

AÑO 1990
N.º 4

REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO - JUVENIL



ORGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

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 Figueroa
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 Llavería
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 Atienza
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.^a Conde López
Secretaría: J. M.^a Illa Taulats
Vocales: J. L. Alcázar Fernández
R. Ferrer Gelabert
X. Gastaminza Pérez
C. Gómez-Ferrer Górriz
F. León Ramos
C. Linares Von Schmitterlow
R. Martínez Figueroa
P. Rodríguez Ramos
J. M. Romacho Romero
L. Sordo Sordo
L. Teixidó Masip

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

Dr. J. M.^a 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

Comentario breve: Consideraciones generales sobre el uso de psicofármacos en la infancia	221
<i>J. Tomás Vilaltella</i>	
Prevención a largo plazo de la salud mental en la infancia. Un estudio de registro de casos en Holanda	225
<i>G.H.M.M. Ten Horn</i>	
El síndrome de privación psicosocial: factores ambientales y conducta humana	231
<i>M.J. Mardomingo</i>	
Estructura familiar y psicopatología infanto-juvenil	245
<i>A. Rodríguez, M.D. Domínguez, A. Perdigüero, C. Rodríguez, A. Alonso</i>	
Algunos aspectos sociopsicopatológicos de los malos tratos en la infancia	250
<i>J.L. Pedreira Massa</i>	
Consideraciones metodológicas en la evaluación de niños con alteraciones cerebrales orgánicas: el informe de los padres	259
<i>J. León Carrión, M. Gómez de Terreros, M. Nieto-Barrera, J. Gómez de Terreros</i>	
Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados	265
<i>J. Canals Sans, R. Barceló Aznar, E. Domènech Llaberia</i>	
Tratamiento antidepressivo en dos grupos de niños y adolescentes con un intervalo de 13 años	267
<i>M.T. Alcalde Lapiedra, I. Freire Santos, J.M. Velilla Picazo</i>	
El uso de neurolépticos de depósito en las psicosis infantiles: a propósito de un caso de psicosis desintegrativa	277
<i>C. Ferrer Dufol, A. Bonals Pi</i>	
Caso clínico	282
<i>F. León Ramos</i>	
Reseñas terapéuticas	284
Comentario de publicaciones	285
Agenda	286

Comentario breve

Consideraciones generales sobre el uso de psicofármacos en la infancia

J. Tomás Vilaltella

Barcelona

La utilización de psicofármacos en la infancia obliga a unas medidas especiales y a una atención específica ya que al niño, al ser un individuo en evolución orgánica y psicológica, no se le pueden aplicar los conocimientos de la psicofarmacología tal como se aplicaría a los adultos. Por otra parte, hay pocas, aunque cada vez más, publicaciones sobre psicofarmacología en pediatría. El estado poco brillante de la clasificación nosológica en el campo de la Psiquiatría Infanto-Juvenil aumenta mucho más la dificultad en valorar efectos positivos, primarios, secundarios, o negativos de cada fármaco, en una realidad psicopatológica determinada.

La clasificación diagnóstica es fundamental para realizar indicaciones que puedan ser valoradas y comparadas, tanto a nivel de las aplicaciones psicofarmacológicas como de otras medidas terapéuticas. Todavía los profesionales paidopsiquiatras no reconocen en

su mayoría al DSM-III-R como una clasificación satisfactoria, tanto en nuestro país como en muchos otros. La Paidopsiquiatría aún no ha encontrado un acuerdo para las agrupaciones fenomenológicas que permitan identificaciones precisas en determinados trastornos y todavía sus expertos no se ponen de acuerdo en prevalencias multiaxiales.

DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA INFANCIA

Como ya hemos señalado, un sistema fidedigno de clasificación diagnóstica es fundamental para el desarrollo de la Psiquiatría del niño. Tal arte en Psiquiatría Infantil está muy retrasada respecto a la Psiquiatría General, aunque su nivel no es inalcanzable.

Hay diagnósticos en Psiquiatría General que son muy ambiguos como: depresión endógena, depresión neurótica, esquizofrenia, etc. No tan sólo en los aspectos más complejos como la etiología, etc, sino también a nivel de la fenomenología.

En el campo infantil hay menos investigaciones en Psiquiatría y Psicofarmacología por

Jefe de Unidad de Psiquiatría.
Hospital Universitario Materno-Infantil de La Vall d'Hebrón.
Departament de Farmacologia y Psiquiatria.
Universitat Autònoma. Barcelona.

menor preparación y experiencia de los profesionales. No se han fomentado las investigaciones sobre lo biológico de los trastornos mentales y sí para los factores dinámicos y sociales.

Hasta hace poco se opinaba que: los trastornos en la infancia sólo eran consecuencia del ambiente familiar (los padres eran los culpables hasta que se demostraba su inocencia) desechando analíticamente disfunciones intrínsecas del niño, o bien se insistía exclusivamente en los procesos intrapsíquicos del niño: defensas ioicas contra los peligros de la desestructuración psicótica o neurótica.

Es atrayente disponer de culpables cuando el niño tiene problemas interpersonales lo que es cierto por ejemplo en casos de privación afectiva o en malos tratos, pero no es la regla general en toda la patología infantil. Esta actitud no ha permitido construir modelos psicopatológicos y delinear trastornos específicos que puedan ser sometidos a la comprobación psicofarmacológica.

La revolución en los tratamientos de los trastornos severos de los adultos asociado al desarrollo de técnicas de investigación psiquiátrica, junto a la mejor capacidad para la evaluación de los efectos del tratamiento, permite generar modelos de patogénesis que se proyectan a la psiquiatría infantil revolucionando los conceptos sostenidos hasta la actualidad y permitiendo el inicio del estudio de la psicofarmacología en la infancia.

Los fundamentos psicológicos, al igual que otros mecanismos, son importantes para comprender la patología, pero al incluirse en la nomenclatura psiquiátrica infantil constituyen un impedimento para una elaboración diagnóstica fidedigna. Según Prugh la única aproximación posible a un sistema de clasificación de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia es la fenomenológica, por ser primariamente descriptiva más que explicativa.

VALORACIÓN CLÍNICA

Un cuadro diagnóstico preciso del niño per-

mite una mayor confianza en la formulación del diagnóstico final después del ensayo o tratamiento psicofarmacológico, al mismo tiempo que se realiza una más completa evaluación de los efectos positivos de la medicación y no se pasan por alto los efectos negativos. Por ello, plantearse propuestas clínicas distintas a los profesionales de Psiquiatría General de valoración diagnóstica o de tratamiento farmacológico, o bien sugerir posibles efectos farmacológicos no necesariamente terapéuticos, facilita el propósito del tratamiento psicofarmacológico: inducir un rápido cambio terapéutico que modificará la capacidad funcional del niño y/o sus síntomas.

IMPORTANCIA DE LOS INFORMADORES MÚLTIPLES

Los índices de tolerancia paternos, las necesidades psicológicas que se satisfacen en el hijo, tanto desde un punto de vista negativo como positivo, modifican la información de lo que ocurre o sobre las posibles causas de los trastornos y el motivo de consulta. A menudo es difícil reconocer lo objetivo y lo subjetivo en el relato de los padres y la entrevista con el niño no aporta tampoco la suficiente información, o bien ésta es contradictoria con la obtenida en la anamnesis familiar. En estos casos es cuando más valiosa es la información extrafamiliar obtenida a través de la escuela, centros educativos u otros elementos familiares más alejados que los propios padres.

EXPLORACIONES

El primer tipo de exploración lo constituye la entrevista directa con el niño, siempre necesaria, aunque la información objetiva esté mediatizada por el nivel mental, el nivel de expresión verbal, la edad y el tipo de trastorno que padezca el niño.

Las escalas de valoración comportamental, para la familia o la escuela, son de una inestimable ayuda para el diagnóstico y el control

evolutivo del paciente, pero sin duda alguna nunca podrán sustituir las otras fuentes de información diagnóstica.

La exploración neurológica no aporta en general ningún dato de interés para utilizar un psicofármaco u otro, al igual que el EEG u otras pruebas de tipo neurofisiológico, pero, disponer de un balance neurológico es de gran utilidad para la valoración de ciertos psicofármacos en ciertos pacientes o en ciertas entidades. Determinadas alteraciones del EEG pueden desaconsejar el uso de según que psicofármacos y obligar a una profundización en la exploración neurológica.

La determinación de los aspectos psicométricos como el QI o las valoraciones aptitudinales propias de los tests neuropsicológicos, al igual que las aportaciones de los tests proyectivos, son de escasa validez para ayudarnos a decidir sobre el uso de un psicofármaco u otro. Ello no significa que para el control de la medicación y de sus efectos, no pueda ser de utilidad el uso seriado de pruebas psicométricas.

CONSIDERACIONES GENERALES AL USO DE PSICOFÁRMACOS: MEDIDAS A TENER EN CUENTA

Obtener la colaboración de los padres es fundamental para la consecución de un tratamiento farmacológico en la infancia. Ello obliga a tener en cuenta un conjunto de situaciones que influyen en la forma de dar la información como, a su vez, en la regularidad de la administración del fármaco.

Debemos informar de cuáles son los beneficios que se espera obtener de los fármacos, y de los posibles efectos secundarios, cómo se corrigen y si pueden o no obligar a cambiar una pauta de administración medicamentosa. Se comentará con ellos la necesidad de informar a la escuela y de la necesidad de la colaboración del maestro para obtener información sobre los efectos o bien, para la administración del fármaco al paciente. A veces es conveniente informar ampliamente a la escuela

del por qué de una prescripción farmacológica, para evitar sabotajes.

Es conveniente aclarar la diferencia entre una droga y un medicamento, empleando siempre este último vocablo, clarificando que la medicación no creará dependencia o adicción y que, por lo tanto, no conduce al abuso ni a daño permanente de ningún tipo; se abundará en que todos los adultos que tengan alguna relación con el niño entiendan el alcance de la medicación y su significado, junto a la implicación orgánica que el uso de tal preparado tiene para el niño. Señalaremos las incompatibilidades con otros fármacos, en caso de existir, y el por qué de estas incompatibilidades.

No debe subestimarse la colaboración de los adultos que rodean al niño. La actitud que adopten frente a la medicación influirá en las expectativas que tal prescripción producen en el propio niño, facilitando su cooperación en la dosificación y tomas y mejorando su actitud hacia los efectos que produzca.

Sin duda, en tratamientos de hiperactividad o de ansiedad entre otros, es prudente ser cautos en cuanto a pronósticos sobre la efectividad terapéutica. Siempre será útil, para facilitar la administración y consecución de un tratamiento, hacer balances conjuntos con los padres de los efectos de la medicación, adoptando una actitud flexible sobre el uso de un fármaco; una actitud lo más permeable y permisiva posible que permita la crítica y el análisis de la medicación prescrita, abriendo así la posibilidad de considerar otros medicamentos, incluso, sugeridos por terceros.

El uso de fármacos en la infancia, obliga también a plantear al niño una serie de premisas, evidentemente según la edad y de acuerdo a la posibilidad de comprensión que su enfermedad le permita. Siempre que sea posible daremos a conocer el tipo de ayuda que la medicación ofrece y se evitará que el niño crea que el medicamento es quien resuelve sus conflictos, como si él fuera un sujeto pasivo de la acción terapéutica. Tal creencia sería totalmente negativa y sin duda tendría consecuencias evolutivas y educativas no deseables para

el niño. El engañar al niño diciéndole que toma vitaminas o cualquier tipo de sustancia inocua no permite después tener entrevistas directas con él para analizar los efectos del fármaco y disminuye la información durante el curso terapéutico. El niño debe estar ampliamente informado del por qué toma una medicación, cual es su ayuda específica, y cómo debe esforzarse para colaborar y dirigir su propia maduración evolutiva.

El tratamiento farmacológico debe someterse a un control monitorizado. La dosificación no tiene en principio gran relación con la talla y el peso, tampoco con la edad (a menor edad no corresponde menos dosis proporcionalmente). En general es recomendable iniciar con dosis bajas e ir aumentándolas gradualmente hasta conseguir un nivel aceptable de acción o bien el nivel terapéutico comprobable biológicamente de concentración en sangre. El incremento gradual propuesto disminuye generalmente los efectos secundarios y hace más tolerable la medicación; por las mis-

mas razones es de interés la dosificación fragmentada a lo largo del día aunque la vida del fármaco en sangre sea prolongada.

Aunque el paciente sea un adolescente y aparentemente pueda responsabilizarse de su medicación, no es oportuno que los padres deleguen en él esta función; tampoco es conveniente que alguien modifique la medicación sin la autorización del médico, puesto que tales actitudes comportan riesgos en cuanto al control de la medicación. Conviene periódicamente, una vez al año cuando la administración es muy prolongada, comprobar la eficacia de la medicación retirándola temporalmente y sustituyéndola por un placebo, según sea posible o se considere necesario; tales interrupciones, se harán en aquellas épocas de mayor estabilidad del niño para facilitar la comprobación del efecto terapéutico de forma lo más precisa posible.

Siempre será conveniente la eliminación del fármaco de forma lenta y progresiva.

Prevención a largo plazo de la salud mental en la infancia. Un estudio de registro de casos en Holanda

G.H.M.M. Ten Horn.

Eemeroord, Holanda

RESUMEN

Descubrir si un tipo de cuidados o tratamientos obtiene más resultados que otros a largo plazo, puede servir de ayuda a la hora de idear formas conjuntas de actuaciones preventivas (a largo plazo) en los Servicios de Salud Mental Infantil.

Los datos obtenidos del registro psiquiátrico de casos en el área de Groningen, sobre 90 niños de edades comprendidas entre 0 y 12 años que acudieron a la primera visita durante los años 1976-77, se estudiaron durante un período de 4 años a partir de su contacto inicial con el Centro.

La frecuencia de contactos durante el primer año parece predecir la cantidad de «care»* realizados en años posteriores: el contacto frecuente durante el primero y siguientes años evi-

ta un tratamiento mucho más prolongado posteriormente.

Es necesaria una adecuada Clasificación Diagnóstica Multiaxial para estudiar la relación entre los trastornos psicopatológicos infantiles y el modelo de actuación terapéutica a seguir.

Palabras clave: Registro psiquiátrico de casos. Servicios psiquiátricos infantiles. Prevención.

INTRODUCCIÓN

Un Registro Psiquiátrico de Casos tiene un limitado valor para fines o propósitos epidemiológicos así como para el desarrollo de programas preventivos, debido a que es poco probable que incluya a todos los residentes de una población definida con un trastorno psicopatológico identificable. No todos los niños con trastornos psiquiátricos están atendidos y no todos los Centros que ofrecen cuidados a este tipo de niños están incluidos en el registro. A pesar de esto, los datos del registro psiquiátrico de casos pueden ser de considerable importancia al evaluar la efectividad del limitado número de servicios registrados.

Un registro es un proceso evolutivo del paciente y no un hecho aislado, y por tanto es longitudinal y acumulativo; esto hace posible

* («Care: traducción amplia de actuaciones, cuidado y en general tratamientos»).

Dra. G.H.M.M. Ten Horn, Medical Sociologist Eemeroord.

Zandheuwelweg, 4. 3744 MN BAARN, HOLANDA.
Trabajo presentado en las III Jornades Monogràfiques d'EPIDEMIOLOGIA EN PSIQUIATRIA INFANTIL. Societat Catalana de Psiquiatria Infantil. 2 de Junio de 1990.
Traducción: J.E. de la Fuente Molina.

seguir a los pacientes a través del tiempo y estudiar su tasa de acumulación dentro del sistema de servicios. Descubrir si un cierto tipo de tratamiento obtiene mejores resultados a largo plazo que otro, puede ser de ayuda a la hora de idear formas para la conjunción de cuidados preventivos en la salud mental a largo plazo. Este trabajo describe los modelos o tipos de tratamientos en Salud Mental, utilizados en niños hasta los doce años, durante el período de cuatro años a partir de su primer contacto con un Servicio Psiquiátrico.

El Area de registro y los Servicios de Salud Mental

El registro Groningen, modelado tras el registro Camberwell (1), cubre una ciudad de la región norte de Holanda con una población aproximada de 43.000 habitantes. Este registro se inició el 31 de diciembre de 1973 comenzando con un punto de prevalencia basal.

Desde entonces ha funcionado bien y fue ampliado a la totalidad de la provincia de Drenthe, con una población de 430.000 habitantes el 1 de enero de 1986. Las principales características del Registro Groningen han sido expuestas en varias publicaciones (2).

El registro incluye centros de Salud Mental —públicos y privados— ubicados en la ciudad y su área con servicios de internado, atención de día y asistencia ambulatoria. Ninguno de estos centros actúa exclusivamente en el área del registro. Los servicios disponibles para niños son:

- Servicios externos en la ciudad, para niños y jóvenes. En 1977 el «equipo psiquiátrico joven» del servicio social psiquiátrico y el «centro de guía para el niño» se integraron pasando a formar parte del Instituto Regional para el cuidado Ambulatorio de la Salud Mental (RIAGG) que existe desde 1982.

- Una clínica y unidad psiquiátrica externa para niños dentro de un hospital (universidad) general, a unos 30 km. de la ciudad objeto del registro.

- Una clínica externa y hospital para retrasados mentales, en la misma población.

- Dos pequeños hospitales psiquiátricos para niños no residentes en la ciudad, desde finales de los setenta.

La plantilla de los servicios externos está compuesta por psiquiatras infantiles cualificados, psicólogos, enfermeras sociales psiquiátricas y asistentes sociales. Además los servicios internos también incluyen terapeutas especializados que trabajan con un grupo de niños muy selectos.

Muestra

Hemos estudiado los niños de 0 a 12 años que acudieron a consulta desde el 1 de enero de 1976 hasta el 31 de diciembre de 1977. Estos niños no habían mantenido contacto con ningún servicio de salud mental durante los años 1974-75. Si habían tenido algún contacto previo fue antes de que el registro fuera operativo.

El muestreo incluye 90 niños, 56 chicos y 34 chicas, lo que significa 4,8 menos casos anuales por 1.000 en la población concretada. Los grupos por edades muestran porcentajes progresivos de incidencia con un máximo en los 9 años: 0-4 años: 2,8; 5-6 años: 4,5; 7-8 años: 8,4; 9-10 años: 8,3; 11-12 años: 3,8.

Para estudiar los modelos de tratamiento la muestra fue seguida durante un período de cuatro años, acabando el último paciente registrado hacia finales de 1981. La mayoría de todos los niños empezaron como pacientes externos: 81 tuvieron su primer contacto con el servicio infanto-juvenil en la misma ciudad; 1 con la clínica externa infanto-juvenil de la universidad; y 4 con la clínica externa para retrasados mentales. Además, 4 niños fueron admitidos en el hospital para retrasados mentales.

Modelos de tratamiento durante el primer año a partir de la entrada al registro

La Tabla I muestra que la pauta más común consiste en las infrecuentes consultas con los pacientes externos por un período de más de tres meses (modelo 3:45%). Un tercio de los

TABLA I

Modelos de tratamiento durante el primer año, a partir del momento de entrar en el registro, en relación a la asistencia recibida en los siguientes años.

Modelos de tratamiento durante el 1er. año a partir de la entrada en el registro	Total	Todavía de nuevo en tratamiento durante el 2.º, 3.º, 4.º año	
	N %	N	Aún en tratamiento al fin del 4.º año
1. Sólo un contacto ext.	13 (14)	1	—
2. Contacto ext. por un período de menos de 3 meses	18 (20)	3	—
3. Contacto ext. de una vez cada 2 semanas, por 3 meses más o menos	41 (45)	17	8
4. Uno o más contactos ext. cada 2 semanas, por 3 meses o más	14 (15)	7	1
5. Admisión en hospital	4 (4)	4	3
Total	90 (100)	32	12

pacientes recibieron tratamiento en un período de menos de tres meses: con una única visita externa (modelo 1:14%) o con una media de 4,1 contactos (modelo 2:20%).

Muy pocos niños fueron internados en el hospital (modelo 5:4%), pero esto todavía refleja, hasta cierto punto, la escasez de facilidades para el internamiento de niños durante aquella época. Los frecuentes contactos con pacientes externos —1 o más consultas quincenales durante 3 o más meses (modelo 4:15%), aunque parezca raro dan un rango de contacto más alto que para pacientes de 18 o más años durante el mismo período (7%: ver Giel y Ten Horn (2)).

Los niños con infrecuentes contactos externos (modelo 3) que continuaron recibiendo tratamiento en años siguientes (N = 17) tuvieron 12,4 contactos de media durante el primer año, mientras que los otros 24 niños de dicho modelo, cuyo tratamiento fue discontinuo tuvieron 7,5 contactos. Una diferencia similar en la media de contactos durante el primer año también puede observarse entre los niños con frecuentes contactos externos (modelo 4): 30,7 contactos para aquéllos que continuaron frente a 17,6 de aquéllos cuyos con-

tactos no fueron continuos durante algún tiempo. Está claro que en ambos grupos —aquéllos con infrecuentes y aquéllos con frecuentes contactos externos durante el primer año— la duración del período de tratamiento influye en la media anual del número de contactos. Los niños con «tratamiento intensivo» recibieron entre 2 o 3 sesiones de tratamiento por mes, mientras que los otros sólo tuvieron alrededor de una.

Modelos de tratamiento durante el seguimiento de tres años

La «intensidad» (frecuencia) del tratamiento durante el primer año resultó ser indicativo de la cantidad de sesiones recibidas en años siguientes: los 17 niños con contactos infrecuentes al principio (modelo 3) recibieron de media por año posterior otros 6,8 contactos, comparados con los 11,6 contactos por año de los 7 niños con sesiones frecuentes durante el primer año (modelo 4). En total estos 24 niños que continuaron tratamiento externo durante el segundo, tercero y cuarto año, junto con otros 4 que iniciaron tratamiento (ver Tabla I: modelo 1 y 2), mantuvieron 609 con-

tactos externos durante estos 3 años siguientes, comparados con 815 contactos del total de la muestra durante el primer año.

Con todo y con esto no todos los 24 niños estuvieron en tratamiento continuado por un período de 4 años, es más: 7 mostraron una interrupción de 6 o más meses en el tratamiento y 8 tuvieron varias interrupciones de 3 o más meses, sólo 9 niños estuvieron en asistencia externa continuada, lo que significa que durante el período total de cuatro años ellos nunca estuvieron tres meses sin ver a un profesional de la salud mental.

La asistencia frecuente durante el primer y siguientes años evita o protege de un tratamiento más prolongado en el tiempo: al final del 4.º año sólo uno de los 7 niños con asistencia intensiva (modelo 4) seguía con la asistencia terapéutica, mientras 8 de los 17 con infrecuentes contactos (modelo 3) la seguían necesitando.

Tipificar la clase de contacto es un asunto difícil pero se puede observar que el asesoramiento o tratamiento de uno o ambos padres y la terapia familiar fue dada más a menudo a los niños y sus familiares que continuaron en contacto tras el primer año (88 y 42%) que a aquéllos que estuvieron como mínimo tres meses en tratamiento pero luego lo dejaron (68% de los padres aconsejados y el 13% en terapia familiar).

Equipo de trabajo multidisciplinario

El tratamiento externo que un niño (y su familia) recibe es raramente llevado a cabo por un solo miembro del equipo. Excluyendo a los niños con solo un contacto externo (N = 13; 14%), el 59% de los restantes fueron atendidos por dos o más miembros del equipo durante los primeros cinco, o menos contactos y el 73% fueron atendidos de igual forma durante el primer año de tratamiento. De los 24 niños con contacto prolongado durante los siguientes años (N = 17, modelo 3 y N = 7 modelo 4), todos menos uno fueron visitados por más de un miembro de la plantilla. En la mayoría de los casos (53 de 56) ver a varios miem-

bro de la plantilla significó contactar con diversos tipos de profesionales (psiquiatra, enfermera o psicólogo). Sin embargo, contactar con miembros de la plantilla de la misma profesión fue también común pero menos de lo esperado (24 de 56), en algunos casos debido a renovación del personal.

DISCUSIÓN

Aunque el número de casos nuevos, por 1.000 de población, que llegan a los servicios de salud mental es mucho menor para niños que en adultos debido en parte al uso que se hace de los servicios alternativos, como se menciona en la introducción, tenemos que concluir que el uso continuado que estos niños hicieron del sistema de cuidados para la salud mental no es menos intenso que el que hicieron los adultos.

Contacto continuado en años siguientes con niños que estuvieron en el primer momento en tratamiento por menos de tres meses (N = 1 del modelo 1 y N = 3 del modelo 2) es inusual, —cuatro de ellos, 13% de 31, volvieron— comparado con el 9% de aquéllos de la muestra de todas las edades con modelos de tratamiento 1 o 2 que nosotros estudiamos (2). Además, cuatro años después del primer contacto, 12 niños (13%) seguían todavía en tratamiento, comparado con el 15% de la muestra del estudio total de todas las edades mencionadas previamente (2).

De estos niños que se encontraron exclusivamente en tratamiento externo (N = 12), sin considerar a los tres admitidos como retardados mentales, ocho recibieron contactos infrecuentes (modelo 3) durante un período de cuatro años, con un porcentaje de una visita o menos al mes.

En la introducción la cuestión planteada era si sería posible descubrir una conexión entre un tipo determinado de tratamiento (frecuencia de contactos) y la necesidad de posterior uso de los servicios de salud mental durante más tiempo, que no si se trataba de otro tipo de tratamiento. Aunque nos basamos en pe-

queñas cifras parece que estamos capacitados para responder positivamente a esta pregunta: para niños, los contactos infrecuentes conllevan a menudo un uso prolongado de los servicios de salud mental. Este no fue el caso para los adultos (2).

El problema con el que nos encontramos ahora es si podemos predecir qué niños tienen mayor probabilidad de recibir este infrecuente tipo de tratamiento. No hemos podido encontrar una relación particular entre las características sociodemográficas (edad, sexo, tipo de familia, clase social, etc.) y el tipo de tratamiento que el niño recibió.

Podría habernos ayudado el hecho de conocer más sobre el motivo del contacto (motivo de consulta) y el diagnóstico, debido a que parece probable que exista una relación entre estas características y el tratamiento (prolongado) recomendado. Pero la información que teníamos sobre ellas era incompleta.

La existencia de tan pobre información sobre el motivo de consulta y el diagnóstico no satisfizo al equipo de registro de casos, ni tampoco al servicio de asesoramiento infantojuvenil, pero era de esperar por parte de los profesionales que anotaron las características ya que ningún sistema de clasificación parece adecuado para las necesidades de todos los diferentes profesionales. Otros investigadores en Holanda (3) también han notado este problema. Los psiquiatras infantiles están en general muy familiarizados con los sistemas de clasificación bien conocidos como ICD-9 y DSM-III, pero parece que los usan principalmente para propósitos externos, en publicaciones y contactos con colegas fuera del servicio. Los pedagogos especializados ven poco valor en estos sistemas como para usarlos en su trabajo, y los psicólogos raramente «creen» en ellos y se mantienen escépticos sobre la validez de estos sistemas de clasificación (4). Se conoce poco sobre cómo es el trabajo de las enfermeras usando estas clasificaciones y cómo juzgan ellas su relevancia en el trabajo que desempeñan.

Sin embargo, y como ya ha señalado anteriormente, la mayoría de los niños tratados,

en los servicios externos, han contactado con un mínimo de dos tipos diferentes de profesionales, y ciertamente no todos han sido visitados por el psiquiatra.

Por lo tanto, y no únicamente debido a necesidades del equipo de registro, se vió que merecía la pena, o era incluso necesario, hacer un esfuerzo para encontrar una manera de desarrollar un buen sistema de clasificación multiaxial, que pudiera ser aceptable e incluso relevante a los diferentes profesionales relacionados con el caso. De hecho, el desarrollo de esta clasificación ha aumentado la comunicación entre los diferentes miembros de los equipos multiprofesionales y puestas al descubierto algunas desavenencias además de haber creado mayor claridad sobre las diferencias existentes en las propuestas de los distintos profesionales. Tal proceso, desafortunadamente, lleva mucho tiempo. Sólo es fruto de nuestra primera impresión el pensar que el desarrollo de esta clasificación puede ser de gran valor a la hora de estimular a los profesionales a encontrar ideas para tratamientos preventivos a largo plazo, debido a que en aquellos niños con tratamiento por más de tres meses, el número de ellos con frecuentes contactos parecían incrementarse (5).

Si la frecuencia de contactos es realmente un factor importante en la prevención del tratamiento a largo plazo de la salud mental infantil, deberíamos encontrarnos con muy pocos niños todavía en tratamiento de varios años. Si no fuera así, estaremos al menos capacitados para decir qué niños son los que con probabilidad deberán recibir tratamientos infrecuentes y prolongados.

Bibliografía

1. WING, J.K. and HAILEY, A.M., eds. *Evaluating a Community Psychiatric Service: the Camberwell Register 1964-1971*. London, Oxford, University Press, 1972.
2. GIEL, R. and TEN HORN, G.H.M.M. *Patterns of Mental Health Care in a Dutch Register Area, Social Psychiatry*, 17: 117-123, 1982.

3. SCHNABEL, P., VAN DIEST, C., GOEDHART, A.W. En Treffers Ph.D.A. *Kind van drie meesters: ontwikkelingspsychologen, orthopedagogen en kinderpsychiaters over zichzelf en elkaar*. NcGv-reeks 102, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht, 1987.
4. VERHULST, F.C. *DSM-III in de kinderpsychiatrie*, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25: 127-141, 1983.
5. TEN HORN, G.H.M.M., WOUTERS, J.L. and BRUG, A. *De geestelijke gezondheidszorg voor kinderen tot en met 12 jaar*, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27: 128-138, 1985.

El síndrome de deprivación psicosocial: factores ambientales y conducta humana

M.J. Mardomingo.

Madrid

RESUMEN

La dicotomía en las Ciencias de la Salud Mental entre el ambiente y lo genético-biológico ha generado la discusión más apasionante y la menos fructífera habida en el seno de nuestra especialidad. La dependencia de paradigmas determinados y de variables socio-culturales ha hecho girar irremisiblemente el constructo final.

El estudio de la deprivación ambiental expresada como la ausencia de estimulación de potenciales de base es un «banco de pruebas» privilegiado en la investigación de la relación —mejor interrelación— entre lo innato y lo adquirido originando superestructuras de imbrincación en donde deslindar uno u otro vector es imposible.

Palabras clave: Deprivación psicosocial. Niños institucionalizados.

El interés por el estudio de los factores ambientales y su repercusión en la conducta del

niño, es tal vez una de las características más significativas de la psiquiatría actual.

La medicina del siglo XX ha puesto de manifiesto la enorme importancia de los factores sociales en la aparición de las enfermedades. De hecho el medio sociocultural al que el hombre concreto pertenece modula la aparición de enfermedades y los modos de enfermar. Desde que Selye realizó sus trabajos sobre el estrés, la enfermedad se entiende como una respuesta adaptativa del ser humano a un medio adverso y agresivo. La enfermedad se convierte así, en última instancia, en una expresión de la vida y por tanto en un fenómeno socio-cultural. Una mejor comprensión de la enfermedad y de la medicina se traducen en una mejor comprensión de la cultura y de la sociedad, donde se dan, y viceversa. La medicina es actualmente una ciencia social (21).

Si los factores ambientales influyen y determinan los modos de enfermar, mayor es aún su importancia en el desarrollo de la conducta del ser humano. Es decir, la conducta del hombre adulto, el nivel intelectual y la adaptación y éxito social dependen en gran medida del ambiente en que ha vivido y muy especialmente del ambiente en que transcurrió su infancia.

Jefe de Sección de Psiquiatría Infantil. Hospital Provincial. Madrid.

FACTORES GENÉTICOS VERSUS FACTORES AMBIENTALES

La importancia de los factores genéticos y de los factores ambientales en el normal desarrollo de la conducta del niño ha sido valorada de distinta manera por unas y otras escuelas psicológicas. La escuela nativista ha concedido una importancia, en ocasiones absoluta, a los factores estructurales, cromosómicos, que permitirían la puesta en marcha de mecanismos innatos escasamente influenciados por el aprendizaje. La escuela epigenista, por su parte, ha concedido prioridad a los factores ambientales. El ambiente sería el verdadero rector de la conducta del niño, con extraordinaria importancia en el proceso evolutivo de la humanidad.

Piaget con su psicología genética se ha situado entre ambas posturas extremas. Para este autor el comportamiento infantil es el resultado de la interacción entre su bagaje congénito y su diferenciación acomodativa al ambiente, a través de un proceso de asimilación integradora.

Los factores cromosómicos estructurales, van a ser fundamentales durante las primeras fases del desarrollo determinando las formas de reacción habituales del recién nacido. Más adelante la dominancia cambia de signo y si bien los factores genéticos continúan y continuarán siendo la base del comportamiento, el aprendizaje, el ambiente, modificarán su organización. Son los factores ambientales los que permitirán la puesta en marcha del potencial congénito del niño y son los que posibilitarán la adquisición de funciones de nivel jerárquico superior tales como el lenguaje (17, 22).

FACTORES AMBIENTALES Y CONDUCTA ANIMAL

La investigación de las situaciones de privación ambiental y su repercusión sobre la conducta del niño, se han centrado fundamentalmente en el estudio de niños institucionaliza-

dos. Estas investigaciones han tenido que afrontar numerosas dificultades de tipo metodológico y ético, de ahí que muy pronto surgiera el interés por los estudios a nivel animal que permiten diseños más rigurosos y cuyos resultados, si bien no pueden trasladarse directamente al nivel humano, sí permiten extrapolar algunas de las conclusiones.

La experimentación animal ha demostrado como perros y ratas criados en un ambiente con una estimulación sensorial muy escasa, experimentan un intenso deterioro de la conducta y presentan un menor número de sinapsis y una menor riqueza de arborizaciones dendríticas. Diversas investigaciones sustentan la hipótesis de la existencia de una cierta relación entre mielinización y función. Así determinadas circunstancias que aceleran o retrasan la puesta en marcha de una actividad funcional afectan también el proceso de mielinización. Así por ejemplo Le Gros Clark (18) demostró que si a un animal recién nacido no se le permite ver la luz con un ojo, la mielinización del nervio óptico de ese ojo está retrasada en comparación con la del otro ojo que ha estado funcionando. Así mismo, cuando un niño nace prematuro, el proceso de mielinización se acelera. Si a un gatito recién nacido se le mantiene inmovilizado se comportará como ciego al dejarlo en libertad.

Monos criados en situación de aislamiento, privados de contacto físico con otros miembros de su grupo, desarrollan un patrón de conducta caracterizado por: tendencia al aislamiento, desinterés por el medio ambiente, pérdida del apetito y aparición de movimientos estereotipados sin carácter propositivo (10). Estos animales en la vida adulta son incapaces de integrarse en el grupo social, fracasan en la elección de pareja y desarrollan conductas de maltrato con sus propios hijos.

Las teorías que han intentado explicar los mecanismos de acción de la estimulación ambiental sobre la conducta animal pueden resumirse en tres fundamentalmente. La primera sostiene que los estímulos ambientales repercuten directamente sobre el proceso de maduración del sistema nervioso (19). Para la

segunda la estimulación ambiental produciría cambios en la motivación de la conducta (6). Según la tercera los estímulos ambientales repercutirían en los mecanismos de la atención (35). Probablemente se trata de un fenómeno de gran complejidad en el cual estos tres mecanismos —y otros que se pueden investigar— están implicados.

CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO INSTITUCIONAL

La organización de los servicios de asistencia al niño privado de un medio familiar normal, varía de unos países a otros. En unos casos el Estado tiene la total responsabilidad de esta asistencia, en otros la iniciativa privada ocupa un lugar importante. Aquí sólo vamos a referirnos a las instituciones estatales, para describir brevemente sus características y la evolución en su concepción y organización que empieza a vislumbrarse en las últimas décadas (2, 29, 30).

La filosofía asistencial puede decirse que se ha sustentado durante mucho tiempo en dos conceptos: proteccionismo y segregación. En líneas generales las características de la institución han sido y siguen siendo en muchos casos las siguientes:

- a) Tienen un gran tamaño, que dificulta la personalización del niño.
- b) Tienen un carácter de custodia más que un carácter educativo.
- c) Se da un predominio del modelo médico tanto en su concepción como en su organización.
- d) Se construyen en muchos casos en las afueras de las ciudades y suponen un bajo coste.
- e) La distribución de los niños se basa en criterios de edad y sexo.
- f) La dotación de personal es escasa y con baja o nula cualificación profesional.
- g) La ausencia de derechos del niño y la deshumanización son la norma en la mayoría de los casos.
- h) El progresivo deterioro de la conducta de los niños es el resultado.

i) Los trabajos de investigación de la conducta de los adultos procedentes de dichas instituciones, evidencian la mayor incidencia de delincuencia, alcoholismo, drogas, prostitución y desajustes sociales en este grupo que en el resto de la población.

A partir de los años 50 aparece poco a poco una nueva sensibilidad frente al niño institucionalizado y las características de la institución. Un nuevo modelo de institucionalización se va perfilando. Las experiencias de los hogares funcionales son un ejemplo. Así mismo la institución tiende a cambiar de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1) Las instituciones son más pequeñas.
- 2) Se tiende a emplazarlas en los núcleos de población.
- 3) Hay una progresiva inserción de los niños en las actividades de la comunidad.
- 4) La dotación de personal asistencial es mayor y con mejor cualificación profesional.
- 5) Se da una mayor explicitación de los derechos del niño.
- 6) Del modelo médico y de custodia se pasa al modelo educativo.
- 7) La distribución de los niños intenta reproducir el modelo social de la familia.

El resultado es la progresiva normalización de la conducta del niño, con la obtención de unos niveles de conducta próximos a los del niño que vive en un medio familiar normal.

El ambiente institucional tradicional suele caracterizarse porque la estimulación sensorial oscila entre excesiva o escasa. La rutina diaria puede ser extremadamente monótona o por el contrario caótica y violenta, con el personal cambiando constantemente sin ofrecer una pauta estable de conducta. La estimulación verbal es muy pobre, traduciéndose en vocabulario limitado, deficiente estructura del lenguaje y deficiente razonamiento concreto, lo cual significa una mala base para el aprendizaje escolar. El lenguaje no verbal suele ser la clave en la comunicación ambiental, esto va a privar al niño de la posibilidad de adquirir y dominar unos mecanismos de expresión y comunicación de nivel jerárquico superior, especialmente el pensamiento abstracto (12). Por

otra parte la persona que cuida al niño suele hacerlo en los aspectos físicos, pero no tiene —o no ejerce— la oportunidad de jugar con él o proporcionarle otro tipo de experiencias. Los niños en estas circunstancias desarrollan una deficiente imagen-personal, con sentimientos de insignificancia e inseguridad (41) que repercute en el desarrollo cognitivo y emocional y en la conducta adaptativa. Su futuro es el fracaso escolar (4) y en último término el fracaso social y la desadaptación.

El deficiente estado nutritivo que puede darse en estos niños, se traduce para algunos autores en falta de respuesta y apatía global frente a los estímulos ambientales con graves consecuencias para el aprendizaje y la interacción social.

PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO INSTITUCIONALIZADO

La mayoría de los autores llegan a la conclusión de que las circunstancias ambientales anómalas propias de la institución repercuten directamente en el normal desarrollo de la conducta del niño, originando trastornos de conducta y retrasos del desarrollo tanto más intensos cuanto más temprana es la institucionalización del niño y cuanto más largo es el período de permanencia en el centro (23, 31).

La institucionalización no va a afectar por igual a todas las áreas del desarrollo de la conducta. Las funciones cognitivas y sobre todo el lenguaje son las más vulnerables, mientras que la motricidad es la que tiene una mejor evolución (23, 39, 40). El retraso intelectual y del lenguaje es detectable ya en etapas muy tempranas, está en relación proporcional con el grado de privación sensorial y verbal a que el niño está sometido. Así mismo estos niños presentan un trastorno de la empatía y socialización evidentes (24) y altamente significativos en cuanto al pronóstico futuro de la conducta del adulto. La apatía y la no adecuada discriminación social aparecen como anomalías precoces de la conducta personal-social, precursoras de otras características anómalas

de la conducta del adolescente y del adulto tales como:

- el escaso control de los impulsos,
- la falta de sentimientos adecuados de culpabilidad, asociada a agresividad y conductas destructivas,
- la incapacidad para establecer relaciones interpersonales estrechas.

Estas conclusiones se basan fundamentalmente en dos tipos de trabajos: el estudio directo de niños que viven en ambiente institucionalizado y el estudio retrospectivo de adultos y adolescentes, educados en dicho ambiente.

Los primeros trabajos sobre institucionalización insisten en la imposibilidad de prevenir el retraso mental de origen ambiental. Sin embargo estudios posteriores han demostrado: primero, que este retraso no depende exclusivamente de una sola variable —concretamente la ausencia de una relación emocional adecuada entre el cuidador y el niño— y segundo, que es prevenible (3). Las variables que van a afectar el desarrollo del niño de un modo preferente son:

- 1) La cantidad, calidad y variedad de estímulos sensoriales y perceptivos proporcionados por el cuidador del niño (2).
- 2) El número de oportunidades que tiene el niño para ejercitar la motricidad fina.
- 3) La calidad de la respuesta del cuidador ante las demandas del niño.
- 4) La continuidad de una misma persona que desempeña las funciones propias de la madre.
- 5) La calidad del intercambio emocional entre el niño y el cuidador.

Tres tipos de circunstancias ambientales — además de la institucionalización— han sido descritas como potencialmente causantes de anomalías en el desarrollo de la conducta del niño; la existencia de varias figuras maternas, la separación del niño de la madre, los trastornos en la interacción empática madre-niño.

Los niños que son depositados en las Inclusas están sometidos generalmente a estos cuatro tipos de experiencias, lo cual les convierte

en uno de los grupos de más alto riesgo de nuestra sociedad.

La existencia de varios cuidadores del niño y el cambio continuo de cuidadores se considera una de las causas más importantes de los trastornos en la conducta personal social que presenta el niño institucionalizado. El niño necesita la presencia continuada de una persona que desempeñe las funciones propias de la madre en nuestra sociedad occidental. La ausencia de esta figura priva al niño de la posibilidad de desarrollar expectativas consistentes en torno a una misma persona lo cual parece ser un requisito necesario para la adquisición del sentimiento de confianza en sí mismo elaborado por el niño sobre todo a partir de la relación con el cuidador durante el primer año de vida (8). Por otra parte los cuidadores no suelen individualizar al niño y darle respuestas personalizadas. De este modo el desarrollo de una relación personal significativa no es posible.

Margaret Mead ha cuestionado no obstante la validez de estas afirmaciones basándose en sus estudios antropológicos sobre tribus primitivas en las cuales el cuidado de los niños recae sobre varios adultos sin que se deriven aparentemente efectos perjudiciales. Parece ser que en la sociedad occidental, incluso en aquellas familias muy numerosas en las cuales múltiples adultos se relacionan con el niño, éste tiene la oportunidad de saber quienes son realmente sus padres. Podría concluirse que el contacto con varios adultos no es en sí mismo un factor perturbador del desarrollo del niño, incluso puede proporcionarle más variadas y ricas fuentes de estimulación ambiental pero al mismo tiempo el niño precisa de un punto de referencia estable —sea el padre, la madre u otro adulto— para su correcto desarrollo cognitivo y emocional. El niño será capaz de referir experiencias en principio desconectadas de la persona que le cuida y al mismo tiempo distinguirá a esta persona de otras. Estas experiencias hacen posible su desarrollo perceptivo y cognitivo. Así mismo el tipo de lazos que el cuidador establece con el niño determinan su posterior interacción social. El niño

aprende a través de esta relación los modelos y pautas de conducta que luego desarrollará en el proceso de socialización como adolescente y adulto.

La separación del niño de la madre cuando ya se han establecido unos lazos madre-niño y el niño reconoce a la madre como una figura distinta de las otras que le rodean, se puede traducir en un cuadro clínico descrito por los autores anglosajones con el término de depresión anaclítica de Spitz o «attachment disorder of infancy anaclitic type» (12), en el que suelen darse tres fases: 1.ª reacción de protesta a través de la cual el niño intenta la búsqueda de un sustituto de la madre. 2.º reacción de desesperación y de rechazo de las personas que rodean al niño. 3.º ruptura de lazos afectivos con el fracaso del niño para establecer nuevas relaciones con otras personas (37).

Si la institucionalización del niño se prolonga, el cuadro clínico se agrava progresivamente y su pronóstico empeora. El retraso mental psicossocial, los trastornos del juego, el retraso en la socialización, la regresión del lenguaje y la mayor frecuencia de enfermedades físicas y accidentes, han sido descritas como típicas de estos niños. Si se vuelve a poner al niño en contacto con la madre en un tiempo relativamente corto, el pequeño se recupera. Si las circunstancias ambientales de la institución son favorables, el niño puede no llegar a hacer el cuadro. Para la mayoría de los autores, el período más vulnerable de separación del niño de la madre es desde los 6 meses hasta los 2 años. Robertson (37) sostiene que si el niño se separa de la madre antes del desarrollo de la memoria evocativa, puede con el tiempo llegar a establecer una relación adecuada con otra figura materna. Sin embargo si el niño es capaz de recordar a su madre y anticipar su regreso, será mucho más difícil que logre establecer esa relación.

Kaufman y Stynes (13), estudiaron los efectos de la separación de la madre en el mono. Cuando las características ambientales proporcionaban al monito claves para recordar a su madre, éste mostraba pautas de conducta de añoranza de la madre y síntomas de depresión.

Si estas claves ambientales no se daban dichas conductas tampoco aparecían. Por otra parte las características de la relación madre-niño, previas a la separación, y la profundidad de la relación mutua, determinarán la mayor o menor repercusión de la institucionalización sobre el niño. Así el niño que tiene establecido un vínculo firme con la madre, tolera mejor las separaciones breves, pero tolera mucho peor la separación definitiva (9).

La importancia de los primeros años de vida en el normal desarrollo de la conducta del niño y posteriormente del hombre adulto, ha sido defendida en psiquiatría y psicología desde distintos postulados teóricos. Freud fue probablemente el primer autor en destacarla. Bowlby señala la privación materna y la interacción anómala madre-hijo durante los primeros años de vida, como una causa fundamental de trastornos de conducta, atribuyendo la «depresión anaclítica» de Spitz a las características del ambiente institucional y hospitalario.

La Neurología Evolutiva y la Psicología del Desarrollo atribuyen por su parte a las leyes de la plasticidad y de la especialización neuronal un papel rector fundamental en la maduración del sistema nervioso y por tanto en la normalidad de la conducta del niño (17, 22, 27, 28). Estas leyes justifican la importancia de los primeros años de vida y la necesidad del diagnóstico precoz y de la habilitación precoz, imprescindibles para obtener la máxima recuperación. Así mismo los conceptos de período sensitivo y período vulnerable del desarrollo destacan la importancia de estos primeros años. Durante el período sensitivo las influencias ambientales son más importantes, es decir, el aprendizaje se realiza con más facilidad en respuesta a estímulos apropiados. Del mismo modo existe un período de máxima vulnerabilidad del sistema nervioso, aquél que abarca desde el séptimo mes de vida intrauterina hasta el 24 mes de vida postnatal (7) caracterizado por cambios anatomofuncionales extremadamente importantes coincidentes con las fases de multiplicación neuronal y de la oligodendroglia, modificaciones en los ácidos

nucléicos, intensas síntesis lipídicas, cambios enzimáticos y otros.

No obstante, el que los primeros años de la vida del niño sean decisivos en la normalidad de la conducta, no significa que los déficits aparecidos en esta edad tengan un carácter irreversible en todos los casos, ni que la evolución de la conducta humana concluya en esta etapa.

Los cambios que tienen lugar durante los cinco primeros años de vida son muy intensos, pero el ser humano va a evolucionar a lo largo de todo el ciclo vital con un progresivo enriquecimiento y perfeccionamiento de sus formas de conducta más elevadas.

DEPRIVACIÓN MATERNA Y DEPRIVACIÓN PSICOSOCIAL

En los últimos años ha surgido la tendencia a diferenciar el síndrome de Privación Materna, del síndrome de Privación Psicosocial (15). Ambos tendrían su origen en circunstancias ambientales anómalas. En el segundo estas circunstancias ambientales anómalas dependerían de una situación de institucionalización.

La Privación Materna, se caracteriza por tres grupos de síntomas: retraso del crecimiento, retraso del desarrollo de la conducta del niño y trastorno de la empatía o intercambio afectivo con el medio.

Se describe también en la literatura con los términos: privación sensorial (15), privación emocional (36) y retraso de origen ambiental (5).

En la Privación Psicosocial, los niños además de presentar retraso en el crecimiento y desarrollo, presentan trastornos de conducta tales como polidipsia, coprofagia, sonambulismo, reacciones catastróficas y autoagresión. El retraso en el crecimiento es uno de los síntomas más significativos en ambos cuadros. Para algunos autores, en la Privación Materna el pcso está más afectado que la talla, mientras que en la Privación Psicosocial es

la talla la más afectada, pudiendo incluso ser obesos (1).

No se sabe con exactitud si la Deprivación Materna y la Deprivación Psicosocial son una misma entidad o dos entidades clínicas diferentes provocadas por circunstancias ambientales anómalas distintas. Los autores que defienden esta segunda posibilidad invocan mecanismos patogénicos distintos en ambos cuadros. En la Deprivación Materna se trataría sobre todo de un déficit de estimulación sensorial e interacción social, mientras que en la Deprivación Psicosocial los trastornos de conducta y el retraso del crecimiento tendrían su origen fundamentalmente en la anómala interacción social. Es decir, en la Deprivación Materna se incide más en la alteración cuantitativa de los estímulos ambientales, mientras que en la Deprivación Psicosocial será más determinante la alteración cualitativa de los mismos.

El retraso del crecimiento se atribuye en la Deprivación Materna a una falta de aporte alimenticio por las peculiares características de conducta de la madre, mientras que en la Deprivación Psicosocial se invocan tres factores probables:

- a) existencia de una disfunción hipotalámica con deficiente liberación de gonadotrofinas,
- b) crónica o intermitente malnutrición,
- c) trastornos emocionales que a su vez afectan la función hipotalámica.

La psicopatología del síndrome de Deprivación Psicosocial puede resumirse por tanto en tres grupos de síntomas (23): 1) Retrasos en el desarrollo, 2) Trastornos de conducta, 3) Afectación del desarrollo estatura ponderal.

Estos síntomas son modificables e incluso recuperables si se interviene precozmente modificando los factores ambientales, es decir, modificando las características de la institución.

MODIFICACIÓN DE LOS FACTORES AMBIENTALES DE LA INSTITUCIÓN Y REPERCUSIÓN EN EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA Y DESARROLLO ESTATURO PONDERAL DEL NIÑO

Partiendo del concepto de que la psicopatología del Síndrome de Deprivación Psicosocial no tiene un carácter irrecuperable, sino que por el contrario se puede modificar, interviniendo y modificando las circunstancias ambientales, la autora de este trabajo diseñó un programa encaminado a lograr dicho objetivo en una institución que alojaba a niños menores de tres años (24, 25, 26). La metodología del trabajo así como las características de la institución y de los niños ya han sido publicados (23). El programa se basaba en los principios de personalización, socialización y normalización de la conducta del niño y se propuso como objetivos concretos los siguientes:

- 1) El establecimiento de una relación emocional positiva con el cuidador y gradualmente con otras personas próximas al niño.
- 2) El aporte de estímulos emocionales, intelectuales y sociales en adecuada cantidad y calidad.
- 3) La existencia de unas condiciones básicas para el aprendizaje, que permitan al niño llegar progresivamente a una comprensión del ambiente y que le permitan interactuar con dicho ambiente.
- 4) La adquisición del sentido de la propia identidad y valor social siendo aceptado en primer lugar por las personas más próximas al niño y progresivamente por grupos más amplios.
- 5) Un ritmo de vida lo más parecido posible al de un niño que vive en un medio familiar normal. Lo habitual es que un niño viva en un sitio, asista al colegio en otro distinto y vaya a jugar al parque o a la calle con otros niños. El niño institucionalizado no debe vivir, asistir a la escuela y jugar en el mismo edificio. El horario de comidas, levantarse y acostarse debe ser también lo más parecido posible al de los niños de su edad. Así mismo el

niño debe vivir la experiencia que suponen las distintas épocas del año, escolarización, vacaciones, así como la celebración de aquellas fiestas que tienen para él un significado personal.

El niño que vive en un medio familiar normal cuenta habitualmente con un ambiente especialmente protector y estimulante. El ambiente institucional debe suplir esta función.

El objetivo último del programa era lograr la normalización de la conducta del niño y el abandono del medio institucional y su incorporación a un medio familiar normal lo más pronto posible.

El primer estudio comprende 40 niños, 19 varones y 21 hembras, cuyas edades oscilan entre 38 meses y 20 meses con una edad media de 30 meses. Todos los niños han permanecido en régimen de institucionalización durante un período de tiempo que oscila entre los 2 meses y los 36 meses, con una estancia media de 16 meses (Tablas I y III).

Se realizó un segundo y un tercer control a los 13 meses y 20 meses del primero respectivamente. Los resultados que aquí se exponen corresponden al primero y tercero por haber transcurrido un mayor período de tiempo y tener por tanto los resultados una mayor validez. Durante este tiempo se han introducido las modificaciones asistenciales y educativas pertinentes.

El último control comprende 30 niños en total, 14 varones y 16 hembras, cuyas edades oscilan entre los 39 meses y los 5 meses, con una edad media de 18 meses. El período de institucionalización de los niños varía desde 4 meses a 26 meses, con una estancia media de 11 meses y medio (Tablas II y III).

Todos los niños han sido depositados en la institución entre la etapa de recién nacido y los 34 meses de edad. Para el estudio del nivel de desarrollo de los niños se ha utilizado el test de Gesell el cual permite obtener no sólo un cociente de desarrollo global, sino también edades parciales de desarrollo referentes a la motricidad, lenguaje, conducta adaptativa y conducta social, ya que en el niño institucionalizado no se afectan por igual todas las áreas

TABLA I
Tamaño de la muestra

Primer control	Varones	Hembras	Total
Número de niños	19	21	40
Edad máxima	38 meses		
Edad mínima	20 meses		
Edad media	30 meses		

TABLA II
Tamaño de la muestra

Tercer control	Varones	Hembras	Total
Número de niños	14	16	30
Edad máxima	39 meses		
Edad mínima	5 meses		
Edad media	18 meses		

TABLA III
Tiempo de institucionalización

	1.º control	3.º control
Tiempo máximo	32 meses	26 meses
Tiempo mínimo	2 meses	4 meses
Tiempo medio	16 meses	11 1/2 meses

del desarrollo. Para el estudio del peso y la talla se han utilizado las gráficas del Children's Hospital de Boston adaptadas a la población infantil española. Las pesadas se han realizado en todos los casos a la misma hora, por las mismas personas y en idénticas circunstancias. La determinación de la edad de maduración ósea se ha hecho con las tablas de Greulich y Pyle. Se presenta también la evolución de la incidencia de procesos patológicos, por considerarlo así mismo significativo, concretamente de enfermedades infecciosas, trastornos digestivos y traumatismo.

RESULTADOS

Cociente de desarrollo motriz :

El 52 % de los niños obtienen resultados por debajo de la media en el primer control, pasando esta cifra a un 23 % en el tercero (Tabla IV).

TABLA IV

Cociente de desarrollo motriz	controles (%)	
	1.º	3.º
c. desarrollo \geq media	48	77
c. desarrollo < media	52	23

Cociente de desarrollo adaptativo:

Del 57 % de los niños situados por debajo de la media en el primero, se pasa a un 23 % en el último (Tabla V).

TABLA V

Cociente de desarrollo adaptativo	controles (%)	
	1.º	3.º
c. desarrollo \geq media	43	77
c. desarrollo < media	57	23

Cociente de desarrollo personal social:

De un 70 % con puntuaciones inferiores a la media se pasa a un 46 % (Tabla VI).

TABLA VI

Cociente de desarrollo personal-social	controles (%)	
	1.º	3.º
c. desarrollo \geq media	30	54
c. desarrollo < media	70	46

Lenguaje:

Un 77 % de los niños presentaban un retraso considerable del lenguaje, reduciéndose esta cifra a un 60 % (Tabla VII).

TABLA VII

Cociente de desarrollo del lenguaje	controles (%)	
	1.º	3.º
c. desarrollo \geq media	23	40
c. desarrollo < media	77	60

Trastornos de conducta:

El 90 % de los niños presentan anorexia en el primer control pasando a un 20 % en el último. La polifagia y la coprofagia por su par-

te desaparecen. Los vómitos se reducen de un 15 % a un 3 % y la polidipsia de un 100 % a un 16 % (Tabla VIII).

TABLA VIII

Características de conducta		controles (%)		
		1.º	2.º	3.º
Trastornos en la esfera alimenticia	anorexia	90	26	20
	polifagia	8	3	—
	polidipsia	100	3	16
	vómitos	15	—	3
	coprofagia	8	—	—

Los trastornos de la empatía y socialización descienden de un 65 % a un 20 %. En cuanto a las características del juego, la pobreza en el juego y el desconocimiento de la utilización de los juguetes disminuye del 95 % de los niños al 10 %. La succión de los objetos pasa de un 20 % a un 3 % (Tabla IX).

TABLA IX

Características de conducta		controles (%)		
		1.º	2.º	3.º
Trastornos de empatía y socialización		65	23	20
Características del juego	pobreza	95	13	10
	succión	20	6	3

Los trastornos del sueño descienden a un 10 % y el retraso en el control de esfínteres que afectaba al 98 % de los niños se reduce a un 26 % (Tabla X).

TABLA X

Características de conducta		controles (%)		
		1.º	2.º	3.º
Trastornos del sueño		25	13	10
Retraso en el control de esfínteres		98	28	26

Procesos patológicos:

La incidencia de enfermedades infecciosas desciende de un 23 % a un 10 %, los trastor-

nos digestivos de un 25 % a un 16 % y los traumatismos de un 13 % a un 3 % (Tabla XI).

TABLA XI

Procesos patológicos	controles (%)		
	1.º	2.º	3.º
Enfermedades infecciosas	23	20	10
Trastornos digestivos	25	23	16
Traumatismos	13	13	3

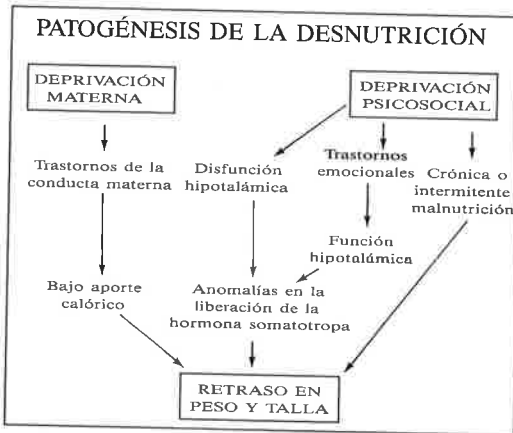
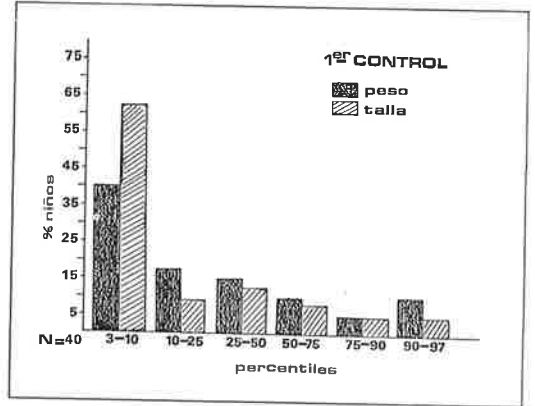


GRÁFICO 1

Peso:

En el primer control se encuentran por debajo de la media el 73 % de los niños estudiados, con una distribución en los percentiles en la que destaca el alto número de niños que se sitúan en el percentil 3-10, un 40 % del total. En el percentil 10-25 están el 18 % y en el percentil 25-50 el 15 % (Tabla XII). En el tercer control los niños cuyo peso se sitúa por debajo de la media son el 60 % y el número de niños que se sitúan en el percentil 3-10 ha disminuído al 20 %, exactamente la mitad que en el control anterior. Ha aumentado el número de niños en el percentil 50-75 que ha pasado de un 10 % a un 20 %. La distribución por tanto en percentiles es mucho más uniforme y se aproxima más a la de la población general (Tabla XIII).

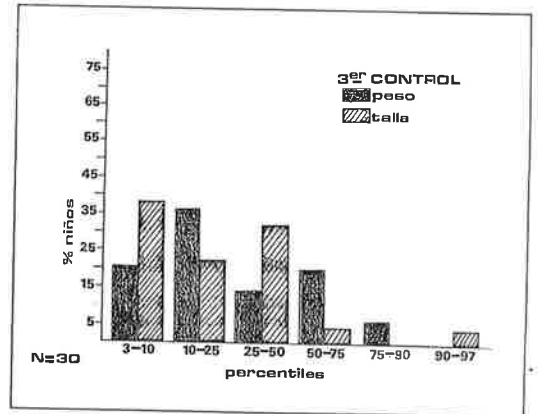
TABLA XII



Talla:

En el primer control el 85 % de los niños tienen una talla que se sitúa por debajo de la media con un claro acúmulo en el percentil 3-10 donde están el 62 % del total (Tabla XII). En el tercer control un alto porcentaje de niños continúa por debajo de la media, el 82 %, pero ha variado considerablemente su distribución en percentiles, de tal modo que en el percentil 3-10, se va a pasar de un 62 % a un 38 % con un mayor acúmulo de niños en los percentiles 10-25 y 25-50, donde se sitúan el 22 % y el 32 % respectivamente de los niños (Tabla XIII).

TABLA XIII



Peso Varones:

En el primer control el 69 % de los varones tenían un peso inferior a la media, situándose

se el 37 % por el percentil 3-10. En el tercer control el 50 % de los niños continúan por debajo de la media, habiendo disminuído a un 8 % los que se sitúan en el percentil 3-10. Así mismo hay un aumento del número de niños en los percentiles 10-25, 25-50 y 50-75 de forma que en este último se pasa de un 11 % en el primer control a un 28 % en el tercero (Tablas XIV y XV).

TABLA XIV

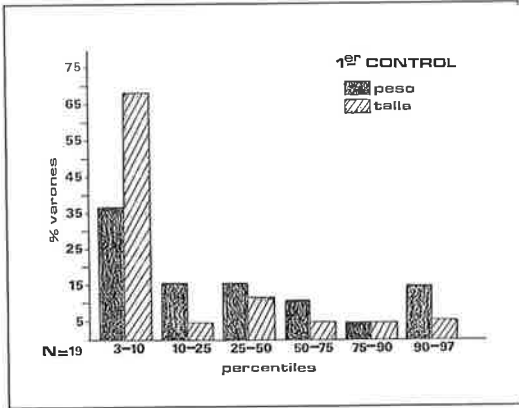
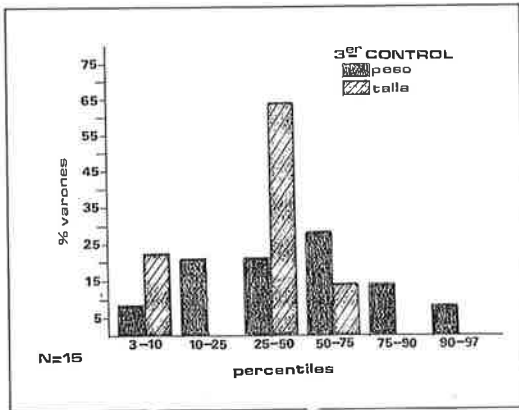


TABLA XV



Peso hembras:

El 75 % de las niñas se encontraban por debajo de la media en el primer control con un 41 % en el percentil 3-10. En el tercer control un 88 % de las niñas están por debajo de la media, con un acúmulo preferente en el percentil 10-25 que abarca el 50 % de las niñas

y disminución en el percentil 3-10, donde se pasa del 41 % en el primer control al 31 % en el tercero (Tablas XVI y XVII).

TABLA XVI

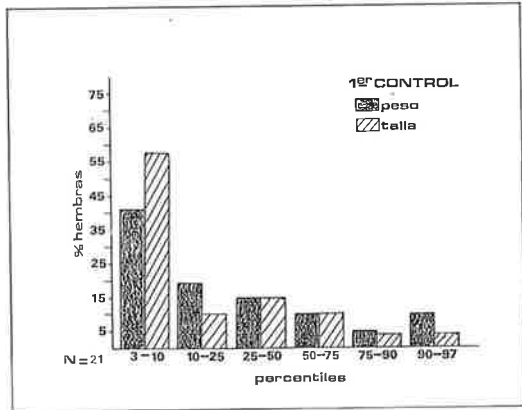
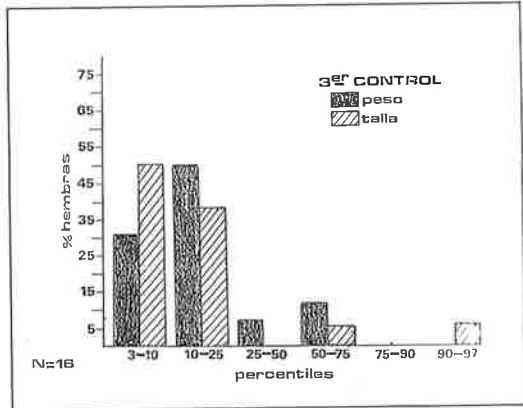


TABLA XVII



Talla varones:

En el primer control el 86 % de los varones se situaban por debajo de la media pasando a un 86 % en el tercer control. No obstante se observa un claro acúmulo de los niños en el percentil 25-50, en el tercer control donde se sitúan el 64 % del total, mientras que en el primer control sólo comprendía el 12 %. Se observa así mismo que el tanto por ciento de niños en el percentil 3-10 pasa de un 68 % en el primer control a un 22 % en el segundo (Tablas XIV y XV).

Talla hembras:

En el primer control el 82 % de las niñas tienen una talla que está por debajo de la media con acúmulo preferente en el percentil 3-10 donde se sitúan el 57 % del total. En el tercer control un 88 % de las niñas continúan con una talla por debajo de la media, observándose una ligera disminución en el percentil 3-10, que pasa del 57 % al 50 %, y un aumento en el percentil 10-25, que pasa del 10 % al 38 % (Tablas XVI y XVII).

Edad ósea:

El 72 % de los niños presentaban una edad ósea inferior a la edad cronológica en el pri-

TABLA XVIII

Edad de maduración ósea	controles (%)	
	1.º	3.º
e. maduración ósea \geq e. cronológica	28	50
e. maduración ósea $<$ e. cronológica	72	50

mer control. En el tercer control esta cifra se había reducido al 50 %. El 50 % restante tiene una edad ósea que corresponde a su edad cronológica o se sitúa por encima de la misma, aunque dentro de límites normales (Tabla XVIII).

CONCLUSIÓN

Las áreas más afectadas en el síndrome de Deprivación Psicosocial son el lenguaje y la conducta social. Estas áreas son así mismo las más difíciles de recuperar y por desgracia las que tienen un valor predictivo más alto respecto del éxito escolar del niño. La motricidad sin embargo tiene una buena evolución. Los primeros años de vida son muy importantes para el aprendizaje de la conducta social y este aprendizaje influirá en la futura socialización del adolescente y del adulto.

Los trastornos de conducta afectan fundamentalmente a la esfera etológica, lo cual es

una verdadera señal de alarma respecto de las características patológicas del ambiente que rodea al niño. Esto explica la sorprendente evolución de estos trastornos, que tienden a desaparecer en el momento en que esos factores ambientales se modifican.

La anorexia, tan frecuente, no sólo puede ser la causa de la desnutrición, sino que también forma parte del cuadro general de apatía que a su vez la desnutrición produce. Por otra parte, en el niño institucionalizado, el rechazo de la comida es también un medio concreto de lograr —al menos durante algún tiempo— una mayor atención por parte de los adultos.

La disminución de los procesos patológicos está en estrecha relación con la introducción de elementos ambientales protectores para el niño.

Respecto del desarrollo estatura-ponderal, puede decirse que tras la modificación de los criterios asistenciales y educativos, se ha producido una clara mejoría en el peso de los niños así como en la maduración ósea. En cuanto a la talla, existe una discrepancia entre la evolución experimentada por los varones y la experimentada por las hembras, siendo mucho más favorable la de los primeros. Esta discrepancia no es fácil de explicar y debe ser objeto de posteriores investigaciones.

La patogénesis de la desnutrición en el Síndrome de Deprivación Psicosocial es objeto de gran controversia. Algunos autores invocan como mecanismo etiopatogénico clave la existencia de una disfunción hipotalámica que se traduciría en anomalías en la liberación de hormona somatotropa. Otros no aceptan esta posibilidad y atribuyen el bajo peso y la baja talla a la crónica o intermitente malnutrición. Es también posible que los trastornos emocionales que padecen estos niños afecten la función hipotalámica y por tanto la producción de hormona somatotropa (Fig. 1).

El diagnóstico del Síndrome de Deprivación Psicosocial no siempre es fácil. Puede decirse que ha sido correcto cuando los cambios en las circunstancias ambientales anómalas y en los hábitos alimenticios del niño se traducen

en una mejoría del peso y en una mejoría de la talla, circunstancia esta última más difícil de observar. Estos cambios es tanto más difícil que se presenten cuando el peso, aunque bajo, es proporcional a la talla.

Bibliografía

- BRASEL, J.A.: *Review of findings in patients with emotional deprivation*. En L.I. Gardener and P. Amacher (Eds). *Endocrine aspects of Malnutrition, Marasmus, Kwasiorkor and Psychological Deprivation*. Sta/Ynez, Ca: Koro Foundation, 115, 1973.
- BRONFENBRENNER, U.: *Early deprivation in mammals: A cross-species analysis. An early experience and behavior*, G. Newton y S. Levine (ed). 627. Charles Thomas, princeton, III, 1968.
- BROSSARD, M. y DECARIE, T.G.: *The effects of three kinds of perceptual-social stimulation on the development of institutionalized infants*. *Early Child Development Care*, 1: 111, 1971.
- CLARK, K.B. y col.: *The educationally deprived*. New York: Metropolitan Applied Research Center, 1972.
- COLEMAN, R.W. y PROVENCE, S.: *Environmental retardation (hospitalism in infants living in families)*. *Pediatrics* 19; 285, 1957.
- DENENBERG, V.H. WOODCOCK, J.M. y ROSENBERG K.M.: *Long-term effects of preweaning and post weaning experience on rats problem solving behavior*. *J. Comp. Physiol. Psychol*, 66; 533-535, 1968.
- DOBBING, J.: *Vulnerable periods of brain development. En «Lipids, malnutrition and the developing brain»*. Ciba Foundation Symposium, 1972.
- ERIKSON, E.H.: *Identity and the life cycle*. Internat. University Press, New York, 1959.
- GARROW, L.J. y GOODWIN, M.S.: *The immediate impact of separation. En The competent infant*. L.J. Stone, H.T. Smith y L.B. Murghy editors 145, Basic Books. New York 1973.
- HARLOW, H.F. y HARLOW, M.K.: *Social deprivation in monkeys*. *Sci. Amer.* 207(5); 136-146, 1962.
- JOHANSON, B.: *Scholl readiness*. Almqvist and Wiksell, Estocolomo, 1966.
- KAPLAN, H.I., FREDMAN, A.M. y SADOCK, B.J.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, III, 3, 2506, Williams y Wilkins, Baltimore, 1980.
- KAUFMAN, I.C., y STYNES, A.J.: *Depression can be induced in a bonnet macaque infant*. *Psychosom. Med* 40; 71, 1978.
- KOLUCHOVA, J.: *An experience of deprivation: a follow-up study*. En J.G. Howells (Ed.), *Modern perspectives in the Psychiatry of Infancy*, Brunner Mazel, New York, 1979.
- KRIEGER, I.: *Maternal and psychosocial deprivation*. En Howells, J.G. (Eds) *Modern perspectives in the Psychiatry of Infancy*. Brunner-Mazel, New York, 1979.
- KRIEGER, I., y SARGENT, D.S.: *A postural sign in the sensory deprivation syndrome*. *J Pediatr* 70; 332, 1967.
- LAMOTE DE GRIGNON, C.: *Neurología Evolutiva*. Ed. Salvat, Barcelona 1980.
- LE GROS CLARK, W.E.: *The C.N.S. En Cunningham's textbook of anatomy*, 9th Ed. J.C. Brash, ed. New York: Oxford University Press, 1951.
- LEVINE, S. y ALPERT, M.: *Differential maturation of the C.N.S. as a function of early experience*. *Arch. Gen. Psychiat.* 1; 403-405, 1959.
- MARDOMINGO, M.J.: *Evolución del concepto de institución. En V Simposio español de Pediatría Social*. Libro de Ponencias 1958ss. Tenerife, 1981.
- MARDOMINGO, M.J.: *Incidencias de los factores ambientales en los retrasos del desarrollo*. Boletín de la Asociación Española para el estudio científico del retraso mental, n.º 1, 81ss, enero 1982.
- MARDOMINGO, M.J.: *Desarrollo normal de la conducta del niño*. En Gisbert, J.; Mardomingo, M.J. y col. «Educación Especial», 49-57, Ed. Cincel Kapelus, Madrid 1980, 2.ª ed. 1981.
- MARDOMINGO, M.J., DEU, G., PARRA, E. y CAYUELA, P.: *Efectos de la institucionalización sobre la conducta del niño durante los tres primeros años de vida*. En V Simposio español de Pediatría Social. Libro de Ponencias 166-193. Tenerife, 1981.
- MARDOMINGO, M.J., CAYUELA, P., DEU, G. y PARRA, E.: *Desarrollo del lenguaje, conducta adaptativa y conducta social en relación con los factores ambientales*. Comunicación científica en las I Jornadas Luso-Españolas de Pediatría Social, Lisboa, diciembre 1982.
- MARDOMINGO, M.J., PARRA, E., CARRASCO, O.: *Modificación del entorno y características de conducta en niños de 0 a 3 años*. Comunicación científica en las I Jornadas Luso-Españolas de Pediatría Social, Lisboa, diciembre 1982.
- MARDOMINGO, M.J., CAYUELA, P., PARRA, E. y DEU, G.: *Incidencia de los factores ambientales sobre el peso, la talla y la maduración ósea de niños menores de 3 años*. Comunicación científica en las I Jornadas Luso-Españolas de Pediatría Social, Lisboa, diciembre 1982.
- MARDOMINGO, M.J.: *Desarrollo*. En «Diccionario de Educación Especial», Vol. II, 606-609, Madrid, 1985.
- MARDOMINGO, M.J.: *Troquelado*. En «Diccionario de Educación Especial», Vol IV, 1710-1711, Madrid, 1985.
- MARDOMINGO, M.J.: *El niño sin familia, alternativas que se le ofrecen*. Mesa Redonda organizada por la UNICEF - España, octubre 1982.
- MARDOMINGO, M.J.: *El Maltrato Social*. Libro de Comunicaciones científicas del XVI Congreso español de Pediatría, 176, Madrid, mayo 1985.
- MARDOMINGO, M.J.: *Early Infant Stimulation*. Comunicación científica presentada en el Infant Stimulation Workshop, San Juan Handicapped Infant Project, Hungtinton Beach, California (U.S.A.), abril 1976.
- MARDOMINGO, M.J.: *Psicosis Infantiles y Síndrome de Deprivación Ambiental*. En la Mesa Redonda Autis-

- mo y Psicosis Infantiles: Diagnóstico. III Congreso de Autismo y Psicosis Infantiles. Madrid, abril 1985.
- MARDOMINGO, M.J.: *Retraso mental: Aspectos educativos y asistenciales*. En Gisbert, J.; Mardomingo, M.J. y col. «Educación Especial», 110-130 Edit. Cincel Kapelusz, Madrid 2.ª Ed. 1981.
- MARDOMINGO, M.J.: *Institucionalización y deterioro de la conducta del niño*. En «Menores Marginados», 351-361, Ed. PSOE, Madrid, 1982.
- MELZACK, B.: *Effects of early experience of behavior: Experimental and conceptual considerations*. En P.H. Hoch y J. Zubin eds., *Psychopathology of perception*. New York: Grune Stratton 1965.
- POWELL, G.F., BRASEL, J.A., y BLIZZARD, T.F.: *Emotional deprivation and growth retardation simulating true idiopathic hypopituitarism*. Clinical evaluation of the syndrome. N Engel J Ed., 276; 1271, 1967.
- ROBERTSON, J. y ROBERTSON, J.: *Young children in brief separation*. *Psychoanal. Study Child*, 26; 264, 1971.
- SHUM, G. y MARDOMINGO, M.J.: *Factores ambientales en el Proceso de Adquisición del Lenguaje*. Libro de Ponencias del Primer Congreso de Psicolingüística Aplicada, 21 y ss. Barcelona, junio 1985.
- TIZARD, B., COPERMAN, O., JOSEPH, A. y TIZARD, J.: *Environmental effects on language development: A study of young children in long-stay residential nurseries*. *Child Dev*, 43; 337, 1972.
- WHITE, B.L.: *An experimental approach to the effects of experience on early human behavior*. En Minnesota Symposium on Child Psychology. J.P. Hill (Ed). Vol 1, 201. University Minnesota Press, Minneapolis, 1967.
- WOLMAN, B.B.: *Social disadvantage: effects on children*. *International encyclopaedia of Psychiatry, Psychology and Neurology*. Aesculapius Publ Insc, New York 10; 277, 1977.

Estructura familiar y psicopatología infanto-juvenil

A. Rodríguez, M.D. Domínguez, A. Perdiguero, C. Rodríguez, A. Alonso

Santiago de Compostela

RESUMEN

Los autores consideran las aportaciones que hay en la literatura sobre la influencia de la estructura familiar y el orden del niño en la fratría en la clínica psiquiátrica infantil.

Estudian a 92 sujetos de edades comprendidas entre 8 y 10 años y analizan la relación entre los diversos núcleos familiares y el lugar del niño entre los hermanos con la psicopatología expresada por el niño, considerada en tres grupos.

En los resultados no aparecen datos significativos de influencia de estos parámetros, pero sí se perfila la importancia que tiene la patología parental en la explicación de la psicopatología infanto-juvenil.

Palabras clave: Estructura Familiar. Dinámica Familiar. Conflictiva Familiar. Patología Parental. Psicopatología Infanto-juvenil.

INTRODUCCIÓN

Decíamos en otro lugar (Rodríguez López, 1978) que la familia, ampliamente cuestionada

hoy en su actual estructuración, ha representado a lo largo de la historia un factor socializador de primer orden, mediante la realización de las cuatro funciones básicas señaladas por Murdock (1949): sexual, económica, reproductora y educativa. «A través de éstas ha desempeñado en cada comunidad el papel de troqueladora de la personalidad de los individuos de ese grupo humano, cumpliendo así una función socializadora de tipo adaptativo, función que incluye la transformación de las normas sociales en un sistema de valores personales mediante un proceso de introyección precoz vinculado al desarrollo intelectual y emocional del niño, de tal modo que este proceso, que realiza la dolorosa síntesis integradora entre el principio de placer y el principio de realidad, sea lo más eficaz y natural posible».

En este sentido se ha investigado desde las distintas corrientes patológico-psiquiátricas, principalmente psicoanalítica, conductista y comunicacional, la relación entre la psicopatología infanto-juvenil y la estructura y dinámica familiares.

Familia nuclear, familia plurinuclear, familia rota o carencias parentales diversas y su relación con la psicopatología infanto-juvenil han sido problemas ampliamente estudiados. Los trabajos, algunos de ellos ya clásicos, de Spitz (1946); Bowlby (1951), Spiegel y Bell (1959), Ainsworth (1963), Ackerman y otros

Unidad de Psiquiatría. Hospital General de Galicia.
Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

TABLA I
Características de la muestra

	Niños	Niñas	Total
Número	60	32	92
Edad media	8,7	8,6	8,7

(1970), Biller (1972), Rutter (1971), etc, son bastante representativos a este respecto.

También la relación entre la ubicación del niño en la fratría, es decir, el orden que ocupa entre los hermanos, y los rasgos de personalidad ha sido tema de abundantes estudios, entre los que podemos citar los de Haldane (1948), Manco y Rambaud (1951), Cahn (1962),

Lemaire (1968), Cramer (1971), Arlow (1972), Dunn y otros (1981), Kendrick y Dunn (1982).

En estas dos líneas se inscribe nuestro trabajo, aunque los resultados obtenidos nos confirman la necesidad de una línea distinta de investigación que centre su énfasis en la objetivación de los mecanismos de interacción intrafamiliar, tal como lo intentan Parsons y Bales (1955), Rorbaugh (1966), Hutchinson (1967), Hetherington y otros (1971), Riskin y Faunce (1972) o Ritchie (1981).

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudia una muestra de 92 niños, de ambos sexos, con edades medias de 8,7 años para

los niños y 8,6 años para las niñas (Tabla I), consultados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital General de Galicia (Facultad de Medicina).

A partir de los datos de las historias clínicas se trata de establecer una relación entre aspectos de la estructura familiar, tales como el tipo de familia (nuclear, ampliada o desintegrada) o el orden del niño enfermo dentro de la familia y la psicopatología que presenta. No analizamos aquí el caso de la familia desintegrada (padre emigrante) por haber sido tratado previamente por uno de nosotros, Rodríguez López y Alonso López (1979).

Dada la dispersión sintomatológica, se agrupan los síntomas, de acuerdo con un criterio funcional (Tabla II), en tres grandes grupos: 1) contra sujeto; 2) contra otros; y 3) no clasificables en algunos de estos dos grupos; teniendo los primeros a conformar lo que habitualmente se considerarían cuadros neuróticos y los segundos los cuadros psicopáticos o personalidades anormales.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados de estas correlaciones aparecen tabulados en las Tablas III a VI, pudiendo observar, mediante la aplicación del estadístico χ^2 (chi cuadrado) que ni el tipo de familia ni el orden del niño en la fratría guarda relación estadísticamente significativa con el

TABLA II
Clasificación de los síntomas

Contra sujeto	Contra otros	No clasificables
Enuresis	Agresividad	Epilepsia
Encopresis	Celos	Trast. Psicomotores
Miedo	Problemas relación	Lateralidad
Fobias	Conduc. Ilamativas	Trast. somáticos
Inquietud	Robos	Defic. mental
Timidez	Rebeldía	Trast. lenguaje
Depresión	Negativismo	
Infantilismo	Problemas escolares	
Trastornos sueño	Mentiras	
Alteración conciencia	Conduc. antisociales	
Manías	Fugas	

TABLA III
Distribución de síntomas según el tipo de estructura familiar
(Valores no excluyentes)

	Síntomas contra sujeto		Síntomas contra otros		Síntomas no clasificables	
	n	%	n	%	n	%
Famil. nuclear (n = 66)	41	62,1	46	69,7	25	37,9
Famil. ampliada (n = 18)	12	66,7	12	66,7	12	66,7
Famil. rota (n = 8)	4	50,0	4	50,0	4	50,0

Prueba del χ^2

Familia nuclear-familia ampliada = $\chi^2 = 1,81$.

TABLA IV
Distribución de síntomas según el tipo de estructura familiar
(Valores excluyentes)

	Síntomas contra sujeto		Síntomas contra otros		Síntomas mixtos	
	n	%	n	%	n	%
Famil. nuclear (n = 66)	13	19,7	17	25,7	36	54,5
Famil. ampliada (n = 18)	5	27,7	5	27,7	8	44,4
Famil. rota (n = 8)	1	12,5	1	12,5	6	75,0

Prueba del χ^2

F. nuclear - F. ampliada = $\chi^2 = 0,72$.

tipo de síntomas, agrupados tal como nosotros lo hicimos.

Quiere esto decir que, de acuerdo con nuestros resultados, la resolución de conflictos mediante mecanismos de interiorización o de exteriorización de la agresividad no depende sólo de factores tales como la estructura familiar o el orden del niño en la fratría, como muchas veces se ha señalado, sino que deben intervenir otros factores.

Entre estos otros factores hemos analizado también la patología parental. En la Tabla VII podemos ver que el 61,9 % de los niños consultados presentaban patología parental aso-

ciada, bien de uno sólo (39,1 %) o de ambos padres (22,8 %), siendo la patología más frecuente el alcoholismo en el padre y la neurosis de ansiedad en la madre.

La patología parental, ligada probablemente a alteraciones de la dinámica interaccional, aspecto que estamos estudiando en este mismo grupo, parece ser un factor importante a la hora de explicar la psicopatología del niño, aunque no tengamos todavía datos para poder establecer una relación estadísticamente significativa entre el tipo de patología parental y el tipo de patología psíquica del niño.

TABLA V
Distribución de síntomas según el orden en la fratria
(Valores no excluyentes)

	Síntomas contra sujeto		Síntomas contra otros		Síntomas no clasificables	
	n	%	n	%	n	%
Hijo único (n = 17)	10	58,8	6	35,3	8	47,0
Hijo mayor (n = 29)	21	72,4	21	72,4	11	37,9
Intermedio (n = 23)	12	52,2	13	56,5	12	52,2
Hijo menor (n = 23)	15	62,2	14	60,8	9	39,1

	Prueba del χ^2		
	χ^2	g.l	P
Unico-mayor	2,09	2	N.S.
Unico-intermedio	0,82	2	N.S.
Unico-menor	1,15	2	N.S.
Mayor-intermedio	1,57	2	N.S.
Mayor-menor	0,12	2	N.S.
Intermedio-menor	0,77	2	N.S.

TABLA VI
Distribución de síntomas según el orden en la fratria
(Valores excluyentes)

	Síntomas contra sujeto		Síntomas contra otros		Síntomas mixtos	
	n	%	n	%	n	%
Hijo único (n = 17)	7	41,2	3	17,6	7	41,2
Hijo mayor (n = 29)	7	24,1	7	24,1	15	51,8
Intermedio (n = 23)	5	21,7	6	26,1	12	52,2
Hijo menor (n = 23)	4	17,4	5	21,7	14	60,9

	Prueba del χ^2		
	χ^2	g.l	P
Unico-mayor	1,47	2	N.S.
Unico-intermedio	1,78	2	N.S.
Unico-menor	2,81	2	N.S.
Mayor-intermedio	0,04	2	N.S.
Mayor-menor	0,49	2	N.S.
Intermedio-menor	0,35	2	N.S.

TABLA VII
Relación con la patología parental

Sin patología familiar alguna = 29,4 ‰
Con patología del padre solamente = 17,4 ‰
— Alcohólicos = 43,7 ‰
Con patología de la madre solamente = 21,7 ‰
— Neurosis de ansiedad = 60,8 ‰
— Depresión = 21,7 ‰
Con patología de ambos padres = 22,8
— Padres alcohólicos = 30 ‰
— Madres: neurosis de ansiedad = 68,1 ‰

Bibliografía

- AINSWORTH, M.D. y otros: *Privación de los cuidados maternos*. Revisión de sus consecuencias. OMS. Cuadernos de Salud Pública, n.º 14. Ginebra, 1963.
- ARLOW, J.A.: *The only child*. Psychoanal. Quart. 41, 507-536, 1972.
- BILLER, J.A.: *Father absence and the personality development of the male child*. Developm Psychol 2/2, 1972.
- BOWLY, J.: *Maternal Care and Mental Health*. Publicada en español en 1964, en la serie de Monografías de la OMS, n.º 2, 1951.
- DUNN y otros: *The reaction of first born children to the birth of a sibling: mothers reports*. J Child Psychol, Psychiat, 22; 1, 1-18, 1981.
- HETHERINGTON, E.G. y otros: *Fathers of family interaction and childrearing attitudes related to three dimensions of juvenile delinquency*. J Abnormal Psychol 78; 160-176, 1971.
- KENDRICK, C. y DUNN, J.: *Protest or pleasure? The response of firstborn children to interaction between their mothers and infant siblings*. J Child Psychol 23; 2: 117-129, 1982.
- LEMAIRE, J.M.: *Le rang de l'enfant dans la famille et le comportement social*. Ann Psychol 68; 1: 593-610, 1968.
- MURDOCK, G.P.: *Social Structure*. New York, 1949.
- RITCHIE, K.: *Research note. Interaction in the families of epileptic children*. J. Child Psychiat. 22, 1, 65-71, 1981.
- RODRIGUEZ LOPEZ, A.: *Emigración y psicopatología familiar*. Gran Enciclopedia Gallega. V. 10; 32-36, 1978.
- RODRIGUEZ LOPEZ, A. y ALONSO, M.D.: *Patología psíquica en niños, hijos de emigrantes*. Folia Neuropsiq. del Sur y Este de España. XIV, 1 a 4; 219-224, 1979.
- RUTTER, M.: *Parent-child separation: psychological effects on the children*. J Child Psychol Psychiat, 12; 233-260, 1971.
- SPITZ, R.: *Analytic depression*. Psychoan Study of the child, 2, 313-342, 1946.

Algunos aspectos sociopsicopatológicos de los malos tratos en la infancia

J.L. Pedreira Massa

Avilés

RESUMEN

Los malos tratos en la infancia pueden ser de diversa índole: físicos, psíquicos y los que tienen lugar en instituciones y comunidades.

Se analiza de entrada la significación psicológica así como los mecanismos psicopatológicos y la forma en que se articulan. Así mismo, se describen los fenómenos clínicos, familiares, y socio-ambientales que posibilitan tal patología. Se concretizan los grados de intervención de los profesionales de la Salud Mental Infantil y las dificultades inherentes.

Palabras clave: Malos tratos en la infancia. Psicopatología del niño mal tratado.

INTRODUCCIÓN

Una de las mayores preocupaciones actuales de las instituciones que trabajamos con la infancia se centra en la detección, evaluación y formas de intervención en una situación muy compleja: los malos tratos a la infancia.

Esta preocupación se incrementa cuando los servicios asistenciales se encuentran enclava-

dos en una demarcación territorial concreta, pues la comunidad elabora y actúa con unos parámetros socio-culturales muy precisos en lo tocante al trabajo y al abordaje de la infancia, de su educación, de su función, etc.

Todos estos elementos, junto con enunciados globales y confusos, unido a criterios paternalistas y una inadecuación legal, hacen que la complejidad para abordar este tema sea la norma. Tanto más cuanto que los trabajos actuales constatan un posible incremento de las tasas de prevalencia y de incidencia. Cuestión fundamental que hace emerger tres dudas: ¿Hay un incremento real? ¿Se detectan mejor y de forma más contextualizada? ¿Se denuncian más estas situaciones?

CONCEPTO DE MALOS TRATOS

Los malos tratos a la infancia han sido una constante histórica, independientemente de las zonas, las ideologías, las culturas, los contextos sociales, etc. Lo que se ha ido modificando son las formas de presentación de esos malos tratos. Así, desde los estudios de Mause (1) y Platt (2) se puede localizar claramente el peso específico de un concepto y las líneas de fuerza que interactuaban en cada momento histórico preciso para que aparezcan de una u otra forma en lo manifiesto: Desde el infan-

Psiquiatría infantil. Centro de Salud Mental. Avilés.
Colaboración: C. Botas (Trabajadora social).

ticidio a la sutil represión institucional ha ido pasando un proceso largo y lleno de ambivalencias, donde la proyección y la negación han sido los mecanismos de defensa específicos, su peso cualitativo ha dependido de una gama muy amplia de variables.

Desde una perspectiva médica lo primero en aparecer y en detectarse fueron los malos tratos físicos o síndrome del niño apaleado, descrito fundamentalmente por autores anglosajones (3) en un principio y donde, paulatinamente, se han ido centrando y definiendo unos criterios diagnósticos más o menos aceptados de manera general (4).

El problema surge con que los malos tratos no son exclusivamente el niño apaleado, aunque éste forme parte del concepto global. Tampoco se pueden reducir las consecuencias del niño apaleado a las posibles secuelas físicas, sino que el rigor metodológico exige una contextualización real de esta situación, por lo que se precisa una evaluación meticulosa de todo ese contexto.

Si admitimos como bueno el concepto de ser infantil como una unidad funcionante biopsico-socio-afectiva que se desarrolla en un contexto sociofamiliar del cual depende de forma prolongada y que posee una gran capacidad de evolución, habría que integrar en buena lógica, todos y cada uno de estos elementos en el concepto de malos tratos a la infancia.

Parece que todos somos sensibles a los malos tratos físicos, pero este hecho solamente es el niño apaleado sin más, decir los patrones diagnósticos o las variedades que pueden aparecer es algo que la bibliografía médica y pediátrica ha realizado profusamente.

Pero los malos tratos psíquicos son más sutiles: el grito como forma de comunicación, la amenaza sistemática de agresión o la amenaza de abandono, el estar en un estado de estrés y de demanda permanente, el no reconocer el deseo infantil y que se cercena de manera continua en aras al deseo del adulto, el incremento indiscriminado de exigencias con una gran variedad de expresión de esas exigencias, la sobreprotección anuladora de la sepa-

ración, etc. Un apartado específico de los malos tratos psíquicos se refieren a los malos tratos referidos a la afectividad: la amenaza de abandono seguida de la desvinculación afectiva, amenazas sobre la seguridad de los cuidados y el cariño (por defecto o por exceso, etc.) (5).

También debe conceptualizarse como malos tratos aquéllos que se realizan desde determinadas instituciones de la infancia (6 y 7), aunque se cubran con razones de aparente peso o sea en aras de la función social de esa institución. Estos malos tratos institucionales aparecen cuando lo que prima es el mantenimiento de esa función institucional, por encima de las necesidades del sujeto infantil:

1. En instituciones sanitarias: la hospitalización sin la presencia de la madre, la escasa información al sujeto infantil sobre sus padecimientos, el repetir pruebas complementarias traumáticas sin la correcta información, la inmovilización mantenida, la inexistencia de espacios adecuados para juegos, etc. etc.

2. En la institución escolar: reducir a la infancia a un mero dígito (CI) o a un diagnóstico rígido, la segregación por la disminución del rendimiento, negar las posibilidades de integración, eliminar la observación, la fácil generalización de programas sin adecuarse a las necesidades infantiles, etc.

3. En las instituciones sociales: la presencia de instituciones «totales», la inadecuación legal a las necesidades de la infancia, primar la situación familiar anulando el discurso infantil, el institucionalismo, etc.

Un último grupo, que suele olvidarse, es el maltrato comunitario ya que, en muchas ocasiones, envuelve a las propias instituciones que operan en esa comunidad. Lo clave de este tipo de maltrato habría que centrarlo en las actitudes frente a la infancia: el justificar, «entender» o racionalizar la agresión o represión sobre el sujeto infantil, el hecho de que el macro y micro ambiente se diseñe por y para los adultos exigiendo una adaptación del sujeto infantil, los silencios sobre situaciones de maltrato conocidas, la inadecuación entre recursos y necesidades de la infancia, permitir se-

gregaciones y marginaciones sobre los niños y adolescentes, etc., etc.

Un dato histórico que podría dar cuenta de estos elementos expuestos sería la consideración legal que en nuestro país ha tenido el maltrato. De hecho hasta 1983 quedaba excluido de maltrato, en el Código Penal, «aquellos actos represivos realizados por padres y educadores tendentes a la adecuada corrección y educación de los menores». Sin comentarios.

LA EXPERIENCIA

Al analizar la demanda que llegó a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del área VII de Mieres, observamos que un elevado número de niños, de niñas y de jóvenes presentaban malos tratos en el seno de sus familias y/o instituciones. Ello nos motivó a intentar delimitar varios aspectos: los contenidos tanto a nivel individual como familiar y, en segundo lugar, el diseño de un método de intervención adecuado, eficaz y riguroso metodológica y teóricamente.

A. Organización estructural en el niño sujeto de malos tratos

Se plantea como organización estructural el hecho mediante el cual desde el síntoma y el fenómeno llegamos a una articulación con la estructura, como se estratifica desde el mundo de relación y manifiesto, hasta los contenidos latentes. Ello quiere decir que no creemos en la existencia de una estructura psicológica y/o psicopatológica específica para los malos tratos infantiles, sino que sobre la estructura base se manifiesta de una u otra forma según sea esa organización y esa articulación, sobre todo en base a dos fundamentos que son los que enmarcan la definición de esta organización: la sumación sucesiva y cualitativa de estos estratos organizativos y el valor que obtienen en un *après coup*.

1. La conducta externa se manifiesta en torno a dos polos opuestos dialécticamente: la hiperactividad y el retraimiento. Es tal el descon-

cierto y la falta de un referente objetual claro, que la relación con el objeto pasa por su inscripción vía la agresividad entre la figura objetual y el sujeto infantil, con todo lo que ello supone para el proceso relacional en tanto se articula con la repetición. Esta situación hace que el contenido subyacente sea el mal manejo de la pulsión agresiva (mal llamada así, pero válido para dar cuenta del contenido parcial), debido a los investimentos y contrainvestimientos contradictorios, en ocasiones antagónicos, que se establecen entre la figura objetual y el sujeto infantil, en los cuales los procesos de mentalización se encuentran disminuidos y ante el displacer hay una cierta tendencia a proyectarlo en el afuera mediante un paso al acto. Este mal manejo de la pulsión agresiva y paso al acto se constata mediante dos tipos de conductas agresivas:

1.1. Heteroagresividad: El mecanismo funcionante sería, al inicio, la imitación de la conducta seguida con él. Pero esta imitación es sólo transitoria y se sustenta en otros dos momentos que la pueden fijar: la identificación con ese rasgo agresivo y la posterior interiorización de esa forma de comunicar y relacionarse, con lo que el proceso de imitación se diluye para tomar algo más asentado en la organización estructural.

1.2. Autoagresividad: En muchas ocasiones se ha constatado un proceso autoagresivo, como continuación de los malos tratos recibidos. Esta autoagresividad, salvo en los casos graves de psicosis infantiles o graves problemas vinculares, no suele manifestarse como autoagresiones físicas, sino que aparecen en otro registro: clínica psicósomática, búsqueda del castigo o la agresión externa, etc.

2. Actitud temerosa y precavida con gran desconfianza. Es como un «estar a la defensiva» ante determinadas personas y/o situaciones. Se presentan niñas y niños tímidos, retraídos, quizá desconfiados y un cierto huraños al trato. Muestran una gran inseguridad con miedos diversos y un incremento del monto de angustia y ansiedad de una forma difusa. Aparecen ciertas fobias de contacto, apartamiento, en ocasiones mutismos electivos, actitudes

TABLA I
Estimaciones de prevalencia de malos tratos a la infancia a nivel internacional

País	Casos denunciados	Hospitalizaciones denunciadas	Hospitalizaciones estimadas	Muertes denunciadas	Muertes estimadas	Casos estimados
USA	1.500.000	60.000	600.000	2.000	20.000	15.000.000
Francia	25.000	18.000	180.000	900	9.000	250.000
Reino Unido		8.000	80.000	110	1.100	
Canadá	5.000			100	1.000	50.000
Bélgica				100	1.000	
España	40.000			90	900	400.000

Porporciones generales: casos denunciados/casos estimados = 1/10.

de defensas (pequeño paso atrás, brazos que tienden a cubrir el rostro, ligera flexión antero-lateral del tronco, etc.).

3. Búsqueda de una identificación positiva: Frente a una imagen determinada de las figuras parentales, vividas como agresoras, el niño o la niña intentan rescatar «aspectos buenos», aunque sean parciales, de esas imágenes parentales. Esos aspectos buenos dan cuenta de algo que Bowlby (8) ha señalado reiteradamente: por mucho que desde nuestra perspectiva creamos que esos padres son malos en realizar su función, para muchos niños y niñas que están en una situación de malos tratos se constata que hay un aprecio especial hacia esas figuras, pues es como si tuvieran la certeza según la cual esos son, al fin y al cabo, sus únicos padres. De tal suerte que en muchas ocasiones hay como una desviación en el seno de los procesos de identificación. No obstante en la práctica totalidad de las niñas y niños que han sufrido malos tratos hemos constatado una búsqueda de un lugar de Ley que en la realidad sea capaz de ordenar y articular una Ley simbólica que incida en los aspectos positivos de ese proceso de identificación. Frente a que la realidad le oferta unas imágenes persecutorias y agresivas, el niño o niña maltratados, en ese intento de rescatar lo positivo, hace hincapié para que exista una Ley que organice aquellas relaciones tan desestructuradas y posibilite acceder a una identificación positiva.

4. Alteración en los procesos de aprendizaje: Dicha alteración aparece como forma de expresión de la motivación negativa que sien-

te y percibe el niño o niña maltratados. Se plantea motivación negativa hacia esos procesos, debido a los contrainvestimientos o investimientos negativos que aparecen a lo largo del proceso evolutivo en la relación con las imagos parentales. En efecto, aprender significa crecer, tener autonomía, posibilidad de tener hijos, etc. en definitiva: aprender todo un proceso. En este sentido aparece un marco resistencial: crecer para ser como los padres-maltratantes. Así lo expresaba un padre: «no quería tener hijos porque pensaba que yo sería igual de malo con ellos que como lo fueron conmigo y no quería ser maldecido por ellos, por eso estoy poco en casa para no hacer algo que no quiero y que temo mucho». Aprender y todo el proceso de aprendizaje precisa de unas ciertas condiciones, actitudes y aptitudes, en la situación de malos tratos invade tanto lo real que es muy difícil tomar distancia para aprender otra cosa, cuando el aprendizaje cotidiano de las relaciones familiares se encuentra tan alterado. Por otro lado esta situación actúa como emergente, tanto para justificar los hechos como de toda la situación que se expondrá un poco posteriormente. Aquí interesa la incidencia, en el seno de los problemas de aprendizaje, de la pérdida de puntos de referencia pues éstos son agresores y destructores para el sujeto infantil.

5. Tendencia al *acting* como forma de relación, con escasa capacidad de mentalizar los conflictos ante los que se enfrenta. Frente a una vivencia de amenaza posible y permanente queda, por un lado, rescatar los aspectos positivos de esas figuras pero también, en segun-

do término, quedaría la necesidad de «merecer» ese castigo y/o maltrato. Hay muchas circunstancias en que para muchos padres es muy difícil mostrar su afecto de una manera diferente a la agresión y muchos niños y niñas les dificulta acceder al afecto de una forma distinta. Este proceso ha sido denominado por A. Freud (9) como «identificación con el agresor». Sería algo así como que gracias a que aparecen los *actings* se recibe un mensaje de presencia, aunque éste sea por medio de un castigo, una amenaza o un golpe, esta aparición de otro *acting* desde el lugar de las figuras parentales confirma que puede ser querido por ellos o, al menos, tenido en cuenta y, por otro lado, existe una identificación con esas importantes figuras en un modo de ser y de actuar similar. Esta dificultad en mentalizar los conflictos hace que la forma de relación se lleve a cabo con efectos operatorios, en este sentido el *acting* sólo tendría el valor concreto del *acting* en un aquí y ahora que es preciso solventar y además con inmediatez. El tiempo y la secuencia temporal sufren una importante agresión a favor del instante y en detrimento de cualquier elaboración. Se actúa para no dar tiempo a pensar que los padres pueden ser malos: «¿cómo van a ser malos si ellos sólo me pegan porque yo hago cosas mal?». Esta pregunta-aseveración del sujeto infantil, que interioriza la proyección del otro, es la que organiza la repetición con el fin de que confirme la identificación con el agresor.

6. Se constata que lo real invade y domina la escena, este dominio de lo real hace que se condicione el lugar de los otros dos registros que constituyen la unidad del sujeto: lo imaginario y lo simbólico. En otras palabras: lo real viene a ser encontrado en el instante preciso del aquí y ahora representado por el *acting* y la presencia, casi como estímulo-respuesta, de los malos tratos. Pero este real proviene de unas imagos parentales determinadas que invisten las relaciones afectivas de una forma muy determinada, de esta suerte lo imaginario pasa por la identificación con el agresor. Con estos dos ingredientes el lenguaje hablado pierde parte de su significación

TABLA II
Prevalencia de malos tratos a la infancia en el área sanitaria VII Principado de Asturias (1985)

— Población total de 0-14 años	19.460
— Total usuarios atendidos 0-14 años	288
— Tasa prevalencia (o/oo)	14,8
— Tasa frecuentación (o/oo)	78,46
— Número casos de malos tratos detectados	82
(0,42%)	
— Número casos de malos tratos estimados	820
(4,2%)	
Prevalencia de malos tratos sobre demanda (%)	
28,47	
Prioritariamente físicos	1%
Prioritariamente psíquicos	3,5%
Prioritariamente institucionales	5,55%
Prioritariamente comunitarios	2,1%
Mixtos	16,3%

al ser suplido por un acto y donde aparece el acto se dificulta la emergencia de la palabra; por otro lado el lugar ordenador paterno, como lugar simbólico de la Ley, es vivido de forma persecutoria y potencialmente destructiva, de tal suerte que la Ley simbólica se dificulta construir, porque domina el elemento represivo sobre el organizativo. De esta suerte la frustración es actuada y no elaborada, lo que hace que se dificulte estructurar y elaborar la castración, pues siempre se necesitará algo para llenar la falta. Aquí es donde podemos entender la relación sado-masoquista particular que se establece con el entorno, en el sentido de buscar objetos para la satisfacción del placer y evitar el displacer, pero esta situación hace que emerja culpa y se busca una separación en el maltrato, con lo que la situación displacentera emerge a través del deseo y del placer, así es como la pulsión se cronifica permanentemente y se actúa perdiendo su razón de ser y su esencia de no tener objeto.

B. Situación del entorno familiar

En lo manifiesto del entorno familiar aparece una constante: la existencia de una situación marginal previa. Dicha situación marginal previa suele ser variada en la forma de pre-

sentación, pero los elementos más constantes son los siguientes:

1. Alcoholismo u otro tipo de toxicomanías.

2. Emigración, con la consiguiente alteración de los vínculos, modificación de los puntos de referencia, cambio social y cultural, posible cambio lingüístico, etc.

3. Presencia de enfermedad mental, con las consiguientes alteraciones en la relación y la comunicación que establecen por la alteración de los procesos senso-perceptivos del entorno y el cambio de la capacidad de respuesta.

La presencia de una situación marginal o marginante previa no implica linealidad en las situaciones a la hora de la reproducción de los malos tratos, sino que es preciso delimitar el tipo de interacciones que se establecen en el seno de la estructura familiar y de la situación marginal. En otras palabras: la situación marginal previa hace de real que articula una tendencia a pasos al acto frente a los procesos de mentalización, lo cual facilita la actuación (malos tratos) en detrimento de la verbalización (elaboración) de las situaciones conflictivas, reproduciendo en el sistema intrafamiliar aquello que el espacio social realizó con la familia.

C. Ambiente socio-familiar

También las interacciones familia y medio social se encuentran perturbadas y responden a una forma de establecer las relaciones de una manera peculiar, en parte determinadas por esa constante de la existencia de una situación de marginalidad previa.

1. Aislamiento: ante una situación conflictiva o la presencia de una conducta marginal el sistema familiar tiende a aislarse («que nadie se meta en lo que pasa en mi casa») y, simultáneamente, el medio social tiende a aislar a las situaciones marginales de formas particulares: guetos de barrios, disminución de las relaciones sociales, juicios a priori sobre lo que sucede, disminución de los soportes de contención social, dificultades para establecer amistades estables, la presencia posible de de-

nuncias y la presencia activa de la justicia, etc. Son datos que hablan de una dificultad para establecer una comunicación diferente que no sea el repetir la situación de marginación y marginalidad.

2. Como consecuencia de este doble mecanismo del aislamiento (aislarse y ser aislado) surge una forma de presentación del conjunto de la situación: el encerramiento. Por tal encerramiento incluimos un mecanismo de introversión familiar, en el cual el sistema familiar se hace un micro-gueto en su forma de relación con lo externo del sistema, incrementado por las dificultades del ambiente social para comunicarse con el sistema familiar. Esta situación hace que tanto las situaciones conflictivas como las crisis reviertan al interno del sistema familiar por un proceso que venimos llamando de encerramiento o encapsulamiento relacional y comunicacional. En este encerramiento no sucede una búsqueda de apoyo, sostén o contención en el afuera del sistema familiar, es más en muchas ocasiones la intervención desde ese afuera suele ser vivida como agresiva por lo que se realiza una negación sobre esa intervención, pero es que en muchas ocasiones esa intervención puede o suele ser agresiva (denuncias, separaciones, ayudas económicas puntuales, etc.). Por todo ello es como si el sistema familiar y su jerarquía de valores sufriera una descalificación masiva, tanto en la función como en el desarrollo de ella. Por lo tanto: negación del mundo externo, proyección al mundo externo de los problemas y conflictos internos y aislamiento de ese mundo externo hacen que aparezca un encerramiento hacia el interno del sistema familiar con lo que los conflictos y crisis se agudizan por el poco espacio disponible, la repetición en lapsos de tiempo cada vez más cortos y la imposibilidad de desplazamientos y movimientos se encierran y encapsulan en el propio sistema familiar, lo cual favorece el repetir, por condensación y desplazamiento, los mismos patrones relacionales: los malos tratos. Creemos que es ésta la correcta interpretación del dato estadístico que asegura que los padres maltratantes han sido

niños maltratados; este dato estadístico, frío como cifra cuantitativa estrictamente, posibilita una lectura cualitativa al contextualizarla con los patrones relacionales y comunicacionales de la historia familiar y de su propio ciclo familiar.

3. Como consecuencia de los dos elementos anteriores, así como de las situaciones del entorno familiar, lo que se detecta es un incremento de la agresión entre los miembros del sistema familiar. Incremento de la agresión que se comprende al analizar el desplazamiento de la agresividad por los pasos al acto sucesivo en el seno familiar. De tal suerte que ese desplazamiento de la agresividad tiene una doble vía de salida para la agresión: de un lado, por la negación y proyección, se desplaza al externo del sistema familiar, pudiendo ser uno de los pilares que definen la delincuencia y predelinencia (10), esta vivencia de agresión desde lo externo se proyecta allí donde se cree que está originada, por lo que la transgresión de la Ley real está como tope de transgresión de la Ley. El segundo camino del desplazamiento de la agresividad, sigue el fundamento del encerramiento y encapsulamiento del sistema familiar, con lo que la agresión retorna al interno de las relaciones familiares, pues está potenciado por la disminución de los contactos con el externo del sistema y esa agresión interactúa con los propios mecanismos derivados de los procesos de encerramiento y retorna al interno del sistema como malos tratos.

MÉTODO DE INTERVENCIÓN

Si algo es complicado es el diseñar una metodología de intervención que sea fácilmente generalizable, pues se debe articular con cada caso y con cada contexto. Por otro lado es preciso articular: cauta espera para que la intervención no sea intervencionismo, con rigor y firmeza en la intervención.

Por estos motivos hemos de exponer nuestro criterio de una manera firme y muy basado en la experiencia concreta de los mismos

casos a los que hemos hecho referencia en el apartado anterior.

Cualquier intervención en estos casos es discutible, en algunas ocasiones puede ser por intervencionismo, en otras por paternalismo, en otras por sobreproteccionismo, o bien por demasiada cautela o por «escaqueo» de la situación. Todas estas posturas nos ponen sobre el tapete aquello que remueve y moviliza los malos tratos a la infancia, a cada uno de nosotros. Quizá sea, por este evidente riesgo, por lo que en casi todos los trabajos se evita entrar en la metodología del abordaje, sustituyéndola por unos finos trazos de diseño:

1. Decisión de separar al niño maltratado del medio maltratante: Es una decisión seria e importante, pero que en ocasiones debe ser tomada.

1.1. Criterios para la toma de decisión:

1.1.1. Amenaza para la integridad física del niño de continuar en ese medio hostil.

1.1.2. Riesgo en los procesos evolutivos y de vinculación del niño con las figuras objetales.

1.1.3. Existencia de una situación marginal previa en el entorno familiar de singular prevalencia.

1.1.4. Imposibilidad de realizar una vigilancia cercana de la situación.

1.1.5. Que la presencia del crío incrementa los riesgos de la situación marginal global por desplazamiento de los conflictos.

1.2. Condiciones para la toma de decisión:

1.2.1. Aunque sea presentado por uno de los miembros del equipo, esta toma de decisión es algo que compete a la totalidad del equipo.

1.2.2. Se debe tener en cuenta una correcta y completa evaluación del caso, tanto desde la perspectiva clínica, como psicológica y social.

1.2.3. Esta toma de decisión debe incluir el conocer el devenir de la situación del sujeto infantil, lo que implica que la toma de decisión no incrementa innecesariamente el riesgo evolutivo.

1.2.4. Se debe contemplar el tipo de intervenciones que se van a realizar en el entorno

familiar mientras dure el proceso de separación.

1.2.5. Se debe tener en cuenta la estrategia a seguir para el retorno al medio familiar, si es que ello va a ser posible.

2. Inadecuación de las instituciones totales: Muchos han sido los trabajos realizados sobre las instituciones totales en la infancia, sus efectos, su transformación, etc. Lo cierto es que representan una herencia del Estado Benéfico de finales del XIX y es muy raro que puedan subvenir las necesidades reales de la infancia con problemas (10, 11 y 12). En este sentido es preciso sopesar adecuadamente las ventajas e inconvenientes de una toma de decisión en esta dirección, dado que podría existir una suma de factores de riesgo en lo tocante a los trastornos derivados de la alteración de los procesos de vinculación y relaciones objetales con una repercusión importante en las interacciones que se establecen entre niño, familia, instituciones sanitarias, instituciones sociales y medio ambiente social.

3. Inadecuación legal de procesos de reconstrucción de relaciones familiares alternativas, como puede ser la guarda y custodia o «le placement familial». La única forma actual es acogerse a una circular de la Fiscalía General del Estado, pero es insuficiente y suele quedar al voluntarismo de determinados jueces y fiscales, lo que supone más un criterio ideológico que un criterio justo y científico. No obstante existen organismos (MACI) (13) que han expuesto un método adecuado y discutible para abordar esta problemática que contempla los parámetros que definen esta compleja situación (14), tanto desde la perspectiva vincular como relacional (10 y 14).

4. Dificultades de intervenir en los pisos alternativos actualmente existentes, dado que las características que nos hemos encontrado se centrarían en los siguientes puntos:

4.1. Suelen ser instituciones privadas que funcionan con fondos públicos, lo cual hace que surja el fantasma institucional del control que, a su vez, aparece como contradicción fundamental desde la definición y origen.

4.2. Funcionamiento con esquemas y con-

ceptos «salvadores» por usar terminología de A. Platt (2). En esta situación domina lo caritativo o compasivo sobre lo comprensivo y la elaboración.

4.3. Existencia de una competitividad, latente siempre y manifiesta en la mayoría de las circunstancias, con las familias de origen. Este elemento articula dos tipos de interacciones:

4.3.1. El personal de estos pisos suele estar vinculado a alguna orden religiosa, en esta situación se satisfacen, en la realidad, algunos deseos que no han podido explicitarse: cumplir funciones maternas sin estar mancilladas, fines salvadores y caritativos, servicio a los desamparados, etc. Con lo cual se articula: una situación personal *como si* cumplieran esa función, pero para poder hacerlo se precisa que continúe la existencia de sujetos a quien salvar, por lo que se precisa funcionar *como si* fuera todo de tipo permanente. Las actitudes y contraactitudes transferenciales se plantean con una Gran Tasa de angustia y ansiedad, que en ocasiones suele terminar con el abandono de la orden religiosa, pero con la continuidad de la prestación asistencial.

4.3.2. Para poder cumplir esta función sabida de protección y salvación es necesario que la situación marginal, abandonica y de malos tratos sea evidente, por esta razón es por lo que hay que funcionar *como si* todo siguiera igual. Por lo tanto aparece una negación a los progresos familiares con una reafirmación de los progresos en el piso, al tiempo se proyecta el conflicto relacional hacia la situación familiar, en su conjunto se incrementa la culpa familiar al emerger sentimientos de inseguridad y se dificulta la elaboración del conflicto.

Aún con estas dificultades metodológicas y estructurales es preciso abordar una intervención que posibilite reordenar y reorganizar toda la complejidad:

1. Diferenciar tres momentos metodológicos en el abordaje y estudio de la situación:

1.1. Recepción adecuada de la demanda.

1.2. Evaluación de la situación desde la

perspectiva clínica, psicopatológica, relacional y social.

1.3. Toma de decisión que implique al equipo en su conjunto.

2. Aclarar metodológicamente en la intervención:

2.1. Atención: a la situación en su conjunto y a la recepción del problema y del conflicto.

2.2. Contención: como elemento estructurante y punto de referencia obligado, donde la escucha posibilite la elaboración de los actos y así emerja la palabra.

2.3. Intervención: que incluya las zonas en conflicto con el fin de establecer el diseño de una estrategia que logre una correcta redefinición de la situación en su conjunto.

3. Toma de decisión: de forma ágil y que implique un compromiso y no una demora:

3.1. No temer la denuncia judicial, pero vehicularla a través de los estamentos comunitarios adecuados, sobre todo por los servicios sociales.

3.2. Si es preciso habrá que separar del ambiente maltratante, pero cumpliendo los criterios y condiciones expuestos con anterioridad.

3.3. Si no existen familiares cercanos que puedan hacerse cargo en ese momento de crisis de forma transitoria, habrá que buscar instituciones de la comunidad que funcionen correctamente. Ante la contraindicación de las instituciones totales, podría servir un internado de un colegio de la zona u otra institución similar.

3.4. Trabajo simultáneo de redefinición familiar, tanto en el plano social como en el relacional. Evaluar muy correctamente la flexibilidad o rigidez del sistema, con el fin de tomar una decisión definitiva.

3.5. Es preciso delimitar legalmente el estado de la guarda y custodia y las familias alternativas con un criterio riguroso metodológicamente y con el seguimiento adecuado.

3.6. El seguimiento continuado con evaluación constante debe ser la norma, unido a quien se responsabiliza en hacer dicho seguimiento.

3.7. Tener presente, hoy por hoy, las posibles contradicciones de algunas instituciones

dedicadas a los pisos alternativos, así como las dificultades para intervenir en su seno, lo cual hace que se vaya preparando el posible retorno casi desde el principio, con el fin de que se asuma el principio de transitoriedad.

Bibliografía

1. MAUSE, L.I.: *Historia de la infancia*. Ed. Alianza Universidad. Madrid, págs. 15-93. 1982.
2. PLATT, A.: *Los salvadores del niño*. Ed. Siglo XXI. México/Madrid/Buenos Aires/Bogotá, 1982.
3. KEMPE, C.H., SILVERMAN, F.N., STEELF, B.F., DROEBMUELLER, W., SILVER, H.K.: *The battered child syndrome*. JAMA, 181: 17-24. 1962.
4. O'DOHERTY, N.: *The battered child. Recognition in Primary care*. Ed. Bailliére Tindall. London, págs. 4-37. 1982.
5. UNIDAD SALUD MENTAL INFANTIL: *Memoria de actividades 1984-1985*. Mieres, 1985.
6. PEDREIRA MASSA, J.L.: *Consecuencias psicológicas de la hospitalización en la infancia*. An. Esp. Pediatría (en prensa).
7. SÁNCHEZ-PUELLES, M., SEQUEIROS, A.: *El niño maltratado. Datos de la provincia de Madrid*. Ponencia en V Simposio Español de Pediatría Social. Ed. AEP. Santa Cruz de Tenerife, págs. 374-400. 1981.
8. BOWLBY, J.: *Cuidado maternal y amor*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 112. 1972.
9. FREUD, A.: *El yo y los mecanismos de defensa*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1971.
10. V.V.A.A.: *La vinculación*. Ed. Marfil. Alcoy, 1977.
11. PEDREIRA MASSA, J.L., SARDINERO, E.: *Psychodynamic and social indicators of child and teenage alienation*. Psychopathology 4, 2: 119-127. 1984.
12. LÓPEZ, F.: *El apego*. En A. Marchesi (comp.): *Psicología evolutiva*, Vol. 2. Alianza Universidad. Madrid, págs. 105-143. 1984.
13. WILHELMI LIZAUER, G.: *La guarda y custodia*. En E. Miret Magdalena (comp.): *Los problemas del menor inadaptado y marginado socialmente*. Ed. Consejo Superior de Protección de Menores-Ministerio de Justicia. Madrid, págs. 321-333. 1983.
14. PEDREIRA MASSA, J.L., SARDINERO, E.: *Aproximación psicosocial a la adopción y sus variantes*. En *Marginación Social*. Ed. IRES. Madrid, págs. 79-112. 1985.
15. L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE: *Violences envers l'enfant violences dans les familles*. 62, 1: 5-64. 1986.
16. MASTROPAOLO, L., PESENTI, E.: *L'approccio relazionale sistemico nel servizio pubblico. Strategie sistematiche e terapia familiare in un servizio materno-infantile*. En P. Semboloni (comp.): *La psicoterapia nei servizi psichici*. Ed. C. Mengotti. Genova, págs. 21-36. 1985.

Consideraciones metodológicas en la evaluación de niños con alteraciones cerebrales orgánicas: el informe de los padres

J. León Carrión*, M. Gómez de Terreros*, M. Nieto-Barrera**, J. Gómez de Terreros**

Sevilla

RESUMEN

En la evaluación psicológica de los niños se requiere la ayuda de los padres como elemento de ayuda y de complementariedad a las valoraciones realizadas por los clínicos; la validez de esta aportación es discutida y valorada (en este caso mediante el cuestionario de Preinvestigación del Desarrollo Infantil de Denver —PDQ— en niños afectados de cuadro orgánico cerebral) en el trabajo.

Palabras clave: Enfermedad orgánico-cerebral. Informe de los padres. Cuestionario PDQ.

INTRODUCCIÓN

Los métodos de evaluación Psicológica infantil requieren generalmente la participación de los padres o tutores de los niños que se de-

sean examinar, si se quiere obtener una información útil al diagnóstico y la decisión terapéutica que se ha de seguir. La evaluación neuropsicológica participa de esos mismos presupuestos cuando necesita información sobre determinados aspectos del desarrollo psicomotor y sobre determinadas conductas de relación del sujeto que se estudia. Sin embargo la validez de la información que los padres dan sobre sus hijos ha sido ampliamente contestada y en muchos casos puede ponerse en duda que tenga utilidad (Vaughn y cols., 1981; Hagekull y cols., 1980; Hagekull y cols., 1984), pudiendo, a veces, ser perjudicial para el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.

Las fuentes de error en la recogida de información, sobre aspectos psicológicos de niños con problemas orgánicos cerebrales del desarrollo, a través de sus padres pueden ser variadas. Así, como señalan Bates y Bayles (1982), la necesidad de conocer lo que piensan los padres sobre sus hijos es fundamental para comprender el ambiente que rodea al niño y porque además existen datos relacionados con el curso del desarrollo que sólo pueden ser aportados por ellos. El mismo crite-

* Universidad de Sevilla. Dto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

** Hospital Infantil de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío. Sevilla.

rio es compartido por Monedero (1984) cuando estima que la entrevista con los padres, que aunque no tienen conocimientos de psicología o psicopatología infantil, es fundamental para la orientación diagnóstica junto con las pruebas psicológicas. Pero los padres pueden tener problemas para aprehender una realidad externa a ellos (la de su hijo) cuando ponen una fuerte carga afectiva y/o emotiva.

Los padres tienen una gran facilidad para distorsionar la realidad de sus hijos, o de fantasear sobre ella. En este sentido, los informes que dan sobre los niños, a veces, no son más que un manifiesto de deseos concebidos como realidad, o una descripción de las características cognitivas de ellos mismos como padres. En esa perspectiva Bates y cols. (1979) encontraron que la personalidad de las madres, la clase social y la paridad correlacionaban con la percepción de las dificultades de sus hijos.

Otros aspectos que pueden ser también fuentes de distorsión de la información son las dificultades instrumentales de los padres. Dicho de otra forma, las dificultades instrumentales de los niños cuyos padres tienen la misma dificultad, no suelen ser detectadas por sus progenitores. Así, es característico, cuando el problema se centra en el área del lenguaje y la madre o el padre tienen también dificultades en ese área, la información que dan sobre el desarrollo y la manifestación del lenguaje de su hijo es de normalidad; evidentemente es su **normalidad**.

El nivel de instrucción de los padres está estrechamente relacionado con los estilos cognitivos y tiene su influencia ya que de él depende la capacidad que tienen para organizar e integrar aquello que observan en sus hijos. Así, por ejemplo, el nivel de exigencia sobre el desarrollo de control motor fino que manifiesta el hijo, variará en función de la percepción y conocimiento que los padres tengan sobre dicho aspecto del desarrollo infantil.

Por otra parte, las características de salud de los padres también han de ser tenidas en cuenta de tal forma que para Bates y Bayles (1982) las madres con un buen nivel de salud mental perciben el temperamento de sus hijos

como óptimo. En esta línea Ventura y Stevenson (1986) realizan un estudio sobre la relación de los informes de los padres sobre sus hijos, el funcionamiento psicológico de los padres y las características familiares. A las conclusiones que llegan en su estudio son:

a. Los síntomas de depresión en los padres están asociados con informes de temperamento infantil problemático.

b. La psicopatología de la madre puede contribuir a que el padre tenga una percepción de la conducta infantil como más difícil.

c. El género de los padres y el nivel socioeconómico de éstos afecta al punto de vista que tienen sobre sus hijos. Es decir los padres interpretan de forma diferente que las madres las conductas de sus hijos.

En definitiva, los padres, como observadores, son la principal fuente de sesgo respecto a la información que sobre las conductas y el desarrollo de sus hijos pueden dar. Sin que ello quiera decir que dicha información no pueda tener validez para la evaluación psicológica. Como expone Carey (1978) es legítimo pensar que cuando los padres son preguntados adecuadamente y en la forma apropiada, los datos que dan pueden tener un valor moderado o alto. Pero el problema estriba en saber cuáles son las preguntas y la forma adecuada; pero sobre eso volveremos más adelante.

El **trastorno** o alteración que padece el niño también ha de ser considerado como fuente de sesgo cuando sobre él son preguntados los padres. La mayoría de los estudios que se han realizado hasta la fecha han sido sobre cómo éstos perciben el temperamento de sus hijos (Bates 1983; Carey y McDebitt 1978; Hubert y cols., 1982; Persson-Blennow y McNeil, 1979; Rothbart, 1981; etc...). En cualquier caso el estudio del temperamento infantil presenta dificultades intrínsecas al constructo en sí mismo, tal como señala Plomin (1982) y Rothbart (1982). Muy pocos estudios hemos encontrado sobre otros trastornos infantiles relacionados con los informes que dan los padres sobre ellos. Este hecho quizás sea debido a que otros aspectos, en principio ajenos a la personalidad del niño, pueden ser más directamen-

te evaluados por el psicólogo.

En cualquier caso, la calidad de los informes que dan los padres sobre las conductas diarias de sus hijos está hoy debatiéndose y numerosos estudios se están llevando a cabo. Así, diversos métodos se han desarrollado para, presumiblemente, ganar precisión. Pueden verse cuestionarios desarrollados para este fin, entre los que cabe destacar la medida de las dificultades infantiles de Bates y cols. (1979), la medida de las diferencias conductuales infantiles de Hagekull (1982), el cuestionario de medida del temperamento en niños de seis meses de Persson-Blennow y cols. (1979), el cuestionario del temperamento infantil de Carey (1978), el cuestionario de conducta preescolar de Behar (1977) y el inventario de desarrollo infantil de Minnesota de Iretton (1974).

También se han desarrollado procedimientos de entrevista, entre las que destacan los estudios realizados por Dunn y Kendrick (1980) sobre la interacción padre-hijo a través de la entrevista y la observación directa. También es interesante anotar el estudio realizado por Hagekull y cols. (1984) sobre la validez de los informes de los padres a través del cuestionario de conducta infantil (BBQ) y las observaciones directas. Estos autores terminan proponiendo que los mejores resultados de los informes de los padres pueden obtenerse sugiriendo a los padres que observen la conducta de los niños antes de rellenar el cuestionario, pero teniendo siempre en mente la perspectiva interaccional.

El trabajo que aquí se presenta es exploratorio y pretende servir de orientación sobre la validez de los informes que sobre determinadas conductas de niños, con problemas cerebrales orgánicos, dan sus padres, así como una aproximación a posibles instrumentos que puedan mediar en dicho proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron 12 niños ingresados en un Hospital Infantil; el tiempo medio de estanc-

cia en el centro fue de 15,7 días. La edad media de los sujetos fue de 10 meses, con diversos trastornos orgánicos: 2 con retraso psicomotor, 3 con síndrome de West, 1 con síndrome de Down, 1 con síndrome orgánico (en estudio), 1 con microcefalia, 1 con meningocefalitis, 2 con encefalopatías, 1 con macrocefalia.

El nivel socioeconómico y cultural de los padres era similar.

El material utilizado ha sido la Preinvestigación del Desarrollo Infantil en Denver (PDQ). El método utilizado consiste en la observación de las conductas del niño expuestas en el cuestionario por parte del psicólogo, y la aplicación del mismo cuestionario 15 días después por parte de la madre que lo envía al centro por correo.

El cuestionario PDQ fue elaborado en 1976 por Frankenburg y consta de 10 preguntas que deben contestar los padres de los niños a estudiar. Su objetivo es discriminar a aquellos niños que puedan tener algún retraso en el desarrollo, para en el caso afirmativo realizar un examen más profundo.

El PDQ tiene preguntas como las que siguen:

1. Sin sostenerse en almohadas, sillas o paredes. ¿Puede su niño mantenerse sentado por un minuto?
2. ¿Puede su niño comer solo un pedazo de pan o una galleta?
3. Cuando su niño está jugando y usted viene silenciosamente. ¿Alguna vez ha volteado la cabeza como si le hubiera oído llegar?
4. Cuando el niño desea un juguete que está retirado de sus manos. ¿Trata él de conseguirlo extendiendo sus brazos o cuerpo?
5. ¿Puede su niño reconocerle entre personas extrañas? ¿Demuestra timidez o vergüenza con personas que no conoce?

El tratamiento de los datos se realizó a través de ordenador, primero a través de la prueba de Kruskal-Wallis para comparación de muestras y posteriormente se obtuvo el coeficiente de correlación de Pearson entre ambas series de puntuaciones.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos tanto por la evaluación del psicólogo, como por la realizada por los padres quedan reflejados en la Tabla I.

Tras el análisis estadístico encontramos que la media de puntuación del grupo de madres en el PDQ fue de 6,08 con una desviación tipo de 4,37, mientras que la puntuación media del psicólogo en la misma prueba fue de 4,75 con una desviación tipo de 3,91. Encontrándonos así mismo con que tras la prueba de Kruskal-Wallis la H obtenida es de 2,98 ante un χ^2 de 10,828 que permite aceptar que la diferencia entre las medias obtenidas por los padres y las obtenidas por el psicólogo no son estadísticamente diferentes, es decir, que la diferencia entre ellas es debida al azar con un riesgo alfa de equivocarnos de 0,001 (Tabla II).

TABLA I
Puntuaciones obtenidas por los niños según la observación realizada por el psicólogo y por su madre

Sujeto	Punt. psicólogo	Punt. padres	Diagnóstico
1	5*	8*	Retardo psicomotor
2	10	10	Síndrome de West
3	0	0	Síndrome de West
4	0	0	Síndrome de Down
5	4*	10*	Sínd. orgánico (en estudio)
6	10	10	Microcefalia
7	5*	8*	Encefalop. prenatal. con microcefalia
8	0	0	Síndrome de West
9	8	9	Macrocefalia
10	10	10	Meningocefalitis
11	0	0	Retardo psicomotor
12	5*	8*	Encefalop. Malform.

Una vez hallado el coeficiente de correlación de Pearson entre ambas series de puntuaciones hallamos una $r = 90$ ($p < 0,001$), que nos

TABLA II
Medias, desviaciones tipo de las puntuaciones de los cuestionarios según la madre y el psicólogo, χ^2 y coeficiente de correlación

	Media psicol.	Sx psicol.	Media madre	Sx madre	χ^2	Rxy
PDQ	4,75	3,91	6,08	4,37	2,98	0,90

indica que aun no siendo totalmente coincidentes los dos grupos de puntuaciones presentan una clara tendencia en el mismo sentido (Tabla II).

Teniendo en cuenta lo anterior, nos vemos conducidos a admitir que, cuantitativamente, no existe diferencia entre las evaluaciones hechas mediante el PDQ ya sea por los padres ya sea por psicólogos, a no ser que se forzara la situación en exceso, debido al alto grado de probabilidad con el que hemos trabajado estadísticamente ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN

Los resultados indican que no existen diferencias entre el informe de los padres sobre la conducta de su hijo, observada por el mismo y registrada a través del PDQ y la observación hecha por el psicólogo y registrada por el mismo cuestionario. Al menos esos son los resultados que se obtienen a nivel cuantitativo. Hecho que está de acuerdo con algunas de las investigaciones citadas. Sin embargo podrían aventurarse algunas hipótesis explicativas sobre tales resultados.

En primer lugar podría objetivarse que las preguntas del PDQ son fácilmente objetivables y que cualquier persona, incluso con poca instrucción, puede realizarlas y observarlas sin dificultad. Es decir, cualquier madre es capaz de responder correctamente cuando se le pregunta si su hijo es capaz de sentarse sin ayuda. Incluso cuando la pregunta puede, aparentemente, ser más compleja, como cuando se le sugiere que ponga a su hijo acostado sobre la espalda, que coja al niño por las muñecas, trate de levantarlo hasta la posición de

sentado y observe si puede el niño sostener el cuello en posición rígida.

Son aspectos que cualquier padre puede, sin ningún problema, observar y recoger objetivamente. Quizás el problema está cuando la actuación del niño no es clara. Y allí es cuando realmente los resultados de nuestro estudio si son más interesantes. Se trata de hacer un análisis cualitativo de los resultados.

El PDQ es una prueba que indica que cuando los sujetos obtienen una puntuación por debajo de seis ha de ser realizado un examen más profundo, ya que este cuestionario es sólo de screening y se utiliza para detectar a niños con posibles problemas del desarrollo. Pues bien, a pesar de que hemos obtenido un alto índice de correlación entre las puntuaciones realizadas por la madre y las del psicólogo, que prácticamente sugiere que no existen ningunas diferencias, desde el punto de vista cualitativo si las hay.

En la Tabla I, señalados con asteriscos, se encuentran aquellos sujetos a los que su madre ha puntuado dos o más puntos de como lo hizo el psicólogo. Las madres puntúan la conducta de su hijo igual que lo hace el psicólogo sólo cuando el niño está «muy bien» o está «muy mal», es decir, cuando las alteraciones son muy visibles o cuando no existen. Por el contrario cuando el PDQ realizado por el psicólogo sugiere que existen alteraciones del desarrollo no muy severas, las madres parecen negarse a reconocer dichas posibles alteraciones, puntuando a sus hijos con características de normalidad. Todo ello independientemente del nivel socioeconómico o instruccional.

Posiblemente este hallazgo puede interpretarse de diferentes formas, bien sea desde el punto de vista de los trastornos o desde el punto de vista de la psicología de los padres.

Los trastornos orgánicos cerebrales conlleven generalmente desde sus comienzos alteraciones y disarmonías del desarrollo de los niños que los padecen. Este hecho hace que los padres estén alertados y acostumbrados, desde el descubrimiento del trastorno que padece su hijo, a la observación de la conducta de

éstos. Pero sólo cuando la alteración de la conducta es manifiestamente visible.

Cuando el niño no tiene una severa alteración en su comportamiento es cuando puede entrar en juego la psicología de los padres. Parece como si los padres no quisieran ver dichos problemas o albergaran la esperanza de que lo que observan es normal, o que sólo existe un pequeño retraso que se corregirá con el tiempo.

Estos resultados están de acuerdo con Monedero (1984) cuando expone que la actitud de los padres hacia el tipo de alteración que los niños padecen es compleja. Según él, los padres de niños con problemas orgánicos adoptan hacia ellos una actitud protectora «y consideran sus defectos psicológicos como una carga más que deben aceptar en la vida». Sin embargo, para este autor, cuando las alteraciones psicológicas que presenta el niño no son muy evidentes, los padres pueden negarse a aceptar tales deficiencias «obligando al hijo, de una forma totalmente inconsciente a realizar aquello para lo que no está dotado».

Así, podríamos concluir este estudio exploratorio con las siguientes sugerencias:

1. El PDQ puede ser un buen instrumento para que los padres de niños con alteraciones cerebrales orgánicas puedan detectar **severas** alteraciones.
2. El PDQ puede **no** ser un buen instrumento para que los padres de niños con alteraciones cerebrales orgánicas puedan detectar alteraciones del desarrollo de sus hijos.
3. Los informes sobre niños con alteraciones orgánicas cerebrales, dados por sus padres, pueden ser poco fiables en función del grado de retraso en el desarrollo que muestran los niños.
4. La evaluación de aspectos del desarrollo de niños con alteraciones cerebrales orgánicas es aconsejable que sea realizada por un psicólogo experto. Sin menoscabo de la ayuda que los padres u otros profesionales puedan prestar.
5. Los padres de niños con alteraciones orgánicas cerebrales **sólo** parecen observar acertadamente un **buen o mal** nivel de desarrollo

conductual de sus hijos, mientras que no parecen detectar los niveles **bajos** o **medios** de problemas de dicho desarrollo conductual.

Bibliografía

- BATES, J.E. *Issues in the assessment of difficult temperament*. Merrill-Palmer Quarterly, 29: 89-97. 1983.
- BATES, J.E., FREELAND, C.A. and LOUNSBURY, M.L. *Measurement of infant difficulty*. Child Development, 44: 591-598. 1979.
- BATES, J.E., OLSON, S.L., PETTIT, G.S. and BAYLES, K. *Dimensions of individuality in the mother-infant relationship at six months of age*. Child Development, 53: 446-461. 1982.
- BEHAR, L.B. *The preschool behavior questionnaire*. Journal of Abnormal Child Psychology, 5: 265-275. 1977.
- CAREY, W.B. *A simplified method for measuring infant temperament*. Journal of Pediatrics, 77: 188-194. 1970.
- CAREY, W.B. and McDEVITT, S.C. *Revision of the infant temperament questionnaire*. Pediatrics, 61: 735-739. 1978.
- DUNN, J. and KENDRICK, C. *Studying temperament and parent-child interaction: comparison of interview and direct observation*. Development Medicine & Child Neurology, 22: 484-496. 1980.
- HAGEKULL, B. *Measurement of behavioral differences in infancy*. Acta University Uppsala Abstract of Uppsala Disserations from the Faculty of Social Sciences. Stockholm: Almqvist & Wiksell International. 1982.
- HAGEKULL, B., LINDHAGEN, K. & BOHLIN, G. *Behavioral Dimensions in one-year-olds and dimensional stability in infancy*. International Journal of Behavioral Development, 3: 351-164. 1980.
- HAGEKULL, B., BOHLIN, G. & LINDHAGEN, K. *Validity of Parental Reports*. Infant Behavior & Development, 7: 77-92. 1984.
- HUBERT, N.C., WACHS, T.C., PETERS-MARTIN, P. & GANDOUR, M.J. *The study of early temperament: Measurement and conceptual issues*. Child Development, 53: 571-600. 1982.
- IRETON, H. & THWING, E. *Manual for the Minnesota Child Development Inventory*. Minneapolis: Interpretive Scoring Systems. 1974.
- MONEDERO, C. *La historia clínica en psicopatología infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva. 1984.
- PERSSON-BLENNOW, I. and McNEIL, T. *A Questionnaire for Measurement of Temperament in six-months-old infants: Development and standardization*. Journal of Child Psychology and allied disciplines, 20: 1-13. 1979.
- PLOMIN, R. *The difficult concept of temperament*. Merrill-Palmer Quarterly, 28: 25-33. 1982.
- ROTHBART, M. *Measurement of temperament in infancy*. Child Development, 52: 569-578. 1981.
- ROTHBART, M. *The concept of difficult temperament: A critical analysis*. Merrill-Palmer Quarterly, 28: 35-40. 1982.
- VAUGHN, B., TARALDSON, B., CRICHTON, L. & EGELAND, B. *The assessment of infant temperament: A critique of the Carey Infant Temperament Questionnaire*. Infant Behavioral Development, 4: 1-18. 1981.
- VENTURA, J.N., STEVENSON, M.B. *Relations of mothers' and fathers' reports of infant temperament, parents' psychological functions, and family characteristics*. Merrill-Palmer Quarterly, 32: 275-289. 1986.

Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados

J. Canals Sans*, R. Barceló Aznar*, E. Domènech Llaberia**

Barcelona

RESUMEN

Se ha estudiado la relación entre actitudes alimentarias, evaluadas mediante el EAT (Eating Attitudes Test), y la autoestima, la ansiedad y la depresión, en una muestra de 520 escolares en edad puberal. Las hembras puntúan más alto que los varones en el EAT ; a la vez estas puntuaciones están más relacionadas con síntomas de ansiedad. Los varones relacionan más sus actitudes alimentarias con la autoestima y con los síntomas de depresión. A partir de estos resultados se puede pensar que los varones púberes están también sometidos a la presión de la moda de belleza masculina, aunque esto no desencadene un cuadro clínico de anorexia nerviosa.

Palabras clave: EAT. Pubertad. Autoestima.

INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa es una patología conocida desde el siglo XVII y el término lo acu-

ñó Gull en 1888. En las dos últimas décadas se ha incrementado el interés por su estudio, coincidiendo con el aumento de la incidencia de esta patología.

La anorexia nerviosa femenina se ha relacionado con el fenómeno de la pubertad (Elston y Thomas, 1985). Este, sin embargo no sería el único desencadenante. Actualmente dentro de las múltiples posibles causas, se da gran relevancia a los factores socioculturales. Uno de ellos sería el estereotipo de delgadez femenina que se está imponiendo como ideal bajo la presión ejercida por los medios de comunicación.

Este hecho explicaría que la frecuencia de la anorexia nerviosa sea mucho mayor en el sexo femenino (95 %). Pero estamos asistiendo a un cambio en los intereses por el propio cuerpo, puesto que el hombre joven actual se preocupa cada vez más por su imagen corporal, y tiende a someterse a dietas y hacer mucho ejercicio físico para incrementar la masa muscular.

Como señala Toro, (1990) los criterios clínicos de la clasificación DSM-III-R de la anorexia nerviosa otorgan mayor importancia a los factores emocionales y cognitivos que a los biológicos.

Dentro de los factores cognitivos están los

* Departament d'Educació i Psicologia. Universitat de Barcelona (Tarragona).

** Departament de Psicologia de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona.

pensamientos «cotidianos» acerca del volumen corporal excesivo que pueden transformarse en auténticas distorsiones cognitivas. Las anoréxicas no se agradan y suelen tener una autoestima baja como han señalado algunos autores (Huon y col. 1984). Estas cogniciones, que se acompañan de niveles altos de ansiedad, son responsables de muchos de los comportamientos patológicos de las anoréxicas.

Los trastornos emocionales son, de una parte, la ansiedad, de otra la tendencia a deprimirse. Se ha señalado la especial incidencia de la depresión en pacientes anoréxicas por debajo de los 15 años (Fosson y col. 1987).

Para explicar la depresión de las pacientes anoréxicas se han propuesto varios modelos explicativos (Devlin y Walsch, 1989). Uno de ellos atribuye la depresión a la pérdida de peso y a la desnutrición; este argumento ha sido rebatido (Hendren 1983) y no ha llegado a una conclusión definitiva. En una gran mayoría de mujeres el episodio depresivo precede al trastorno alimentario, pero así mismo los síntomas de depresión mejoran con la estabilización del estado nutricional, sin que lleguen a desaparecer (Herpetz-Dahlmann 1987). Hay quien considera a la anorexia como una forma enmascarada de cuadro depresivo. Y por último para otros autores tanto los trastornos anoréxicos como afectivos recaen sobre unas personas con una especial vulnerabilidad bien sea somática, bien sea psicológica.

El primer objetivo de este trabajo ha sido estudiar la distribución por sexos de las puntuaciones de la sintomatología anoréxica en el test EAT o «Eating Attitudes Test» (Garner y Garfinkel, 1979). El segundo objetivo ha sido conocer la relación entre sintomatología anoréxica y autoestima tanto en las muchachas como en los varones. En tercer lugar se ha querido investigar la relación de los síntomas anoréxicos con los síntomas de ansiedad y depresión en cada sexo.

El presente estudio forma parte de una investigación multidisciplinaria que ha abarcado toda la etapa de desarrollo puberal. Esta investigación se inició en el año 1987. Los resultados que presentamos en este artículo ha-

cen referencia al año 1990 que es cuando se ha aplicado el cuestionario de actitudes alimentarias.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

Se han examinado 520 escolares, varones y hembras, de 14 y 13 años respectivamente. La proporción por sexos ha sido de 57 % para el masculino y de 43 % para el femenino. Esta muestra ha partido de la población total de escolares de la ciudad de Reus (Tarragona), nacidos el primer semestre del año 1976 los niños, y el primer semestre del año 1977 las niñas. La población total era de 665 sujetos. Debido a que otros aspectos de la investigación precisaban estudiar muy concretamente la pubertad, se escogió la diferencia de un año entre sexos con el fin de paliar el avance fisiológico del desarrollo puberal en el sexo femenino.

Instrumentos y procedimiento

Se han administrado los cuestionarios siguientes:

1. «Eating Attitudes Test» (EAT) (Garner y Garfinkel, 1979). Es un instrumento de cribado para evaluar los síntomas de anorexia. Se ha utilizado la versión traducida al castellano por Toro y Castro. Consta de 40 ítems que puntúan de 0 a 3 según la severidad del mismo. El punto de corte por encima del cual se situaría la población anoréxica corresponde a una puntuación de 30. Según Garner y Garfinkel (1980), las puntuaciones del EAT están más relacionadas con el trastorno emocional que con el peso.

2. «Culture-Free Self-Esteem Inventory for Children» (SEI) (Battle, 1981). Es una escala que evalúa la percepción de uno mismo. Se ha utilizado la forma B, traducida al castellano por Domènech y Canals. Consta de 30 ítems de respuesta afirmativa o negativa. Compre-

de 5 subescalas que valoran la autoestima general, la autoestima social, la autoestima académica, la autoestima familiar, más una subescala de sinceridad con 5 ítems.

3. «Children's Depression Inventory» (CDI) (Kovacs, 1983). Es una escala autoevaluativa que valora los síntomas afectivos, cognitivos, somáticos y conductuales de la depresión. Consta de 27 ítems con tres opciones de respuesta cada uno y que puntúan de menor a mayor severidad de 0 a 2. Se ha utilizado la versión castellana de Ezpeleta, Domènech y Polaino (1988).

4. «State-Trait Anxiety Inventory for Children» (STAIC) (Spielberger, 1973). Es un cuestionario para evaluar la sintomatología ansiosa. Una parte mide la ansiedad de estado (STAIC-S) y otra parte la ansiedad característica o de rasgo (STAIC-T). Cada parte consta de 20 ítems que puntúan entre 1 y 3 puntos según la severidad del síntoma ansioso. Se ha administrado la versión castellana de García Giral y colaboradores.

Todas estas pruebas han sido aplicadas en las 27 escuelas que existen en la ciudad de Reus. La aplicación se ha hecho en grupos pequeños de 5 a 10 sujetos dependiendo del número de participantes de cada colegio.

RESULTADOS

1. La puntuación media del EAT para toda la muestra ha sido de 14,3. El sexo femenino ha puntuado significativamente ($p < 0,05$) más alto que el masculino (15,3 y 13,6 respectivamente).

TABLA II
Correlaciones entre síntomas anorécticos y síntomas de depresión y de ansiedad según el sexo

		CDI	STAIC-S	STAIC-T
EAT	Varones (<i>p</i>)	0,22 ***	-0,01 N.S.	0,16 **
	Hembras (<i>p</i>)	0,12 *	0,10 N.S.	0,27 ***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

2. Las correlaciones entre la sintomatología anoréctica según el EAT y la autoestima valorada con el SEI se presentan en la Tabla I. En el caso de los varones esta correlación presenta mayor grado de significación ($p < 0,001$) que en las hembras ($p < 0,01$). Según se observa en la Tabla I, la autoestima social no se encuentra relacionada con las actitudes anorécticas.

3. En la Tabla II se presentan las correlaciones entre el EAT y la sintomatología depresiva y ansiosa, en cada sexo. Los varones con más síntomas de trastorno alimentario muestran más sintomatología depresiva que las hembras. En cambio para la ansiedad de rasgo, las adolescentes con más sintomatología, ansiosa son las que puntúan más alto en el test de actitudes alimentarias.

DISCUSIÓN

Los resultados que hemos obtenido en el cuestionario de actitudes alimentarias, mues-

TABLA I
Correlaciones entre síntomas anorécticos y autoestima según el sexo

	A. General	A. Social	A. Académica	A. Familiar	A. Total	
EAT	Varones (<i>p</i>)	-0,23 ***	-0,05 N.S.	-0,23 ***	-0,17 **	-0,26 ***
	Hembras (<i>p</i>)	-0,17 **	-0,08 N.S.	-0,16 **	-0,14 *	-0,21 **

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

tran puntuaciones más altas en las adolescentes hembras. Esta diferencia con los varones era de esperar dado que la prevalencia de la anorexia nerviosa es claramente mayor en el sexo femenino. Pero sorprende la escasa diferencia encontrada en las puntuaciones de cada sexo, lo que hace suponer que si bien la anorexia mental es mucho más frecuente en las hembras, el sexo masculino también presenta un elevado porcentaje de actitudes alimentarias patológicas.

Las relaciones que hemos encontrado entre el EAT y la autoestima, la ansiedad y la depresión apoyan los resultados de otros autores (Hendren 1983; Huon y Brown 1984; Yelowees 1985; Devlin y Walsh 1989). Si se examina la correlación entre el EAT y el SEI, se observa como la autoestima en los varones disminuye a medida que aumenta su puntuación en el EAT. Esto hace suponer que el sexo masculino, que tiene en la muestra 14 años (1 año más que las muchachas) se encuentra preocupado por su imagen corporal. Sin embargo si se hiciera un estudio de seguimiento probablemente veríamos que estos escolares varones no desarrollan un cuadro clínico de anorexia. Pensamos que la relación encontrada está más en relación con actitudes alimentarias y conductuales encaminadas a tener un cuerpo más corpulento y estar más a la moda y que éstos son factores de autoestima en la etapa de la pubertad.

En cuanto a los síntomas de depresión y ansiedad se observa que en los varones las actitudes alimentarias están más relacionadas con la depresión y en las hembras con la ansiedad.

Bibliografía

- BATTLE, J.: *Culture-Free Self-Esteem Inventories for Children and Adults*. Special Child Publications. Seattle, 1981.
- DEVLIN, M., WALSH, T.: *Eating Disorders and Depression*. Psychiatr Annals, 19; 473-476, 1989.
- ELSTON, T., THOMAS, B.: *Anorexia nervosa Child: care, health and development*, 11; 355-373, 1985.
- EZPELETA, L., DOMENECH, E. POLAINO, A.: *Escalas de evaluación de la depresión infantil*. En Polaino-Lorente, A: Las depresiones infantiles. Madrid. Morata. 1988.
- FOSSON, A., KNIBBS, J., BRYANT-WAUGH, R., LASK, B.: *Early onset anorexia nervosa*. Arch Dis Chil, 62; 114-118, 1987.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E.: *The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa*. Psychol Medicine, 9; 273-279, 1979.
- GARNER, D.M., GARFINKEL, P.E.: *Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa*. Psychol Medicine, 10; 647-656; 1980.
- GULL, W.: *Anorexia Nervosa*. Lancet, 1; 62-65, 1988.
- HENDREN, R.L.: *Depression in Anorexia nervosa*. J Am Acad Child Psychiatry, 22: 59-62, 1983.
- HERPETZ-DAHLMANN, B.: *Anorexia nervosa and depression- a case study*. Kinder Jugendpsychiatr, 15; 198-207, 1987.
- HUON, G., BROWN, L.B.: *Psychological correlates of weight control among anorexia nervosa patients and normal girls*. Br J. Medical Psychology, 57; 61-66, 1984.
- KOVACS, M.: *The Children's Depression Inventory: A self rated depression scale for school-aged youngsters*. University of Pittsburg, 1983.
- SPIELBERGER, C.D.: *Staic: Preliminary manual for State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Consulting Psychologists Press. California, 1973.
- TORO, J.: *Clasificación y relaciones de los trastornos de comportamiento alimentario*. Monografías de Psiquiatría II; 10-16, 1990.
- YELOWEES, A.J.: *Anorexia and bulimia in anorexia nervosa: a study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology*. Br J Psychiatr, 146; 648-652, 1985.

Tratamiento antidepresivo en dos grupos de niños y adolescentes con un intervalo de 13 años

M.T. Alcalde Lapiedra, I. Freire Santos, J.M. Velilla Picazo

Zaragoza

RESUMEN

Para el presente trabajo se han revisado las historias clínicas de todos los niños diagnosticados de depresión, en la sección de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, durante el año 1976 y durante el año 1989, mediando entre ambos un periodo de 13 años, realizando un estudio comparativo entre estos dos grupos.

Se han registrado los datos epidemiológicos (edad, sexo, fratría, nivel sociocultural, etc.), centrándose el estudio en los criterios diagnósticos y los tratamientos recibidos por cada uno de estos dos grupos de niños, fundamentalmente psicofármacos prescritos y dosis utilizadas, analizando las diferencias existentes.

Palabras clave: Depresión. Antidepresivo. Psicofarmacología.

INTRODUCCIÓN

La inquietud en el campo de la psiquiatría de adultos por desentrañar los numerosos problemas, que los síndromes depresivos plantean, no se extendieron, hasta hace relativamente pocos años a los cuadros depresivos que los niños pueden presentar. Tal vez, porque hablar de depresión y de melancolía en una edad

que conlleva la mayor esperanza de vida y en la que se presupone una incuestionable alegría de vivir, parecía paradójico. Es pues patente la resistencia que ha habido a lo largo del siglo actual, a la hora de admitir una patología del humor en el niño y esto, es manifiesto, hasta el punto de que si consultamos tratados de psiquiatría infantil que podemos considerar clásicos y fundamentales como el de Tramer (18), Kanner (9), Stutte (17), e incluso otros más recientes como el de Midenet y Favre (11), nos sorprende el no encontrar ni un solo capítulo en el índice, referente a las depresiones infantiles.

Tal vez pueda deberse en parte al gran auge que, en aquellos años, tuvieron dentro de la psiquiatría las teorías psicoanalíticas, considerando la depresión como una «enfermedad del superyo», en el sentido que, tal como explica Freud (6) en su obra «Duelo y melancolía» el mecanismo básico del trastorno depresivo sería la introspección de un objeto perdido, dirigiendo hacia este objeto interiorizado, es decir hacia el yo, la ambivalencia y las pulsiones agresivas originariamente dirigidas hacia este objeto. Pero, si el yo es demasiado débil, y el superyo todavía está en pleno desarrollo, difícilmente surgirán los sentimientos de culpa originados por este conflicto entre las instancias psíquicas, y que sería el origen del sentimiento depresivo.

Para Nissen (13), todo esto no se ha confirmado en absoluto en la práctica, suponiendo, por otra parte, un retraso para la ciencia.

A partir de los años sesenta, es cuando vuelve a resurgir el planteamiento de la existencia de depresiones en la infancia, pero fue el IV Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras, celebrado en Estocolmo en 1971, dedicando la mayor parte de sus ponencias y comunicaciones a la «depresión infantil», el acontecimiento científico que proclamó el reconocimiento oficial de este importante apartado de la psicopatología infanto-juvenil.

Desde entonces, hasta la actualidad, ha ido incrementándose el diagnóstico de depresión en el niño y en el adolescente, en todas las consultas paidopsiquiátricas, aunque esto depende de los criterios más o menos restrictivos de cada escuela, lo que se refleja de manera evidente en la gran disparidad de resultados estadísticos al respecto, a pesar de lo cual, actualmente existe un consenso bastante amplio al afirmar que la «depresión endógena fáscica» es sumamente difícil de observar antes de la pubertad, pero sí que, sin embargo, las «depresiones psicógenas» o las «somatógenas», siguiendo la clasificación de Nissen, se podrían dar desde los primeros años de la vida.

Por otra parte, la sintomatología de las depresiones infantiles, viene condicionada por la edad, es decir, por la etapa evolutiva por la que atraviesa el niño.

Como norma general, es unánimemente aceptado el hecho de que cuanto más joven e inmaduro es el niño más tenderá a expresar sus síntomas a través de su organismo, es decir, más somáticos serán éstos. Conforme vaya creciendo y madurando, más expresará su sintomatología a través de «lo psíquico» y así, al llegar a la adolescencia nos encontramos con cuadros depresivos más parecidos a los de los adultos y, por lo tanto, más fácilmente diagnosticables con criterios clínicos adultomorfos.

El diagnóstico de la depresión infanto-juvenil, muchas veces no va a ser fácil, si tenemos en cuenta que muchos de estos niños y adolescentes no son enviados al paidopsiquiatra a causa de las alteraciones del humor, sino, más bien, debido a conflictos y dificultades en la escuela y en la familia.

En algunos casos, va a ser una entrevista bien planteada, cuando el paciente nos puede revelar la existencia de «interrupciones del sueño», «poca fuerza de voluntad», «aburrimiento y pérdida de la alegría de vivir».

Otras veces, tendremos en cuenta el «informe escolar» de un niño en el que se nos comunica disminución de su rendimiento, dificultades de aprendizaje, desinterés y ausencia de cooperación, cuando hasta entonces venía ocurriendo todo lo contrario.

Los tests proyectivos tienen un gran interés para corroborar el diagnóstico en las depresiones, siendo los más empleados el Rorschach (15) o cualquiera de sus series paralelas, y el Test de Apercepción Temática de Murray (12). Recientemente, existe un creciente interés sobre las escalas para el diagnóstico y evaluación de las depresiones en la infancia, siendo su uso cada vez más extendido.

Asimismo, nos parece oportuno recordar que, si el tratamiento de las depresiones en el adulto está bien descrito y contrastado y no suscita controversias entre los psiquiatras, no ocurre lo mismo con el niño, enfrentándose hasta hace muy poco tiempo los partidarios de la farmacoterapia y de la psicoterapia, aunque, en realidad, como señala Ajuriaguerra (1), para la inmensa mayoría no hay oposición a la utilización conjunta de estos dos tipos de terapéutica.

Frommer (7) opina que los cuadros depresivos infantiles que se someten a tratamiento antes de pasar un año, normalmente responden a la farmacoterapia simple, suponiendo que el niño no tenga nuevas experiencias traumáticas.

Respecto a los psicofármacos antidepresivos, creemos que, con una correcta utilización, pueden ayudar al niño a sentirse mejor, tanto en su casa como en la escuela.

Dentro de este tipo de fármacos, los tricíclicos serían los antidepresivos de referencia, teniéndose una amplia experiencia sobre su dosificación e indicaciones.

Recientemente, han aparecido nuevos antidepresivos con los que, según nuestra experiencia, se obtienen resultados satisfactorios.

No obstante, a este respecto, creemos necesario insistir en que una «regla de oro» en la utilización de los psicofármacos en el niño, aparte de su correcta prescripción y dosificación, sería la vigilancia para prevenir la toxicidad o los efectos secundarios en aquéllos que reciban tratamientos prolongados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el año 1976 acudieron a las consultas del servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza 568 pacientes, de 0 a 18 años, de los cuales fueron diagnosticados de depresión 30, lo que supone un 5,28% del total. En el año 1989 fueron visitados en el mismo servicio 599 pacientes, en este tiempo se diagnosticaron de depresión 48, es decir un 8,01%. Hay que tener en cuenta que el diagnóstico en el año 1976 se hizo por los síntomas que presentaban estos pacientes, pero sin seguir una clasificación diagnóstica determinada, a diferencia del año 1989 en el cual el diagnóstico se ha hecho en base a los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud en el ICE-9 (3).

Las variables socio-demográficas recogidas han sido: la edad, el sexo, el número de hermanos, el lugar que ocupa el paciente dentro de la fratría, los antecedentes psiquiátricos familiares y las circunstancias familiares especiales.

Solamente se han valorado para este trabajo los síntomas que han constituido el motivo de la consulta, sin profundizar en el cuadro clínico completo presentado por estos niños.

Para valorar el nivel intelectual se ha utilizado el test de matrices progresivas de Raven (14). En algunos niños menores de 7 años se han recogido los niveles de desarrollo psicomotor por medio de la escala de desarrollo de Brunet-Lezine (2).

Se aplicaron otros tests proyectivos y cuestionarios, cuyos resultados eludiremos en la presente comunicación.

El trabajo se ha centrado en la valoración de los tratamientos farmacológicos empleados en estos niños, estudiando comparativamente

los fármacos prescritos en el año 1976 y en el 1989; analizando las dosis medias de cada uno de estos fármacos, y la evolución al mes, a los tres meses y a los seis meses, en aquellos casos en los que se ha podido recoger el seguimiento a lo largo de este plazo de tiempo.

RESULTADOS

De los datos epidemiológicos obtenidos en la revisión de las historias clínicas de estos niños, tenemos en primer lugar la **edad**. En el año 1976 el rango de edad es de 5 a 18 años, siendo un 13,33% los niños por debajo de 8 años y predominando los 16 años con un 23,33% y los 17 años con un 16,67%. En el año 1989 el rango va de 8 a 18 años; las edades que encontramos más frecuentemente son los 9 y los 15 años con un 14,58% cada uno.

Considerando como escolares los niños hasta los 12 años, y como adolescentes los niños a partir de 13 años, vemos que en el año 1976 hay un predominio de adolescentes, con un 63,33%, frente a escolares con un 36,67%, mientras que en 1989 existe un ligero predominio de escolares, 52,08% frente a adolescentes con un 47,92%. Estos datos podrían sugerir que hace trece años había una mayor resistencia al diagnóstico de depresión en edades más tempranas, y que el diagnóstico de depresión resulta más fácil en adolescentes por ser los síntomas más parecidos a los del adulto.

En cuanto al sexo también existen diferencias; en el año 1976 eran más frecuentes los diagnósticos de depresión en varones, 63,33% mientras que en el año 1989 son más frecuentes en mujeres, un 66,67%.

En ambos años existe un ligero predominio del mayor de la **fratría**, encontrando en el año 1989 una mayoría de familias con dos hermanos, y en 1976 un reparto mayor en cuanto a números de hermanos; hay que valorar el descenso de la natalidad en los últimos años, lo que se comprueba en la Tabla I, en donde se refleja un aumento de la proporción de hijos únicos en el año 1989, y una disminución en el caso de niños que se encuentran entre varios hermanos, comparando estos datos con

TABLA I

Fratría	Mayor	Menor	Entre varios	Unico	No se sabe
% 76	36,67	23,33	26,67	3,33	10,00
% 89	43,75	35,42	14,58	6,25	0,00

TABLA II

N.º hermanos	1	2	3	4	>4	Descon.
% 76	2,1	26,7	23,3	13,3	26,7	6,7
% 89	6,3	50,0	22,9	16,7	4,2	0,0

los correspondientes al año 1976; a pesar de esto son también un porcentaje importante los casos con dos hermanos.

Con respecto al **motivo de consulta**, en 1976 en el grupo de escolares ocupa el primer lugar en frecuencia la tristeza, con un 36,36% y con el mismo porcentaje las cefaleas, encontrándose en tercer lugar los miedos, con un 18,18%, y las alteraciones del rendimiento escolar, con un 9,09%. Hay un grupo de otros síntomas que motivan la consulta como, asntenia o reacciones ansiosas.

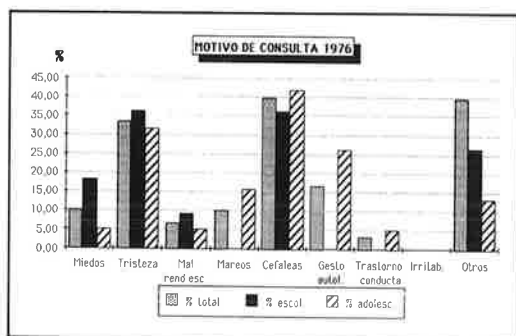


Fig. 1.

En el grupo de adolescentes de ese mismo año, el motivo de consulta más frecuente fueron las cefaleas con un 42,11%, en segundo lugar la tristeza, con un 31,58%, y en tercer lugar gestos autolesivos, 26,32%. En este caso en el grupo de otros síntomas encontramos varias crisis histéricas y en algún caso dificultad de relación.

En el año 1989, en el grupo de escolares, el motivo más frecuente de consulta fueron los trastornos de conducta, con un 36%, siguiendo

do la tristeza con un 28%, y tras ella las alteraciones del rendimiento escolar. Hay que destacar el alto porcentaje de otros síntomas (44%), en el que se incluyen somatizaciones como abdominalgias y síntomas de ansiedad. Las cefaleas sólo ocupan un 8%.

Este predominio de los trastornos de conducta como primer síntoma en 1989, sugiere que hace 13 años no se interpretaban éstos como un equivalente depresivo, quedando algunos casos de depresión sin diagnosticar.

En ese mismo año, en el grupo de adolescentes, el motivo más frecuente de consulta fue la tristeza, con un 56,52%, seguido por gestos autolesivos, en un 34,78%. Las conductas suicidas aparecen en la adolescencia con un incremento a lo largo de estos años, lo que coincide con numerosas observaciones sobre este tema. Las cefaleas que ocupaban el primer lugar, tanto en escolares como adolescentes, en el año 1976, prácticamente no aparecen en el año 1989.

El **rendimiento escolar** en 1976 se consideró bajo en un 40% y bueno sólo en un 13,3%; en un 33,3% no se hallaba reflejado este dato en las historias clínicas. En el año 1989 sigue predominando el mal rendimiento escolar, con un 43,8%, pero fue considerablemente mayor el porcentaje de buen rendimiento (37,5%), en comparación al otro año considerado.

Las dificultades escolares constituyen un síntoma de depresión fácilmente identificable, lo que se refleja en la detección, en ambos períodos de tiempo, de un porcentaje considerable de mal rendimiento escolar.

En cuanto al **nivel intelectual**, en el año 1976 un 40% de casos obtuvieron un percentil ma-

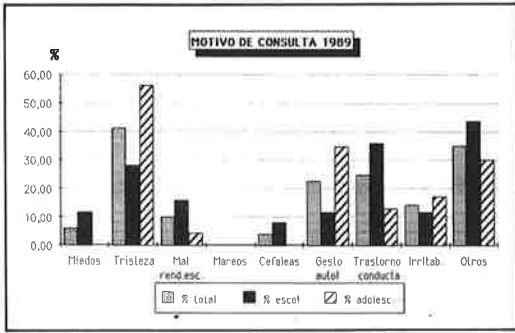


Fig. 2.

yor de 50, en un 23% no hay constancia de este dato; mientras que en 1989 un 52,1% se engloban entre los percentiles 75-100, seguido del 25% entre los percentiles 25-50, siendo solamente desconocido el nivel intelectual en un 2,1%.

En vista de los resultados obtenidos con relación al nivel intelectual, se desprende que las dificultades escolares en muchos casos no vienen justificadas por baja inteligencia, y confirmarían el trastorno depresivo.

Refiriéndonos a los **antecedentes familiares**, lo más destacable consiste en la no detección de antecedentes de depresión en los familiares de primer grado en el año 1976, teniendo en cuenta que no se detectaban todos los casos, existiendo en un 30% otros antecedentes psiquiátricos en familiares directos y en un 20% en familiares de segundo o tercer grado. Respecto al año 1989 aparecen un 18,8% de antecedentes psiquiátricos de depresión en familiares de primer grado y en un 22,9% otros antecedentes psiquiátricos; en otros familiares se han detectado cuadros depresivos en un 8,3%.

En estos datos llama la atención el bajo porcentaje de antecedentes de depresión tanto en familiares directos como en otros familiares

en ambos años considerados, lo que parece indicar una escasa incidencia de depresión endógena en niños y adolescentes. La presencia fundamentalmente de otros antecedentes psiquiátricos diversos, destacando el alcoholismo, daría lugar a una situación familiar conflictiva que podría influir en la etiología de depresiones reactivas en estas edades.

Entre las **circunstancias familiares** especiales, hay que consignar la presencia de algunos casos de separación conyugal (4 casos), abandono de los hijos (2 casos), padre fallecido (3 casos) y mala relación con el padre (3 casos). Todo ello considerado del total de las historias clínicas revisadas.

En algunos de estos pacientes se detectan **antecedentes personales** que en orden decreciente corresponderían a enuresis, terrores nocturnos y rasgos de timidez y baja sociabilidad.

En relación al **diagnóstico** final es importante destacar que el grupo de niños que corresponden al año 1976 se han incluido dentro del diagnóstico general de «depresión», sin especificar el tipo de depresión y sin acudir a ninguna clasificación diagnóstica para incluirlos en este grupo. En el año 1989 los diagnósticos se han hecho siguiendo la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud, CIE-9, encontrando que la mayoría de estos pacientes han sido diagnosticados de reacción depresiva prolongada (309,1), esto indica un período largo de tiempo hasta que el paciente acude a la consulta, lo que puede atribuirse a la no detección por parte de los padres o del colegio de estos síntomas, a la dificultad de los niños para expresar su estado de ánimo, y también a que previamente acuden muchas veces al pediatra o médico de cabecera, los cuales intentan paliar la situación con vitaminoterapia y similares, antes de

TABLA III

Ant. fam.	Dep. fam. dir.	Alc. fam. dir.	Ot. fam. dir.	Dep. fam. lej.	Alc. fam. lej.	Ot. fam. lej.
% 1976	0,0	3,3	30,0	0,0	0,0	20,0
% 1989	18,8	4,2	22,9	8,3	6,3	14,6

acudir a la terapéutica específica con antidepresivos. Este dato está en concordancia asimismo con la valoración de Domenech y Polaino (4), en el sentido de que los padres suelen percibir tarde y mal la enfermedad de sus hijos, quedando probablemente sin acudir a la consulta de psiquiatría muchos casos de depresiones infantiles.

A continuación, pero con gran diferencia de porcentaje, encontramos casos de reacción depresiva breve (309,0) y de reacción de adaptación con predominio de otras alteraciones emocionales (309,2), del tipo de ansiedad, temor, preocupación, etc.; reacciones de adaptación mixtas (309,4) aparecen en un 4,2%; el resto de los niños se reparten entre otros tipos de reacciones de adaptación y los distintos tipos de trastornos emocionales específicos de la infancia. En un 10,4% de los pacientes existe otro diagnóstico concomitante con los anteriores como tics, trastornos de conducta, etc.

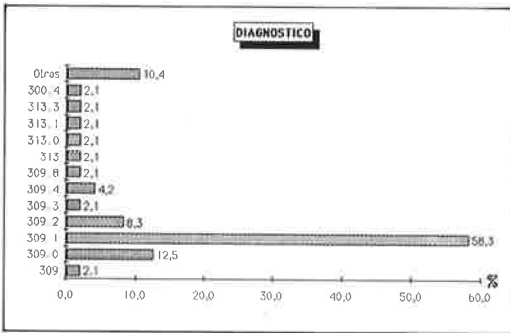


Fig. 3.

En los **tratamientos** recibidos por estos niños, destaca, en cuanto a fármacos exclusivamente antidepresivos, la utilización únicamente de tres fármacos: imipramina, clorimipramina y mianserina. Contrastando los grupos de niños en los dos años estudiados vemos que en año 1976 el fármaco antidepresivo utilizado preferentemente era la imipramina, mientras que en 1989 se ha preferido la clorimipramina en cuanto a antidepresivo tricíclico, quizás por su mayor efecto ansiolítico frente a la imipramina; destaca el uso importante de

la mianserina en 1989, fundamentalmente en adolescentes. No se han utilizado otros fármacos antidepresivos en ninguno de los dos años.

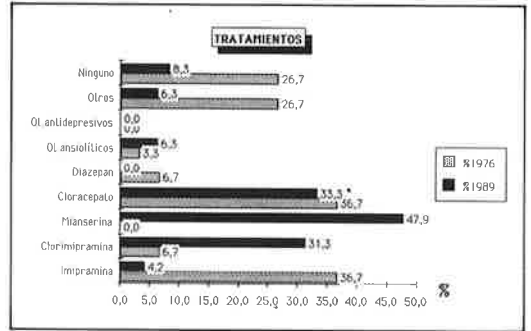


Fig. 4.

Como fármacos ansiolíticos prescritos solos o acompañando al tratamiento antidepresivo, se ha preferido en ambos años el cloracepato dipotásico; en algunos casos se ha utilizado diazepán u otros ansiolíticos diversos.

En 1976 se observa un uso importante de otros fármacos, lo que puede ser debido a la menor definición en el diagnóstico en este grupo de niños. Asimismo en 1976 no se utilizó ningún tratamiento farmacológico en un 26,7%, lo que parece indicar la prevención al uso de psicofármacos hace trece años, así como el mayor empleo de la psicoterapia y ludoterapia como tratamiento único, en comparación al año 1989. Esto refleja la controversia existente entre ambos tipos de terapia, a la que ya se ha hecho referencia en la introducción, y el progresivo decantamiento hacia el uso de psicofármacos, coincidiendo en este sentido con la experiencia de otros autores como Galiana (8), que apoya un abordaje multifactorial, dentro del cual es importante el tratamiento farmacológico.

En la gráfica de **dosis medias** prescritas en 1976, vemos el aumento progresivo de la dosis de imipramina en relación con la edad, hasta llegar a los 17-19 años en donde la dosis media es de 50 mg, coincidiendo con la dosis media de clorimipramina en estas edades.

Las dosis máximas de imipramina adminis-

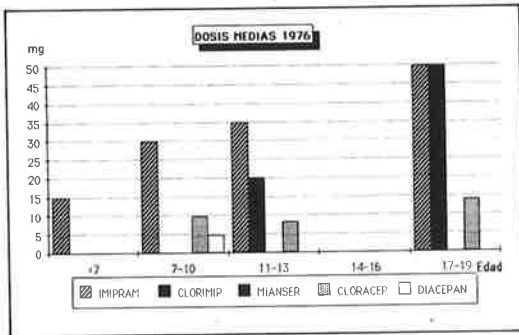


Fig. 5.

tradas en este período de tiempo fueron: en niños menores de 7 años, 20 mg. De 7 a 10 años, 50 mg. De 11 a 13 años, 50 mg; y de 17 a 19 años, 75 mg.

De la misma manera vemos el aumento progresivo de las dosis medias en relación con la edad en el año 1989, en este caso en el uso de la clorimipramina, utilizando ya dosis medias de 50 mg desde los 14 años; la imipramina se ha utilizado únicamente en el grupo de edad de 7-10 años, y observamos también el uso de la mianserina en dosis crecientes, hasta una dosis media de aproximadamente 47 mg en el grupo de mayor edad.

La dosificación máxima de clorimipramina en tratamientos realizados en 1989 fue: para niños de 8-10 años, 30 mg. De 11-13 años, 50 mg. De 14-16 años, 50 mg; y de 17-19 años, 50 mg. En el caso de la mianserina las dosis máximas utilizadas fueron: de 8-10 años, 30 mg. De 11-13 años, 45 mg. De 14-16 años, 60 mg; y de 17-19 años, 60 mg.

En algunos casos se han producido **cambios de tratamiento** en algún momento de la evolución de estos niños. Los cambios en el año 1989 fueron fundamentalmente a clorimipramina, en general asociada a cloracepato dipotásico, y en algún caso a imipramina o a mianserina; también se ha cambiado a otros fármacos diversos en un 12,5%. Sin embargo en 1976 los cambios producidos no han sido en ningún caso hacia fármacos antidepresivos, sino únicamente ansiolíticos u otros fármacos.

La **evolución** en general, del grupo de niños

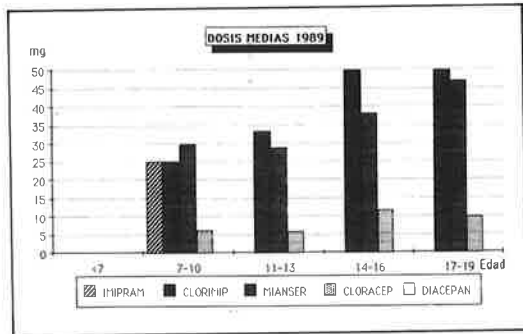


Fig. 6.

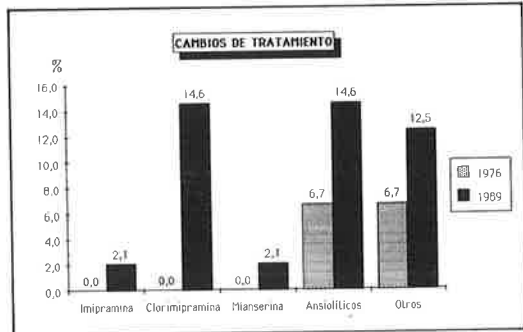


Fig. 7.

que corresponden a 1976 es, al mes de tratamiento, desconocida en la mitad de los casos, por no volver a la consulta al cabo de este mes o bien por no estar recogidos los datos de la evolución en la historia clínica; en un 33,3% la evolución es buena y en un 13,3% mala; la mejor respuesta se obtiene a los tres meses de tratamiento, con una evolución muy buena en un 23,3% y buena en un 13,3%. Dentro de los casos en los que se ha podido comprobar la evolución, se obtiene una buena respuesta con dosis medias, no altas. A los seis meses de tratamiento, los casos en los que continúa el control de la evolución se reparten entre una respuesta muy buena o mala fundamentalmente.

En 1989 la evolución al mes es buena en un 45,8%, y muy buena en un 14,6%, mala en un 27,1% y desconocida en un 12,5%, porcentaje este último mucho menor al de 1976. A los tres meses la respuesta es muy buena en un 35,4% y buena en un 22,9%, existiendo

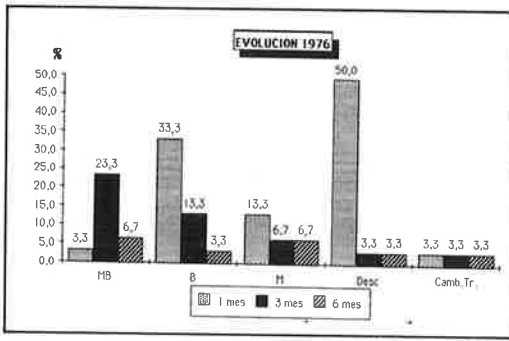


Fig. 8.

aún un 25% en que es claramente mala, y destacando en este caso como, en un 16,7%, se cambia el tratamiento. A los seis meses los casos se reparten entre evolución muy buena y buena, dejando de venir a la consulta un 14,6% de pacientes, en los que la evolución es desconocida. Se observa que los cambios de tratamiento se efectuaron tras un plazo correcto de espera, y se confirma nuevamente la buena respuesta con dosis no elevadas.

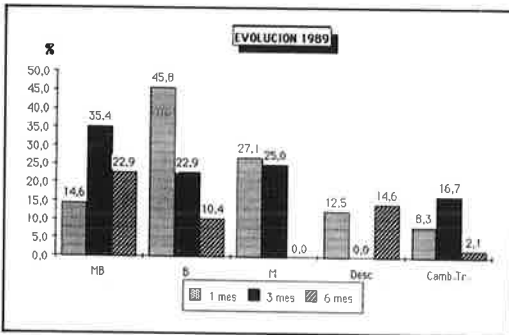


Fig. 9.

Deteniéndonos en la evolución con cada uno de los fármacos prescritos, tenemos en primer lugar la evolución al mes en 1976; en los casos en que fueron empleados antidepresivos como tratamiento farmacológico, aproximadamente en la mitad de los tratados con clorimipramina, y en más del 30% tratados con imipramina la respuesta fue buena. Esta evolución positiva se confirma a los tres meses recogiéndose una evolución muy buena o buena, tanto con clorimipramina, como con imipramina.

En cuanto a la buena respuesta en los pacientes tratados con ansiolíticos o psicoterapia, hace plantear dudas diagnósticas en los casos considerados como depresión hace 13 años, e indica también el mayor componente de cuadros ansiosos.

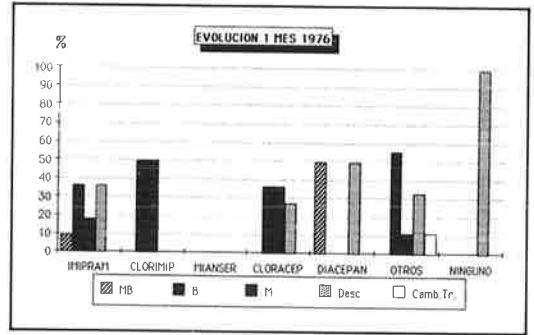


Fig. 10.

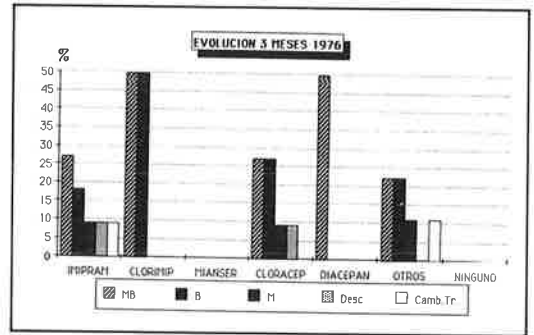


Fig. 11.

Hay que hacer la observación de que en 1976 la clorimipramina fue utilizada en muy pocos casos, por lo que los resultados en cuanto a la evolución aparecen influidos por este hecho, encontrando porcentajes siempre muy altos, ya que se hacen en relación a los casos en los que se ha utilizado ese fármaco. El mismo caso nos encontramos en el análisis de la evolución en 1989, en esta ocasión en relación a la imipramina.

En 1989 vemos como la evolución al mes de tratamiento es buena en todos los casos en los que se ha utilizado imipramina, teniendo en cuenta, como hemos resaltado antes, el escaso número de pacientes tratados con este fármaco. Refiriéndonos a los otros dos anti-

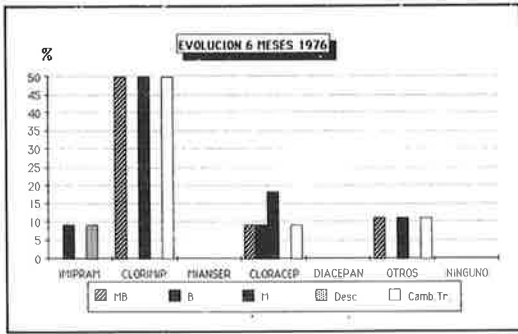


Fig. 12.

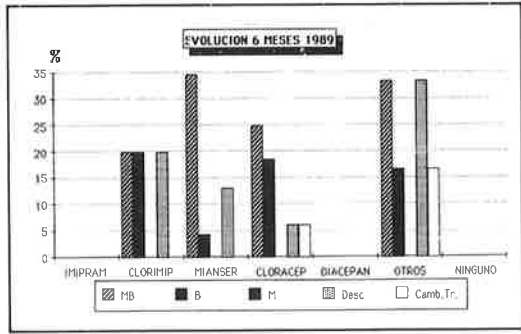


Fig. 15.

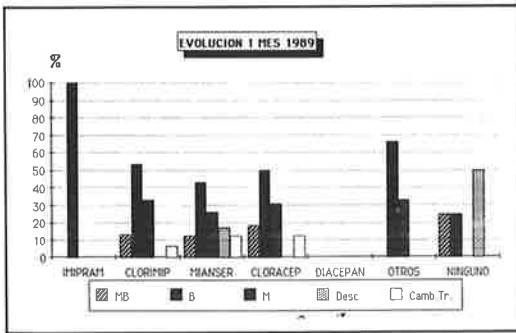


Fig. 13.

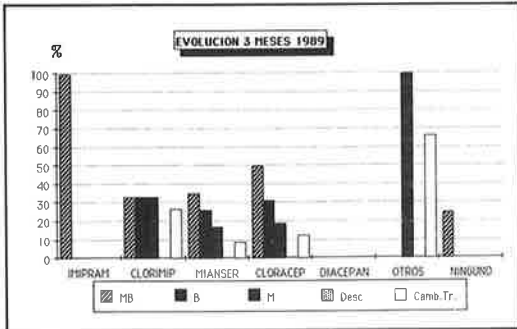


Fig. 14.

depresivos utilizados en este período de tiempo, es decir la clorimipramina y la mianserina, observamos que desde el primer mes existe una tendencia a dar una respuesta buena a ambos fármacos, lo que se confirma a los tres meses de tratamiento y se destaca todavía más a los seis meses con la mianserina.

A la vista de estos resultados se comprue-

ba la conveniencia de mantener el tratamiento, en algunos casos hasta seis meses, sobre todo en depresiones severas, ya que las mejores respuestas se obtienen a los tres y a los seis meses de evolución.

CONCLUSIONES

1. Tomando como referencia la edad y la sintomatología de dos grupos de pacientes diagnosticados de «depresión», con un intervalo de trece años, en nuestra consulta de Psiquiatría Infanto-juvenil, se confirma la evolución marcada por numerosos trabajos recientes sobre depresiones infantiles. Hasta hace pocos años se buscaban síntomas depresivos similares a los del adulto para confirmar este diagnóstico en la infancia. No obstante tres síntomas permanecen como indicadores válidos de depresión a lo largo de los años:

- la disminución del rendimiento escolar en los niños.

- las conductas autolesivas en los adolescentes.

- el abatimiento y la tristeza en ambos grupos de edades.

Los síntomas que en la actualidad valoramos como depresivos en muchos niños (la irritabilidad, el retraimiento, etc.), antes eran interpretados más como «trastornos de conducta».

2. Los antecedentes de «depresión» en los familiares de primer grado de nuestros pacien-

tes, se recogen en una baja proporción (18,8%), coincidiendo con la frecuencia del diagnóstico de «depresión endógena».

3. Más de la mitad de niños y adolescentes (58,3%) fueron diagnosticados de «reacción depresiva prolongada», lo que nos hace pensar en el tiempo transcurrido hasta que se nos ha traído al paciente a la consulta, bien porque el trastorno depresivo no ha sido detectado a tiempo por la familia o la escuela, o bien porque los agentes sanitarios que actúan en un primer nivel (pediatras, médicos generales, etc.) no han interpretado correctamente la sintomatología.

4. Hace trece años, en plena polémica «psicoterapia versus farmacoterapia», un 26,7% de pacientes deprimidos fueron tratados exclusivamente con psicoterapia, habiendo evolucionado hacia una posición más inclinada en la actualidad a utilizar la farmacoterapia como tratamiento fundamental, una vez que se ha perfilado bien el diagnóstico, reservando la psicoterapia como tratamiento coadyuvante o de refuerzo.

5. A lo largo de estos años, en cuanto al uso de antidepresivos se refiere, se ha tendido a emplear, en nuestra consulta, aquéllos que junto a la acción antidepresiva aporten un efecto ansiolítico. Es decir, del empleo casi exclusivo de la imipramina, hemos ido introduciendo progresivamente la clorimipramina y, sobre todo más recientemente, la mianserina, fundamentalmente en adolescentes, con resultados satisfactorios, y sin la posible aparición de efectos anticolinérgicos indeseables.

6. Las dosis empleadas, tanto de tricíclicos como de mianserina, no han sido especialmente altas, coincidiendo con posologías recomendadas por otros autores como Stack (16), Khun (10), Mouren y Dugas (5).

7. A pesar de que en el primer mes de tratamiento ya se recogen casos de respuesta positiva, es a los tres meses cuando se da un mayor porcentaje de evolución «buena» o «muy buena».

8. No se ha planteado el cambio de fármaco hasta transcurrido el primer trimestre de tratamiento sin obtener signos de mejoría evi-

dente, naturalmente siempre que la situación del paciente lo ha permitido.

9. Tanto con tricíclicos como con mianserina el tratamiento se ha mantenido durante un intervalo de tiempo alrededor de seis meses, coincidiendo con diversos autores en que esta pauta de actuación está justificada para evitar recaídas.

Bibliografía

1. AJURIAGUERRA, J.: Manual de psiquiatría infantil. Ed. Masson. Barcelona-México. 1983.
2. BRUNET-LEZINE: Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia. Ed. M.E.P.S.A. Madrid.
3. CIE-9, Clasificación Internacional de las Enfermedades. Organización Mundial de la Salud.
4. DOMENECH LLABERIA, E., POLAINO LORENTE, A.: Investigación epidemiológica de la depresión infantil en España. Revista de Neuropsiquiatría Infanto-juvenil. N.º 11, pág. 57-69. Año 1988.
5. DUGAS; MOUREN: Tratamiento de las depresiones en la infancia y adolescencia con una molécula no tricíclica: mianserina. Revista de Neuropsiquiatría Infantil. N.º 3. Vol. II, pág. 11-16. Año 1984.
6. FREUD, S.: Duelo y melancolía. Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid 1973.
7. FROMMER, E.A.: Afecciones depresivas en la infancia. Hexágono «Roche» 3. N.º 2, 1-5. 1980.
8. GALIANA, J., GIL, M.: Problemas metodológicos en la evaluación de psicofármacos en la infancia. Revista de Neuropsiquiatría infantil. N.º 8. Vol. II, pág. 21-25. Año 1986.
9. KANNER, L.: Psiquiatría infantil. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1971.
10. KHUN, R.: Über kindliche depressionen und ihre behandlung. Schweiz. Med. Wschr. 93, 86-90. 1963.
11. MIDENET, M., FAVRE, J.P.: Manual práctico de psiquiatría infantil. Ed. Toray-Masson. Barcelona 1976.
12. MURRAY: TAT, Técnicas prospectivas (Test de Apercepción). Ed. T.E.A. Madrid 1981.
13. NISSEN, G.: Depresiones en la infancia y la adolescencia. Triángulo. Vol. 21. N.º 2/3. 1983.
14. RAVEN, J.C.: Matrices progresivas. Ed. M.E.P.S.A. Madrid 1956.
15. RORSCHACH, H. Psicodiagnóstico. Ed. Paidós. Buenos Aires 1969.
16. STACK: Citado por DUGAS, M. en Las troubles de l'umer chez l'enfant de moins de 13 ans. Ed. Presses universitaires de France. Paris 1980.
17. STUTTE, H.: Kinderpsychiatrie und jugendpsychiatrie. E. Springer. Berlín 1960.
18. TRAMER, M.: Lehrbuch der allgemeinen kinderpsychiatrie. Ed. Schwabe. Berlín 1964.

El uso de neurolépticos de depósito en las psicosis infantiles: a propósito de un caso de psicosis desintegrativa

C. Ferrer Dufol*, A. Bonals Pi**

Zaragoza

RESUMEN

Se expone un caso-paradigma de Psicosis Desintegrativa y el tratamiento con neurolépticos de depósito, describiendo cuidadosamente su evolución clínica y adaptativa.

Palabras clave: Psicosis infantil. Tratamiento neuroléptico.

INTRODUCCIÓN

Desde las publicaciones de Delay y Deniker relativas a los efectos de la Clorpromazina han sido muy numerosas las investigaciones destinadas a definir y ampliar el uso de los neurolépticos en la farmacoterapia psiquiátrica.

En los años sesenta diversos autores publicaron artículos referidos a la utilización de estos fármacos en la infancia, en relación sobre todo con cuadros psicóticos, síndromes de agitación psicomotriz, alteraciones de conducta

secundarias a oligofrenias, trastornos de personalidad y otras patologías.

Desde entonces se acepta, de forma generalizada, el uso de neurolépticos en el tratamiento de las psicosis infantiles. Sin embargo, son escasos los estudios controlados que aporten pruebas definitivas sobre sus efectos. A menudo, la instauración del tratamiento neuroléptico está fundamentalmente en relación con el control de trastornos de conducta (irritabilidad, falta de control emocional, conductas agresivas) que aparecen en el curso de la psicosis, ya que suele tener poca repercusión en la conducta típicamente autista.

Si hay poca documentación sobre este tema, es aún menor la existente sobre el uso en las psicosis infantiles de los neurolépticos de acción prolongada, a pesar de que en algunas ocasiones pueden constituir un aspecto fundamental del tratamiento de niños no institucionalizados. Consideramos por tanto de interés la presentación de un caso que, por sus características clínicas, hacía casi imprescindible la administración continuada de fármacos por vía parenteral, y para el que el uso de un neuroléptico de depósito, tanto para la remisión inicial de los síntomas como para su mantenimiento posterior, nos ha sido de gran utilidad.

* MIR. Psiquiatría.

** Jefe de Sección.

Sección de Psiquiatría infanto-juvenil. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un varón de 12 años al que vemos por primera vez en nuestro servicio el 26 de diciembre de 1989. El niño viene a Urgencias con su familia, que solicita su ingreso hospitalario.

Hasta entonces estaba en tratamiento en otro servicio de psiquiatría infanto-juvenil por una psicosis de diez años de evolución. En los últimos cuatro meses venía presentando alteraciones de conducta que habían ido empeorando progresivamente hasta hacer imposible la permanencia en el medio familiar.

En el momento del ingreso se observaba una importante agitación psicomotriz con auto y heteroagresividad: golpeaba la cabeza contra las paredes, mordía a los que se le acercaban y presentaba una regurgitación casi continua, realizada a voluntad, de forma automática o como respuesta a estímulos (preguntas, órdenes, etc.).

La historia clínica ofrece los siguientes datos:

Estructura familiar: El padre tiene 51 años y es trabajador de una empresa alimentaria. La madre tiene 52 años y es ama de casa. El nivel socio-económico de la familia es medio/bajo. La familia consta de otros cuatro hijos: un varón de 25 años y tres hembras de 22, 20 y 15 años. Un segundo hijo, varón, murió a los ocho meses por un cuadro de deshidratación secundario a vómitos. Entre el primero y quinto hijo la madre sufrió cinco abortos debido probablemente a una toxoplasmosis que fue diagnosticada y tratada antes del nacimiento del paciente.

En el domicilio familiar viven actualmente los padres y los tres hijos menores. Las relaciones familiares parecen armónicas.

Datos anamnésticos: Embarazo y parto normales. Lactancia materna hasta los cuarenta días. Deambulación a los dieciocho meses: «Ligeramente más torpe y más vago que los demás hermanos». Desarrollo del lenguaje: primeras palabras alrededor de los dos años. La madre lo recuerda como un niño normal, tranquilo, mal comedor (le costaba el cambio

de comidas), algo más retrasado que los demás hermanos.

Como antecedente figura un episodio de vómitos, sin trascendencia, que la madre refiere como angustioso para ella en la medida en que le recordaba el cuadro por el que falleció su segundo hijo.

Al cumplir los dos años sufre un ingreso en el Hospital Infantil por un nuevo episodio de vómitos; ingresa deshidratado, con un cierto meningismo, lo que motiva punción lumbar cuyos resultados son normales. El cuadro orgánico remite sin complicaciones, siendo dado de alta a los 10-15 días con el diagnóstico de Enteritis por *E. Coli*, y con tratamiento para el insomnio que el niño había presentado ya en el hospital.

Este es el momento en el que se observa una solución de continuidad en el desarrollo y conducta del niño; la madre refiere: «entró en el hospital como un niño muy pacífico pero cuando salió parecía un manojito de nervios». Se aísla por completo y comienza a presentar un comportamiento extraño para la familia, deambula continuamente por la casa: «vivía en su mundo, le llamábamos y no escuchaba, era como si los demás no existiéramos». Deja de jugar con los hermanos y con otros niños, apenas duerme, está inquieto e hiperactivo, tiene episodios de agresividad, pierde el uso de las palabras que utilizaba y comienza a caminar de puntillas. A partir de los tres o cuatro años el niño regurgita los alimentos, de forma esporádica, ante pequeñas frustraciones.

A los tres años la familia lo lleva a una guardería donde es rechazado por su conducta, recomendando la pediatra, que visita el centro, un tratamiento especializado, por lo que comienza a ser visto en un servicio de Psiquiatría Infantil. Poco después pasa a frecuentar un colegio de educación especial. En los años siguientes se observa una ligera mejoría en determinadas capacidades básicas.

A los once años el niño ha perdido casi totalmente el lenguaje que se limita a dos o tres palabras, come solo con dificultad, se viste con ayuda, controla esfínteres desde los ocho años (hasta entonces enuresis y encopresis), cami-

na de puntillas y realiza con las manos frecuentes movimientos estereotipados. La relación con el entorno es escasa. En ocasiones expresa sentimientos y gestualmente se muestra cariñoso con la familia, pero no llega a expresar necesidades básicas; va al baño cuando lo necesita, o coge galletas cuando tiene hambre. Su conducta es hiperactiva, y de forma aislada tiene comportamientos agresivos, o regurgitación de alimentos. Lleva tratamiento farmacológico con Propericiazina, 4 mgrs. en desayuno y cena, desde los seis años.

Durante el ingreso se realiza el test de desarrollo psicomotor de Brunet-Lezine con resultados muy deficientes. Es posible que estos resultados se deban sobre todo a las dificultades de relación del niño, quien a pesar de que en muchas ocasiones no obedece a órdenes sencillas, realiza por iniciativa propia actividades más sofisticadas que requieren un mayor nivel de autonomía.

Es de interés la evolución del entorno familiar en ese período: cuando el niño cumple tres años fallece el abuelo materno, por lo que la madre pasa a hacerse cargo de su madre, que padece una enfermedad cardiovascular por la que muere seis años más tarde en una situación de total invalidez. De forma simultánea a la muerte de la abuela materna, el padre sufre un infarto agudo de miocardio. Esta situación motiva que la madre del paciente haya confiado su cuidado a la hermana mayor, quien es de hecho la que se ocupa de él: le da de comer, duerme con él, le lleva al colegio, le saca de paseo y es quien constituye el principal soporte afectivo del niño. La importancia de esta organización familiar para el niño se evidencia por su respuesta al empezar a ocurrir los primeros cambios.

Otros elementos que pueden tener relevancia en la agudización de sus trastornos de conducta son el cambio de profesora en el colegio al que asiste y la coincidencia de estos con el inicio de la pubertad.

En noviembre de 1988 se casa el hermano mayor, y en mayo de 1989 se casa la hermana mayor. En este momento, la madre pasa a hacerse cargo del niño. En noviembre de

1988, coincidiendo con el matrimonio del hermano, el niño pierde el control de esfínteres. A partir de septiembre de 1989 su comportamiento es más hiperactivo, abre continuamente puertas, armarios, rompe cristales, se muestra agresivo, duerme cuatro o cinco horas por la noche. Esta conducta se va agravando hasta el mes de diciembre, en que presenta el cuadro que hemos descrito como motivo del ingreso. En ese momento lleva como tratamiento desde siempre, haloperidol, 1,2 mg tres veces al día.

DIAGNÓSTICO

Fundamentándonos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9), hemos realizado el diagnóstico de Psicosis Desintegrativa, teniendo en cuenta el período inicial de 24 meses en que el niño estuvo libre de alteraciones y la aparición de éstas de forma posterior, tanto en el área del desarrollo psicomotor como del comportamiento y las relaciones interpersonales.

No podemos valorar con precisión el alcance del ligero retraso en el desarrollo psicomotor, previo a la aparición de la psicosis, referido por la familia. Es posible que ésta haya tenido lugar sobre la base de un retraso mental leve.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Tras el ingreso se instaura pauta de tratamiento con: Haloperidol, 2,5 mgrs., vía IM/8 horas y Clorpromazina, 12,5 mgrs., vía IM, cada 12 horas, pasándose dos días más tarde a su administración cada 8 horas.

El día 1 de enero aparece clínica extrapiramidal, que cede con la administración de Biperideno 5 mgrs., vía IM. El día 2 de enero se inicia tratamiento con Decanoato de Flufenazina, 25 mgrs., vía IM, continuándose la pauta de Clorpromazina y retirando el Haloperidol. El día 8 de enero se inyecta otra dosis de 25 mgrs. de Decanoato de Flufenazina.

La flufenazina es un neuroléptico incisivo de características similares a las del haloperidol. En la forma Decanoato se libera de forma prolongada siendo efectivo en períodos que comprenden 3-6 semanas.

La elección de fármacos por vía parenteral está inicialmente condicionada por la imposibilidad de instaurar un tratamiento farmacológico por vía oral. Posteriormente consideramos que si bien la administración de medicación parenteral de acción inmediata no ofrecía problemas a nivel hospitalario, resultaba difícil de mantener a domicilio. Valoramos por tanto que podía ser de utilidad usar el neuroléptico de depósito durante el ingreso para, en caso de respuesta favorable, continuar con este fármaco en el seguimiento ambulatorio del paciente.

La sintomatología del paciente comienza a remitir a los dos días de esta segunda administración: el niño comienza a relacionarse gestualmente con el personal del servicio, sonríe de forma esporádica y manifiesta una actitud cariñosa hacia la madre. Se espacian los vómitos, y va desapareciendo la conducta agresiva.

A partir del 9 de enero se reduce de forma paulatina la dosis de Clorpromazina hasta su retirada el día 16 de enero. El alta hospitalaria se da el 17 de enero con una remisión casi total de la situación de crisis, si bien el niño continúa presentando las alteraciones que le han caracterizado durante su infancia.

EXPLORACIÓN ORGÁNICA

Durante el ingreso se realizó un estudio pediátrico del paciente ante la posibilidad de que los síntomas digestivos tuvieran un origen orgánico; sin embargo, tanto el estudio digestivo como neurológico fueron normales.

Dado que en la exploración se observaba un aumento del tamaño de manos y pies en relación a la edad y una macrognatosis, se realizó estudio de desarrollo óseo cuyos resultados fueron normales, y un estudio genético cuyo resultado está aún pendiente.

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Tras el alta hospitalaria hemos realizado un seguimiento semanal del niño. En general, su conducta es aceptable manteniéndose en niveles similares al período anterior a su descompensación. Hemos verificado la recuperación de aptitudes que el niño poseía antes del agravamiento de su estado, como por ejemplo, el control de esfínteres. Persistía sin embargo un insomnio terminal —el niño dormía unas cinco o seis horas—, por lo que se recomendó la administración nocturna de Clorpromazina, 25 mgrs. En una única ocasión ha presentado un episodio de agitación, que cedió en el mismo día con la administración de Tioridazina, 200 mgrs. diarios, que se mantuvo durante unos días.

Pensamos que sería deseable reducir la dosis de neuroléptico, que consideramos alta. Estamos en contacto con la psicóloga del centro de educación especial al que el niño acude, y con la que en la actualidad está llevando a cabo un programa de tratamiento conductual, y esperamos poder disminuir progresivamente la flufenazina a la dosis mínima necesaria, en la medida en que el niño vaya readaptándose a su nueva situación socio-familiar.

También cabría plantearse en el futuro el paso a un neuroléptico de menos efectos secundarios a largo plazo. De todos modos habría que valorar cuidadosamente el cambio, ya que el uso de medicación oral podría resultar ineficaz si el niño volviera a regurgitar, con el peligro de un nuevo agravamiento de su estado.

Bibliografía

- AJURIAGUERRA, J. de (1970): *La elección terapéutica en Psiquiatría Infantil*. Barcelona, Toray Masson, 142 págs. 1970.
- ALCÁZAR FERNÁNDEZ, J.L. y RODRÍGUEZ RAMOS, P.: *Indicaciones de los psicofármacos en Paidopsiquiatría*. En: *Psicosis Infantiles*, Simposium nacional, Murcia, 1-3 de marzo de 1984, pp. 177-190.
- BENKERT, O. y HIPPIUS, H.: *Farmacoterapia Psiquiátrica*. Pamplona, Eunsa, ed, 432 págs. 1980

- BUENO, J.A. y cols.: *Psicofarmacología clínica*. Barcelona, Salvat Ed., 357 págs. 1986.
- CAMPBELL, M.: *Tratamiento con drogas del autismo infantil y la esquizofrenia de la niñez: revisión*. En: *Psicofarmacología a los treinta años de progreso*. Lipton, M.A. y cols. Barcelona, Espaxs, pp. 1617-1629. 1982.
- DURA LLOPIS, M.: *Las Psicosis Infanto-juveniles y sus peculiaridades terapéuticas psicotrópicas*. Rev. Neur. Psiq. Inf., 11, 19-24. 1988.
- ENGELHARDT, D.M. y POLIZOS, P.: *Efectos adversos de la farmacoterapia en la psicosis infantil*. En: *Psicofarmacología a los treinta años de progreso*. Lipton, M.A. y cols., Barcelona. Espaxs, pp. 1631-1638. 1982.
- MENDIGUCHÍA, F.J.: *Psiquiatría infanto-juvenil*. Madrid, Ed. del Castillo, 986 págs. 1980.

Caso clínico

F. León Ramos

Barcelona

Consulta la madre de R.C.A., varón de 11 años de edad, por presentar terror nocturno y retraimiento.

ANTECEDENTES PERSONALES

Presenta antecedentes personales de fobia escolar al inicio de la escolarización a los 3 años de edad. Hace 2 años falleció el padre de cáncer gástrico.

Desde siempre ha presentado dificultades de adaptación social y escolar con características conductuales de tipo «enfant sage» (siendo un niño cumplidor, responsable, obediente, sufridor, dependiente, hiperadaptado, con buen rendimiento escolar, etc.). Tendencia a la somatización con vómitos matutinos y cefaleas como aspectos integrantes de un cuadro de fobia escolar (la madre interpreta y comenta que prefiere estar enfermo que ir al colegio).

CLÍNICA ACTUAL

A raíz de la muerte del padre inicia un cuadro de: somnolencia y agitación nocturna, despertándose perplejo, aterrorizado, con crisis neurovegetativa durando el episodio 10 minutos y finalizando con un vómito. Explorando las diversas áreas la madre refiere agorafobia (necesitando estar siempre acompañado), hábitos fóbicos de escrupulosidad, meticulosidad, pulcritud y de selección de comidas, di-

sociabilidad, disforia, aislamiento, ansiedad obsesiva, pérdida de interés y apatía.

Importante dependencia materna: no sale de casa para no dejarla sola, duerme con la madre y necesita para conciliar el sueño que ésta le de la mano.

La madre verbaliza una importante reacción de duelo al morir su marido, que superó, según dice, con ayuda de tratamiento psiquiátrico.

2.ª ENTREVISTA CLÍNICA

Se efectúa entrevista con su única hermana de 22 años, que vive en el domicilio familiar, la cual relata que desde siempre su hermano ha sido igual, habiendo presentado dificultades de adaptación a la escuela, con dificultades de comunicación, temor a las novedades, pasivo, dependiente y ansioso. Así mismo describe a su madre como generadora de dependencia.

ENTREVISTA PERSONAL

A lo largo de la entrevista se muestra serio, triste y poco comunicativo; va contestando escuetamente a las preguntas que se le hacen. Verbaliza un estado de ánimo depresivo «lo que más me fastidia es que se muera la gente» o «la felicidad total nunca se puede sentir» y su necesidad de dependencia materna «mi madre es la única persona que me comprende».

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

a) E.E.G. deprivación de sueño: Disritmia centroencefálica.

b) Estudio psicológico:

— Test de la familia de Corman: inhibición, aislamiento, sentimiento de autodesvalorización frente a la figura paterna, represión de la agresividad y sentimientos de culpa.

— Test HTP: temor hacia las relaciones interpersonales con sentimientos depresivos e importante noción de realidad.

— Test de Pata Negra de Corman: Rasgos de inhibición, tristeza, temor a la pérdida y a no ser querido, con importantes sentimientos de culpa.

— Cuestionario de depresión en la infancia (CDI): valorado como significativo.

— Cuestionario de depresión en la infancia (CDS): Obtiene una puntuación total depresiva centil 80.

Durante las exploraciones efectuadas, el paciente se mantiene serio y distante, habla de un modo lento y apagado, limitándose a hacer lo que se le pide, impidiendo esta actitud de inhibición establecer una buena relación emocional.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (SEGÚN DSM-III-R)

— 309.21. Trastorno por angustia de separación.

— 313.21. Trastorno por evitación en la niñez o adolescencia.

— 313.00. Trastorno por ansiedad excesiva (overanxious disorder).

— 296.21. Depresión mayor, episodio único.

— 300.40. Distimia (neurosis depresiva).

— 307.46. Terrores nocturnos.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

Dado los antecedentes personales, cuadro clínico, entrevista personal y estudio psicológico efectuados se elaboran los siguientes diagnósticos:

— 300.40. Distimia (neurosis depresiva).

— 307.46. Terrores nocturnos.

Ya que aparece un estado de ánimo deprimido e irritable durante 1 año como mínimo en los que se observa tristeza, inapetencia, inhibición, pérdida de interés, retraimiento social, somatizaciones y descenso del tono vital.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se estableció tratamiento farmacológico con Valproato sódico a dosis de 1000 mg/día obteniéndose unos niveles plasmáticos de 78 ngr/ml. Se indicó efectuar tratamiento psicoterapéutico y se dieron normas educacionales tanto a la madre como a la hermana para que favorecieran y tolerasen los procesos de individualización del paciente.

Rápidamente desaparecieron las crisis nicotámicas y progresivamente fue desapareciendo la sintomatología de dependencia, mostrándose más autónomo, abierto, comunicativo, sociable, alegre y asertivo. Se le dió el alta a los 6 meses de haber iniciado el tratamiento, hace ya 4 meses, y los controles clínico-evolutivos efectuados posteriormente informan sobre la continuidad de la evolución efectuada.

Reseñas terapéuticas

Riddle, M.A. et al.

Fluoxetine treatment of children and adolescents with Tourette's and obsessive compulsive disorders: Preliminary clinical experience. J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry, 29, 1(45-48), 1990.

Este artículo describe la experiencia clínica preliminar con Fluoxetina en 10 niños y adolescentes (5 varones y 5 chicas de 8 a 15 años): 4 afectos de Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) y 6 de Trastorno de la Tourette con Trastorno Obsesivo compulsivo (TOC), cumpliendo los criterios del DSM-III-R.

La Fluoxetina (inhibidor específico de la recaptación neuronal de la serotonina) fue administrada, en este estudio abierto, entre 4 y 20 semanas (media: 11 semanas) a una dosis media de 21 mg/d (rango: 10-40 mg/d) cada mañana.

En general, fue bien tolerado el tratamiento. Los efectos secundarios incluían una conducta de agitación/desinhibición en 4 casos y síntomas gastrointestinales (náuseas y molestias epigástricas) en 2 casos. La conducta de agitación/desinhibición, no detectada por los propios pacientes, se caracterizó por un incremento de la actividad motora con verborrea, presentándose en los primeros días de tratamiento y persistiendo hasta la suspensión. No observándose cambios en los controles de ECG, T.A. analítica y frecuencia cardíaca; los cambios ponderales fueron mínimos y bidireccionales (aumento y descenso).

La valoración clínica se realizó utilizando el CGI-OCD, el CY-BOCS, y el CGI-TS. Encontrándose en el 50% una franca mejoría de la sintomatología obsesiva en ambos subgrupos, sin cambios en la sintomatología del trastorno de La Tourette.

Señalando, finalmente, los autores la necesidad de otros estudios con grupo control con placebo.

William Licamele and R.L. Colaberg

Case Study: The concurrent use of Lithium and Methylphenidate in a Child. J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry, 28, 5: 785-787. 1989.

Los autores presentan el caso de un niño visitado por primera vez a los 6 años de edad, con clínica de Déficit de atención y trastornos afectivos. La anamnesis y exploraciones (física, analítica sanguínea, psicométrica) condujeron a los siguientes diagnósticos: Déficit de atención con hiperactividad, Trastorno de conducta atípico, Trastorno de ansiedad de separación y fóbico, Trastorno de aprendizaje y Trastorno distímico.

Instaurando tratamiento con metilfenidato 20 mg, psicoterapia individual y orientación educativa a los padres, con notable mejoría del trastorno de atención con hiperactividad, persistiendo el trastorno tímico con variedad de trastornos de conducta como irritabilidad, tristeza...

A los 7 años de edad, al rechazar los padres el cambio de tratamiento del metilfenidato por carbonato de litio 300 mg, se asoció carbonato de litio 300 mg alcanzando una litemia entre 0,7 y 0,9 meq/ml. A los 10 días de conseguir una litemia adecuada, el niño presentó una franca mejoría en la estabilidad tímica y conductual descartándose así el posible ingreso.

Esta combinación de litio y metilfenidato se mantuvo durante los 4 años transcurridos de tratamiento al comprobar que empeoraba con la retirada de uno de los fármacos.

Los controles de altura, peso, frecuencia cardíaca, T.A., analítica sanguínea (incluyendo creatinina, BUN, estudio tiroideo) y análisis de orina se mantuvieron todos dentro de la normalidad, no presentando efectos secundarios y una buena tolerancia.

X. GASTAMINZA

Comentarios de publicaciones

PSYCHIATRIC DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

de B.D. Garfinkel, G.A. Carlson y E.B. Weller

Es un interesante y didáctico libro muy actualizado. Está editado hace unos meses y consta de un importante intento de los autores por sistematizar el estado actual de los trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia. La exposición es muy didáctica y con grandes posibilidades de utilizarlo tanto para docencia como para la práctica diaria de tipo clínico.

Como defectos o virtudes, depende del lector, podría aducirse que se basa en exceso en el modelo DSM-III-R y es un poco esquemático, como suele ser el estilo americano. No obstante: aporta claramente bases psicopatológicas en los capítulos, los esquemas son muy utilizables y lógicos, no margina casi ninguna tendencia teórica, incluye aproximaciones relacionales y pronósticas, la edición está cuidadísima con muy pocos errores, la bibliografía es suficiente y sabe compaginar lo general con lo más específico. En fin un libro «de mesa», no un libro de estantería.

PSYCHIATRIC ASPECTS OF GENERAL HOSPITAL PEDIATRICS

de M.S. Jellinek y D.B. Herzog

La preocupación clínica en USA sobre la infancia está basculando, cada vez más, hacia los aspectos psicológicos y relacionales; hasta tal punto que la última edición del tratado más importante de Pediatría, cuyo autor es el Prof. Nelson, dedica casi el 30% del primer tomo a este tipo de aproximaciones y en todos los capítulos existe una orientación de la vivencia del niño y la familia. Este texto que se presenta da un paso más: sistematiza los distintos componentes psicológicos y psiquiátricos

de la práctica común de la pediatría en y desde sus propios servicios. Los autores son reputados profesionales en la Psiquiatría de enlace pediátrica y en la detección de trastornos mentales en la infancia por la pediatría general. Han sabido utilizar convenientemente su experiencia y, de forma muy útil y didáctica, presentarla a los profesionales de forma protocolizada, ahí está su gran aportación: protocolos de abordaje, diagnóstico y toma de decisión que incluye la intervención o manejo de caso, tan de moda en la literatura psiquiatría general en USA. Este es un libro para el bolsillo de la bata.

ENSEIGNEMENT DE LA PSYCHIATRIE (SÉMIOLOGIE ET LOGIQUE DÉCISIONNELLE EN PSYCHIATRIE)

de M.C. Hardy-Baylé

La literatura francesa nos tenía muy acostumbrados a los tratados y manuales de gran densidad y volumen. También eran contenidos muy psicopatológicos y para comprender los procesos. Este manual tiene una clara influencia inglesa en el planteamiento, pero en los contenidos continúa siendo francesa. Mezcla muy seductora: sin abandonar la aproximación teórica y psicopatológica lo hace con la suficiente presentación didáctica y en esquemas que lo hace de gran novedad en la literatura francesa. Un libro muy adecuado para la docencia y el trabajo de interconexión con los otros niveles sanitarios.

De común en los tres libros: sencillez, interés, exposición didáctica, presentación de protocolos y esquemas orientativos, actualizaciones teóricas y prácticas. Libros para «no estar quietos». Problema común: elevado precio, pero eso es otro cantar.

J.L. PEDREIRA MASSA
Aviles

Agenda

XI CONGRESO ANUAL DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Octubre-Junio, 1991.

Información:

Inst. Médico Vilafortuny.

Tudor, 40, 4.º E.

28008 Madrid.

Tel. (91) 247 42 45.

II CONGRESO INTERNACIONAL DE MONITORIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA Y TOXICOLOGÍA

Barcelona, 9 al 12 de octubre, 1991.

Secretaría:

Soc. Esp. de Química Clínica.

Llança, 51, bajos 3.ª.

Tel. (93) 423 87 54.

XI CONVOCATORIA DE LA ASOCIACIÓN ESCUELA DE PSICOANÁLISIS GRUPO CERO

Información:

Ferraz, 22, 2.ª.

Madrid.

Tel. (91) 542 33 49.

COMPOSICION CUANTITATIVA: El contenido de Ketazolam (D.C.I.) de cada una de las presentaciones es de 15 mg, 30 mg y 45 mg, respectivamente, por cápsula. **PROPIEDADES:** Ketazolam es un tranquilizante menor del grupo de las benzodiazepinas. Demuestra una excelente actividad ansiolítica y, como los fármacos de este grupo, tiene también acción relajante muscular y anticonvulsiva, aunque tiene menor actividad sedante. **INDICACIONES:** Sedotime (Ketazolam) está indicado para el tratamiento de los estados de ansiedad, nerviosismo e irritabilidad. También, por su acción relajante muscular, está indicado en la espasticidad asociada a los accidentes vasculares cerebrales, traumatismos espinales, síndrome cervical, rigideces en las encefalitis, etc. **POSIOLOGIA: ADULTOS:** La dosis efectiva está entre los 15 y 60 mg diarios, como dosis única al acostarse o fraccionada durante las 24 horas. La mayoría de los pacientes responden a una dosis de 30 mg al acostarse. En pacientes debilitados o ancianos deberá farse la dosis útil comenzando con la mínima de las recomendadas (15 mg al acostarse). No se recomienda la administración de Ketazolam a los niños. **CONTRAINDICACIONES:** Sedotime no debe utilizarse en pacientes con miastenia grave. En realidad, no existe más contraindicación absoluta de Ketazolam que los pacientes con hipersensibilidad a las benzodiazepinas. **PRECAUCIONES:** Aunque la somnolencia o disminución de la atención durante el día no ha demostrado ser un problema tras la administración del Ketazolam, debe advertirse a los pacientes de que sus reflejos para la conducción de automóviles o para operar máquinas complicadas pueden estar disminuidos en relación con la susceptibilidad individual del paciente o la dosis de Sedotime ingerida. En pacientes con las funciones renal o hepática disminuidas, deben observarse las naturales precauciones al administrar Ketazolam. Como con otras benzodiazepinas, la seguridad de Ketazolam en las mujeres gestantes no ha sido establecida. El medicamento se elimina por leche materna. No se recomienda su administración en el período de lactancia. Evitar en lo posible tratamientos largos sin evaluar periódicamente la conveniencia de continuarlos. No suspender bruscamente un tratamiento crónico: hacerlo siempre en forma gradual. Los pacientes tratados con Sedotime u otros medicamentos psicotropos deberán abstenerse de consumir bebidas alcohólicas. **INTERACCIONES:** Como ocurre con otras benzodiazepinas, cuando se administra Sedotime conjuntamente con otras sustancias que tengan actividad sobre el Sistema Nervioso Central, tales como otros tranquilizantes, antidepresivos, hipnóticos y analgésicos, deberá tenerse en cuenta la posible potenciación de sus efectos. Esta potenciación puede ser a veces utilizada con fines terapéuticos. **EFECTOS SECUNDARIOS:** Sedotime se tolera bien y sus efectos secundarios son de poca entidad. La somnolencia que puede notarse durante el día es muy poco frecuente cuando se administra en dosis única por la noche. Como todas las benzodiazepinas, puede producir, en raras ocasiones y especialmente en sujetos ancianos, confusión mental, alteraciones de la coordinación o reacciones paradójicas de irritabilidad. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** La reducida toxicidad de Ketazolam hace muy poco probable una intoxicación seria. Se han utilizado dosis de hasta 300 mg/día en pacientes sometidos a curas de deshabitación alcohólica. La ingestión accidental de gran número de cápsulas de Sedotime puede producir un cuadro de somnolencia, ataxia y depresión respiratoria que se tratará sintomáticamente o, en los casos muy graves, con lavado de estómago, respiración asistida y estímulo de diuresis. **PRESENTACIONES:** Envase de 20 cápsulas conteniendo cada una 45 mg de Ketazolam, P.V.P. IVA: 1.397 ptas. Envase de 20 cápsulas conteniendo cada una 30 mg de Ketazolam, P.V.P. IVA: 947 ptas. Envase de 30 cápsulas conteniendo cada una 15 mg de Ketazolam, P.V.P. IVA: 765 ptas. Sedotime es marca registrada de Ketazolam.



Beecham

KETAZOLAM

SedoTIME

ANSIOLITICO DE DOBLE ACCION



*todo el día
sin ansiedad*

*8 horas
de sueño*

**una sola toma
al acostarse**



Linea S.N.C.

**Nueva
formulación**

**Comprimidos
ranurados
de liberación
retardada**

Anafranil 75 mg
20 comprimidos
laqueados ranurados

**Anafranil
75 mg**

Clomipramina (DCI),
clorhidrato

Geigy



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. Geriátrico: 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 antidepressivos 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 gipal 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 aislados, 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 antídoto 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 1628, Barcelona.