Hipercinético (3 %), Trastornos de las Habilidades Académicas (2,8 %), Síndromes Convulsivos (2,4 %), Retraso Mental Moderado y Grave (2,3 %) y Trastornos alimenticios (2 %). Con porcentajes decrecientes los restantes.

Queremos destacar algunos de los resultados obtenidos en otros estudios comparables de nuestra Región, cuyos diagnósticos más frecuentes son los mismos pero con porcentajes distintos. En nuestra revisión de 1987 (10) sobre 500 casos de un sólo Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil, encontrábamos porcentajes más altos para los Trastornos Esfinterianos (31 %), Trastornos de Conducta (29 %), Tics (15 %), Trastornos de Ansiedad (14 %), Síndrome Hipercinético (13 %), Trastornos alimenticios (8 %), Trastornos Generalizados del Desarrollo (6 %), Trastornos del Sueño y Neurosis (5 %). En los Trastornos Específicos del Desarrollo, globalmente, obteníamos un 36 % frente al 11 % del estudio actual. Creemos que aquellos porcentajes más altos se debían a ser entonces aquel Servicio (años 1981-86) el más especializado de la Región en patología psiquiátrica infanto-juvenil.

Más próximos y comparables pueden ser los resultados que se recogen en la Memoria de la Consejería de Sanidad de 1989 (12) de los dos Centros de Salud Mental Infanto-juvenil y tres Centros de Salud Mental comarcales, dependientes de ella, en los que se vieron un total de 892 «primeras consultas», siendo los porcentajes de los principales diagnósticos los siguientes: Trastornos Esfinterianos y otras manifestaciones somáticas (30 %), Ansiedad infantil (11 %), Retraso Mental y Trastornos de Conducta (5 %), Trastornos Afectivos (4 %) y Trastornos Específicos del Desarrollo

(3,6 %). Destacando los grupos «Factores no atribuibles a enfermedad mental» (15 %) y «Sin diagnóstico psiquiátrico» (6 %).

Podemos deducir que, al abarcar el estudio actual todas las consultas especializadas de la Región, de muy diferentes características, se obtiene una amplia gama de diagnósticos, reduciéndose los porcentajes correspondientes.

Aunque no lo expresamos gráfica y numéricamente, queremos comentar otros resultados obtenidos respecto a los Grupos Diagnósticos.

**Diagnóstico y Areas Sanitarias:** Destacan de forma significativa sobre los porcentajes globales de la Región, los valores más altos del Retraso Mental en Cartagena e inferiores en Noroeste y Altiplano, mientras que en estas dos comarcas hay mayor proporción de Trastornos Generalizados del Desarrollo y Trastornos de Ansiedad. En la Vega del Segura hay mayor proporción de Trastornos Específicos del Desarrollo y del Estado de Animo. Los Trastornos de Conducta se dan más en Lorca y menos en Altiplano. Y los Trastornos Psicósomáticos más en Murcia y menos en Lorca y Altiplano.

**Diagnóstico y Procedencia:** Es muy significativa esta relación ( $p < 0,000001$ ). El Retraso Mental lo envían los centros de educación especial y asociaciones, otros especialistas y centros escolares. Los Trastornos Generalizados del Desarrollo, más los hospitales. Los Trastornos Específicos del Desarrollo, más las asociaciones, hospitales y colegios y menos los psiquiatras. Los Trastornos de Conducta, son enviados más por los servicios sociales, psiquiatras y colegios. Mientras que los Trastornos de Ansiedad acuden a través de la familia y médico general. Los Trastornos Psicósomáticos y Convulsivos, más enviados por médico general, mientras que los psiquiatras remiten más los Trastornos del Estado de Animo. El grupo diagnóstico como Factores no atribuibles a Enfermedad Mental procede en su mayoría de los pediatras.

**Diagnóstico y Profesión:** Es también muy significativa esta relación ( $p < 0,00001$ ). El Retraso Mental se encuentra más en las Clases

V y IV b, ningún caso en la I. Los Trastornos Específicos del Desarrollo, más en las Clases I y V y menos en la VI. Los Trastornos de Conducta y del Estado de Animo predominan en la Clase VI y los Trastornos de Ansiedad destacan en las Clases I y II y son escasos en la Clase V.

## CONCLUSIONES

Por la extensión del trabajo y no considerar concluida esta investigación, no vamos a resumir los principales resultados obtenidos y expuestos. Sí queremos insistir, como consecuencia de la revisión bibliográfica efectuada, en la dificultad de poder comparar resultados entre las distintas investigaciones por la disparidad de poblaciones estudiadas, métodos aplicados y diversidad de diagnósticos.

Hemos comprobado, dentro del análisis de la demanda y atención sanitaria, cómo las características y especialización de los servicios sanitarios estudiados, modifican en gran manera la proporción de los diagnósticos realizados, pero ocupan siempre los primeros lugares los Trastornos Esfinterianos, Trastornos de Ansiedad, Trastornos de Conducta, Retraso Mental y trastornos Específicos del Desarrollo.

Creemos que el principal interés de nuestra investigación es el haber abarcado el ámbito regional y prácticamente todos los Servicios sanitarios públicos, lo que nos ha permitido obtener una visión más amplia y diversificada de la distribución y peculiaridades de la enfermedad mental infanto-juvenil en la Región de Murcia.

## AGRADECIMIENTO

A todos los profesionales que han colaborado en la recogida de los datos para esta investigación, por su importante e imprescindible colaboración.

A los Profesores J. Rodríguez Sacristán (Sevilla) y P. Maset Campos (Murcia) por el va-

lioso asesoramiento y orientación que siempre nos han proporcionado y especialmente en esta investigación.

## Bibliografía

1. Bases para un plan de transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la salud mental en la Región de Murcia. Consejería de Sanidad, 1988.
2. Instituto Nacional de Estadística. Clasificación Nacional de Ocupaciones. Madrid: I.N.E., 1979.
3. DOMINGO, A., MARCOS, J.: *Propuesta de un indicador de la «clase social» basado en la ocupación*. Gaceta Sanitaria, n. 10, vol. 3: 320=326.
4. Clasificación Internacional de Enfermedades. Revisión 1975. 9ª Revisión. Publicación Científica n.º 353. Organización Panamericana de la Salud: 1978; 17-60.
5. D.S.M.-III.: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S.A. Barcelona, 1983.
6. D.S.M. III-R.: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S.A. Barcelona, 1988.
7. BONALS, A., VELILLA, J.M., MIRAVETE, P.: *Epidemiología y edad en Psiquiatría Infantojuvenil*. Mes Redonda. Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona, 1987 (Del original).
8. MENDIGUCHIA, F.J.: *Estudio de seguimiento de niños asistidos en una consulta de Psiquiatría Infantil*. Rev. Neur. Psiq. Inf. n.º 8, 1986; II: 113-140.
9. PEDREIRA, J.L.: *Análisis de la demanda de salud mental infanto-juvenil en una asistencia territorializada en Asturias*. Tesis doctoral, Sevilla, 1989.
10. FERNANDEZ, A., GOMEZ-FERRER, C., SANCHEZ, J.: *Factor edad en Psiquiatría Infanto-juvenil*. Mesa Redonda. Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona, 1987 (Del original).
11. Padrón Municipal de habitantes. Centro Regional de Estadística de Murcia, 1986.
12. Memoria 1989. Consejería de Sanidad. Serie Informes 3. Murcia: 1990; 229-238.
13. TEN, G.H., PEDREIRA, J.L.: *Epidemiología y registro de casos en Salud Mental Infanto-Juvenil*. Rev. Asoc. Esp. Neurop. VIII, 1988; 26: 373-390.
14. BAYO, C.: *Problemas de salud mental infanto-juvenil. Trabajo con pediatras*. R.A.E.N. VIII, 1988; 27: 702-705.
15. Salud Mental y desarrollo psicosocial del niño. O.M.S. Serie de Informes Técnicos n.º 613. Ginebra, 1977.
16. MENDIGUCHIA, F.J.: *Historia de una transformación*. Rev. Neur. Psiq. Inf. n.º 4, 1984; II: 7-20.
17. CONNELL, H.M.: *Essentials of Child Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, 1985.
18. COHEN, N.J., DAVINE, M., MELOCHE-KELLY, M.: *Prevalence of unsuspected Language Disorders in a Child Psychiatric Population*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1989; 28, 1: 107-111.
19. WEISZ, J.R., SUWANLERT, S., CHAIYASIT, W., WEISS, B., ACHENBACH, Th. M., TREVATHAN, D.: *Epidemiology of Behavioral and Emotional Problems among Thai and American Children: Teacher Reports for Ages 6-11*. J. Child. Psychol. Psychiat. vol 30, 1989; 3: 471-484.
20. DOAN, R.J., PETTI, Th. A.: *Clinical and Demographic Characteristics of Child and Adolescent Partial Hospital Patients*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1989; 28, 1: 66-69.
21. MORRISON, D., MANTZICOPPOULOS, P., CARTE, A.: *Preacademic Screening for Learning and Behavior Problems*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1989; 28, 1: 101-106.
22. GILLBERG, CH., RASMUSSEN, P., CARLSTOM, G., SVENSON, B., WALDENSTROMIE.: *Perceptual, Motor and Attentional Deficits in Six-Year-Old Children. Epidemiological aspects*. J. Child Psychol. Psychia. vol. 23, 1982; 2: 131-144.
23. SCHMIDT, M.H., ESSER, G., ALLEHOFF, W., GEISEL, B., LAUCHT, M., WOERNER, W.: *Evaluation the significance of Minimal Brain Dysfunction-RESULTS OF AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY*. J. Child Psychol. Psychiat. vol. 28, 1987; 6: 803-821.

# Aspectos psicopatológicos de las alopecias en el niño y en el adolescente

A. Bonals Pi, J.M. Velilla Picazo, M.T. Alcalde Lapiedra

Zaragoza

## RESUMEN

Los autores analizan 28 casos de alopecia areata administrando el cuestionario de EY-SENCK (EPQ-J), cuestionario de adaptación para adolescentes de Bell y el test de apreciación temática (TAT o CAT-H), elaborando un estudio descriptivo en cuanto al perfil psicopatológico de los niños con alopecia.

**Palabras clave:** Alopecia. Cuestionarios. Perfil psicopatológico.

## INTRODUCCIÓN

La alopecia es la caída del cabello, pudiendo ocurrir en las distintas fases del ciclo fisiológico del pelo y adoptar distintas formas en cuanto a su modo de comienzo y extensión.

Lo que es evidente es que la pérdida del pelo del cuero cabelludo, o más aún de todo el cuerpo en la alopecia universal va a tener un impacto psíquico importante, con repercusiones individuales y también sociales, ya que la percepción visual de la alopecia puede desencadenar en el entorno diversos sentimientos que pueden llegar a la aversión o al rechazo.

denar en el entorno diversos sentimientos que pueden llegar a la aversión o al rechazo.

Siguiendo la clasificación más difundida de las alopecias, en concreto en la alopecia areata y en la alopecia telógena, parece evidente que factores psicológicos, choques emocionales o situaciones estresantes pueden actuar como factores desencadenantes.

Si para algunos autores como Ajuriaguerra, esto sería incuestionable, llegando a hablar de «peladas emocionales», o incluso otros como Juon, M. que se muestra a favor de la existencia de una verdadera «personalidad peládica», parece ser que en la actualidad es a través de la inmunología por donde se perfilan algunas respuestas a una etiología desconocida.

El factor edad también intervendría en la alopecia condicionando uno u otro tipo, de tal forma que la alopecia areata atópica (Ikeda) va a comenzar en la infancia, la alopecia areata de tipo idiopático o común es más frecuente en la juventud, y la alopecia areata autoinmune va a darse después de los cuarenta años. Así mismo Goga, D. y Vaillant, T. hablan de las «formas de pelada del adolescente».

En la práctica clínica diaria nos encontramos con el hecho de que una serie de niños y adolescentes nos son remitidos a la consulta de Psiquiatría Infanto-juvenil con el diagnóstico de «alopecia», si bien es verdad que

en la mayoría de ellos da la impresión de ser una petición de colaboración cuando otros recursos terapéuticos dermatológicos, endocrinos, etc, no han tenido el efecto deseado. Bien por esta razón o porque el desencadenante emocional es evidente, debemos hacer frente a un problema de solución compleja.

En el presente trabajo hemos querido recoger nuestra experiencia en niños y adolescentes alopecicos que han sido estudiados y tratados en la consulta de Psiquiatría Infantojuvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, si bien al querer contrastarla nos hemos encontrado con la dificultad que supone una escasa bibliografía científica sobre el tema.

## MATERIAL Y MÉTODOS

De un total de 7.496 historias clínicas han sido 28 los casos que se nos han remitido por alopecia, lo que supone un 0,37 %.

En este grupo de pacientes hemos investigado una serie de variables, como la edad, el sexo, la fratría, la procedencia, la existencia de problemática familiar o escolar y los antece-

dentos psicopatológicos personales y familiares.

En cuanto al estudio psicológico hacemos referencia a los resultados de pruebas psicométricas y de otras como cuestionarios y tests proyectivos. En concreto, el cuestionario caracterológico de Eysenck (E.P.Q.-J), el cuestionario de adaptación para adolescentes de Bell, y el test de apercepción temática T.A.T. o C.A.T.-H, según la edad de los pacientes.

Asimismo hemos recogido los datos relativos a la clínica (motivo de la consulta, forma de comienzo y diagnóstico), al tratamiento y a la evolución.

Con todo ello hemos pretendido hacer un estudio descriptivo de este grupo de 28 pacientes para aproximarnos, en la medida de lo posible, al perfil psicopatológico del niño y adolescente alopecicos.

## RESULTADOS Y COMENTARIOS

En los resultados obtenidos del estudio de estos 28 pacientes se observa, en primer lugar, la distribución por edades (Gráfico 1). Los ni-

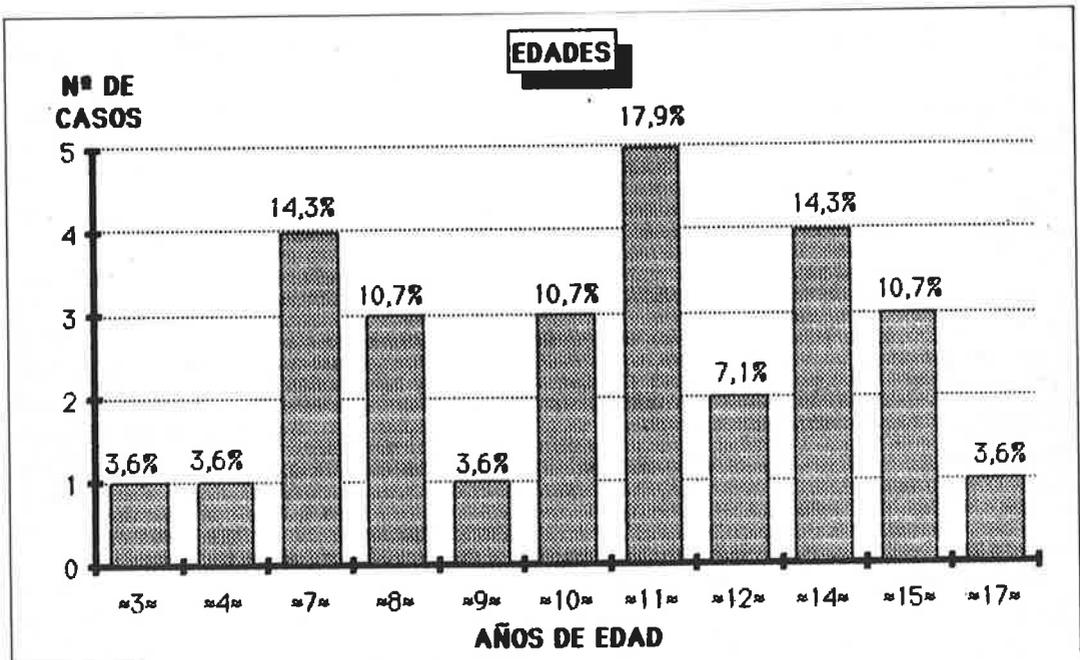


Gráfico 1.

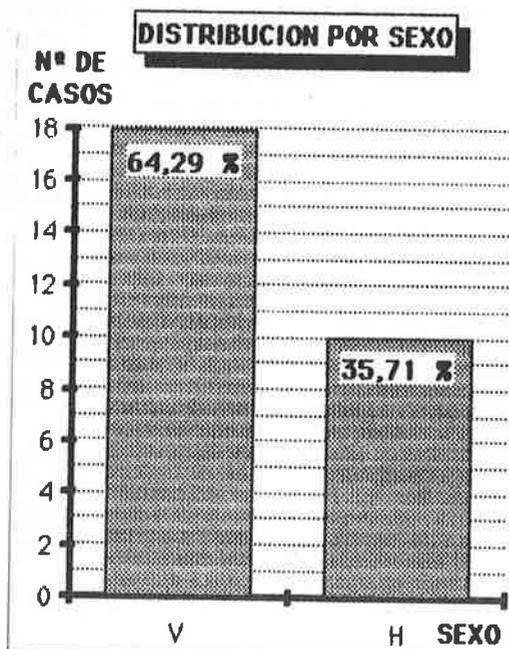


Gráfico 2.

ños estudiados están comprendidos entre los 3 y los 17 años de edad, predominando los niños en edad escolar, es decir, los comprendidos entre los 7 y los 12 años.

Del grupo de adolescentes comenzó a presentarse la alopecia en 5 casos a partir de la pubertad. Por lo tanto en 23 pacientes de los 28 se ha iniciado el problema en la infancia, lo cual hace pensar que el factor hormonal no ha tenido mucha influencia en la etiología en este grupo de niños. No tenemos datos en lo que respecta al factor inmunológico.

En cuanto al sexo (Gráfico 2) hay una mayoría de varones, un 64,29 %, frente a 35,71 % de hembras; esto se puede considerar normal teniendo en cuenta que la mayoría son niños en edad escolar, y en este grupo de edad son más frecuentes los varones que acuden a la consulta de Psiquiatría que las hembras.

Observando la edad en relación con los hermanos (Gráfico 3) destaca un 50 % de niños que ocupan la posición del menor de la familia, en general en familias de dos o tres hijos,

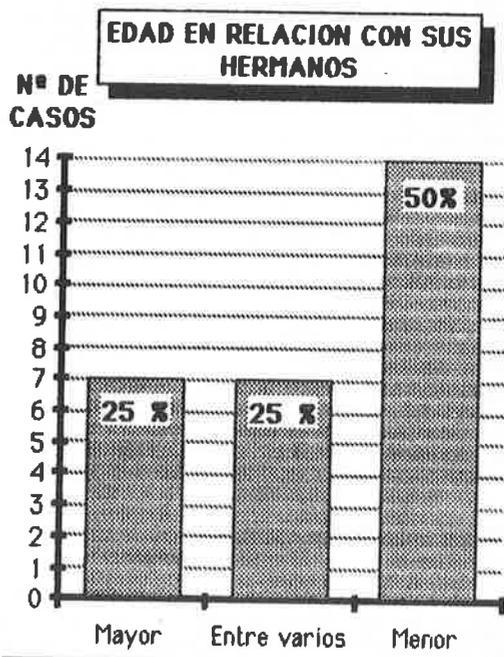


Gráfico 3.

frente a un 25 % que ocupan la posición del mayor y otro 25 % que se encuentran entre varios hermanos.

Este claro predominio del último lugar en la serie de hermanos contrasta con lo obtenido en otros trabajos epidemiológicos realizados por nosotros, a excepción del que llevamos a cabo sobre un grupo de niños con antecedentes familiares estresantes (Velilla Picazo, J.M. y cols). Para algunos autores como Mendiguchia, F.J., al benjamín de la familia, que suele nacer con los padres ya más maduros y menos rígidos, se le suele exigir menos, se le sobreprotege más y, por lo tanto, se le hace más vulnerable. No obstante para otros (Rickards, Stone) la posición en la fratría en sí, difícilmente sería un factor determinante, excepto en el caso de familias numerosas y de nivel socioeconómico bajo, en las que los niños muestran desventajas cada vez mayores con relación a su posición ordinal, lo que evidentemente no ocurre en el conjunto de niños objeto del presente trabajo.

Con respecto a las pruebas psicométricas

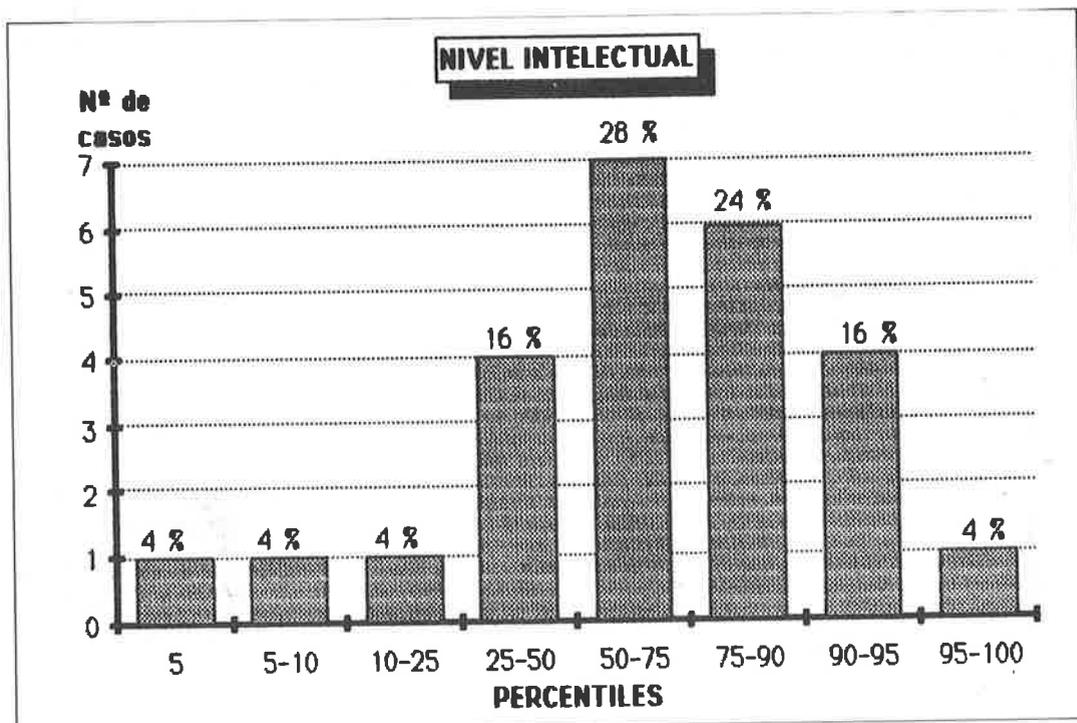


Gráfico 4.

realizadas un 72 % de los niños presentan un nivel intelectual con un percentil superior a 50 (Gráfico 4).

Esto se refleja en la escasa incidencia de problemática escolar encontrada en estos niños (25 %), y cuando aparece esta problemática en general se trata de problemas de tipo disléxico.

En un 25 % de los niños estudiados aparece problemática familiar, del tipo de divorcio de los padres, mala relación conyugal, alcoholismo del padre, etc.

Según Simon Merchan «La predisposición genética se deduce de la incidencia familiar de la alopecia areata en el 25 % de los pacientes.» En este trabajo se han encontrado un 35 % de pacientes con antecedentes de alopecia en familiares directos o indirectos (Tabla 1).

En los antecedentes personales hay que señalar que en algunos casos no es el primer episodio de alopecia el que les lleva a la consul-

ta, sino que ha habido episodios anteriores que han curado espontáneamente o con tratamiento dermatológico, incluso siendo diferente en algunos casos el tipo de alopecia del actual. Asimismo aparecen otros problemas como depresión, mal comportamiento, enuresis, etc, llegando en ocasiones a un doble diagnóstico definitivo.

Pasamos a comentar los resultados del estudio psicológico realizado en estos niños por medio de los diferentes test.

El cuestionario caracteriológico de Eysenck (E.P.Q.-J), estudiado por separado en niños en edad escolar (7 a 12 años) y adolescentes (14 a 17 años) muestra algunas diferencias entre ambos grupos: (Gráficos 5 al 14).

— Los niños en edad escolar presentan un neuroticismo alto con un 70,59 % de los niños por encima del percentil 50, mientras que en los adolescentes predominan los niños con un percentil en neuroticismo por debajo de 50.

— La extroversión es marcadamente más

**TABLA I**  
**Entorno socio-familiar**

N.º	Prob. esc	Prob. fam.	A. fam psicopat. direc.	A. fam psicopat. indirec.	A. pers. psicopat.
1	1	0		Retraso mental	Mal comportamiento y dislexia
2	0	1	Depresión	Depresión	
3	0	0	Cefaleas		
4	0	1		Enf. psiquiátrica	Alopecia y Cefaleas
5	0	1	Cefaleas		Mal comportamiento
6	0	0		Enf. psiquiátrica	Depresión
7	0	0		Alopecia	
8	0	0	Alopecia		
9	0	0	Alopecia		
10	0	1			Alopecia
11	0	0		Alopecia	
12	—	0	Epilepsia		Prob. de espacialidad
13	1	0	Depresión	Alopecia	Mal comportamiento
14	0	0		Enf. psiquiátrica	
15	1	1		Enf. psiquiátrica	Depresión
16	1	0	Cefaleas		Depresión alopecia
17	—	0	Depresión		Enuresis y tartamudez
18	1	0		Enf. psiquiátrica	
19	0	1	Alopecia		
20	0	0	Depresión		Terrores nocturnos
21	1	1	Alcoholismo. Depresión	Enf. psiquiátrica	Cefaleas
22	0	0	Alopecia		
23	1	0		Retraso mental. Enf. psiquiátrica	Enuresis y encopresis
24	0	0			Depresión y cefaleas
25	0	0	Alopecia	Alopecia	
26	0	0			
27	0	0			Alcoholismo
28	0	0	Depresión		Enuresis y encopresis

alta en adolescentes que en escolares, destacando que el 64,71 % de los escolares se encuentra entre los percentiles 0 y 25.

— La dureza afectiva en escolares aparece bastante repartida entre los distintos percentiles, también aparece repartida en adolescentes, aunque el 50 % se concentra entre los percentiles 0 y 25.

— En general en ambos grupos ha habido un alto índice de sinceridad.

— La conducta antisocial es mayor en adolescentes que en escolares como corresponde generalmente a las características de estas edades.

En cuanto a la adaptación estudiada por medio del cuestionario de adaptación de Bell, realizado en los adolescentes en el estudio inicial tras la consulta y en los escolares en el curso de la evolución del niño cuando ha llegado a la preadolescencia, se observa: (Gráficos 15-16).

— Una adaptación familiar predominantemente mala o no satisfactoria en escolares. También en adolescentes se concentran los casos en la parte izquierda de la gráfica.

— La adaptación a la salud está más repartida, llegando a ser en algunos casos incluso buena, aunque predomina la adaptación mala

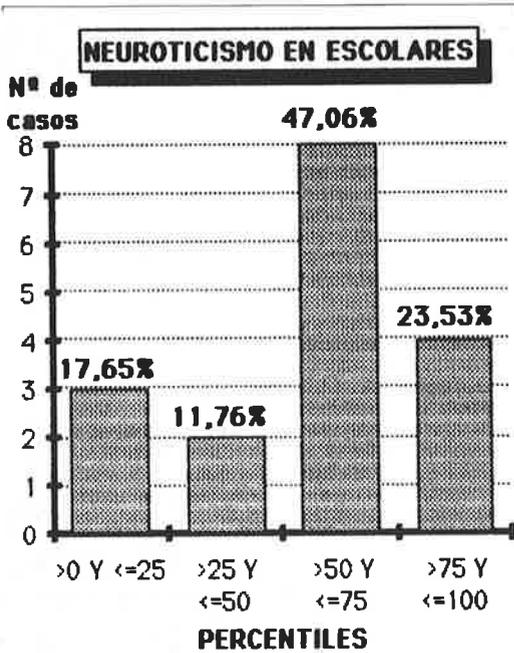


Gráfico 5.

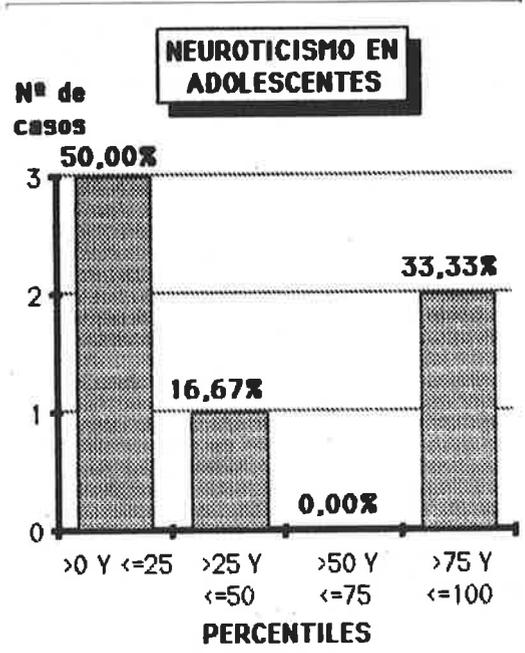


Gráfico 6.

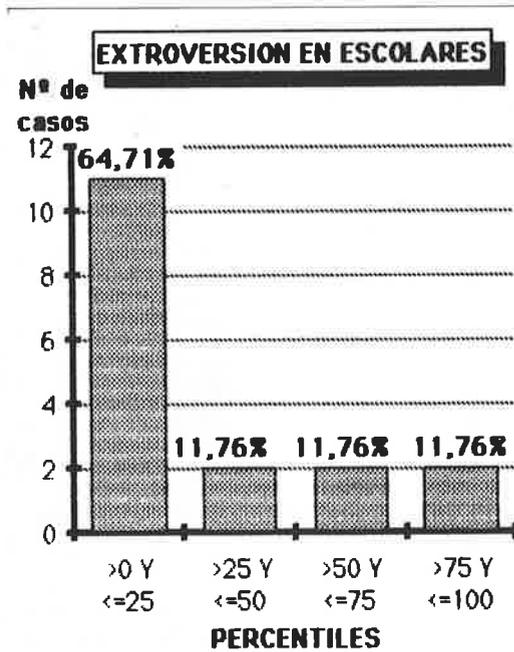


Gráfico 7.

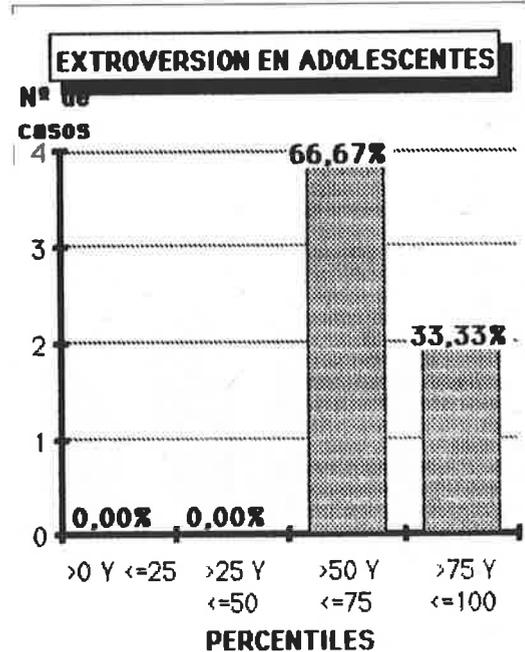


Gráfico 8.

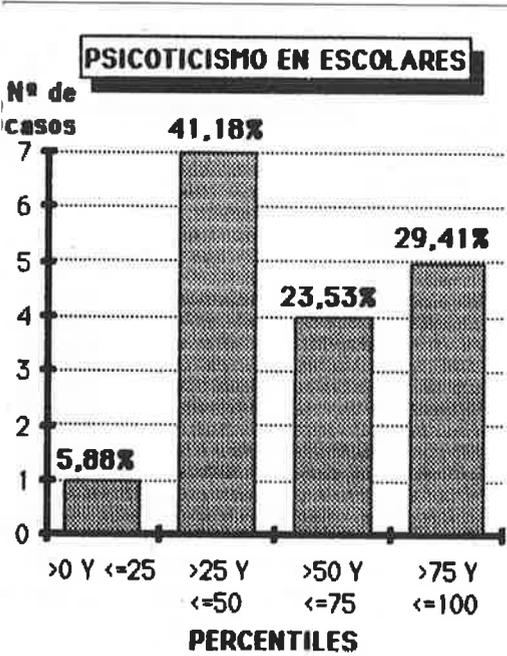


Gráfico 9.

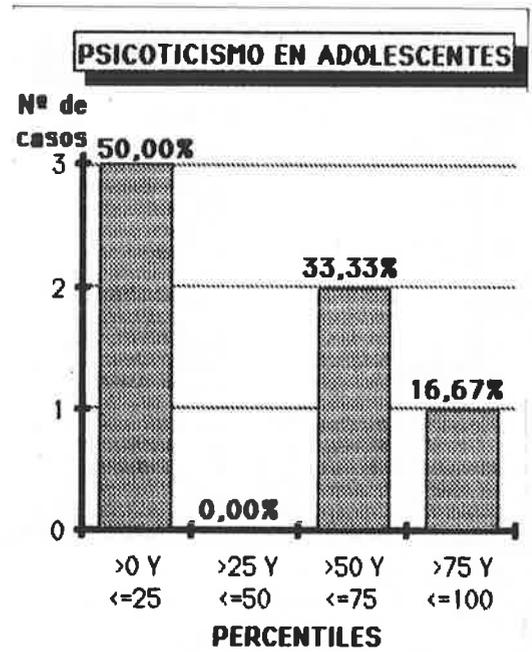


Gráfico 10.

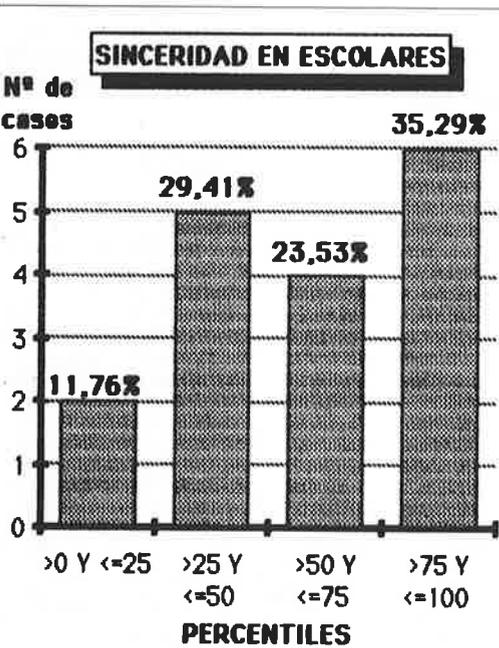


Gráfico 11.

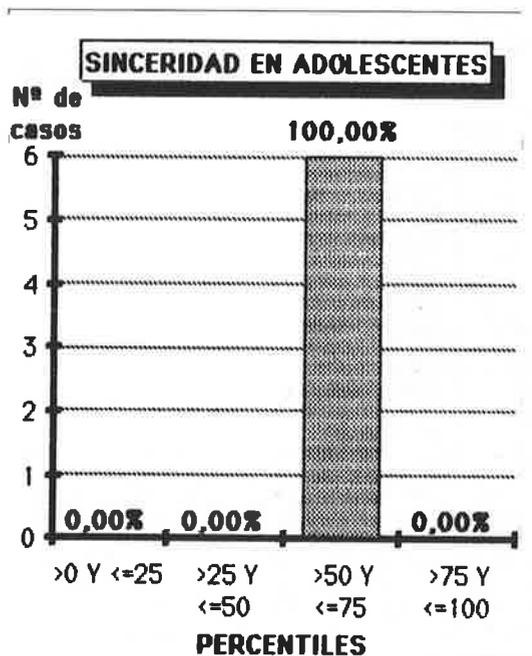


Gráfico 12.

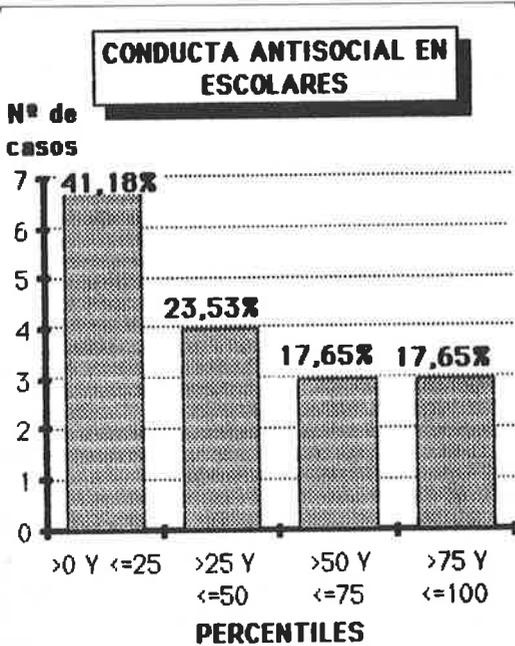


Gráfico 13.

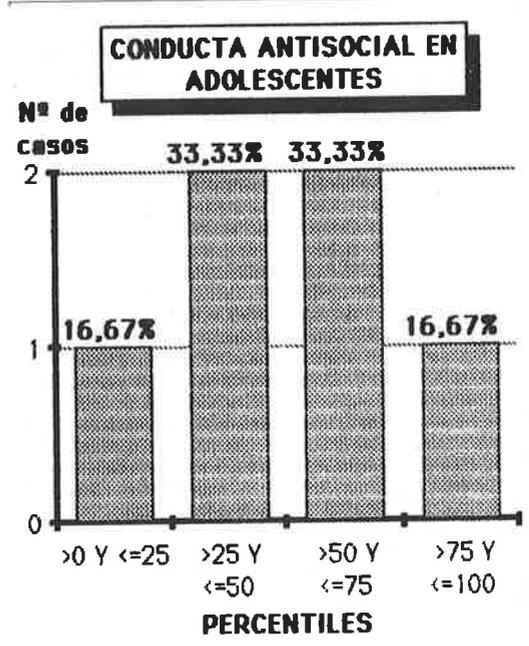


Gráfico 14.

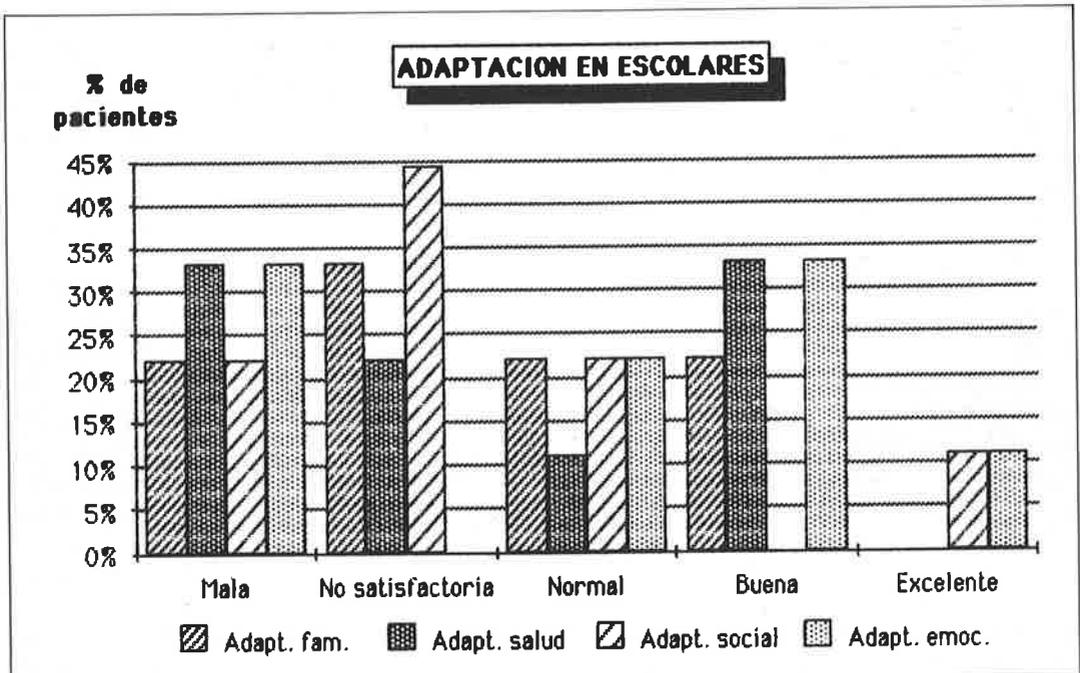


Gráfico 15.

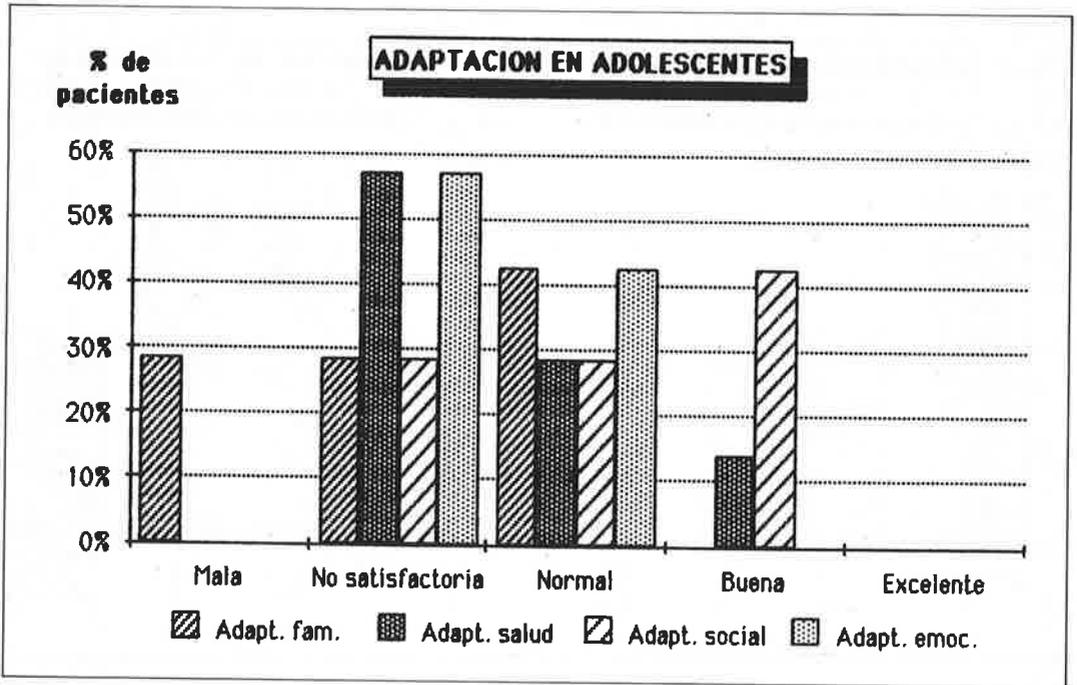


Gráfico 16.

no satisfactoria en escolares, y la no satisfacción en adolescentes.

— En la adaptación social hay un alto porcentaje de escolares que presentan una adaptación mala o no satisfactoria, mientras que en los adolescentes hay una mejor adaptación social.

— La adaptación emocional en escolares en general es buena, excepto en un 33 % de los casos en que es mala, en adolescentes predomina una adaptación emocional no satisfactoria.

Los resultados del estudio del test de percepción temática en estos niños nos muestran que en los adolescentes el contenido que destaca es el de protagonista desaliento, teniendo también un porcentaje muy alto los contenidos de ambiente agresión, protagonista dependencia y protagonista abatimiento. En los niños en edad escolar hay un predominio muy claro del contenido ambiente agresión. En estos casos se han estudiado los contenidos del test en los distintos grupos de edad sin tener

en cuenta si han realizado un C.A.T. o un T.A.T. (Gráficos 17 al 20).

Si observamos estos test por separado vemos que tanto en el C.A.T. como en el T.A.T. hay una mayoría clara con un contenido de ambiente agresión, destacando a continuación el contenido de protagonista dependencia en el T.A.T. y el de ambiente dominancia en el C.A.T.

Nos parece interesante comentar algunos resultados del estudio psicológico del grupo de escolares. Llama la atención la baja adaptación emocional y el alto índice de neuroticismo por una parte. Asimismo encontramos una baja adaptación social y un alto índice de introversión. En las historias del T.A.T. aparece con mucha frecuencia un ambiente familiar y social agresivo, y también observamos una mala adaptación familiar en el cuestionario de adaptación.

Estos resultados nos hacen pensar por una parte que las pruebas empleadas son válidas para el estudio de la personalidad, puesto que

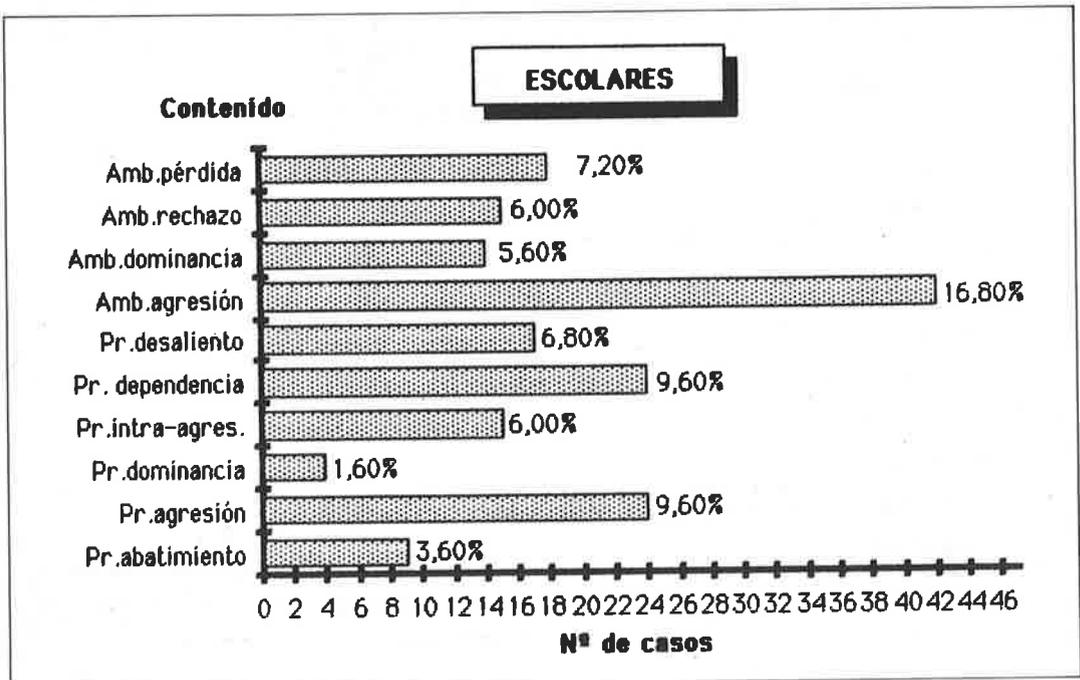


Gráfico 17.

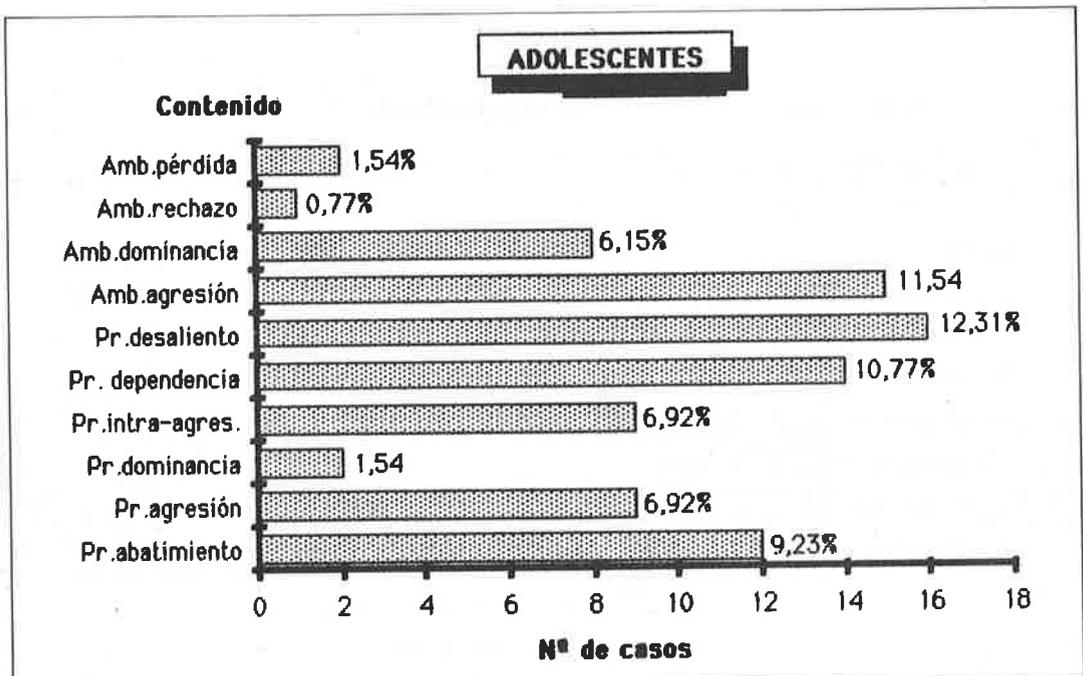


Gráfico 18

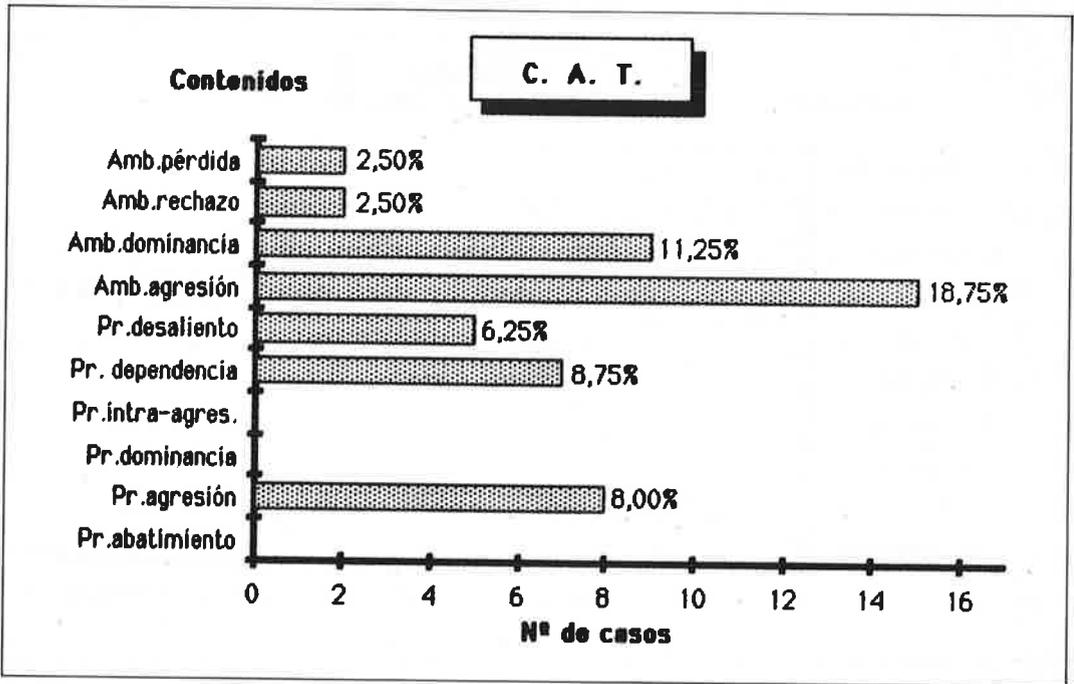


Gráfico 19.

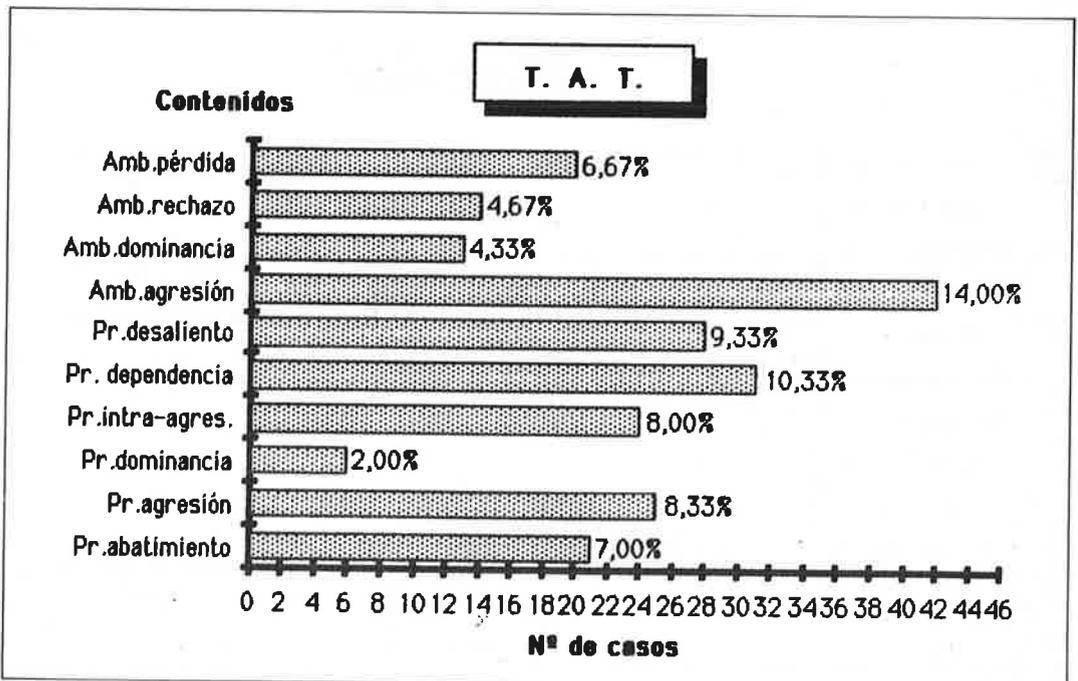


Gráfico 20

TABLA II  
Tratamientos y evolución

N.º	Diagnóstico	M. ev. prev.	Tr. 1	Tr. 2	Tr. 3	Tr. 4	Tr. 5	N.º	Tr. M. Curac.	Evoluc. post.
1	A.A. placas	12		1		1		2	5	Recaída (10 m.)
2	A.A. univer	12		1				1	—	Continúa (3 años)
3	A.T.	18					1	1	1	Deja de venir (1 m.)
4	A.A. total	12		1	1			2	12	Deja de venir (2 m.)
5	A.A. placas	0			1			1	—	Deja de venir (2 m.)
6	A.A. placas	2	1	1	1			3	—	Deja de venir (12 m.)
7	A.T.	12	1	1	1			3	—	Continúa (5 años)
8	A.A. placas	36					1	1	3	Alta (5 m.)
9	A.A. placas	36		1				1	6	Continúa (3 m.)
10	A.A. placas	12			1			1	5	Continúa (12 m.)
11	A.A. placas	12				1		1	5	Recaída (1 m.)
12	A.A. placas	9	1	1	1			3	3	Recaída (16 m.)
13	A.A. univer.	18	1		1			2	5	Recaída (13 m.)
14	A.A. placas	12		1	1			2	3	Alta (15 m.)
15	A.A. univer.	12		1	1			2	36	Recaída (1 m.)
16	A.T.	6	1					1	1	Deja de venir (4 m.)
17	A.A. placas	5	1	1				2	4	Continúa (1 m.)
18	A.A. placas	?				1		1	—	Continúa (2 años)
19	A.A. placas	60	1	1	1			3	—	Deja de venir (2 años)
20	A.A. placas	4	1					1	2	Deja de venir (1 m.)
21	A.A. placas	42	1	1	1			3	8	Alta (12 m.)
22	A.A. decalv.	24	1					1	—	Deja de venir (1 m.)
23	A.A. decalv.	?	1		1			2	4	Continúa (12 m.)
24	A.A. placas	60					1	1	—	Deja de venir (5 m.)
25	A.A. univer.	3	1		1			2	—	Continúa (12 m.)
26	A.A. decalv.	10				1		1	—	Deja de venir (5 m.)
27	A.A. placas	3	1					1	—	Continúa (3 m.)
28	A.A. univer.	6	1	1				2	12	Continúa (6 m.)

MAX = 60

MIN = 0

MED = 16,6

15 12 14 3 3

53,6 42,8 50,0 10,7 10,7

MAX = 36

MIN = 1

MED = 6,76

\* 1 = Dermatológicos.

2 = Ansiolíticos.

3 = Antidepresivos.

4 = Medidas psicoterapéuticas.

5 = Ninguno.

hay una concordancia entre los resultados de los diferentes test; el alto índice de sinceridad corrobora la validez de estas pruebas. Y por otra parte que estos niños presentan una inestabilidad emocional junto con una inadaptación social y familiar, lo cual lleva a la intro-

versión como respuesta a la vivencia de un ambiente agresivo.

En adolescentes los resultados están más de acuerdo con la edad, sin embargo llama la atención en el T.A.T. el importante número de respuestas en relación con el protagonista de-

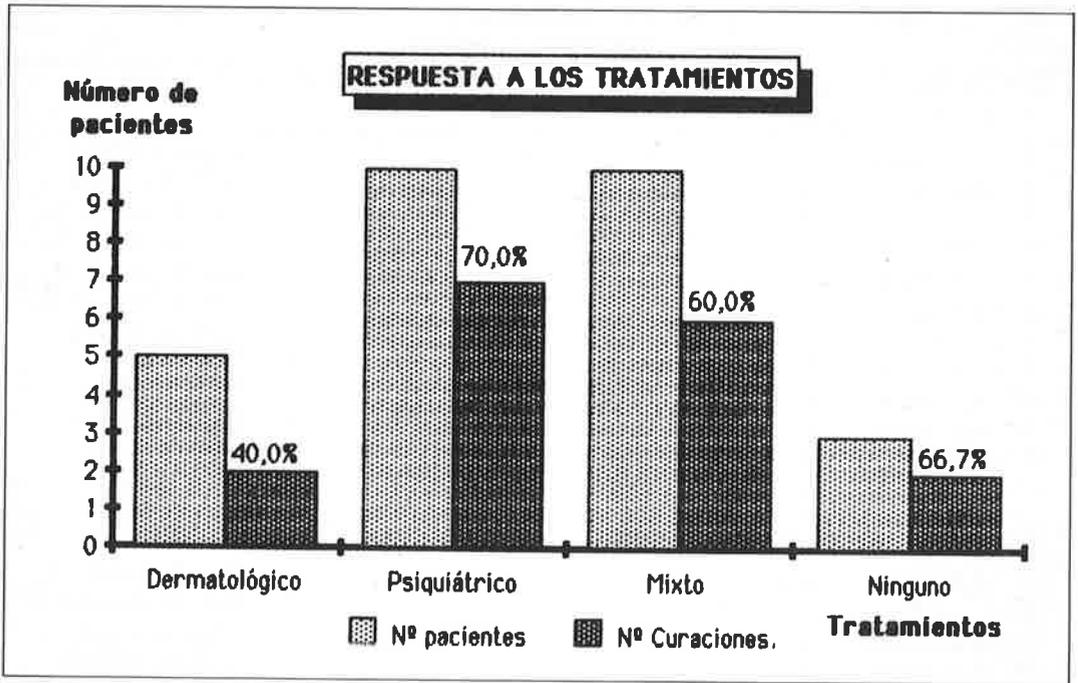


Gráfico 21.

pendencia, lo cual entra en contradicción con esta etapa de autoafirmación.

Centrándonos en la clínica que presentan estos pacientes, el motivo de consulta es en casi todos los casos uno u otro tipo de alopecia. El diagnóstico de la alopecia se ha hecho siguiendo las clasificaciones señaladas en la introducción de este trabajo, llegando solamente en dos casos al diagnóstico de alopecia telógena tras circunstancias emocionales estresantes; el resto de los casos se trata de alopecias areatas, diferenciando entre alopecia areata en placas, total de cuero cabelludo, universal o decalvante. Más de la mitad de los casos corresponden a alopecia areata en placas.

Generalmente han sido remitidos por el dermatólogo tras intentar diversos tratamientos, y tras varios meses de evolución del cuadro. El tiempo medio de evolución desde el comienzo de la alopecia hasta que llegan a la consulta de Psiquiatría es de 16,56 meses, lo cual ha podido ser para el niño una fuente de tensión (Tabla 2).

El tiempo que aparece entre paréntesis en

la columna «Evolución posterior» se refiere en el caso de recaída al número de meses entre la curación y la recaída; en los casos en que continúa viniendo, al número de meses o años que se especifica, desde el momento en que se ha curado hasta la actualidad, o bien en los casos en que no se ha curado, desde que ha iniciado el tratamiento hasta la actualidad; y en los casos en los que deja de venir o se le da el alta, al número de meses o años transcurridos desde que se ha curado hasta que deja de venir, o bien desde que se inicia el tratamiento hasta que deja de venir.

Los tratamientos recibidos por estos niños han sido de cuatro tipos diferentes: — Un 53,57 % han recibido tratamiento dermatológico. — Un 42,86 % tratamiento con ansiolíticos. — Un 50,00 % tratamiento con antidepresivos. — Un 10,71 % no han recibido ningún tipo de tratamiento.

En todos los casos se han llevado a cabo medidas psicoterapéuticas de apoyo. Hay que tener en cuenta que ha habido distintas combinaciones entre estos tipos de tratamientos con

respecto al tratamiento que ha recibido cada niño.

En un 60,71 % de los casos se ha llegado en un momento determinado de su evolución a la curación de la alopecia, con un tiempo medio de curación de 6,76 meses. De los 17 casos en que ha habido remisión de la alopecia, en 12 se instauró tratamiento psicofarmacológico, si bien 4 de ellos han vuelto a recaer tras un período que oscila entre un mes y un año y medio. De los pacientes curados el 70 % ha llevado tratamiento psicofarmacológico.

De los pacientes no curados, en 5 se había prescrito tratamiento psicofarmacológico sin obtener respuesta favorable al mismo, lo cual supone un 45 % de este grupo de pacientes.

En la respuesta a los tratamientos (Gráfico 21) se observa que un 70 % de los que han recibido algún tipo de tratamiento psiquiátrico han llegado a la curación; de los que han recibido solamente tratamiento dermatológico se han curado un 40 %; y de los que han recibido tratamiento mixto, psiquiátrico y dermatológico, un 60 %. En los casos en que no han recibido ningún tipo de tratamiento un 66,7 % se ha curado espontáneamente.

En estos porcentajes hay que tener en cuenta el escaso número de pacientes con el que se ha trabajado, por lo cual los resultados son solamente descriptivos de nuestra experiencia, dejando el estudio abierto de tal forma que al ampliarlo con nuevos casos el porcentaje de curaciones con los distintos tratamientos sea significativo.

## CONCLUSIONES

1.<sup>a</sup> Existe una manifiesta descoordinación entre los servicios de Dermatología y de Psiquiatría, como se demuestra por el promedio de meses que tardan en llegar estos pacientes a la consulta de Psiquiatría, habiendo llevado mientras tanto múltiples tratamientos dermatológicos para su problema sin que se le haya solucionado, lo cual puede afectar a estos niños desde el punto de vista psicológico. En al-

gunos casos se les envía a Psiquiatría como último recurso.

Por lo tanto se debería elaborar un protocolo de actuación conjunta entre el servicio de Dermatología y el nuestro, teniendo en cuenta en qué casos y en qué momento es conveniente valorar el aspecto psiquiátrico, y fijando por nuestra parte una sistemática de actuación en cuanto a la exploración psicológica.

2.<sup>a</sup> Se observa en el presente trabajo que existe una respuesta favorable a los psicofármacos en este tipo de pacientes. Se han prescrito ansiolíticos y/o antidepresivos, estos últimos, en los casos en los que se apreciaba algún síntoma depresivo acompañante. Este efecto beneficioso de los psicofármacos se puede explicar en el sentido de que estos niños tienen la vivencia de una situación tensional, que en unas ocasiones crea únicamente ansiedad y en otras puede llevar a una depresión reactiva. Esta sintomatología se beneficia de la acción de los psicofármacos.

3.<sup>a</sup> En la casuística de este trabajo solamente encontramos un caso de alopecia aguda o caída brusca del pelo, y otro caso dudoso, puesto que el episodio agudo sobrevino tras la curación de un episodio crónico. No es valorable en este sentido la existencia de un choque emocional como posible factor desencadenante de este trastorno en nuestra experiencia, sino que se trata de niños que se sienten agredidos por el ambiente de una manera más o menos prolongada, bien porque el ambiente sea ya amenazante para el niño previamente a la alopecia, o bien porque, tras desencadenarse la alopecia, el niño se siente rechazado o agredido por el ambiente, debido precisamente a su problema de pérdida de pelo.

4.<sup>a</sup> Intentando acercarnos al perfil psicológico de estos niños, de acuerdo con nuestros resultados, vemos que se trataría de un varón en edad escolar, que ocupa el último lugar en la fratría, con un buen nivel intelectual y que se siente sometido a una situación tensional prolongada; en las pruebas de personalidad se nos presenta como muy sincero, inadaptado en todos los ambientes, y con un alto grado de introversión y de neuroticismo.

## Bibliografía

- AJURIAGUERRA, J. DE.: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Ed. Toray Masson (Barcelona 1979).
- BELL, H.M.: *Cuestionario de adaptación para adolescentes*. Ed. Herder. Barcelona. 1987.
- EYSENCK, H.I.: *E.P.Q.-J. Cuestionario de personalidad*. Ed. TEA. Madrid. 1981.
- GOGA, D., VAILLANT, L.: *Las alopecias*. *Tiempos médicos*. N.º 354. Octubre 87. 6-15.
- JUON, M.: *Les pelades Psychosomatiques*. Les monographies medicales et scientifiques. París. 1966.
- MENDIGUCHIA, F.J.: *Psiquiatría Infantojuvenil*. Ed. Paz Montalvo. Madrid. 1980.
- SIMON MERCHANT, A.: *Alopecias*. *El Médico*. Julio-85. 51-59.
- STONE, F.H., KOUPERNIK, C.: *Psiquiatría infantil*. Ed. Salvat. Barcelona. 1980.
- TECNICAS PROSPECTIVAS.: (*Test de apercepción*). Manual. Ed. TEA. Madrid. 1981.
- VELILLA PICAZO, J.M., BONALS PI, A. y cols.: *Inciden-  
cia del abandono y carencias afectivas en una con-  
sulta de Psiquiatría infantojuvenil*. I Congreso so-  
bre el niño abandonado. Zaragoza. Marzo-84. Actas  
del Congreso.

## Comentario de publicaciones

### ABUSO DE COCAINA.

H.I. Spitz, J.R. Rosecan, 1990.

Ediciones en Neurociencias.

En primer lugar, los autores, hacen un recorrido extenso en la neurobiología de la cocaína y su conducta, describiendo la fenomenología del cocainismo. Posteriormente, dedica gran parte del libro a los diversos tipos de intervenciones psicológicas —psicoterapia individual, grupal y familiar— dando predominancia a los factores de abstinencia como elemento vertebrador de todo tratamiento. Concluye con el tratamiento de orden farmacológico a corto, medio y largo plazo.

J.M.<sup>a</sup> ILLA  
Barcelona

# Estudio de las características cognitivas, afectivas y de la personalidad de la infancia autista

M.<sup>a</sup>D. Domínguez Santos, C. Cimadevilla Alvarez, M.<sup>a</sup>P. Casal Devesa

*Santiago de Compostela*

## RESUMEN

En la presente investigación nos hemos planteado si el niño autista que asiste a escuelas especiales logra mejoras escolares y sociales y si estos logros son predecibles en función de su coeficiente de inteligencia y social. Para ello se ha elegido una muestra de cinco niños que acuden a los centros de autismo ASPANAES sitos en la provincia de La Coruña. A estos sujetos se les trató de medir su nivel de inteligencia a través del WISC y el GOODE-NOUGH, el nivel social con la Escala de Madurez Social de VINELAND y se hizo una evaluación de su conducta utilizando la T.E.C. (Tabla de Evaluación de Conductas).

**Palabras clave:** Autismo. Cognición. Habilidades. Programa educativo.

## INTRODUCCIÓN

Como nos dice Mary Coleman (1976) ¿qué sabemos sobre el autismo? ¿qué datos científico-objetivos podemos considerar como correctos? ¿sabemos si es sólo una enferme-

dad o un síndrome? ¿está causado por estrés, por agentes exógenos, como los virus, o por factores endógenos, como anomalías bioquímicas?

Pero a la hora de colocar adecuadamente a un niño en un aula, es menos útil conocer el catálogo preciso de las características autistas que su consecuencia educacional: ¿cuanta atención individual requiere el niño para responder en la clase? ¿en qué nivel evolutivo se encuentra su lenguaje y otras destrezas cognitivas? ¿cuales de sus conductas autistas son incompatibles con su aprendizaje?. Este tipo de información es necesaria para decidir el grado y el tipo de estructura de clase que el niño precisa (Schopter et al. 1971).

Para la elaboración de un plan de estudio educacional óptimo, el educador necesita saber qué destrezas debe adquirir el niño y que le van a permitir funcionar mejor, con independencia del ambiente: ¿Qué métodos educacionales especiales le permitirán adquirir mejor estas nuevas destrezas e informaciones?. El conocimiento de su nivel intelectual y de sus hitos evolutivos proporcionan directrices útiles para determinar las expectativas a largo plazo.

Los pacientes incluidos en nuestro trabajo fueron previamente diagnosticados de autismo y la pregunta que se pretende contestar:

**TABLA I**  
**Conducta problema observado en los niños autistas de la muestra**

	Sujetos				
	1	2	3	4	5
Golpearse contra objetos	Sí, cuando está con los demás		Raramente, con los demás	Algunas veces, cuando está solo	
Morderse o arañarse	Sí, con los demás		A menudo		Sí, capricho
Rabietas	Sí, con los demás		Sí	Algunas veces con los demás comp.	Sí, capricho
Agrede a los demás			Sí		sí, patadas, pellizcos
Balanceo		Algunas veces, sola y con los demás			
Giros			Sobre sí		
Girar objetos				Raramente, cuando está solo	
Mirar fijamente las manos			Sí, y a objetos brillantes	Algunas veces, solo	Algunas veces
Agita manos y Brazos	Aleteo			Algunas veces, solo	
Muecas	Movimiento de escupir	A menudo, solo y con los demás	Tapa orejas	Algunas veces	Sí, a menudo Saliva a las personas
Posturas extrañas		Algunas veces, solo y con los demás			
Exige o realiza actos rituales		Al llegar fondo escal. Sube 2 y las baja. Golpea objeto	Tocar agua lavabo. Meter dedos en el plato	Coloca todo Retuerce dedo Cierra ojos	

¿el niño autista que asiste a escuelas especiales logra mejoras escolares y sociales y éstas se pueden predecir a través de su capacidad mental?, como ya había sido confirmado en trabajos anteriores realizados por Lockyer y Rutter (1969), Rutter et al. (1967) y Russell (1975).

Nosotros hemos realizado el estudio en los centros de niños autistas de la provincia de La Coruña.

### MUESTRA

La muestra está compuesta por 5 niños diagnosticados previamente de autismo. El

diagnóstico se basó en la presencia de las características claves descritas por Rutter (1971):

— Que el trastorno comenzase antes de los 30 meses de edad.

— Fracaso en el desarrollo social.

— Fracaso en el desarrollo del lenguaje receptivo.

— Presencia de rasgos ritualistas o casi obsesivos. (Ver tabla 1).

De los 5 niños, sólo el sujeto B padecía autismo sin ningún otro síntoma asociado y tiene una edad de 11 años y 1 mes.

El sujeto A, con una edad cronológica de 7 años y 8 meses, tiene asociada a su autismo,

que ha sido considerado grave, una oligofrenia media funcional.

El sujeto C, con una edad cronológica de 12 años y 1 mes, tiene asociada a su autismo, considerado también grave, una epilepsia en tratamiento.

El sujeto D, con una edad cronológica de 14 años y 2 meses, tiene asociada a su autismo una oligofrenia media.

Y, por último, el sujeto E, con una edad cronológica de 14 años y 8 meses, padece, asociada a su autismo, una disfasia reactiva (tabla 2).

Estos niños son alumnos de los centros de A.S.P.A.N. A.E.S. (Asociación de Pais de nenos autistas e psicóticos da provincia de A Coruña). Estos centros están ubicados en Santiago, Castelo (A Coruña) y Ferrol.

En el centro de Castelo son atendidos 13 niños, contando para su atención con 2 psicólogos y 2 profesores de educación especial; en el centro de Ferrol son atendidos 7 niños por 2 psicólogos; y en Santiago, 4 niños por 2 psicólogos.

Para nuestra investigación hemos escogido solamente cinco niños, ya que eran los únicos que cumplían los requisitos establecidos previamente.

Se trabajó con estos niños en las siguientes áreas:

— Autonomía personal (vestido, comida, higiene...). — Lenguaje. — Aprendizaje de actividades de tipo escolar. — Socialización. — Psicomotricidad.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo el trabajo hemos medido en estos niños su capacidad intelectual, conducta social y se ha hecho una evaluación de su comportamiento.

Para la evaluación de la inteligencia se utilizó el Wechsler (WISC) y Goodenough; para la conducta social, la escala de Madurez Social de Vineland y la evaluación del comportamiento se hizo con la T.E.C., mediante la observación directa en el aula, en el juego y me-

**TABLA II**  
Descripción de la muestra

	E.C.	Diagnóstico	Síntomas asociados
S	A	7,8	Autismo-grave
U			Oligofrenia media funcional
J	B	11,1	Autismo-alto
E	C	12,1	Autismo-grave
T	D	14,2	Autismo
O			Oligofrenia media
S	E	14,8	Autismo
			Disfasia reactiva

**TABLA III**  
Resultados obtenidos en los test: WISC y Escala de Madurez Social

		WISC			E.M.S.	
		E. Verbal	E. Manip.	C.I. Total	E.S.	CIS.
S	A	Retraso	mental	grave	2,2	28
U	B	83	104	93	7,7	69,3
J	C	Retraso	mental	grave	2,7	22
E	D	—	55	F.H. CI-50	5,0	35,2
T				EM-7,1		
O				F.H.		
S	E	—	57	CI-60 EM-7,2	5,5	39

dante la descripción hecha por los padres de la conducta en el hogar.

La prueba de inteligencia WISC solamente pudo ser administrada en su totalidad (escala verbal y escala manipulativa) al sujeto B, puesto que es el único que posee una capacidad verbal aceptable para su realización. A los sujetos D y E se les administró la escala manipulativa solamente, ya que no poseen lenguaje, y el test de la figura humana de Goodenough. Y a los sujetos A y C no se les ha podido realizar ninguna prueba por su falta total de atención y colaboración.

La Escala de Madurez Social se rellenó mediante la observación directa y descripción hecha por los padres. En esta escala no hemos tenido en cuenta solamente el resultado final

**TABLA IV**  
**Habilidades motoras gruesas y finas adquiridas por los sujetos**

	A	B	C	D	E
H	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
A	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
B	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
I	Con ayuda				
L	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
D	Pero se				
A	niega				
D	Con ayuda	Sí	Sí	Sí	Sí
E	No	Sí	Sí	Sí	Sí
S	No	Sí	Sí	Sí	Sí
M	Sí	Sí	5''	-5''	
O	No quiere	Sí	Sí	Sí	Sí
T	No	Sí	No	Lo intenta	Sí
O				Sí	
R	No	Sí	No	Con ayuda	Sí
A	No	Sí	Sí	Sí	Sí
S	No	Sí	Sí	Sí	Sí
G	Si, no le	Algo torpe	Si, se entre-	Coordinación	Coordinación
R	dedica	y poco	tiene, buena	tipo medio,	y se
U	tiempo	tiempo	coordinación	se entretiene	entretiene
E	ni se entre.				
S					

(Edad Social, C.Is) sino también cada uno de los aspectos que trata:

H.A.G. — Habilidades en actividades generales.

H.C. — Habilidades en la comida.

H.V. — Habilidades en el vestido.

A.C. — Autocontrol.

O. — Ocupaciones o actividades espontáneas.

C. — Comunicación.

L. — Locomoción.

S. — Socialización (alternar con los demás).

La escala de evaluación de conducta (T.E.C.) se utilizó para conocer su evolución en 6 campos de habilidades:

A— Habilidades motoras (gruesa, fina).

B— Habilidades de imitación motora.

C— Habilidades de disposición para el aprendizaje.

D— Habilidades de trabajo doméstico y autonomía.

E— Habilidades sociales.

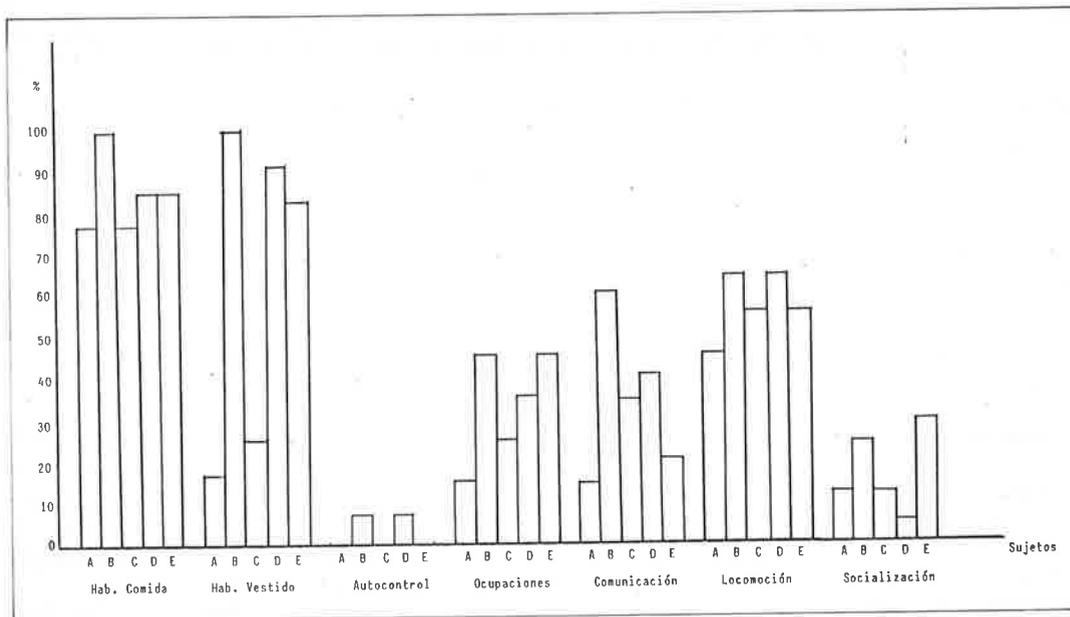
F— Habilidades de lenguaje e imitación verbal.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS OBTENIDOS

De los resultados obtenidos en la administración de las pruebas de inteligencia (tabla 3) se puede hacer una reagrupación de los sujetos en 3 grupos:

A) Formado únicamente por el sujeto B, que obtiene en el WISC un nivel de inteligencia media (93) sobresaliendo en la escala manipulativa (104) frente a la verbal (83).

B) Formado por los sujetos D y E, a los que se les pudo aplicar solamente la escala manipulativa del WISC, ya que no poseen lenguaje expresivo, y obtienen una puntuación de 55 y 57, respectivamente. Se les aplicó también el Goodenough, aunque con ciertas limitaciones, ya que la imagen humana que ellos hacen suele ser aprendida. Obtienen unas CI de



**Gráfica 1.** Porcentajes obtenidos en los diferentes aspectos que contiene la Escala de Madurez Social.

50 el sujeto D y 60 el E.

C) Formado por los sujetos A y C, a los que no ha sido posible aplicar ninguna prueba por falta de comprensión, interés y colaboración y que son considerados por sus educadores retrasados mentales graves.

Los resultados obtenidos en la Escala de Madurez Social (tabla 3), guarda relación con los citados anteriormente: a mayor CI, mayor Edad Social. A la vista de los resultados de cada uno de los aspectos que mide la escala vemos a nivel general (gráfica 1) que los mayores porcentajes fueron alcanzados en las habilidades de autonomía personal: comida y vestido (sobre un 85 % de las que les corresponderían por su edad cronológica), seguidas de locomoción (56 %), comunicación (35 %) y ocupación (32 %). Las habilidades donde alcanzaron un logro menor fueron: socialización (16 %) y en el nivel de autocontrol (3 %).

A nivel individual vemos que el sujeto B es el que más habilidades tiene adquiridas en todos los aspectos, con bastante diferencia de los demás sujetos. Los sujetos D y E van también más o menos emparejados en sus adquisicio-

nes, siendo un poco superior en las habilidades sociales el sujeto E y en el autocontrol el D. Y, por último, los sujetos A y C poseen un nivel muy bajo en cada una de estas habilidades.

Por último, los resultados obtenidos en la evaluación de conducta (T.E.C.) (tablas 4, 5, 6, 7 y 7A) fueron:

Dentro del área de *psicomotricidad* cabe decir que la *psicomotricidad* gruesa está muy bien desarrollada, sobre todo en los sujetos B, D y E, siendo buena en el sujeto C y necesita apoyo en la coordinación viso-motora el sujeto A. En *psicomotricidad* fina, el sujeto A es el más aventajado, posee habilidades en muchas actividades, buena coordinación, cooperación y buenos hábitos de trabajo. Poseen también buena *psicomotricidad* fina los sujetos D y E, aunque necesitan algo de ayuda y se entretienen con estas actividades. El sujeto C presenta torpeza pero se entretiene y le dedica tiempo, pero le faltan hábitos de trabajo, mientras que el sujeto A, además de ser muy torpe, no presta atención ni se entretiene, no tiene tampoco hábitos de trabajo.

**TABLA IV**  
**Habilidades motoras gruesas y finas adquiridas por los sujetos (cont.)**

	A	B	C	D	E
H A B I L I D A D E S M O T O R A S F I N A S					
Mira objetos, partes de cuerpo	No	Sí	No	Sí	Sí
Traslada objetos de una mano a otra	Sí, con la boca	Sí	Sí	Sí	Sí
Hace pinza (pulgar + índice)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Realiza construcciones con bloques	No	Sí (de 5 a 8)	Sí (de 5 a 8)	Sí (de 5 a 8)	Sí (de 5 a 8)
Resuelven rompecabezas sencillos	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Imita trazado de líneas	No	Sí	Rara vez	Sí	Sí
Imita trazado de círculos	No	Sí	No	Sí	Sí
Habilidades en actividades motoras finas y se entretiene	Torpe, no le dedica tiempo	Sí	Torpe, no le dedica tiempo	Sí	Sí
Buenos hábitos de trabajo (sentarse, escuchar, trabajar)	No	Sí buenos	Sentado de 15' a 20'	Sí 30'	Sí, depende de la instrucción
Señala con el dedo o empareja objetos al nombrarlos	No	Sí	No	Sí	Sí

**TABLA V**  
**Habilidades de imitación motora adquiridas por los sujetos**

	A	B	C	D	E
H A B I L I D A D E S M O T O R A S F I N A S					
Imita modelos motores gruesos		Sí, sin ayuda y cooperación	Sí	Sí	No, no tiene
Imita modelos motores finos	N O	Sí	Sí	Sí	No
Imita la colocación de objetos		Sí	Sí	Sí	Sí
Imita movimiento posición de la boca	J M I T A	Sí	Sí	Más de 5 con ayuda	Algunas, pero pocas
Juega a juegos de imitación		Sí	Sí (Más de 10)	Sí	Rara
Imita movimientos complejos		Sí	Sí Demostrán- doso	Sí (Más de 10)	No
Imita modelos sin ser recompensa		Sí	Sí	Sí	No
Movimientos de cuerpos como los demás por iniciativa propia	N O	No se le ha visto	No	Algunas veces	No
Imita la realización de encargos de tareas por iniciativa propia	J M I T A	No se le ha visto	No	No se le ha visto	No
Imita modelos motores demás personas	J M I T A	Sólo de ciertas personas	Sólo de ciertas personas	Cualquier persona	Sólo de ciertas personas

**TABLA VI**  
**Habilidades de disposición para el aprendizaje, habilidades de trabajo doméstico y autonomía, y habilidades sociales, adquiridas por los sujetos**

	A	B	C	D	E
HABILIDADES					
Contacto ocular espontáneo	Sí	Sí, con ciertas personas	A menudo	Algunas veces	Sí
Contacto ocular ante orden	Sí, a veces «perdido en sus pens.»	Sí, con ciertas personas	Sí, con cualquier pers. Perdido	Sí, «perdido en sus pensamientos»	Sí, «perdido en sus pensamientos»
DE					
Responde al llamarlo por su nombre	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
DISPOSICIÓN					
Coopera al solicitarlo verbalmente	Sí	A veces	Sí	Sí	Sí
Se sienta a trabajar en alguna tarea	Si se le pide (30' o más)	Sí, por el simple hecho de pedir. Todo	Sí, por propia iniciativa (5'-15')	Sí, con todo el mundo (30' o más)	Sólo si se le obliga (5'-15')
PARA					
Se aproxima a los demás	Raramente	Raramente	Algunas veces	Raramente	A veces
EL					
Sonríe a los demás	Raramente	Raramente	Sí, algunas veces cuando le miman	Raramente	Sí, ante caricias
APRENDIZAJE					
Reacciona a los elogios	No	Algunas veces. Raramente repite la acc.	Sí y repite. R. que lo originó	Siempre y no repite la R. que lo originó	Sí, pero no repite la R.

En lo referente al área de *imitación motora*, excepto el sujeto A cuya habilidad es nula, aunque posee algunos modelos aprendidos no los generaliza; el sujeto C realiza buenas imitaciones pero si puede ver el modelo a imitar, de ahí su dificultad en aquellas imitaciones que no lo permiten. El sujeto B realiza actividades de imitación motora y verbal con muy buenos resultados sin necesidad de ayuda, mientras que los sujetos D y E progresan en esta área lentamente y realizan imitaciones con mucha ayuda.

En el área de habilidades *domésticas y de autonomía*. Los sujetos A y C necesitan instrucciones verbales (pasos a seguir) para la realización de las actividades de esta área. El sujeto B tiene total autonomía y los sujetos D

y E poseen buenas habilidades, mientras el sujeto D lo hace por propia iniciativa, al E hay que perderlo.

En el área de *disposición para el aprendizaje*. Mantienen todos el contacto ocular espontáneamente y ante órdenes, responden al llamarlos por su nombre aunque no realizan respuestas de aproximación o contacto por iniciativa propia. Sí suelen trabajar en alguna tarea con los demás si se les pide. Sus juegos son solitarios. Guardan su turno los sujetos A, B, D con ayuda, el C no atiende ni guarda turno y el E lo hace por iniciativa propia.

En el área del *lenguaje*. El sujeto B está en posesión de un nivel de lenguaje expresivo y comprensivo aceptable y su utilización es puramente funcional aunque su vocabulario es

**TABLA VI**  
(continuación)

	A	B	C	D	E
Realiza tareas sencillas	No	Sí	Sí	Sí	Sí cuando se le pide
Realiza frecuentemente y por iniciativa propia tareas y encargos más complejos	No	coopera Sí, necesita motivación	coopera No	coopera No	Sí cuando se le pide
Come por su cuenta utilizando utensilios apropiados	Lentamente cuchara, tenedor, taza	Sí, todos	Sí, cuchara, tenedor, taza,	Sí, cuchara, tenedor, taza	Sí, cuchara tenedor, taza
Se quita el solo la ropa	Necesita ayuda	Sí	Sí	Sí	Sí
Se viste solo	Necesita ayuda, no sabe desabrocharse	Sí	Sí	Sí	Sí
Se lava y seca manos y cara	No	Sí	Sí, con ayuda	Sí	Sí, si se le pide
Se lava los dientes	No	Sí	Sí, con ayuda	Sí, necesita mucha ayuda	No
Hace sus necesidades en el lugar adecuado	Hay que llevarle	Sí	Sí	—	Sí
Realiza muchas tareas de autonomía	No	Sí	Algunas	Muchas sin ayuda	Sí, pidiéndoselo
Utiliza el contacto ocular para conseguir recompensas naturales	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Juzga con los demás	No	No	No	Raramente	No
Coopera en una tarea	No	Con algo de ayuda	Necesita ayuda	Nunca	No
Atiende o guarda su turno	Sí, con ayuda	Sí, con ayuda	No ayuda	Sí, con ayuda	Sí, por propia iniciativa

pobre. Los sujetos A y C poseen un lenguaje comprensivo muy bajo, pero si éste va acompañado de gesto su comprensión es más amplia. El lenguaje expresivo es nulo en el A, se limita a una jerga inteligible sin carácter funcional, y en el C se reduce al llanto. Los sujetos D y E poseen una comprensión baja, siendo el lenguaje expresivo del sujeto D un poco superior, contesta a preguntas simples.

En lo referente a la *imitación verbal*, el sujeto B tiene una correcta habilidad de imitación verbal, mientras que en los sujetos A y

C ésta es nula y los sujetos D y E imitan palabras sencillas.

## CONCLUSIONES

Debemos destacar que estos sujetos no eran autistas puros, sino que tenían deficiencias asociadas.

Analizados los resultados de estos 5 sujetos podrían analizarse en tres grupos:

— Respecto a su coeficiente de inteligencia

**TABLA 7 A**  
**Habilidades de imitación verbal adquiridas por los sujetos**

	A	B	C	D	E
H Presta atención a los A demás cuando le hablan	No	Sí, a todo el mundo	Sí	No	No
B Sonidos que emite el niño I L	Gruñidos	No emite sonidos	No tiene lenguaje	Sí, ana, ata, globo pelota	Ah, oh, ring
I Emite frecuentemente muchos D sonidos diferentes por A iniciativa propia	Pocos	—	No	Raramente	No, juega con los que oye
D Como los profiere E S	Emite explosiones cortas	—	Explosiones de 1 a 2 sonidos	Explosiones largas y cortas	Explosiones de 2 o más sonidos
Emite más sonidos cuando se le D imita	No	—	No	Sí	Sí
E Para conseguir cosas establece contacto ocular al mismo tiempo I tiempo que emite un sonido	Sí	—	No	Algunas veces	Algunas veces
M Imita sonidos básicos I T	No	Sí, perfec- tamente	No	Sí	Sí
A Imita sílabas C I	No	Sí, perfec- tamente	No	Sí	Sí
O Imita palabras sencillas N	No	Sí, perfec- tamente	No	Sí, excepto las que llevan R o Ñ	Sí
V E Imita frases y oraciones sencillas R B	No	Sí, perfec- tamente	No	No	No
A Imita modelos verbales de L personas	No	Sí	No	Sí	No

tendríamos un grupo formado por un solo sujeto con un C.I. medio. Otro grupo formado por dos sujetos cuyo C.I. se sitúa alrededor de 50, y un tercer grupo formado por los dos sujetos restantes con un retraso mental grave.

— En la Escala de madurez social los resultados obtenidos guardan estrecha relación con el coeficiente de inteligencia, y así observamos que en las habilidades medidas el sujeto del grupo uno es el que obtiene los mejores resultados. Los resultados del segundo grupo, son similares entre si e inferiores al primer grupo, y el tercer grupo es el que obtiene los peores resultados.

— En lo referente a la evaluación de la conducta los mayores logros alcanzados en habilidades motoras gruesas y finas, imitación motora, disposición para el aprendizaje, habilidades de autonomía y sociales, lenguaje funcional y habilidades de imitación verbal, son obtenidos también por el sujeto cuyo coeficiente de inteligencia es el más alto. El segundo grupo posee menos habilidades y el tercero no llega más que a adquirir habilidades elementales: comida, aseo,... pero necesitan ayuda.

A la vista de los resultados obtenidos, podemos decir que:

**TABLA VII**  
**Lenguaje funcional adquirido por los sujetos**

	A	B	C	D	E
Nombra objetos o dibujos		Normal para su edad	No	Algunos (30-50)	No
Pide las cosas que quiere	N O	Sí	No con palabras. A veces con lloros	Algunas veces. Otras llora o se las procura	No las pide. Se las procura
L E N G U A J E I D E N T I F I C A Y D E S C R I B E L O Q U E V E Y O Y E	T I E N E	Sí	No	Sí	Algunas
Contesta a preguntas simples		Sí	No	Sí	No
Dice correctamente hola y adios		Sí	No	A veces necesita ayuda	No
Emplea frases y oraciones simples	L E N G U A J E U T I L I Z A	Sí	No	No	No
Utiliza los plurales		Sí	No	No	No
Entiende y emplea preposiciones	A J U N C I O N A L	Todas o la mayoría	Entiende algunas. No utiliza	No	No
Entiende y emplea pronombres		Todas o la mayoría	Las entiende pero no las utiliza	No	No
Entiende y emplea contrarios	F U N C I O N A L	Muchos	No	No	No
Tiempo: conceptos antes/después		Todos	No	No	No
Utiliza el lenguaje funcional que sabe como utilizar		Todo el que conoce	No	No sabe hablar	No habla, gesticula
Utiliza el lenguaje en vez de repetir		Hay algo de repet. mecánica	No	Repetición mecánica	Ecolalia
Utiliza el lenguaje funcional en muchos lugares y con mucha gente		Sí	No	No	No

— Los sujetos autistas que poseen un coeficiente de inteligencia normal-medio, y con un programa educativo adaptado a sus posibilidades, alcanzarán unos logros satisfactorios que les permitirán una integración casi total a la sociedad.

— Mientras que los sujetos con un nivel de inteligencia bajo conseguirán una integración social en aspectos en los que no tengan que tomar decisiones y responsabilidades y ayudados por otras personas para realizar tareas elementales, simples trabajos manipulativos.

— Los sujetos con un coeficiente de inteli-

gencia inferior los únicos logros a conseguir serán generalmente la adquisición de habilidades en tareas de autonomía personal: comida, vestido e higiene.

— Se cree de gran importancia el poder conocer desde un primer momento el nivel de inteligencia del paciente y los síntomas asociados que pueda presentar, para así poder llevar adelante un programa educativo apropiado.

— Las adquisiciones logradas por los sujetos dependen más de CI y los síntomas asociados que del autismo propiamente dicho.

— En el campo afectivo-social también influye la capacidad mental del sujeto.

Por ello se puede concluir que a la hora de establecer un programa educativo para los niños autistas es importante poder conocer con anterioridad su capacidad mental y social, y mediante éstas establecer un programa educativo adecuado al sujeto, para poder predecir sus logros a largo plazo.

## Bibliografía

- COLEMAN, M.: *Informe sobre los síntomas autistas*, New York, Elsevier, 1976.
- DEMYER, M.K., BARTON, S., ALPERN, G. D. y otros: *The measured intelligence of autistic children*. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia. 1974; 4: 42.
- GARCIA, S.J.N.: *Análisis de un método de evaluación del lenguaje en niños autistas*. Actas del I Simposium de Terapeutas de Autismo, Bergondo-La Coruña, Septiembre 1981; 199.
- KOZLOFF, M.: *El aprendizaje y la conducta en la infancia: problemas y tratamiento*. Ed. Fontanella, Barcelona, 1980.
- LOCKYER, L., RUTTER, M.: *A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis — III Psychological aspects*. British Journal of Psychiatry, 1969; 115: 865-882.
- MENDIZABAL, L.: *Análisis de un método de evaluación psicoeducacional con niños autistas*. Actas del I Simposium de Terapeutas de Autismo, Bergondo-La Coruña, Septiembre, 1981.
- MILLER, W., PRUTTING, C.A.: *Perfiles of communicative and cognitive-social abilities in autistic children*. Journal of Speech and Hearing Research, Septiembre 1984; Vol. 27: 374-377.
- RIVIERE, A.: *Interacción y símbolos en autistas*. Infancia y Aprendizaje, 1983.
- RUTTER and alt.: *A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis-II social and behavioural outcome*. British Journal of Psychiatry, 1967; 113: 1183-1199.
- RUTTER, M.: *La descripción y clasificación del autismo infantil*. En D. Churchill, G. Alpern y M. Demyer, 1971.
- RUTTER, M., SCHOPLER, E.: *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. Plenum Press, New York, 1978.
- RUTTER, M., SCHOPLER, E.: *Autismo: reevaluación de los conceptos y tratamiento*. Ed. Alhambra, Madrid, 1984.
- RUTTER, M.: *El tratamiento de los niños autistas*. Journal Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 1985; Vol. 25, 2: 193-214.
- RUSSELL, s.: *The development and training of autistic children in separate training centres and in centres for retarded children*. Special publication n.º 6, Victoria: Mental Health Authority, 1975.
- SCHOPLER, E.: *Effect of treatment structures on development in autistic children*. Archives of General Psychiatry, 1971; 42: 415-421.
- SLOATE, P.L., VOYAT, G.: *Cognitive and effective features in childhood psychosis*. American Journal of Psychotherapy, vol. XXXVII, n.º 3, July 1983.
- WING, L.: *La educación de los niños autistas*. Guía para padres y maestros. Ed. Paidós, Barcelona, 1981.
- WING, L., EVERARD, M.P. y otros: *Autismo infantil: aspectos médicos y educativos*. Ed. Santillana, Madrid, 1982.

# Análisis de la adquisición conceptos básicos en niños institucionalizados

J.A. Dorado Primo

*Mieres (Asturias)*

## RESUMEN

Se trata de una investigación específica sobre la adquisición de conocimientos considerados básicos en las categorías de espacio, cantidad, tiempo y otras, en niños de orfanato de 8 años, ingresados al menos durante el último cuatrienio y que carecen de lesiones neurológicas.

**Palabras clave:** Aprendizaje. Conceptualización. Orfanatos.

que presentan los niños que viven habitualmente en régimen de institucionalización.

El presente trabajo es una pequeña muestra específica de un estudio más amplio, Dorado (2), que desde un punto de vista cualitativo y global trata de profundizar en el estado psíco(pato)lógico de niños que viven en régimen de internado, abarcando de forma interrelacionada diferentes áreas como son la biológica, psicológica y social defendiendo como hipótesis el estado de hipodesarrollo de las mismas.

## INTRODUCCIÓN

La separación del niño de su familia y especialmente de la madre en la primera infancia, imposibilita la satisfacción de las necesidades del infante en forma adecuada, de manera particular en el área afectiva, lo que puede originar una perturbación en las adquisiciones madurativas y el desarrollo de comportamientos o conductas anómalas.

Nosotros, Dorado (1), ya tuvimos oportunidad de comprobar el grado de perturbación

## Selección de casos

Para la selección de casos hemos considerado tres premisas iniciales:

I. Tener una edad de 8 años. Esto nos permite valorar la adaptación escolar, la adquisición de conocimientos y la presencia de retraso escolar.

II. Llevar institucionalizados al menos el último cuatrienio de su vida. Con ello se puede observar las manifestaciones propias del internamiento.

III. Carecer de lesiones neurológicas. Ha sido verificado por la exploración del pediatra de la institución donde viven estos niños. También hemos utilizado el Test de Retención Visual de Benton (TRVB) (3) que es sensible a la afectación orgánica.

Doctor en Medicina. Ex-profesor colaborador de la Cátedra de Psiquiatría de Córdoba. Prof. Dr. Carlos Castilla del Pino. Centro de Salud Mental Infanto-juvenil.

De los 114 niños ingresados en la institución examinada, dependiente de la Diputación Provincial de Córdoba, sólo 7 cumplían estos requisitos 5 niños y 2 niñas, que han sido numerados por orden alfabético.

## Aspectos evaluados

Para conseguir nuestros objetivos hemos realizado una evaluación de los siguientes aspectos:

I. Recogida de información del personal que atiende a estos niños, como son el médico-pediatra, la trabajadora social y el-la cuidadora.

II. Exploración antropométrica. Desarrollo psicomotor y físico, con determinación de diversos parámetros como talla Argemi (4), peso Nelson (5), diámetro occipito-frontal y diámetro torácico Plaza (6).

III. Desarrollo intelectual.

IV. Determinación de los niveles generales y aspectos concretos de la lectura y escritura Toro y Cervera (7).

V. Exploración de motricidad y lateralidad McCarthy (8) y Kaufman (9).

VI. Valorar manifestaciones de la personalidad, denotando e interpretando actitudes y conductas frente a determinadas situaciones Corman (10), Corman (11).

VII. Análisis de la sociabilidad regresiva, que en un sentido amplio puede incluir alteraciones esfinterianas enuréticas y/o encoprécticas, chuparse el dedo, movimientos cefalógiros, tocamientos corporales, morderse las uñas o la ropa, alteraciones en el apetito o en el aseo etc.

IX. Alteraciones psíquicas como fobias, obsesiones, miedos, terrores nocturnos, pesadillas etc, e incluso alteraciones psiquiátricas como depresión u otras.

Dentro del apartado del desarrollo intelectual nuestra investigación ha incluido los siguientes aspectos:

\* Adquisición de conceptos básicos Boehm (14).

\* Nivel Verbal Portuondo (15).

\* Nivel Manipulativo Matarazzo (16).

\* Determinación del C.I. Wisc (17).

\* Paso del período prelógico al período de operaciones concretas que tiene lugar desde los 7 años Piaget (18), Piaget (19) y Piaget e Inhelder (20).

\* Evaluación de percepción y memoria visuales y de habilidades visoconstructivas.

Una vez conocido el planteamiento general, vamos a pasar al estudio específico de la adquisición de conocimientos básicos que ha sido realizado por medio del test Boehm.

## MÉTODO

El test Boehm, llamado también de conceptos básicos, ha sido ideado por Ann E. Boehm y pretende estimar si el niño ha adquirido el conocimiento de conceptos estimados fundamentales para el aprendizaje escolar.

Pensamos que esta prueba es en la actualidad la más aceptada para explorar la adquisición de conocimientos considerados básicos, y por ello la hemos utilizado.

Utiliza un cuestionario dividido en dos cuadernillos de 25 elementos gráficos cada uno, cuya puntuación permite identificar los niños que no dominan estos conceptos, así como los conceptos más difícilmente asimilados. Se permite modificar la respuesta cuando la consideren errada.

La tipificación se ha realizado con una muestra de niños de diferente sexo agrupados por nivel escolar y socioeconómico.

Los conceptos explorados están agrupados en categorías de contenido, simbolizadas por las siguientes letras mayúsculas: E (espacio), C (cantidad), T (tiempo) y O (otros, sin considerar anteriormente).

En el cuadernillo 1, de conceptos más fáciles, la distribución es la siguiente:

— E: arriba, a través, lejos, junto a, dentro, medio, más lejos, alrededor, encima, entre, más cerca, esquina, detrás y fila.

— C: algunas pero pocas, pocas, más ancha, más, entera, segundo, varios, casi, y mitad.

- T: después.
- O: diferente.

En el cuadernillo 2, los conceptos explorados en cada categoría son los siguientes:

- E: centro, lado, debajo, derecha, adelante, por encima, separadas, izquierda y en orden.
- C: tantas, ni primero ni último, tamaño mediano, cero, cada, par, igual, tercero y menos.
- T: empezando, nunca y siempre.
- O: otro, semejante, hace pareja y saltarse.

En total se exploran 23 conceptos de espacio, 18 de cantidad, 4 de tiempo y 5 en la categoría de otros.

Todos estos conceptos tienen gran influencia en la comprensión y aparecen con frecuencia en los programas didácticos, aunque sobre ellos los alumnos han recibido escasa o nula explicación.

## Metodología

La sistemática seguida para cada niño ha sido la siguiente:

1. Reelaboración de la Hoja de Respuestas, modificada por nosotros.
2. Especificación de los errores según el grupo al que pertenecen, en cada uno de los cuadernillos, señalando el porcentaje de niños que suelen errar ese mismo concepto.
3. Análisis de los resultados obtenidos en cada uno de los dos Cuadernillos.
4. Comparación de los errores cometidos por cada niño, diferenciando por Cuadernillos, con los más frecuentes aparecidos en la muestra, considerando el orden de frecuencia dentro de ésta.
5. Enumeración de los conceptos básicos desconocidos por cada niño, pero conocidos por la mayoría de los niños de la muestra. Clasificación por Cuadernillos.
6. Orden del desconocimiento de los conceptos según la categoría a la que pertenecen.
7. Señalar el número de conceptos básicos conocidos y errados, así como el porcentaje

de los conceptos básicos dominados y de los desconocidos.

8. Transformación de las Puntuaciones Directas en Centiles utilizando la tabla adecuada para ello.

9. Significado de los resultados.

Es de destacar que este test fue realizado para niños entre 4 y 7 años. Siguiendo la hipótesis que barajábamos al principio de esta investigación, en cuanto al grado de maduración y desarrollo de estos chicos, hemos utilizado esta prueba aplicándoles el baremo correspondiente a 7 años y nivel socioeconómico bajo, en el que están incluidos.

## CONCLUSIONES

Vamos a enumerar los hallazgos encontrados en el análisis de la adquisición de conocimientos básicos de niños de 8 años, que al menos llevan institucionalizados el último cuatrienio y carecen de lesiones neurológicas.

Se observa que 6 niños se sitúan por debajo del Percentil 75 de chicos de 7 años, a pesar que ellos tienen todos como mínimo 8 (Tabla I).

Por orden las categorías de conceptos más desconocidas han sido Cantidad, Espacio y Tiempo (Tabla II).

Los conceptos más desconocidos han sido Par y Más ancha (Tabla III).

Conceptos considerados muy fáciles por diferentes estudios aún no han sido aprehendidos. Destacan entre ellos Empezando, Adelante, Detrás, Entre, Pocas, Siempre, Otro y Fila (Tabla IV).

En síntesis se podría decir que estos niños poseen escaso conocimiento de conceptos considerados básicos en las categorías de espacio y cantidad. Hemos coincidido con otros investigadores, Chambers (21), al observar carencia de dominio de la noción de tiempo.

Todo lo anterior influye en una mayor dificultad para la adquisición de nuevos conocimientos y contribuye a un retraso y/o fracaso escolar.

Estos conceptos deberían ser conocidos por

**TABLA I**  
Resultados y percentil

	1	2	3	4	5	6	7	Total
Conceptos errados	5	13	7	13	6	9	8	61
Conceptos fáciles errados	2	9	2	4	3	3	4	27
Percentil (niños/años)	75	25	50-75	25	50-75	25-50	50-75	6P75

**TABLA II**  
Número de errores por categorías y niños

	1	2	3	4	5	6	7	Total
Cantidad	3	4	2	5	3	5	2	24
Espacio	1	6	4	4	2	1	1	19
Tiempo	1	2	0	2	1	1	4	11
Otros	0	1	1	2	0	2	1	7

**TABLA III**  
Frecuencia de los conceptos más desconocidos

Con 6 errores:	Más ancha Par
Con 5 errores:	Empezando
Con 4 errores:	Adelante Semejante
Con 3 errores:	Después Detrás Lado
Con 2 errores:	Siempre Entre Fila Pocas Otro Izquierda Derecha Tercero Cada

**TABLA IV**  
Conceptos fáciles más desconocidos

Con 5 errores:	Empezando
Con 4 errores:	Adelante
Con 3 errores:	Entre
Con 2 errores:	Fila Pocas Siempre Otro

los niños antes de comenzar Segundo Curso de EGB y éstos en la actualidad se encuentran en Tercer Curso de E.G.B. en función de la edad y no de los conocimientos, en los que se encuentran muy retrasados, y aún los desconocen.

Otros resultados que se desprenden de los anteriores también han sido descritos por diferentes autores. Entre ellos destacamos los siguientes:

\* Escaso desarrollo en el área verbal: Illingworth (22) y Pringle (23).

\* Capacidad de conceptualización inadecuada: Goldfarb (24).

\* Riqueza y tipo de lenguaje hipodesarrollado: Canh (25), Mari (26), Jadulle (27), Lobrot (28) y Ajuriaguerra (29).

\* Retraso en el aprendizaje: Kohler (30) y Duché (31).

## Bibliografía

- DORADO, J.: *Carencia afectiva precoz: Hospitalismo*. Córdoba: Tesis de Licenciatura, 1981.
- DORADO, J.: *Síndrome de privación psicossocial en niños sometidos a régimen de internamiento*. Córdoba: Tesis Doctoral, 1989.
- BENTON, L.: *Test de Retención Visual: TRVB*. Madrid: TEA, 1981.
- ARGEMI, J., COLS.: *Constantes biológicas y procedimientos diagnóstico-terapéuticos*. En: Cruz, M. Pediatría, 3 tomos III. Barcelona: Romargraf, 1980; 2.417-2.511.
- NELSON, y cols.: *Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: Saunders Company, 1983.
- PLAZA, J.: *Puericultura*. Barcelona: Jims, 1974; 28.
- TORO, J., CERVERA, M., TALE.: *Test de análisis de lectoescritura*. Madrid: Visor, 1984.
- MCCARTHY, D.: *Escalas McCarthy de Aptitudes y psicomotricidad para niños MSCA*. Madrid: TEA, 1983.

9. KAUFMAN, A., N.: *Evaluación clínica de los niños con las escalas McCarthy*. Madrid: TEA, 1983.
10. CORMAN, L.: *El test Pata Negra*. Barcelona: Herder, 1981.
11. CORMAN, L.: *Psicopatología de la rivalidad fraterna*. Barcelona: Herder, 1974.
12. SILVA, F. y MARTORELL, C.: La batería de socialización. Valencia: Promolibro 1982.
13. SILVA, F. y cols.: *Dimensiones de la socialización escolar*. En: Fernández, R. *Nuevas aportaciones en evaluación conductual*. Valencia: Alfapplus, 1981.
14. BOEHM, A.: *Test de conceptos básicos*. Madrid: TEA, 1972.
15. PORTUONDO, J.: *Escala de Wechsler-Bellevue. Su enfoque clínico*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1970.
16. MATARAZZO, J.: *Wechsler, medida y valoración de la inteligencia*. Barcelona: Salvat, 1976.
17. WECHSLER, D. WISC.: *Escala de inteligencia para niños*. Madrid: TEA, 1983.
18. PIAGET, J.: Seis estudios de psicología. Barcelona: Planeta Agostini, 1985.
19. PIAGET, J.: *Psicología y pedagogía*. Barcelona: Ariel, 1977.
20. PIAGET, J., INHELDER, B.: *Las operaciones intelectuales y su desarrollo*. En: Fraisse, P. y Piaget, J. *Tratado de psicología experimental II*. Buenos Aires: Paidós, 1973.
21. CHAMBERS, J.: *Maternal deprivation and the concept of time in children*. Am. J. Orthopsychiat., 1961; 31: 406.
22. ILLINGWORT, R.: *El desarrollo infantil en sus primeras etapas*. Barcelona: Médica y Técnica, 1983.
23. PRINGLE, M., BOSSIO, V.: *A study of deprived children*. Vita Hum., 1958; 65: 1.
24. GOLDFARB, W.: *Psychological privation in infancy and subsequent adjustment*. Amer. J. Orthopsychiat., 1945; 15: 247.
25. CAHN, R.: *Un enfoque psicoanalítico de los trastornos de la lengua escrita en el niño*. En: Ajuriaguerra, J. y cols. *La dislexia en cuestión*. Madrid: Pablo del Río, 1977; 93-102.
26. MARI, J.: *Influencia del ambiente familiar sobre los trastornos del lenguaje*. Valencia: Rev. Españ. de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía, 1956; 83-84: 139-146.
27. JADULLE, A.: *Aprendizaje de la lectura y la dislexia*. Buenos Aires: Kapelusz, 1966.
28. LOBROT, M.: *¿Existe una patología del aprendizaje de la lengua escrita?* En: Ajuriaguerra, J. y cols. *La dislexia en cuestión*. Madrid: Pablo del Río, 1977; 147-153.
29. AJURIAGUERRA, J. y cols.: *La dislexia en cuestión*. Madrid: Pablo del Río, 1977.
30. KOHLER, C.: *¿Distléxicos, disortográficos o «malos lectores» y «malos escritores»?* En: (29): 135-141.
31. DUCHÉ, D.: *La psiquiatría del niño*. Barcelona: Oikos Tau, 1977.

# Cuestionario para la detección de patología de inhibición en población escolar (7-11 años): C.E.D.P.I.-90

J. Tomas\*, B. Oliva\*\*, S. Arxé\*\*\*, N. Bassas\*\*, M. Trias\*\*

Barcelona

## RESUMEN

Este cuestionario ha sido diseñado con la idea de facilitar al profesional de la salud mental, el trabajo en un campo tan extenso que denominamos bajo el epígrafe de «patología de inhibición».

Creemos que, sin duda, será de interés poseer un instrumento que nos ayude en la detección de posibles problemas en la población infantil escolar de 7 a 11 años de edad. Por ello, a través de la función de *Indicador* que pretende el CEDPI, se mejora enormemente la prevención e intervención adecuada en Psiquiatría y Psicología Infantil de posibles estados patológicos y/o anormales, no considerados como tales por otros profesionales afines a la Paidopsiquiatría, evitando de este modo futuras complicaciones en el desarrollo normal y adecuado del niño.

El cuestionario, en sí, no tiene mayor tensión que la descrita; esto es que debe utilizarse únicamente como indicador y, que por

lo tanto, en ningún caso, pretende llegar a un diagnóstico del niño en cuestión.

Ese empeño, planteado inicialmente, ha desembocado en el cuestionario de detección de patología de inhibición (CEDPI) que consta de 90 ítems, a los que debe responderse objetivamente con una única posible alternativa: Sí o No.

**Palabras clave:** Inhibición. Cuestionario. Indicadores.

## MATERIAL UTILIZADO. CONSTRUCCIÓN. MÉTODO. DESCRIPCIÓN

En primer lugar nos planteamos el hecho de partir de unos criterios diagnósticos validados y aceptados por unanimidad. Por ello, acudimos a los sistemas de clasificación actuales más importantes: RDC y DSM-III-R.

Una vez revisados cuidadosamente y, posteriormente, refundidos a través de diversas reuniones de estudio realizadas en nuestro departamento de paidopsiquiatría de la Clínica Infantil, llegamos a la decisión de considerar 6 grandes grupos diferenciados de patología de inhibición: — Ansiedad, — Depresión, — Fobias, — Panick attack, — Obsesiones, — Tr. Esquizo-afectivo.

Unitat de Psiquiatria. L'Hospital Universitari Materno-Infantil Vall D'Hebron. Barcelona.

\* Jefe de Unidad.

\*\* Adjunto clínico.

\*\*\* Licenciado en Psicología.

En segundo lugar revisamos numerosas escalas clínicas actuales relacionadas con el tema, destinadas, total o parcialmente a detectar alguna de dichas patologías. Las escalas utilizadas fueron las siguientes:

- Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión. 1967.
- Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión. Subescala de melancolía (Bech). 1981.
- Escala autoaplicada para la evaluación de la depresión de Hamilton. 1960.
- Escala autoaplicada para la evaluación de la depresión de Hamilton. Subescala de melancolía (Bech). 1981.
- Escala autoaplicada para la medida de la depresión de Zung y Conde. 1967.
- Escala autoaplicada y autovalorada para la depresión de Zung y Conde. (1965-66).
- Escala heteroaplicada y heterovalorada para la depresión de Zung y Conde. (1965-66).
- Inventario de Beck para las depresiones. 21 items.
- Escala autoaplicada para la evaluación de la depresión de Beck. 21 items.
- Inventario de depresión de Beck. Forma corta o reducida. 13 items.
- Escala autoaplicada para la evaluación de la depresión-ansiedad de Beck/Pichot. 33 items.
- Escala de evaluación del cambio de la sintomatología depresiva (Montgomery-Asberg). 1979.
- Escala de evaluación autoaplicada para la depresión de Carroll. 1981. 52 items.
- Escala de valoración de la ansiedad de Max Hamilton. 14 items. 1959.
- Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton. 1959.
- Escala heteroaplicada para la evaluación de la ansiedad (A.S.I.) de Zung.
- Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad (S.A.S.) de Zung.
- Escala de ansiedad manifiesta de Taylor. 1953.
- Escala para la depresión de Raskin. 1970.
- Escala de ansiedad de Covi. 1974.
- Escala de ansiedad, depresión y vulne-

rabilidad. 1981.

— Escala autoaplicada para la evaluación del Stress-Apoyo social (del departamento de Salud Mental de California). 1981.

— FSS-III. Escala de miedos de Wolpe y Lang.

— Cuestionario de miedos (Marks y Mathews).

— Escala de evaluación del comportamiento fóbico de Marks.

— Diagnóstico y antecedentes de ataques de pánico de Cottraux.

— Escala de fobias, pánico y ansiedad difusa de Cottraux.

— Batería de Sheehan.

— Test comportamental de evitación de Marks.

— Cuestionario de terrores FSS-122.

— Escala C.D.S. de depresión infantil.

Del estudio de dichas escalas, podrían deducirse las siguientes afirmaciones:

a) Todos los cuestionarios tienen unas subcategorías en las que se basan sus items.

b) Dichas subcategorías se parecen, si no coinciden, en la práctica totalidad de las escalas.

c) Los items formados son en todos los casos de dos tipos: unos básicos o guías y otros más bien secundarios, que facilitan la mayor precisión de la escala o del cuestionario (siguiendo siempre los criterios diagnósticos del DSM-III-R y RDC).

d) Podía realizarse un supuesto perfil teórico de cada una de las escalas, dando mayor profusión e importancia a unas puntas (o categorías) y no tanto a las demás.

De ahí partió la idea de intentar hallar todas las subcategorías que debía tener nuestro cuestionario para englobar las 6 patologías de inhibición anteriormente mencionadas.

Después de numerosas reuniones del departamento, con psiquiatras y psicólogos experimentados en psicometría y en el trabajo clínico práctico, se consideraron como suficientes un total de 17 subcategorías, que podían encontrarse en las grandes patologías iniciales descritas. Como siempre, independientemente de las ideas de los facultativos y profesio-

nales de la salud mental, se tenía presente el esquema directriz que ofrecían el DSM-III-R y el RDC. Las subcategorías elegidas, son:

- 1) Actividad motora
- 2) Aislamiento
- 3) Alimentación
- 4) Ansiedad física
- 5) Ansiedad psíquica
- 6) Autólisis. Ideas de muerte
- 7) Culpa
- 8) Fracaso
- 9) Hedonia/Anedonia
- 10) Humor
- 11) Insomnio
- 12) Irritabilidad
- 13) Juicio
- 14) Miedo
- 15) Obsesiones. Ideas obsesivas
- 16) Rituales. Manías. Anancasmos
- 17) Timidez. Inseguridad. Retraimiento

Una vez obtenidos todos estos datos y resultados, restaba el pensar como construir nuestro cuestionario, probándolo y validándolo posteriormente, antes de utilizarlo como instrumento propiamente dicho.

Sabíamos que nos íbamos a encontrar con problemas de difícil solución, siendo quizás los más importantes:

- a) cansar al niño con demasiados ítems,
- b) que no entendiésemos correctamente el significado de los mismos, dada su corta edad,
- c) que dudásemos en múltiples ocasiones, invalidando el cuestionario o su función de indicador,
- d) acumular falsos positivos y falsos negativos, que disminuyesen la sensibilidad del instrumento, etc.

Ante todo ello debíamos ser muy cautos y por lo tanto, además de realizar un cuestionario fácil de responder con los mínimos ítems indispensables y con un lenguaje claro y accesible para un niño de esta edad, teníamos que conseguir que no resultase excesivamente fatigoso o aburrido.

Consiguientemente a dichas expectativas y a las reuniones de discusión realizadas a nivel intradepartamental, se optó finalmente por introducir una nueva subcategoría compuesta de

ítems neutros, sin intención ni valor en la posterior corrección y valoración, para conseguir en cierto modo flexibilizar el cuestionario, disminuyendo su rigidez y direccionalidad. También se decidió, que si todas las escalas revisadas tenían un número específico de ítems guía y otros de menor importancia, pero complementarios, nosotros partiríamos también de la misma pauta.

Ello nos llevó a la consecución de formular 5 preguntas, afirmaciones o ítems, para cada una de las subcategorías, de las cuales se consideraban 2 como guía y 3 como secundarias. Los ítems considerados como patológicos, se formulan tanto de forma positiva como negativa, para evitar una tendencia o intencionalidad en las contestaciones dadas por los niños que lo respondan.

Obteníamos por lo tanto un total de 90 ítems, teniendo en cuenta los 5 ítems de la nueva subcategoría neutra introducida. Cabe destacar el hecho de utilizar los criterios diagnósticos para resolver la cuestión de prioridades en los ítems, es decir, para coincidir en cuales de ellos se consideran guía y cuales secundarios.

Únicamente quedaban por realizar los dos últimos pasos para finalizar la construcción de nuestro cuestionario:

- formular con un lenguaje apropiado y adecuado los 90 ítems escogidos y
- distribuirlos totalmente al azar, previa comprobación de no haberse producido excesivas homogeneidades entre diversas subcategorías parecidas.

El cuestionario obtenido, es el que presentamos a continuación:

## INSTRUCCIONES PARA REALIZAR EL CUESTIONARIO

**Muy importante:** Por favor, *No* escribas nada en este cuadernillo de preguntas. Utiliza solamente la hoja de respuestas.

El cuestionario tiene 90 preguntas y una hoja de respuestas para que marques con una cruz, la casilla que tu creas acertada.

Por ejemplo: ME GUSTA MUCHO TOCAR LA GUITARRA

Si estás de acuerdo, entonces

SI	NO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si no estás de acuerdo, entonces

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Cuando hayas contestado todas las preguntas, habrás terminado.

Procura contestar todas las preguntas, sin dejarte ninguna.

Si te equivocas y quieres cambiar la respuesta, rellena totalmente la casilla equivocada.

Por ejemplo:

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------

Si quieres cambiar la respuesta, debes hacer

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------------

y ahora la respuesta válida es la otra.

**Si tienes alguna duda o no lo entiendes, pregunta lo que quieras a la persona que te pasa el cuestionario.**

1. Prefiero hacer cualquier cosa, o buscar alguna excusa, para ir a dormir lo más tarde que pueda.
2. Me divierto y me gusta lo que hago, y pensar en lo que haré.
3. Mis compañeros tienen más motivos que yo para estar contentos.
4. En casa me siguen diciendo que tengo que comer y comer.
5. Normalmente, me tiemblan las manos o sudo, sin ninguna razón.
6. Creo que este curso también me irá mal.
7. Me duermo enseguida cuando voy a la cama y ya no me despierto hasta por la mañana.
8. Los demás se divierten más que yo y les pasan cosas más agradables.
9. Tengo ganas de preparar lo que haré los

10. Me olvido de comer el bocadillo más de la mitad de los días.
11. Creo que tengo alguna enfermedad que no me la encuentran.
12. Muchas veces tengo mala suerte.
13. Si me despierto por la noche, me cuesta volver a dormir.
14. Siempre me pasa lo mismo, y por eso no vale la pena que haga nada.
15. Estoy más contento que mis compañeros.
16. Me gusta comer.
17. Me duele algo sin saber muy bien qué es: la cabeza, la barriga, etc.
18. Aunque quiera estudiar, no encuentro nunca el momento.
19. Me cuesta dormirme cuando estoy en la cama.
20. Me preocupa más el pasado que el futuro.
21. Lloro muchas veces por cosas que me hacen o me dicen otros niños.
22. Como porque hay que comer o porque me obligan.
23. Me pongo «rojo» por cualquier cosa.
24. No me siento capaz de casi nada.
25. Me despierto varias veces por las noches.
26. Casi siempre estoy aburrido, y no se qué hacer.
27. Estoy más triste que mis compañeros.
28. Estoy más gordo/delgado que los niños de mi edad.
29. Estoy tranquilo de no tener nunca vergüenza ni nervios.
30. Si estudio, seguro que aprobaré.
31. Creo que muchas veces «me paso», cuando me riñen o me castigan.
32. Me doy cuenta de si hago las cosas bien o mal.
33. Me da miedo lo desconocido: personas, sitios, cosas.
34. Para hacer cualquier cosa necesito algún compañero.
35. Empiezo a pensar que es mejor estar solo que acompañado.
36. Puedo equivocarme como los demás.
37. Cuando me enfado, me gustaría pegar a alguien o romper cosas, pero no lo hago.

38. Muchas veces no sé que hacer cuando tengo que escoger algún juego, ir a un sitio, etc.
39. Soy valiente y atrevido como los otros niños.
40. Creo que los demás piensan que soy menos valiente de lo que soy.
41. Últimamente no me aceptan como soy.
42. Ser bueno ya no está de moda.
43. Soy uno de los que más me peleo en el colegio.
44. A veces veo u oigo cosas raras que los demás no ven ni oyen.
45. En casa o en el colegio me dicen que tengo mucho miedo, que soy un miedica.
46. Me canso enseguida.
47. Los demás me dejan de lado a la hora de jugar.
48. Cuando me porto mal, aunque no me pillen, me siento mal.
49. Me enfado enseguida con mis compañeros por cualquier cosa.
50. Siempre me cuesta reconocer que me he equivocado.
51. Me asusta quedarme solo en mi casa.
52. Me cuesta mucho decidirme entre dos o más cosas.
53. Me aburre hablar con mis compañeros.
54. A menudo me arrepiento de muchas cosas.
55. Me gusta que me lleven la contraria.
56. Puedo hacer las cosas como mis compañeros.
57. Tengo mucho miedo a algunas cosas, personas o animales.
58. Aunque me cueste, intento acabar lo que empiezo.
59. Siempre se qué hacer aunque esté solo.
60. Los demás no creen que soy tan bueno.
61. Alguna vez he pensado en serio en morir o en matarme.
62. Creo que podría hacer más cosas de las que hago.
63. Creo que podría pasarme algo si no hago ciertas cosas.
64. Me atrevo a salir voluntario en clase.
65. Me pasa mucho que tengo ideas raras en la cabeza y no sé como quitármelas.
66. Me gusta mucho ver la TV.
67. Alguna vez he tenido un accidente un poco queriendo.
68. Me ponen más deberes de los que puedo hacer.
69. Puedo hacer las cosas un día de una manera y otro día de otra diferente.
70. Creo que cualquier compañero puede hacer o decir las cosas mejor que yo.
71. Pienso muchas veces en lo mismo y no se por qué.
72. Creo que las vacaciones tendrían que ser más largas.
73. Me gusta vivir como vivo.
74. Me cuesta más que a los demás estar tranquilo.
75. Me lavo las manos más de cinco veces al día.
76. Prefiero no decir nada para que no se rían de mí.
77. Me cuesta quitarme ideas de la cabeza, o dejar de pensar en algo aunque lo intente.
78. Leer es un aburrimiento. No me gusta nada de nada.
79. A veces me encuentro muy mal, sin ganas de nada, como muerto.
80. A veces no puedo parar quieto con los pies, con las manos.
81. No me gusta ir a otro lavabo que no sea el de mi casa.
82. Se qué hacer o decir en cualquier momento y lo hago o digo sin problemas.
83. Cuando quiero dejo de pensar en lo que me preocupa.
84. Prefiero los colores claros a los oscuros.
85. A veces, pienso que la muerte soluciona algo.
86. Cuando juego me riñen muchas veces en casa o en el colegio.
87. Tengo que hacer siempre las mismas cosas para sentirme bien.
88. Cuando hago las cosas, no estoy seguro de si las hago bien o mal.
89. Paso mucho más tiempo que los demás pensando como puedo hacer o decir algo.
90. En verano me gusta irme de vacaciones a la montaña.

FIN DE CUESTIONARIO. GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Hoja de corrección (plantilla)

HOJA DE RESPUESTAS

CURSO: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

1	SI	NO	31	SI	NO	61	SI	NO
2			32			62		
3			33			63		
4			34			64		
5			35			65		
6			36			66		
7	SI	NO	37	SI	NO	67	SI	NO
8			38			68		
9			39			69		
10			40			70		
11			41			71		
12			42			72		
13	SI	NO	43	SI	NO	73	SI	NO
14			44			74		
15			45			75		
16			46			76		
17			47			77		
18			48			78		
19	SI	NO	49	SI	NO	79	SI	NO
20			50			80		
21			51			81		
22			52			82		
23			53			83		
24			54			84		
25	SI	NO	55	SI	NO	85	SI	NO
26			56			86		
27			57			87		
28			58			88		
29			59			89		
30			60			90		

INSERIBID  
 HED. ZAHN.  
 HUMOR  
 ASIMETRIA,  
 ANG. FIS.  
 FROCADSO  
 INHIBIBIL.  
 SUICIO  
 GUEBO  
 ANIS. PSI.  
 A RESUMIEN.  
 CULPA  
 AUTOLISES  
 ACT. FOTOSI.  
 INT. FOMIAS  
 FIBROSES  
 OBSESION

TOTAL SI   
 TOTAL NO

**CORRECCIÓN. INTERPRETACIÓN**

La corrección del cuestionario se realiza a través de 2 hojas: la hoja de respuestas y la plantilla única de papel vegetal.

En la plantilla correctora se señalan las respuestas patológicas y, además, también se especifica cuales son los items guía y los secundarios, con lo que se favorece y facilita todo el trabajo.

Todo ello se anota en la misma hoja de respuesta, que a su derecha tiene un casillero con cinco posibilidades para cada una de las 17 subcategorías mencionadas. El examinador o corrector anota el número de respuestas que da el niño por subcategoría, especificando con una aspa o cruz las respuestas patológicas guía, con una barra diagonal las patológicas secundarias, y dejando la casilla en blanco si la respuesta no es patológica.

De este modo, se favorece posteriormente la construcción de un perfil personal de cada niño.

Nos queda entonces por determinar que perfiles-punta se aceptan y cuales no. Para ello, en función de lo dispuesto tanto en los criterios diagnósticos internacionales, como en las reuniones de discusión intradepartamentales, y por las características de indicador que tiene el cuestionario, consideramos un mínimo

## CUADRO I

*Normas para la corrección*

— Si el aspa que escribe el sujeto coincide en una casilla, debe colocarse una barra diagonal en el lugar correspondiente de la subcategoría que corresponde.

Ejemplo:

— Si el aspa que escribe el sujeto coincide en una casilla verde, debe colocarse una cruz en el lugar correspondiente de la subcategoría adecuada.

Ejemplo:

Se valora como puntas las subcategorías que tengan un mínimo de cuatro preguntas consideradas como patológicas.

de 4 preguntas patológicas de un posible máximo total de 5, independientemente de que se obtuviese: — 2 guía y 2 secundarias o — 1 guía y 3 secundarias o — 3 guía y 1 secundarias.

Ello facilita que el niño con posible patología de inhibición pueda ser encaminado hacia uno de los 6 grandes grupos considerados inicialmente.

Corregido el cuestionario, pasamos a comentar su interpretación y valoración. Nos fue indispensable agrupar las diversas subcatego-

## CUADRO II

Tendencias	Preguntas-indicador
Ansiedad	1, 5, 7, 10, 14, 16.
Depresión	2, 3, 6, 7, 12, 13.
Fobias	4, 7, 9, 10, 11, 15.
Obsesiones	6, 8, 11, 15, 17.
Panick attack	5, 9, 10, 14, 16.
Tr. Esquizo afectivo	3, 5, 7, 8, 11.

rías en las patologías descritas, utilizando para dicho menester el RDC y el DSM-III-R. Se consideraron entonces unos perfiles generales y distintos para cada uno de los 6 grupos, que serían los modelos o patrones a los que compararíamos los perfiles obtenidos para intuir la posible direccionalidad del niño con patología de inhibición.

Evidentemente faltaba asegurar y autenticar los resultados obtenidos por nuestro cuestionario a través de diversas pruebas estadísticas de validez y fiabilidad, a las cuales llegamos después de realizar un estudio piloto a nivel interhospitalario, con 100 niños comprendidos entre dichas edades, que provenían de distintos departamentos de la Clínica Infantil. Los resultados se expondrán en otro artículo.

# Caso clínico

## Comentarios a un caso de anorexia mental

F.M. Espín Jaime, J.C. Espín Jaime

*Málaga*

### RESUMEN

Se presenta un caso clínico que reúne los criterios diagnósticos del DSM-III-R para considerarlo como Anorexia Mental y que tiene como particularidad el que evoluciona hacia un trastorno paranoide.

Se realizan consideraciones sobre la identidad de este cuadro, muchas veces confusa, en el que se ha considerado toda una serie de alteraciones psicopatológicas que no guardan más relación con ella que su parentesco en el plano sintomático.

Tras la delimitación clínica se describe su estructura psicopatológica y los más frecuentes cursos evolutivos, junto a las diversas estrategias terapéuticas propuestas. Se comenta la catalogación psicótica o neurótica de este cuadro en función de los factores psicodinámicos, patogénicos y evolutivos.

### HISTORIA DE LA ENFERMA

Paciente (I.M.R.) de 17 años, mujer, soltera, residente en Los Barrios (Cádiz) y de un nivel socioeconómico bajo. La historia de su

trastorno se inicia en el año 1987 (hace año y medio, si tomamos como referencia el momento en el que acude a nuestra consulta) cuando comienza a restringir la ingesta alimenticia. Previamente había hecho un régimen de adelgazamiento a fin de conseguir «el peso ideal». Sus familiares advirtieron comportamientos raros en relación con la alimentación, una mayor tendencia al aislamiento, irritabilidad, un tono depresivo del humor y un temor exagerado ante la posibilidad de engordar. Posteriormente se añadieron mareos, vómitos posprandiales —muchos de ellos provocados— y desde hace 9 meses amenorrea y estreñimiento.

El cuadro se mantiene con estas características hasta hace dos meses en que se produce una agudización: con una total negativa a comer por anorexia, según la paciente, se intensifican y se hacen más manifiestos los vómitos, la búsqueda y uso de laxantes. En el momento en que nosotros la vemos, septiembre 1988, ha perdido un total de 18 kilos y ha desarrollado de forma progresiva una caquexia; no presenta conciencia de enfermedad; aparece poco conversadora, retraída, refiriendo un cortejo sintomático depresivo, con insomnio, elementos paranoides y fóbicos. Posteriormente aparecen ideas delirantes y alucinaciones: cree que hay micrófonos en su casa y que la espían los muchachos, oye voces que la ame-

Comunicación presentada al VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona mayo 1990.

nazan, etc; y piensa que son los chicos del pueblo que siempre se han metido con ella por ser «fea y gorda».

Los familiares insisten en los datos más significativos: su negativa a comer, los vómitos y la delgadez extrema, aceptada y buscada por la paciente que incluso llega a afirmar que necesita perder algunos kilos más para conseguir el peso ideal; lo que crea tensiones en el medio familiar.

Sus conductas anoréxicas son evidentes: negativa a aumentar de peso, dismorfofobia, ingesta de alimentos hipocalóricos que hace de manera lenta y parsimoniosa, rechazo de las grasas, etc, vómitos espontáneos generalmente posprandiales pero también independientes de la ingesta y autoinducidos, estreñimiento, sensación de plenitud, búsqueda y toma de laxantes, algún episodio bulímico seguido de vómito, tendencia a esconder y guardar la comida, hiperactividad etc.

La evolución ha sido alternante en estos últimos meses: en principio, sin lograr una mejoría franca, se consiguió detener la pérdida de peso; posteriormente se han obtenido mejorías transitorias derivadas fundamentalmente del período de internamiento y consiguiendo aislamiento del medio familiar.

Así en un principio fue tratada ambulatoriamente con antidepresivos y ansiolíticos añadiéndose posteriormente neurolépticos. Durante la hospitalización, momento en que por primera vez se separa de su madre, se produce una evolución favorable, mostrando una buena actitud ante la alimentación oral, comiendo de todo aunque manteniendo como norma general no terminar ningún plato; engordando dos kilos y realizando crítica parcial de los trastornos paranoides que presentaba. En esta situación y con el diagnóstico de anorexia nerviosa, delirio paranoide de perjuicio y déficit nutritivo, es dada de alta, con un peso de 36,5 kilos, continuando tratamiento psicoterápico y psicofarmacológico (Dogmatil, Largactil y Tryptizol) en régimen ambulatorio.

Tras dos años se mantiene con una alimentación reducida, sale poco de casa y mantiene la creencia delirante de perjuicio.

## DATOS PSICOBIOGRÁFICOS Y DE PERSONALIDAD

Penúltima de 8 hermanos, 6 hembras y dos varones (la menor entre las hembras). Sus primeros recuerdos en el medio familiar son pocos y negativos, con sentimientos de frustración, abandono, inseguridad: no se le atendía en sus demandas, sentimiento de desplazamiento respecto a sus hermanos mayores, rechazo. Hasta los 8 años vivió en el campo en un Cortijo, aislada, con los vecinos más próximos a varios kilómetros, edad con la que, y a raíz de la muerte de su padre, se trasladó junto a toda la familia al pueblo.

Los recuerdos acerca de su padre son escasos: siempre estaba fuera, le tenía miedo y murió del hígado ya que, dice, le gustaba la bebida. Desde entonces el rol paterno lo asumió el hermano mayor figura a la que teme y obedece, y al que define como serio, trabajador, poco hablador y aficionado a la bebida. La madre, más apegada a ella, le mostraba más confianza, con conducta sobreprotectora, y con la que se relaciona de forma ambivalente y contradictoria.

La escolaridad fue regular, no llegando a terminar sus estudios primarios. Durante la infancia y debido a las especiales circunstancias de hábitat las relaciones sociales se limitaban a su familia, y aunque posteriormente cuando se trasladaron al pueblo se ampliaron algo, siempre fueron difíciles, especialmente con gente de su edad y hombres. Pocos amigos, ella dice una o dos con las que establece una estrecha relación de dependencia.

Menarquia a los 12 años. Desde siempre se ha sentido acomplejada, nunca se ha gustado, se sentía fea y gorda. Y aunque comenzó a salir a las discotecas, cada vez ponía más excusas para no hacerlo porque se sentía molesta.

No ha tenido novios, ni ha salido con ningún chico. Comenzó a trabajar, sirviendo en las casas, desde los 14 años; responsable y cumplidora, no tuvo problemas. Desde hace dos meses dejó el trabajo a iniciativa familiar con lo que el aislamiento social se hizo más patente.

La visión de su delgadez actual es positiva para ella, se gusta más a sí misma, se acepta mejor, se ve más bella, y rechaza un posible aumento de peso.

En la personalidad premórbida destacan como rasgos más sobresalientes la introversión, inhibición, envidia y la dependencia que de la valoración de los demás presenta. No constaban antecedentes psicopatológicos ni enfermedades previas de interés. Sí había antecedentes familiares de tratamiento psiquiátrico y abuso de tóxicos.

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

— Exploraciones biológicas: Analítica sanguínea: normal, aumento VCM. Proteinograma: aumento de la alfa-1 y alfa-2 globulina. Radiografía de tórax: normal. EEG normal. Exploración física: intensa delgadez, caquexia, abdomen blando. Exploración neurológica sin anomalías. Peso 34,5. Talla 1,58 cm. Determinaciones de vitamina B, ácido fólico y un triple estímulo hipofisario TRH, LH-RH e hipoglucemia con valores dentro del rango normal. Orina: normal.

## COMENTARIO

Nosotros entendemos que el diagnóstico sindrómico de este caso que presentamos es el de Anorexia Nerviosa o Mental, ya que reúne los criterios diagnósticos del DSM III-R y en el que durante su evolución, y no en un primer momento, aparecen ideas delirantes de perjuicio lo que nos sirve para discutir su adscripción nosológica.

Son pocos los autores que consideran a la anorexia nerviosa como una alteración del apetito; hoy en día se pone el énfasis en la desnutrición voluntaria y en la lucha contra el peso; de ahí que la identificación clínica se haga, y así ha sido en este caso, en base a la existencia de un patrón alimentario fundamentalmente restrictivo, apoyado en una búsqueda activa de la desnutrición y una preocupa-

ción persistente por el peso y el tamaño corporal, en el sentido de que tienden a sobrealimentarlo siendo especialmente sensibles a las informaciones que acerca de su peso les llegan desde su entorno, con un miedo intenso a engordar, trastornos de la imagen corporal y amenorrea.

Hay diversas opiniones acerca de cómo debe ser entendida desde una perspectiva psicopatológica la actitud distorsionada de la anoréxica hacia el peso. Mientras que para algunos guarda relación con las conductas obsesivo-compulsivas o histéricas y para otros tienen rasgos en común con las toxicomanías, los autores que más han profundizado en la cuestión sostienen que ha de ser entendida como una actividad que, por su marcada independencia con relación a la realidad objetiva de la paciente, estaría muy próxima a una conducta delirante, en donde es posible hablar de una actitud delirante sistematizada con un referente específico: el cuerpo.

Como primer hecho a destacar en nuestro caso tenemos que el trastorno actual ha de ser entendido, a nuestro juicio, como la culminación de una serie de acontecimientos psicobiográficos que van moldeando una personalidad y un estilo de reaccionar al ambiente, determinado.

Desde muy niña, nuestra paciente presenta un fuerte sentimiento de frustración, por verse desplazada e infravalorada, de inferioridad, con necesidad de autoafirmación y relación con su ambiente. Son patentes, por otra parte los rasgos de inseguridad, necesidad de aprobación y apoyo de otros. Señala Vaz Leal que la alteración del estado de ánimo de la paciente anoréxica, su tristeza, corresponde con profundos sentimientos de soledad, abandono y vacío interior, como consecuencia del fallo de los mecanismos que habitualmente pone en marcha para solventar sus conflictos. Así y aún cuando hallamos rasgos histéricos, ansiosos, depresivos y obsesivos conformando su personalidad, su dinámica se apoya en mecanismos básicamente paranoides con una fuerte tendencia al aislamiento, desconfianza, evitación de relaciones con componente emocional,

tendencia al control e ideal de omnipotencia narcicista.

También observamos ideas sobrevaloradas, experiencias de despersonalización, alucinaciones en forma de voces que le insultan y una vivencia corporal de carácter delirante. Nuestra paciente niega su delgadez y tiene un fuerte sentimiento dismorfofóbico. Bruch (1962) consideró la existencia de un defecto en el desarrollo perceptual como la causa de la Anorexia Nerviosa. Esta autora describió los trastornos de la imagen corporal (negación de la emaciación), trastornos de la percepción (falta de reconocimiento o negación de la fatiga, debilidad y hambre) y una sensación de ineficacia e incapacidad como consecuencia de experiencias de falso aprendizaje.

Para Selvini, la anorexia nerviosa sería una psicosis monosintomática caracterizada por una escisión del self de forma que el cuerpo no contendría al objeto malo sino que sería el propio objeto malo.

Según Castilla del Pino, la distorsión de la imagen corporal sería no una idea delirante sino una dislusión, esto es, una dismorfia psicótica, un error denotativo.

Dentro de las características del grupo familiar, diferentes autores (Selvini, 1971; Laxe Naire y Marchanch, 1977; etc) se han encargado de estudiar y describir las típicas de la personalidad del padre y de la madre.

Así estas últimas suelen ser dominantes, superprotectoras y agresivas mientras que los padres desempeñan un papel secundario por su debilidad de carácter. Rasgos todos ellos, que encontramos en nuestro caso.

Se realizó diagnóstico diferencial con todos aquellos trastornos caracterizados por una alteración más o menos importante de la función alimentaria: enfermedad orgánica intercurrente (tumores, enfermedades inflamatorias intestinales, infecciones o enfermedades metabólicas) descartadas por la exploración física y pruebas complementarias; trastorno afectivo de base, donde encontramos una especial atención a la desnutrición bien en forma de quejas o indiferencia por la inhibición, pero nunca encontramos la actitud desafiante auto-

complaciente y reiterativa de la anorexia; fobia más o menos selectiva de la alimentación, en este caso suele haber un contenido simbólico particular; consumo persistente de tóxicos que conllevaría a la desnutrición; otros trastornos funcionales digestivos (nauseas y vómitos, diarreas crónicas, regurgitación, rumiación, etc), ingestión de sustancias no nutritivas (pica), etc; trastorno de tipo esquizofrénico.

En el curso de la Anorexia Mental aparecen ideas delirantes y alucinaciones que podían hacer discutible aquel diagnóstico. No creemos que pueda ser este el caso. Estos pueden no ser más que síntomas de un trastorno previo y ser explicados dentro del primero (las ideas delirantes y las alucinaciones se englobarían dentro del cuadro de anorexia nerviosa, serían secundarias a ésta, y aunque comprendemos que nada puede concluirse de una descripción clínica individual, resulta apropiado, y de ahí el porque lo presentamos, para apoyar la cualidad psicótica que a nuestro juicio tiene esta anorexia nerviosa) y por otra parte porque nada obsta para que en un paciente se presente sucesivas o al mismo tiempo dos síndromes distintos, aún con relaciones dinámicas entre ellos, en nuestro caso Anorexia nerviosa y Trastorno paranoide de perjuicio.

Relativo a la evolución, el pronóstico es, en términos generales, excesivamente bueno, así, según Russell y colabs.: — más de 1/3 de las pacientes permanecen crónicamente enfermas (con bajo peso y amenorrea persistente); — 15-18 % mueren; — 23 % muestra una buena evolución, (nuestra paciente estaría en el primer grupo, con bajo peso aunque sin amenorrea), siendo factores de mal pronóstico (de acuerdo con Pierloot y colabs.): — La duración de la enfermedad; — El fracaso de los tratamientos previos; — La existencia de un medio familiar desfavorable, y — La baja motivación para el cambio.

En cuanto a la terapéutica, son varios los factores que han impedido hasta ahora una evolución favorable y que son los antes enumerados como de mal pronóstico, destacándose fundamentalmente la falta de conciencia

de enfermedad, la significación positiva que para ellas tiene la delgadez y la existencia de un entorno familiar y ambiental desfavorables. Los mejores resultados se obtuvieron durante la hospitalización; actualmente tiene indicado tratamiento farmacológico (antidepresivos, neurolépticos y estimuladores del apetito) y psicoterápico individual y familiar.

## Bibliografía

- BLISS, E., BRANCH, CH.: *Anorexia nerviosa*. Hoeber, Nueva York, 1960.
- BRUCH, H.: *Perceptual disturbances in anorexia nerviosa*. *Psychosom. Med.* 1962; 24: 187-194.
- BRUCH, H.: *The psychiatric differential diagnosis of anorexia nerviosa*. *Anorexia Nerviosa* Je Lueyer and H. Feldman, Eds.; Thieme, Stuttgart, 1965; 70-87.
- BRUCH, H.: *Eating disorders*. Basic Books, Nueva York; 1973.
- CIVEIRA, J., CIVEIRA, F.: *Aspectos clínicos de la Anorexia nerviosa*. *Psicopat.*, 1963; 3, 1: 67-80.
- HUON, G., BROWN, L.B.: *Psychological correlates of weight control among anorexia nerviosa patients and normal girls*. *Br. J. Med. Psychol.*, 1984; 57: 61-66.
- INGELMO-FERNANDEZ, J., VAZ-LEAL, F.J.: *Una aproximación psicopatológica al diagnóstico de la anorexia mental*. *Clin. Grupa*, 1985; 9: 485-492.
- KULING, J.W., SIQUEIRA, L.M.: *Diagnosis of anorexia nerviosa in the adolescent male*. *J. Adolesc. Health Care*, 1983; 4: 31-34.
- LEON, G.R., LUCAS, A.R., COLLIGAN, R.C., FERDINANDE, R.S., KAMP, J.: *Sexual body image and personality attitudes in anorexia nerviosa*. *J. Abnormal. Child. Psychol.*, 1985; 13, 2: 245-258.
- MICHAUD, P.A.: *Approche diagnostique de l'anorexia mentale en pratique courante*. *Rev. Med. Suisse Romande*, 1983; 103: 397-401.
- ORDEIG, M.T.: *Actividades de riesgo para la anorexia nerviosa*. *Rev. Psiquiat. Fac. Med. Barc.*, 1989; 16, 1: 13-26.
- PERPIÑA, C.: *Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal*. *Rev. Psiquiat. Fac. Med. Barc.*, 1989; 16, 6: 303-312.
- ROJO, E., TURON, V.: *Imagen corporal y anorexia nerviosa*. Revisión. *Rev. Psiquiat. Fac. Med. Barc.*, 1989; 16, 6: 313-321.
- SELVINI, M.P.: *Le vécu corporel*. *Evol. Psychiat.* 1967; 32: 149-173.
- TORO, J., VILARDELL, E.: *Anorexia nerviosa*. Ed. Masson, Barc., 1987.
- VAZ-LEAL, F.J.: *Anorexia. Categorización clínica e indicaciones*. Ponencia de la XVIII Cong. Nac. Asoc. Esp. Neuropsiq., Madrid, 1990.

# Reseñas terapéuticas

Anne, S. WALTERS et al.

*A case report of Naltrexone. Treatment of Self injury and social withdrawal in Autism. Journal of Autism and Developmental disorders. Vol 20, n.º 2, 1990*

La conducta autolesiva es una de las manifestaciones más graves de los pacientes con trastornos del desarrollo. Su prevalencia se estima desde un 22 % en la población institucionalizada a un 11 % en pacientes en la comunidad y de un 40 % en autistas. El mecanismo por el que se desarrolla y mantiene la conducta autolesiva no es bien conocido. Se han postulado diversas teorías entre las que está la del Trastorno del Sistema de Opiáceos Endógenos, planteando así la utilización terapéutica de un antagonista opiáceo como la Naltrexona. En este sentido, en un joven de 14 años deficiente mental y autista, con una conducta autolesiva severa de 11 años de duración, se le administró naltrexona. Los tratamientos previos conductuales y farmacológicos (clorpromacina, tioridacina, haloperidol, loracepam,...) fracasaron. Se realizó un doble ciego con placebo en 4 fases (de 21 días cada una): naltrexona-placebo-naltrexona-placebo. La naltrexona fue administrada por vía oral con una dosificación de 1 mg/kg/día (50 mg/día). La respuesta clínica fue favorable con marcada mejoría y la casi desaparición de la conducta autolesiva, así como de las explosiones de pánico, observándose durante la administración de naltrexona un descenso en el retraimiento social con incremento de la comunicación social.

Bernstein Gail A., Garfinkel, M.D. y Borchardt, Carrie M.

*Comparative studies of Pharmacotherapy for School Refusal. J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatr., 1990, 29, 5: 773-781*

Los autores presentan dos estudios comparando el Alprazolam y la Imipramina en el tratamiento de la fobia escolar. En el primer trabajo: sobre una muestra de 17 casos con fobia escolar (9 varones y 8 féminas) de una edad media de 14,17 (rango: 9-17 a.) realizan un estudio farmacológico abierto: 11 casos (65 %) cumplen criterios DSM-III para trastorno depresivo y trastorno de ansiedad, 4 (23 %) cumplen criterios sólo para depresivos y 2 (12 %) no cumplen criterios pero tienen síntomas de ansiedad y depresión. Cada paciente fue incluido en un programa terapéutico multimodal incluyendo programación del retorno («reentrada») a la escuela, psicoterapia y medicación. A diez pacientes se les administró Alprazolam y a siete Imipramina: el Alprazolam fue administrado en 2-3 tomas/día con un incremento de 0,25 mg cada 3 días y una dosis media de 1,43±0,97 mg/d (rango 0,75 mg-4 mg) y sólo 1 abandonó a causa de la sedación y sentimientos de ineficacia del tratamiento, alguno se quejó de sedación; la Imipramina fue administrada en una dosis al acostarse, con incrementos de 25 mg cada 3 dosis, dosis

media de 135,42±47,41 mg/día y unas tasas hemáticas dentro del rango terapéutico (125-250 mg/ml) excepto en un caso (55 mg/con positiva respuesta clínica), sólo un caso abandonó el tratamiento por cefalea occipital y alguno refirió molestias gástricas, sedación y/o boca seca. La mejoría global y el regreso a la escuela se consigue habitualmente tras 8 semanas de tratamiento. De los pacientes que completaron el tratamiento con Alprazolam (9); 6 (67 %) mostraron una mejoría moderada o marcada en la sintomatología de la ansiedad y depresión, 5 (55 %) volvieron a la escuela. De los pacientes que completaron el tratamiento con Imipramina (6); 4 (67 %) mostraron una mejoría clínica moderada o marcada y 3 (50 %) volvieron a la escuela. En el segundo trabajo: doble ciego placebo-Imipramina-Alprazolam lo realizaron con otros 24 niños, entre 7 y 18 años, con fobia escolar: 12 varones y 11 hembras, de edad media 14,12 a.±1,98.

Los diagnósticos, según DSM-III, fueron depresión mayor o trastorno adaptativo con humor depresivo en 10 casos; trastornos por ansiedad (excesiva o de separación) en 4 casos y trastornos combinados (ansiedad y depresión) en 10 casos. Al principio y al final del ensayo terapéutico farmacológico (8 semanas) todos los niños fueron estudiados física y analíticamente (analítica sanguínea y EEG) sin hallazgos de interés: paralelamente, al inicio de la 4.ª semana y la 8.ª semana se aplicaron las siguientes escalas de ansiedad y depresión: ARC, RCMAS, CDRS, CAI y CDS, así como semanalmente se determinó, en el caso de la imipramina, la tasa hemática. Aplicándose a las escalas un análisis estadístico (al inicio y a las 8 semanas), análisis de varianza y covarianza (a las 4 y 8 semanas) y análisis estadístico no paramétrico. También se aplicó un programa individual de reincorporación escolar, así como una psicoterapia individual semanal. La medicación se administró fraccionada tres veces al día durante 8 semanas para luego retirarse en 1 o 2 semanas en forma progresiva decreciente. La dosis de Alprazolam fue desde 0,02 a 0,3 mg/kg/d y desde 2,64 a 3,30 mg/kg/d para la imipramina (150 a 200 mg/d) dosis media de 164,29±19,67 mg/d con tasa hemática media (N=6) de 176,5±70,3. Cinco casos abandonaron el estudio y uno tuvo que ser ingresado por exacerbación de la clínica depresiva con ideación suicida, quedando así 6 pacientes en cada grupo de tratamiento. La medicación mostró una mayor mejoría con una diferencia significativa en la ansiedad frente al placebo. Igualmente, el Alprazolam y la imipramina demostraron una mayor respuesta terapéutica que el placebo en todas las escalas para depresión. Sin embargo, el análisis de covarianza no mostró diferencias significativas, planteándose así la necesidad de futuros estudios con una casuística mayor. La medicación fue bien tolerada con efectos secundarios clasificados como ligeros. Confirmando así la observación clínica de los autores de que la medicación puede ser una parte importante de la terapéutica en pacientes con fobia escolar.

X. GASTAMINZA

# Agenda

## **XXX REUNION SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL**

«El Desarrollo Psicosocial en los cinco primeros años».

Mesas redondas: Psicopatología infantil, Psicofarmacología, Intervenciones Psicoterapéuticas.

Del 6-6-91 al 8-6-91.  
Gijón.

## **SECOND EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHOLOGY. CULTURAL, DIVERSITY, INTEGRATION AND PSICHOLOGY**

Del 9-7-91 al 12-7-91. Budapest.  
EFPPA. Hungarian Psychology Association.

H-1378 P.O. Box. 4 Budapest.

## **NINTH WORLD CONFERENCE ON GIFTED AND TALENT CHILDREN**

Del 29-7-91 al 2-8-91.  
The Hague. Holanda World Council for Gifted. P.O. Box 463, 6500 AL Nijmegen.

## **THIRD CONGRESS OF THE WORLD ASSOCIATION FOR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION**

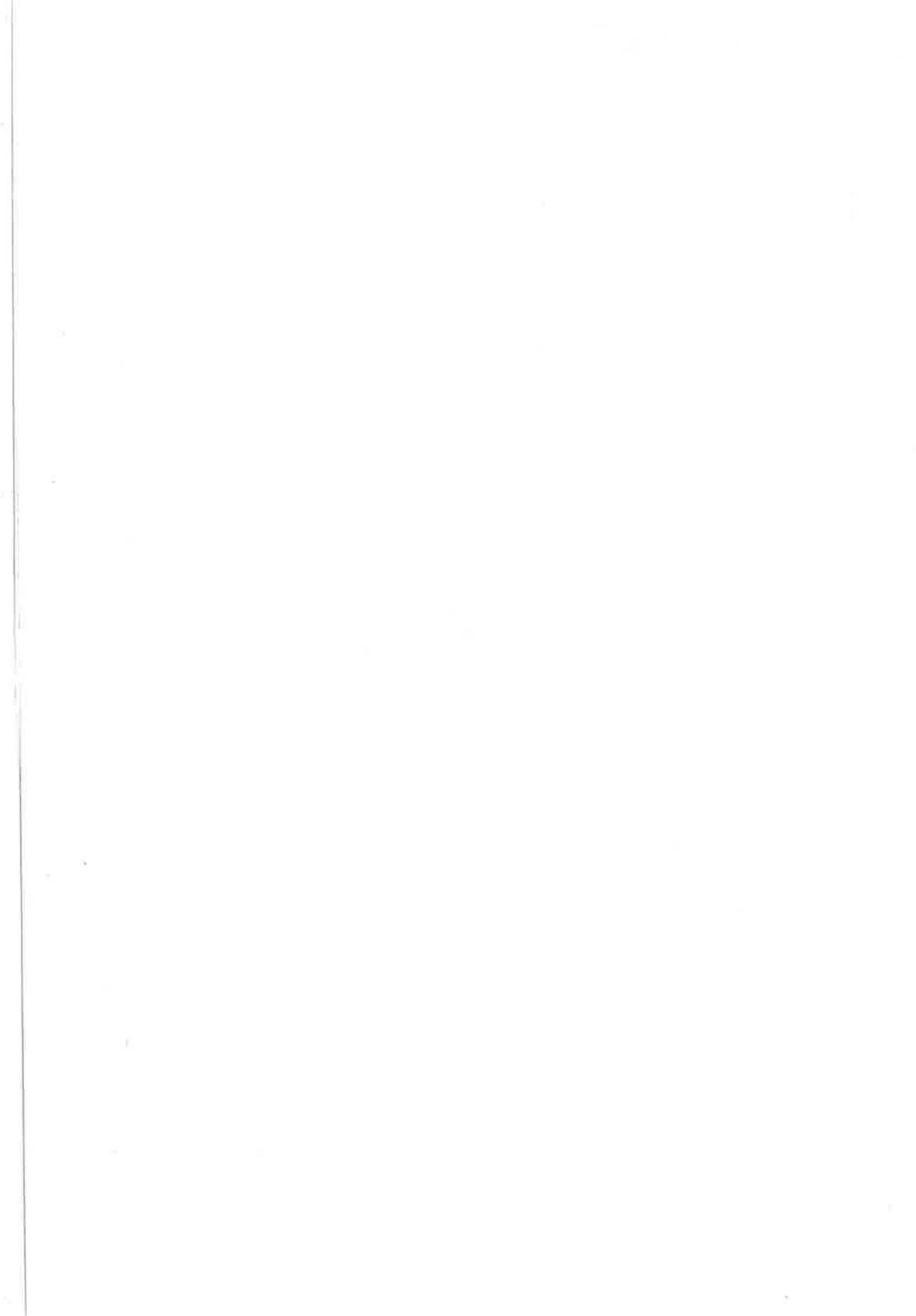
Del 13-10-91 al 16-10-91.  
World A. for Psychosocial (WAPR) Montreal. Canadá.

## **PRIMERES JORNADES SOBRE INTEGRACIÓ EN PSICOTERAPIA**

7-11-91 al 9-11-91.  
Societat Espanyola per la integració en Psicoterapia. Barcelona.

## **3.º CONGRESO DE EVALUACION PSICOLOGICA.**

Barcelona, 25-9-91 al 28-9-91.  
Comunicació i aprenentatge.  
Tel. 93 254 11 41.



**Nueva  
formulación**

**Comprimidos  
ranurados  
de liberación  
retardada**



**la dosis única diaria  
doblemente adaptable  
para el tratamiento de la depresión**

**Composición:** Clorhidrato de clomipramina. **Indicaciones:** Depresión de cualquier etiología, sintomatología y gravedad. Síndromes obsesivos y fobias. Enuresis nocturna. Síndrome de narcolepsia con crisis de cataplejía. Crisis de angustia (panic attacks). **Posología:** La dosis y forma de administración se determinan individualmente. Adultos: en depresiones, obsesiones y fobias, 1 grag. de 25 mg. ó 1/2 comp. de 75 mg el primer día, aumentando gradualmente hasta unos 150 mg/día o más en caso necesario. Una vez obtenida la mejoría, reducir hasta 2-4 grag. de 25 mg ó 1 comp. de 75 mg/día. En casos graves empezar por vía inyectable (1-3 amp/día, y pasar luego a vía oral). En narcolepsia con cataplejía, la dosis oscila entre 25 y 75 mg/día. En crisis de angustia, 10 mg/día inicialmente, aumentando hasta 25-100 mg o incluso 150 mg/día. Geriátria: inicialmente 10 mg/día y aumentar gradualmente hasta 30-50 mg/día, que se mantendrán durante todo el tratamiento. Niños: inicialmente 10 mg/día, y aumentar en unos 10 días hasta 20 mg/día en niños de 5-7 años, 20-50 mg/día en los de 8-14 años y 50 mg/día para mayores de 14 años. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad conocida a los antidepresivos tricíclicos del grupo de las dibenzazepinas, estadio agudo del infarto de miocardio y uso concomitante de IMAO. **Precauciones:** Insuficiencia cardiocirculatoria, trastornos de la conducción, hipotensión ortostática, tendencia a las convulsiones, retención urinaria, glaucoma. Para prevenir una agranulocitosis, controlar cuadro hemático en caso de fiebre, infección gripal o anginas. Anafranil puede menoscabar la capaci-

dad de reacción (manejo de maquinaria, conducción de vehículos). Si aparecen reacciones alérgicas se retirará el tratamiento. Dejar 15 días después de retirar un IMAO. Las grageas de 10 y 25 mg contienen lactosa. **Embarazo y Lactancia:** Usar sólo en casos imprescindibles en los 3 primeros meses de embarazo y no administrarlo en el último mes. Prescindir de la lactancia natural. **Incompatibilidades e interacciones:** Anafranil puede reducir el efecto hipotensor de la guanetidina y potenciar los efectos de la noradrenalina, adrenalina y otros fármacos depresores del SNC y anticolinérgicos. Posible incremento de la secreción de prolactina. Reducción de la tolerancia al alcohol. **Efectos secundarios:** Inicialmente, reacciones anticolinérgicas pasajeras. Posibles reacciones cutáneas alérgicas. En casos aielados, trastornos de la conducción, arritmias, insomnio, confusión y aumento de la ansiedad. Raramente, trastornos hepáticos, hiperpirexia, convulsiones, agranulocitosis y trombocitopenia. **Intoxicación y tratamiento:** Síntomas: somnolencia, inquietud, ataxia, hipotensión y depresión respiratoria. Tratamiento: eliminación del fármaco, hospitalización y tratamiento sintomático. No existe antidoto específico. **Presentación y P.V.P. (IVA):** Comprimidos ranurados de 75 mg, envase calendario con 28, 1.444 ptas. **Otras presentaciones:** Ampollas de 25 mg (2 ml), envase con 6, 349 ptas. Grageas de 10 mg, envase con 50, 481 ptas.; de 25 mg, envase con 40, 654 ptas.

**GEIGY** División Farmacéutica  
Apartado 1828. Barcelona.