



Volumen I - Año 1983

**REVISTA DE NEUROPSIQUIATRIA
INFANTIL**

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

EDITORIAL

Al publicarse el primer número de nuestra deseada y soñada Revista, es justo que dediquemos unas líneas de reflexión y agradecimiento a nuestros predecesores: Presidentes, Juntas Directivas y miembros, que en el ya largo devenir de la vida de nuestra querida Sociedad, dedicaron su esfuerzo, su investigación científica y su inigualable docencia, para despertar, estimular y dirigir la inquietud por la Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Recuerdo que dije el día de mi primera elección como vuestro Presidente, que ellos, parafraseando a Machado, "En su caminar habían abierto caminos", y a nosotros nos cabía el alto honor de seguir la ruta iniciada, sin desviar la brújula de nuestro destino, y fruto de ello, uno de los muchos objetivos propuestos, es la aparición de la misma.

Gracias queridos y siempre recordados amigos: Dr. Córdoba (†), Moragas (†), Vasquez-Velazco, Folch Camarasa, Serrate, Mendiguchia, e igualmente gracias, a todas las Juntas Directivas y Miembros, éste fue uno de vuestros deseos y propósitos y lo habéis conseguido.

Además, creo, que nace en el momento justo, en plena madurez de nuestra Ciencia, ni antes ni después, cuando la fruta está en sazón, cuando la Psiquiatría Infanto-Juvenil española, es una de las ciencias básicas de nuestra Medicina, cuando universalmente es reconocida en su dimensión y en su valía. Cuando en nuestra patria se celebró el Congreso Europeo, por elección unánime de los expertos de todos los países, y ostentó la Presidencia de la U.E.P. uno de nuestros Presidentes el Profesor Agustín Serrate Torrente, cuando el Dr. Mendiguchia ostenta la Vice-presidencia Europea. Cuando se convocan los Simposium Internacionales, con participación masiva de las Cátedras Mundiales de Psiquiatría Infantil, sobre temas de palpitante interés de nuestra ciencia. Cuando uno de nuestros miembros, el Prof. Rodríguez-Sacristán, es Catedrático de esta asignatura, nominada como tal, en la Facultad de Medicina.

Cuando la Ciencia y la Sociedad española y universal toman clara conciencia del interés trascendente de nuestro saber, garantía de prevención primaria de nuestra infancia y juventud, para conservar el tesoro inestimable de la Salud Mental, que garantiza a su vez el equilibrio personal y social. En este momento, justo en este momento, aparece nuestra Revista.

Igualmente tengo el grato deber de invitaros a todos a participar de modo activo en el permanente enriquecimiento de esta ciencia, aportando el fruto de vuestros trabajos, de vuestras inquietudes y de vuestra experiencia, estas páginas están abiertas para todo el complejo equipo que el bien hacer de la Psiquiatría Infanto-Juvenil requiere en el momento actual, y como desde hace más de treinta años, en todos nuestros Congresos y Reuniones Científicas, queda bien patente, es cada día mayor y multidisciplinarias las Ciencias implicadas, no queda plenamente satisfactoria una Ponencia, una Comunicación, o una Mesa Redonda, sino no es resultado de la labor de un equipo.

Esperamos pues, vuestras aportaciones, que sopesadas con todo rigor científico, irán apareciendo publicadas. Igualmente los trabajos que se presenten en nuestras actividades, para que todos y cada uno de nuestros miembros, incluso los que por causas imprevistas no puedan participar en ellas, conozcan y estudien las investigaciones del momento.

Por todo ello, pienso, espero y deseo que la frecuencia de publicación sea cada día mayor, más extensa, más profunda y siempre en vanguardia de la metodología y de la Ciencia.

Y para terminar debo hacer pública costancia de la eficacia, interés y entrega de todos los componentes del Comité de Redacción, que bajo la dirección de su primer Director el Dr. José Tomás Villaltella, vienen trabajando con plenitud y ánimo, varios años, para lograr lo que hoy es una realidad, pletórica de ilusiones.

Dr. Miguel de Linares Pezzi.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. de Linares Pezzi', with a long horizontal flourish extending to the right.

SUMARIO

2 y 3

EDITORIAL

Dr. Miguel de Linares Pezzi

5-6-7-8-14

158 y 159

NOTICIAS

NORMAS DE PUBLICACION

LIBROS Y PUBLICACIONES

9 a 13

Autoevaluación de conocimientos en Psiquiatría Infantil.

Dr. G. Pirooz Sholevar.

CRITICAS BIBLIOGRAFICAS

15 a 30

Comentario a la obra de J. Bowlby.

Dr. Josep M.ª Illa.

ESTUDIOS CLINICOS

31 a 44

A propósito de dos casos de distrofia muscular asociada a retraso mental.

Drs. M.C. Ballesteros Alcalde y M.V. Martín Prieto.

101 a 122

* Estudio clínico y bioeléctrico del Autismo Infantil.

Drs. Ana Queralt, M.ª Lourdes Teixidó y José Tomás.

151 a 157

Problemática dinámico-relacional en las enfermedades crónico-metabólicas y su influencia en la maduración.

Dr. J.L. Pedreira y A. Benito.

CONGRESOS Y SYMPOSIUMS

45 a 94

Symposio de Psiquiatría Infantil de Jaca. "Pseudodebilidad Mental".

TRABAJOS ORIGINALES

95 a 100

La problemática del Niño Límite. Estudio aproximativo.

Dr. José Antonio Portellano Pérez.

123 a 150

Repercusión de la muerte ambiental sobre la personalidad y conducta del niño. Estudio socio-familiar y psicométrico.

Drs. Milagros Longo, M. Castro, Carmen Ares, Rafael Tojo y Lic. Rosa Nogueira.

IIº Congreso Mundial de Psiquiatría del Lactante

En Cannes (Francia) del 29 de marzo al 1 de abril del presente año 1983 tendrá lugar el IIº Congreso Mundial de Psiquiatría del Lactante bajo el título genérico "El niño en un mundo de cambio"; organizado bajo el patronazgo de la Sr. Secretaria de la Familia del Ministerio de Solidaridad Nacional de la República Francesa.

Destacamos a parte de las ceremonias oficiales, sesiones plenarias y reuniones sociales un suscinto resumen del programa científico.

29 — Marzo:

"El Rol y Naturaleza de la Empatía en la relación madre-hijo".

"El Yo Afectivo".

En Jornada de tarde, sesión plenaria dedicada a padres e hijos.

30 — Marzo:

"Dificultades primarias biológicas infantiles psicosociales en la interacción padres-hijos".

Ayuda a padres con recién nacidos mal formados.

"La capacidad de simbolización en la expresión: lenguaje verbal y conductual".

En Jornada de tarde Comunicaciones libres y Posters sobre temas tales como: Bautismo, Minusválidos, Comportamiento y Etología, Desarrollo biológico en la primera infancia.

31 — Marzo:

"Psicosomática en la infancia: bases clínicas".

"Estructura somática y psíquica".

En sesión de tarde Comunicaciones libres y Posters sobre temas tales como: Orígenes y mitos en psicopatología infantil, Abusos sexuales, Fantasmatación, Prevención psicosocial, Observación directa, etc.

El programa es amplísimo y hemos destacado solamente aquellos acontecimientos y temas más interesantes, pero nos atrevemos a considerar dicho IIº Congreso Mundial como de la más interesante reunión en un Foro Internacional de los más prestigiosos especialistas mundiales del momento.

III CONGRESO NACIONAL de la Asociación Española de Psiquiatría y Psicopatología Sociales

En la ciudad de Mérida se celebrará, del 10 al 12 de octubre próximo, las primeras jornadas de Psicopatología comparada Luso-Españolas con el siguiente programa:

LUNES DIA 10:

Por la mañana, entrega de documentación y recogida de ponencias y publicaciones en la secretaría.

MESA REDONDA I: Aspectos arquetípicos en la Psicología Social.

MESA REDONDA II: Clubs de Socioterapia.

TARDE 16 horas: Inauguración oficial en la Aula Magna y conferencia del Presidente de la Asociación Prof. FRANCISCO ALONSO-FERNANDEZ sobre el tema: PERSONALIDAD NARCISISTA.

MARTES DIA 11:

Por la mañana:

MESA REDONDA III: Terapia ocupacional en Geriatría.

Comunicaciones libres.

Por la tarde:

2.ª Ponencia: Indicadores Sociales de Salud.

MIERCOLES DIA 12:

En la ciudad portuguesa de ELVAS

Por la mañana:

MESA REDONDA IV: La Histeria como Fenómeno Clínico y Social en los Países Latinos.

MESA REDONDA V: La Función de los ATS en la Psiquiatría Actual.

A las 13 horas clausura por el Prf. ANTONIO FERNANDES DA FONSECA catedrático de Psiquiatría de Oporto con una conferencia sobre el tema: SALUD MENTAL EN PORTUGAL.

Calendario de Actividades

Recibimos del Dr. Francisco Torres González una amable carta comunicándonos la próxima XXIVª Reunión Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil. Dicha reunión se celebrará en Ciudad Real los próximos días 3 y 4 de junio. Tal como se acordó en el último Congreso celebrado con todo éxito en Valencia, no dudamos de la competencia del Comité organizador que sin duda obtendrá un nuevo éxito.

Los temas científicos se desarrollarán de acuerdo al esquema de:

- Ponencia.
- Mesa Redonda.
- Comunicaciones.

La Ponencia será presidida por el Dr. Miguel de Linares Pezzi de nuestra Sociedad sobre un tema de tanta actualidad como la AGREDIVIDAD EN PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL. Existe la posibilidad de hacer comunicaciones a la ponencia por lo que así lo anunciamos con la máxima antelación para dar posibilidades a los contactos previos.

La Mesa Redonda será dirigida por el Prof. Agustín Serrate Torrente sobre el siguiente tema **CONTRIBUCION DE LAS CIENCIAS LIMITROFES AL DIAGNOSTICO Y A LA INVESTIGACION EN PSIQUIATRIA DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA**. Existe abierta igualmente la posibilidad que en la Ponencia las comunicaciones libres en este tema. Como tercera vía quedan las Comunicaciones libres independientes de los temas anteriormente señalados,

que no dudamos que por su variedad revestirán el máximo interés. Para mayor información al respecto damos la dirección del Hospital Psiquiátrico Infantil "La ATALAYA":

Apartado 133
Tls. 22 05 33
22 11 06
Ciudad Real

Psiquiatría del Adolescente

Como extensión al IIº Congreso de Psiquiatría Infantil referido a la primera infancia, del que ya damos cuenta en otra noticia, tendrá lugar en las fechas siguientes una reunión dedicada a la Psiquiatría del Adolescente.

1 — Abril:

"Anorexia en el adolescente actual".
E. Kestenberg.

La Asociación Internacional de Psicoanálisis Infantil, organiza así mismo, conjuntamente a dicho Congreso Mundial, una Jornada de sesiones de trabajo que consistirá en dos sesiones en sábado 2 de mayo sobre temas como:

- "Desinversión Intermitente, un tipo de desfunción parental".
- "Especificidad en la interpretación del análisis infantil".

VIIº CONGRESO EUROPEO

La Sociedad Europea de Psiquiatría Infantil anuncia su VIIº Congreso a celebrar en Lausanne (Suiza) del 4 al 8 de julio de 1983 en la Sede del Palacio de Beaulieu.

El tema general es "Agresión, agresividad y familia".

El Comité de la Sociedad Europea ha pensado que era conveniente el catalizar una reflexión de los paidopsiquiatras sobre estos temas, actualizando las valoraciones y contemplando su reparación en el equilibrio familiar. La familia debe ser el espacio contenedor e integrador de los movimientos agresivos del niño que crece, de la misma manera que debe jugar el papel de filtro de las percepciones e informaciones provenientes de una realidad exterior excitante. El grupo familiar es, pues, blanco doble de un movimiento atentatorio tanto desde el interior como desde el exterior, estando en causa constante su equilibrio y su unidad, en la medida en que la

familia puede preparar y proteger al niño frente al mundo industrializado del siglo XX; es una incógnita a plantear, tal como otra pregunta sería en qué manera puede asumir las pulsiones agresivas de cada uno de sus miembros conservando su equilibrio, estando amenazada por otro lado por modelos de comportamiento violento y destructivo vehiculado por las medidas de difusión normales; ¿cómo podrán los miembros de la familia y aquellos particularmente lesionados física o psíquicamente expresar su malestar sin correr el riesgo de tener que pagar un precio abusivo?

Todas estas cuestiones y muchas más se nos plantean de forma casi cotidiana a todos aquellos que ejercemos la Psiquiatría Infanto-Juvenil y que tenemos que asesorar, modular, etc., toda una serie de problemáticas individuales en el seno de una entidad familiar en constante revisión y justificación de su existencia.

LIBROS Y PUBLICACIONES

AUTOEVALUACION DE CONOCIMIENTOS EN PSIQUIATRIA INFANTIL

G. Pirooz Sholevar M.D.

Director del "CHILD IMPATIENT SERVICES"
Hahneman Medical College and Hospital de Philadelphia

Tenemos en nuestras manos un interesante volumen, escrito por el Dr. PIROOZ SCHOLEVARD, en el que, a modo de manual, presenta 1.200 preguntas relacionadas con la Psiquiatría Infantil dando, lógicamente las respuestas a cada una de ellas. Con esta obra el Dr. PIROOZ ha querido poner al alcance de los profesionales un instrumento con el que evaluar el nivel actual de sus conocimientos en este campo así como la herramienta precisa para conocer con exactitud los avances de sus residentes o colaboradores.

Además de proporcionar la respuesta adecuada a cada una de las preguntas formuladas, el Dr. PIROOZ cita la fuente bibliográfica de donde han sido extraídas por lo que, en caso de estar

interesado por ampliar los conocimientos en un tema determinado, se puede acudir con facilidad al artículo original para profundizar en él.

A título de ejemplo presentamos algunas preguntas entresacadas procurando eludir aquellas que atienden a una realidad sociológica típicamente Americana y difícilmente transportable a nuestra área.

**SELF - ASSESSMEN OF CURRENT
KNOWLEDGE IN CHILD PSYCHIA-
TRY**

por: **G. PIROOZ SHOLEVAR, M.D.**

EDITORIAL:

**MEDICAL EXAMINATION
PUBLISHING COMPANY, INC.**

Julio 1975.

1. Revisado el desarrollo psicosexual según Rutter (1971) plantea la siguiente pregunta:

- a.- La situación edípica es universal
- b.- La ansiedad de castración es universal
- c.- La situación edípica y la ansiedad de castración son ambas universales alrededor de los 4-5 años
- d. La situación edípica y la ansiedad de castración son comunes a dicha edad, pero no universales
- e.- Ninguna de dichas respuestas

Ref. Chess and Thomas Ed.: An Prog Child Psych Child Dev 1972
Org. Source: J. Child Psychol Psych 11 1971.

3. Tooley en 1973 aboga por la siguiente técnica de tratamiento en niños borderline:

- a. Introducción de reglas de realidad en el juego fantástico del niño
- b.- Introducción de elementos reales cuando el niño está angustiado por sus fantasías
- c.- Mantenimiento de la comunicación con el niño durante las sesiones proporcionando respuestas prácticas de vida normal
- d.- Trabajo cercano con los padres y con el personal escolar para aumentar la autonomía y las presiones del Yo en el niño.

Ref.: TOOLEY K: J. Am Acad Child Psych 1973.

2. Estudiando conceptos en niños con daño cerebral Birch y Bortner en el 67 encontraron:

- a.- Hay una pérdida en conceptos de primer orden
- b.- Hay una pérdida en algunos conceptos de primer orden
- c. Hay interferencias en la utilización de conceptos
- d.- La estimulación no es competente a la respuesta conceptual
- e.- Todas estas situaciones

Ref.: Chess and Thomas: An Prog Child Psych Child Dev. 1968.
Org. Source: Birch, H and Bortner development Med. Child Neurol 1967.

4. Greenacre en 1970 considera la protesta y el comportamiento de contestación en adolescentes como:

- a.- Gratificación de necesidades exhibicionistas
- b.- Experiencias del sentido de omnipotencia
- c.- Contraposición a los sentimientos de alienación
- d. La agresión contra el "sistema" como defensa y sustitución de la agresión intragrupal.

Ref.: Chess and Thomas: A Prog Child Psych Child Dev 1968.

5. Kaufmann en 1972 enfatiza el efecto de la enfermedad orgánica en los niños de manera:

- a.- Como un conflicto edípico
- b.- Como una regresión de carácter en formación
- c.- Referente a la imagen corporal
- d.- Referente a la relación parental
- e.- Reactivación de conflictos pre-genitales

Ref.: Kaufman, R.V.: J. AM Acad. Child Psych. 1972.

6. Katan en 1973, describe los siguientes factores en mujeres reportados en la primera infancia salvo los siguientes:

- a.- Masturbación temprana forzada
- b.- Imposibilidad de controlar fantasías fálicas
- c.- Actitud permisiva y tolerante respecto al Superego
- d.- Imposibilidad de satisfacción sexual vaginal

Ref.: Katan, A: Psychoanal St. Child 1973.

7. Bender en 1969 encontró en el estudio longitudinal de esquizofrenia infantil con organicidad:

- a)- 100% de supervivientes
- b.- 70% de supervivientes
- c.- 60% de supervivientes
- d.- 50% de supervivientes
- e.- 35% de supervivientes

Ref.: Chess and Thomas. An Prog. Child Psych Child Dev 1970.

Orig. Source: Bender, L. Hosp. Community Psych.

8. En el estudio de los efectos de la dextroanfetamina:

- a.- Eisenberg y cols. 1963 no encontró diferencia entre la amfetamina y el placebo en el tratamiento de delincuentes adolescentes
- b.- Levy 1966, respecto a 225 casos no encuentra especificidad en su acción comportamental en niños con trastornos del comportamiento con o sin disfunción cerebral
- c.- Steinberg y cols. 1961 reporta una efectividad selectiva de la dextroanfetamina en niños de 5 a 11 años con grave lesión cerebral aislada o varios síntomas y signos neurológicos débiles.
- d.- Laufer y cols. en 1967 no pudo demostrar diferencia fisiológica entre las respuestas de niños hiperquinéticos y niños normales al test de IV Metrazol.

Ref.: Wagonfeld, S and Dashej, S.S.: J. Am Acad. Child Psych 1973.

9. Peto en 1970 describe el juego de manteo o aventamiento como

- a.- experimentado por el niño como una actividad masturbatoria
- b.- una desviación del superego
- c.- un ejercicio del superego
- c.- un ejercicio de separación individualización de todos ellos
- e.- ninguno de ellos

Ref.: Peto, A: Psychoanal St. Child 1970.

10. Respecto a la relación preferencial de los padres con gemelos se ha descrito:

- a.- la madre prefiere al dominante al nacimiento
- b.- al año de edad la madre prefiere al dominante
- c.- al año de edad, el padre prefiere al dominante
- d.- al año de edad, ambos prefieren al dominado
- e.- ninguna de estas situaciones

Ref.: Chess and Thomas, Ed.: An Prog Child Psych Child Dev 1972.
Orig. Source: Allen M.G.: Am J Psych 1971.

11. Wolff en 1967 considera el motivo para el manierismo en niños monogólicos basado en:

- a.- signo de inmadurez del S.N.C.
- b.- desenfocada tensión de descarga
- c.- un intento de la exploración del ambiente
- d.- un intento de comunicación
- e.- una respuesta a estímulos exteriores

Ref.: Chess P. Thomas ed.: An Prog Child Psych Shild Dev 1968.
Orig. Source: Wolj Ph. Bull. Menninger Clinic 1967.

12. Benedek y Salguero encontraron las siguientes necesidades "day-treatment program".

- a.- Necesidad de descripción de las ventajas del day-treatment program en el sector de selección y trabajo

- b.- Necesidad de atraerse todos los niños precisando atención en el área de servicio sectorial
- c.- Necesidad de proveerles transporte
- d.- Necesidad de estimular el desarrollo suficiente de los servicios comunitarios necesarios al sector
- e.- Todo lo arriba indicado
- f.- Nada de lo arriba indicado

Ref. Benedek, E.P. y Salguero, R.J. Am Acad Child Psych. 12 (4): 728, 1973.

13. ¿Cuál de los siguientes supuestos es incorrecto en relación al juego normativo desarrollado por Tooley (1973)?

- a.- Está basado en el concepto de Cain de juego libre, sin norma
- b.- Introduce las funciones de la realidad en el juego de fantasía del niño
- c.- La introducción de las funciones de realidad se hace cuando los elementos de transferencia positiva son evidentes o si el paciente está buscando que el terapeuta le soporte contra la ansiedad
- d.- Da una visión de las relaciones de los niños enfermos respecto a su fantasía, así como de las relaciones de los niños normales, en función al objeto transicional.
- e.- Es utilizado por los niños borderline y encuentran la técnica agradable.

Ref.: Tooley, K: J. Am. Acad. Child Psych 12 (4): 615-616, 1973.

14. Ekstein (1966) y cols. vio lo siguiente como manifestación en el niño del estado borderline.

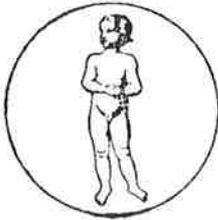
- a.- Marcadas fluctuaciones de la realidad en situación de test, con períodos de estado parapsicótico o pseudopsicotizado
- b.- Marcadas fluctuaciones en el estado del Yo y de las relaciones objetales
- c.- Incapacidad de madurar las relaciones objetales; las relaciones son anaclíticas y sobre bases de necesidad de gratificación
- d.- Fragmentación en la capacidad de manejarse con la ansiedad que es abrumadoramente generada y no aparece como señal de ansiedad.

Ref.: Tooley, K. J. Am. Acad. Child Psych. 12 (4): 615, 1973.

15. Nagera (1970) considera la reacción del niño a la muerte de uno de sus padres como:

- a.- Corta tristeza
- b.- Denegación de afecto
- c.- Inversión de afecto
- d.- Búsqueda de un sustituto incluso antes de producirse la muerte
- e.- Todas ellas.

Ref.: Nagera, H. Psychoanal St. Child 1970.



RESPUESTAS CORRECTAS:

- | | |
|-------|--------|
| 1.— d | 9.— b |
| 2.— c | 10.— d |
| 3.— a | 11.— c |
| 4.— e | 12.— e |
| 5.— c | 13.— c |
| 6.— c | 14.— b |
| 7.— a | 15.— e |
| 8.— c | |

Noticias

Formación para Postgraduados

Dentro del Curso de Formación para Postgraduados, organizado por la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, comunicamos por su interés a nuestros asociados de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil, la contribución de la Sociedad Catalana de Psiquiatría Infantil a dicho curso y la relación del Calendario de Actividades desde el mes de marzo, lamentando que las actividades correspondientes a los meses de enero y febrero carezcan de actualidad por nuestra fecha de publicación:

3 — Marzo:
FACTORES GENETICOS EN LA MADURACION NEUROPSICOLOGICA.
Dr. Sarret.

10 Marzo:
DEL NIÑO SOÑADO AL NIÑO QUE SUEÑA.
Dr. J. Montseny.

17 — Marzo:
APORTACIONES DE M. KLEIN A LA COMPRESION DE LA PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO.
Dr. E. Rufié.

PRIMERAS ETAPAS INFANTILES DESDE EL PUNTO DE VISTA FREUDIANO.
M. Fain.

14 — Abril:
LA INVESTIGACION EN PSICOLOGIA GENETICA.
M. Moreno.

28 — Abril:
APORTACIONES DE LA OBRA DE PIAGET AL TRABAJO DEL PSICOLOGO CLINICO.
M. E. Fusté.

5 — Mayo:
PEDAGOGIA OPERATORIA.
A. López.

26 — Mayo:
JUICIO DE LOS PROCESOS DE RELACION INTERPERSONAL Y DE SOCIALIZACION.
Dr. J. Toro.

Inscripciones M. Fabregat
Presidente: Dr. Angulo Gracia
Secretario: Dra. J.M. Moll

Críticas bibliográficas

Comentarios a la obra de J. Bowlby

Autor: Dr. Josep M.^a Illa

EL VINCULO AFECTIVO

La Ciencia es el instrumento que nos permite explicar una serie de fenómenos, en ocasiones a pesar de llegar a las mismas conclusiones se parten de distintas hipótesis y se atribuyen diversos mecanismos.

El trabajo de BOWLBY se centra en el estudio del origen y naturaleza del Vínculo madre-niño, para ello revisa a fondo las concepciones de la Teoría de los Instintos partiendo básicamente de las aportaciones en el campo de la ETOLOGIA, tomando como base la experimentación y observación "in situ" de las conductas, tanto de animales como de la cría humana.

DIVERGENCIAS RESPECTO AL PSICOANALISIS

El psicoanálisis se basa en la historiación retrospectiva de vivencias, investimientos y mecanismos defensivos más o menos fijados que han propiciado una forma concreta de estructurar la personalidad (método clásico en Medicina), este método a pesar de dar abundante información es poco determinante en el momento de valorar realmente los factores etiopatogénicos que han concurrido.

↳ BOWLBY usa el método científico de valoración y verificación de resultados en función de un agente patógeno conocido y constante: la ausencia o presencia de la madre, pudiéndose valorar ulteriormente las posibles secuelas e inferencias en las conductas futuras. >>

BOWLBY parte de una nueva elaboración de la Teoría de los Instintos, éstos no estarían ligados a una Energía que necesita ser descargada sino a unas pautas de conducta que se activarían gracias a unos estímulos causales y que son controladas mediante retroalimentación.

Concepto de Trauma

Sin embargo coincide plenamente con el concepto de trauma desde la perspectiva psicanalítica.

↳ El trauma sería un estado de sobreexcitación en un periodo de vulnerabilidad (yo inmaduro) que condicionaría formas de canalización de la angustia (válidas o no) acabando en un estado de equilibrio o en fórmulas de compromiso neurótico. >>

Sabemos hoy que el trauma no sería una situación concreta sino una serie de microtraumas repetidos, en la misma dirección y en un estado concreto del desarrollo.

La situación traumática concreta de BOWLBY es la ausencia de la madre.

Teoría de los Instintos. Teoría de la Motivación

Freud en función de la época que le tocó vivir explicó como punto de partida del funcionamiento del aparato psíquico y de las conductas a una Energía hipotética que buscaba canalizarse (descargarse mediante la pulsión) en forma de investimentos afectivos (catexis) o mecanismos derivatorio-defensivos (contracatexis).

El Instinto freudiano iría a conseguir la conservación de la especie (coincidiendo con BOWLBY), no así la pulsión que estaría ligada a la forma objetiva de canalizarlo.

LA CONDUCTA INSTINTIVA

Todo intento de diferenciar las conductas innatas de las adquiridas cae en la esterilidad de una discusión bizantina. Tanto las características biológicas, morfológicas, funcionales y conductuales de un organismo están sujetas a un proceso dialéctico entre lo genéticamente heredado y el ambiente.

En función de ello distinguiríamos unos caracteres ambientalmente estables (poco influenciados por el ambiente como podría ser la construcción de nidos) y otros ambientalmente lábiles (sujetos a modificación ambiental como la inmunidad).

Diríamos, pues, que la Conducta Instintiva no se hereda, lo que se heredaría sería un potencial de base para desarrollar determinados tipos de Sistemas de Conducta (respecto a alimentación, sexualidad, protección, etc.) frente a un ambiente determinado que será el que potenciará su desarrollo.

Estos Sistemas de Conducta estarían sujetos a unos sistemas de control que en virtud de mecanismos de retroalimentación (comparación de informaciones y modificación de la acción) se ajustarían a sus fines propuestos: la Adaptación al medio que conlleva a la supervivencia de la especie (objetivo princeps de la conducta instintiva).

Estamos en pleno proceso dialéctico. Un organismo puede modificar estructuras de sus Sistemas de Conducta frente a cambios ambientales para poder lograr los mismos resultados, o dado un ambiente estable modificar

estructuras para lograr resultados distintos. La consecuencia global de todo ello sería la Adaptación en un ambiente evolutivo específico (la orquídea posee una estructura morfológica concreta siempre dependiente de los insectos que están en su ambiente evolutivo).

La Conducta Instintiva en el hombre

Nos hallamos ante un esquema dinámico donde los organismos pueden también modificar su ambiente en el cual se desarrollan para adaptarlo a sus características; las aves construirían nidos, los castores madrigueras, los hombres civilizaciones; los primeros lo harían en función básicamente de una pauta instintiva, en el hombre intervenirían en gran parte factores de aprendizaje (cultura).

Para entender, pues, la Conducta Instintiva del hombre habríamos de conocer el ambiente primigenio natural en el cual se desarrolló, actuando como agente selectivo en el repertorio de conductas.

Lo que sí parece ser estable, tanto en los primates como en el hombre sería su espíritu gregario, la organización de cacerías con fines alimentarios para todo el grupo, la protección por parte de machos adultos a la procreación de hembras y crías, a unas rudimentarias actitudes para la comunicación entre el grupo con significado simbólico (gritos, gestos, posturas), y que la unidad básica social esté compuesta por la madre y sus hijos, y en cualquier caso, los hijos de la hija, siendo la presencia del padre aleatoria (poligamia, etc.).

SISTEMAS CONDUCTUALES QUE DETERMINAN LA CONDUCTA

Existe una jerarquización de Sistemas de Conducta que va desde la estructura refleja simple hasta complejas uniones de varios sistemas que

elaboran un Plan para lograr un fin previsto.

Lo más primario sería lo que llamaríamos Pauta de Acción Fija (hocicar, aferrar, sonfeir, llorar) siendo un mecanismo ambientalmente estable sin tener prácticamente la necesidad para su consecución de retro-alimentación ambiental.

Cuando en base a estos mecanismos se introduce la retro-alimentación ambiental la conducta va a poderse corregir en función de un objetivo perseguido, convirtiéndose la conducta en flexible y más adaptativa.

Sería semejante a las concepciones de Piaget, donde partiendo de unos esquemas de acción (asir, mirar) que configuran una estructura (coger el sonajero), la entrada de estímulos distintos van a desequilibrar la estructura previamente establecida, dando la necesidad de acomodarlos dentro de una nueva.

Estos Sistemas de Conducta a su vez se coordinan entre sí.

El medio más sencillo es la reacción en cadena de estos Sistemas de Conducta, donde los resultados de un Sistema serían los estimuladores del siguiente y al mismo tiempo bloquearían al primero, su limitación consiste en que cualquier error en una cadena desbarataría a las demás.

Habría otro tipo de organización de los Sistemas de Conducta más complejo y a la vez más flexible. Se considera de que un conjunto de Sistemas distintos y organizados jerárquicamente configuran una supraestructura a la cual están sujetos e integrados (Plan). Es decir, la elaboración de un plan iría a la consecución de un objetivo prefijado, los subsistemas del Plan serían corregidos en función del objetivo propuesto final. Esto no ocurriría en las reacciones en cadena que se corregirían de forma parcial, no global. (Distintas conductas estarían integradas en la alimentación,

la no consecución de algunas subconductas no desbarata el plan global).

Las organizaciones en cadena estarían ligadas a conductas ambientalmente estables, mientras que la elaboración de planes lo estaría a conductas ambientalmente lábiles (factor aprendizaje).

Causalidad en la Conducta Instintiva

La activación de los Sistemas de Conducta dependen de varios factores, unos de índole orgánico-hormonal, y otros que derivan de la percepción de señales del ambiente. El apareamiento, como claro representante de la conservación de la especie, queda sujeto a unos determinantes específicos: la época de celo y el estímulo visual-olfatorio de la pareja que activa conductas de cortejo, exhibición, etc. o como la conducta maternal donde existiría un nivel hormonal post-parto y el estímulo ambiental de las crías, éstas a su vez incrementarían los niveles hormonales y se mantendría tal conducta maternal.

Habrían por otra parte señales que significarían la terminación de una conducta. (la búsqueda de la madre por parte de un niño termina al verla, tocarla o simplemente oirla).

Sistemas de Conducta incompatibles: noción de conflicto

Cuando se activan simultáneamente dos Sistemas de Conducta incompatibles nos encontramos ante una situación de conflicto (ante una situación de peligro, o se ataca o se huye), la resolución implica la manifestación de la conducta elegida como prioritaria inhibiendo a la otra que sólo se manifestará, en cualquier caso, de forma fragmentaria quedando como tendencia oculta "inconsciente".

b) La conducta elegida resultante del conflicto puede derivar de ambas tendencias (de la activación de ambos Sistemas de Conducta) manifestándose las dos de forma alternante o convalidada.

c) Puede que la conducta elegida inhiba completamente a la otra derivando la conducta de una sola tendencia. (un animal comiendo activa conductas de huida al sentirse amenazado inhibiendo la conducta alimentaria).

d) Otra posibilidad de resolución de conflictos es que la conducta manifiesta no derive de ninguna de las tendencias enfrentadas, éstas se anularían entre si manifestandose conductas totalmente incoherentes (ante las tendencias de atacar o huir el ave se pone a beber). Estas conductas "incoherentes" serian siempre muy simples, con gran facilidad de activación por señales distintas y que estarían sujetas a menudo a inhibición por conductas que ejercen un papel más prioritario, al entrar en conflicto las prioritarias y anularse se desinhibiría la simple.

Con ello se explicaría lo que en psicoanálisis se denomina regresión, ante un conflicto emerge una actividad juvenil latente más simple.

EVALUACION Y SELECCION: Sentimientos y Emoción

Los estímulos sensoriales provenientes del ambiente o del mismo individuo son codificados por los órganos sensoriales y posteriormente interpretados y evaluados en función del placer o displacer (dolor) que producen. La experiencia (acúmulo de datos organizados) es capaz de proporcionar patrones estandar con el fin de que informaciones posteriores puedan cotejarse, aquí se produciría el sentimiento-sensación.

Según James y Lange la emoción se experimentaría después de iniciada la conducta como resultado de un feedback de los músculos voluntarios (al huir es cuando nos sentimos aterrorizados). En parte esto sería cierto. Sin embargo hay una tendencia a clasificar la información en categorías, previa comparación con otros datos ya analizados, dándose la "emoción" antes de la acción, siendo en parte esta emoción (cólera, deseo, alarma) la que activaría la conducta.

La conducta elegida sería evaluada vía retroalimentación como satisfactoria o frustrante en función de la capacidad de la acción a conseguir la meta prefijada.

Como proceso simultáneo habría una "selección" de conductas en virtud de la concreción, rapidez y economía de éstas.

FUNCION DE LA CONDUCTA INSTINTIVA

Tinbergen define como instinto a un mecanismo nervioso jerárquicamente organizado, que puede determinar, dar salida o encauzar impulsos de origen tanto interno como externo, y que responde a esos impulsos por movimientos coordinados que contribuyen al mantenimiento del individuo y de la especie.

La Conducta Instintiva cumple una función que es esencial para la supervivencia de la especie. Todos los resultados previsibles por los Sistemas de Conducta (coqueteo, chupar, erizarse) forman parte de una función válida para la especie (alimentación, reproducción, defensa de las crías...)

Hay que tener en cuenta que BOWLBY no habla de instinto, sino de Conductas Instintivas, fijando un concepto de estructura abierta y no cerrada, no habría un "receptáculo de pulsiones a

descargar" sino que estaría en interrelación constante con el ambiente, sujeta a cambios y evolución.

No siempre que cristalicen los resultados previsibles de un Sistema de Conducta se realiza la función (al llorar un lactante no siempre atrae la atención de su madre, no cada coito supone una gestación).

Los individuos desarrollan sus potencialidades mientras son inmaduros, en función del ambiente. Si este ambiente de desarrollo se aparta del ambiente evolutivo normal los resultados previsibles de la conducta se apartaran también de la función (la homosexualidad tiene un resultado previsible, aunque se aparte de su función). Sería el inicio de la patología.

ONTOGENIA DE LA CONDUCTA INSTINTIVA

Se supone que el individuo posee genéticamente unos patrones conductuales que se activan en función de una correcta estimulación. Los niños poseen conductas sexuales semejantes a los adultos (movimientos pélvicos en el lactante, simulación de coito entre niños) que serían fragmentos de conductas sexuales no funcionales.

En el individuo inmaduro muchos y diversos estímulos pueden activar cualquier sistema de conducta sin especificidad, como si se interpretaran estímulos distintos como idénticos (el niño primero sonríe a una máscara, luego a un rostro humano, y solo finalmente al rostro concreto de su madre) progresivamente se va discriminando la percepción activando sistemas de conducta más precisos. Todo ello implica un gradual discernimiento entre lo familiar de lo desconocido.

Todos los procesos que inducen a un individuo inmaduro a dirigir su conducta hacia una figura del ambiente

discriminada se denomina "Impronta", equivalente a lo que las tendencias psicoanalíticas denominan "relación de objeto".

La Impronta en el hombre se evidencia a partir de los 6 meses debido básicamente a los procesos de discriminación perceptiva, se acentúa a los 2-3 años, disminuyendo aparentemente en fases posteriores.

Este Vínculo sentaría las bases del tipo de vínculos que posteriormente hará el individuo adulto.

TEORIA DE LA CONDUCTA DE APEGO

La "Conducta de Apego" son una serie de actividades destinadas a buscar la proximidad del niño con la madre, activándose con la ausencia o alejamiento de ésta, e inhibiéndose con su presencia.

Desde la perspectiva psicoanalítica se analiza el fenómeno de tal Vínculo a la necesidad fisiológica del lactante de calor, alimentación y descarga tensional, siendo la madre la receptora y gratificadora. (Teoría del Impulso Secundario).

Según BOWLBY no habrían "necesidades a gratificar", sino que respondería a una conducta adaptativa siendo su meta la proximidad con una figura relevante del ambiente.

BOWLBY postula que ya el lactante posee una estructura dada a responder inmediatamente a estímulos del ambiente empezando una muy primitiva interacción social, en contraposición con Wallon, Piaget que consideran que cualquier interacción social es un proceso secundario.

Es decir, el niño no se "apega" a

quien satisface sus necesidades fisiológicas, sino a quien le brinda la posibilidad de una interrelación social, de base instintiva, que biológicamente le sirve para la supervivencia.

La Función de la Conducta de Apego provendría de un patrón arcaico en la evolución, la posibilidad de ser protegido de posibles peligros externos (animales de presa), aunque también, dado que las especies avanzadas dependen básicamente de conductas ambientalmente lábiles (sujetas a aprendizaje), la conducta de apego institucionalizaría el Vínculo madre-niño para que la madre "enseñara" al hijo actividades que aseguren su supervivencia.

La madre, pues, sería la plataforma de las conductas exploratorias del hijo, estableciéndose un equilibrio dinámico entre la Conducta de Apego, activada por estímulos ambientales concretos (alarma, temor, situación no conocida), y las conductas exploratorias del entorno.

La Conducta exploratoria se activaría por un objeto-situación desconocido que induciría al niño temor y a la vez curiosidad, al convertirse, gracias a la exploración, en objeto-situación familiar decrecería el interés (estructuras en desequilibrio buscando acomodarse de Piaget).

Esta conducta exploratoria no estaría ligada a la alimentación ni a la conducta sexual tal como propone el psicoanálisis, sí lo estaría, en cambio, a una necesidad de extraer información del ambiente circundante.

La Conducta de Apego tendría un calendario, en primer lugar el niño pone en marcha pautas de acción fija (sonreír, llorar, aferrarse, balbucear) para pasar posteriormente a esquemas más complejos como la conducta motriz de seguimiento y acercamiento al percibir la ausencia materna, corregidas según el objetivo propuesto (presencia de la madre).

DESARROLLO DEL VINCULO AFECTIVO

Al nacer el niño posee ya unos patrones de conducta prestos para entrar en funcionamiento y responder a diversos estímulos auditivos, visuales, kinestésicos y táctiles de la persona que lo cria. Evolucionan de la siguiente forma:

Fase 1: Orientación y señales sin discriminación de la figura

Primeros 2-3 meses. El lactante solo posee cierta discriminación a estímulos auditivos. Empieza a hacer conductas de orientación a la persona cuidadora, a seguir con los ojos a una luz en movimiento.

El reflejo de succión como los movimientos de la cabeza dirigidos ligados a estímulos táctiles y propioceptivos una vez está en posición de amamantamiento.

El reflejo de Moro y de la aprehensión serían los precursores del aferramiento (a la madre), y la aprehensión controlada por estímulos visuales.

La sonrisa, que será refleja o bien espontánea primero, se activará por amplios estímulos, progresivamente se irán discriminando los estímulos capaces de activarla, teniendo en este momento una consecuencia funcional: inducir caricias y atención. Mas adelante sonreirá frente a una voz conocida, más tarde ante todo rostro humano (3 meses) representando una conducta social primitiva, y sólo mucho más tarde la usará ante lo familiar, inhibiéndola ante lo desconocido (sonrisa social selectiva).

El balbuceo que se da en respuesta a una voz o a un estímulo visual, cumpliendo asimismo la función de mantener la proximidad de la madre.

El llanto sería el prototipo de patrón de conducta que induce la adopción, por parte de la madre, de conductas mas diversas de atención y protección. Al principio cualquier sonido es capaz de detener al llanto, posteriormente solo lo hara la voz humana y más tarde solo y específicamente la voz de la madre.

Fase 2: Orientación y señales ante una figura determinada

El niño progresivamente estará mas apegado con la figura que con mayor intensidad haya interactuado con él, debido a la gradual discriminación de estímulos acústicos y visuales básicamente, siendo los reforzadores de la conducta de apego las figuras del ambiente que más hayan respondido a sus intentos de apertura social.

Al finalizar el primer año estaría totalmente estructurada la conducta de apego.

Temor al extraño

Los niños alrededor del octavo mes temen a todo lo que les resulta extraño, de hecho, cuando más tarde se desarrolle el Vínculo afectivo más tarde surge este temor.

La intensidad de este miedo está en función de la aproximación del extraño, a la proximidad de la madre (se da también en presencia de ella), y al ambiente que sea familiar o no (aparece antes la noción de familiar-no familiar que el temor al extraño).

Según R. Spitz la angustia de separación del octavo mes depende de un temor interno al abandono de la madre, una vez el niño discrimina su yo del no-yo y hace con la madre una relación de objeto. Tal angustia, pues, no sería para alejarse de una situación de peligro.

Este temor al extrañamiento, según BOWLBY, activaría conductas de acercamiento hacia la madre en busca de seguridad. En esta fase es cuando el niño empieza a poner en marcha conductas de exploración del medio, usando a la madre como "plataforma".

Sin embargo, a diferencia de lo anterior, la angustia de separación activa conductas de búsqueda de la madre por la pérdida o imposibilidad de la proximidad con ella, sin mediar ninguna situación extraña o desconocida.

Evolución de la Conducta de Apego

Gradualmente el niño va complexificando su conducta regulada por la retroacción a la consecución de un objetivo. Al tiempo formula planes de acción (intencionalidad) y será capaz de intuir los planes de la madre de donde podrán surgir conflictos debido a que diverjan en el objetivo.

Cada vez menos el niño activará la conducta de apego (muchas veces bastará saber dónde está su madre, o

simplemente teniendo la certeza que la tendrá si la necesita). De cualquier forma tal vínculo permanecerá durante toda la vida ajustándola a otras figuras del ambiente.

INTERRELACION DINAMICA MADRE-NIÑO

Las conductas del niño y las de la madre se ven influenciadas recíprocamente, forman una pareja que se modifica mutuamente. ➤

El bebé podrá, dependiente de sus características iniciales, incidir en la conducta materna (solicitud, rechazo, angustia). El niño determina, en cierto modo, su ambiente.

Sin embargo, las conductas de un bebé concreto inciden sobre una madre concreta.

La capacidad de esta madre en captar las señales del bebé, su habilidad en sincronizar sus intervenciones, la aceptación de las iniciativas sociales del niño y de que éste las experimente como resultados previsibles, serán elementos clave en el desarrollo del vínculo afectivo.

LA SEPARACION AFECTIVA

Bowlby en su primer volumen elabora su manera de interpretar unos fenómenos constatados y constatables por la experiencia (y experimentación) que difiere sustancialmente de los modelos tanto psicoanalíticos como conductuales, haciendo suyas aportaciones del campo de la Etología, elaborando

una Teoría de Control y Retroalimentación en el desarrollo de la conducta de Afecto.

En este segundo volumen intenta explicar la génesis de la aflicción, el temor, y ansiedad partiendo del establecimiento o ruptura del Vínculo Afectivo.

SEPARACION, PERDIDA Y AFLICCION

Los niños en el transcurso de su primer año hacen con la fig. materna (figura relevante en su ambiente) un Vínculo de Afecto. Una vez establecido el niño será sensible a cualquier separación o pérdida de aquélla respondiendo con unos patrones de conducta concretos marcados por la Conducta de Apego. (La finalidad de la Conducta de Apego es lograr la proximidad de la figura relevante del ambiente con la que se ha establecido un Vínculo Afectivo).

El separar un niño de la madre implica un cambio en sus patrones referenciales (lugar desconocido, animales y situaciones extrañas, etc.). El niño responde primero protestando intensamente, intentando por todos los medios recobrar a la madre, posteriormente ante la imposibilidad de reencuentro se desesperará sintiendo dolor y aflicción (depresión ??) ya que ha perdido un ser que le protegía de peligros externos, de lo desconocido, etc. Al final puede aparecer un desinterés por la madre (desapego), que siempre será proporcional con el período de separación.

En el "reencuentro con la madre", aparecerán conductas de ambivalencia y desapego (indiferencia hacia ella), muy condicionadas por las relaciones previas establecidas madre-hijo y por los sentimientos actuales de la madre respecto al hijo. Este desapego puede hacerse perenne si se repiten las separaciones prolongadas. Finalmente el niño volverá a "apegarse" a la madre reestableciendo el Vínculo Afectivo, de tal forma que temerá que lo alejen nuevamente, será especialmente sensible a las amenazas de separación.

Bowlby da especial énfasis a los determinantes de la realidad como separaciones físicas o amenazas de separación.

Todo ello puede inducir al niño a adoptar unas conductas muy sobredependientes caracterizadas por el apego ansioso.

Hay condiciones que pueden mitigar las respuestas del niño ante la separación como la presencia de un familiar o de posesiones familiares (Obj. fetiche) cuidados de una madre "sustituta" para con la cual el niño será tremendamente ambivalente: buscará su consuelo, aunque al tiempo la rechaza (de hecho el niño está buscando a su madre con la cual está apegado).

Bowlby plantea que a pesar de estar la madre físicamente presente, esté ausente "emocionalmente" y no brinde al niño lo que éste precisa, o bien que esta madre, no sea capaz de recibir las señales del niño y no capte sus necesidades, en estos casos los niños estarían en una situación también de separación-pérdida.

ANSIEDAD - ANSIEDAD DE SEPARACION

Ontogenia de las respuestas ante la Separación

En virtud de la maduración cognitiva del niño antes de los 6 meses, no es capaz de distinguir objetos independientes de sí mismo, ni de situarlos en un contexto temporo-espacial, con lo cual no puede iniciar su búsqueda. A partir de aquí se ponen en marcha, de forma constatable Pautas de Seguimiento que serán activadas por múltiples estímulos (situación de alarma, ante situaciones desconocidas, en condiciones debilitantes como una enfermedad, y muy especialmente el alejamiento de la madre).

Todo ello se irá intensificando y evolucionando paralelo a las características cognitivas. Para el lactante la proximidad de la madre es tocarla, estar en sus brazos, para el niño de 2 años le basta con verla, oírlo o simplemente con saber dónde está (el niño puede ya elaborar imágenes mentales de la madre). A los 3 años comprende que la madre se ha marchado pero volverá, aquí ya empieza a disminuir los estímulos capaces de activar tan a menudo la conducta de Apego, ayuda asimismo por el progresivo conocimiento del mundo gracias a la Exploración que se da en presencia de la madre especialmente

Los primates no humanos desarrollan idénticos modelos que el niño, puede diferir en las especies en cuanto en su intensidad, aunque menos en su naturaleza.

Teorías de la Ansiedad y Temor

Diversos han sido los autores que han intentado explicar la génesis de la ansiedad. La mayoría coincide en dar estrecha relación entre "ansiedad y temor".

Según el modelo freudiano el temor estaría relacionado con una situación externa y la ansiedad sería el temor interno (interiorizado) que no tiene una base real. La ansiedad sería el resultado de la no satisfacción pulsional (transformación de la Libido), al no estar la madre presente no puede satisfacer-gratificar la pulsión, y la angustia aparecería.

Bowlby difiere respecto a la Naturaleza y Función de la angustia, atribuyendo a la ansiedad un origen y función "biológico" derivado de un modelo etológico evolucionista basado en la Teoría de Control. Estando más ligado a situaciones reales que no a mecanismos internos (interiorizados). Hace paralelis-

mo entre angustia-temor-miedo.

El miedo sería una conducta instintiva ligada a mecanismos biológicos ya que contribuye a la supervivencia de la especie, que se ha desarrollado en un ambiente de adaptación evolutiva y que se activa mediante unos estímulos causales. Por tanto el miedo sería una tendencia natural, adaptativa y protectora que persiste durante toda la existencia y es común a muchos animales de otras especies.

Bowlby entiende que ciertas fobias infantiles como a la oscuridad, a estar solo o a estar rodeado de extraños como temores normales y ligados a la experiencia arcaico-instintiva en la evolución de las especies.

Afirma que lo que provoca temor sí está relacionado, aunque indirectamente, con lo que en realidad puede provocar daño físico (el psicoanálisis divide en peligro real y peligro interno o temor al "retorno" de la reprimido) esta posibilidad de daño físico, la puede dar el desconocimiento de algo o alguien, el ruido, objetos que se aproximan rápidamente y aumentan de tamaño, la oscuridad siendo todos ellos unas señales de alarma de peligro (lo que Bowlby llama indicios naturales).

Conductas inspiradas por el Temor

Habrían una serie de Pautas de Conducta, no homogéneas, aunque interrelacionadas, que se activarían por estímulos distintos aunque relacionados. Cada una de estas Pautas instintivas conforman las Conductas indicativas de Temor.

Estas Pautas ante una situación de temor son: la inmovilidad, retracción, aumento de distancia de los objetos que originan el temor y la reducción de la distancia entre los objetos o personas que hipotéticamente suscitan protección. (Conducta de Apego).

Las conductas indicativas de temor están íntimamente relacionadas con la Conducta de Apego, esta sería una de las formas de solucionar el temor como también lo serían alejarse del foco de peligro. Ambas cumplen la función de proteger.

A menudo el acercamiento a la figura de apego y la huida del peligro se ponen en conflicto (un perro que se interpone entre el niño y la madre, cuando son los mismos padres los que inspiran temor por sus amenazas o violencia), en cualquier ocasión prevalece la Conducta de Apego sobre el alejamiento.

La conducta Afectiva y la de huida (alejamiento) compartirían muchos estímulos causales.

Sin embargo el temor también puede inducirse cuando estas señales de peligro se dirijan hacia las personas que conforman el mundo afectivo del niño, es decir, la no posibilidad de amparo del niño por indisponibilidad de sus figuras de afecto provocando en el niño intenso temor.

Bowlby hace distinción entre alarma-miedo y ansiedad por razones básicamente semánticas. Alarma-miedo se daría siempre que hubiese una respuesta de retirada de tal situación. Ansiedad cuando se sospecha la no-disponibilidad de las fig. de apego o que al buscarlas no las halla.

SITUACIONES QUE PROVOCAN TEMOR

Parece ser que dos situaciones que provocan temor individualmente al darse al unísono, lo incremento sustancialmente. Es básico, respecto a la intensidad del temor, la presencia o ausencia de las figuras de apego.

Temor a los Extraños

Gracias al proceso de discriminación perceptiva el niño selecciona "preferencias" en su ambiente de desarrollo. A los 6 meses las respuestas discriminadas han logrado un grado mayor de madurez, con lo cual ya es capaz de elaborar una respuesta de temor ante lo extraño. El niño empieza a comparar lo familiar (madre) de lo no familiar (extraño). Este temor se da en presencia de la madre.

Los condicionantes de la intensidad del temor serían en primer lugar la condición de extraño para el niño, según se le aproxime, si lo hace lentamente o rápido, el tocarlo, la distancia del niño a la madre.

Temor a los objetos extraños

Aparece paralela al temor a los extraños. A los 8 meses el niño da una respuesta organizada de temor a los objetos extraños explorándolos con expectancia reticencia-miedo llegando a buscar-volver a la madre si el temor aumenta. Cosa que no ocurre en el niño menor.

Diríamos que el niño al año de edad posee ya una organización concreta y estructurada de la Conducta de Temor, caracterizada fundamentalmente por su desplazamiento de unos objetos (que son desconocidos) hacia otros que le son conocidos (C. de Apego).

Temor a un objeto que se aproxima

El niño desarrolla un temor a todo lo que se le aproxima rápidamente, especialmente si se percibe de forma confusa o amenazante tal como se daría en la oscuridad.

Temor a los animales y oscuridad

Los animales comparten varias situaciones-estímulo desencadenantes de temor en el niño, los animales son grandes, extraños, que producen ruidos y que se mueven de forma inesperada. Tal temor se desarrollaría a partir de los 3 años.

La oscuridad también lleva consigo poderosas situaciones-estímulo, en ella se incrementan los ruidos, se producen probables incidentes, disminuye la capacidad de percepción visual y aumenta la posibilidad de ser atacada por seres imaginarios.

En la soledad participan también condicionantes semejantes a los anteriores, al estar solo se incrementan en mucho las posibilidades de peligro real.

Los sistemas de conducta se interrelacionan mientras se van elaborando, la activación del temor activa a su vez los sistemas de conducta responsables de la conducta de apego dirigida hacia una figura de apego que proporcionará protección y seguridad.

Todo ello está íntimamente relacionado con las posibilidades madurativo-cognitivas del niño en cada momento evolutivo.

Indicios naturales de peligro y seguridad

Las situaciones-estímulo anteriormente mencionadas no son más que meros indicadores de un peligro potencial no real, adquiridos en el desarrollo filogenético y que han demostrado su validez biológica (ya que supone un incremento de las posibilidades de supervivencia) formando parte de los mecanismos genéticos base, que posteriormente en función de la estructura cognitiva e intelectual del hombre la conducta de miedo-temor tomará formas más complejas y elaboradas.

En verdad, lo temido no es sólo un hipotético peligro externo, sino la ausencia o indisponibilidad de los objetos-lugares que le dispensan seguridad y protección. El niño está apegado a unas figuras del ambiente y a un ambiente físico. Sabido es que los animales tienden a restringir sus movimientos en unas áreas de terreno que conocen (Nicho) y cada individuo posee su propio ambiente reducido y muy específico con el que está apegado. La interrupción de los sistemas de conductas responsables de la conducta de temor y la activación de la Conducta de Apego es lo que determina la permanencia de un individuo en un ambiente concreto (familiar-en compañía).

Indicios Culturales y Evaluación del peligro

Además de los indicios naturales que activan mecanismos de temor existen otros que derivan de la imitación de la conducta adulta por parte del niño, iniciándose a partir del 2º año.

El niño integra la pauta cultural (situaciones-estímulo) que activan la conducta de temor, se aprenden las situaciones que deben evitarse y aquellas que son seguras, es decir, se aprende a "temer situaciones" que antes no provocaban temor. Sin embargo tanto en los indicios naturales como los culturales el niño desconoce totalmente la naturaleza del peligro que se evita.

Paralelamente a la maduración el niño irá incrementando su noción de realidad y distinguirá los indicios naturales y culturales de los peligros reales a la vez que aprende a valorar las situaciones de riesgo, volviéndose la conducta respecto al miedo, más racional y realista.

Estos miedos desencadenados por indicios naturales y culturales persisti-

rán durante toda la vida del individuo con lo cual se pone en tela de juicio que ciertos miedos se deban considerar como neuróticos. No sería pues el miedo externo, la proyección de un peligro interno que intenta aflorar a la conciencia. Sí habría un proceso de racionalización (concretización) de un motivo externo real minusvalorando otros motivos que también inciden (una persona sola en la oscuridad que oye ruidos extraños valoraría solamente los ruidos extraños asociándolos a la existencia de ladrones o "fantasmas" dando secundariedad a la soledad y a la oscuridad.)

TEMOR A LA SEPARACION

Para hablar del Temor a la Separación hay que explicar primero, como el niño llega a la Conducta de Apego, a la dependencia, al investimento catéctivo de la madre o a hacer una serie de asociaciones que le lleven a tal relación.

El psicoanálisis defiende la hipótesis de que la madre satisface unas necesidades instintivo-pulsionales del niño y en su ausencia el niño se quedaría sin objeto a través del cual canalizar la pulsión.

Para Bowlby el vínculo afectivo está programado genéticamente, primariamente el niño siente comodidad y seguridad con la madre resultando inquietante su ausencia al quedar expuesto a los indicios naturales. La presencia de la madre disminuye los efectos de tales indicios, al sentirse amparado y protegido.

Disponibilidad de las Figuras de Apego

La intensidad del temor será mayor siempre que el niño esté sin la madre, a pesar de ello el niño puede saber que la

madre puede ser accesible, no estar lejos o que volverá pronto (factores apaciguantes del temor) aunque todo esto no basta, el niño debe tener la noción de que la madre está dispuesta a responder de una manera adecuada a sus deseos de ser protegido. Este vínculo de confianza se desarrolla durante la infancia dejando una impronta para el resto de la vida. Si un niño ha vivido gran indisponibilidad por parte de la madre no será raro que de adulto padezca de miedos y temores intensos o crónicos.

Las expectativas del niño respecto a sus padres es un reflejo de las experiencias reales transcurridas.

Se diría pues, que durante el primer año de vida, el niño se siente seguro en presencia de la madre, a partir de los 3 años predomina el criterio de la confianza y accesibilidad de la figura de Apego, variable que adquiere progresivamente mayor importancia.

EL APEGO ANSIOSO

Serían aquellos niños sobredependientes, excesivamente pendientes de las figuras de Apego, buscando continuamente la proximidad con ellas y temiendo que tal relación pueda tocar a su fin por cualquier causa.

En verdad, lo que ocurre, es que el niño se preocupa de que sus figuras de apego resulten inaccesibles y no respondan adecuadamente a sus necesidades de protección.

Parece ser que hay situaciones que predisponen a tal conducta como serían las separaciones reales (hospitalización), amenazas de separación con fines educativos, ambientes inseguros en que el niño intuye que alguno de sus padres pueda marcharse.

Comparando niños criados en guardería de otros criados en casa, se vio

que los últimos, al vivir en un ambiente más previsible, más cerca de la figura de apego desarrollaban menor temor ansioso.

Sin duda, los períodos continuados de separación ejercen influencias en la forma en que se desarrolla el Vínculo Afectivo. Estas influencias quedan sujetas a la intensidad del Vínculo de Afecto, establecido previamente bajo criterios de estabilidad y seguridad. Si el niño ha vivido en un ambiente inestable y poco previsible, minado de cambios tal vínculo se desarrollará de forma ansiosa y sobredependiente.

Bowlby hace hincapié en el valor de las amenazas de separación proferidas al niño (enviarlo fuera de casa, dejarlo solo, que el padre o la madre se pueden morir si él hace algo malo), y también a las amenazas de alguno de los cónyuges a irse después de una disputa.

Las experiencias de separación reales, sean cuales fueren, inducen que el niño se vuelva extraordinariamente más sensible a la posibilidad de separación o pérdida afectiva.

Ira, Ansiedad y Apego

Las separaciones reales o las amenazas de separación provocan en el niño una reacción de ira, agresividad y reproches dirigidos contra la figura de Apego que lo ha "abandonado" o contra un sustituto real o simbólico.

La ira, sería el resultado de unos sistemas de conducta activados por la separación que iría a buscar un reforzamiento del Vínculo, evitar que la fig. de Apego se marche y provocar el reencontro. (Ira funcional).

Cuando la pérdida es permanente la ira se torna no funcional. También deja de ser funcional si tal reacción agresiva es tan intensa que mina el vínculo de afecto tomando un cariz de profundo odio y resentimiento.

El apego ansioso y la ira son pautas de conducta que son activados por estímulos iguales y poseen ambos la misma función: mantener la "accesibilidad" hacia la figura de Apego.

Bowlby afirma que la hostilidad dirigida contra la figura de apego es una respuesta ante una frustración que provoca ansiedad pudiendo afectar a sistemas motivacionales (en estos casos los que respectan a la conducta afectiva) dando formas de desarrollo que divergen de la normalidad.

APEGO ANSIOSO Y FOBIAS

La personalidad fóbica sería aquella que teme la presencia del objeto fóbico, que hace conductas de evitación y se aleja de tal situación. En cambio la Pseudofobia (tal como denomina Bowlby a algunas fobias) serían aquellas que lo que más se teme es la ausencia o pérdida de la figura de afecto que lo protege y le dispensa refugio en una situación de temor, se tratarían en cualquier caso de Estados Ansiógenos. En verdad, el pseudofóbico está ansioso por que teme la indisponibilidad de sus fig. de afecto.

Fobia a la Escuela

Son niños que se niegan a ir a la escuela, o mas frecuentemente dan importantes muestras de ansiedad de tipo psicossomático si se les obliga a ir. Son niños "buenos", inhibidos, que no han experimentado anteriormente separaciones frecuentes.

Existirían unas pautas de interacción familiar que explicarían el cuadro:

Pauta 1: Uno de los progenitores padre o madre "retienen" inconscientemente al niño en casa para que les haga compañía. En este caso sería el

progenitor quien alberga dudas respecto a la disponibilidad de sus propias figuras de apego asignandole al niño el rol de protector.

Pauta 2: En la cual el niño teme que le pueda ocurrir algo malo a alguno de sus progenitores mientras está en la escuela. Bowlby mas que aceptar que el niño pueda tener sentimientos hostiles inconscientes hacia sus progenitores y defenderse con una excesiva preocupación, lo atribuye a experiencias reales del niño, la madre puede haberle amenazado con enfermar si hace algo malo.

Pauta 3: Los padres temen que ocurra algo malo al niño. Serían padres angustiados por algún hecho pasado real que desencadenara estas ideas respecto al niño como hermanos muertos o enfermedades del propio niño.

Agorafobia

Sería el temor a estar en lugares llenos de gente llegando a sentir temor a salir a la calle y quedarse en casa. Bowlby, a diferencia de otras tendencias, lo explica nuevamente mediante la Teoría del Apego Ansioso, interpretando las características en función de las pautas de interrelación ya citadas en la fobia escolar, dando suma importancia a las amenazas, y situaciones de rechazo y abandono que durante tiempo ha sufrido el niño que han activado un Apego Ansioso que toma forma de Agorafobia.

OMISION, SUPRESION Y FALSIFICACION DEL CONTEXTO FAMILIAR

Según lo dicho, la fobia escolar, la agorafobia y otras fobias a animales se interpretan en función de un Apego

Ansioso, es decir, del temor del niño a que las figuras con las que ha hecho un Vínculo Afectivo no esten dispuestas a ayudarle o protegerle cuando él lo necesita, con tal inseguridad es más fácil que el niño sienta temor ante situaciones que potencialmente conllevan peligro (escuela, animales, aglomeraciones). Se teme más a abandonar el hogar que no a lo que fuera les pueda ocurrir.

Sin embargo la focalización del problema es externo (lo que ocurre está fuera de casa) haciendo tanto los padres como el niño omisiones, supresiones y falsificaciones de la información del estado del contexto familiar acerca de disputas, pensamientos, intenciones, amenazas de separación, de rechazo del hijo, de intentos de suicidio. Los padres se agarran frecuentemente a lo irracional, incomprensible y "extrafamiliar" de los síntomas, negando cualquier responsabilidad en el desarrollo de los mismos.

El niño por su parte también tiende a ocultar cualquier dificultad instalada en el seno familiar, quizás por la dureza en aceptar la equivocación de los padres o sujeto a veces a amenazas de los mismos. Otras veces simplemente lo oculta por desconocimiento de la verdad. Al niño le llegan múltiples informaciones familiares y extrafamiliares respecto a sus padres, a sus interrelaciones, ésta información es enfrentada a su propia experiencia con ellos, a la confianza y relaciones que mantiene (disponibilidad a sus requerimientos). El conjunto de la información debe conseguir coherencia y compatibilidad.

Es probable que la información verbal de los padres o respecto a ellos no coincida con las experiencias vividas por el niño, si ésto ocurre el niño tendrá dificultades en integrar ambos cuadros (valor patogénico de la información contradictoria semejante al Double Bind de Bateson).

CAMINOS PARA EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Modelos Alternativos

Habrían varios modelos para explicar como se desarrolla la personalidad. Uno de ellos haría referencia a unas fases que el individuo debe superar de forma mas o menos satisfactoria, en caso de tensión habría una regresión a la etapa más fructífera anclandose y dando una patología típica de una etapa fija del desarrollo, (La esquizofrenia sería una regresión al estadio oral o el delirio psicótico haría referencia a probables delirios del lactante), cada etapa normal del desarrollo infantil tendría una traducción patológica en el adulto.

Anna Freud introduce el concepto de "Líneas de Desarrollo" en las cuales varias áreas de la personalidad deben desarrollarse armonicamente.

Otro modelo alternativo (adoptado por Bowlby) define a la personalidad como una estructura que se desarrolla sin cesar eligiendo entre una serie de amplias posibilidades de evolución. La personalidad sería el resultado de la interacción de una constitución fisiológica (estructura mental germinal) frente a un ambiente (familia, etc.) que daría luz a una determinada estructura de personalidad que a su vez interacciona nuevamente con ambientes cada vez mas amplios. A medida que la estructu-

ra se va consolidando el número de posibilidades a elegir disminuyen.

Cambios del Desarrollo. Homeorresis

El modelo anteriormente descrito se basa en la teoría Epigenética de Waddington en la cual el genoma regula la medida en que las características del desarrollo son sensibles o no a los cambios ambientales. Cuando mayor sensibilidad a los cambios ambientales mayor es el grado de adaptación.

Los procesos fisiológicos y los sistemas de conducta serían los que marcarían una línea de desarrollo concreta y limitarían el grado de sensibilidad epigenética para lograr que el desarrollo sea coherente a pesar de las tendencias ambientales; tal capacidad autoregulatoria se denomina Homeorresis.

En función de una estructura de personalidad dada se seleccionarían los estímulos a percibir ignorando otros determinando una forma a interpretar las situaciones y los planes de acción a elaborar.

El grado de sensibilidad epigenética al ambiente sería especialmente importante durante los primeros años, disminuiría durante la infancia y se limitaría mucho en la adolescencia, de tal forma que la personalidad pueda adaptarse correctamente en consonancia con el ambiente de desarrollo.

Dr.
J.M. Illa

Estudio Clínico

A PROPOSITO DE DOS CASOS DE DISTROFIA MUSCULAR ASOCIADA A RETRASO MENTAL

**Autores: Drs. M.C. Ballesteros Alcalde
y M.V. Martin Prieto**

**Hospital Psiquiátrico Infantil
"Fray Bernardino Alvarez"**

A.I.S.N. Madrid

(Director: Dr. F. Mendiguchía)

RESUMEN:

Se presentan dos casos de 7 años con distrofia muscular progresiva tipo Duchenne asociada a una oligofrenia discreta. C.I. = 50 a 55 y C.I. = 55 según Terman. En el primer caso se encontraron dos primos en tercer grado afectados de distrofia. En el segundo no se recogen antecedentes. Se hace un estudio somático destacando las atrofas musculares, la dificultad en la marcha, la forma típica de incorporarse

sobre sí mismo. El trazado electromiográfico en ambos casos es compatible con una distrofia muscular progresiva. Se subraya como las vivencias de estos enfermos están centradas en su dificultad física, no en su retraso mental y las defensas que ello origina se presenta el material proyectivo tanto tests como dibujos, que ponen de manifiesto su psicopatología, resaltando los rasgos depresivos.

INTRODUCCION

Las distrofias musculares comenzaron a describirse durante la segunda mitad del pasado siglo por diversos autores (DUCHENNE¹, GOWERS², LEYDEN³), aunque no diferenciadas claramente de las atrofiás musculares de otras etiologías. Fue ERB^{4,5} quien clasificó las miopatías teniendo en cuenta la edad de aparición; posteriormente se hacen otras clasificaciones (BING⁶) atendiendo a la localización de las atrofiás.

En el concepto actual, la distrofia comprende un variado conjunto de síndromes clínicos cuyos síntomas básicos son: atrofia muscular, con o sin pseudohipertrofia, de distintas localizaciones; disminución de la fuerza muscular; carácter progresivo de dichos síntomas; ausencia de lesión nerviosa con sensibilidad normal.

Representa la enfermedad más frecuente de los procesos miopáticos de los cuales representa el 50-60% de ellos, siendo su incidencia del 4-6 por cien mil habitantes.

Muy pronto llamó la atención el carácter familiar y hereditario de las distrofias musculares, WEITZ⁷ en 1921, realizó la primera investigación respecto a la transmisión hereditaria de la distrofia muscular, considerando la posibilidad de varias formas de transmisión. Posteriores estudios, entre ellos los de BECKER⁸ llegaron a la conclusión de que, de las dos formas de distrofia: escapular y pélvica, la forma escapular se transmite por herencia dominante mientras la pélvica lo hace de manera autosómica recesiva en unos casos, en otros la forma de transmisión es recesiva ligada al cromosoma X.

Respecto a su etiopatogenia, las distrofias musculares han sido consideradas durante mucho tiempo como enfermedades primitivas de los músculos,

lo que ha originado que las investigaciones se orientasen en este sentido. McCOMAS y MOSSAWNY^{9, 10}, en 1965 observaron la existencia de una aparentemente defectuosa inervación motora en las distrofias de los ratones Bar Harbour 129, que padecen una enfermedad similar a la distrofia muscular humana; poco tiempo después McCOMAS subrayó la existencia de una aparente reducción del número, no del tamaño, de las unidades motoras en el músculo extensor digitorum brevis de los pacientes afectados de esta enfermedad. Como consecuencia de estas observaciones se pensó en una alteración del funcionamiento de la neurona motora más que en una enfermedad primitiva del músculo. Posteriormente se han acumulado datos tanto en favor como en contra de un componente neurogénico de la distrofia. Es así que si existiese una alteración neurogénica tendría que ser algo más que una degeneración de las células del asta anterior de la médula porque los datos clínicos e histopatológicos de las distrofias son diferentes a las obtenidas en la atrofia muscular de origen medular. Es posible, pues, que haya una diferencia entre la enfermedad miopática de los mencionados ratones y la que sufre el hombre.

THOMPSON y Cols. han sugerido la idea de la existencia de un componente neurogénico en la distrofia por una inactivación fortuita del cromosoma X en las hembras; se originarían así dos poblaciones de neuronas motoras en las hembras portadoras de distrofia muscular de DUCHENNE ligada al cromosoma X. El resultado sería la presencia de dos poblaciones de fibras musculares, una normal y otra distrófica.

Las formas clínicas de las distrofias musculares progresivas están definidas, principalmente, por la herencia, localización, edad de presentación y pronós-

tico de la misma. Se puede establecer un cuadro diferencial entre las formas más conocidas de las mismas (Cuadro nº 1, tomado de CRUZ HERNANDEZ¹¹).

Los casos que aquí se exponen pertenecen a la distrofia tipo DUCHENNE, siendo ésta la miopatía más frecuente. Actualmente se individualizan tres subgrupos:

- 1.— Forma maligna tipo III a de DUCHENNE transmitida con carácter recesivo ligado al sexo (cromosoma X). Es la más habitual.
- 2.— Forma benigna tipo III b de BECKER transmitida con carácter recesivo ligado al sexo (cromosoma X).
- 3.— Forma autosómica recesiva tipo II de LEYDEN.

CUADRO 1

DIFERENCIAS FUNDAMENTALES EN LOS PRINCIPALES TIPOS DE DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA

Tipo	Duchenne	Landouzy	Leyden
Herencia	Recesiva ligada al sexo	Autosómica dominante	Autosómica recesiva
Sexo	Varón	Varón y hembra	Varón y hembra
Edad comienzo	Antes de 3 años	Adulto o infancia	Adulto
Afectación inicial	Pelvis y escápula	Músculos y faciales y escapulares	Escapular o pelviana
Pseudohipertrofia	Frecuente 80 %	Excepcional	A veces
Progresión	Rápida	Lenta con períodos de detención	Variable Contracturas tardías
Muerte	Precoz	Tardía	No influenciada
Enzimas séricos	Elevados	Normales o poco alterados	Normales o poco alterados

dades infantiles, salvo las habituales. Hasta los 4 años lo único que llama la atención a sus familiares es su inquietud e inestabilidad psicomotora; a partir de esa fecha comienzan a observar que el niño se caía frecuentemente y sus movimientos eran torpes; al mismo tiempo objetivan en el niño una conducta más infantil de lo que corresponde a su edad, motivo por el cual consultan, e ingresa en el hospital.

Exploración somática:

Datos objetivados a su ingreso: peso 35,5 kilos. Talla 1,45 Perímetro torácico 70-71. Perímetro cefálico 52 cms. Estado general bueno. Piel y anexos: Mancha color café con leche en aleta nasal derecha. Cuello con pequeñas adenopatías submaxilares. Presenta atrofiás musculares en miembros superiores e inferiores, con pseudohipertrofiás en estos. El resto de la exploración por aparatos y sistemas es normal.

Exploración neurológica:

Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares normales. Resto de pares craneales normales. Atrofiás en miembros superiores e inferiores con ligera pseudohipertrofia de los músculos gemelos, (Figura n° 1) siendo necesario para levantarse del suelo gatear sobre sí mismo, (Figuras n°s. 2 y 3). Hipotonía con hiporreflexia ostendinosa generalizada; motilidad activa y resistida disminuida. Sensibilidades normales en todas sus formas. Pruebas cerebelosas normales. Marcha inestable, con aumento de la base de sustentación.

En revisiones posteriores se pudo observar un empeoramiento del cuadro clínico afectándose la cintura escapular y los músculos faciales adquiriendo su cara un aspecto amímico característico.

EXPOSICION DE LOS CASOS

Caso n.º 1:

L.P.P. (Hª clínica n° 1993). Fecha de nacimiento 19-IX-60. Ingresado el 11-V-70 por retraso mental. Ningún ingreso hospitalario anterior.

Antecedentes familiares:

El enfermo es el primero de dos hermanos; el menor nació en junio de 1958 y presenta actualmente una marcha torpe, con caídas frecuentes. El padre tenía, al ingreso del niño en el centro, 47 años; de profesión labrador; sano; carácter serio, frecuentemente irritable. La madre tenía 45 años; se dedicaba a las labores caseras; sana; tranquila; Dos primos varones en tercer grado por rama materna han sido diagnosticados de distrofia muscular progresiva; están considerados en su medio ambiente familiar con una conducta correspondiente a un cociente intelectual normal.

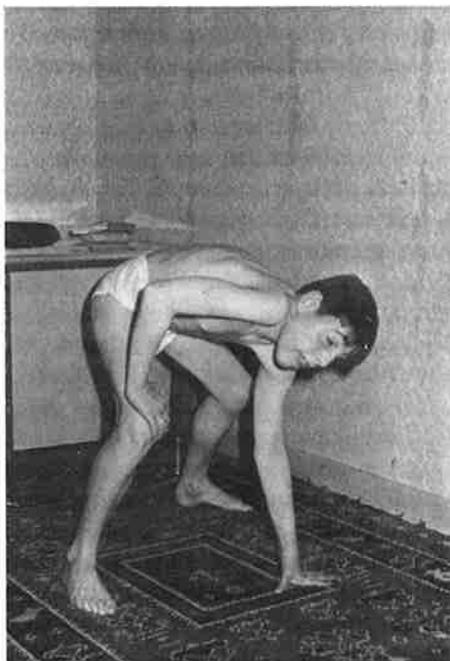
Antecedentes personales:

Embarazo y parto normales; reflejos de succión y deglución asimismo normales. Primeros pasos a los 18 meses. Primeras palabras a los 2 años. No refieren antecedentes de otras enferme-

Figura 1. Pseudohipertrofia de gemelos.



Figuras 2 y 3 Actitud típica, en las distrofias musculares para incorporarse desde el suelo.



Exámenes complementarios:

Radiografía de columna vertebral:

Se objetiva una escoliosis dorso lumbar izquierda sin basculación pélvica.

Electromiograma:

Tibial anterior derecho. Pedio derecho. Loducción peroneal derecho. Biceps branquial derecho. Hallazgos: 1) Ondas positivas en 3 puntos y fibrilación en un punto de tibial. Fibrilación esporádica en biceps. 2) Trazados voluntarios: Interferencia patológica en tibial (1.5 mv.) Interferencia de 1.5 mv. en pedio y biceps. Especialmente en biceps y tibial se registran potenciales patológicos, en proporción muy aumentada, de breve duración, disgregados y polifásicos de agujas finas. 3) Conducción peroneal derecho: Latencias = 4.6 y 10.8 mseg. con 27 cms. Potencial = Trifásico 5 mv. Velocidad conducción = 43.5 ms/seg. Impresión: La exploración es compatible con una distrofia muscular, que afecta a miembros superiores e inferiores.

Exploración foniatrica:

Rinolalia.

Exploración psicológica:

En los tests psicométricos administrados —Raven, Terman, Goodeenough y Wisc— tanto a su ingreso como en evaluaciones sucesivas se objetivó un cociente intelectual (C.I.) entre 50 y 55 lo que corresponde a una oligofrenia discreta, siguiendo la clasificación de la O.M.S. Hay que señalar que en el Wisc efectuado el 12-V-70 se obtuvo una puntuación de 45 en la escala verbal (E.V.) y 75 en la manipulativa (E.P.). Así mismo en la realizada el 18-IV-72 los resultados fueron de 52 en la E.V. y 60

en la E.P. En ambas ocasiones se mostró más interesado en las pruebas ejecutivas que en las verbales, siendo la mejor resuelta la de composición de objetos; en la segunda ocasión tuvo un fracaso en las claves, resolviendo muy bien la construcción de objetos y cubos.

En los tests proyectivos solamente se obtuvieron resultados con las fábulas de DÜss, dado que su escaso nivel intelectual hacía imposible la aplicación de otro tipo de pruebas. Se puso de manifiesto una intensa necesidad de efecto, así como su ansiedad de separación de las figuras paternas y, temores fóbicos.

En los dibujos efectuados, por lo que se refiere al esquema corporal no existe una alteración específica, sino una inmadurez de la figura humana quizás debido a su oligofrenia. Son más demostrativos, desde el punto de vista proyectivo, los dibujos de la familia, y la encuesta efectuada sobre dicho dibujo. Se sitúa al lado de su madre; considera como personaje más feliz a su hermano, mientras que él se siente el más triste; capta la depresión que su enfermedad origina a sus padres y elige como figura identificatoria a su hermano. (Figura nº 4)

En los dibujos libres le gusta pintar figuras devitalizadas, espantapájaros, y ridículos payasos que siempre están tristes "porque no pueden hacer nada", llama la atención en estas figuras la desproporción de sus brazos, en relación al tamaño general. (Figura nº 5)

Psicopatología:

Actitud general: Aspecto cuidado, muy inhibido. Capacidad de relación: difícil, fluctuando de la inhibición a la explosividad. Su orientación autopsíquica y alopsíquica son normales. Atención lábil. Memoria y comprensión adecuadas a su cociente intelectual. Percepción normal. Pensamiento: coherente, bradipsiquia intensa. Rasgos psico-

Figura 4. Dibujo de la familia.

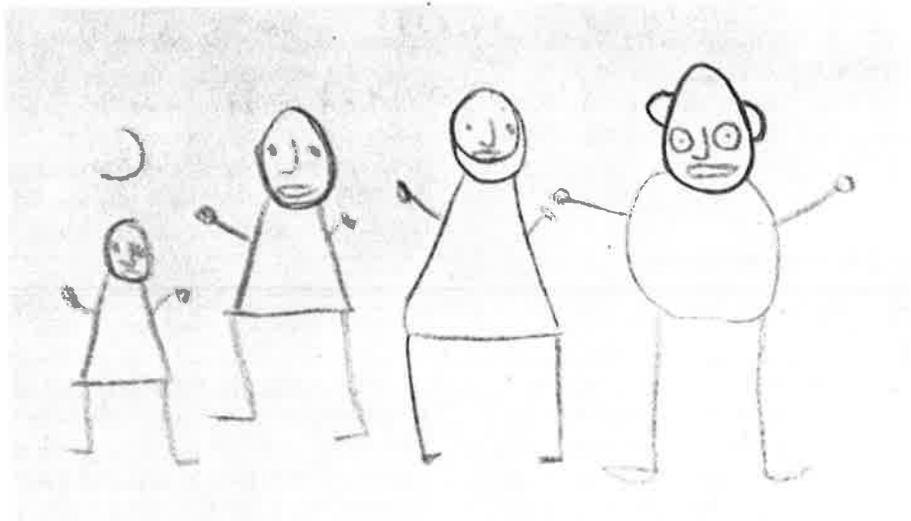
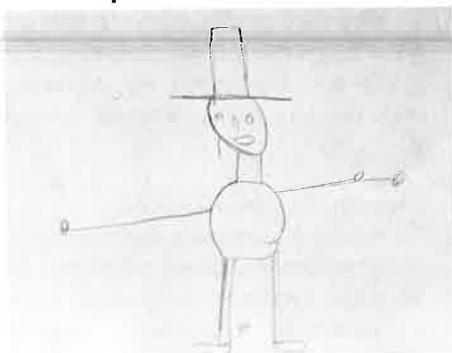


Figura 5. Dibujo de un payaso. Brazos: desproporcionadamente largos; piernas fuertes.



patológicos: se objetivan rasgos neuróticos, pero no psicóticos ni psicopáticos.

El enfermo vivencia su dificultad psíquica —mucho menos— su déficit intelectual —deprimiéndose; ignora las actividades que requieren un ejercicio físico y elige juegos pasivos. Hacia los demás niños tiene en ocasiones reacciones muy agresivas. Tendencia a efectuar pequeños hurtos de cosas que le agradan y de las que él carece. Enuresis y encopresis esporádica. El niño vive su ingreso en el Centro como una pérdida del afecto de los padres; expresa su estado de ánimo depresivo y su inferioridad respecto a los demás niños.

Dinámica familiar: Llama la atención la gran inestabilidad emocional de los padres, muy culpabilizados por el carácter hereditario de la enfermedad del niño, reaccionando con una intensa sobreprotección hacia él. Era evidente la rivalidad que el niño tenía hacia su hermano, ya que él se sentía como persona enferma, mientras el hermano, hasta el momento, podía realizar una serie de actividades físicas que a él le eran imposibles.

Catamnesis: Fue dado de alta el 1-X-73, por su falta de autonomía en un régimen de internado. Actualmente asiste a un Centro, en su lugar de nacimiento, con grandes dificultades en la participación del conjunto de actividades, y necesitando ayuda continua, tanto en sus desplazamientos como dentro del Centro, desde el punto de vista motórico.

Caso n° 2:

M.G.R. (Hª Clínica n° 3433). Fecha de nacimiento 8-II-65. Ingresado el 26-IV-72 por padecer un síndrome de Down (mosaicismo). Ningún ingreso hospitalario previo.

Antecedentes familiares:

Es el tercero de 3 hermanos; el primero varón y la segunda hembra, sin nada patológico que reseñar respecto a ellos. El padre tenía, al ingreso del niño, 37 años; de profesión camarero; no refieren enfermedades; respecto a su carácter le describen como una persona muy irritable, de lo que él es consciente. Una hermana de él, que murió a los dos años, había sido diagnosticada de síndrome de Down. La madre de 36 años, se dedicaba a las labores del hogar y era considerada en su ambiente como nerviosa, muy sensible y "de carácter débil". Ella tuvo 4 hermanos; el primero de ellos nació muerto, y el quinto murió por encefalitis postsarampionosa a los 17 meses. No refieren, tanto en la familia paterna como materna, antecedentes de miopatías.

Antecedentes personales:

Embarazo de 10 meses de duración; la madre refiere como única alteración, una depresión reactiva a la muerte de su padre en el último mes de embarazo. Parto distócico, siendo necesaria la utilización de forceps y ventosa. Primeros pasos a los 24 meses, con caídas frecuentes; no recuerda la fecha de aparición del lenguaje pero sí que fué más retrasado que sus hermanos. Padeció frecuentes bronquitis de carácter espástico. Consultó a los 4 años por este problema en un Servicio ambulatorio pediátrico siendo enviado a un Centro

de la S.S. donde fue diagnosticado de síndrome de Down (mosaicismo). La madre no había observado nada anómalo en los rasgos faciales y en la conducta del niño salvo lo que ella refiere como "una mirada triste". Se le puso un tratamiento con derivados de GABOB, aconsejando el ingreso en un Centro de enseñanza especializada.

Exámen físico:

A su ingreso se obtuvieron los datos siguientes: peso 22 kilos. Talla 1,20 mts. Perímetro cefálico 51 cms. Perímetro torácico 57-59. Estado general: desarrollo disminuido. Facies con estigmas del síndrome de Down, aunque muy atenuados: frente ancha, epicantus en ambos ojos, apertura palpebral mongoloides, dientes hipoplásicos y paladar ojival. Atrofias en miembros superiores e inferiores con hipertrofia de gemelos. El resto por aparatos y sistemas normal.

Exploración neurológica:

Pupilar isocóricas y normorreactivas; movimientos oculares normales; resto de pares craneales normales. Atrofias en miembros inferiores y superiores siendo en estos mayor aún la disminución de potencia muscular, y sobre todo en región escapular y proximal de los miembros. En miembros inferiores se objetiva una hipertrofia de gemelos. Reflejos ostendinosos disminuidos. Sincinesias de coordinación; paratonías. Marcha aumentando la base de sustentación; se inicia un pié equino, estando ambos en rotación interna y varo, afectando más al izquierdo. Sensibilidades conservadas en todas sus formas. En las pruebas cerebelosas se objetiva una discreta dismetría. Al levantarse del suelo, gatea sobre sí mismo en la forma típica de las distrofias musculares.

Exámenes complementarios:

Electromiograma: trazados típicos de distrofia muscular.

Exploración foniatría: dislalias.

Exploración psicológica:

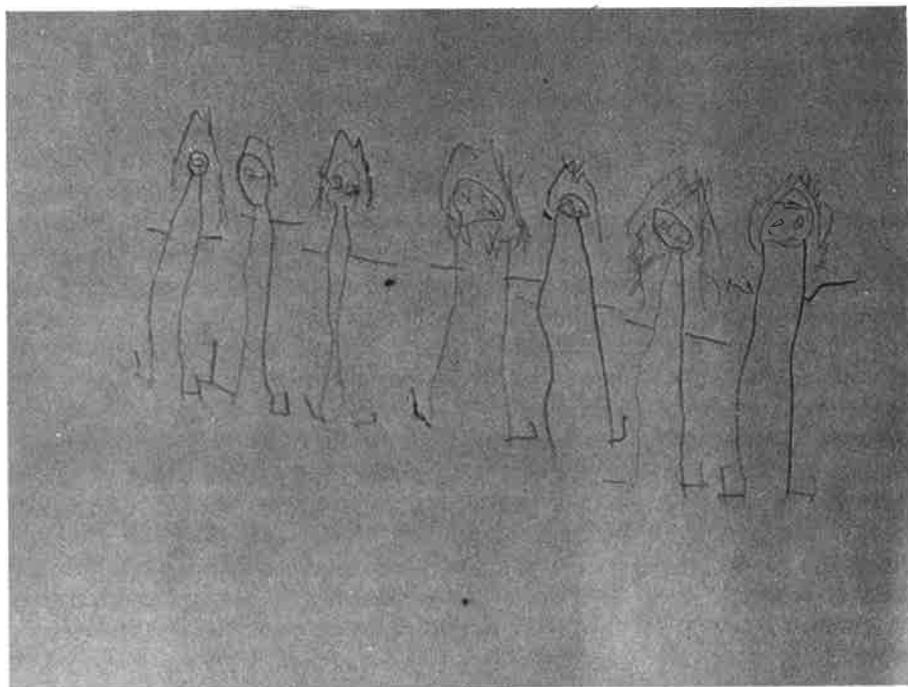
Actitud general: se mostraba muy desconfiado con una difícil capacidad de relación fundamentalmente con los adultos. Su orientación autopsíquica y alopsíquica eran normales así como la atención y percepción. Su memoria comprensión y juicio crítico más escasos de lo que correspondían a su co-

ciente intelectual. Pensamiento coherente, con especial adherencia a ciertos temas, generalmente en relación con su enfermedad, Rasgos psicopatológicos: no psicopáticos ni psicóticos.

En los tests psicométricos efectuados —Terman y Goodeenaugh— se objetiva un cociente intelectual de 50, lo que equivale a una inteligencia de 3 años 6 meses; corresponde a una oligofrenia discreta (O.M.S.).

En los dibujos efectuados, ya que los tests proyectivos dado su nivel y su escasa edad, así como su inhibición no se le pudieron administrar, tenía una especial preferencia por pintar repetidamente a su familia, en la que entraban todos los personajes del grupo, porque según sus palabras, "no vivía con ellos" (Figura nº 6).

Figura 6. Dibujo de la familia: trazos débiles e inseguros.



Psicopatología

Aspecto muy inhibido, escaso contacto afectivo, labilidad de ánimo con llanto frecuente; se relacionaba difícilmente, a un nivel verbal, con sus compañeros. Generalmente pretendía seguirles en los juegos de actividad física, lo que ocasionaba un rechazo por parte de los demás niños. En casa la madre debía prohibir a sus amigos que le acompañaran continuamente porque él pretendía compartir los juegos que necesitaban un ejercicio considerable, siendo muy frecuentes los traumatismos. A medida que avanzaba la enfermedad su actitud era más clara de hipercompensación sintiéndose cada vez más fuerte y mostrándose agresivo cuando le impedían jugar. En su ambiente familiar se mostraba muy irritable con raptus de violencia y en ocasiones agresivo. Enuresis y encopresis; esporádicamente terrores nocturnos.

Dinámica familiar:

El ambiente familiar muy permisivo para el niño y excesivamente sobreprotector por parte del núcleo matriarcal —viven con ellos una tía y abuela materna— era extremadamente nocivo. Ninguna de las personas que allí convivían tenían la misma manera de enfocar la enfermedad y la actitud a seguir respecto a ella, siendo la tía y la abuela las que marcaban la pauta a seguir oponiéndose a cuanto la madre hacía. El padre, al margen de ellas, rechazaba la idea de que el niño pudiera ser un deficiente mental, preocupándose únicamente de su problema físico, con la convicción de que un fuerte ejercicio era positivo para el niño, así como el seguimiento de unas tareas escolares semejante a las que haría un niño normal, enfermo, en su casa.

Catamnesis: El niño salió del Centro en junio del 75, para seguir sus vacaciones

normalmente. A la vuelta de ellas no pudo reintegrarse por necesitar para su desplazamiento de una silla de ruedas. La fuerza muscular en extremidades superiores era menor así mismo pero no seguía una marcha progresiva tan rápida. Su estado de ánimo era ya depresivo, e iba tomando conciencia de su minusvalía física, atenuándose su irritabilidad y aumentando su inhibición para los juegos.

COMENTARIOS

En ambos casos se dan los síntomas típicos de las distrofias musculares progresivas, forma pseudohipertrófica de Duchene.

Dada la numerosa bibliografía sobre los aspectos neurobiológicos de estos trastornos, se insistirá fundamentalmente en los factores psicopatológicos, clínicos y psicométricos, así como en los rasgos distintivos más relevantes.

Hay que reseñar, no obstante, la falta de antecedentes, en el segundo caso de enfermedades miopáticas, en asociación con un síndrome de Down y la evolución tan rápida de la enfermedad.

Se han descrito miopatías de Duchenne-Erb, no familiares, aparecidas después de episodios encefalíticos, asociados a retraso mental (12), pero en este caso no se recoge ningún antecedente en este sentido.

Respecto a la sintomatología psicopatológica, la mayoría de los estudios inciden en la oligofrenia, que frecuentemente acompaña a esta enfermedad, (13, 14 y 15) Es así que un 19% de los pacientes afectados de miopatía presenta una deficiencia mental; parecen ser las formas pseudohipertróficas las que conllevan un mayor porcentaje de oligofrenias.

En las familias de las miopatas se pueden encontrar sujetos que asocian

retraso y miopatía, mientras que otros no presentan más que una u otra de estas alteraciones, la oligofrenia es de importancia variable, y puede ir desde una deficiencia severa a una liminar (O.M.S.). El retraso mental se atribuye a la enfermedad miopática (16, 17 y 18); en unas ocasiones, mientras otros consideran primarios los factores reactivos, personales y ambientales (19), o sociales (20).

Los dos casos que describimos tienen un déficit mental correspondiente a una oligofrenia discreta (O.M.S.). Hay que reseñar, dentro de este C.I. global la diferencia entre la E.V. y E.P., con marcada diferencia a favor de esta última; si bien en la mayoría de los pacientes ingresados en el Hospital existe una diferencia en este sentido, no suele ser tan marcada, podría interpretarse como una pobreza de estímulos ambientales, una inhibición en el aprendizaje, dentro de esto de su sintomatología depresiva.

Las alteraciones mentales, al margen de la oligofrenia, en esta enfermedad, comenzaron ya a interesar a principios de siglo. En 1902 JOFFROY (21) describió con el término de miopsiquias una asociación de trastornos musculares y mentales. Se han escrito monografías sobre enfermedades musculares que no hacen mención a alteraciones psíquicas (22), pero numerosos autores han descrito síntomas psicopatológicos en enfermos miopáticos, aunque inespecíficos en su mayor parte (23). La mayoría de ellos parecen estar de acuerdo en que las alteraciones mentales no están ligadas a la enfermedad en sí —vg. la epilepsia— sino que son reactivos a los problemas a que estos niños se enfrentan y a su manera de reaccionar ante ellos. Aunque se han descrito en estos enfermos, estados de ánimo eufórico, podría ser una defensa a sentimientos depresivos más profundos.

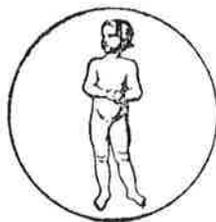
En los casos aquí presentados, es evidente la sintomatología depresiva proyectada también en sus dibujos y tests proyectivos, aún adoptando diferentes formas, pero esto está explicado por la diferencia de edad de ambos niños. Así Nissen ha descrito en un estudio de campo realizado sobre los cuadros depresivos, cómo la depresión en los primeros años de la vida, en que la diferenciación entre el yo y el ello se halla en sus fases iniciales, se manifiesta prederentemente con síntomas de inhibición y agitación: irritabilidad, inseguridad, búsqueda de contacto con los otros, enuresis y onicofagia. Los síntomas de los escolares mayores se asemejan más, en cambio, a la de los adultos apareciendo así ya, el estado de ánimo depresivo, sentimientos de inferioridad y culpa, y tendencias hipocondríacas. En relación con esta diferencia de sintomatología, los dos casos investigados parecen encuadrarse perfectamente en cada grupo de edad. Es notorio además cómo en revisiones posteriores el 2º caso fue evolucionando hacia una sintomatología depresiva más semejante a la del 1º. Nosológicamente, así como sucede en la oligofrenia, creemos que debe considerarse como una depresión reactiva, a la cual pertenecen el 72% de los casos del citado autor en los primeros años de vida, sin relación con su proceso somático, aunque en el primer caso descrito pudiera tener diversos factores condicionantes polietiológicos, puesto que se recogen antecedentes depresivos familiares. Es evidente que los trastornos psíquicos se manifiesten ya en la infancia acompañando a las primeras dificultades que conlleva la enfermedad, ante la frustración que le supone al niño una limitación que le impide desarrollar una actividad muscular, tan importante en la vida de relación en los primeros años de la vida.

Así se observa en ambos niños la mayor importancia que daban a su problema muscular ante su déficit mental, que no se justifica solamente por que convivan con otros niños asimismo deficientes, aunque intervenga, aparte de los citados otros factores como mayor atención médica y mayor preocupación de sus familiares.

En relación con la vivencia de su minusvalía, MACHOVER (25) y otros autores pensaron que el dibujo de la figura humana sería muy demostrativo de su problema. En estudios posteriores CENTERS Y CENTERS (26) no encontraron una verificación de dicha hipótesis, lo que se pensó era debido a una negación del problema o a que los niños dibujaban una imagen deseada. Se ha pensado por ello que el dibujo no es una copia de su propio cuerpo, o de

la imagen ideal de él, sino una actitud hacia el cuerpo y hacia sí mismos; estará pues más, en relación con la madurez personal u con la aceptación ambiental que con la enfermedad en sí misma. Es evidente en los dibujos de la figura humana que aquí sí presentan, que aparecen sólo algunos rasgos significativos como piernas fuertes, en relación con los brazos en uno de ellos. Hay que tener en cuenta así mismo el escaso nivel intelectual de ambos niños.

Después de todo lo reseñado, es muy importante pues el ahondar en la psicopatología de estos enfermos; el descubrimiento de sintomatología depresiva y su dinámica importa para poder ayudar desde un punto de vista psicoterápico, escolar y ambiental, a estos niños en los problemas que les plantea su handicap físico.



BIBLIOGRAFIA

1. DUCHENNE, G.B.A.: Recherches sur la paralysis musculaire pseudo-hypertrophique ou paralysis myosolérosique. Arch. Gen. Med. 11 (1868)
2. GOWERS, W.R.: Pseudo-hypertrophic muscular paralysis. J.A. Churchill. Londres (1879)
3. LEYDEN, E.: Klinik der Rückenmarkskrankheiten. II. Hirschwald. Berlin. (1876)
4. ERB, W.: Über die "juvenile Form" der progressiven Muskelatrophie und ihre Beziehungen zur sogenannten Pseudohypertrophie der Muskeln. Dtsch. Arch. Kin. Med. 34. 467. (1884)
5. ERB, W.: Dystrophia musculorum progressiva. Dtsch. Z. Nervenheilk, 1. 13. 173. (1891)
6. BING, R.: Kongenitale, heredofamiliäre und neuromuskuläre Erkrankungen. Die angeborenen Muskeldefekte. Die progressiven Muskeldystrophien. En: Hdb. der inneren Medizin. Bd. V/2; Hsg. Bergmann, G.,W., Frey, H. Schwiegk, J. Springer, Berlin (1928)
7. WEITZ, W.: Über die Vererbung bei der Muskeldystrophie. Dtsch. Z. Nervenheilk. 72. 143. (1921)
8. BECKER, P.E.: Die Myopathien. Fortschr. Neurol. 14. 283. (1942)
9. McCOMAS, A.J. y MOSSAWY, S.J.: Proceedings of Third Symposium of the muscular Distrophy Group. Research in Muscular Distrophy. Pág. 317. Londres (1965)
10. McCOMAS, A.J., SICA, R.E.P. y CAMPBELL, M.J.: "Sick" Motoneurons. A unifying concept of muscle disease. Lancet. I. 321. (1971)
11. CRUZ HERNANDEZ, M.: Pediatría y Puericultura. Ed. Romargraf. Barcelona (1972)
12. ROGER, H., ALLIEZ, J. et COIGNET, J.: Myopathie Duchenne Erb non familiale apparue apres des pisodes encéphalitiques de la 2^a enfance. Association avec une arriération mentale et des dystrophies cutanées. B.M. Soc. Med. Hôp. Paris. n° 7-8 279-281 (1951)

13. DUBOWITZ, V.: Intellectual impairment in muscular dystrophy. *Archs. Dis. Child.* 40. 296. (1965)
14. JANE, E., MURPHY, E.C. Y THOMPSON, M.: Intelligence and the gene for Duchenne Muscular Dystrophy. *Arch. Dis. Childh.* 44. 221 (1969)
15. ROSMAN, N.P. and KAKULAS, B.A.: Mental deficiency associated with muscular dystrophy, a neuropathological study. *Brain* 89. 769. (1966)
16. WORDEN, D.K.: The intelligence of boys with muscular dystrophy, *J. Consult. Psychol.* 25. 369. 1961)
17. VIRY, R.: L'atteinte du système nerveux dans les dystrophies musculaires primitives. Thèse Naney. (1963)
18. DAGUE, P.: Scolarisation des enfants myopathes. *Réadaptation* 118. 20-26 (1965)
19. ANDERSON, E.D.: Some observations on pseudohypertrophic muscular dystrophy. *Arch. Pediatr.* 48. 375-379 (1931)
20. MELDOLESI, G.: La miopatia primitiva cronica progressiva. Ed. Pozzi. Roma (1935)
21. JOFFROY, A.: Des muopsychies (association des troubles musculaires et des troubles psychiques) *Rev. Neurol.* 10. 289-296 (1902)
22. ADAMS, R.D., DENNY-BROWN, D. y PEARSON, C.M.: Diseases of muscle. A study in pathology. Ed. Hoeber (1962)
23. RAVENA, C., FERRARI, G. y TURINESE, A.: Osservazioni sullo sviluppo psichico di un gruppo di giovani miopatici. *R. Pat. Nerv. Ment.* 83. 569-586 (1962)
24. NISSEN, G.: Depressive und hypochondrische Störungen im Kindesalter. *Prax. Kinderpsychol.* 16. 6-14 (1967)
25. MACHOVER, K.: Personaliti projection in the drawing of the human figure. Springfield. Ill.: Charles C. Thomas (1949)
26. CENTERS, L., and CENTERS, R.: A comparison of body images of amputee and nonamputee children as revealed in figure drawings. *J. proj. Tech. pers. Ass.* 27. 158-165 (1963)

Congresos y Symposiums

Simposio de Psiquiatría Infantil

“Pseudodebilidad mental”

Presidente-Moderador:

Dr. G. Teruel

Ponentes:

Dra. C. Esquete	:	concepto
Dra. J. Judez	:	etiopatogenia
Dra. J. Fornell	:	exploración
Dr. J. Guarné	:	diagnóstico diferencial
Dr. J. Cobo	:	orientación terapéutica

Contraponentes

Dra. M.^a L. Teixidó
Dr. J. Tomás

CONCEPTO DE PSEUDORETRASO MENTAL

Dra. Esquete

Santiago de Compostela

Desde principios de siglo se intentó hablar de los diversos conceptos de deficiencia mental y otros términos, utilizados con sinónimos.....

defecto mental
amencia.
oligofrenia.
retardo.

Antes del siglo XX fueron pocos los intentos de establecer una clasificación científica de la deficiencia y muy escasa la literatura acerca de las variedades de síndromes clínicos y sus múltiples causas.

Durante algunos años, en Norteamérica y después en Gran Bretaña, el término "retardo" fué utilizado cada vez más en lugar de "deficiencia" (tampoco es este el término definitivo), ya que no discrimina entre desarrollo lento intrínseco hasta un límite y el progreso lento por razones extrínsecas; que su significado literal puede implicar un período previo de desarrollo más rápido o una evolución moderada..... e incluso este término de "retardado". aplicado al sujeto, es desagradable también.

En cualquier caso, los primeros intentos de una definición precisa, dejaron muchas preguntas sin respuesta,

¿qué es desarrollo normal?, ¿como medir la falta de desarrollo?.

En las últimas décadas, se propusieron diversos criterios:

1.1. El criterio de inteligencia. Fue más usado y de siempre los profanos daban igual aceptación a "defecto mental" que a "defecto intelectual" (todavía hoy se hace)..... y así desde el principio, se inventaron las pruebas, que parecían medir con cierta exactitud los resultados, en cifras que le daban apariencia de respetabilidad científica. Es por ello que aún son vigentes dichos conceptos.

También desde el principio, Tredgold puso objeción de que el manejo (1908) de deficientes dependía en la práctica no solo de su "inteligencia" sino también de "su competencia social" y estos dos factores no se encontraban siempre muy relacionados.

Se criticó entonces también la fiabilidad de las pruebas de inteligencia que casi siempre dependía más del conocimiento adquirido que de la facultad de aprender.

Otros autores a lo largo de los años, hicieron también críticas.

En 1950 Ann Clark ya agrupa en cuatro aspectos todo esto:

- 1) El CI y la conducta social no guardan una relación perfecta
- 2) El CI no es fiable
- 3) El mismo CI en diferentes pruebas pueden no significar la misma cosa
- 4) El CI no es constante

Parece que (1) es lo más importante..... pero debe destacarse que el CI como criterio absoluto para el diagnóstico de defecto mental, es muy importante aún hoy día.

1.2. Criterio educacional: se ha sugerido

do otro standard de normalidad, el de educabilidad escolar. Como es bien sabido, mientras la gran mayoría de los niños que asisten al colegio, alcanzan el nivel exigido de adelanto, pero algunos no lo logran.

Si ésta incapacidad es claramente mental, no debería sugerirme el empleo de "educabilidad" como criterio para distinguir entre "normalidad" y "defecto mental". Hay serias objeciones aquí, ya que se observa amplias diferencias en la respuesta individual a la instrucción escolar y en la facultad de aprender determinados temas, tan amplios en verdad, que algunos fracasos escolares pueden estar dentro del nivel de variación normal, especialmente, cuando muchos de ellos, después de dejar la escuela, demuestran capacidad por sí mismos, para ganarse la vida y protegerse a sí mismos.

Por tanto, no parece científico y justificable emplear la "educabilidad escolar" como única prueba distintiva entre mente "normal" y "deficiente".

1.3. Criterio social. Utilizar la competencia social como criterio, tiene verdadera consistencia pero también es posible dar ciertas objeciones. La reacción más saludable de individuo, es en el sentido de ser socialmente aceptable, es su habilidad de conformar las normas de conducta aceptadas por otros grupos, o aun para una comunidad más amplia de la cual su grupo, representa una parte.

1) Ambiente normal y patológico. Se ha sostenido que pueden definir como "deficientes" a aquellas personas que no mantienen una existencia independiente en un ambiente "normal".

Pero esto solo plantea nuevos interrogantes: "¿qué es un ambiente normal?", "¿qué es anormal?" y esta línea es tan difícil de trazar, como la distin-

ción entre individuos "normales" y "anormales".

Debe recordarse que las normas de conducta social, cambian de lugar en lugar y de tiempo en tiempo, en un mismo lugar y la sociedad también cambia en toda su tolerancia, especialmente en la presión que ejerce sobre los individuos que la componen.

2. En cuanto al grado de efecto:

Cada uno de los grados puede tener su origen en una variedad de causas aisladas o combinadas y cada grado, ofrece una amplia escala de variación.

Desde el extremo en que la mente es tan deficiente que puede decirse que "difícilmente está presente" hasta el otro extremo, el defecto es tan leve, que puede ser excesivamente difícil decir que el individuo es realmente defectuoso; y estos dos extremos están conectados por tales insensibles gradaciones que el total forma una serie sin solución de continuidad.

Al no existir líneas naturales de demarcación, es obvio que toda división que se intenta, será artificial, arbitraria, (los clásicos "idiocia", "imbecilidad" y "debilidad mental" límite). Veamos cada definición original, ha sido reemplazada por una combinación del "criterio social" e "intelectual" (Heber, 1958).

2.1. Los primeros trabajos sobre deficiencia, fueron realizados en su mayoría por médicos (consistía en descripciones clínicas y causas probables).. esto logró despertar la conciencia nacional, la sociedad, legisladores y reformadores sociales.

Pero desde entonces, el problema básico, se consideró solo como un asunto médico; psicólogos y sociólogos apenas representaron nada en ésta época.

En segundo lugar, la combinación de un problema médico, ideas actuales sobre genética, investigación bioquímica

ca, embriología, estas llevaron a la preocupación por una búsqueda de las bases físicas del defecto. Desde el comienzo, fué reconocido que el deficiente puede fallar en el desarrollo por una variedad de causas. Unas eran claras: problema de parto, alteración bioquímica, genética, accidentes. Pero una gran proporción de deficientes no entran dentro de estos grupos..... se idearon para ellos distintas acepciones "primarias", algunos creen que se deben a causas físicas aún no descubiertas, otros sostienen que formaban parte del extremo inferior de la curva de distribución normal de la inteligencia humana).

* Los estudios clínicos demostraron que los dos grados inferiores (idiota, imbecil) estaban a menudo asociados con lesiones físicas generales, mientras que la mayor proporción de los deficientes "primarios" eran "débiles mentales".

2.2. Los factores emocionales en el desarrollo mental

El tema atrajo la atención de los psicólogos de manera gradual y llamaron la atención de que las lesiones emocionales, podía haber logrado en el desarrollo de la inteligencia, la falta de estímulo psicológico y la ausencia de una clínica emocional saludable, lo que había causado el defecto mental en primera instancia. La definición más ampliamente aceptada de retraso mental fué propuesta por Heber (1) y ha sido apoyada por la American Association o "mental deficiency" el término de R.M. se refiere a un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio que se origina durante el período de desarrollo y va asociado con una alteración del comportamiento adaptativo.

Hay pues dos aspectos muy importantes en esta definición que determinan la naturaleza de la valoración o

verificación psicológica que se lleva a cabo para establecer los criterios para un diagnóstico de R.M.

- criterio intelectual (determinado por una prueba de inteligencia estandarizada)
- criterio social (descrita en términos de comportamientos y/o como resultado de pruebas generales, sobre un inventario estandarizado de competencia social)

Aunque estamos de acuerdo en que las pruebas no siempre describen por completo al sujeto R., pero es un método más o menos objetivo de considerar el comportamiento personal del individuo sobre el que basar una decisión. (No hace falta decir que las técnicas de valoración tienen en cuenta las variables personales y sociales, no básicamente objetivos).

R.M. y organización afectiva.

Pensamos que por la gran heterogeneidad de los R.M. es por lo que los autores no se ponen de acuerdo sobre la psicopatología y el desarrollo de la personalidad de los retrasados.

Los individuos R. han de enfrentarse a mayores riesgos: la vulnerabilidad emocional, está relacionada con factores que ya desde el comienzo de la vida del niño son importantes; por ejemplo, un retraso o un fracaso en reconocer a su madre, retrasará o impedirá el desarrollo de los primeros apegos afectivos. El riesgo de desarrollar una perturbación, es mayor en los niños que muestran una irregularidad de las funciones biológicas, respuestas de retraimiento ante nuevos estímulos, falta de adaptabilidad, y una reactividad de intensidad elevada. La imagen que el niño retrasado da de si mismo suele ser desfavorable, así como la captación de la misma.

La Dra. Manoni, psicoanalista, inclu-

so llega a negar la deficiencia intelectual y la noción de CI (tal como se entiende en general) y la de etiquetar al niño como "retrasado incurable" al no encontrar más soluciones que la pedagogía.

R. Misés (1968) habla del caso de los deficientes mentales atípicos que deben ser abordados, no en la perspectiva limitada de trastorno instrumental o una deficiencia mental intelectual, sinó a través de la forma global de los trastornos de la personalidad, llegando a la noción "disarmonía evolutiva de vertiente o expresión deficitaria", pero ya en 1971 este mismo autor apunta que "si se observa con atención las diferencias entre:

- debilidad atípica
- debilidad disarmónica

son realmente diferencias de grado y no de naturaleza y además solo el R.M. debe ser estudiado desde el ángulo de la personalidad. G. Garrone y otros, hicieron investigaciones pluridimensionales sobre grupos y delimitaban niños que asistían a las "clases especiales", observando su biografía, notan que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y cuyas condiciones de desarrollo y la manera de las relaciones afectivas que se les había impuesto parecen contener el modelo mismo de sus limitaciones posteriores.

Dice pues, que los débiles mentales, no solo es un trastorno de la inteligencia, ni la suma de distintos déficits, sinó con una real disarmonía funcional que afectará a distintos aspectos de la personalidad.

La patología psiquiátrica infantil, ha ido evolucionando bajo la influencia de actitudes médico-filopáticas, al igual que ha ocurrido con el adulto, y que se refieren a funcionamiento del espíritu, si queremos comprender el trastorno psicopatológico del niño, hay que tener

en cuenta, que se dan a un ser que está en desarrollo, que nace inmaduro, y que su organización va unida a las influencias del entorno y que el niño ha de resolver y lo hace, sus propios problemas a través de sus experiencias. Entonces el psiquiatra, ha de diagnosticar "la enfermedad" en lo que obedece a deficit de madurez, trastornos personales o alteración más o menos pasajera.

Entre las desorganizaciones funcionales, hay una que varios autores, hacen notar preferentemente (Ajuriaguerra y Diatkine), la disarmonía evolutiva y que también Anna Freud llama "desequilibrio entre lesiones de desarrollo", concepto bastante similar. En ciertos niños, por razones de maduración o afectivos, hay un desfase de alguna área (motricidad, lenguaje, autonomía, etc.) ya sea por superación o más frecuentemente retrasado con respecto a los demás y en función de su repercusión en los demás sistemas y en su forma de perturbación en la plenitud de la personalidad de éste niño.

Insistimos mucho en el desfase entre un desarrollo intelectual precoz de las funciones perceptivo motórica e insuficiencia del lenguaje, tec. ya que pueden ocasionar el retraso en la evolución por falta de ganas de valerse de la función insuficiente o por hiperataxia de la función para la que el niño está mas dotado.

Pero tales defensas no ocasionan forzosamente alteraciones patológicas que después podrán ser una de las características de la psicología infantil diferencial de los niños.

Es pues bastante importante el prestar una suma importancia a la psicología diferencial en relación con cualquier desorganización funcional; no hay que olvidar que el niño se halla en un estado de evolución y cambio.

En la definición de Zazzo, habla del grupo o formas en que la debilidad

mental, de rendimiento intelectual, está reducida en relación a las perturbaciones caracteriales y afectivas, pero que no se observa desadaptación, excepto la que evidentemente resulte del bajo rendimiento escolar.

Son los débiles mentales, o falsos débiles mentales, en que en una situación neurótica, lo que descubre el cuadro sin haber desadaptación social. Son casi siempre niños neuróticos en que su rendimiento mental está ajustado por la propia neurosis (suele dar valores verbales más altos que los manuales).

A veces, es tal la inhibición ejercida y las alteraciones afectivas es transitoria y aunque el conflicto neurótico no se resuelva del todo, la modificación de ciertas condiciones ambientales que lo mantengan activos es suficiente para que el rendimiento intelectual se eleve; son pseudodébiles mentales. Otras veces, la situación neurotizante persiste o se agrava por frustraciones o aislamiento, se sigue manteniendo el rendimiento intelectual, puede hacerse irreversible al psicotizarse. No olvidemos el concepto de lo sociocultural, considerado desde el nacimiento referido a una situación precultural en las edades evolutivas.

La cultura de grado más elevado en el adulto, tiene un periodo inicial en la edad infantil que debe ser ejercida gradualmente y adquirida por el aprendizaje de hábitos y formas de comportamiento; este empieza en el nacimiento y puede llevar a un niño de un nivel de manifestaciones primarias de naturaleza cultural con esta designación y este significado social. Vistas así las cosas, tenemos que establecer unos grados en los conceptos de "debilidad" y "pseudodebilidad mental".

— "debilidad mental": el estado de inferioridad psicológica que lleva a un aprovechamiento lento en la adquisición de conocimientos elementales, no logrando nunca una completa recupe-

ración educacional. (Ajuriaguerra refiriéndose a esto dice "se observa.... un relativo desarrollo agotado en un momento" y "hay una viscosidad en el razonamiento (viscosidad genética) circunstancia que no permite al debil mental llegar a una recuperación hasta la normalidad intelectual, cualquiera que sea la alternativa terapéutica".

— el "pseudodebil mental" es una situación derivada de influencias del medio, educacionales, insuficientes y mal orientados "privación cultural con problemas emocionales" (Ajuriaguerra).

C. Kohler distingue entre R.M. retardado

Llama retardado a los deficientes de adquisiciones escolares o culturales, con inteligencia normal y ese "déficit" es la consecuencia educativa o escolar, enfermedad intercurrente o malísimas condiciones socio-psicológicas, pero es recuperable por actitudes médico-pedagógicas apropiadas. (esta clasificación es parecida a la de R.M. "patológico" y R.M. "cultural".

* Concepto de pseudodebilidad mental

Es una situación equivalente a la debilidad mental, cuando la carga intelectual es normal (actitud teórica) y es posible transformarla mediante una reeducación terapéutica adecuada (actitud práctica). (Segun Ajuriaguerra),

La noción de pseudodebilidad mental se basa en unos:

- principios técnicos
- principios prácticos

Principio técnico: es la existencia de un cuadro, similar o equivalente a la debilidad mental que se da en sujetos, en que su "potencia intelectual" es normal.

Principio práctico: la posibilidad de transformar esta situación mediante una reeducación o terapéutica adecuada per-

mitiendo al sujeto, percibir o adquirir estos conocimientos que les faltan. Berton opina que solo deben incluirse en este grupo, formas de debilidad mental de causa atípica (insuficiencia sensorial, déficit motor, carencia cultural, o problemas emocionales, etc.). Y que estos factores pueden interferir la evolución de la inteligencia.

Clinicamente la pseudodebilidad mental se clasifica según su origen.

J.L. Faura propone el siguiente esquema:

- (a) pseudoretraso por falta de aportaciones al medio
- (b) pseudoretraso relacionado con una inhibición de las posibilidades del individuo
- (c) pseudoretraso relacionado con dificultades específicas

(A) Pseudodebilidad mental relacionada con una falta de aportaciones al medio.

El desarrollo mental exige que el medio aporte estímulos y solo puede ocurrir esto si el individuo logra interacción afectiva con las personas que le rodean: estímulos y gratificaciones que dan significado a las adquisiciones intelectuales.

- ~~niños criados en medios familiares frustrantes~~
- ~~niños criados en medios precarios.~~
- ~~carencia de instrucción escolar.~~
- más de una de éstas circunstancias

El cuadro puede confundirse con debilidades mentales débiles o medias, y afectan al conjunto de los factores intelectuales. El cuadro es de pobreza general, aunque las estructuras son normales. La posibilidad de éxito se da en niños pequeños con un buen programa reeducativo.

(B) Pseudodebilidad mental por inhibición de las posibilidades receptoras.

Una afección afectiva puede repercutir en el rendimiento intelectual. La aparición de R.M. es ligera, pero las dificultades escolares son importantes por inhibición de las posibilidades receptoras, falta de dinamismo intelectual, infantilismo, superficialidad, oposición.

La psicoterapia ayuda a resolver el cuadro.

(C) Pseudodebilidad mental relacionada con trastornos específicos.

- dislexias
- disgrafias
- trastornos de la adquisición del lenguaje
- alteraciones témporo-espaciales
- trastorno psicomotor
- gran carga ansiosa, inhibidora, de las mismas repercusiones sociales y escolares, que los débiles mentales.

EN RESUMEN: Hay aún una gran confusión entre:

- la terminología

Del R.M.

- la patogenia

- a) cuando lo fundamental es lo "congénito", el retraso se debe a una "falta primaria" de esta potencia del "aparato psíquico".
- b) cuando lo fundamental es el "potencial psíquico" que no se puede expresar por una lesión cerebral, demostrada o supuesta.
- c) cuando el potencial neurofisiológico está intacto, pero existe una desorganización de los sistemas preparatorios y de elaboración del reconocimiento en una etapa precoz con factores:

- funcionales
- afectivos
- socioculturales
- nutricionales, etc.

La personalidad del niño insuficiente mental es el fruto de la interrelación entre su potencia de base y su sintoma relacional.

Para comprender estos datos, es importante no hablar anatomofisiológicamente, ni de un sistema afectivo-cultural en abstracto, pues el desarrollo de la personalidad es el resultado de una conjugación y depende de acontecimientos no siempre "cualitativos" ni "cuantitativos" exclusivamente, sino que además depende de la cronología en que aparece.

La pseudodebilidad mental es una situación derivada de influencias del medio, educacionales, insuficientes y mal orientadas con inteligencia o potencial intelectual normal, pero recuperable por actitudes médicopedagógicas apropiadas.

Dr. Tomás:

Nuestra intención como contraponentes es distribuirnos el comentario a las distintas exposiciones efectuadas por la mesa redonda. La Dra. Teixidó se referirá a las ponencias de etiopatogenia y de diagnóstico diferencial, en tanto que yo contestaré al concepto, exploración y terapéutica.

Por corresponderme a mí en primer lugar, efectuar contraponencia a la comunicación sobre el concepto, desearía ante todo agradecer y elogiar extraordinariamente el trabajo efectuado por los ponentes, el cual a mi modesto entender es ampliamente exhaustivo, en toda aquella serie de aspectos en que

se han planteado la problemática de la pseudodebilidad mental; por lo menos, ésta es mi impresión después de escucharles imparcialmente y sin preparación ni conocimiento previo de las distintas ponencias.

A nivel conceptual sugeriría como punto de discusión, el que tenemos la impresión de que el concepto de pseudodebilidad mental es una noción que tan sólo puede ser usada como semántica de tipo clínico y que está en total contradicción con mensuraciones o valoraciones psicométricas que en un momento dado, de una exploración concreta, se pueda efectuar a un paciente. El cociente intelectual puede ser perfectamente normal, la inmensa mayoría de autores refieren que el pseudodébil, en el supuesto de que podamos usar éste término, debe ser considerado como un individuo normal en cuanto a su inteligencia; en otros casos, el cociente intelectual puede ser bajo. Los autores que hacen referencia al hallazgo de un cociente intelectual bajo, no lo valoran como un concepto absoluto, sino que consideran que ésta cifra está descendida en función de la repercusión dinámica que existe en éste tipo de paciente y que sin lugar a duda, disminuye su eficacia frente a las pruebas o tests a las cuales está sometido.

Otro aspecto a considerar para centrar la discusión o bien para apoyar este concepto clínico al que me refería, es el de que la noción de pseudodebilidad mental se centra básicamente sobre una valoración de rendimiento y de eficacia. Rendimiento y eficacia que solamente pueden ser analizados en tres áreas: la afectiva, la social y la de adquisiciones de aprendizaje. Todos nosotros creo, estamos sometidos a una deformación y ésta, frecuentemente nos hace quizás sobrevalorar los aspectos del aprendizaje en cuanto a adquisiciones concretas de tipo cuantificable en referencia a aspectos sociales

y afectivos y si analizamos la frecuencia del uso de la etiquetación diagnóstica de pseudodebilidad mental, se aprecia que es mucho más frecuente en aquellos servicios donde hay una mayor dependencia del factor de eficacia del aprendizaje, o de eficacia en el sentido estricto de rendimiento.

3 En la valoración conceptual de la pseudodebilidad mental, nos parece interesante plantear la noción implícita de recuperabilidad y la posibilidad de que en función de una determinada estrategia terapéutica, exista al menos desde un punto de vista especulativo, una posibilidad más o menos real de recuperación.

Estoy absolutamente de acuerdo en que el pseudodébil está ahí, y de que es un individuo en riesgo independiente de que exista o no, y creyendo como creo que deberíamos decir que no existe. Cuando decimos que un individuo tiene una pseudodebilidad mental, significa fundamentalmente el dar una noción de que está en situación de riesgo y que en función de las normas terapéuticas o de las orientaciones que se pongan en marcha, o de aquellas que no se efectúan, puede evolucionar hacia otras estructuras o situaciones nosológicas las cuales pueden ser mucho más irreversibles o con mayor dificultad de resolución. Referente a la exposición general del concepto, quisiéramos también añadir algunos puntos a discusión.

4 La noción del cociente intelectual al que se ha referido la Dra. Esquete, nos parece interesante recordar las palabras de Zazzo cuando señala que el cociente intelectual no es más que una relación de edad y bajo ningún concepto, una valoración absoluta, ni tan sólo un punto de referencia que sea objetivable científicamente, sino que simplemente es una comparación entre una serie de escalas madurativas o conjunto de niveles de eficiencia con un grupo dado, relacionado a la edad cronológica del

individuo estudiado. Tan sólo como noción de relación de edad y en función de un conocimiento profundo de la escala que apliquemos, es cuando tiene utilidad como dato clínico; dato que será uno más en la evaluación global del paciente. En éste sentido, recordaríamos cuan frecuentemente hemos visto que la aplicación de las distintas escalas de inteligencia, nos aporta de forma franca, datos discordantes entre sí, los cuales no están en función del paciente, sino en función de la tipificación de la escala, y sin duda también en función de la forma en la que ésta se ha aplicado.

5 Respecto a la educabilidad escolar, nos volvemos a encontrar con una búsqueda deformada de sistematización o pautización para conseguir un conjunto de adquisiciones; el niño, frente a ésta planificación para conseguir un rendimiento puede fracasar y este fracaso, puede depender del método pedagógico usado o bien porque presente determinados déficits en su estructura psicológica que no le permita responder a la exigencia pedagógica de forma satisfactoria, o simplemente puede no presentar una estructura dialéctica con el método pedagógico de tal forma que no tendrá entonces una posibilidad de adquirir aquellos conocimientos previstos por la planificación pedagógica.

6 Los aspectos de la afectividad y de la dinámica del paciente, me parecen enormemente importantes y en éste sentido, desearíamos oír un comentario más extenso de la Dra. Esquete, de hasta qué punto considera de que quizás el pseudodébil, en la mayoría de los casos presenta una serie de perturbaciones, de inhibición, o de dispersión neurótica sin necesidad de que se encuentre una estructura neurótica compleja organizada y hasta qué punto ésta situación de inhibición y de dispersión, favorece o impregna todo su fracaso o

pseudofracaso.

7 Referente a los aspectos socio-culturales, nuestra situación es semejante a la del Dr. Cobo. Nuestro equipo en la Clínica Infantil de la Seguridad Social de Barcelona, visita fundamentalmente pacientes de clase media baja y mayoritariamente baja y nos angustia y preocupa la situación no sé si llamarla de enfrentamiento, de contraculturalidad, o simplemente de disculturalidad, ya que decir que el inmigrante no tiene cultura me parece enormemente gratuito puesto que depreciar su valor cultural también es gratuito, ya que lo que realmente ocurre es que nos encontramos frente a una cultura distinta correspondiente a la modalidad cultural del inmigrante enfrentada a otra modalidad cultural y además en general, urbana, a la cual en aquel momento está sometido. Tengo la impresión de que esto produce en el inmigrante, una situación de desorientación, de perplejidad, de invalidación o desinvertimiento de su propia cultura con intento de aceptación de la nueva modalidad cultural, o de la culturalidad urbana que crea una situación de aculturalidad. En este aspecto, disminuye sus posibilidades de eficacia que repercutirán seriamente en la elaboración de la motivación, apareciendo un descenso en sus posibilidades motivacionales, lo que sin duda descenderá en todos los sentidos, sus adquisiciones tanto en el medio familiar propiamente dicho, como en el niño de forma más específica.

Dra. Esquete:

Voy a referirme en primer lugar al último punto, puesto que fué en el que yo quedé más sorprendida y que se refiere a la problemática de la inmigración. En cuanto a la inmigración y a los inmigrantes, trabajo al que yo me referí, quizás me he explicado mal puesto que para mí el inmigrante merece el máximo

respeto por provenir de una zona en donde la emigración es un problema muy serio. Yo me refería a que los niños de colegios especiales vivían en unas condiciones familiares de una cultura más baja, o subcultura nada más aunque yo no me referí al término de subculturalidad; los modelos coincidían en cierto modo en aquellos aspectos de conducta familiar o de estilo de familia, a los ambientes socialmente bajos de los niños suizos y señalaba que los niños que estaban en aquellas clases coincidían en muchos aspectos y nada más.

En cuanto al concepto clínico, efectivamente las definiciones que yo dí, la mayoría estaban impregnadas de un sentido clínico. Posiblemente porque yo soy médico y trabajo a este nivel; si fuese sociólogo, quizás lo haría a otro nivel. Sin duda, iba muy impregnado o saturado de situaciones de aprendizaje afectivos y sociales y si yo insistí tanto, quizás en el aspecto del aprendizaje es porque el ambiente donde trabajo nos lo está recordando continuamente, y aunque yo dijera que no debería ser así en teoría, lo que sucede en la práctica es que nos están remitiendo a la consulta fundamentalmente problemas de aprendizaje. Después, ésto será un aspecto secundario, pero el motivo inicial es el problema del aprendizaje; luego como trabajo a este nivel, lo defino así.

Respecto a la noción de recuperabilidad, me parece muy importante por supuesto a nivel práctico, ya que a si este nivel práctico no lo recuperamos, es cuando realmente son retrasados mentales.

Si existen o no existen estos sujetos, ¿, estás de acuerdo conmigo que no existen pero están ahí y que algo hay que hacer con ellos.

En cuanto al concepto de Zazzo sobre cociente intelectual, no coincide con el que yo dí. Estoy de acuerdo en que el cociente intelectual no es más

que una relación de edades en comparación a las escalas madurativas; referente a la educabilidad escolar y a las adquisiciones, fue lo que yo enlacé con el primer concepto clínico y es evidente que las perturbaciones de la afectividad e inhibición existen y que estas a veces constituyen situaciones neuróticas, por lo que yo estoy de acuerdo con lo que decía el Dr. Cobo en el sentido de que ésta situación neurótica puede ser la que equilibre la situación y que es mejor no movilizarla.

ETIOLOGIA DE LA PSEUDODEBILIDAD MENTAL

Dra. Judez

Barcelona

La etiopatogenia de la pseudodebilidad mental, al igual que pasa en otras entidades, difícilmente la podemos referir a una sola causa. Creemos que en muchas ocasiones será más de un factor los que asociados darán como resultado el Síndrome de la Pseudodebilidad mental que hoy nos ocupa.

Sin embargo para facilitar su estudio, vamos a tratar aisladamente cada uno de los siguientes aspectos que pueden ser causa o concausa de una pseudodebilidad mental:

I — Factores ambientales

- I.1 socio-económico-cultural
- I.2 hábitat
- I.3 volumen familiar
- I.4 número de orden en el nacimiento
- I.5 ambiente familiar

II — Factor psicoafectivo

III — Factor psicogénico

IV — Trastornos específicos

- V — Deprivación sensorial: V.1 Vista
V.2 Oído

APART. I. FACTORES AMBIENTALES COMO CAUSA DE LA PSEUDODEBILIDAD MENTAL

Cuando examinamos la literatura observamos que es a partir del año 1910 cuando se estudia la influencia de los factores del ambiente sobre la inteligencia, nos damos cuenta que hay tres temas que proporcionan la base para todas las investigaciones:

- a) Nivel intelectual según los diversos status socioeconómicos.
- b) Nivel intelectual según el hábitat (rural o urbano) de los sujetos.
- c) Nivel intelectual según la dimensión de la familia.

El nivel intelectual según los diversos status socioeconómicos es el que primero y durante más tiempo ha ocupado a los investigadores: prácticamente todos los años se publica alguna investigación sobre inteligencia y status económico. A partir de la Segunda Guerra Mundial algunos países confeccionaron grandes encuestas tales como: En Francia el Institut National d'Etudes Demographiques en 1944 sobre 100.000 niños de edad escolar de 6 y 12 años. En Bélgica en 1946 y en Gran Bretaña 1932 y 1947 sobre 70.000 niños escoceses. Hasta 1920 no empieza a intervenir el "hábitat" (rural-urbano) y después en 1925 se inicia la preocupación por la "dimensión" de la familia.

1.1 Inteligencia y status socio-económico - cultural

Todos los investigados concluyen en unos mismos resultados: el ambiente socioeconómico ejerce una influencia significativa sobre el nivel de los resultados de los testigos sometidos a test

de inteligencia. Los que pertenecen a ambientes menos favorecidos obtienen resultados inferiores por término medio a los sujetos de otros ambientes.

Binet en 1910 en París. Decroly en 1910 en Bélgica, hallan que los niños de barrios pobres obtienen resultados menores que los niños de barrios acomodados.

Morle 1911, estudia edad por edad la población escolar de dos escuelas, hallando que la desigualdad entre los niños de ambientes acomodados y los niños pobres aumenta con la edad.

Algunos autores se dedicaron al estudio de un único ambiente homogéneo en el seno del cual establecerán unas jerarquías de nivel de vida y así Bridges y Coler en 1917 dentro de la clase media inglesa determinarán diferentes grados combinando la profesión del padre y el alquiler de las viviendas.

Todas estas investigaciones que difieren en la elección de criterios que definen las muestras y son también muy dispares en cuanto al número y la edad de los sujetos considerados, subrayan de manera clara el paralelismo constante entre la jerarquía de los niveles socioeconómicos y la jerarquía de los niveles mentales.

A pesar de todas las diferencias entre las poblaciones estudiadas y los métodos de medida empleadas hay un hecho constante: existe una relación entre el nivel de la inteligencia y el status socioeconómico.

En la citada encuesta llevada a cabo en Francia en 1944, entre otros puntos investigados, destacó el hallazgo de una correlación entre las profesiones paternas y las notas medias obtenidas por los niños. De las notas medias más bajas a las notas medias más altas la clasificación de las profesiones paternas eran las siguientes:

- campesinos
- obreros rurales
- obreros de ciudad
- empleados y funcionarios rurales
- empleados y funcionarios de ciudad
- cuadros industriales y comerciantes
- profesiones intelectuales y liberales

En el Centro de Medicina Preventiva Escolar de Sabadell (Barcelona) en 1971, José Corominas y Ramón Roca estudiaron el rendimiento intelectual de una muestra de 1.000 niños procedentes de escuelas de alumnos de tres grupos socio-culturales distintos.

Grupo 1.- Estaba formado por escuelas situadas en zonas suburbanas y en las cuales el contingente más importante provenía de la inmigración o de familias con unas posibilidades socio-culturales bastante limitadas.

Grupo 2.- Formado por escuelas con alumnado que procedía de una zona media baja o incluso media con ciertas preocupaciones culturales y con algún tiempo de residencia e inserción dentro de la colectividad ciudadana.

Grupo 3.- Escuelas cuyos alumnos provenían de medios culturales enriquecidos, con padres preocupados por cuestiones referentes a la educación y formación de sus hijos.

Los datos estadísticos demostraron:

- Los niños que comprendían el grupo 1, obtuvieron rendimientos intelectuales por debajo de lo normal.
- Los niños del grupo 3, mostraron en las pruebas realizadas una capacidad intelectual superior a la media de su edad.

Si los niños de bajo status socio-económico-cultural como promedio son menos inteligentes que los demás, ¿hasta que punto es esto debido a factores genéticos? ¿hasta que punto lo es a

factores ambientales? ¿o acaso ambos hechos actúan de modo simultáneo para mantenerlos en un régimen menor de funcionamiento?

Las respuestas varían según los autores: Unos insisten en la preponderancia de la herencia; otros sirviéndose de la existencia de los niños-lobo de Kamala y Amala y Víctor de l'Aveyron afirman la importancia primordial del ambiente. Podemos preguntarnos si los hechos que citan estos autores no establecen unos límites a la influencia respectiva del ambiente o de la herencia más que la supremacía de uno u otro.

Zazzo en 1961 dice: Es muy difícil comprender el complejo juego entre condiciones hereditarias y condiciones del ambiente. El problema herencia-ambiente carece de una respuesta que pueda traducirse en una fórmula universal y fija por la simple razón de que la acción recíproca de los factores en juego es variable hasta el infinito.

La cuestión es compleja y se debe tener gran prudencia en la interpretación de los hechos, pese a esto las siguientes constataciones que se refieren a las relaciones de la inteligencia y al status socio-económico son bastante seguras:

- El nivel medio de inteligencia se eleva con el status socio-económico.
- Cualquiera que sea el nivel socio-económico estudiado, encontramos en él todos los grados de inteligencia: solo varía la proporción: encontramos mayor número de C.I. superiores en los altos niveles y mayor número de C.I. inferiores en los bajos.
- En el primer año de vida no existe relación entre status social y nivel intelectual. Esto puede traducir simplemente que aún no ha llegado el momento en que se manifiesta la inteligencia.
- Por el contrario, a partir de los 3

años aparece una correlación positiva: Odette Brunet estudia a tres grupos de niños en las siguientes características:

Grupo 1.- De ambiente intelectual y educado por la madre. 2) De ambiente obrero y educado por la madre. 3) Ambiente obrero y asistido en una guardería.

Se comprobó lo siguiente:

Los niños de los tres grupos para una edad media de 6 meses presentaron un desarrollo exactamente comparable cualquiera que sea su ambiente. El desarrollo se mantuvo comparable hasta los 2 años en los niños de los grupos 1 y 2, mientras que después aparece una diferencia importante a favor de los niños del grupo 1.

De estudios realizados por Freeman, Holzniiper y Mitcheel se deduce lo siguiente:

- Los niños que son adoptados y viven en hogares de nivel superior a los suyos propios, presentan un aumento en el cociente intelectual en relación con grupos comparables con niños que viven en sus hogares verdaderos.
- Cuantos más pequeños sean los niños al ser llevados a los hogares superiores mayor es el desarrollo de su cociente intelectual.
- Cuando más prolongado sea el periodo de residencia en el hogar superior, mayor es el aumento en el cociente intelectual.
- Niños que no tienen parentesco y viven en las mismas casas se parecen entre sí, en cuanto a la inteligencia, más de lo que se parecen los hermanos que viven en hogares separados.

Lo cual hace pensar que la inteligencia es una variable no menos de-

la palabra. Vamos a concretarnos a la influencia existente entre cuidados afectivos e inteligencia.

En 1949 R. Spitz publicó un estudio llevado a cabo en dos instituciones "The Nursery" y "The Foundlinghome". En los dos sitios los niños ingresaban recién nacidos, la alimentación era buena, el alojamiento y la higiene adecuados. Existía entre ambas instituciones una diferencia esencial: en "The Nursery" las madres o quienes desempeñaron este rol venían cada día a cuidar de sus hijos mientras que los bebés en "The Foundlinghome" fueron cuidados por personal empleado.

El cociente de desarrollo de los bebés cuidados por sus propias madres mantenía aproximadamente el mismo nivel durante todo el año, mientras que el cociente de desarrollo de los bebés en "The Foundlinghome" en principio era superior a los otros, pero disminuiría luego tanto que a los 6 meses y hasta la edad de 12 meses estaba aproximadamente a 40 puntos del cociente de desarrollo inferior a otros bebés.

Algunas madres en The Nursery dejaban sus hijos durante largos períodos y el personal de la institución cuidaba entonces de los pequeños. Spitz estudió los efectos de estas separaciones:

1. Durante la separación de la madre disminuyó fuertemente el cociente de desarrollo.
2. Spitz encontró que en los casos en que la madre volvió con el hijo antes de pasar 5 meses el cociente de desarrollo volvió a aumentar hasta compensar la disminución.
3. Cuando la separación duraba más de los cinco meses no se veía ninguna diferencia en el cociente de desarrollo después de la vuelta de la madre. El niño quedaba con el cociente de desa-

rollo disminuido sin que se viera ningún aumento durante los cinco años que Spitz estudió su desarrollo.

Los hechos descritos y las hipótesis sostenidos por Spitz han sido puestos en tela de juicio por distintos autores por opinar que en estas investigaciones no se tuvieron en cuenta factores que podían por sí mismo condicionar los resultados. Sin embargo que nosotros sepamos, no se ha llegado a demostrar la falta de correlación entre cuidados afectivos y desarrollo intelectual.

En la práctica diaria a menudo podemos ver los efectos negativos de una privación afectiva.

Cuando no se sabe la forma de hacer patente el afecto que se siente hacia el hijo. Generalmente se piensa que la expresión del afecto debe hacerse por medio de caricias, olvidando o ignorando otras formas muy estructurantes de la psico-afectividad como es prestar atención ya sea escuchando, observando o dialogando y valorar la positividad cualitativa de cualidades, progresos y aprendizajes que continuamente exhibe el niño en su rica y apreciada conducta todo lo cual facilita la sintonización, el diálogo y el entendimiento a nivel afectivo.

Cuando no se piensa que las muestras de afecto son tan importantes para el desarrollo de la inteligencia y de la personalidad como los alimentos lo son para el organismo.

Porque a veces sabiendo cuanto precede no se tiene tiempo de ponerlo en práctica.

Porque a veces se confunde afecto con educación y se piensa que prodigando lo primero se va a interferir lo otro.

En la existencia de problemas afectivos y relacionales en los propios padres y/o educadores.

Cuando la personalidad de padres y/o educadores no está adecuadamente

estructurada y los problemas propios requieren tanta atención que impiden al individuo proyectarse en los demás y a veces cuando lo hacen crean una relación distorsionada y distorsionadora.

Cuando existe rechazo, porque el niño frustró cuanto de él habíamos esperado o porque simplemente no se le acepta como es.

Puede también ser que en ausencia de cuanto precede es el niño quien no se siente querido y suficientemente aceptado unas veces porque así es en realidad y otras por trastornos de la propia personalidad del niño que impiden establecer el diálogo afectivo.

Sin duda que existen otras muchas situaciones además de las expuestas productoras de carencias afectivas que pueden dificultar el desarrollo psicoafectivo e intelectual de nuestros niños.

APART. III. FACTOR PSICOGENICO

M. Klein opina que las tendencias al saber o pulsiones epistemofílicas son susceptibles de sufrir una regresión, cuya evolución será diferente dependiendo de la modalidad de los conflictos básicos que el niño presente y el momento en que se den. En el caso de existir esta regresión y de que no fuera seguida de una evolución favorable nos hallaríamos ante una situación de inhibición intelectual. En todo síndrome de inhibición intelectual intervienen según M. Klein mecanismos de defensa contra la angustia que causarían trastornos en el proceso de simbolización, lo cual supondría dificultar un normal desarrollo intelectual.

Dentro de los factores psicogénicos podemos incluir todas aquellas dificultades del aprendizaje que tienen por base un bloqueo emocional.

Este bloqueo emocional es una respuesta a factores ambientales muy va-

riados algunos ya tratados en este trabajo y que traducen una dificultad adaptativa del niño al medio, sea porque este medio es insalubre psicológicamente hablando, sea por pobreza de recursos defensivos y adaptativos del propio niño a las exigencias del medio.

APART. IV. TRASTORNOS ESPECIFICOS

Queremos referirnos en este apartado a la dificultad en la adquisición de determinadas funciones psicológicas muy ligadas a los procesos del aprendizaje, hasta el punto de condicionarlo en muchos aspectos. Trastornos en la percepción visual y auditiva, memoria visual y auditiva, estructuración del espacio, tiempo y ritmo, fondo y figura, coordinación ojo-mano que se nos ocurren ahora como más importante, sin menoscavo de otros que puedan existir, puesto que en este trabajo no se trata de hacer un estudio exhaustivo de los mismos, sino de su papel dentro del síndrome de la pseudodebilidad mental.

Estos trastornos cuando tienen un inicio precoz y son masivos pueden ocasionar cambios equivalentes a los causados por síndromes lesionales. Cuando su inicio es más tardío podrán producir desorganizaciones sectoriales.

Nos parece adecuado incluir en este apartado la llamada disarmonia evolutiva estudiada entre otros autores por P. Male, S. Lebovici y R. Diatkine y denominada también "desequilibrio entre líneas de desarrollo". Se trata de un desfase de una entidad parcial (motricidad, lenguaje, organización cognoscitiva) que supera, o está retrasada respecto a los demás y en función de su repercusión en los demás sistemas y en su forma de aprehender la realidad puede ocasionar perturbaciones en los aprendizajes y en el desarrollo de la misma personalidad.

mos dudar. Otro aspecto haría referencia al lenguaje; por muy adaptado que esté éste niño, su lenguaje nunca alcanzará el nivel del de los niños del país adoptivo. Entre otras causas debido a que el lenguaje familiar es distinto y además el nivel socio-cultural del emigrante suele ser bajo. Señalaríamos a favor de éstos estudios, que se han efectuado con lo cuantificable, es decir desde un punto de vista psicométrico, puesto que los aspectos culturales o de pauta cultural, son difícilmente cuantificables, sin embargo, creo que se podía haber hecho referencia a los factores de aprendizaje y adaptación que si no he comprendido mal, no se han mencionado.

Otro aspecto al que quería referirme, es al de los auténticos deficientes mentales, no pseudodébiles. De todos es conocida la debilidad mental por problemas de privación de estímulos a través de generaciones. Entre la población emigrante es muy frecuente éste tipo de deficiencias, que por tanto se tratarían de auténticas deficiencias mentales y no de pseudodebilidad mental.

No me voy a referir a todos los puntos enumerados por la Dra. Júdez y sólo voy a dar mi opinión sobre los aspectos que me han parecido de mayor interés.

Respecto al lugar que ocupan en la patria, diría que la problemática se centra más que en el lugar que ocupa, en la situación que éste niño se encuentra en el contexto del grupo familiar, por ejemplo en función de inhibiciones y/o problemas emocionales dependientes de alteraciones en la dinámica del grupo familiar; éste niño puede aparecer como un pseudodebil en el sentido de rendimiento o de proyección social.

Otra noción a señalar sería la de las disarmonías evolutivas, ya que no es infrecuente ver niños cuyo estadio terminal es ser auténticos débiles mentales

y no pseudodébiles, los cuales con una terapéutica podemos interferir el desarrollo disarmónico, madurativo y modificar la imagen o impresión de pseudodebil que presentaba en el momento evolutivo anterior en que fué estudiado.

Referente a la psicosis, quiero poner de manifiesto que un problema es la psicosis y otro la pseudodebilidad mental, pero de lo que sí es necesario hablar, es de las reacciones de tipo psicótico. Serían niños que en un momento dado de su evolución elaboran un conjunto de síntomas parecido o semejante a los que pueda presentar un psicótico verdadero y éstos pueden ser secundarios a trastornos de la esfera afectiva. No se trataría ni de psicóticos, ni de deficientes y podrían presentarse como pseudodébiles; en éstos niños, la psicometría no tiene valor y únicamente podemos basarnos en una recogida exhaustiva de datos clínicos a través de entrevistas personales con el niño, con lo que podremos elaborar la conclusión de que aquél niño en estudio no es auténticamente un deficiente sinó que presenta otra problemática que no nos permitía ver su auténtica capacidad.

Por último, nos referiremos a los problemas de tipo sensorial que de acuerdo con mi criterio, no debieran ser incluidas en ésta clasificación, ya que son otros procesos. De todas formas, quisiera exponer un caso que vivimos en nuestro departamento de la Clínica Infantil, de un niño de 8 años que había sido visitado por diversos facultativos que no habían elaborado un diagnóstico definitivo, pero cuya impresión era de deficiencia mental; el paciente había estructurado un lenguaje en jerga, de tipo ritmo fonético pero era imposible comunicarse con él verbalmente puesto que su lenguaje no era inteligible; el paciente parecía inteligente y a su vez no daba la impresión de ser sordo ya que era difícil pensar que hubieran transcurrido ocho años, sin que nadie

se hubiera percibido de la existencia de un defecto sensorial de este tipo; sin embargo, era un niño afecto de una sordera de gran intensidad el cual en la actualidad con una prótesis y bajo una rehabilitación par sordos, ha aumentado hasta conseguir una capacidad de adaptación al medio escolar normal.

Dra. Júdez

Estoy fundamentalmente de acuerdo con la sugerencia de la Dra. Teixidó. Unicamente quizás, querría señalar que mi objetivo era demostrar que realmente una situación socio-económica, cultural, deficitaria, eran capaces de producir unos déficits intelectuales. Agradezco tu aportación y tan sólo querría señalar el que yo temía que en tu contraponencia me indicaras más el no haber quizá detallado con mayor amplitud las características de nuestra muestra correspondientes a una ciudad industrializada y lo que ello significa en el medio escolar, en cuanto conlleva estados de competición en las familias y en incremento agobiante de los niños exigiéndoles a ser,.... etc., etc. Simplemente he constatado en estas experiencias, que he señalado en estos trabajos porque he querido ceñirme fundamentalmente a unas estadísticas y a unos hechos comprobados. Quizás este estudio es demasiado científico y debería haber sido más vivencial pero he querido señalar las consecuencias de la situación en la que vivimos de una sociedad industrializada, masificada, donde la competición es lo que priva; la enseñanza y la escolarización también masificada que realmente se engendra, gesta pseudodebilidades mentales. Me acuso de no haberlo ampliado más en este pequeño apartado de las consecuencias de una sociedad de inmigración, de masificación y de industrialización y creía que te referirías a este punto.

PSEUDODEBILIDAD MENTAL. EXPLORACION

Dra. Fornell

Cádiz

I.- INTRODUCCION

En este apartado van a surgir dificultades centradas en el sujeto a examinar, en el examinador y en los instrumentos.

Por parte del sujeto son niños que han presentado una conducta desviada de la media en algún aspecto. En ciertos casos, sospechosos de déficit mental. En otros, sospechosos de otros trastornos psicopatológicos.

A las dificultades habituales en la exploración psiquiátrica del niño, se añade en estos casos que la situación de la entrevista, raramente tiene un atractivo previo para el sujeto. En los P.D.M. el nivel de curiosidad es bajo y existen una serie de experiencias previas fallidas que han sido fuente de insatisfacción y que inciden negativamente. La carga afectiva es mucho mayor de lo habitual. Como más adelante veremos, la adaptación a la realidad es imperfecta y el nivel de ansiedad, aunque en algunos casos es bajo, se halla generalmente elevado a expensas de un cierto sentimiento de peligro o amenaza.

Por parte del examinador, la actitud neutra que generalmente se aconseja, puede ser interpretada por el niño como una falta de interés y generar a su vez actitudes negativas, o un "desentono", un no colocarse en situación. Otras veces ven, no una actitud de desinterés sino de hostilidad y esto genera sentimientos agresivos.

La actitud del examinador puede ser de dos maneras:

1. abordaje pasivo
2. abordaje activo de la situación

FUNCIONES COGNITIVAS EN DEPRIVACIONES CULTURALES

1. fallos en la recogida de datos
2. fallos en la elaboración de datos
3. fallos en la comunicación de soluciones
4. factores afectivos y emocionales

1. abordaje pasivo: clásicamente se ha ido a la búsqueda de diagnósticos neurológicos, a los que se ha dado un valor descriptivo permanente y un valor pronóstico que ha influido en la actitud del psiquiatra o psicólogo que tiene frente a él un presunto deficiente mental. La creencia en la invariabilidad del nivel intelectual despreocupaba una vez que había llegado en un primer paso del diagnóstico, al fallo intelectual.

2. Hoy, un abordaje activo se considera que:

- 1.- no hay fallos aislados en la inteligencia
- 2.- es una alteración global de toda la personalidad
- 3.- son diagnósticos revisables periódicamente en función de múltiples variantes
- 4.- requieren un estudio pluridisciplinario

Así los propósitos del estudio de un P.D.M. son conocer su funcionamiento a nivel global y sus potencialidades y planificar una orientación.

A) RECOGIDA DE DATOS

1. percepción imprecisa
2. conducta exploratoria asistemática e impulsiva
3. fallos en comprensión verbal
4. fallos de orientación espacial
5. deficiencias en conceptos temporales
6. fallos en la conservación de constantes
7. falta de necesidad de exactitud y precisión

8. imposibilidad para considerar dos o más fuentes de información

II.- VALORACION CLINICA

Aunque ya hemos indicado que el fallo a nivel intelectual no se puede considerar aisladamente, es cierto, sin embargo, que es el que centra el problema de la P.D.M.

En este sentido hay una serie de estudios de autores israelitas que, a partir de 1968 han estudiado el problema de la P.D.M. y que consideran que el fallo en las tareas cognitivas puede encontrarse en uno de éstos niveles, al enfrentarse con un problema concreto a resolver.

- A.- nivel de recogida de datos
- B.- nivel de manipulación de datos
- C.- elaboración de respuestas
- D.- factores afectivos
- E.- a nivel de recogida de datos hay un fallo en la calidad y cantidad de datos recogidos inicialmente para llegar a la solución de un problema dado, o para poder apreciar su existencia, que se recoge y que sería:
 - 1.- percepción poco precisa y rápida
 - 2.- conducta exploratoria impulsiva, no planificada, asistemática y accidental. La captación de los indicios es desorganizada, no selectiva. No diferencian lo fundamental de lo accesorio. La exploración manual p.e. de los objetos se suele limitar a colocarlos en la palma de la mano y tocarlos parcialmente más que a una palmación digital a conciencia. La causa de su falta de habilidad para iniciar sus estrategias de investigación, su reconocimiento de figuras, es altamente incorrecto. Si existen instrucciones escritas, que describen una sucesión lógica de acontecimientos, se captan parcialmente y comienzan la investigación eligiendo al azar incluso antes de tener delimitado el problema.

B) ELABORACION DE DATOS

- 1.- inadecuada percepción de los problemas
- 2.- incapacidad para seleccionar los indicios importantes
- 3.- fallos de la conducta comparativa espontánea
- 4.- estrechamiento del campo psíquico
- 5.- captación episódica de la realidad
- 6.- no necesidad de evidencias lógicas
- 7.- fallos de interiorización
- 8.- dificultad para elaborar inferencias o hipótesis
- 9.- incapacidad para trabajar en la comprobación de hipótesis
- 10.- incapacidad para definir las tareas previas a la solución de un problema
- 11.- conductas planificadas lacunares
- 12.- fallos del inventario verbal a nivel expresivo

La conducta impulsiva no es el resultado de una incapacidad para centrar la atención, aunque estos dos fenómenos pueden incidir, sinó más bien el producto de un entrenamiento inadecuado que refleja una pobre definición del problema y un propósito orientador defectuoso, que a su vez es desorganizador.

- 3.- Fallos de la comprensión verbal. Se refiere a una inadecuada decodificación de los mensajes a causa de un pobre equipamiento verbal. Los objetos, situaciones y acontecimientos no son adecuadamente etiquetados.
- 4.- Fallos en la orientación espacial: originan sistemas de referencia defectuosos. Esto se ha demostrado repetidas veces. Conceptos como arriba-abajo, detrás-delante, derecha-izquierda, pueden ser conocidos a nivel receptivo pero no tienen hecha una abstracción sobre ellos y los utilizan para la valoración de hechos ni discriminación de diferencias. Generalmente, se ayudan en este aspecto de movimientos, posiciones, y gestos de su propio cuerpo y

son consecuencia de vivir en un medio que no requirió respuestas complejas en esta esfera.

- 5.- Fallos en la conservación de constantes: la percepción y conservación de relaciones de tamaño, forma, cantidad, cuando varía uno de estos factores es alterado.
- 6.- Falta de necesidad para la exactitud y precisión: es el resultado de una interacción con el ambiente y refleja una actitud vital que considera estas condiciones como superfluas y antieconómicas.
- 7.- Finalmente la imposibilidad para considerar dos o más fuentes de información hace que la recogida de datos sea fragmentaria y no organizada.

B) Fallos en la elaboración de datos

Aunque no se hubiesen dado deficiencias en la recogida de datos el trabajo y la elaboración de estos, es defectuoso e incompleto en estos niños, a causa de que hay:

- 1.- inadecuada percepción de los problemas: no son capaces de elegir, entre los indicios recogidos, los significativos. No aprecian las incongruencias, ni establecen relaciones en los datos almacenados. No tienen necesidad de evidencias lógicas y todo ello viene influido por su pobre equipamiento verbal. Como en los apartados anteriores, estos defectos reflejan una actitud vital carente de necesidades culturales y pobre en experiencias previas.

C) COMUNICACION DE SOLUCIONES

- 1.- modalidades de comunicación egocéntricas
- 2.- dificultades en la proyección virtual de relaciones
- 3.- bloqueos
- 4.- respuestas ensayo-error
- 5.- fallo en la expresión verbal de las respuestas

- 6.- escasa necesidad de precisión en la comunicación de respuestas
- 7.- fallos en el transporte de imágenes
- 8.- conductas impulsivas

Su pobreza verbal hace que no comprendan indicaciones básicas. Su captación de la realidad es episódica. Muestran una conducta comparativa, espontánea y pobre y todo ello es un reflejo de un estilo de vida que no necesita agrupar, relacionar y organizar hechos.

C) Fallos de la comunicación de soluciones: cuando llegan a elaborar una respuesta, hay fallos en la comunicación de soluciones, en:

- 1.- modalidad de comunicación "egocéntrica" en el sentido de que perciben a sus interlocutores de forma no transaccional, sin diferenciar claramente entre sí mismo y el otro. No sienten la necesidad de explicar de una forma clara como piensan, porque consideran que el otro piensa como ellos y no necesita una explicación exacta.
- 2.— son capaces de comprender las interrelaciones pero no pueden proyectarlas, sino de forma concreta
- 3.— se bloquean con gran facilidad
- 4.— dan respuestas por el método de ensayo-error
- 5.— como en los apartados anteriores hay un fallo en la expresión verbal de las respuestas
- 6.— y una escasa capacidad de precisión de su formulación
- 7.— al transportar imágenes fallan por ejemplo, al completar figuras, comparar formas
- 8.— como en los apartados anteriores actúan impulsivamente

D) Factores afectivos y motivacionales: por último, aunque todas estas funciones (recogida de datos, elaboración de ellos, traducción de respuestas), haya sido correcta, factores afectivos hacen

que se combinen de forma inadecuada. En efecto, según Deutsch (1964) es característico en las deprivaciones culturales el temor ante los extraños, la falta de confianza en sí mismo, la escasa competitividad, las conductas desviadas de la media. La combinación entre su propia realidad y el displacer de la situación hace que sus actitudes sean aún más negativas.

Conocidos estos hechos siguiendo el esquema de exploración de Simons, nos explicaremos como en una primera entrevista pueden mostrar un nivel grande de ansiedad, aparecen temerosos e inhibidos, generalmente bloqueados con fallos en la orientación espacial, con escaso dominio motor.

Sus verbalizaciones, a menudo hechas en tono bajo, son pobres a todos los niveles; sus fantasías aunque pueden ser ricas, son generalmente elementales y compensatorias.

Sus mecanismos de defensa son primitivos y poco elaborados.

Tienen un pobre concepto de sí mismos, no establecen relaciones profundas con los demás y si lo hacen su comunicación es a menudo incompleta. Son poco espontáneos y a menudo es contraproducente tratar de forzar la entrevista a nivel verbal.

D) FACTORES AFECTIVOS

- 1.- falta de confianza en sí mismo
- 2.- baja competitividad
- 3.- irritabilidad
- 4.- conducta desviada de la media
- 5.- actitudes negativas frente a la situación de prueba.

Con ellos es necesario un abordaje suave y paciente, tendiente a rebajar los niveles de ansiedad. A menudo es necesario acortar la entrevista y conceder un tiempo antes de efectuar las siguientes. Es necesario que las personas que les entrevisten sean capaces de

comprender sus dificultades, ponerse en el lugar de los niños y controlar su propia hostilidad hacia ellos.

Según Chaslin, son crédulos, sugestionables e infantiles.

Con cierta frecuencia se muestran defensivos y negativistas y aunque sean niños mayores se pueden entregar a actividades infantiles como una forma de evasión. Carecen de curiosidad, su atención es dispersa y sus juicios son pueriles. Generalmente, impresionan como de bajo nivel intelectual y esto hace necesaria su valoración mediante tests psicométricos.

No hace falta recalcar aquí las críticas hechas al CI y a los test. Es antigua la búsqueda de tests libres de influencias culturales primero y tests neutros frente a la influencia del ambiente, después.

Los tests han sido muchas veces cómplices de la perpetuación del déficit mental. Cuando un niño obtiene puntuaciones bajas en un test no hace sino refrendar con cifras algo que ya se sabía porque este niño había sido enviado para estudio por algún desajuste. El problema es que la causa de los desajustes vitales puede crear los fallos en los tests.

En función de los resultados se les enviaba a centros especializados donde los niveles de espectación eran bajos y los profesores pesimistas dado el CI de sus alumnos. Este pesimismo se retroalimenta, tiene un efecto negativo y crea un sentido de futilidad que al comunicarse al niño, perpetúa la actitud de déficit.

Recordando los datos expuestos en las diapositivas anteriores, veremos el papel que juegan la mayoría de los tests en la valoración de los pseudodeficientes. Así los niños PDM dan puntuaciones medias entre 55 y 70 con frecuencia. Cierta número de estudios (Charles 1967) (citado por C. Mas) recogen el hecho de que una amplia proporción de

personas que fueron diagnosticados de retardados mentales durante sus años de escolaridad y desarrollan diagnóstico de escolaridad y desarrollan posteriormente, vida independiente. Charles (1967), localizó 127 personas que fueron diagnosticadas de retrasados mentales, 20 años después de que hubiesen asistido a clases para retardados mentales en una ciudad del medio-oeste de USA. El 80% de estos sujetos, estaban empleados en la forma habitual, un 10% muy bien adaptados y un 5% tenía un cociente intelectual superior a la media. Estaban mal testificados? Sus pruebas estaban presumiblemente bien aplicadas, pero ellos habían cometido fallos que posteriormente recuperaron. Así en el test de Terman-Merrill, los PDM pueden fallar en las pruebas verbales (vocabulario), obedecen órdenes, semejanzas y diferencian conocimientos.

EXPLORACION (Simons)

- 1.— aspecto
- 2.— humor o sentimientos
- 3.— orientación y percepción
- 4.— mecanismos de defensa
- 5.— integración neuromuscular
- 6.— procesos de pensamiento y verbalización
- 7.— fantasías
- 8.— superyo
- 9.— conceptos de sí mismo
- 10.— conciencia de problemas
- 11.— nivel intelectual

Parece que estos fallos podrían observarse en el Raven, que parecía un test libre de influencias culturales. No obstante, cualquiera que tenga experiencia en la aplicación del Raven, conocerá que da puntuaciones bajas en niños y adultos de medio rural, y comprenderá que fallan porque actúan de forma impulsiva, tienen fallos en las comprensiones de relaciones especiales y en transporte de imágenes.

Estos mismos fallos pueden influir en un test como la escala de Alexander que en principio se considera orientadora sobre la capacidad para aprender con enseñanzas de tipo concreto. En el WISC (ZIMMERMAN), estos factores influyen tanto en la escala verbal como en la manipulativa. Así, fallan en las pruebas de comprensión (que además en muchos casos están espaciadas de forma que ponen en juego factores afectivos aquí alterados y que a menudo no son descalificados adecuadamente a nivel verbal, ni sus respuestas son expresadas adecuadamente por fallos de recodificación). En la parcela de información obtienen puntuaciones bajas los niños provenientes de ambientes culturalmente pobres y en niños con vivencias de fracaso. Las pruebas de aritmética son en su conjunto muy influenciadas por los niveles de ansiedad y las de vocabulario son pobres en los niños que han tenido falta de estimulación verbal. Las respuestas pueden incluir contestaciones incongruentes, perseverantes con contaminaciones auditivas, claramente indicadoras de perturbación emocional.

En las pruebas manipulativas, en las historietas, la clave de éxito está en la riqueza de experiencias típicas vividas o aprendidas en libros, películas, TV, etc. Influyen ideas de castigo y moralidad, fallos en la orientación espacial y en la capacidad de planificación. Así como fallos en la organización visual de la realidad, la impulsividad y la ansiedad.

Las pruebas de cuibos fallan cuando hay problemas perceptivos y espaciales y cuando hay tendencia a la compulsión y el fracaso por fallos emocionales.

Estos factores influyen igualmente en las pruebas de rompecabezas.

En la prueba de claves, influye la capacidad de transporte de imágenes y la adaptación social.

*X*X* En resumen, en el WISC habrá fallos en comprensión, información y aritmética (PV) y en las historietas, rompecabezas, cubos y claves (P.M.).

En otros tests utilizados, por ejemplo:

*X*X* Rey: habrá fallos a nivel de planificación que a menudo será inmadura y de la comprensión de relaciones fallarán por falta de necesidad de exactitud y habrá fallos en la producción de memoria.

*X*X* En el Bender, aunque es un test indicador de la función grafomotora (según la propia Bender), está íntimamente relacionado con la capacidad de lenguaje y claramente ligado a funciones con percepción visual, habilidad motora, conceptos tem-poro-espaciales, capacidad de organización y representación en el espacio. Koppitz indica que algunos niños que fallaron en otros tests por factores varios, obtuvieron buenas puntuaciones en el Bender.

Sin embargo, indica que algunos niños que fallaron en otros tests por factores sociales desempeñan bien en el Bender que indicaba así su potencial real de aprendizaje.

Rorschach (tomando un párrafo de Kolher) trabajos 1968 en EE.UU., ha demostrado qué factores afectivos pueden influir en el potencial intelectual y llevar a la constitución de cuadros clínicamente asimilables a la debilidad mental, con la que con frecuencia se han confundido. La discusión se ha centrado en el valor diagnóstico de otros instrumentos distintos de los tests de nivel. Cita a Saranson que dice que "en el curso de los últimos años se ha pasado

el Rorschach como base para el diagnóstico de la PDM". Cuando se comprueban diferencias entre el Terman y el Raven este último indica aptitudes intelectivas superiores y ha sido interpretado como una muestra de los factores afectivos interfieren la utilización máxima de las potencias intelectuales.

EXPLORACION CLINICA

funciones de relación
funciones de integración
nivel intelectual
funciones cognitivas
funciones afectivas
funciones conativas

A nivel práctico en los PDM se hallarán en el Rorschach (Bohm) shock al color, con frecuencia shock al gris, % de F 60 y con frecuencia 80 y algunos fallos lacunares. Podrán encontrarse indicadores de inhibición neurótica o inhibición depresiva.

Se verá influido por fallos perceptivos y captación episódica de la realidad.

3.- Vemos como las características de las funciones cognitivas en los PDM sigan los resultados de los tests.

Esto ha hecho que distintos grupos de trabajo, aborden la problemática de qué hay que valorar si el estado actual o la potencialidad real del sujeto.

Sẽ ha llegado así a la elaboración del concepto de potenciales de aprendizaje a partir de conceptos de Piaget y Rey. Los grupos de Nashville (Call 1972), Cambridge (Burdoff, 1973) e Israel, han coincidido en que han dado un individuo con un nivel de funcionamiento conjuntado sometiéndolo a un entrenamiento con tareas específicas y reencaminándole, los resultados indicarán la capacidad de esta persona para el aprendizaje.

Especialmente estos trabajos se han llevado a cabo en Israel, que se encontraba en la necesidad de valores y orientar gran cantidad de niños procedentes de países pobres y con serios problemas afectivos. Han elaborado una materia de pruebas que les permite valorar a los niños y que suponen fundamentalmente abordaje dinámico que intenta medir la capacidad del individuo para cambiar bajo condiciones específicas. Se emplean test-aprendizaje para medir la capacidad de utilizar principios, habilidad, estrategias y actitudes recientemente adquiridas.

La diapositiva ilustra el modelo sobre el cual se ha construido el plan de valoración del potencial de aprendizaje (LPDA).

La parte central representa una tarea a resolver, implicando un tipo particular de operaciones cognitivas.

Su solución supone la comprensión de este tipo de operaciones cognitivas y de una serie de factores tales como una motivación y una actitud adecuada.

Se les entrena para resolver el problema inicial y a partir de aquí, se les presentan una serie de tareas que representan modificaciones más complicadas de la tarea iniciada que simulan una gran extensión de los requerimientos adaptativos que a menudo se plantean a un organismo en desarrollo de la vida real. En la dimensión horizontal las tareas son cada vez más complicadas y ello es indicio de la modificatividad del individuo en aspectos concretos. Las operaciones mentales tales como identificación, clasificación, reacciones y permutaciones de datos.

La batería inicial comprende 1) el test de matrices de progresión (color) series B-8, B-12 (170).

A) test de organización de puntos de Rey: una forma determinada debe ser localizada en una nube amorfa de puntos.

emocional estructurada que nos llevaría ya a un diagnóstico nosológico.

La disarmonía evolutiva es otro aspecto a descartar y que se sitúa en la zona media entre la perturbación de la afectividad y las alteraciones aptitudinales específicas o perturbaciones secundarias a déficit parcial de maduración y cuya alteración más frecuente afecta el área madurativa perceptivo-práctica. Pero esta valoración, creo debe ser cautelosa puesto que la maduración perceptivo-práctica pertenece a las funciones más altas y más elaboradas del sistema nervioso central; por lo tanto constituyen las capacidades más sensibles frente a cualquier situación de privación afectiva y perturbaciones leves incluso de la afectividad, pueden producir secundariamente alteración madurativa en esta área; nuestros instrumentos de exploración siguen siendo poco sutiles y excesivamente dogmáticos, incluidos estos que la Dra. Fornell nos ha expuesto, del grupo de investigación israelita, los cuales no dejan de caer como otros investigadores en los mismos inconvenientes.

Los déficits sensoriales, no evidentemente la ceguera o la sordera, sino aquellos déficits ligeros que facilitan la perturbación madurativa y disminuyen la capacidad de aprendizaje, nos parecen muy importantes a valorar puesto que una hipoacusia o perturbaciones en la discriminación auditiva, o perturbaciones en la agudeza visual con necesidad de acomodación o de esfuerzo constante por parte del niño, distorsiona de forma evidente su estar en el mundo y su forma de elaboración dialéctica dinámico-afectiva con el entorno.

Dra. Fornell:

Referente a lo señalado por el Dr. Tomás sobre la responsabilidad exploratoria, creo que en cualquier situación en que yo esté explorando a un individuo tengo una responsabilidad tan grande que incluso obliga a efectuar mecanismos de compensación para desangustarse y actuar a nivel de eficacia y frente a estos casos, todavía más. Estoy totalmente de acuerdo en que en los casos de la pseudodebilidad mental podemos perpetuar el déficit si el diagnóstico es incorrecto.

De acuerdo también en que la valoración clínica es fundamental. He querido referirme en principio, a una valoración clínica y luego con apoyo a ésta, a la valoración a través de pruebas de test y me parece muy oportuno lo que ha señalado de valorar el aspecto de comunicación; entendiéndolo como comunicación aunque respecto a la validez de activa o pasiva, disiento. Creo que si tenemos una serie de conceptos esquematizados de que frente a la pseudodebilidad o al deficiente mental no hay nada que hacer, entonces tu visión del problema está teñida de pesimismo y que luego influirá en la familia y en toda la orientación terapéutica en general, mientras que si consideras que los problemas son modificables, sin duda permite abordar una serie de medidas que incluso en el supuesto de una deficiencia mental, tendrán una mayor eficacia terapéutica.

Dr. Tomás:

No me refería al hablar de actitud pasiva o activa de la comunicación a la actividad de presunción pronóstica evolutiva del explorador, sino a la actitud del niño y a la forma de establecer la comunicación en la entrevista con el explorador.

Dra. Fornell:

Bien. De hecho, quizás señalar que el abordaje activo considera que los diagnósticos son revisables periódicamente y que esto me parece fundamental.

En un breve esquema que hice del trabajo inicialmente, planteé el exponer una entrevista estructurada y otra no estructurada; luego lo modifiqué por parecerme poco eficaz. Creo como muy positivo lo que ha señalado respecto a las discordancias en la aplicación de las pruebas de test y creo que es lo que realmente te coloca sobre la pista de encontrar una serie de datos que son coherentes para ir elaborando un diagnóstico progresivamente. Así por ejemplo, recuerdo el caso concreto de la exploración de un niño que estaba fracasando en pruebas de verbalización y de pronto, siendo un presunto débil mental al preguntarle que quería ser, me contestó que quería ser otorrinolaringólogo. Creo que un niño que expresa que quiere ser otorrinolaringólogo no puede ser en principio un débil mental. Datos así muestran que hay algo que no corresponde a lo que realmente estás viendo y que a lo largo de la exploración estás cometiendo los mismos errores que el padre o el maestro; por ello nos parece que lo que se ha señalado de las discrepancias y discordancias, es altamente importante. Otro aspecto, es asistir a la aplicación del test. Muchas veces, eso no se encuentra a nuestro alcance si no trabajas en equipo. Hay psicólogos de actitud abierta, a los que no importa que presencias la prueba; pero hay otros que quieren trabajar solos con el niño y an un simple y escueto informe. Me parece fundamental lo que el Dr. Tomás ha señalado, de ver el trabajo de aplicación del test, como se establece la relación a lo largo del mismo.

También estoy de acuerdo con el Dr. Tomás en la noción de pseudodebilidad mental "debida a". Si una pseudodebilidad mental es "debida a" ya no lo es, sino que simplemente es otra estructura que se traduce en motivo de consulta por pseudodebilidad.

Referente a la historia, me he referido poco a ella porque ya daba por hecho que es función del esquema médico ésta ya se había efectuado. Sin embargo creo que hemos pasado una época en que valoraremos muchísimo lo anterior y que ahora estamos en un momento en que se valora mucho o al menos yo intento hacerlo, lo que tengo delante de la vista y creo que todo lo anterior, puede darme una visión falsa del problema. En cambio, lo que tengo delante, lo que tengo que explorar y ver, es más objetivable; por supuesto estoy de acuerdo en que es importantísima la valoración de la historia. Al mismo tiempo que en otro esquema, había también señalado la necesidad de la exploración somática, neurológica, sensorial e instrumental y que no me referí a ellas porque consideré que era plantear todo una serie de diagnósticos que hubieran sido demasiados farragosos.

Respecto a la elaboración de la motivación en el niño y a la actitud de la madre, lo considero también en este tipo de casos, fundamentales y no tan solo de la madre sino de todas aquellas figuras que han actuado en la primera edad evolutiva del niño, que también son muy importantes. Por ello yo insistí en el apartado de la asistencia social que creo debería ir a la casa del niño y ver como se mueve éste en su ambiente y como reacciona la madre ya que una cosa es la madre que asiste a la consulta y otra cosa es ver a la madre en la convivencia de su casa, en el proceso relacional con el marido, o poder valorar el medio social en que vive o de donde proviene.

171 son varones y 117 niñas, o sea, un 59% de varones contra 41 de niñas.

Priman con mucho, los problemas de lenguaje, que aparecen prácticamente en el 96 de esos retrasos, y que constituyen el síntoma prevalente o exclusivo en un 49%. La fantasía o la duda que provoca un niño que no habla o que habla mal, es la de si es un retrasado mental, o el temor de que lo llegue a ser. Sin embargo, sólo 16 casos presentaban una inteligencia deficiente, disminuída o límite, además de 8 casos en los que se daba además, un retraso escolar. El retraso madurativo del lenguaje se asocia con gran frecuencia a una personalidad infantil para la edad del niño, con importantes tendencias regresivas y opositoristas y con un rechazo muy activo del niño hacia la autonomía, que se ve a menudo, favorecido por actitudes claramente inductoras de los padres, los cuales emplean un lenguaje infantilizado con sus hijos, "porque nos hace gracia", lo que señala un gusto regresivo de los propios padres, de modo que el lenguaje está muy erotizado pregenitalmente), o bien, por actitudes contradictorias de los padres, que quieren que el niño, hable bien, pero no le dejan autonomía en otros aspectos; y, sobre todo, por un escaso investimento lúdico y relacional del lenguaje entre madre-hijo: madres depresivas, insatisfechas en casa, introvertidas en sus fantasías compensatorias silenciosas, con escasa interacción con su hijo pequeño, y dado que a estas edades (entre 1 y 4 años) muchos niños no tiene otro ámbito de relación que su casa, el niño no posee otras fuentes de estímulos; a veces, hermanos mayores no conflictivos para el niño, pueden dar al pequeño los estímulos que no recibe de la madre; pero otras veces, el conflicto con los hermanos no permite una identificación fraterna. Un bien, con gran frecuencia, el nacimiento de un hermano más peque-

ño, en niños predispuestos, les incita hacia la regresión, con una re-progresión posteriormente paralelamente a la del hermano pequeño traumático.

Como padecemos una lamentable lista de espera, a veces sucede, que muchos de esos niños al llegar a la consulta ya han evolucionado espontáneamente, lo cual en términos, muy genéricos, no quiere decir que se hayan "curado". Por ello, entonces, indagamos las posibles causas de ese retraso madurativo, causas psicológicas y familiares y tratamos de imaginar cuales pueden ser las futuras dificultades de ese niño. Y sobre todo, decidimos seguir el hilo del niño y no dar el caso por clausurado ni muchomenos.

Aconsejamos la escolaridad del jardín de infancia cuando creemos que el niño necesita salir de su ambiente cerrado familiar, el psicólogo de nuestro servicio se pone en contacto con las educadoras del niño en el jardín de infancia. Tratamos también una orientación de la familia, (hermanos incluídos) para estimular la comunicación verbal, y la expresión en general e intentamos mostrar y sensibilizar a los padres sobre las necesidades comunicativas del niño, estar atentos a ellas y prestarles atención.

En cuanto a los niños de dificultades o de retraso escolar, de una muestra de 665 niños, 472 poseen una inteligencia normal (el 71%).

Pero de esos niños con inteligencia normal, detectamos 87 con un tipo u otro de dificultades escolares en los rendimientos, es decir, el 18% de los niños con inteligencia normal. De esos 87 niños, 68 son varones y 19 niñas, es decir, un 78% de chicos contra un 22% de chicas.

De esos 87 casos, hallamos 16 con importantes dificultades o fracasos escolares (12 chicos y 4 niñas, o sea, un 75% de niños varones). En la muestra general consultada, los chicos varones

están representados en un 61% con respecto a las niñas, lo cual nos señala que, de todos modos, además de que, en general, vemos en nuestra consulta más chicos que chicas, aún sobre eso, nos llegan más varones aún con problemas escolares que niñas.

Los retrasos a fracasos escolares con inteligencia normal, constituyen los casos más demostrativos de pseudodebilidad mental o, para llamarlo con un término más comprometido psicodinámicamente, de inhibición intelectual. Hay sin embargo, muchos otros casos, como son, por ejemplo, los niños con inteligencia "límite", pero, sobre todo, aquellos que presentan una inteligencia discordante o disarmónica, con desfase entre las escalas verbal y manipulativa del WISC, en detrimento manifiesto de uno de ellas, lo que comprobamos en 17 casos, de los que fueron testados.

En tales casos, el enfoque incluye más factores diversos, constitucionales y adquiridos, que afectan al desarrollo de la inteligencia en su misma génesis y lo disminuyen, aún cuando la potencialidad se supone normal, o cuando ciertas áreas de la inteligencia están indemnes e incluso supradesarrolladas. Habría pues, que distinguir dos síndromes diferentes: A) La PDM determinada por la inhibición intelectual, que es un cuadro masivamente emocional, de importante conflictividad psíquica de la personalidad; y B) la PDM que es manifestación de una disarmonía evolutiva, de una discordancia del desarrollo intelectual a causa de interferencias o de minusvalías en su génesis y desarrollo, en la que, por supuesto, pueden intervenir, y de hecho así suceden factores emocionales, pero nó en la misma forma masiva y única que en la inhibición intelectual, y que a su vez, pueden dar lugar posteriormente a fijaciones neuróticas o neurotizaciones.

El caso más flagrante de este tipo de PDM serían ciertos tipos de autismo

o de psicosis de evolución deficitaria, y también de las dislexias graves.

A muy "grosso modo", hemos hallado en nuestra consulta los siguientes factores motivacionales de PDM:

1) Falta de estímulos culturales por parte del medio, ausencia o pobreza de investimento de las funciones intelectuales. Dicho de otra manera, ¿para qué va a estudiar el hijo de un peón de albañil que además sabe que va a ser también peón de albañil más o menos?. A esto se añade la imposibilidad de acudir, por parte del niño, a una identificación intelectual con una persona adulta significativa (padres, familiar, o el maestro, y con éste no es posible tampoco a pesar de ser una figura eminentemente intelectual porque el niño está muy alejado afectivamente de él, ya que para identificarse positivamente a alguien, ha de ser a través de una relación afectiva buena.

Precisamente, la reeducación o la pedagogía especializada, engancha en el niño a través de facilitarle un acceso de identificación al "saber" del pedagogo por identificación al pedagogo mismo, como persona próxima y afectiva.

2) Dentro del contexto de la castración psicológica del hijo, hay un aspecto que nos importa en este capítulo, que es el de la castración intelectual. Es el "tú eres muy pequeño para saber eso", "pero es que tú vas a saber más que tu padre o que tu madre?" cuya formación reactiva o actitud de compensación o sublimación puede traducirse a nivel del consciente en un deseo de dar al hijo lo que uno no tuvo, y en casos más neuróticos, que el hijo sea lo que el padre o la madre no pudieron ser, proyectando así un ideal del Yo en el hijo que puede ser, en los casos positivos, estructurante y en el aspecto negativo, agobiante y aniquilante de los propios deseos del niño.

Los padres primitivos, desvalorizan el conocimiento intelectual del hijo di-

lar, poco investimento del aprendizaje, dificultades escolares...) La experiencia lleva a los reeducadores y pedagogos especializados a no confrontar al niño desde el principio con las áreas rechazadas o donde tienen aparentemente mayores dificultades.

No se buscan técnicas concretas y ejercicios superficiales: por ejemplo, de entrada no se hacen ejercicios de lectura si el niño tiene problemas con la lectura. Pensamos que las dificultades son más globales y de base e implican la personalidad total del niño.

Apuntamos al objetivo motivacional. E investigamos el ritmo básico madurativo del niño, con sus posibilidades individuales actuales y con sus mecanismos compensatorios si existen o si los empleó en algún momento y fracasaron o no tuvieron continuidad. No es esta táctica una trampa para endulzar la píldora al niño, de engañarle o engatusarlo al principio para mejor atraparlo después. Sinó una actitud de convencimiento, en el sentido de que tales niños necesitan de entrada un buen contacto, una buena relación restablecer con el pedagogo el vínculo perdido con el padre-madre-detentores del saber y permitidores de la curiosidad. En psicoterapia, muchos niños dicen "Sólo responderé a tu pregunta si tú, antes respondes a la mía", poniendo así en cuestión la neutralidad del terapeuta.

Pero esa actitud es significativa de que al niño se le ha negado antes muchas veces la curiosidad, no se le ha respondido a sus cuestiones básicas o se les ha escamoteado el compromiso que significa dar una respuesta difícil a un hijo, incluso no dando ninguna, pero respondiendo "no sé responderte o no puedo responderte", sinó sencillamente no haciéndole caso o mandándole callar. El pedagogo no interpreta, ni tiene porqué interpretar, pero sí, ha de conocer los problemas de su alumno, incluso los conflictos básicos, para adoptar la

actitud emocional y pedagógica correctiva adecuada.

En este sentido, no realiza una psicoterapia interpretativa, pero sí, permite al niño una experiencia emocional correctiva y realizar nuevas identificaciones. El reeducador tendrá que encajar con gran paciencia una actitud de reto del niño, una especie de puesta a prueba en forma de aburrimiento del chico, de falta de interés, de suspensos repetidos (lo cual hace sentir al reeducador muy incómodo de cara a los padres del niño que tienen de él, a pesar de todas las explicaciones que se les den, la idea de que se trata de un profesor particular, de modo que las notas escolares niño se convierten en las notas, también del "profesor", con lo cual el profesor se convierte a su vez en un hijo de los padres del niño que trata).

En los casos, en que la PDM sea la expresión de disarmonías intelectuales, de trastornos instrumentales... tampoco aquí se va directamente al área deficitaria sino a las coordinadas instrumentales básicas, entre las cuales destacamos el esquema corporal (la vivencia corporal, a través de expresión corporal, psicomotricidad creativa, relajación...), orientación espacial y temporal..., es decir, un programa que implica al cuerpo en su relación placentera y funcional con el cuerpo del otro, un cuerpo expresivo y comprendido, en vez de un cuerpo atezado y perdido y sin significación. Para un niño con problemas de cálculo, antes de saber cuatro más cinco, está la noción de mucho y poco, y antes aún que esta noción, está la de "tengo, no tengo" o "tengo más o menos que el otro", y, en fin, "me quieren-no me quieren".

Si no se entiende así la llamada reeducación, se convierte en otra clase alienante y penosa para el niño, que muchas veces se aprende los trucos de la reeducación, como quien se pone

una prótesis, algo extraño al yo, muchas veces con el objetivo de acabar cuanto antes e irse.

4) Con esto, llegamos al tratamiento psicoterápico o psicoanalítico de las PDM. Con otros autores, creemos que el psicodrama psicoanalítico es de gran utilidad para los niños con gran inhibición intelectual.

La PDM plantea contra la psicoterapia, el mismo mecanismo que contra el aprendizaje: la falta de comprensión intelectual, la oposición al conocimiento, la cerrazón acaracterial como una coraza, y entonces toda interpretación o señalamiento va acompañado del "no", que exactamente quiere decir: "no quiere entender". Por eso, el psicodrama permite en la acción una vía que, por no ser primariamente intelectual, de pensar-hablar-razonar, es más espontánea, permeable, abierta... de la que se pueden obtener argumentos interpretativos más convincentes para el niño. De todos modos, pienso que la vía psicoterápica pura no está vedada sistemáticamente, y personalmente empleo (en este síndrome como en general) una combinación de individual-grupo (con psicodrama, pero no exclusivamente psicodrama) que permite al niño y al terapeuta mayores posibilidades combinadas de expresión y de comprensión, y una potenciación del tratamiento individual con el del grupo y viceversa.

Por el interés que tiene para el tratamiento y para la comprensión del método psicoterapéutico-psicoanalítico en el tratamiento de las PDM e inhibición intelectual, yo querría presentaros el **caso de José Miguel B.**, con resultados espectaculares, afortunadamente recogidos periódicamente en evaluaciones de nivel y de personalidad, y que ha seguido un tratamiento analítico y de grupo desde hace unos 4 años aproximadamente.

Dr. Tomás:

Respecto a la exposición sobre la orientación terapéutica del Dr. Cobo estamos completamente de acuerdo. Tan sólo nos parece necesario una vez más, insistir en la noción de que la pseudodebilidad mental es un concepto clínico transitorio. Insisto en la noción de transitoriedad y de que nunca puede aceptarse como etiquetación definitiva. De hecho, no es más que una respuesta a nuestra ignorancia, a nuestra incapacidad para poder llegar en un momento dado a un diagnóstico de mayor precisión y que tan sólo entonces, la evolución y la respuesta frente al tratamiento nos aclarará si se trataba o no de una pseudodebilidad mental o quizás de una auténtica debilidad mental. Creo que es interesante el exponer de una forma breve y pensada psutada todo el planteamiento de la estrategia terapéutica y es quizás cuando nos vemos obligados a recurrir a la etiquetación de un niño como pseudodébil mental donde tiene mayor sentido plantearse la noción de estrategia terapéutica; entendiendo por estrategia terapéutica el conjunto de la actividad normativa indicativa u orientativa, hacia el medio familiar. Al medio familiar, tanto en el sentido de la estimulación, estimulación no comprendida simplemente en su aspecto operativo, sino en un sentido amplio sin caer en el inconveniente de la búsqueda de productividad y eficacia. Sin duda estamos de acuerdo en que pueda existir una estructura psicótica que paso desapercibida, pero también es cierto que en este caso la evolución nos demostrará que el diagnóstico correcto es de estructura psicótica y no de pseudodebilidad mental. Así y todo, esto sería un punto a tener presente y por tanto debe ser previsto en la orientación terapéutica, el facilitar y el insistir en la necesidad de mejorar el contacto desde un punto de vista afec-

diendo el auténtico objetivo de lo que es la propia vida y a mi entender, los planteamientos del Dr. Romacho, obligarían a una nueva mesa redonda formada por los distintos profesionales que atienden al niño en sus distintos aspectos y en donde deberían también intervenir aquellos que planifican la educación. Y entonces poner en evidencia toda esta serie de realidades que vivimos todos cada día, desde nuestra óptica profesional distinta. Puede que entonces pudiéramos enfocar este problema candente que a todos nos preocupa y angustia, ya que al menos desde la óptica del psiquiatra, te sueles encontrar muy indefenso por falta de estructuras, de medios, de escuelas adecuadas, por programas inadecuados, puesto que el niño muchas veces en el medio escolar no es considerado como una persona, ni tampoco es el objetivo principal, sino que viene sustituido este objetivo por unos planos que se han trazado de forma impersonal que hay que seguir pese a lo que pese, arrasando y machacando aquellas posibilidades que aquel determinado niño tenía, siendo esto origen, no sólo de pseudodebilidad mental, sino también de desestructuraciones de la personalidad que pueden ir más lejos que una simple debilidad mental.

Dr. Teruel:

En relación con las preguntas del Dr. Romacho y respuesta de la Dra. Júdez quiero decir dos cosas: en primer lugar, dado que nuestro servicio pertenece a un departamento de Pediatría (el del Hospital Clínico de Barcelona cuyo director es el Profesor Cruz), podemos afirmar que uno de los factores etiológicos y/o mantenedores de gran parte de patología aparente, o realmente somática, es sin lugar a dudas, la sobrecarga escolar. En segundo lugar, y enlazando con lo primero, que tanto mi

esposa como yo conocedores de la periferia barcelonesa, constituida en su mayoría por familias inmigradas y de niveles económicos y socioculturales inferiores, venimos diciendo desde hace varios años que alrededor del 50% de los niños de estas zonas, no pueden seguir las exigencias de la actual ley de Educación, y no precisamente porque sean deficientes mentales, sino por carecer de los más indispensables medios de información y formación.

Un asistente:

Desearía efectuar una pregunta a la Dra. Fornell, de cómo le plantean, si es que lo plantean, al niño, la situación de diagnóstico antes del diagnóstico.

Dra. Fornell:

Generalmente no se plantea y bajo la fórmula de: quiero hablar contigo..., a ver si podemos saber cuáles son tus problemas..... Al niño con el cual no se puede establecer esta verbalización, se establece una relación de juego. En general, si al niño no parece preocuparle, yo no se lo suelo plantear.

Asistente:

Desearía preguntar al Dr. Cobo, si en vuestro centro, el terapeuta que lleva un niño, también es el mismo que interacciona en la familia o que habla con los padres, o bien si son distintas personas, y cual es a tu criterio, la eficacia de hacer una cosa u otra.

Dr. Cobo:

Nosotros actuamos un poco sobre la marcha, según nuestras posibilidades, que están muy entredicho por la enorme demanda; pero en nuestra idea, está el que una persona asuma funda-

mentalmente un caso, ésto no quiere sin embargo decir que ella cargue con la totalidad del caso, ya que por ejemplo si se trata de hacer un estudio de la familia y desplazarse al domicilio para ver cual es el ambiente existente, ésto naturalmente lo suele hacer la asistente social y si se debe hacer unos tests, ésto lo hace el psicólogo.

Dr. Rom:

Mi intervención va a ser muy breve, ya que a mí no me preocupa mucho el problema del pseudodébil, lo que sí me ha preocupado en el problema del débil y lógicamente las pretensiones que siempre me he formulado en los centros donde he tenido una cierta influencia, es que no existiera allí ningún niño que no fuera un débil mental. Y tan sólo era aceptable que de forma transitoria o temporal por no existir estas escuelas, o por ser aquel centro de educación especial un mal menor, se podía aceptar la estancia de un pseudodébil. Yo coincidido plenamente con la opinión de Tomás, en que la noción de pseudodebilidad mental, no existe. Es un concepto que hemos creado, por una falta de rigor conceptual, de rigor nosológico y de rigor psicopatológico, del que todos carecemos. Si fuéramos más exigentes, recurriríamos muy escasamente a este término; no porque un individuo tenga una crisis convulsiva, demos que es un epilóptico; puede ser una crisis anóxica, un cuadro sincopado, tan sólo cuando hay un cuadro clínico y electroencefalográfico diremos que aquél individuo es epiléptico y tenemos muchas posibilidades de error, pero no hablamos entonces de la pseudoepilepsia. Me preguntaría yo entonces, porqué aceptamos introducir el concepto de la pseudodebilidad? Yo creo que es porque no somos capaces, insisto, de exigirnos el rigor que en otros campos y en otras especialidades, se están exigiendo y

querría dejar patente que a mi criterio, tan solo existe los diagnósticos diferenciales que el Dr. Guarné ha expuesto. Es evidente que hay individuos que en un momento determinado de su evolución manifiestan una sintomatología que recuerda en algo al deficiente o al debil mental, pero desearía también abundar en que éste término incorrecto de pseudodebilidad mental, en cierto aspecto se está poniendo de moda en España y creo que debo señalar que en nuestro país nadie antes hablaba de dislexias y quizás ahora somos el país del mundo con más disléxicos. Igual ocurrió con el deficiente mental, que en un momento dado, llegamos a ser los que teníamos más deficientes y de grados más severos. Según como planteemos las cosas nos encontramos pronto, en que una vez más seremos el país del mundo que también tendremos más pseudodébiles. En la sociedad para el estudio científico del retraso mental, después de 8-9 años de reuniones, todavía no hemos llegado a la formulación de un concepto. Rogaría a la Asociación, que lo tuviera en cuenta.

Dr. Teruel:

Estoy de acuerdo con lo que acaba de decir el Dr. Rom, sobre la pseudodebilidad mental; realmente la idea mía, previa la simposio, era justamente ésta: la pseudodebilidad mental, es una cosa "que no es". Por tanto yo desearía que ésta palabra y éste concepto desaparecieran. De la misma manera que deberían desaparecer otros cajones de sastre, como el de la "célebre" lesión o disfunción carebral mínima, que no solo son innecesarios, sino que además deforman la realidad e impiden o dificultan, que el niño pueda beneficiarse de una adecuada terapia o acción psicopedagógica.

Dr. Folch-Camarasa:

Realmente, la charla-diálogo posterior a la exposición de los ponentes, ha aclarado mucho más la exposición de la ponencia. Estoy seguro, que si tuviéramos más tiempo, paciencia, y fuerza física, seguiríamos dialogando, ya que es muy difícil comunicarse: uno no expresa lo que lleva dentro, no te entiende el que te escucha. Y así adinaríamos mil cosas más. Yo pienso en este momento, si me autoriza la presidencia, enfocar el problema brevemente, pero orientándolo hacia los asistentes que no sean médicos-psiquiatras de niños. Quizás algo que no será válido en absoluto, pero será clarificador y que no es mío, algo que está escrito de toda la vida y que en síntesis, diríamos que entenderíamos o hablaríamos de los deficientes mentales (lo que en terminología francesa son los "arrièrès". Existen unos deficientes mentales digo, que son aquellos que por defectos de estructura psicológica y mental carecen de lo que se precisa para un desarrollo intelectual; y están en una situación irreversible, que se puede mejorar e incluso explotar frente a la sociedad, pero es irreversible. Y después, deberíamos entrar colocándonos en el campo del Dr. Guarné, en el diagnóstico diferencial. ¿Qué sería entonces lo que calificamos de retraso? (retard mental de los franceses). Sería un retraso de la evolución a partir de estructuras mentales normales, con posibilidades normales, que debido a problemas situacionales familiares (lo han dicho todos los ponentes), escolares, etc., es decir por un no-aprovechamiento de unas capacidades existentes o bien recuperables al principio, se llega a rigidizar de tal forma que luego se convierten en auténticos defectos. En resumen, diríamos que el retardo mental es aquél que teniendo unas posibilidades, no se aprovecharon en su tiempo, lo ha dicho la Dra. Júdez, y todos ustedes,

desde el distinto punto de vista de cada uno, que unos serían por defecto de los estímulos o por cualquier tipo de carencia, o por causa de trastornos psicoafectivos, etc. Particularmente el Dr. Cobo ha insistido en diversas circunstancias, en que aparecen estructuras que conducen a la inhibición o a la inseguridad, o a fijaciones determinadas, o a problemáticas de tipo familiar. Algo importante que no se ha dicho, y lo conocen ustedes y lo conoce el Dr. Tomás, son los problemas que dependen de las inmadureces orgánicas. Así debemos extremar nuestra precaución frente a los prematuros, frente a los cuales lo más prudente es no hacer ningún diagnóstico hasta los 3 años.

Por último, queda algo no válido, que son las falsas debilidades mentales. Ya fue Evermail en 1926 que habló de las anomalías provisionales, concepto que ni el Dr. Jerónimo de Moragas, ni yo tampoco, aceptamos. Y evidentemente, no existe, son errores de diagnóstico naturalmente operativos; prueba de ello, es que le hemos dedicado todo este simposio. Otro capítulo que no se ha abordado en absoluto, es el de la disarmonía evolutiva; trastorno de estructura de una importancia enorme, discutible y opinable y que no se ha llevado a la mesa en absoluto, probablemente por falta de tiempo material. Pero ¿porque señores, Misses arremete contra Diatkine cuando no admite al atípico?, ¿porque se enfrenta contra unas sociedades francesas cuando dice que la prepsicosis no tiene nada que ver con su diarmonía evolutiva?. No hemos podido tratarlo y quizás por esto hemos dado con el núcleo de las falsas disarmonías evolutivas, o de la falsa debilidad mental, sin duda, concepto no válido para mí, y que tan solo es aceptable, como noción operativa.

Creo que sería de interés, un simposio que tratara sobre la disarmonía evolutiva y así lo propongo al Sr. presi-

dente, y también que se hablara de las deterioraciones mentales.

Por último, tal como nos llamaba la atención la Dra. Teixidó, querría referirme a las perturbaciones instrumentales que pueden presentarse como debilidades y querría insistir una vez más en que debemos pensar en las disarmonías evolutivas y que éstas, pueden llegar a convertirse en auténticas psicosis de adultos y que también pueden aparecer formas pseudoneuróticas con expresión deficitaria que podrían confundirse con cualquier forma de oligofrenia. Respecto a lo demás, querría señalar que no es necesario salir de nuestras fronteras, para descubrir que el ambiente tiene una trascendencia enorme en el desarrollo. En Barcelona existen trabajos que remontan al año 14, que así lo señala.

El Dr. Romacho, ha puesto realmente el dedo en la llaga sentando el problema a un nivel más concreto y a éste nivel, yo insistiría en señalar que la escuela convencional, es enormemente discriminatoria e insistiría en señalar que esta nociones trascendente. La escuela maternal es enormemente discriminatoria no tan solo en España, sino en todo el mundo y sin duda esto nos lleva, a una crítica del sistema que aunque nos aleje de lo que estamos tratando, es muy importante.

Frente a lo que se ha dicho del tratamiento. Hemos hablado de ciegos y de sordos. El ciego, se considera en el mundo como un individuo normal; al sordo, no. Definiendo como normal, a la persona capaz de realizarse como hombre. Si alguno de ustedes ha dirigido o ha trabajado en serio sobre sordos, habrá encontrado una cantidad de patología extraordinaria; entre los ciegos, tan solo se encuentra la variedad normal de patología. El sordo tiene una patología que no depende tan solo de su desafrenciación, sino que depende

de la propia etiopatogenia de su trastorno.

Querría decirle muchas cosas a la Dra. Fornell y a lo que ha planteado, ya que si en lugar de haber encontrado en el aeropuerto una psicóloga de una determinada escuela, hubiera sido de otra; se hubiese sacado de la manga la disfunción cerebral mínima y hubiera repetido lo mismo; quiero decir con ello, que los problemas que usted ha planteado aquí, son a mi entender, problemas de pensamiento esencialmente. Son problemas de individualización y de identidad. Creo que ha contestado usted magníficamente pero desearía decirlo, que no se sienta defraudada por la impresión de que en España estamos un poco atrasados, ya que ésta crítica yo se la haría a Zazo en persona. En este momento todo está en discusión, todo es opinable, y yo personalmente, me felicito enormemente y felicito a la sala y al presidente, de haber tenido la oportunidad de cambiar estas impresiones.

Sr. Meler:

Me pareció entender que el próximo simposio de la Sección de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría, se efectuará en Cádiz en febrero del año próximo, y que el tema tratará alrededor de la neurosis infantil. Yo desearía hacer la sugerencia, ya que en principio el ámbito es médico, para efectuar un trabajo conjunto, puesto que la problemática de las neurosis nos afecta también a nosotros, ya que el fracaso escolar, personal de los niños, se desenvuelve normalmente dentro del ámbito de la escuela. Me he sentido muy afectado cuando frente a las preguntas del Dr. Romacho, respondió el presidente Dr. Teruel, vivamente, sobre la calidad y la cantidad de traumas que se producen en el ámbito escolar. Estoy

totalmente de acuerdo en que nuestra escuela, como señalaba mi maestro el profesor Folch Camarasa, es discriminatoria, traumatizante, frustrante y todo lo que ustedes quieran, pero creo que si tan solo nos quedamos en el nivel de lanzarnos los dardos de las culpabilidades respectivas, no terminaríamos nunca. Por ello, quizás un trabajo conjunto, sería muy importante y facilitaría que los no-médicos, que también podemos decir algo, pudiéramos colaborar para la comprensión global del problema y en la búsqueda de posibles soluciones.

Dr. Teruel:

Celebro que Meler (no médico), haya intervenido y de la forma en que lo ha hecho, porque precisamente una de las mayores preocupaciones de la Junta Directiva de nuestra sección, era de modificar los estatutos anteriores, para que puedan pertenecer todos aquellos licenciados cuya actividad preferente esté relacionada con la psiquiatría in-

fantil. La única condición, es la de que pertenezcan a la AEP, a través de las correspondientes sociedades regionales.

En relación con el tema del simposio, quiero decir que uno de los fenómenos más importantes, en el estudio experimental del aprendizaje, es la de la llamada "disposición de aprendizaje". Esto quiere decir que el individuo lo que realmente aprende, son estrategias, esquemas. En otras palabras, aprende a "aprender". Todas las etiopatogenias mencionadas, podrían actuar por el mecanismo común de la perturbación de éste "aprender a aprender".

Gracias a los compañeros porque han trabajado con una ilusión enorme, venciendo muchas dificultades y sacrificios, tanto para la preparación de los temas, como para venir aquí, porque alguno de ellos tendría que estar en éstos momentos en otra reunión científica. Esto se lo debemos agradecer así, como agradecer de nuevo a la comisión organizadora todas las posibilidades que nos han dado para que se lleve a buen término esta reunión.

BIBLIOGRAFIA

- La Inteligencia. Mitos y realidades. Henri Salvat.
- Los débiles mentales. René Zazzo.
- I Congreso Ibero-Latino-Americano sobre Deficiencia Mental.
- Confrontations psychiatriques n.º 10 1.973. Débilités mentales. Stude pluridimensionnelle du Syndrome dit "Débilité mentale légère".
- El mito de la inteligencia. Carl G. Liungman.
- Revista Departamento Psiquiatría Facultad Medicina Barcelona 5,5, 306-314 (1.978).
- Las oligofrenias. Antonio Sánchez - Barranco - Ruiz.
- Manual de Psiquiatría Infantil. J. de Ajuriaguerra.
- Revista Infancia y aprendizaje. N.º 4.

LA PROBLEMATICA DEL NIÑO LIMITE. ESTUDIO APROXIMATIVO

**Autor: José Antonio Portellano Pérez. Psicólogo Clínico
Servicio de Psicología.
Hospital Instituto San José de Epileptología.
Carabanchel Alto - MADRID**

I.— MOTIVO DEL ESTUDIO

La presente comunicación tiene por motivo el estudio de algunas características de los niños límites. Pretendemos profundizar en el mejor diagnóstico y conocimiento de este sector de la población infantil que tan escasamente delimitado se encuentra. Prueba de ello es que la búsqueda de datos bibliográficos acerca de los sujetos límites hay que realizarla bien en textos sobre la deficiencia mental o en manuales acerca del fracaso escolar. Y sin embargo parece claro que un sector de la población de bastante importancia numérica

(del 5 al 7%) se encuentra en la situación de límite intelectual. Puede pensarse que se trata de una clasificación aleatoria o poco precisa, quizás porque los sujetos límites tienden a enmascarar sus síntomas (insuficiencia intelectual ligera transformada en trastornos de aprendizaje o dificultades emocionales reactivas). Pero la evidencia es otra: nuestras aulas se pueblan de un grupo de niños que no impresionan como deficientes mentales, y que al mismo tiempo tienen una capacidad de aprendizaje y de ajuste socio-ambiental limitada. Podemos decir que los niños límites son una auténtica "minoría marginada".

Dada la ligera limitación global que presentan, tienden a pasar desapercibidos entre el resto de los niños: se les exige como si fueran "normales", y la presión ambiental y escolar a que se ven sometidos provoca frecuentes reacciones de desadaptación y frustración. Esta de la población infantil sufre una automarginación latente o en ocasiones manifiesta: compiten en una sociedad de "normales" disponiendo de menos recursos que la mayoría y con la conciencia de inferioridad que les provoca el ser conscientes de sus limitaciones (fenómeno que no se da en los auténticos deficientes mentales). Queremos llamar la atención de la limitación de las actuales escalas de medida que se emplean convencionalmente: el abuso del empleo de los términos "cociente intelectual" y "edad mental" nos impide buscar escalas de desarrollo globales para determinar las capacidades reales de los sujetos no sólo fijándonos en aspectos parciales de sus aptitudes, que generalmente van ligados a lo que el sujeto sabe, ignorando lo que es capaz de aprender. El diagnóstico de la inteligencia borderline, límite, fronteriza o liminar (las cuatro acepciones corrientemente más usadas), se ve influida por las limitaciones de las escalas de medida basadas en la determinación del Cociente Intelectual como único método de determinación de las capacidades del sujeto.

II. — DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra está compuesta por 103 casos con diagnóstico de "inteligencia límite" con CI comprendido entre 70 y 84, siguiendo la clasificación de la OMS. Se excluyeron casos dudosos. El 71% de la muestra (73 casos) eran niños, y el 29% (30 casos), eran niñas.

La casuística se extrajo de la Consulta Ambulatoria de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Instituto San José. Aunque se trata de un centro neurológico dedicado fundamentalmente a la epilepsia, tiene una numerosa consulta ambulatoria dedicada al diagnóstico y tratamiento de trastornos emocionales, de aprendizaje, lenguaje y neurológicos en niños y adolescentes de hasta diez y ocho años.

Dada la zona de influencia del Hospital, la mayoría de los niños pertenecen a clases socioeconómicas medias-bajas. La edad media de la muestra es de ocho años aproximadamente, sin que existan diferencias significativas entre ambos sexos. El CI medio es de 0,80.

El diagnóstico de cada niño se realiza por un equipo interdisciplinario formado por médico psiquiatra, psicólogo clínico, pedagogo, logopeda, asistente social y estudio electroencefalográfico realizado por el servicio de electroencefalografía.

SE han estudiado algunos parámetros en la muestra, con una finalidad descriptiva: características relativas al sexo, nivel mental, edad en que acuden a consulta, motivo por el que acuden a consulta, principales trastornos que presentan, etc.

III. — RESULTADOS OBTENIDOS

A) Motivo de consulta

El principal motivo por el que los niños límite acuden a consulta a nuestro hospital es el trastorno en el aprendizaje (48% del total de los casos). Se trataba de niños con fracaso en los aprendizajes escolares, bien con un fracaso generalizado o bien por trastornos selectivos en determinadas áreas instrumentales (lenguaje, lectoescritura, matemáticas). Son muy frecuentes los

MOTIVOS DE CONSULTA DE LOS NIÑOS CON INTELIGENCIA LIMITE:

Motivo de consulta	Niños		Niñas		Total	
	N	%	N	%	N	%
TRASTORNO DE APRENDIZAJE	35	48	14	46	49	48
TRASTORNO DE CONDUCTA	11	15*	2	7	13	12
TRASTORNO DE LENGUAJE	9	12	4	14	13	12
EPILEPSIA	5	7	2	7	7	7
T. APRENDIZAJE/CONDUCTA	5	7	2	7	7	7
ESTUDIO	4	6	2	7	6	6
PROBLEMAS PSICOMOTORES	2	3	1	3	3	3
TRAUMATISMO	1	1	1	3	2	2
T. APRENDIZAJE/LENGUAJE	1	1	1	3	2	2
ENCEFALOPATIA			1	3	1	1
TOTAL	73	100%	30	100%	103	100%

FIGURA 1

rasgos disléxicos en la muestra. Al mismo tiempo, hay que hacer constar que todos los niños diagnosticados a posteriori como límites, asistían a escuelas normales con una media de alumnos por aula en torno a cuarenta. En la mayoría de las ocasiones eran los padres los que decidían traer a estudio a sus hijos, a la luz de los malos resultados académicos y en ocasiones a sugerencia de los profesores. (Fig. 1)

Por orden de importancia aparecen los trastornos de conducta (12%) y los trastornos de lenguaje (12%). Los trastornos de conducta abarcaban dificultades de ajuste emocional y manifesta-

ciones de tipo neurótico, trastornos de la relación familiar y social y en general cuadros de inmadurez psicoafectiva. Se observa una mayor incidencia de los trastornos de conducta como motivos de consulta entre los niños que entre las niñas. En los trastornos del lenguaje como motivo de consulta (fundamentalmente dislalias o cuadros de retraso lingüísticos) no se observan diferencias entre ambos sexos.

La presencia de crisis epilépticas es motivo de consulta en el 7% de la muestra. El fracaso escolar junto con las dificultades de conducta aparece como motivo de consulta en otro 7%

de los casos. Para ser sometidos a estudio médico-psicológico acuden a consulta un 6% de la población de límites.

El 8% restante es traído por diferentes causas (problemas psicomotores, traumatismo craneano, trastorno de aprendizaje en unión de trastorno de lenguaje, encefalopatía, etc.).

B) Principales características de la muestra

En la Fig. 2 se observan algunas de las características más relevantes de la muestra de niños límites.

— EEG: un 21% de los niños y un 13% de las niñas presentan trastornos bioeléctricos intensos (paroxismo, disfunción, foco lesivo). Aunque no se

FIGURA 2

PRINCIPALES TRASTORNOS PRESENTADOS POR LOS NIÑOS LIMITES				
Tipo de trastorno presentado	Niños		Niñas	
	N	%	N	%
EEG alterado	15	21	4	13
Rasgos disléxicos	11	15	5	16
Hipercinesia	9	12	1	3
Trastornos del lenguaje	14	19	5	16
Trastornos de conducta				
Agresividad	6		1	
Enuresis	3		2	
Conducta regresiva	3		2	
Depresión	3		1	
Trastornos adaptativo-familiares	1		2	
Neurosis Obsesiva	1		1	
Psicopatía	1		—	
Celotipias	1		—	
TOTAL TRASTORNOS CONDUCTA	22	30	9	30

han reseñado, dada la ambigüedad de su delimitación, existían numerosos casos de inmadurez en el registro EEG.

— Rasgos disléxicos: el 15% de la muestra presenta dificultades de aprendizaje lectoescritor acusadas. En estos casos se trataba de una sintomatología disléxica secundaria a la deficiencia intelectual.

— Hipercinesia: entre los varones existe una incidencia relativamente alta de casos de hipercinesia — 12% — (siguiendo la acepción de Gaddes, 1980, se entiende por niño hipercinético todo aquél que presenta un grado de actividad en todas sus manifestaciones significativamente más alto al del resto de la población normal de su edad, independientemente de la causa o causas que la producen).

— Trastornos del lenguaje: un 19% de los niños y un 16% de las niñas presentan patología del lenguaje oral, bien de tipo dislalico o bien bajo la forma de retraso evolutivo o dificultades ligeras comprensivo-expresivas. Obsérvese que sólo era un 12% el porcentaje de niños límite que acudían a consulta por presentar patología del lenguaje oral.

— Trastornos de conducta: dificultades de ajuste emocional y de conducta de importancia significativa aparecen en un 30% del total de los casos de la muestra (similar incidencia en niños y en niñas). Mientras que el motivo de consulta "trastorno de conducta", suponía el 12% de los casos, aparece una frecuencia de dificultades de ajuste emocional dos veces y media superior a dicho porcentaje al estudiar la muestra de forma más pormenorizada. Entre los trastornos más significativos destacan: Los niños son más agresivos y presentan enuresis en mayor medida que las niñas. El resto de las dificultades de ajuste emocional (conductas regresivas, depresión, trastornos de ajuste familiar, etc.) no discriminan suficientemente a ambos sexos.

IV.— CONCLUSIONES

A) La primera conclusión que se deriva del estudio es el diagnóstico de "inteligencia límite" realizado de forma demasiado tardía. Los niños acuden a consulta cuando cuentan con ocho años de edad, es decir, cuando durante varios años sometidos a las exigencias de la EGB han fracasado en el aprendizaje y han generado trastornos de conducta probablemente consecuentes a su desadaptación escolar y ambiental.

B) En todas las ocasiones la inteligencia borderline aparece enmascarada bajo otros síntomas. Ninguno de los 103 niños y niñas fue traído a consulta por tener padres o educadores la sospecha de que presentaba un hándicap en sus estructuras intelectuales.

C) La forma de enmascararse la deficiencia límite es bien bajo el aspecto de fracaso escolar (en la mitad de los niños) o bien como alteraciones del lenguaje o de la conducta.

D) El estudio pormenorizado de los niños y niñas de la muestra permite afirmar que las condiciones estructurales de los sujetos límite son peores de las que se presentan como motivo de consulta: aparecen numerosos trastornos de conducta (uno de cada tres niños límite presenta patología importante en esta área, mientras que inicialmente sólo el 12% era traído a nuestras consultas por presentar desajustes emocionales. Por otra parte es frecuente la excesiva inquietud psicomotora (hipercinesia) entre los varones de la muestra, así como los rasgos disléxicos. Los trastornos de lenguaje detectado superan los que aprecian como motivo de consulta. Los niños tienden a mostrarse más agresivos (agresividad extrapunitive, frente a personas) que las niñas.

E) Todavía al niño se le da más importancia cuando fracasa en sus estudios que si se trata de una niña (70% de varones frente a 30% de niñas). Cabe pensar que existen numerosas niñas que a pesar de su deficiencia intelectual ligera no son tenidas en cuenta a la hora de establecer un diagnóstico más preciso, porque en el fondo nos movemos en una sociedad donde el machismo sigue siendo un tópico real.

F) De las conclusiones del trabajo sugerimos algunas posibles pautas de acción a tener en cuenta con los niños límites:

— Hay que establecer un diagnóstico precoz, que debería existir en los parvularios y guarderías, para lograr los efectos indeseables de un diagnóstico demasiado tardío de la inteligencia borderline. Esperar a que el fracaso escolar en un 2º o 3º de EGB obligue a plantearse cuál es el potencial del niño es esperar demasiado tiempo con el consecuente sufrimiento para el niño y la pérdida de posibilidades terapéuticas.

— En el diagnóstico de la inteligencia límite es conveniente la presencia de un equipo multidisciplinario (médico-psicopedagógico) donde se puedan apreciar el máximo de características de cada niño borderline. La condición de "límite intelectual" no debe ser sólo atribuible a características psicométricas relacionadas con el Cociente Intelectual, sino que se debe estudiar el desarrollo integrar en sus aspectos neurológicos, psicológicos, pedagógicos y socioadaptativos.

— La integración del niño límite no debe tender a la segregación en ningún caso. Se podrán adoptar medidas especiales que palien las dificultades escolares, educativas o de conducta del niño (aulas de reducido número de alumnos, tratamientos reeducativos o psicoterapéuticos, orientación familiar y pedagógica adecuada, etc.), pero no es aconsejable crear ghettos que aislen al niño límite, que conviertan su ligero déficit en un problema de mayores dimensiones.

(Comunicación presentada a las Primeras Jornadas Nacionales de Retraso Mental en Huelva. Días 5, 6 y 7 de diciembre de 1981)

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ed. 3. Washington DC 1980.
- COLEMAN J.C. y SHANDU. "Descriptive-relational study of 364 children referred to a university clinic for learning troubles". Psychol. Rep. 20, 1091. 1967.
- CHIVA, M. "El diagnóstico de la debilidad mental". Pablo del Rfo. Madrid 1978.
- GADDES, W. H. "Learning disabilities and brain function" (A neuropsychological approach). New York-Heidelberg 1980. Ed. Springer-Verlag.
- LURIA, A. R. "The mentally retarded child". Londres. Pergamón Press. 1963.
- WIKLER, A, DIXON J. F and PARKER J. B. "Brain function in problem children and controls: psychometric, neurologic and EEG comparisons. Am. J. Psychiatry 127, 634. 1970.

Trabajos originales

REPERCUSION DE LA MUERTE AMBIENTAL SOBRE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DEL NIÑO. ESTUDIO SOCIO-FAMILIAR y PSICOMETRICO

Autores: Dra. Milagros Longo G^a Peñuela
Lic. Rosa Nogueira Rodriguez
Dr. M. Castro Gago
Dra. M.^a Carmen Ares Lois
Dr. Rafael Tojo Lievra

Hospital General de Galicia
Universidad Santiago de Compostela

I.— INTRODUCCION

Sociología de la Muerte

Una de las tareas más difíciles que se presentan a los padres es comunicar a los hijos la muerte de algún ser querido; por ejemplo, del abuelo o de un amigo. Y a menudo requieren la ayuda y el consejo del médico para explicar a los hijos pequeños este fenómeno que les parece tan poco apropiado para un niño y para su despreocupada forma de mirar la vida.

Importa buscar la manera de hacerlo con el menor daño y con el mayor efecto terapéutico posible:

En los últimos años, diversos investigadores se han esforzado por entender el concepto que el niño tiene de la muerte, así como por encontrar los medios más adecuados de acercarse a la mentalidad infantil. De este modo se ha llegado a conclusiones valiosas.

Ante todo, debemos desechar algunas falacias comunes en que se suele incurrir al abordar este tema de los niños y la muerte.

PROCEDENCIA GEOGRAFICA

Area geográfica	%	Población infantil (N = 69)	(Niños Niñas)
Urbana		36	(37 32)
	Marítima	18	(16 24)
Suburbana			
	Rural	6	(7 4)
Rural (aldea)		28	(30 24)
Marítima		12	(10 16)

V.3. EDAD

En la población general infantil estudiada, parece como si el intervalo 9-10 años, seguido 10-11, y 11-12, fuese donde más incidencia tuvieran estas reacciones de duelo (recordando la idea de muerte a estas edades, es comprensible esta reacción y que perdurara más tiempo).

Pero nos encontramos que el intervalo 6-7, era igual que el 11-12, y creemos se debe a que a los seis años comienzan las reacciones afectivas ante la muerte, aunque el niño todavía no piense que le podía ocurrir algún día. Es casi a los 10 años cuando acepta este hecho (ya explicado en la patogenia de la evolución del sentimiento de muerte en el niño). Recordar que a los 10 años, ya aparece elaborada la idea de su irremediable destrucción. Ya entonces es sentida como amenaza por sus instintos vitales.

Cuando desglosamos la muerte en niños-niñas, más o menos hay la misma

reacción, en número e intervalos de edad desde los 4 a los 9 años, pero si se observa con detenimiento la gráfica es evidente que los niños, a partir de los 7 años, son más sensibles a la situación de duelo (entre 7-8 años, 4 niños sobre 2 niñas y entre 8-9 años, 5 niños sobre 2 niñas), pero ya a los 9, se triplica más uno las reacciones en los varones frente a las niñas.

entre los 10-11 se triplica más uno frente a las niñas y prácticamente igual a partir de los 11-12 años.

Quisimos averiguar el porque de esto y vemos se debe a que las niñas viven más el ambiente ritual de casa por lo cual pueden aceptar mejor estos hechos (lutos, funerales, duelo), ya que se acostumbran desde pequeñas a participar y colaborar en todos los hechos caseros: acompañar y recibir visitas, estar presentes en ellas, ayudar a la madre en las tareas de preparar fiestas. Y un duelo significa "un hecho más". Mientras que al niño varón no se le permite participar en la preparación de esas situaciones familiares.

V.4. NUMERO DE HERMANOS

Trató de analizarse si influía este hecho familiar ante la reacción neurótica por duelo, encontrandonos en la descripción gráfica del número de extensión de hermanos, que la mayor patología radica en dos hermanos, seguida de tres, seguida de uno y despues de cuatro. Estos datos se superponen a los que encontramos al analizar también la extensión familiar,

en otros hechos de psicopatología infantil (como es la Neurosis en general o el fracaso escolar y reacción neurótica producida por él).

Curiosamente observamos que en las familias de padres inferiores a 35 años y procedentes de medio Rural, disminuye al número de hijos. La máxima extensión familiar, corresponde a padres mayores de 35 años, procedentes por este orden de medio Rural, Suburbano, y Urbano.

NUMERO DE HERMANOS

Niños N=44)	Niñas (N=25)	Población infantil (N=69)
Unico = 2	Unico = 1	Unico = 3
Uno = 6	Uno = 3	Uno = 9
Dos = 6	Dos = 9	Dos = 28
Tres = 8	Tres = 7	Tres = 15
Cuatro = 5	Cuatro = 1	Cuatro = 6
Cinco = 1	Cinco = 2	Cinco = 3
Seis = 2	Seis = 1	Seis = 3
Siete = 1	Siete = 1	Siete = 2

NUMERO DE HERMANOS Y PROCEDENCIA GEOGRAFICA

Area geográfica %	N.º de hermanos (N=69)			
	1	2	3	4
Urbana	50	40	40	5
Marítima	25	30	20	20
Suburbana	17	10	20	15
Rural	8	20	20	60

V.5. PUESTO ENTRE HERMANOS

La máxima incidencia está en el primer hermano (con incidencia altamente significativa cuando es hijo único) seguido, con diferencia significativa, del último, seguido de un hermano intermedio.

Estos resultados no coinciden con los de la Neurosis Infantil en general, detectada en el mismo archivo, en donde se encuentra que es el segundo hermano el que tiende a neurotizarse más, a reaccionar ante conflictos; seguido este, del primer hermano (con incidencia altamente significativa cuando es hijo único), seguido también con diferencia significativa del "hermano intermedio" (o "hermano perdido").

Sociológicamente, quizás sea la explicación de este hecho, como si el status de primer hermano, que tiene que ejercer su rol esperado, tenga que reaccionar al duelo como si fuera un adulto. Seguramente también por tener ese status, es cuando hay más fijación afectiva por parte de los miembros familiares (el primer hijo si el fallecido es el padre, el primer nieto si es el abuelo,...).

Quisimos constatar este hecho, relacionando puesto de hermanos y miembro familiar fallecido, pero la muestra es pequeña para lo que, aparentemente parecía cierto (Neurosis del duelo del hermano mayor o hijo único, frente a desaparición de padre-abuelo-tío) fuese estadísticamente significativa.

V.6. QUIEN ENVIA A LA CONSULTA PAIDOPSIQUIATRICA

%	Población infantil (N = 69)	(Niños	Niñas)
Pediatría	43	(45	40)
Colegio	26	(23	28)
Familia	16	(14	20)
Médico cabecera	10	(10	8)
Médico especialista	4	(5	4)
Asistente Social	1	(2	—)

Pediatra: 43%

Colegio: 25%

Familia: 16%

Méd. Cabecera: 10%

Méd. Especialista: 4%

Asistente Social: 1%

la relación entre síntomas del niño y pérdida de algún ser querido.

De los niños traídos directamente por la familia, solamente en dos casos, los familiares dejaban entrever esa posibilidad (ambas familias eran de status socio-cultural alto).

Estadísticamente, la diferencia entre niños-niñas no fue significativa en ningún caso.

Curiosamente ni en un solo caso, ninguno de estos profesionales adujo como motivo precipitante de consulta,

V.7. PROFESION DE LOS PADRES

Como es una consulta hospitalaria donde se ha realizado el muestreo, vemos el bajo índice de gente de cultura superior, incluso de estudios medios cualificados. Creemos se debe a la resistencia que aún existe, a ser atendidos en este tipo de centros.

Dentro del grupo de mujeres que pertenecen S.L. un alto porcentaje (78%) correspondían a madres de más de 35 años, siendo la mayoría procedentes del medio Rural (61%), las cuales realizaban tareas de campo, granja, etc., además de la atención directa a su casa.

El grupo de obreras sin cualificar, nos referimos a actividades fuera de casa que realizaban por hábito, costumbre, o simplemente eran instruidas de manera informal para realizar estas actividades, como podían ser: empleadas de hogar, trabajadoras en fábricas con tareas simples (limpiadoras o seleccionadoras de pescado, empaquetadoras, etc.). Correspondían en un 75% a

mujeres de menos de 35 años. Reconocían en un porcentaje de un 38% que realmente necesitaban trabajar para mantener la economía familiar. El resto anteponían la necesidad de salir fuera de casa, a la necesidad imperiosa de ganar dinero, con casi igual porcentaje que el resto de las mujeres que trabajan en otras actividades más especializadas. Un 9% de las mujeres que trabajaban lo hacían para sustituir el sueldo del marido (incluyendo viudas, separadas y solteras).

Estos datos se pueden superponer a cuando se analiza esta situación de la mujer en las historias por otros motivos independientes del duelo.

De manera informal tenemos anotadas, sólo en 27 historias, la opinión de los hijos sobre sus madres que trabajan fuera de casa, y no todos están de acuerdo. Pero por ser un dato no directamente constatado, nos quedamos en lo dicho (sólo encontramos en la historia esto constatado, cuando realmente fue un hecho traumático para el niño).

PROFESION DE LOS PADRES

Profesión %	Padre	Madre	(N = 69)
Obrero sin cualificar	52	29	
Obrero especializado	22	13	
Técnico administrativo	4	1,5	
Graduado Medio	3	1,5	
Graduado Superior	3	1,5	
Sus Labores	—	46	

RASGOS PATOLOGICOS DE LA PERSONALIDAD DE LOS PADRES

Rasgos %	Padre	Rasgos	Madre
Rígido		Ansiosa	43
Exigente	29	Rígida	
Estricto		Estricta	28
Alcohólico	13	Meticulosa	
Anefectivo	12	Chillona-	
Ansioso	10	-excitada	22
Pasivo	10	Anaffectiva	17
Acaracterial		Rechazante	14
—explosivo—	10	Agobiante	14
Neurótico—		Sobreprotec-	
—Obsesivo	7	tora	13
Depresión cíclica	7	Depresión cíclica	10
Intento de suicidio	4	Alcohólica	6
Sobreprotector	3	Intento de suicidio	1
Psicópata	1		

V.10 DISTRIBUCION SOCIAL DE LA MUERTE

Los abuelos fallecen en un 38%, le siguen con una diferencia altamente significativa los hermanos, un 17%. El padre representa un 16%, frente a un 7% de la madre (teniendo esta relación con la causa de fallecimiento, ya que el padre tiene más riesgos laborales, accidentes de trabajo, etc.).

Dentro del 7% que representa la madre la causa de muerte en un 6% fue debida a enfermedad y sólo en un 1% el motivo fue accidente o suicidio.

Los tios que conviven con el niño o que tienen una fuerte ligazón afectiva con él, representan un 10%.

El sentimiento de duelo, por un amigo fallecido es de un 7%, y por los vecinos es de un 5%.

Al desglosar la distribución niños-niñas, no se encuentra diferencia de reacción al sentimiento de muerte por abuelos o hermanos.

Cuando se refiere al personaje padre, el porcentaje de niñas que reaccionan patológicamente es mayor que el de niños (20% niñas, 14% niños). Estudiado, aunque la muestra es pequeña, las

<u>DISTRIBUCION SOCIAL DE LA MUERTE</u>		<u>DISTRIBUCION SOCIAL DE LA MUERTE</u>		
Persona fallecida %	Población infantil (N = 69)	Persona fallecida %	Niños (N = 44)	Niñas (N = 25)
Abuelos	38	Abuelos	39	36
Hermanos	17	Hermanos	18	16
Padre	16	Padre	14	20
Tíos	10	Tíos	11	8
Amigo	7	Amigo	9	4
Madre	7	Madre	7	8
Vecino	5	Vecino	2	8

niñas según iban aumentando en edad, se hacían más receptivas a la ausencia del padre.

Los niños reaccionaban en edades de más de 8 años y hacia los trece era donde prácticamente estaban igualados.

Cuando el fallecimiento era de la madre, reaccionaban ambos en edades más tempranas, sobre todo los niños, pero las niñas se distribuían en todas las edades.

Repetimos, que la muestra es pequeña para hacer intervalos de edades, pero parece que la ausencia materna es más manifiesta a edades más tempranas para niños y niñas, pero las niñas a lo largo de su niñez siguen manteniendo su sentimiento negativo para este hecho.

Se trató de analizar quien había suplido el papel "padre-madre", encontrándose que a pesar de que algún familiar trata de ocupar ese puesto, y se pensaba que lo había conseguido ya

que el niño reaccionaba pasivamente en apariencia, el síntoma motivo de consulta era índice de que no se había logrado la interacción familiar-niño. No en todas las historias averiguamos, de modo satisfactorio, si el sustituto había hecho el papel ideal. Nos parecía que en intervalos de edades inferiores a 8 años, los niños añoraban la ausencia del fallecido. En edades superiores a los 8 años, había habido un ajuste a la nueva situación, permaneciendo una añoranza, más que la pérdida en si, a la carencia del "auténtico padre-madre".

La perseverancia del sentimiento de duelo, era más manifiesta, tanto en el comienzo como a lo largo de los meses sucesivos, cuando el fallecido era el padre o la madre. Le seguían los hermanos y después los abuelos.

Nos referimos a distancia entre el momento del fallecimiento y el tiempo de llegar a consulta. Cuando el fallecido era un tío, vecino, amigo, la situación de latencia era mucho más corta.

V.11 MOTIVO DE FALLECIMIENTO

Tratamos de relacionar reacción neurológica del niño y el motivo del fallecimiento. Pensando si una causa súbita y no esperada, era más traumática que la vivencia por el niño de una enfermedad a corto o a largo plazo.

El motivo de fallecimiento por enfermedad representaba un 68%; desglosando este porcentaje en enfermedad a corto plazo (de duración de 10-12 días) representaba un 25% y enfermedad a largo plazo (de duración de más de dos semanas) un 43%, y de este criterio un 13% correspondían a cáncer.

El motivo por muerte violenta era de un 32% de los fallecimientos. Como esperábamos, los cuadros agudos con componente histérico o muy somatizados, con repercusiones en el sueño, correspondían a este grupo; dándose más estas reacciones en niños mayores de 7 años. Seguramente se explica este hecho, porque las familias reaccionan con un cuadro parecido, cuando ocurre algo inesperado y trágico. Dándose mucho más, cuando la procedencia era

por este orden: del medio Rural-Suburbano-Urbano.

En estos casos se daban las dos reacciones: la súbita de la noticia y la tardía, y según quien fuera el fallecido.

La crónica, el clima familiar era de gran ansiedad y normalmente ya se preparaba el "terreno" de lo esperado. Aquí no había reacción en el momento del duelo, pero si lo que llamamos "respuesta tardía", que incluso aparecía después de los dos años. No sabíamos muchas veces, si era producida por la desaparición del ser querido o por el trauma que ocasionó una situación de enfermo crónico en la convivencia y clima familiar. Logicamente aquí no aparecían los fallecidos que no vivían con el niño (amigos, vecinos etc.)

En 7 casos los niños (sólo una niña) reprodujeron síntomas del fallecido, como eran parálisis, temblores y una ceguera. Dándose la mayoría cuando el fallecido, anterior enfermo crónico, eran los abuelos o los tíos y sólo un caso, un niño presentó igual síntoma que el padre: intenso dolor de estómago (padre cáncer gástrico).

MOTIVO DE FALLECIMIENTO

Motivo %	Población infantil
Enfermedad más o menos crónica	25% corto plazo
	43% largo plazo— 13% cáncer
Muerte violenta	32

V.12 CRITERIOS DE REACCION DEPRESIVA (INDEX DE HAMPSTEAD)

Señalamos los 9 clásicos en que se apoyan los criterios clínicos del estado depresivo referido a niños. Esto se entresacó del historial, basándonos en las descripciones que hacían los familiares del niño, así como la impresión que sacaba el que los abordaba, completado cuando se podía por lo aportado por otro familiar, profesor o maestro.

Primer criterio: niños que parecían tristes, desgraciados o deprimidos, sin que por ello fuese necesario que se quejasen en ese momento preciso de ser desgraciados, ni siquiera que fuesen conscientes de ello; representaban un 45%, dándose más en niñas (51%) que en niños (42%).

Segundo criterio: niños que muestran cierto retraimiento, poco interés por las cosas, en forma momentánea o duradera, da la impresión de que se aburren: en un 46%, dándose más en niñas (52%) que en niños (42%).

Tercer criterio: niños descritos como descontentos, raramente satisfechos y con escasa capacidad para el placer: 40%, correspondiendo un 44% a las niñas y un 38% a los niños.

Tanto el primer, segundo y tercer criterio, se da en casi la mitad de la muestra y más en niñas que en niños. Es como si se mostrasen más, mediante comportamientos y aspectos de "derrotados", las niñas sobre los varones, o quizá al mostrarse habitualmente los niños más inquietos, no fuesen captados por el ambiente, esas actitudes emocionales y esos comportamientos.

Cuarto criterio: niños que dan la impresión de sentirse rechazados, y prontos en abandonar los objetos que les decepcionan. Representa un 23%,

dándose más en niños (39%) que en niñas (24%) (se han invertido los términos en relación con los anteriores criterios).

Quinto criterio: niños no dispuestos a aceptar ayuda o consuelo; incluso cuando lo piden, parecen aceptarlo manifestando decepción y descontento: representan un 23% prácticamente igual en niños que en niñas.

Sexto criterio: una tendencia general a regresar a una pasividad oral: fenómeno que se observaba sobre todo en los niños que habían realizado tentativas reales para adaptarse. Se mostraban así, un 25% y, prácticamente sin diferencias, niños-as.

Séptimo criterio: insomnio y otros trastornos del sueño, aparecen en un 28%, apenas sin diferencias niños-as.

Octavo criterio: actividades autoeróticas y otras actividades repetitivas: 6%, casi igual en ambos sexos.

Noveno criterio: dificultad de conectar con el ambiente, señalados por el Terapeuta-Entrevistador del niño, se dió en un 5%, todos los casos correspondían a niños. Seguramente coincide porque los niños varones, es más frecuente que vivencien los sentimientos de rechazo y de no sentirse amados.

De todo esto se destaca que, en la mitad de los niños consultados en situación de "duelo", aparecen estados depresivos, ya de una manera clara o ya "enmascarados" o expresados en los "equivalentes conductuales".

Es frecuente que muchos de estos rasgos: autocrítica exagerada, desadaptación, dificultades para dormir y temores exagerados sobre la muerte, aparezcan en otros estados depresivos, sin que exista como motivo la muerte de algún allegado, pero más o menos aparecen la mitad de las veces, que cuando está descrito en la historia, el fallecimiento de un ser querido por el niño y la influencia en su comportamiento.

**CRITERIOS DE REACCION DEPRESIVA
(Indice de HAMPSTEAD)**

ITEMS %	Población infantil (N = 69)
Triste 1° Desgraciado Deprimido	45
Retraido 2° Poco interés Se aburre	46
No satisfecho 3° No placer Descontento	40
Rechazado 4° No amado	23
5° No ayuda	23
6° Regresión	25
7° Trastornos del sueño	28
8° Alteraciones vegetativas	6
9° Dificultad de conectar con el ambiente	3

**V.13 RASGOS DE
COMPORTAMIENTO
VERBALIZADOS EN EL
HISTORIAL**

Verbaliza desea ser querido un 83%; 86% niños, 76% niñas. Esto se refiere a cuando la familia dice que el niño hace lo imposible por "sentirse"

querido (pedir que lo abracen o besen, buscar la compañía de los mayores, tratar de llamar su atención realizando diversas tareas etc.).

Descritos como **inquietos**, un 39%, pero mientras son descritas así 9 niñas (36%), lo son 18 niños en iguales circunstancias (41%).

CRITERIOS DE REACCION DEPRESIVA
(Indice de HAMPSTEAD)

ITEMS	%	Niños (N=44)	Niñas (N=25)
1° Triste Desgraciado Deprimido		42	51
2° Retraido Poco interés Se aburre		42	52
3° No satisfecho No placer Descontento		38	44
4° Rechazado No amado		39	24
5° No ayuda		25	24
6° Regresión		23	28
7° Trastornos del sueño		30	24
8° Alteraciones vegetativas		7	4
9° Dificultad de conectar con el ambiente		5	

Pasivos un 57%. Las niñas se muestran de esta manera en un 64%, frente a un 52% de los niños.

Terco, un 28%; los niños aventajan en el doble (40%) a las niñas (20%).

Lábil emocional, 80%; es este un rasgo que aparece de manera muy frecuente en toda la muestra, quizás el

que más se desvía del resto: 92% de las niñas, 73% de los niños.

Este rasgo indice la personalidad base previa de una situación neurótica.

Se muestran **inhibidos** un 57%; 55% de los niños, 60% de las niñas.

Los **celos** aparecen en un 12% en la muestra general; en un 7% niños, 20% en las niñas.

RASGOS DE COMPORTAMIENTO VERBALIZADOS EN EL HISTORIAL			RASGOS DE COMPORTAMIENTO VERBALIZADOS EN EL HISTORIAL		
Rasgos	%	Población infantil (N = 69)	Rasgos	%	Niños (N = 44) Niñas (N = 25)
Desea ser querido		83	Desea ser querido	86	76
Inquieto		39	Inquieto	41	36
Pasivo		57	Pasivo	52	64
Terco		28	Terco	20	40
Lábil emocional		80	Lábil emocional	73	92
Inhibido		57	Inhibido	55	60
Celos		12	Celos	7	20

RASGOS VERBALIZADOS POR EL NIÑO (Pruebas Proyectivas)

Rasgos % Población infantil (N = 69)

Se autocrítica	57
Expresa sentimientos desadaptación	52
Temores de muerte	42
Imagen negativa de sí	74
Cree ser malo	43
Agresivo	36
Sentimiento de fracaso	45
Injusticia	17

**V.14 RASGOS VERBALIZADOS
POR EL NIÑO
(PRUEBAS PROYECTIVAS)**

Se autocritican en un 57%, y expresan sentimientos de desadaptación en un 52%. Siendo estadísticamente igual para niños y niñas.

En cuanto a **temores de muerte**, representan un 42% de la muestra estudiada, encontrándose la diferencia niños-niñas estadísticamente significativas: 48% de niños, 32% de niñas (esto se estudió por medio de la Prueba de Machover y mediante las fábulas de Luisa Düsse).

La **imagen negativa** de sí, representa un 74%, sin diferencia niños-niñas (lo entresacamos de Prueba de Machover, de historietas etc.).

Cree ser malo, aparece en un 43% y, aunque con diferencias niños-niñas, no es estadísticamente significativa.

Agresividad, representa un 36%, con diferencias niños-niñas: 30% niños, 48% niñas. Esto nos sorprendió bastante, ya que fue el único rasgo en que encontramos diferencia, al compararlo con otras situaciones de neurosis, en que siempre era a la inversa. Quisimos ver dentro de ese 48% lo que podía haber en común, no encontrándose ningún dato, salvo que todos los niños correspondían a familias de madres muy rígidas y excitadas, con maridos pasivos y anafectivos, o eran esos los muertos o emigrados. No nos quedó claro el porqué, salvo el personaje padre pasivo o ausente, con una madre "virgo".

La agresividad la entresacamos de los símbolos de los dibujos, contenido de los cuentos por ellos elaborados y por la prueba de frustración.

Sentimiento de fracaso, representaba un 45%, prácticamente eran igual niños y niñas. (Lo medimos mediante

RASGOS VERBALIZADOS POR EL NIÑO (Pruebas Proyectivas)

Rasgos %	Niños (N=44)	Niñas (N=25)
Se autocritica	57	56
Expresa sentimientos desadaptación	50	56
Temores de muerte	48	32
Imagen negativa de sí	73	76
Cree ser malo	45	40
Agresivo	30	48
Sentimiento de fracaso	45	44
Injusticia	14	24

pruebas de dibujo y su identificación con personajes y situaciones determinadas).

Injusticia, referente a no acatar las actitudes que los demás tenían hacia él, representa un 17%. Al desglosar la muestra en niños-niñas, nos sorprende encontrar que son las niñas (24%) las que doblan a los niños (14%). Seguramente se explica, por el sentimiento que tienen las niñas de sentirse protegidas y queridas, típico de la "condición femenina" y como en la situación de duelo los familiares piensan más en sus propios sentimientos que en los de los hijos, las niñas se sienten desprotegidas y no amadas. Analizada la relación de estos niños con la persona fallecida, se vió que se daba más esta situación, cuando el fallecido era el padre-madre-abuelos, pero no aparecía cuando el fallecido era un amigo o vecino.

Expresan sentimiento de desadaptación el 52% de los niños historiadados, sin diferencia significativa entre niños y niñas.

V.15 SOCIABILIDAD DEL NIÑO EN RELACION CON SUS AMIGOS

Al ver la sociabilidad de los niños en situación de duelo, en relación con sus amigos, nos encontramos el término "Sumisión" en un 47%, frente al otro extremo "Dominante" que aparecía en un 20% e "Indeterminado" en un 33%. Es decir, hay un componente de aislamiento y pasividad cuando el niño o niña está en situación de duelo.

No encontramos, prácticamente, diferencias entre los niños y las niñas.

No se puede apreciar bien, en las historias consignadas, la sociabilidad con relación a los adultos, solamente se pudo entresacar, pero no comprobar, que se muestran ante los familiares directos de dos formas: o muy bruscos, la mayoría de las veces, mucho más evidente cuanto más edad tienen; o

apáticos en un porcentaje inferior, al igual que se muestran orgullosos y solícitos si los adultos le dan "categoría" o se le encomiendan tareas de responsabilidad; como si quisieran compensar un fracaso y el sentirse valorados y útiles.

V.16 CAUSAS MOTIVO DE CONSULTA

Se realizó anotando las causas, que seguían el orden de importancia que les daba la familia, y eran el motivo de que llevaran el niño al médico.

En la muestra de niños como primera causa motivo de consulta, aparecía enuresis en un 27% (dándose en diez casos, cuando los niños eran menores de 8 años, y en dos casos cuando eran mayores de esa edad).

La enuresis la entendemos como niños-niñas que ya tenían controlado ese esfínter, o si aparecía, era de manera esporádica. Pero a partir de un hecho, casi nunca relacionado por la familia, como era el fallecimiento de un ser unido afectivamente con el niño, la enuresis se hacía evidente.

El fracaso escolar aparecía en un 20%, correspondiendo a los cuadros que nosotros llamamos de "reacción a largo plazo".

Las cefaleas representaron un 10%. Aparecían igual, en las reacciones súbitas o en las más prolongadas después del duelo.

Cuadros histéricos, vómitos, anorexia y dolores inespecíficos sobre todo referidos al abdomen, representó cada uno un 7% y se dieron en los cuadros súbitos, inmediatos o cercanos al duelo o fallecimiento.

Cuadros de alopecia aparecían en un 5% (dos casos), como reacciones de tiempo "intermedio" al fallecimiento (entendiendo este término de 2-4 meses después del óbito).

Los tics también aparecían en un 5%.

Hubo dos intentos de suicidio, uno de los cuales se produjo a los cuatro días de la muerte del padre; correspondía a una proyección histérica. Y el otro entraba ya dentro de las reacciones de tiempo "intermedio".

Ocurrieron en niños de 9-12 años, está descrito que estos casos se dan más en los adolescentes, que en nuestra muestra no están representados.

Como **segunda causa motivo de consulta**, aparecen en un 28% labilidad emocional, niño que la familia suele calificar como "infantil" o "poco maduro".

Curiosamente, la tristeza detectada por nuestro test, y nuestra observación como técnicos en un 50% de los niños, sólo es verbalizada por la familia como segunda causa motivo de consulta en un 20%.

Caracterial aparece un 15%, se refiere a cambios de conducta agresivos y de oposición, comportamiento no habitual en el niño.

En un 10% hablan de que "el niño ve cosas que le causan terror" en relación con la muerte o el difunto.

El fracaso escolar, cefaleas, vómitos inexplicables, enuresis y dolor inespecífico, se dan cada uno en un 5%.

Los tics representan un 2%.

Como **tercer motivo**, el miedo en un 32% (en relación con aparición de difuntos).

Trastornos del sueño, 27% (casi siempre pesadillas e insomnio).

Triste, un 16%

Dolores inespecíficos, 14%

Fracaso escolar, 11%

En la **muestra de niñas**, como **primera causa motivo de consulta**, aparece el fracaso escolar que representa el 20%, seguido en un 16% de mostrarse triste.

Las cefaleas, anorexia y los cambios de conducta, aparecen en un 12%, los

tics en un 8%, y en un 4% cuadros histéricos.

La alopecia también en un 4%, y fueron siempre reacciones de "tiempo intermedio" al fallecimiento.

La enuresis (4%), se dió siempre en niños menores de 8 años.

Un 4% presentó intento de suicidio. Pero mientras las niñas, sólo verbalizan o amenazan, con "morirse" o matarse, sinónimo para ellas casi iguales (debido a que se dieron en niñas de 6 a 7 años), los niños (que tenían entre 9 y 12 años) presentaban ya claros indicios de ir buscando matarse.

Los dolores inespecíficos, también como en los niños referidos al abdomen sobre todo, representaron otro 4%.

causa motivo de consulta más frecuente la labilidad emotiva (niña que la familia describe como sensible) en un 36%, seguida en un 32% de niñas que los familiares califican como triste.

El fracaso escolar aparece en un 12%, en un 8% las cefaleas y en un 4% un cambio de carácter de tipo hostil y de oposicionismo.

Como **tercera causa motivo de consulta** aparece en un 40% el calificativo triste, en un 36% miedo y en un 24% trastornos del sueño, encontrándose más terrores nocturnos que pesadillas (al contrario que en los niños). Fue descrito también algún caso de sonambulismo.

Si se compara niños y niñas, vemos que las niñas se muestran mucho más tristes que los niños, ya sea como primer motivo o como motivo secundario o terciario de consulta. El caso es que, aparece en el 88% de las niñas historiadadas, frente sólo a un 36% de los niños (a pesar de que este es un término usado en psicopatología, también esta en boca de la gente de la calle).

Las niñas siguen en la totalidad mostrándose más "miedosas" que los niños. Pero este rasgo que es en total numeroso, es el segundo en las niñas y el

tercero en los niños. Es vivenciado en la familia de los niños-niñas, como tercera causa motivo de consulta, cuando para el niño es la expresión de un gran componente angustioso.

Las niñas son descritas por la familia como sensibles en un 36%. Y los niños como "poco maduros" o "infantiles" en un 27%.

Los trastornos del sueño se dan en un 27% de los niños y en un 24% de las niñas. Casi todos tenían insomnio. Nos encontramos que los niños tiene más pesadillas que las niñas, por lo menos en nuestra muestra, pero éstas tienen más terrores nocturnos. Las familias ayudan poco en éste aspecto, ya que lo que se encuentra, es el fastidio de tener que despertarse por la noche, y disciernen mal si el niño recuerda o no el sueño causante del alboroto. (Disciernen peor las mamás, no por nivel cultural, sino por el grado de hostilidad que tienen hacia el niño, y por su propia carga de ansiedad).

Los niños tienen mas reacciones histericas súbitas al duelo que las niñas, cuya reacción suele ser de aparición más tardía.

También observamos, como si los niños varones fueran más sugestionables, ya que en cinco de ellos (dos del medio rural, dos del medio suburbano y uno de la ciudad) tuvieron súbitamente después del funeral, alucinaciones visuales y auditivas, sin ser psicóticos. En todos los casos nos pareció tener relación con la presencia en casa de algún miembro (dos abuelos en el medio rural, una abuela y una tía en el área suburbana y una empleada de hogar en la ciudad) que convivía en la familia, aficionado a las historias de difuntos. (Nosotros, la verdad, no encontramos en las historias vistas, ninguna relación con alguna fecha determinada del calendario, como sería el día de difuntos, o aniversarios "cabo de año". Pero los médicos rurales, tuvieron problemas de

comportamientos histéricos en relación con esas fechas).

Enuresis: entendiendo por enuresis, cuando el niño de más de entre 4'5-5 años aún se orina por las noches (casi siempre más de una vez) y se produce, o bien todas las noches o en la semana más de tres o cuatro veces. Analizando éste síntoma con más detalle nos encontramos que se daba más en niños que en niñas, (dato que se superpone con otras situaciones de neurosis). Un 20% correspondía a niños con hermanos u otros familiares que habian sido enuréticos hasta los 9-11 años. Un 31% de los niños, ya eran enuréticos antes del fallecimiento, y en un 22% parece que la causa tuvo relación con el hecho del duelo (eran niños que tenían controlado perfectamente el esfínter hasta esa fecha). Coincidían todos con el fracaso escolar, por lo que queda la duda si había sido el duelo el desencadenante o era un fracaso más dentro de su depresión y sentimiento de fracaso personal. Pero lo que aquí interesa, es que en el momento en que se consultó, era el síntoma al que la familia le daba más importancia.

Relación entre el momento del fallecimiento y la aparición de los síntomas.

Se hizo relacionando en el historial, no el tiempo en que los niños tardaron en venir a la consulta, sino el transcurrido desde la muerte (posible determinante de la sintomatología por la que el niño es consultado) hasta que la familia detecta, algún cambio en la personalidad y conducta del niño.

Nos encontramos, que los niños que fueron descritos como lábiles emocionales, infantiles, sensibles, siendolo casi todos antes, aquellos que se mostraban miedosos, y en su vida cotidiana no se les podía calificar de niños alegres, ni tristes (seguramente más tristes que felices) eran los que hacían "reacciones

a largo plazo" o "no aparatosas". Eran descritos como tristes, miedosos, poco maduros o infantiles, si eran niños, y como tristes, sensibles, miedosas, si eran niñas. Estos niños también tenían bajo rendimiento escolar. El tiempo medio de aparición de estas reacciones a "largo plazo" o "tardías" después del óbito, era en un 70% de 4-8-9 meses, y en el 30% restante era más el tiempo transcurrido, incluso dos años más tarde.

Cuando la sintomatología era más aparatosa, como podía ser: cuadros histéricos (parálisis, ataques), tics, vómitos, dolores inespecíficos, intentos de suicidio etc., se daba en un período de tiempo mas cercano a la muerte. Estos niños que reaccionaban más precozmente, no eran descritos ni como tristes ni miedosos ni sensibles, sino como de siempre irritables y oposicionistas.

Parece pues que, las "reacciones tardías" o "a largo plazo", hay una personalidad básica previa, con un componente neurótico, serían cuadros de Psiconeurosis. Mientras que los cuadros de "reacciones a corto plazo", se podrían encuadrar dentro de las Organo-neurosis.

Hemos visto los datos del historial en que aparecía en la biografía del niño, la muerte más o menos cercana al momento de la consulta, de un ser unido afectivamente a él, ya fuese familiar con el que convivía, ya vecino o amigo. Hemos de recordar que las historias revisadas, no habían sido hechas con relación directa y primaria a una situación de duelo, sino que en la misma marcha del historial, se había señalado la muerte entresacada más por la habilidad y experiencia del que había realizado la historia, que de la importancia o relación que le diera el acompañante del niño que nos suministraba los datos. Sólomente en dos ocasiones, el historiado veía espontánea-

mente la posibilidad de la influencia que pudiera tener el fallecimiento en el nuevo comportamiento del niño. Curiosamente los fallecidos no eran familiares del niño historiado, ni convivían con ellos. Un caso, era el de una niña, que había presentado un cuadro depresivo detectado por la familia, un mes más tarde de que ocurriera la muerte por suicidio de la madre de su amiga del colegio; no amiga de la familia, y sin apenas relación la fallecida con la niña historiadada.

El segundo caso, era el de una niña de una villa a la que se le había muerto su compañera de clase subitamente de meningitis. La niña pidió ver a su amiga muerta, quiso acudir al entierro y funeral, comportándose aparentemente de una manera serena y tranquila. A las 3 ó 4 semanas, después de unos síntomas solapados de tristeza y retraimiento, síntomas que recordaban los que había oído, cuando comenzara el cuadro súbito de su amiga de colegio.

En otras historias posteriores del archivo, pero que no entran en la muestra, hubo varios casos de sintomatología de comienzo súbito y aparatoso, en relación con la muerte de alguien que se relacionaba con el niño. Habían llegado como urgencias al Departamento de Pediatría, no aportando la familia ningún dato en relación con la muerte, siendo posteriormente detectado por el Paidopsiquiatra.

Se dió un caso, hace unos meses, en que es traído urgentemente un niño ya muerto, que había sido encontrado ahorcado (presuntamente por accidente fortuito) y a los dos días viene como urgencia, una niña cuyo síntoma principal era "no poder respirar". Se le atiende y el pediatra sospecha un bloqueo de catarsis histórica, y se le pasa al Paido psiquiatra, que descubre más como "policía" que como técnico, que es la hermana del ahorcado. La familia seguía sin relacionarlo.

También en esa época, es mandado por la Inspección de una capital, un niño con un cuadro similar: "no poder tragar". La clínica del pediatra al no encontrar causa organica, conecta con el paidopsiquiatra, que ve en la biografía familiar, la muerte de un tío por cáncer de esofago, que el niño no lleo a conocer. Pero en el ambiente familiar, estaba el temor patogeno, de que el mismo cáncer se repitiese en algún otro

miembro de la familia. Continuamente se hablaba de aquel familiar y de los síntomas típicos de dicho cáncer. Al niño no le quedó más remedio que recoger y ser víctima expiatoria simbólica de los miedos patógenos familiares. Se le explicó a la familia, se hizo un programa psicoterapéutico, pero la familia no lo aceptó, porque nunca admitió nuestra explicación.

CAUSAS MOTIVO DE CONSULTA			CAUSAS MOTIVO DE CONSULTA		
Causas	%	Niños (N = 44)	Causas	%	Niñas (N = 25)
Triste		36	Triste		88
Fracaso escolar		36	Miedo		36
Miedo		32	Labilidad emocional		36
Enuresis		32	Fracaso escolar		32
Labilidad emocional		27	Trastornos del sueño		24
Trastornos del sueño		27	Cefaleas		20
Dolor inespecífico		25	Caracterial		16
Caracterial		16	Anorexia		12
Cefaleas		16	Tics		8
Vómitos		11	Enuresis		8
Alucinaciones visuales		11	Histeria		4
Histeria		7	Alopecia		4
Anorexia		7	Dolor inespecífico		4
Tics		7	Vómitos		4
Alopecia		5	Intento de suicidio		4
Intento de suicidio		5			

VI. CONCLUSIONES

VI. 1. La reacción del niño frente al sentimiento de duelo, ya sea por la pérdida de un ser al que estaba unido afectivamente, ya sea por el impacto de su presencia en el funeral, ya por captar el ambiente de luto-duelo posterior de sus familiares, es traumatizante psicológicamente para él; siendo esto más frecuente de lo que los familiares, pediatras y maestros piensan.

VI. 2. De las 420 historias revisadas, el 17% de diagnóstico de situación Neurótica Infantil, estaban involucradas las reacciones del niño ante una situación de duelo.

VI. 3. Cuando se le comentaba a la familia la posible relación entre síntoma-duelo, solamente un 20% lo admitía en la primera exposición o discusión (correspondía esto a las familias de mejor status cultura, pero no económico). Había una mayor resistencia en

familias con nivel socio-económico cultural bajo, y aún mucho más si provenían de ambiente rural donde solamente un 5% lo aceptaba.

De los 69 casos de la muestra, sólo en 2, la familia relacionaba el motivo de consulta médica con esta situación.

Los psidopsiquiatras encuentran reacciones similares en otras situaciones de Neurosis, cuando se le expone a la familia que el síntoma somático, motivo de consulta, tiene un origen psíquico y no somático.

VI. 4. El 50% de los niños historia-dos asistieron al funeral y sepelio, pero de éstos, solamente se les preguntó a un 12% si deseaban asistir a dichos rituales; el 30% fueron "llevados", reaccionando pasivamente; el 8% fueron obligados, ya que ellos habían verbalizado no querer asistir a dichos rituales.

Nos encontramos que los niños del medio rural fueron los más numerosos en asistir, y la patología residió más que por la ceremonia del funeral, por la separación del ser querido. En el medio urbano, es más traumático para el niño la asistencia a estos actos, pero es en éste medio donde más se le preguntó al niño si quiere asistir. En el medio urbano hay menos ambiente de duelo posterior a la muerte, pero afectan más al niño los cambios que surgen posteriormente (madre que trabaja, traslado a otra vivienda, etc.), mientras que en el medio suburbano, rural y marítimo queda más estable la dinámica familiar, aunque el rito de duelo es muy prolongado.

Lo que es traumático para el niño depende pues del ambiente: situación de duelo constante en el medio rural, marítimo, suburbano (en este orden gradual cada vez menos), y en el medio urbano, los cambios bruscos en la dinámica familiar (esto ocurre cuando la muerte es del padre o de un abuelo muy influyente).

La patología por la muerte de un vecino, ocurre en el 95% en el medio rural, marítimo o suburbano, debido a las interacciones fuertes de vecindad que aún existen en estos medios. Poniéndose así en evidencia que en el medio urbano las relaciones de vecindad son menos estables.

Cuando muere un hermano, prácticamente la procedencia geográfica no influye, lo que sí influye es que éste sea muy cercano en edad al niño consultado; por lo que la pérdida parece que es hermano-amigo.

Cuando muere abuelo-a, el sentimiento de pérdida se dá más, aunque convivan, en el medio rural-marítimo-suburbano (por orden gradual), como si el anclaje afectivo fuera más directo en este orden. Es decir el abuelo es más "amigo" en los medios antes dichos y se le considera como, un miembro "que hay que soportar", en el medio urbano (igual ocurre con la presencia de los tios).

VI. 5. Los signos guía de la situación Neurótica, relacionada con la muerte ambiental, encontrados en nuestro estudio son en **niñas**: un 88% triste, en un 36% miedo, labil emocional (sensible) en un 36%, fracaso escolar en un 32% y trastornos del sueño en un 24%. En **niños**: triste en un 36%, fracaso escolar un 36%, miedo un 32% enuresis 32%, labil emocional (infantil o poco maduro) en un 27% y trastornos del sueño en un 27%.

VI. 6. Al estudiar el tiempo transcurrido desde la muerte (posible determinante de la sintomatología por la que el niño es consultado), hasta que la familia detecta algún cambio en la personalidad y conducta del niño, nos encontramos con dos tipos de reacciones: Unas que podíamos llamar "reacciones tardías" o "largo plazo" en las que había una personalidad básica previa con un componente neurótico, serían cuadros de

Psiconeurosis. En ellas, el niño es descrito como infantil, sensible, miedoso, etc.

Otras que podemos llamar "reacciones a corto plazo", donde la sintomatología era más aparatosa: cuadros histéricos, tics, vómitos, intentos de suicidio, etc. Estos se podrían encuadrar dentro de las Organoneurosis.

VI. 7. A lo largo de la vida del niño, la probabilidad de muerte de una persona con la que convive es del 80%, y de un 20% es de otros a los que también está unido afectivamente (amigos, vecinos, etc.).

VI. 8. El motivo de fallecimiento, del que va a ser (testigo, directa o indirectamente el niño, es en un 68% por enfermedad más o menos crónica (25% "a corto plazo" 43% "a largo plazo", siendo dentro de éstas el 13% cáncer, proceso del cual el niño va a ser espectador. Un 32% corresponde a muerte violenta o súbita (22% accidentes de tráfico y laborales, 5% suicidios, 5% infartos, accidentes vasculo-cerebrales, etc.).

VI. 9. Las primeras repercusiones de estos hechos son captadas por dos profesionales: Pediatras y Maestros, por lo que deben tener en cuenta la probabilidad de esta situación.

A los pediatras y médicos de Cabeceira, es relativamente frecuente y cada vez más, que se les pregunte sobre la conveniencia perjudicial o no de la asistencia del niño al duelo-funeral, sobre todo cuando hay algún miembro en la familia con una enfermedad crónica irreversible, llegado el momento final. Ambos tendrán que actuar de asesores de un hecho, repetimos, cada vez más frecuente, sin tener bases para una respuesta seria, ya que apenas existen estudios sobre el tema y casi ninguno en nuestro medio.

VI.10. Es curiosa la reacción de los familiares cuando sucede la muerte de

un ser querido, y su relación con el niño. A más nivel cultural, las familias suelen hablar de estos conceptos con los niños, ya sea contestando a las preguntas que ellos les formulen, ya pensando que los niños a partir de una cierta edad (8-9 años) pueden ser sensibles a esta situación; frente a los niveles culturales más bajos donde a pesar de rendir culto al duelo, que perdura mucho más allá de la ceremonia del entierro (lutos, cabos de años, actitudes sociales, es decir, una presencia latente ritual del duelo), no suelen hablar del porqué de todo esto con el niño, ni admiten si estos tienen una crisis (somatización, depresión, fracaso escolar, etc.) que tenga relación con la situación antes dicha. Y su opinión de cuando los chicos pueden ser sensibles a ella, es a una edad más tardía que los del grupo cultural medio y alto: a partir de los 12-13 años.

VI.11. En encuesta realizada a un grupo de profesores de E.G.B., donde se le preguntaba su opinión de todo lo anteriormente expuesto, admitían la repercusión de la situación de duelo con el niño, y para ellos esperaban en primer lugar la reacción depresiva (tristeza, apatía), en segundo lugar reacción de somatización (cefaleas, dolores abdominales, etc.); en tercer lugar alteraciones del comportamiento, y sólo en cuarto lugar la posibilidad de un fracaso escolar.

VI.12. Lo grave de una situación conflictiva, por una reacción infantil ante el duelo, no es la reacción en sí, sino que el ambiente no tenga en cuenta la autentica causa, porque al no ocurrir esto, se agrava dicha situación conflictiva, al tomarse otras medidas que no tienen nada que ver con la autentica etiología. Y mucho más serio es que, profesionales que atienden al niño, pediatras y maestros, desconozcan esta situación.

REGLAS PARA ABORDAR CON EL NIÑO EL PROBLEMA DE LA MUERTE

De nuestro estudio se desprenden algunas reglas sencillas que pueden ser de utilidad para los padres, pediatras y otros adultos que tengan que abordar el problema de la muerte en el contexto de la vida de un niño.

Primera, no tratar de engañar al niño. Aunque la falsa información puede confundirle, el niño capta el clima emocional y lo inserta en el estadio correspondiente de su desarrollo afectivo. Si acoplamos los hechos en una cosmología que extraña al niño, éste puede también interpretar nuestra explicación como engaño. Hablarle del cielo como de un lugar "allá arriba" puede originar equívocos.

Es preferible dejar los conceptos espirituales en un contexto animismo espiritual que traducirlos en la terminología de una geografía celestial trasnochada.

Segunda, procurar dar a las preguntas del niño respuestas simples y directas. Cuando nos negamos a responder o cuando lo hacemos con exceso de detalles, podemos provocar ansiedad. Es de la mayor importancia que preservemos al niño de ella. El temor a la muerte puede ayudarle a proteger su vida. Pero la ansiedad le amenaza con el riesgo de incurrir en comportamientos neuróticos inadaptados y autodestructivos.

Tercera, intentar comprender el contexto emocional y el grado de desarrollo del niño para responder a sus preguntas adecuadamente. Dar contestaciones de adulto a cuestiones infantiles engendrará confusión. Si nos acomodamos al nivel de la evolución del niño, nuestra respuesta tenderá a ser válida, tendrán sentido para él. Si nos distanciamos de la situación del niño, nuestras posibilidades de serle útiles disminuirán.

Cuarta, permitir que el niño participe en el funeral, pues al niño le gusta tomar parte en los acontecimientos importantes de la vida familiar de acuerdo con su capacidad de comprensión. Así como no necesita entender todo el significado de la sexualidad para asistir a las bellas ceremonias de una boda, tampoco tiene que comprender todo el alcance de la muerte para darse cuenta de que en la familia ha ocurrido algo muy grave, algo que le permite verificar la naturaleza del amor y el valor de la vida humana. Aunque hay que evitar al niño el colapso emocional que sufren sus modelos adultos, no le amenaza intensas emociones ni llantos, por que en esta ocasión se halla más unido a los adultos que en otras facetas de la vida.

CONCLUSION FINAL

Podríamos resumir éste tema destacando la importancia de ayudar al niño a que experimente de una manera sabia y serena el hecho ineludible de la muerte, pues los buenos o males afectos de esta experiencia influirán por mucho tiempo en su vida. No obligemos al niño a enfrentarse con la muerte en la conversación o las ceremonias del funeral o del entierro. Pero parece no mostrar una curiosidad que es normal, ello puede ser señal de que ya la muerte ha provocado en él más ansiedad de la que es capaz de soportar y por eso finge que no le preocupa el problema. Los adultos debemos acercarnos al niño con tranquilidad y acomodarnos a su nivel de preocupación interés. Esto contribuirá a un desarrollo más armonioso del niño quien adquirirá unos conocimientos y una sabiduría trascendentales para su salud interna y emocional. Y nosotros médicos de niños, aprendemos a ser más sinceros con nosotros mismos y con nuestros sentimientos intemos si nos esforzamos por tratar con toda franqueza nuestros niños.

VII. BIBLIOGRAFIA

- (1) AJURIAGUERRA, J.
Psicología de las pulsions agresivas
Manual de Psiquiatría Infantil (3ª Edición)
Editorial Toray - Massón, S.A. (1976)
Capit. XIII, Pp 437 439

 - (2) BATTLE CONSTANCE V.
Chronic Physical Disease
Behavioral Aspects
Symposium on Behavioral Pediatrics
Pediatric Clinics of North America
Vol. 22, nº 3, August 1975

 - (3) CLARK ANN L.
AFFONSO DYANNE D.
Childberaring: A Nursing Perspective
Death, capit. 42
Pp 853 864

 - (4) COLLINS, M.A.
Introversion and Depression
in mothers of cerebral palsied children.
Missouri Med, 62: 847, 1965
-



Estudio Clínico

"PROBLEMATICA DINAMICO-RELACIONAL EN LAS ENFERMEDADES CRONICO-METABOLICAS Y SU INFLUENCIA EN LA MADURACION"

Autores: Dr. J. L. Pedreira Massa
Dr. A. Benito

Unidad de Psiquiatría y Psicología Infantil del
Hospital Nacional Infantil Niño Jesús de Madrid
Departamento de Pediatría de la Facultad
de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid

"Le médecin psychologue apporte l'écoute, la compréhension de la demande implicite, l'indication de la distance qui rend la relation supportable pour chacun".

N. ALBY

INTRODUCCION

Cuando se plantean los problemas madurativos de las enfermedades metabólicas en la infancia, parece que acuden a nuestra mente una serie de afecciones que tienen que ver con la repercusión directa de estos procesos metabólicos en el desarrollo del S.N.C., es decir, es como si se nos remitiera a lo que, en patología clínica, se denominan errores innatos del metabolismo"

y que, de una forma muy directa, se dividen según los tres principios inmediatos clásicos. Pero la verdad, hay que reconocerlo, es que son una muy pequeña cantidad la prevalencia e incidencia de estas afecciones, con relación a la patología metabólica infantil. Por otro lado, hay determinadas endocrinopatías que quedan marginadas y, es de sobra conocido, su incidencia es mayor.

¿PORQUE DOS ENFERMEDADES CRONICO - METABOLICAS?

Otro aspecto a considerar es el hecho de que, es norma habitual, cuando se habla de maduración de las afecciones metabólicas existen muchas escuelas que se limitan a los aspectos cognitivos o a aquellos más conscientes. Es decir, pasan por lo manifiesto al significado, todo lo más, en una minoría, pueden llegar a mecanismos preconscientes del aparato psíquico. No obstante, hoy está admitido sin duda alguna, las improntas en planos más profundos de la personalidad son capitales, es más: la realidad interna, o mejor aún la elaboración inconsciente, la reorientación pulsional y la situación de los investimentos objetales es determinante para estructurar la dinámica relacional, tanto en el seno de la propia familia como en el mundo más mediato de relación (amigos, escuela, barrio, etc.), de esta suerte la maduración va a ir pareja a la situación vivencial y afectiva, en el plano intrapsíquico, con el desarrollo pulsional y libidinal y ello, no sólo en el aspecto más evolucionista o genético del término como consideración lineal, en constante relación con los procesos de acceso a lo simbólico y su relación con la cadena significativa inconsciente del ser infantil.

Dos afecciones, en este sentido, son las que pretendemos estudiar en este apartado de la ponencia. Bien definido que son algunos aspectos, no todos, sino una parte y con muchas interrogantes. Solamente una parcela determinada, pero que abra una posibilidad de discusión y unas vías para una posible investigación posterior. Tratamos dos metabopatías crónicas infantiles: diabetes e insuficiencia renal crónica. Como veremos, a priori, psicodinámicamente tienen que ver con dos situaciones evolutivas fundamentales: diabetes - incorporación - oralidad
I.R.C. - retención/eliminación - analidad

- 1.— Atendiendo al plano teórico, estas afecciones aportarán la influencia de una realidad exterior, sobre el desarrollo y la estructura psíquica.
- 2.— En el plano preventivo es interesante delimitar la gran frecuencia de alteraciones psicopatológicas en las afecciones crónicas, con relación a una demanda en población general.
- 3.— Porque si el funcionamiento peditra-psiquiatra es siempre deseable, en el curso de las afecciones crónicas metabólicas se evidencia por sí mismas en el hecho de la naturaleza de la propia enfermedad y su evolución clínica.
- 4.— Se margina el concepto de nivel intelectual, por el de reinserción social y potenciamiento de las actitudes frente a los procesos madurativos.
- 5.— En ambos procesos se plantean una dinámicas relacionales importantes a través de la dieta impuesta para el control de la enfermedad, los tratamientos, los controles médicos, etc.
- 6.— Por el hecho terminante de que se limita la autonomía del niño, pues de una u otra forma, se "depende" de algo.

Con estos aspectos vamos a intentar elaborar algunos parámetros relacionales en estos procesos crónicos a tres niveles, no queremos excluir los demás, pero el tiempo hace que nos limitemos a aquello que sea más relevante. Tampoco son elementos ni situaciones estanco, sino que mantienen una estrecha vinculación e interrelación, de tal suerte que las identificaciones y contraidentificaciones juegan el preponderante papel de la "repetición" simbólica a que remi-

te buena parte de la vida de relación y que desde Freud han tratado muchos autores (Grimberg, Lacan, Mannoni, Dolto, Raimbault, Sperling, etc.). Estos aspectos que, muy someramente, vamos a desarrollar serían:

- A) Dinámica familiar.
- B) Perspectiva escolar.
- C) Relación institucional.

DINAMICA FAMILIAR

El primer problema que se plantea es el de establecer un diagnóstico, lo cual se va a relacionar con un período de ingreso, más o menos prolongado, hospitalario para realizarlo. Lo primero que emerge son dos angustias básicas y estructurantes, tanto de la personalidad del niño, como en el seno relacional de la familia: la angustia de separación y la fantasía de muerte. Separación y muerte, dos conceptos que se coagulan con algo que se pierde, en uno queda la esperanza del retorno, en el segundo es un fin en sí mismo.

“Cuando mi hijo ingresó en Cuidados Intensivos Pediátricos por el coma, yo pensé lo peor. Estaba nervioso. No me quería creer lo que me decían los médicos, creía que me ocultaban algo”. Así expresaba el padre de un niño diabético, el hecho del ingreso y la primera toma de contacto con la enfermedad de su hijo.

Pero, más tarde, se les informa por parte de los profesionales sanitarios de la naturaleza de la enfermedad y los padres captan algo elaborándolo de acuerdo a sus propios procesos históricos, emergiendo sentimientos de culpa, buscando causalidades, desplazando ansiedades, etc. En efecto, algunas frases de los padres son demostrativas de estas vivencias:

“En mi familia no ha habido cosas de estas”.

“La culpa es del médico del ambulatorio que no le curó los vómitos y la acetona y luego mire”.

“Nunca había oído que en los niños ocurriera ésto”.

“Cuando nació le pusieron una transfusión y a lo mejor tenía azúcar”.

“Dicen que viene de herencia, pero nosotros estamos bien”.

“Cuando el embarazo de la primera yo tuve azúcar, pero con la dieta se me pasó y luego ya no tuve nada”.

“Nos ha tocado ¡qué le vamos a hacer”.

“Oiga y ésto ¿no será otra cosa?”

“Ya ve, y nosotros sin enterarnos”.

“Esto es de la familia de mi mujer que tenía una hermana de la abuela de parte de madre que tenía azúcar en la sangre”.

Sobre esas negaciones y desplazamientos se coagulan racionalizaciones tendentes a una exculpación por una culpa fantaseada o real y/o percibida en lo medio-dicho de las informaciones profesionalizadas.

Pero la busca de la causa, de la naturaleza de la enfermedad, del grado de implicación también tiene otros datos que ver y que desear saber. En efecto, este tipo de afecciones precisan: control dietético, controles analíticos y requerimientos terapéuticos específicos. Estas tres facetas tienden a mostrar una ambivalencia que se moviliza entre dos extremos: control obsesivo, o bien inseguridad y miedo. Todas estas variables van a tener su repercusión directa en el trato al niño y, como consecuencia, la afectación en el grado madurativo que puede alcanzar el niño crónicamente enfermo.

dinación con el colegio real, la desconexión con el medio escolar se incrementa, además disminuye el estímulo por el aprendizaje y se eleva el sentimiento de vivirse "diferente".

Por otro lado, la actitud ambivalente y sobreprotectora del ambiente familiar puede hacerse extensible a la escuela, lo cual hace que el rendimiento escolar y la obtención de beneficios secundarios sea más evidente.

No hay que marginar el grado de información que se tiene en caso del personal docente, que debe ser mínimo, no exento de tabúes y ambivalente. Emergiendo de esta suerte todo tipo de fantasías que hace que la actitud externa se muestre como insegura y, en muchas ocasiones, incapaz de ofrecer una actitud continente y de holding de manera adecuada, poniendo en juego sus propios procesos históricos y realizando toda suerte de proyecciones.

Obviamente las actitudes familiares juegan un importante papel, una madre de un niño diabético temía que su hijo corriera y se junxase con los demás niños diabético temía que su hijo corriera y se juntase con los demás niños por si le daba el coma. Los padres de Isabel, la niña con IRC, no la dejaban asistir al colegio y para cuidarla hacían que se quedara con ella la hermana mayor, con lo que tampoco acudía a su escolaridad.

relacion institucional

Pero en las vidas de estas familias se introduce un nuevo personaje: el médico. El cual actúa como un gran super-yo externo que da órdenes, vigila los controles, hay que rendirle cuentas, etc. El es quien tiene el saber. Pero, a la vez, él es el depositario de las angustias y ansiedades de la familia en su relación con la enfermedad.

"Los avances son muy grandes, decía un padre de un niño diabético, y seguro que inventarán algo para no tener que pincharlo y que se cure". La fantasía de curación desplazada hacia la figura del médico hace que se palie el sentimiento de culpa que los padres tienen, para soslayarlo nada mejor que "cumplir a rajatabla todo lo que nos dice el médico, sino ¿para qué venimos?"

En esta situación también cuenta la historia personal del médico, el cual se cree en la posesión de un saber, saber que, al aplicarlo sistemáticamente, obtura el acceso a la verdad personal del paciente. Aquí situamos la "escucha selectiva" que llevan a cabo los médicos orgánicos en las revisiones de estos procesos, interesan las raciones, el peso, la talla, la dosis de insulina, los análisis, etc., pero hay dificultades para escuchar el discurso del paciente y de la familia, lo que se oye es el discurso de la enfermedad. En este sentido hay que enmarcar las contraactitudes del personal sanitario y que remiten a la resolución de sus propios conflictos evolutivos y del rol que ellos juegan en el sistema.

Especial importancia cobra la primera relación en la información diagnóstica, en la cual el discurso profesionalista puede originar angustias y ansiedades variadas en relación con lo no comprendido y vivido de forma persecutoria y catastrófica por la familia. El otro polo es la simplificación de la información dada, con lo cual los padres se amarran a "lo positivo" y "olvidan" el resto para elaborar sus defensas de negación y desplazamiento.

REPERCUSIONES MADURATIVAS

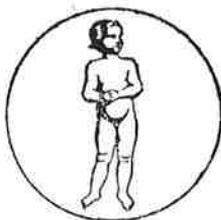
Todos estos aspectos someramente expuestos con anterioridad, son captados por el niño, el cual hace uso de ellos y va a interferir su maduración y desarrollo. En aras a ser escuetos intentaremos resumir:

- 1.— Tendencias regresivas, como respuesta a la sobreprotección y a la ambivalencia.
- 2.— Tendencias depresivas, por la vivencia de herida narcisista, vivencias paranoides por los controles, etc.
- 3.— Incremento de las pulsiones más masoquistas, la aceptación de los controles, los tratamientos, la llegada de las complicaciones como castigo a las transgresiones, etc.

- 4.— Fracaso escolar, debido a las ausencias escolares y al ambiente en torno a la enfermedad.
- 5.— Fantasías de muerte, castración y herida narcisista.
- 6.— Tendencia a las somatizaciones como forma de obtención de beneficios secundarios y de comunicación.
- 7.— Estructuras inseguras o el polo opuesto de rasgos caracteriales, en relación con la aceptación de la frustración.
- 8.— Proyección de sus males al medio ambiente, incrementando el sentimiento de culpa por su proceso de enfermedad.

Todas estas características van a depender de dos variables:

- a) Etapa evolutiva y pulsional del desarrollo madurativo y libidinal en que se diagnosticó la enfermedad.
- b) Vivencia y aceptación del ambiente familiar del proceso crónico.



- 2 Emma -
- 2 Carlos -
- 2 Ricard -
- 2 Victor -
- 2 Ana M^a -
- 2 Aarou -
- 2 Jori Lagardera -
- 2 Jordi Herce -
- 2 Juan Mariano -
- 2 Juan Loliua -
- 2 Ana de la Torre -
- 2 Jordi Estrella -
- 2 Mirella Cucala -
- 2 Olga -
- 2 Alberto Bru -
- 2 Lluís Rius -
- 2 Lluís -
- 2 Oscar -
- 2 Sandra -
- 1 Miquel Seg -
- 1 Edilene Vazquez -
- 2 Victor Lluís -

	L	M	X	J	V
31					
41					
51					
61					
71					
	L	M	X	J	V
	1	2	1	2	
	1	2	1	2	
	1	1	1	1	

240.000 M
 - 71.250 F

 168.750 M
 + 58.000 F

 226.750
 + 216.000 Y

 442.750
 - 10.000

 432.750
 + 41.500

 391.250

90.000
 32.000

 58.000 F

84.500
 43.000

 41.500

16
 8.000
 32.000

23
 15
 5

 43

12
 6

 18
 54

 216

