

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

Facultad de Filosofia y Letras  
Colegio de Psicologia

**Aportaciones del Estudio Psicológico en un  
Centro Psiquiatrico Infantil**

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a :

EVA VARGAS TENTORI



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**APORTACIONES DEL ESTUDIO  
PSICOLOGICO EN UN CENTRO  
PSIQUIATRICO INFANTIL**

TESIS PROFESIONAL U. N. A. M.  
EVA VARGAS TENTORI

A la memoria de mis padres.

A mis hermanos.

A Oddone, mi compañero en la vida.

A Gina mi hija.

A todos con amor.

Con la realización de esta tesis deseo expresar el afecto y la sinceridad que me merecen los Drs. Jorge Velasco Alzaga y Aniceto Aramoni.

Dedico esta tesis a la memoria de la Sra. Margarita Casassus de Sierra.

A través de este trabajo envío mi gratitud a las Sras. Gabriela Cervera, Emelia V. de Terr y al Sr. Enrique Laposse, por la ayuda y apoyo que me han brindado en todo momento.

Quiero hacer patente mi reconocimiento al Dr. José Remus Araico, director de la presente tesis, cuya orientación y consejos me permitieron llevar a cabo este trabajo.

Llegue mi profundo agradecimiento a las Sras. Lics. Esther Cimet de Aliphás y María Cohashi por su ayuda que fue definitiva para la realización de esta tesis.

Mi reconocimiento al Sr. Agustín Cortés Gaviño por la corrección ortográfica y la Srita. Guillermina Ortiz Zamudio por el trabajo mecanográfico.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION .....	1
Objetivos. Descripción de capítulos .....	3
CAPITULO I	
ENFOQUE MULTI DISCIPLINARIO. IMPORTANCIA CRECIENTE - DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS .....	7
Ventajas del estudio pluridimensional .....	9
Alcances y limitaciones de los tests psicológicos .	11
CAPITULO II	
HISTORIA DEL DESARROLLO DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL- EN GENERAL .....	23
Algunas perspectivas históricas .....	25
Los Filósofos. Los Educadores .....	28
Biografías de Bebés .....	33
Comienzos de la Psicología Científica .....	35
Psiquiatria Infantil. Primeros Escritos .....	37
El Niño Deficiente Mental y las Pruebas .....	39
Delincuencia .....	43
Movimiento de la Higiene Mental .....	47
Clínicas de Orientación Infantil .....	51
Terapia Infantil .....	52
Relación Madre - Hijo .....	60
Margaret Malher .....	65
Estudios Etológicos .....	77
CAPITULO III	
DESARROLLO HISTORICO DE LA PSIQUIATRIA EN MEXICO ..	79
Antecedentes Históricos .....	81
Hospital de San Hipólito .....	83

	Pag.
La Hacienda de "La Castañeda" .....	86
Hospital "Fray Bernardino Alvarez" .....	88
Desarrollo Evolutivo de la Psiquiatría Infantil ...	90
Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" ..	93
La Educación Especial en México .....	94
Antecedentes, Meta, Organización y Funcionamiento - del Tribunal para Menores .....	100
Clínica de la Conducta .....	104
Principales funciones y Objetivos de la Clínica de- la Conducta .....	106
El Futuro de la Clínica de la Conducta .....	111

#### CAPITULO IV

LA ORGANIZACION DEL CENTRO PSIQUIATRICO INPANTIL Y- SU SISTEMA DE TRABAJO .....	113
Bases. Personas que lo integran .....	119
Como se Realiza el Trabajo .....	120
Manejo Terapéutico .....	123

#### CAPITULO V

MATERIAL DE TRABAJO .....	125
Periodo de la Investigacion y Datos Importantes ...	127
Sexo .....	128
Edad y Sexo .....	131
Ingreso Familiar Mensual .....	135
Fuentes de Referencia .....	139
Motivo de Consulta .....	143
Estudios Realizados por las Diferentes Disciplinas.	147
Diversas Combinaciones de Trabajo Multidisciplina - rio .....	151

	Pág.
Diferentes Tipos de Pruebas Psicológicas .....	154
Tipos de Estudios Psicológicos Solicitados .....	157
Diagnóstico .....	161
Quadro Comparativo Entre los Diferentes Diagnósti - cos .....	165
Medidas Terapéuticas Sugeridas .....	169
Solución Final de los Casos .....	171
 <b>CAPITULO VI</b>	
<b>CASO CLINICO</b> .....	173
Procedimiento .....	175
Reporte de la Trabajadora Social .....	177
Reporte del Pediatra .....	186
Reporte del Psicólogo .....	190
Reporte del Neurólogo .....	200
Junta Clínica .....	202
Junta de Integración .....	203
Tratamiento .....	204
 <b>CAPITULO VII</b>	
<b>RESUMEN. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	213
 <b>CAPITULO VIII</b>	
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	225

EL PRECURSOR DE LOS PSIQUIATRAS FUE CUALQUIER  
HOMBRE QUE AYUDÓ A OTRO EN SU SUFRIMIENTO.

Franz, Alexander, M. D. y  
Steldon, Selesnick, M. D.

I N T R O D U C C I O N

Durante mis años de trabajo clínico he observado que en muchas ocasiones las aportaciones del estudio psicológico -- han sido una ayuda relevante en el diagnóstico integral del paciente. Frecuentemente el neurólogo, el psiquiatra, el pediatra, etc., han visto complementadas sus observaciones y -- clarificadas sus dudas gracias a las aportaciones proporcionadas por el psicólogo clínico, que difícilmente pueden detectarse sólo a través de entrevista.

Mi experiencia de trabajo también me ha permitido llegar a ciertas conclusiones respecto al beneficio que resulta cuando hay un intercambio profesional entre los especialistas de diferentes ramas; de este intercambio se benefician -- todos los que participan directamente en él, pero indudablemente que el más beneficiado será siempre el paciente, ya -- que el diagnóstico del mismo, el tratamiento y seguimiento -- serán resultado de varios puntos de vista integrados en un -- todo significativo.

Esta tesis no es más que el resultado de una convicción íntima de la bondad de las pruebas y de lo positivo que resulta la colaboración profesional mutua, convicción de la -- que quiero hacer partícipes a otras gentes.

Tratando de cumplir con estos objetivos, la estructurada a este trabajo sigue los lineamientos siguientes:

En el primer capítulo tratamos de ofrecer un panorama -- general en relación a la opinión de varios autores respecto a la importancia del enfoque multidisciplinario. Le sigue -- una breve relación sobre el desarrollo creciente que han adquirido las pruebas psicológicas en el diagnóstico clínico.

Así como en lo individual cada uno de nosotros es resul

tado de un pasado, que en cierta manera nos determina, en la labor profesional hay también marcos de referencia anteriores a través de los cuales partimos y nos proyectamos al futuro.

Por esto nos pareció interesante tratar de reseñar en -- forma breve lo que en materia de psiquiatría infantil se ha -- hecho tanto en el mundo como en nuestro país.

Esto aumentaría por sí solo un estudio y desde luego no pretendemos ni remotamente haber agotado el tema. Es por eso que en el 2º y 3er. capítulos tenemos como finalidad hacer notar la trayectoria tan ardua que se ha tenido que recorrer para llegar a la comprensión actual de las alteraciones de la -- personalidad en el niño.

Una vez señalado el cómo de una postura, en la que se -- ignoraba totalmente al infante, se ha pasado a una actitud en la que al niño se le estudia con toda minuciosidad y se le da la importancia que antes se le negaba, consideramos que MARÍA RET MALHER es una exponente relevante estudiando al niño en -- la relación madre-hijo. Sabemos que hay otros autores que se han dedicado al estudio de la psicología infantil, pero es -- ella quién, a nuestro parecer, ha enfatizado más este aspecto.

Por ello el final del capítulo segundo es una exposición de la teoría psicoanalítica de Margaret Malher sobre la importancia de la relación Madre-hijo y la influencia de la misma como causa de trastornos psíquicos.

El capítulo cuarto trata del inicio, organización, desarrollo y formas de trabajo del Centro Psiquiátrico Infantil, -- erigido en el año de 1968 por un grupo de profesionistas en -- este ramo y en el cual nosotros participamos como socios fundadores.

En la parte correspondiente al material de la investigación, capítulo V, anotamos los datos de la población examinada en los años 1968-1971; estos datos se refieren a la edad, sexo, ingreso familiar mensual, fuente de referencia, motivo de consulta, estudios realizados por las diferentes disciplinas, diversas combinaciones de trabajo multidisciplinario, diferentes tipos de pruebas psicológicas, diferentes tipos de estudios psicológicos, diagnóstico, cuadro com<sup>o</sup>parativo de los diferentes diagnósticos, medidas terapéuticas sugeridas, solución final de los casos. Dicha clasificación se desglosa a través de cuadros y diagramas.

En el sexto capítulo, para ejemplificar, escogimos un caso, describiendo en él detalladamente las aportaciones de cada uno de los especialistas que participaron en la integración del mismo, y naturalmente enfatizamos la forma en que el psicólogo clínico realiza su trabajo y la manera como analiza, relaciona, organiza, sintetiza, los resultados obtenidos mediante sus instrumentos de trabajo. El resumen, las conclusiones y las recomendaciones a las que se llegaron se encuentran en el capítulo VII.

El capítulo VIII ofrece la bibliografía.

Para llevar a cabo este trabajo nos ayudamos de la observación clínica y de la recopilación de datos relacionados con los 202 pacientes vistos durante 30 meses de trabajo.

C A P I T U L O I

ENFOQUE MULTI DISCIPLINARIO.  
IMPORTANCIA CRECIENTE DE  
LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS.

Detrás de toda conducta hay una motivación que puede o no ser consciente. La elección de un tema de tesis no escapa a esta regla. Al tratar de clarificar las razones que me motivaron, considero que mi elección de tema obedece a un deseo de participar a los demás una experiencia de trabajo de varios años en los que participé, junto con un equipo de trabajo constituido por neurólogos, psiquiatras, pediatras, psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales, en el estudio y tratamiento de niños que presentan diversos problemas de conducta y personalidad. Dentro de este equipo de trabajo el psicólogo juega un papel importante y definido: valorar y diagnóstica, abreviando así el proceso de diagnóstico.

Esta tesis tiene por objeto describir ese intento de trabajo en equipo que se hizo realidad entre un grupo de -- profesionistas de diversas ramas a los que unificaba el interés hacia el niño. Se logró edificar un centro psiquiátrico en el que cada uno, de acuerdo a su preparación y conocimiento, contribuyó en la medida de sus posibilidades.

Cabe preguntar cuáles son las ventajas del estudio pluridimensional. Pensamos que Karl Manheim (1) responde a -- nuestra manera de sentir cuando afirma: "el estudio de una disciplina debe hacerse sobre un nuevo plano de tipo integrador capaz de superar el obligado fragmentarismo de las disciplinas especiales. Estas, necesariamente parciales en sus enfoques, podrán darnos un conocimiento científico válido de la realidad, en tanto logran integrarse en una unidad superior. El paciente puede estudiarse desde diferentes puntos de vista de la neurología, psiquiatría, pediatría psicológica etc. Más ninguno de estos enfoques parciales nos dará-

de por sí un conocimiento valioso y en particular dotado de capacidad predictiva: ESTO UNICAMENTE PODRA LOGRARSE A TRAVES DE LA SINTESIS DINAMICA DE TODOS LOS ESQUEMAS PARCIALES DE ESAS DIFERENTES DISCIPLINAS. La personalidad es una unidad y su análisis neurológico, psiquiátrico, psicológico etc. es artificial si procede aisladamente.

Siguiendo este lineamiento podemos afirmar: "el trastorno de la personalidad del niño es de tal naturaleza que se hace necesario recurrir a los centros especiales en donde colaboren personas altamente capacitadas para tratar de descubrir cómo es el niño, tanto para poder orientar a los padres, como para proporcionar información fundada a las personas que se dedicarán al tratamiento del niño. Un centro abarca muchos -- campos de actividad. Sólo así se podrá contar con la opinión y el consenso de diversos miembros de las distintas disciplinas, antes de llegar a tomar decisiones finales respecto al niño" (2).

Las disciplinas que principalmente aportan mucho a la -- comprensión del niño son: el trabajo social, la pediatría, la neurología, la psiquiatría, la psicología, la pedagogía etc.-- Cada una tiene su finalidad y cada una es importante para el bienestar del niño que presenta alteraciones en su personalidad.

Teóricamente parece haber un consenso general sobre la -- importancia del trabajo en equipo, sin embargo, en la realidad diaria, esta aceptación aparente no ha funcionado en nuestro medio por múltiples razones que no es nuestro propósito -- estudiar. En otros países esta modalidad de trabajo en equipo es parte integrante del tratamiento: las Child Guidance Cli--

nics, en los Estados Unidos, son sólo uno de los ejemplos, - de los muchos existentes, que demuestran el éxito de este tipo de instituciones donde colaboran profesionistas de diferentes disciplinas.

Aun cuando los profesionistas reconocen la importancia de la interrelación disciplinaria y el enriquecimiento mutuo que resulta de un intercambio constante, trabajan cada uno - por su lado, en forma individual, y generalmente sólo en instituciones hospitalarias oficiales se tiene oportunidad de - funcionar en equipo.

El psicólogo clínico por su situación tan específica, - ya que desempeña una función de "laboratorista" (por llamarlo en alguna forma) del psiquiatra, se ha enfrentado en ocasiones con situaciones que ha sentido como una ofensa a su - dignidad profesional. Veamos lo que al respecto dice Bohm -- (3). "este es el lugar adecuado para decir algo sobre la colaboración del médico y del psicólogo, ya que el único método razonable de colaboración es el equipo como se tiene en - Norteamérica, donde el psiquiatra, el psicólogo y la visitadora social trabajan en un mismo pie de igualdad. En Europa - por desgracia, domina como en muchos países (y nosotros agregaríamos que en nuestro país también), lo que el psiquiatra - James G. Meller llama la "Packing order" (la ley psicológica de la jerarquía), y que en América ya ha sido, en general -- abandonada. Que en muchas partes el psicólogo clínico sea -- aún considerado como un auxiliar subalterno es, no solo una - cuestión de NARCISISMO DE LAS PEQUEÑAS DIFERENCIAS, que afecta a su prestigio, sino que constituye además un evidente -- perjuicio para una colaboración eficaz, puesto que bajo ta--

les relaciones frecuentemente no se le ofrecen al psicólogo - las condiciones de trabajo adecuadas.

Así como el médico, para establecer un diagnóstico debe conocer el resultado de las investigaciones biológicas y psicológicas para emitir un dictamen, el psicólogo NECESITA --- IGUALMENTE tener conocimientos de los hechos clínicos y de -- los resultados de la exploración biológica, ya que con los -- fundamentos que ellos le proporcionen puede dar el relieve de bido a los resultados del test, lo mismo que un radiólogo no puede dictaminar sobre sus hallazgos, sin conocer, aunque sea someramente, la historia clínica".

Históricamente es fácil explicar el porqué de la discriminación contra el psicólogo. La psicología es realmente una ciencia nueva, pero en el grado de desarrollo en que actualmente se encuentra, es inconcebible que se prescindiera de los - servicios que el psicólogo puede prestar.

"Durante siglos el estudio de la personalidad dependió - únicamente de la capacidad del investigador; en Psiquiatría - Krapelin, Bleuer, Freud son exponentes relevantes de una sagacidad clínica indiscutible. Actualmente por el extraordinario progreso científico, el estudio de la personalidad necesita complementarse con la aplicación de TECNICAS ESPECIALES -- para explorar al paciente. A principios del presente siglo se inició el empleo de métodos especiales para la detección y solución de problemas de conducta. Los tests psicológicos constituyen un método más para obtener mejor información y conocimientos de las alteraciones de la personalidad" (4).

Barclay (5), considera que aquellos profesionales preocupados por los niños, como serían los educadores, pediatras, -

enfermeras, trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos, se sienten constantemente perplejos por la inhabilidad o la incapacidad del pequeño para contarnos o decirnos qué es lo que piensa, creé o siente. Desde muy temprana edad los niños se dan cuenta que no es inteligente o seguro revelar -- qué es lo que piensa, sus deseos, sus sueños diurnos, sus fantasías. Es más, con su limitada experiencia y poco dominio del lenguaje, el niño es incapaz de verbalizar qué es lo que le pasa o qué significado tienen los eventos para él. Reconociendo estos obstáculos de comunicación y también la experiencia idiosincrásica de cada niño, los estudios del desarrollo de la personalidad y los terapeutas infantiles han utilizado una variedad de procedimientos que tienen por objeto evocar actividades ingenuas y espontáneas en las que ellos puedan descubrir con mayor claridad las relaciones, de otra forma incomprensible, del niño hacia el mundo y hacia sí mismo, y dentro de este contexto las pruebas psicológicas tienen un valor indiscutible.

Para Kanner (6), "no puede haber programa terapéutico-adeecuado, cuando no se conoce perfectamente al niño que debe ser atendido. Es imposible apreciar la integración específica de los factores que intervienen en los problemas del niño, mientras no se conozcan esos factores. La psicología ha creado métodos para el examen de ciertas funciones que no deben ser descuidadas al determinar el estado del paciente. Además hay muchas cosas importantes que se averiguan a través de la aplicación de las pruebas como serían el tipo de respuesta, el grado de atención, distracción, tensión, perturbación, negativismo, suspicacia, persistencia del es-

fuerzo, el deseo de agradar, el espíritu de chanza, la jactancia etc."

Con riesgo de parecer reiterativos, nos parece importante reforzar nuestros argumentos sobre la importancia del estudio psicológico con las observaciones de Karl Menninger (7):- "el objetivo de la estandarización de las pruebas psicológicas fue validar aquellas tendencias que según la experiencia-práctica de la clínica tienen mayor significación. La psiquiatría se halla en vías de alcanzar el mismo punto de desarrollo que alcanzó la medicina interna cuando se introdujeron los métodos clínicos de laboratorio para complementar el examen físico y la observación directa del paciente. La diabetes fue identificada y tratada mucho antes de que se difundiera el uso de las reacciones de Gehlins y Kolín; pero actualmente se necesitaría ser extravagante y audaz para emprender el diagnóstico y tratamiento de la diabetes sin la evidencia del laboratorio. La nefrosia puede reconocerse fácilmente en sus etapas más avanzadas sin la ayuda del laboratorio, pero sería incorrecto que un médico despreciara la información del laboratorio para establecer un diagnóstico precoz de esa enfermedad o para medir su evolución. Así pues, EL LABORATORIO PSICOLÓGICO SE HA TORNADO INDISPENSABLE PARA EL PSIQUIATRA CLÍNICO".

¿Cuáles son los elementos con que se trabaja en el laboratorio? la respuesta es obvia: las pruebas o tests psicológicos. "La prueba psicológica es el método mediante el cual se logra que impulsos, emociones sentimientos y conflictos personales que están en relación con la adaptación o inadaptación se exterioricen a una situación inmediata que es la prueba. - El objetivo de los tests psicológicos es obtener información-

válida de la persona examinada, partiendo de situaciones que han sido previamente estandarizadas. El material en el que se basa el diagnóstico es relativamente fácil de registrar íntegramente; la obtención de los datos durante la aplicación de los tests se lleva a cabo en una situación estandarizada, la cual da margen a una mínima inferencia de los factores subjetivos por parte del examinador, en la elección de los datos suministrados por el sujeto; existen características de organización mental y afectiva que no son fáciles de deducir a partir de la historia del caso ya que no pueden ser verbalizadas por el paciente, en cambio son manifestadas en los tests y por lo común constituyen los indicios más sensibles del tipo de adaptación del paciente y en especial de la inadaptación inminente" (8).

El Psiquiatra puede enfrentarse con áreas de incertidumbre para el diagnóstico, cuya clarificación será facilitada por la utilización de herramientas psicológicas. En los primeros días de la psicometría, cuando la aplicación de los tests psicológicos sólo significaba la medición y descripción más específica de la inteligencia, era comprensible que los psiquiatras consideraran secundarias las pruebas, pues como decíamos, en un principio los tests psicológicos sólo detectaban el retardo mental. En la actualidad esta detección sigue siendo un objetivo importante de ciertos tipos de tests psicológicos, pero su uso se ha ampliado, incluye la detección de la desadaptación emocional y otro tipo de alteraciones como serían las de tipo perceptual, social etc.

Continúa diciendo Menninger que el uso de los tests psicológicos ha recorrido una larga trayectoria y en el presen-

te se halla a una altura de la que muchos psiquiatras no parecen haberse dado cuenta. Sin temor a exagerar puede afirmarse que es la parte de la ciencia mental que ha hecho mayor progreso relativo en los últimos años. Nuestra experiencia nos ha demostrado, ininidad de veces, que los resultados obtenidos con los tests psicológicos, conducen al descubrimiento de condiciones más (o menos) graves que lo que las observaciones clínicas harían sospechar. La observación ulterior nos ha probado que los tests psicológicos generalmente tienen razón.

"En la actualidad hay una multitud de tests de inteligencia, así como de aptitudes, de desarrollo etc. Hay tests que miden el vocabulario de las personas, la habilidad para la lectura, la velocidad de la escritura, los conceptos numéricos, el dibujo, la coordinación muscular, la habilidad mecánica, la comprensión, la memoria, el juicio, la imaginación, la creatividad y muchas otras funciones. Cada test aporta su generosa contribución a los recursos de que se dispone para apreciar la capacidad de un niño, en comparación con el término medio correspondiente a su edad y a su grado escolar. Pero sería imposible someter a todos los niños a los centenares de tests específicos que existen actualmente" (9).

"Administrar una batería de tests psicológicos a todos los niños a quienes se les debe hacer el diagnóstico tendría tan poco sentido como el tomar una serie completa de radiografías gastrointestinales a todo paciente que se quejara de dolor de estómago. Al igual que los procedimientos de diagnóstico que tiene a su disposición el médico, los procedimientos psicológicos representan ítems valiosos en el armamento del psiquiatra, pero tienen que ser utilizados con un grado de ---

selectividad congruente para obtener información específica" (10). Al decidir si hay que aplicar o no las pruebas psicológicas, debe tomarse en cuenta: a) el motivo del estudio; b)- las posibilidades del paciente; c) el contexto de la aplicación; etc.

"Los tests deben ser usados únicamente por expertos que sepan administrarlos y evaluarlos. El personal médico de todas las clínicas psiquiátricas incluyen un psicólogo, cuyos servicios son indispensables. Pero un psicólogo no es un simple aplicador de tests. El contenido de algunas respuestas - suele ser por lo menos tan importante como el mayor o menor puntaje final. A un niño que le preguntaron cuantas palabras distintas podría nombrar en tres minutos comenzó diciendo: - "padre, revolver, crimen...." había sido su primera expresión de hostilidad hacia un padre severo y rechazante. A una niña muy inteligente, que en el momento de pasarle la prueba estaba disgustada con todo mundo. Le hicieron esta pregunta de Binet: "¿qué debes hacer cuando rompes algo que no es tuyo?", respondió: "escapar". Si una compañera la golpeará sin querer, "le devolvería el golpe". Eran respuestas "malas" para el tanteo, pero la niña tenía mejor criterio; cuando le preguntaron que harían otros niños en las mismas circunstancias dió las respuestas "buenas". Las respuestas inadecuadas eran buenos indicadores de su verdadero estado de ánimo" (11). No se nos escapa que el juicio individual y otros factores subjetivos desempeñan un papel importante en los sistemas de estimación de estos procedimientos de diagnóstico. Especialmente ocurre así en las técnicas proyectivas. Esto implica una formación especial de parte del psicólogo y la ha-

bilidad necesaria del mismo, así como un conocimiento del criterio que debe emplearse para evaluar el desempeño de un niño o para justipreciar su personalidad.

Sabemos que ésto ha sido un arma que se ha utilizado en contra de los tests, diciendo que la bondad de los mismos depende de la pericia de quien los aplica o interpreta. Es más, aceptamos incluso que la personalidad del examinador influye en los resultados que pueda obtener el examinado: "un niño de seis años de edad fue examinado cuando ingresó en el escuela; sumamente tenso ante un examinador frío y formal, alcanzó una puntuación tan baja que lo rechazaron por "debilidad mental". Llevado a un estado de ánimo tranquilo por el psicólogo de la clínica, logró un C. I. de 112. La impresión de debilidad mental se debe a veces a la torpeza del examinador, y otras veces a importantes impedimentos del niño. Vemos pues que un C. I. no es la única ni la mayor información de los tests, incluso en los que específicamente miden inteligencia. Un C. I. aislado da una imagen incompleta y puede a veces inducir en error. Las decididas negativas de un niño que se resiste, o la falta de respuestas de un niño retraído, producen un puntaje muy inferior al que representarían sus reales aptitudes.-- Hay varias causas que pueden ocultar la capacidad de un niño, total o parcialmente. El psicólogo debe estar sensibilizado a las diferentes situaciones que pueden provocar lo anterior, - por ejemplo las deficiencias visuales, no solamente la miopía, la presbicia, el astigmatismo y la trefia óptica, sino también la reducción temporaria de la visión debido a la administración de atropina para la refracción; disminución de la capacidad auditiva; comprensión incompleta de las palabras o --

sordera verbal; incapacidad específica para la lectura; la - escritura o los números; negativismo; bloqueo afectivo; re-  
-traimiento esqui-zofrénico; frecuentes ataques de pequeño mal  
o fenómeno de disritmia subclínica; influencia de los sedan-  
tes; etc.

"Se requiere mucha experiencia para descubrir estas per-  
-turbaciones. La incapacidad para determinarlas redunda en la  
-evaluación deformada de las aptitudes del niño. Esa evalua-  
-ción, expresada en función de la edad mental y el C. I., ya-  
-no es el principal papel del examen psicológico, como lo era  
-en el cuarto lustro de este siglo, pero sigue teniendo un im-  
-portante valor de orientación; de ella depende la decisión -  
-sobre la mejor adaptación escolar y la preparación profesio-  
-nal, así como la decisión sobre las posibilidades terapéuti-  
-cas y la elección de otros tratamientos. Determina, además,-  
-la naturaleza del objetivo terapéutico, hace inecesarias las  
-conjeturas, provengan de padres, maestros o médicos, que --  
-tienden a tomar la timidez o la aversión al estudio como --  
-"torpeza" y la astucia o la locuacidad por inteligencia" --  
(12).

Al hacer uso de las diversas técnicas psicológicas como  
-complemento del proceso de diagnóstico, el psiquiatra infan-  
-til y el psicólogo deben estar muy bien informados de sus li-  
-mitaciones y valores y no llamarse a engaño. Cada una de --  
-esas técnicas deberá ser considerada como un instrumento de-  
-laboratorio; en otras palabras, sus resultados no deben ser-  
-aceptados aislada ni ciegamente.

La tendencia de los psicólogos es crear instrumentos de  
-medición eficaces por sí mismos, cuyos resultados no depen--

dan de la experiencia o capacidad del examinador, pero hasta la fecha no ha sido posible evitar el factor subjetivo. Se -- tiende, sin embargo, a reducirlo a un mínimo. Así "los tests- psicométricos dicen muchas cosas sobre la personalidad de los niños. Su papel básico es el investigar la capacidad de los - niños para realizar determinadas tareas, más que informarnos - como son, nos dicen de lo que pueden hacer los niños. Claro - que se infieren otros datos pero cualquier otra observación - que se extraiga dependerá de la sagacidad del examinador y -- son producto complementario del examen, sumamente valiosa, pe - ro no directa" (13).

Paralelamente ha tenido lugar un movimiento diferente -- aunque no necesariamente opuesto al primero. Durante los últi - mos años se ha hecho notar la necesidad de contar con métodos que hicieran algo más que evaluar actividades más o menos ais - ladas y medibles, la tendencia ha sido tanto estudiar los com - ponentes intelectuales de la personalidad como los emociona-- les, ir a una integración completa de la personalidad en sus - intentos de adaptación. Ya sean psicométricos o proyectivos - los exámenes psicológicos sirven como ayuda para evaluar las - limitaciones y las ventajas del niño enviado para su estudio- psiquiátrico, especialmente si se trata de determinar la exis - tencia de dificultades en el aprendizaje, retardo mental, una - posible lesión cerebral o psicosis. Los tests proyectivos tam - bién permiten obtener un cuadro general de las áreas conflic - tivas del niño y de su dinámica intrapsíquica.

Aun cuando el objetivo directo de la tesis no es salir a la defensa de los tests psicológicos, ni hacer una apología - de su utilidad, son el instrumento de trabajo que conduce a -

un diagnóstico y comprensión profunda del paciente. Sabemos que los tests no han alcanzado ese grado de perfección que los hace invulnerables a la crítica. "La comunidad científica ha lanzado violentas ráfagas de crítica contra los tests proyectivos desde que Herman Rorschach creó el primero de ellos. Con todo, ahora que los tests proyectivos entran en su quinta década de aplicación en la psicología clínica, no sólo han superado las tormentas sino que florecen firmemente demostrando con su vigor y desarrollo, que constituyen herramientas valiosas para el psicólogo clínico. Además, éste último no ha dejado de comprender, a través de estos años, que algunas de las críticas son justificadas, y ha dedicado sus esfuerzos a fortalecer la validez científica de estos instrumentos" (14).

Para finalizar, el trabajo en equipo exige ciertas características de las personas que intervienen en él: tolerancia hacia la opinión del otro; conocimiento de las propias limitaciones respecto al derecho que tiene la otra persona a discrepar. "Ocasionalmente puede suceder que existen discrepancias visibles entre la historia del niño y el cuadro clínico por un lado, el resultado del test por el otro, ningún tipo de testimonio debe rechazarse en favor del otro. Un estudio completo de los resultados aparentemente contradictorios proporcionará usualmente una explicación que acrecentará la comprensión diagnóstica de los problemas del joven paciente. Cuando se realiza un esfuerzo determinado para resolver discrepancias como las señaladas, pueden surgir de pronto hechos totalmente nuevos, que sean eventualmente de interpretación fundamental en la situación total" (15); el traba-

jo en equipo permite enriquecerse con el conocimiento que los demás pueden aportar; pero requiere flexibilidad de parte de los integrantes del equipo para poder modificar una opinión errónea, sin sentirse por ello lastimado en su narcisismo personal, así como también capacidad para relacionarse en un plan de igualdad.

"La mayor confianza para el futuro es de que este enfoque multidisciplinario no sólo lleve a un tratamiento más afectivo de los desórdenes psicológicos en los niños, sino que también abra camino para una psiquiatría preventiva exitosa de todos los grupos económicos" (16).

Tenemos la esperanza de no haber adoptado una actitud carente de objetividad. Nuestra intención no ha sido sobre enfatizar ni subestimar el papel del psicólogo dentro del equipo. Esperamos haber logrado señalar con honradez y veracidad los alcances y limitaciones que a veces obedecen a factores subjetivos relacionados con la personalidad del psicólogo y en ocasiones se deben a la índole de los instrumentos que maneja. Sabemos que respecto a los instrumentos de que se ayuda en su trabajo no hemos agotado lo que podría decirse. Nuestro propósito no es convertir esta tesis en una apología de los tests, solamente señalar lo erróneo que sería menospreciarlos, cuando pueden aportar tanto.

C A P I T U L O   I I

HISTORIA DEL DESARROLLO DE  
LA PSIQUIATRÍA INFANTIL  
EN GENERAL.

## ALGUNAS PERSPECTIVAS HISTORICAS.

La cultura occidental contemporánea tiene un enorme interés en el niño y, evidentemente, ha facilitado el progreso de la psicología infantil. A medida que la cultura se ha ido interesando cada vez más en el niño, la psicología infantil se ha convertido en una disciplina científica vigorosa y sustancial.

Pero hasta el siglo VII (período relativamente reciente, en relación con el total de occidente) se hizo especial incapie en la infancia como segmento particular del ciclo de la vida. Algunos eruditos y pensadores excepcionales de la antigüedad se interesaron en el desarrollo del niño porque advirtieron, intuitivamente, que lo que ocurre en la niñez ejerce una vigorosa influencia en el desarrollo ulterior. Platón, -- por ejemplo, advirtió la importancia que tiene el entrenamiento a temprana edad para la determinación de las aptitudes, -- las vocaciones y el ajuste ulterior del individuo. En su República comentó las diferencias inherentes entre individuos y -- recomendó que se tomasen disposiciones para descubrir las aptitudes sobresalientes de cada niño, de manera que pudiese -- iniciarse pronto una educación y un entrenamiento específico -- ajustado a sus talentos particulares.

Sin embargo hasta hace tres siglos, en Europa occidental no se consideraba a la niñez una etapa particular del desarrollo humano, ni se trataba a los niños de manera distinta. Esto lo señala magistralmente el historiador francés Phillip -- Aries en su libro Centuries of Childhood (17).

Evidentemente los niños muy pequeños necesitaban cuida -

dos y atenciones y habiendo adquirido un mínimo de capacidad para cuidarse así mismos, se convertían en "adultos pequeños" que se mezclaban, trabajaban y jugaban con las personas adultas.

Es interesante señalar que, en el arte medieval, se representó a los niños como adultos inmaduros, e inclusive, en los siglos XV y XVI, se les ve en pinturas, que no tienen carácter religioso, reunidos con adultos en el trabajo, el descanso o los deportes. Incluso la ropa no era característica más bien vestían como los adultos de su misma clase social.

Tampoco se esperaba que la conducta de los niños difiriese notablemente de la de los adultos. Después de la edad de tres o cuatro años, jugaban los mismos juegos que los adultos y participaban plenamente en las celebraciones y festividades de la comunidad. En la escuela medieval no existía un sistema graduado de educación, en virtud del cual los temas se fueran introduciendo de acuerdo con su grado de dificultad. Alumnos de diversas edades, desde los 10 hasta los 20 o más años, se mezclaban en el mismo salón de clase. No se pensaba que los niños fuesen "inocentes" o que necesitaran ser protegidos de las alusiones o las cuestiones sexuales. Los niños participaban en la vida violenta, libertina de la época.

El siglo XVII trajo consigo un gran cambio en las actitudes respecto a los niños y a la moral. Por razones que todavía no se entienden plenamente (pero que probablemente están ligadas con las vigorosas corrientes religiosas de la Reforma y la Contrarreforma), clérigos y humanistas de esa época comenzaron a recomendar la separación de los niños respec

to de los adultos e inclusive de los adolescentes. Gradualmente, estos pensadores influyeron en los padres y apareció una nueva actitud (centrada en torno al niño y a su educación).

El niño se convirtió en una persona "especial", dejó de vestir como los adultos. A partir del siglo XVIII, las pinturas no los muestran vistiendo ropas propias de su edad.

La educación moral se convirtió en uno de los objetos --- principales de la vida escolar. Los hombres de la Reforma consideraron que a todos los niños, inclusive a los de las clases inferiores, se les debería proporcionar la instrucción religiosa que hasta entonces se había reservado a unos cuantos privilegiados.

De tal manera la educación pasó a ser considerada como --- "la única forma posible de dar un sentimiento de moralidad en los individuos de las clases inferiores, de convertirlos en sirvientes y trabajadores, con lo cual se le proporcionaría al --- país una buena fuerza de trabajo".

La insistencia de estas autoridades del siglo XVII en la importancia moral y social del sistema de educación, fue acompañada de un subrayar la necesidad de crear instituciones especiales con fines educativos. Durante este período, por tanto, --- la estructura escolar también se modificó y cobró una forma --- más semejante a la de la actualidad: los grupos o clases se --- distribuyeron en salones diferentes, se fue haciendo avanzar --- año por año a los niños y se reservó un salón para cada clase --- o grado, los cuales se constituyeron con fundamento, en gran --- parte, en las edades de los niños.

Aunque pareciera que nos estamos desviando de nuestro propósito inmediato: la historia de la Psiquiatría Infantil, es ---

importante señalar que ésta, al igual que la Psicología infantil, nace de una raíz común que nutre a ambas, ya que sus principios están irremediabilmente ligados a la historia de la pedagogía y ésta, a su vez, nace como una rama de la filosofía. Es por ello que dedicamos todo un capítulo especial a los precursores de la pedagogía cuyas ideas siguen aún vigentes en nuestros días, a pesar de todas las modificaciones ulteriores.

## LOS FILÓSOFOS, LOS ENCADRES.

Lugar preferente entre los precursores de las ciencias del niño ocupa Juan Amós Comenio (18) (1592-1670); subraya - que la educación a de comenzar por la infancia y seguir el - curso de la naturaleza. Para sentar las bases de esta "educación natural" bosqueja un esquema ideal de la evolución humana que abarca desde el nacimiento hasta los veinticuatro años.

John Locke, filósofo inglés de fines del siglo XVII, -- consideró que la experiencia y la educación del niño eran -- los determinantes fundamentales de su desarrollo, aún cuando reconoció la existencia de "propensiones congénitas". La mente del niño, escribió, es una tábula rasa (una especie de hoja en blanco) y, por tanto, el niño es receptivo a toda clase de enseñanza.

Crefa en la racionalidad esencial del hombre; "El gran principio y fundamento de toda virtud y valor se fundamenta en - ésto: en que un hombre es capaz de negar satisfacción a ----

sus propósitos y propios deseos, de contrariar sus propias inclinaciones y de obedecer puramente a lo que la razón establece como mejor, aunque sus apetitos le inclinen hacia el otro lado".

El objeto de toda educación, por lo tanto, es la disciplina, el dominio de sí mismo y la "facultad de negarnos a nosotros mismos la satisfacción de nuestros propios deseos, --- cuando la razón no los autoriza". Para alcanzar estas metas - los padres deben instruir a los niños en la "abnegación desde la cuna.

Jean Jacques Rousseau, (19) filósofo ginebrino de mediados del siglo XVIII, consideraba que el niño está dotado de un sentido moral innato. En su libro Emilio llamó al niño "noble salvaje" que poseía un conocimiento intuitivo de lo bueno y de lo malo, y al cual deformaban las restricciones que le imponía la sociedad.

Rousseau pensaba que no se le haría daño, ni al niño ni a la sociedad, si se le dejaba crecer con poca vigilancia y dirección de los adultos. El niño se volvería cada vez mas apto para vivir en el mundo, no en virtud de la incesante vigilancia de sus maestros y tutores, sino porque la Naturaleza - lo había dotado de un orden de desarrollo que garantizaba su crecimiento sano. Más aún, las intervenciones características de los padres y los maestros deformaban y obstaculizaban la sucesión natural de los cambios efectuados durante la niñez; - el niño que el hombre criaba casi sin duda habría de ser inferior al niño criado por la naturaleza.

Las concepciones de Locke y Rousseau, en lo tocante a cómo se desarrollan los niños, hacen un notable contraste. La -

concepción de Locke era esencialmente la de la Psicología asociacionista: el desarrollo del niño está determinado por su educación; y, más concretamente, a su conducta dan forma sus experiencias, las recompensas y los castigos, proporcionados por el ambiente. "Reconozco que el bien y el mal, la recompensa y el castigo, son los únicos motivos para una criatura racional; son las escuelas y las riendas gracias a las cuales - la Humanidad entera es obligada a trabajar, es guiada, y, por consiguiente, han de ser útiles también para los niños. Y recomiendo a los padres y tutores que tengan siempre esto presente: que a los niños hay que tratarlos como criaturas racionales".

En el pensamiento de Rousseau, el niño responde activamente al mundo que lo rodea, pone a su servicio su ambiente, y lo usa según conviene a sus intereses. Va ajustando sus capacidades al mundo en el juego y en la solución de problemas, no como recipiente pasivo de las enseñanzas del maestro ni como víctima de las contingencias, como sostiene Piaget, sino como un explorador activo, que hace pruebas, que está motivado. El conocimiento no es una invención de adultos que se vierte en recipientes dispuestos a aceptarlo o reacios a recibirlo; es la construcción conjunta del niño en la naturaleza y el mundo natural. La búsqueda activa del niño, que fija sus propios problemas hace contraste con el receptivo, inclusive del que está dotado de curiosidad, en quien la sociedad impone su sello.

Como veremos más adelante, las teorías modernas del desarrollo difieren también (como lo hicieron Locke y Rousseau) - en sus concepciones de las relaciones del niño con el mundo.-

Algunos teóricos modernos entienden que el desarrollo del niño es primordialmente pasivo y reflexivo, que responde a las presiones (recompensa y castigo) del ambiente. Para otros, el niño se desarrolla a través de una relación activa e intencional con su ambiente, mediante la organización y la interpretación de sus experiencias y el intento de resolver problemas.

Las obras de Locke y Rousseau fueron importantes influencias para el estudio del desarrollo del niño, pero las teorías de estos filósofos, no obstante su penetración, fueron de carácter especulativo y no se sujetaron a prueba. Los teóricos e investigadores contemporáneos tratan de confirmar sus hipótesis mediante observaciones y experimentos sistemáticos y cuidadosos. "Las teorías de los filósofos de los siglos XVII y XVIII estaban condenadas a ser un tanto difusas y contradictorias hasta que el niño se convirtiese en objeto propio del estudio científico.

El primero que se propuso seguir de modo sistemático el camino señalado por Rousseau fue Pestalozzi (20) (1746-1827), educador suizo que dedicó su vida a la enseñanza de los niños pobres. Pestalozzi siempre enfatizó, como Locke y Condillac, que el conocimiento surgía de las observaciones, que a su vez estimulaban el desarrollo del potencial innato del hombre. Estos puntos de vista revolucionarios educativos de Rousseau y Pestalozzi empezaron a estimular la imaginación de maestros y científicos. Pestalozzi trató de desarrollar un sistema educativo en base a sus ideas; él sentía que debían estimularse los poderes innatos de observación y percepción y además desarrollarse con la educación. Con este propósito ideó algunos métodos, como las salidas al campo y otras actividades que --

permiten al niño la observación directa y la participación.

Froebel (21) (1782-1852), fundador del Kindergarten, también creyó que se podrían desarrollar las potencialidades del niño con la actividad si se le daban estímulos apropiados. Estas ideas estaban en contradicción con las viejas teorías, según las cuales el niño no tenía cualidades innatas positivas-capaces de ser desarrolladas, y se le debía forzar a aceptar las ideas y los principios morales impuestos desde afuera. En 1852, año en que murió Froebel, había en Alemania muy pocos Kindergarten particulares que más tarde fueron prohibidos. En los Estados Unidos el primer Kindergarten lo abrió en 1860 la Srita. Elizabeth Peabody, en la ciudad de Boston. El primer Kindergarten público se inició en San Louis, en el año de 1873.

Otro relevante teórico de la educación en estos primeros años fue Herbart (22) (1776-1841), quien adoptó las ideas de Pestalozzi y Froebel. Llegó a sus teorías psicológicas partiendo de sus experiencias como maestro e influyó mucho en el uso de métodos, tanto en la educación como en la psicología. También fue uno de los primeros en demostrar interés en la psicología fisiológica. Reconoció la importancia que enfatizaba Pestalozzi, de los poderes de observación del niño y de la relación de éstos con sus actividades. También postuló que el niño debe asimilar nuevos conocimientos en base a los pasados y que la educación debe ser adecuada para que el niño pase del núcleo familiar a las relaciones extrafamiliares. Puso en práctica sus ideas en una escuela experimental y entrenó maestros de acuerdo a su teoría.

De las ideas de estos primeros escritores sobre pedago -

gía nos vienen dos principios de la educación moderna, que -- son:

1) Las actividades naturales y espontáneas del niño son los factores principales en su educación y 2) el niño pasa cada una de las diferentes etapas de su desarrollo con un tipo de actividad propia en cada etapa. Estos estudios también son importantes porque marcan el comienzo de un reconocimiento del niño como un sujeto que merece atención y estudios por sí mismo y a quien no debe tratarse como un adulto subdesarrollado.

#### BIOGRAFIAS DE BEBES.

A consecuencia de estas nuevas actitudes generales, los niños pasaron a ser considerados como adecuados sujetos de estudio. Filósofos, biólogos y educadores comenzaron a descubrir a sus propios niños, y algunos de los más curiosos y decididos trataron de informarse acerca de ellos mediante el novedoso procedimiento de la observación. Ya Johan Heinrich Pestalozzi, en 1774, publicó notas fundadas en las observaciones cuidadosas del desarrollo de su hijo de tres años y medio de edad. Su obra fue reflejo de sus propias teorías, las cuales, como las de Rousseau, hicieron incipiente en la bondad innata del niño y en el papel que desempeña la propia actividad de la criatura en su desarrollo. Trece años más tarde, en 1787, Dietrich Tiedmann (23) publicó una especie de diario de conducta infantil en el que registró el crecimiento sensorial, motor, lingüístico e intelectual de un sólo niño, durante los treinta primeros meses de la vida.

En el siglo XIX, comenzaron a aparecer una serie de "biografías de bebés". El autor más destacado de este género de biografías fue el padre del evolucionismo, Charles Darwin; (24) que publicó un diario de las observaciones realizadas durante el desarrollo a temprana edad de su propio hijo. Darwin consideró que el niño era una mina de información acerca de la naturaleza del hombre: "mediante la cuidadosa observación del bebé y del niño, se puede descubrir el origen del hombre". El hecho de que un científico y teórico distinguido escribiese una biografía de un bebé fue por demás notable e impresionante: convirtió a la biografía de un bebé en un documento legítimo.

A pesar del talento de algunos de los autores, estas biografías de bebés no son, por lo general, buenas fuentes de datos científicos, muy a menudo se fundaron en observaciones que carecían de carácter sistemático y se habían hecho a intervalos regulares. Además, como el propio Darwin, la mayoría de los observadores tenían sus propias teorías especiales en materia de desarrollo o de educación y consideraban al niño que estaban observando como expresión viviente de sus teorías. Así también, los autores eran, por lo común, padres o tíos orgullosos de sus crías, e indudablemente sus percepciones fueron predispuestas y selectivas. Es fácil comprender su propensión a subrayar los aspectos curiosos, positivos, del primer desarrollo y a pasar por lo alto algunos de los negativos. Finalmente, como cada biografía estaba fundada en un solo caso resultaba casi imposible hacer generalizaciones válidas a partir de cualquiera de ellas.

No obstante, al igual que las obras filosóficas de épo -

cas anteriores, estas biografías tenían algún valor, pues con tenían cierta información y muchas hipótesis acerca del desarrollo.

De hecho, las conclusiones que se sacaban de las biografías de bebé, no fueron, no con mucho, tan importantes como la influencia que ejercieron por lo que toca a formular algunos de los problemas fundamentales de psicología del niño (muchos de los cuales todavía no están resueltos) a despertar el interés por el estudio científico del niño.

#### COMIENZOS DE LA PSICOLOGIA CIENTIFICA.

Hacia finales del siglo XIX hubo ciertos escritos o estudios, aunque no hechos por psiquiatras, que intentaron explicar la conducta del niño y su psicología, como Charles Darwin Pestalozzi, etc., que estimularon una obra semejante en otros lugares.

William Preyer (25) en Alemania publicó una importante obra de observación intitulada La mente del niño, que elaboró los patrones de crecimiento, de desarrollo y de conducta.

El Psicólogo James Scully (26), escribió una obra Los Estudios de la Infancia (1895), en la cual observa que el juego revela muchos de los procesos mentales del niño. Esta obra fue basada en las propias observaciones de Scully y en los reportes que le enviaban los padres y los maestros de los niños. Su obra es importante para los psicoterapeutas actuales por el énfasis que Scully da a la imaginación y al juego de los niños. El sentir que un mejor entendimiento del juego incre

mentaría mucho el conocimiento de la infancia.

Otro trabajo pionero en la psicología del niño es el de Miclecent Shinn (27), quien llevó un cuidadoso record de los progresos diarios del recién nacido y del desarrollo de nuevas habilidades como la coordinación motora y el lenguaje.

El estudio más avanzado sobre el desarrollo normal en los E.U. de América fue el de Gesell (28), (1880-1961), quien empezó su carrera como estudiante de psicología con Hall, en la Universidad de Clark, y más tarde adquirió el grado de médico en Yale. En 1925 Gesell publicó la descripción de un sistema comprensible de los patrones de desarrollo normal en los niños, El crecimiento mental de los niños preescolares: una descripción psicológica del desarrollo normal desde el nacimiento hasta los 6 años de edad, incluyendo un Sistema de Diagnóstico de Desarrollo.

El trabajo de Gesell hizo impacto en la práctica clínica, en él insiste que se debe comprender la normalidad antes que entender la desviación. Gesell y sus colaboradores de Yale enfatizan que cada período sucesivo de desarrollo deriva de otro que lo precede. También intentaron demostrar en el nivel conductual como procede el desarrollo.

En 1891, Stanley Hall (29), fundó el "Seminario de Pedagogía" un periódico para la publicación de estudios sobre el niño. Los artículos contenían la idea de que se debe comprender al niño más bien basándose en la apreciación de la conducta normal. Otro trabajo muy notable en este campo es Psicología de la Primera Infancia, de Stern (30), publicado en 1914 y que contiene, además de las observaciones del comportamiento, teorías psicológicas que explican su conducta. Stern pre-

tende establecer una relación íntima entre el estudio del niño y la psicología teórica. Idea esta que es llevada a cabo en el trabajo de muchos psicólogos que le siguieron, particularmente aquellos que trabajaron en el Instituto Juan Jacobo-Rousseau.

## PSIQUIATRIA INFANTIL.

### PRIMEROS ESCRITOS.

"Antes de que las teorías de Freud fuesen conocidas, las observaciones sobre niños normales tuvieron mayor impacto en el desarrollo de este campo que los escritos de los psiquiatras.

Los psiquiatras a principios del siglo XIX estaban básicamente interesados en clasificar las psicosis de los niños. Esquirol diferencia los deficientes mentales de los niños psicóticos. En su libro Enfermedades Mentales (1838) reporta algunos casos interesantes de niños con impulsos homicidas. Wilhelm Griesinger dedica parte de su importante libro Patología y Terapia de las Enfermedades Mentales (1845) a los problemas psiquiátricos de los niños. Griesinger observa que muchas de las condiciones que él describe en los adultos, por ejemplo la manía y la melancolía, también se encuentran en los niños. Clasifica las enfermedades mentales infantiles utilizando la clasificación de los adultos y cree que la causa de las mismas son predisposiciones de tipo psicológico y orgánico.

Henry Maudsley, un contemporáneo de Griesinger (1867) en

su Fisiología y Patología de la Mente, clasifica las enfermedades de adultos; a diferencia de Griesinger, quien aconsejó el uso de métodos educativos para curar las enfermedades mentales infantiles, Maudsley no recomendó ninguna forma de tratamiento. En las dos últimas décadas del siglo XIX, las discusiones de los hombres más importantes en este campo se veían teñidas por el fatalismo ya que veían las alteraciones infantiles como resultado irreversible de aspectos hereditarios, degeneración, masturbación excesiva, exceso de trabajo o preocupación religiosa.

Es lamentable que una de las presentaciones de la Psiquiatría Infantil más esclarecedora de finales del siglo XIX haya tenido tan poca influencia, nos referimos concretamente a la obra de Hermann Emminghauss, quien en 1887 publicó Perturbaciones Psíquicas de la Infancia, que es una presentación sistemática de las enfermedades mentales en los niños, las cuales fueron descritas como incommensurables en relación con las de los adultos. Emminghauss inicia su libro con un estudio epidemiológico estadístico de las condiciones mentales anormales tal como las que imperaban en Alemania. Clasificó las psicosis en dos grupos: 1) psicosis orgánica, cuya etiología se debía a lesiones cerebrales.

2) Psicosis cuyo origen era de tipo puramente psicológico y se debían a factores emocionales, como por ejemplo: el miedo excesivo o ansiedad desmesurada, pobres condiciones hogareñas, educación deficiente, situaciones sociales desfavorables; que resultaban en enfermedades mentales en los niños. Señaló las alteraciones patológicas en el pensamiento e imaginación y presentó una medición sistemática de varias enti-

dades patológicas. Sus estudios abarcan también al niño delincuente a quien consideraba más como víctima de una enfermedad que de una moral pobre y el cual necesita más bien ser atendido y ayudado que castigado. Como decíamos, desafortunadamente sus ideas fueron ignoradas. Más tarde los libros de Krapelin y Bleuler, Clásicos de la psiquiatría, omitieron cualquier referencia a las alteraciones mentales infantiles.

Como no se siguió el señalamiento de Emminghaus, la tendencia de la psiquiatría quedó establecida: los niños debían de ser vistos como adultos en miniatura y por lo tanto no eran merecedores de un enfoque diferencial" (31).

#### EL NIÑO DEFICIENTE MENTAL Y LAS PRUEBAS.

Un tema muy relacionado con las enfermedades mentales es el estudio de las deficiencias mentales. Antiguamente los retrasados mentales eran tomados como objetos de ridículo y disgusto y se les trataba con desprecio. En algunos lugares se les consideraba como poseídos del demonio y se les ponía en prisión o en calabozo. En otras partes se los veía como "Hijos de Dios" e inocentes y se les permitía andar errantes a su placer. Pero nunca se los consideró como seres humanos desafortunados, capaces de sentir y responder a sentimientos de bondad y simpatía.

En 1789 se recogió del bosque a un niño, cerca de Aveyron Francia. Aparentemente no había tenido contacto con seres humanos durante muchos años y no podía hablar. Debido a su asociación con animales y su apariencia y modales toscos le llamaron

"Salvaje" o "niño de la selva". Un psicólogo eminente: Itard, (32) de París, se comprometió a educarlo. En su tiempo era -- muy común la teoría de Condillac, de que todo el conocimiento se adquiría a través de los sentidos. Comparaba Condillac al ser humano con una estatua de mármol que adquiría primero el sentido del olfato y más tarde los demás sentidos, y que por el sólo uso de sus sentidos obtendría las facultades intelectuales y el conocimiento del mundo. El "Salvaje" proporcionaba una oportunidad ideal para probar esta teoría. Itard trabajó con él durante 5 años, sin haber podido elevarlo al nivel de un ser humano normal y civilizado, y entonces decidió que era un idiota, término usado para cubrir todos los grados de deficiencias mentales. La importancia del experimento de Itard estriba en que es el primer intento que se hace para enseñar a un deficiente mental y mostró que se les podía mejorar, hasta cierto punto, mediante un tratamiento cuidadoso y paciente.

Para continuar el experimento de Itard algunas personas hicieron intentos en la primera parte del siglo XIX para enseñar a niños débiles mentales, pero ninguno de estos intentos duraron un tiempo razonable. En 1837, Según (33), uno de los alumnos de Itard que conocía el trabajo de éste, empezó a dar instrucción privada y más tarde trabajó en una escuela asociada al hospital Bicetre de París. Según fue un socialista -- cristiano que deseaba educar a los retardados mentales por razones sociopolíticas. "La tarea de educar al idiota es parte de un movimiento más amplio para la abolición de las clases sociales y el establecimiento de una sociedad justa". Con un optimismo irreal creía que los deficientes mentales podían --

ser curados porque eran meramente niños con infancias "prolongadas". El método de enseñanza de Seguin consistía en estimular las facultades perceptuales antes que las funciones conceptuales, principio que aún se aplica para educar tanto al niño retardado como al normal. En 1846, Seguin publicó un famoso tratado sobre la idiocia que fue, por muchos años, el patrón para la educación de idiotas. En 1848 llegó a los Estados Unidos, donde contribuyó a la creación de escuelas para débiles mentales. En ese tiempo también se fundaron escuelas en Alemania y en Suiza, inclusive se fundó una escuela para la educación y cuidados de cretinos. En 1848 se fundó la primera escuela del gobierno, en Estados Unidos de América en el estado de Massachusetts, para la educación de idiotas. En 1851 se creó otra en New York. En los siguientes 25 años se fundaron más escuelas en otros 7 estados. No fue sino hasta 1875 cuando se reconoció generalmente la necesidad del cuidado y educación de débiles mentales. Las primeras instituciones que empezaron experimentos temporales fueron primordialmente instituciones educativas y no asilos. Se esperaba que después de educar a los alumnos podían estos regresar a sus casas. Más tarde se dieron cuenta que también se les debía dar custodia.

En 1896, en la Universidad de Pennsylvania, Lightner Witmer, quien acuñó el término de "Psicología Clínica", también investigó los factores que interferían en la habilidad de los niños normales para usar su capacidad intelectual. Creó LA PRIMERA CLINICA PSICOLOGICA para utilizar medios educativos en el tratamiento de los retardados mentales.

Goddard contribuyó y trabajó durante muchos años aplican

do y mejorando las pruebas mentales en la Escuela Vineland para Deficientes Mentales.

Como resultado del auge natural para tratar de educar a niños débiles mentales se desarrollaron medidas para determinar sus habilidades innatas. En 1904 Binet (34) se interesó en este tema y fue el primero en publicar una serie de pruebas. En 1905, el ministro de Educación Pública de Francia le pidió que estudiara métodos para tratar a los niños retrasados. Uno de los problemas con los que se encontró fue el de poder distinguir entre los niños flojos y los de deficiencia mental. Su primera prueba era una serie de preguntas ordenadas desde la más sencilla hasta la más compleja; esta prueba estaba diseñada para obtener resultados sobre la inteligencia creativa, además del nivel educativo. En la segunda serie que publicó, en 1908, arregló las pruebas de acuerdo con los niveles de edades de manera que, por ejemplo, todos los niños normales de 6 años debieran pasar todas las pruebas hasta la del nivel de 6 años. Poco antes de morir, en 1911, volvió a revisar sus pruebas. "La obra de Binet es de fundamental importancia por 2 razones principales: Desde el punto de vista práctico creó un método concreto y seguro para ayudar a los maestros a evaluar la "edad mental" de los niños y a ajustar la enseñanza a las necesidades y a las posibilidades de asimilación de los alumnos, en lugar de empeñarse desesperadamente en obligar a los niños, a la manera de Procusto, a ajustarse a un programa establecido de antemano sin considerar sus aptitudes personales. El otro valor enorme que tuvo Binet con su obra fue el haber constituido por primera vez, una tentativa victoriosa de comprobar la heterogeneidad de los seres humanos, al menos en lo que respecta a

la capacidad de recepción de la educación escolar.

Goddard llevó el test a los EE.UU. de América en 1910. En 1916, Terman (35) adaptó el "Test Binet-Simón" a las peculiaridades lingüísticas y culturales de la zona geográfica y étnica norteamericana. Esta adaptación se conoce con el nombre de "revisión Stanford del test Binet-Simón". Esta revisión - "Stanford-Binet", publicada en 1916, se basó en los estudios que hizo Terman a 1,000 niños. En este país de Norteamérica se puso mucha atención a las pruebas mentales. Kuhlman adaptó la escala Binet para usarla con niños menores de tres años. - Dicha escala restaba importancia al uso del lenguaje. Con el objeto de hacer pruebas a sujetos que no podían hablar, por una razón u otra; se usaron pruebas de ejecución, usando tableros similares a los de Seguin y Witmer.

#### DELINCUENCIA.

Varios decenios atrás podría haberse discutido acaloradamente si la medicina tenía algo que ver con la delincuencia de los niños. Cuando éstos hacían alguna leve intromisión en ese campo, se consideraba que la reprimenda paterna era suficiente para dar cuenta del problema; cuando era una incursión más grave el castigo apropiado era la cárcel o el reformatorio. Los médicos no intervenían, salvo cuando se le podía dar al niño un diagnóstico patológico. El niño delincuente que tenía al mismo tiempo epilepsia o sífilis iba a parar al hospital, no le curaban los factores básicos que habían originado el hurto o el incendio intencional. Términos como cleptomanía

o piromanía agotaban el interés médico en los casos reiterados o de manía incendiaria, de los niños que no podían ser clasificados de otro modo.

Las tentativas más ambiciosas de explicar esas acciones dieron como resultado la hipótesis de una entidad nosológica - una enfermedad que fue denominada "imbecilidad moral" e "insanía moral". Se suponía que consistía en un defecto ético selectivo, una pérdida del poder de la conciencia, desarrollándose normalmente las restantes facultades. En 1819 Graham habló de degeneración ética, y Prichard, en 1835, expuso la teoría de una "perversión morbosa" de los sentimientos, los efectos y los poderes activos. Kahlbaum llegó al extremo de concebir "un desarrollo defectuoso de los sistemas de las fibras morales". El concepto de Lombroso del criminal nato dió un nuevo ímpetu a la creencia de que existía la locura moral. Se consideraba que los pacientes eran de inteligencia normal; se afirmaba que los defectos educativos no existían, sin que nadie pareciera advertir que los frecuentes informes sobre tendencias criminales, alcoholismo y psicosis de los padres desmentían la afirmación. Las referencias a los estigmas somáticos de degeneración no podían faltar en un período en el que la degeneración era el tema principal de la psiquiatría y la criminología. (36).

Después de estudios e investigaciones exhaustivas sobre la delincuencia, se reconoció y aceptó que el niño agresivo - predelincente, e incluso el delincuente adolescente, no es un individuo que es innatamente malo, no puede ser manejado a través de medidas punitivas: la conducta antisocial puede representar una manifestación conductal de una neurosis sub -

yacente, lo que lleva a intentos de tratar a los individuos - agresivos directamente. Uno de los primeros hombres que trata ron ésto en un ambiente hospitalario fue un educador vienés - que se convirtió en psicoanalista, August Aichhorn (1878- --- 1949). Desde joven, Aichhorn desarrolló una comprensión y una empatía con la conducta delincuente a través de su tratamien- to con rufianes que generalmente se encontraban alrededor de- la panadería de su padre. Se convirtió en un maestro de escue- la, notablemente capaz de manejar, en forma exitosa, mucha -- chos muy agresivos. Estableció y dirigió reformatorios, el -- primero en Ober-Hollalrun en 1918, el segundo en San Andrés - en 1920. Publicó su libro Joven Indocil, en 1925, en el cual- señala que el desarrollo de conducta de un niño que tiene una relación insatisfactoria con sus padres va a afectar adversa- mente y que tal niño va a tener dificultades en establecer re- laciones con otras personas. Esta es la matriz alrededor de - la cual se forma la "latente delincuencia". Si las influen -- cias externas continúan siendo desfavorables, la delincuencia latente llegará a ser una delincuencia abierta (37).

En Norteamérica, la intervención de la filantropía en la política originó la modificación en cuanto al manejo del niño delincuente. Surgieron hombres y mujeres de mentalidad cívica que encontraron objetables y perjudiciales, para su desarro- llo, las represalias que se aplicaban a los delincuentes juve- niles. Aplicaron toda la presión política que pudieron conse- guir y sus esfuerzos dieron por resultado que en Chicago, en- 1889, se aprobaron ordenanzas para delincuentes que debían -- ser atendidos por separado y en forma diferente a los violado- res adultos de la ley.

Al mismo tiempo surgió gran interés por investigar o determinar la causa de la delincuencia. Estas investigaciones ya se centraban en la persona misma, más que en la delincuencia en sí. Shaw, Gluek, Louttit, Burt, Dagdale, Goddard y otros,--hicieron investigaciones al respecto. Se encontraron denominadores comunes en el medio material de los niños; "los hogares-deshechos" figuran en los distintos cuadros en la proporción--del 30 al 70%. Las malas condiciones económicas del hogar del-50 al 80%. En relación con la inteligencia se encontró que de-los millares de tests realizados entre los niños delincuentes hay un porcentaje mayor de cocientes inferiores (fronterizos) que entre los demás niños. Burt formuló la "teoría de las cau-sas múltiples": señaló en cada caso la flaqueza de la persona-lidad y las desfavorables condiciones del ambiente. La combi-nación del retardo intelectual, deformidad física e inestabi-lidad afectiva, con la desorganización del hogar y las malas-compañías, ofrecen una perspectiva más sombría para la adapta-ción social que un número más reducido de factores adversos. Burt clasificó estos factores y comprobó un término medio de-tres en niños no delincuentes y de nueve o diez en los delin-cuentes. Por su parte, Bernard Gluek, (38) psicoanalista, di-rigió una de las primeras clínicas para guiar al niño en West-chester County, Nueva York. Gluek llegó a reconocer la necesi-dad del trabajo preventivo, su trabajo con prisioneros en ---Sing Sing le señaló la importancia de comenzar el trabajo pre-ventivo desde la infancia.

Otra gran contribución para la comprensión de la delin-cuencia infantil fue la del movimiento para guiar al niño. --Cuando se le pidió a Healy que trabajara con delincuentes en

el Tribunal Juvenil de Cook County en Chicago, inspeccionó - las clínicas para niños que existían en aquel entonces. Esto fue en 1908 y afirma que sólo encontró la clínica de Witmer - en Philadelphia, que se había fundado en 1896, para el estudio de niños inadaptados, donde también se dedicaban bastante a la observación de deficientes mentales. En 1909 Healy comenzó un estudio de 5 años sobre delincuentes juveniles, estudio este que se convirtió en el proyecto pionero para guiar al niño. Su trabajo, que es principalmente un estudio de investigación de los orígenes de la delincuencia, formó una base para el desarrollo ulterior de las clínicas para guiar al niño. - Permaneció en Chicago hasta 1917 cuando lo llamaron para dirigir en Boston la fundación Judge Baker para niños. Los estudios que se hicieron en dicha fundación y en el Instituto Juvenil Psicopático de Chicago, como se le llamó al principio, - mostró claramente la necesidad de una comprensión más amplia sobre psiquiatría y psicología del niño, con el objeto de poder tratar a los delincuentes. Su trabajo fue el primer acercamiento científico a este problema. Los resultados de estas investigaciones sirvieron no sólo a la psicología sino a campos como la sociología, trabajo social, pedagogía y antropología, también fueron muy útiles a psiquiatras y jueces de tribunales juveniles en todo Norteamérica.

#### MOVIMIENTO DE LA HIGIENE MENTAL

La idea sobre la necesidad de formar un movimiento de higiene mental, tuvo un vigoroso defensor en la persona de Cli-

fford Beers, un excelente estudiante de Derecho que cursaba sus estudios en la Universidad de Yale. Beers sufrió una aguda depresión mental y tuvo que ser hospitalizado. Salió del hospital resuelto a dedicar sus actividades al mejoramiento de la salud mental de sus contemporáneos y de las futuras generaciones. Comenzó por describir sus experiencias en un libro titulado A Mind That Found Itself (Una mente que se encontró así misma). Consultó a muchas personas que se destacaban en ese entonces en el mundo de la cultura, quienes orientaron sus energías hacia la realización de un ambicioso plan de alcance nacional.

Meyer sugirió para el movimiento el nombre de HIGIENE MENTAL. Es uno de los pioneros que más han inspirado a la Higiene Mental y el trabajo para guiar al niño. Se mostró desde el principio muy interesado en la psiquiatría infantil a través del desarrollo de esta ciencia ha aportado numerosas contribuciones, entre las principales están el concepto de la importancia del trabajo preventivo del servicio psiquiátrico social, y el hospital mental como centro de trabajo de salud mental. En 1909 escribió que "la enfermedad mental es mucho más fácil prevenirla que curarla". Pensaba que el Estado debería fundar instituciones que no sólo se hicieran cargo de los enfermos mentales, sino que además se convirtieran en el núcleo de un trabajo a largo plazo para la higiene mental. En su teoría de psicobiología subraya la importancia del paciente como persona de quien se debe estudiar toda la historia de su vida, así como sus capacidades mentales y físicas para poder entender sus problemas. Por esta razón consideró necesario servirse de los trabajadores sociales, las escuelas y las

agencias que pudieran contribuir proporcionando información - sobre el paciente y ayudaran a readaptarlos. A quienes trabajan en la higiene mental y en los movimientos para orientar - al niño, les ofreció sugerencias prácticas y su apoyo. Muchas de sus ideas son hasta la fecha principios básicos en psiquiatría infantil.

Los principios psicobiológicos de Meyer fueron aplicados directamente a la psiquiatría infantil, según un estudio que realizó en el Hogar para Niños Harriet Lane, de la Universidad de Johns Hopkins, con la cooperación de miembros del departamento psiquiátrico. Los pacientes de la clínica pediátrica en general fueron estudiados bajo el punto de vista psiquiátrico. El propósito de este estudio era el de poner al alcance de los pediatras los métodos de reconocimiento, terapia y profilaxis de la Psiquiatría Infantil para que pudieran tratar con mayor comprensión los problemas de la personalidad de sus pacientes. Se esperaba que la Psiquiatría Infantil dejara de ser objeto de estudio sólo del psiquiatra. Para ayudar más al pediatra se editó un libro de texto que cubría todo el campo de los trastornos en la personalidad de los niños; este libro se basaba en los descubrimientos de la investigación realizada a lo largo de 5 años. Fue el primer libro de texto en Inglés que cubrió este campo y que incluía principios de Psicobiología.

En 1909, Beers fundó el Comité Nacional para la Higiene Mental cuya sede central se instaló en la ciudad de New York. Beers fue su Secretario vitalicio. El principal interés del comité era el de mejorar el cuidado de los enfermos y educar al público a entender mejor la naturaleza de las enfermedades

mentales y la necesidad de tomar medidas preventivas. Desde 1912 el campo del trabajo del Comité se amplió al incluir estudios sobre el cuidado y tratamiento del deficiente mental - así como de los enfermos mentales, sobre la delincuencia y la neurosis. Durante la guerra mundial el trabajo del Comité se dedicaba en gran parte a las fuerzas armadas, pero en 1920 - fue cambiando el interés por la psicología del adulto en el estudio de la psicología para orientar al niño. Como el Comité contaba con la ayuda de los fondos del estado, se vio obligado a formular un plan de trabajo en beneficio del niño. - Este plan incluyó representantes de los campos de la psiquiatría, psicología, pedagogía, trabajo social, así como de los tribunales juveniles.

El plan de trabajo, que cubría un período de cinco años, perseguía los siguientes fines:

1.- Desarrollar el estudio psiquiátrico de los niños difíciles, predelinquentes y delinquentes, en las escuelas y tribunales juveniles, elaborando métodos sólidos de terapia con base en dicho estudio.

2.- Desarrollar el trabajo del "profesor visitante", ya que mientras más pronto el sistema de nuestra escuela permita tener contacto con cada niño, lo cual por sí mismo es muy valioso, se podrá utilizar para el mejor entendimiento y desarrollo del niño.

3.- A quienes estén preparados en este campo, y desearan de trabajar en él, impartirles cursos de entrenamiento sobre bases sólidas.

4.- Esforzarse por extender el uso y conocimiento de estos métodos por diversos medios educativos.

Para llevar a cabo estos propósitos se establecieron 8 - clínicas de "demostración para prestar servicios a sus respectivas comunidades". De estos experimentos se partió para elaborar el programa actual para las clínicas de "Orientación Infantil".

#### CLINICAS DE ORIENTACION INFANTIL.

En 1921 abrió sus puertas el Boston Habit Clinic. Al año siguiente se instalaron en varias ciudades, con la ayuda del Commonwealth Fund, "clínicas demostrativas de orientación infantil", llamadas así porque intentaban demostrar su utilidad para las comunidades en las que eran establecidas. Comprobada su importancia, las comunidades se harían cargo de su fundación y administración, cada clínica tenía un equipo central - integrado por un psiquiatra, un psicólogo y un asistente social y se invitaba a los padres, escuelas y agencias de atención infantil a que les llevaran o les enviaran los niños de conducta desordenada o extraña. Hacia el año 1929 había unas quinientas de estas clínicas sólo en este continente. En 1930 se reunió en Washington el primer congreso internacional.

Las clínicas de orientación infantil contribuyeron eficazmente a la interpretación y el tratamiento de los problemas de la personalidad, además se empezaron a investigar las relaciones interpersonales en el hogar y en la escuela como factores causales. La conducta de los niños comenzó a relacionarse con la actitud de los padres y los maestros, los cuales eran tomados en cuenta para organizar las medidas terapéuti -

cas. El nuevo concepto de la terapéutica de la actitud permitió ayudar a los padres y maestros a examinar, estudiar y modificar los sentimientos y las relaciones emocionales que fueron considerados perjudiciales a cada niño en particular. Se descubrió que las conductas que antes eran juzgadas "malas", inexplicables, e incomprensibles, eran reacciones de los niños contra las actitudes que mostraban hacia ellos los adultos, como son la sobreprotección, la sobretolerancia, la sobresolicitud, el perfeccionismo, la oposición y la hostilidad abierta o disimulada.

#### TERAPIA INFANTIL.

El tratamiento psicoanalítico de niños con alteraciones neuróticas fue dado a conocer por Sigmundo Freud. (39) En tres ensayos sobre la Teoría de la Sexualidad (1905) Freud delineó sus conceptos teóricos acerca de las neurosis infantiles. Tres años más tarde fue consultado por el padre de un niño de 5 años de edad llamado "el pequeño Juanito" que tenía varias fobias respecto a caballos y que constantemente estaba preocupado acerca de los penes. Freud animó al padre del niño a llevar a su hijo a tratamiento psicoanalítico bajo la supervisión de Freud mismo. Vio al padre en consultas y le explicó lo que el niño temía, mucho del análisis de la fobia tiene que ver con el temor al caballo el cual el niño equiparaba inconscientemente con el padre, quien castraría al pequeño Juanito en retribución a la hostilidad del niño hacia él. Como resultado del tratamiento el niño fue sanado de sus síntomas.

En 1919, Hermione Hug Hellmuth, psicoanalista vienesa, -- se había dado cuenta de que un niño se expresaba así mismo -- más directamente en el juego que verbalmente. Publicó un estudio de la vida mental del niño, en el cual afirmaba que el -- juego libre del niño representa la producción de sus fanta -- sías y ofrece la forma de extender los procesos inconscientes. Su trabajo señala el inicio de la terapia de juego.

Hug Hellmuth no trató a niños más pequeños de 6 años, -- tampoco elaboró ningún sistema para el tratamiento infantil -- (40), Melanie Klein (1882-1960), fue quien hizo ambas cosas.-- Su técnica reemplaza la libre asociación usada en el análisis de adultos por el juego infantil. Klein estudió con Ferenczi en Budapest y con Abraham en Berlín; su libro Psicoanálisis de los Niños lo dedicó a la memoria de Karl Abraham, (su primera publicación fué en 1932). Extrapoló los conceptos Freudianos acerca de la vida inconsciente a los primeros años de la vida de la infancia. En un principio Klein visitaba los hogares de sus niños analizados (uno era de dos años y nueve meses); creyó que el juego del niño era realmente una manera -- simbólica de dominar la ansiedad recreando situaciones familiares. Después discontinuó las investigaciones psicoanalíticas de los hogares de los niños y, en su lugar, ofreció a sus pacientes juguetes en su oficina.

En base a sus trabajos con niños, Melanie Klein concluyó que la hostilidad edípica y la culpa existen aún antes de los 3 a los 6 años. Ella fue la primera en llamar la atención al hecho de que incluso un pequeño infante puede sentir agresión, hostilidad hacia el padre del sexo opuesto. Es más, creía que debido a que el pecho de la madre frecuentemente frustraba al

bebé, así como a la vez lo alimentaba, el pecho era no sólo un objeto de amor sino también de hostilidad. Klein consideraba que los sentimientos paranoides del niño, causados por su temor de ser destruido por el padre o la madre que es el rival edípico de quien teme ser destruido, se originaban en la infancia. consideraba que el niño tenía conocimiento de las relaciones sexuales de los padres. Para ella, por ejemplo, el niño que chocaba dos cochecitos de juguete estaba expresando simbólicamente su conocimiento de las relaciones sexuales parentales, aunque nunca hubiese visto la escena primaria.

Klein consideró que el psicoanálisis podía proteger a los niños de los impulsos hostiles y agresivos que les causaba una culpa insoportable. Abogaba por la interpretación inmediata y directa de la motivación inconsciente del niño, arguyendo que en la neurosis de transferencia entre el terapeuta y el niño, el niño vuelve a actuar hacia el terapeuta todos los sentimientos desplazados del padre original y que esta reactuación, como en el análisis de los adultos, debía ser interpretada por el psicoanalista. Klein tomó poco interés en la vida diaria del niño, según ésta era reportada por los padres en la relación de ellos con el niño. En esencia ella sentía que la neurosis del niño pequeño dependía de sus propios conflictos interiores en el manejo de su agresión, y si los impulsos instintivos del niño pequeño eran interpretados lo antes posible pensaba que luego se fortalecería su ego. Klein desarrolló un sistema teórico muy elaborado sobre los primeros procesos psicodinámicos, que eran modelados en observaciones clínicas hechas en adultos incluso sobre fenómenos como la paranoia y las reacciones depresivas que subyacen la --

preexistencia de los sentimientos de culpa. El edipo, el superyo y el temor del niño al rechazo de sus impulsos destructivos, de acuerdo a Klein, se desarrollan al principio de la vida extrauterina.

Ana Freud, que llegó a Inglaterra en 1938 con su padre escapando de los nazis, trabajó con niños. Sostenía ciertos puntos de vista que contrastaban con los de Melanie Klein. -- Sostiene que el análisis es solamente "apropiado en el caso de una neurosis infantil", y está de acuerdo con Klein respecto a la transferencia. Señala, que aunque generalmente el niño transfiere los sentimientos que tiene acerca del padre analista, no desarrolla una completa neurosis de transferencia, como Klein creía, porque el objeto parental primariamente amado todavía sigue siendo mientras el niño está siendo analizado. El niño constantemente interactúa con sus padres y por lo tanto no siempre va a transferir su fantasía interna sobre el analista.

Otra importante distinción entre estas dos analistas se centra acerca de la utilización de la interpretación. Los Freudianos no están de acuerdo acerca de interpretar inmediatamente un profundo material del inconsciente; utilizan la información del juego para interpretación posterior y sólo después de que una relación significativa terapéutica ha sido establecida con el niño empiezan a interpretar. Ana Freud notaba que, a diferencia de los adultos, la mayoría de los niños vienen a análisis con poca o ninguna motivación (como regla han sido forzados a venir por sus padres). Antes de que el niño pueda ser analizado, debe desarrollarse una fuerte y positiva relación con el analista, y el niño debe llegar a respec-

tarlo de otra manera las interpretaciones no van a tener ningún valor. Como un ejemplo: Ana Freud reporta el caso de una niña recalcitrante, con la cual, en orden de establecer una buena relación, hace diferentes cosas; Así, si la niña estaba interesada en hacer nudos, ella hacía nudos mucho más complicados de manera que la niña llegase a admirarla. (41)

Ganarse la confianza del niño es un paso inicial importante en la terapia de niños. Esto es generalmente aceptado por todos los analistas de la especialidad. Ana Freud reconocía que, por el juego, el niño se adapta a la realidad, pero que el juego no siempre revela conflictos inconscientes profundos; si un niño choca dos carritos juntos no necesariamente significa que está reactuando la escena primaria, puede estar reactuando un accidente actual que ha acabado de ver y que le ha causado alguna consternación.

Otros analistas, como Erik Erikson, consideran que el juego no es un método de elaborar problemas inconscientes, pero que en el juego dominan situaciones angustiantes recreando incidentes traumáticos. Ana Freud trabajó íntimamente con los padres, quienes le reportaban diariamente los eventos que probablemente afectaban el contenido del juego de los niños. Probablemente la gran diferencia entre estas dos escuelas de psiquiatría infantil, reside en que los Kleinianos proceden mucho en la forma clásica de los Freudianos, como lo hacen con los adultos, interpretando las capas más profundas del inconsciente creyendo que éste es el factor terapéutico más importante. Ana Freud y su escuela cree que la estructura yoica del niño todavía se está desarrollando y, por lo tanto, el analista no sólo puede hacer interpretaciones apropiadas sino debe ejercer una-

influencia educativa sobre el niño.

En sus elaboraciones sobre las diferencias entre el análisis de niños y adultos, Ana Freud sostiene la posición de que el niño representa un "sistema abierto" en el cual las curas espontáneas pueden ocurrir por el proceso de maduración natural. Ella reconoce la importancia de la experiencia emocional-correctiva como un factor terapéutico, pero lo restringe al análisis infantil. Asume la madurez en base al lenguaje del niño, al control de sus funciones esfinterianas, su habilidad de orientarse en un medio extraño sin un miedo excesivo, al grado de emancipación respecto a la madre, la relación con otros niños y la habilidad para el uso de juegos constructivos. Ella afirma que la patología puede establecerse si la represión es temporal o persistente. La corrección de la deprivación materna temprana es de gran importancia terapéutica, y siente -- que solamente cuando la confianza de la madre se ha establecido entonces la separación de ella puede ser tolerada. Su más profundo énfasis recae sobre la flexibilidad del tratamiento, cambiando la técnica día a día para que esté de acuerdo a la situación.

"Otros psicólogos americanos han abogado por otras técnicas en la terapia de juego. David Levy introdujo lo que él llama una actitud permisiva, de manera que se sienta más libre -- con el terapeuta de lo que hace con sus padres para discutir -- sus más internos sentimientos. Levy cree que el tratamiento -- con niños, cuyo objetivo es el insight, sólo debe utilizarse -- cuando otros métodos han fallado. Introdujo "el juego controlado"; el terapeuta anima al niño a revivir situaciones que él cree han sido traumáticas. Este método permite al niño expre --

sar el afecto conectado con incidentes traumáticos y sirve como un alivio. No utiliza la técnica del "juego libre" de Ana-Freud; en lugar de eso, usa muñecos que representan personas o situaciones definidas y toma parte más activa en el procedimiento terapéutico. Este método está esencialmente basado en las teorías que sostienen que por el juego el niño aprende como manejar ciertas situaciones interpersonales.

Frederick Allen (1890-1964), sigue el enfoque terapéutico de Aichhorn, al presentar a sí mismo al niño como un ser humano cálido y como un yo ideal; una vez que el niño se ha identificado con Allen está preparado a transferir sus sentimientos positivos a otros adultos en su ambiente y, por lo tanto, mejoran sus relaciones sociales. Allen no interpreta el juego en términos de experiencias pasadas. El enfoca el aquí y el ahora y da al niño una oportunidad de trabajar, de elaborar sus sentimientos acerca del terapeuta. Aunque la técnica de Allen es similar a la de Aichhorn sus orientaciones teóricas fueron diferentes. Aichhorn creyó que los instintos básicos del niño son asociales y que se vuelve una criatura social solamente a través de la educación. Allen, por otro lado, dice que el niño tiene un potencial creativo dentro de sí mismo y que, si no es perturbado, va a lograr un desarrollo sano.

Una de las figuras más importantes de los Estados Unidos, dentro de la psiquiatría, es Lauretta Bender. También minimiza las interpretaciones intelectuales y enfatiza la importancia de una atmósfera permisiva donde el niño se siente libre para expresar sus sentimientos. Ella usa muñequitos para revivir situaciones traumáticas. La técnica de Bender permite al-

niño más libertad que la de Levy, quién controla más activamente el contenido del juego; en este respecto el enfoque de Bender es más similar al de Ana Freud.

Samuel Slavson observa y trata a los niños en grupo. Bender ha hecho representaciones de muñecas a niños en grupo con resultados terapéuticos muy beneficiosos. J. L. Moreno también ha usado su técnica del psicodrama con niños que llevan a cabo situaciones traumáticas en el psicodrama, o sea, en sesiones de grupos psicoterapéuticos. Moreno considera también que el niño que actúa un papel que se deriva de sus situaciones pasadas o de sus fantasías es capaz de descargar afectos a través de su participación en el drama. Ya que la audiencia en los psicodramas puede participar libremente, el niño que está actuando es llevado a una relación emocional muy íntima con el grupo, lo que mejora también su relación intragrupal.

Es obvio que todas estas técnicas de la psicoterapia infantil se han desviado de las técnicas psicoanalíticas clásicas. Una última consideración, acerca de la terapia infantil y la educación, fue citada por Margaret Gerard (1894-1954), que fue una de las pioneras en este campo de la psiquiatría infantil y quien hizo una importante observación sobre síntomas psicósomáticos, particularmente la enuresis en los niños. Gerard enfatizó que el "jugo libre" debe ser diferenciado de una actitud abiertamente permisible y realista que anime al niño a dar salida a todos sus impulsos caóticos. Señala que la completa licencia para expresar todos los sentimientos, sin ninguna forma de estructura, llevaría a una desintegración del carácter.

## RELACION MADRE - HIJO

La temprana relación madre-hijo es tan importante para la posterior patología que probablemente ha recibido más atención que cualquier otro aspecto de la psiquiatría infantil. En las pasadas dos décadas la unidad madre-hijo ha sido estudiada en observaciones directas sobre animales y seres humanos. Estos experimentos contrastan marcadamente con los tempranos estudios psicoanalíticos que se basaban solamente en paciente adultos y en los reportes retrospectivos de sus experiencias infantiles.

Leo Kanner escribió el primer libro de psiquiatría infantil, fue el primer libro de texto en Inglés sobre tal materia, describió una clase de patología infantil que consideraba íntimamente relacionada a la primera relación madre-hijo. Habla del niño autista, aquél que desde el nacimiento parece retraerse del contacto social, tal niño nunca, o muy tarde, desarrolla la habilidad para hablar en forma clara y comprensiva. De acuerdo a Kanner encontró que las madres de estos niños generalmente son inteligentes, pero emocionalmente muy distantes de sus hijos, y que el autismo es una forma de esquizofrenia infantil, cuyo origen puede adjudicarse principalmente a la influencia materna. A este punto de vista de Kanner se opone Laura Bender quien considera que la esquizofrenia tiene una base biológica. Bender propone que hay un obstáculo en la maduración del embrión y ésta es la verdadera causa de la enfermedad. Una crisis posterior meramente precipita una reacción esquizofrénica infantil en un niño genéticamente predispuesto.

Bender divide la esquizofrenia infantil en tres grupos:

1.- Los niños que presentan el cuadro del tipo pseudodeficiente son de maduración retardada, especialmente en cuanto al contacto con el mundo, o regresan después de un primer desarrollo normal o precoz. Son inhibidos, retraídos, frecuentemente apáticos y mudos, a veces tensos, ansiosos y temerosos de tener que enfrentar cosas nuevas y separarse de las ya conocidas. Tienen por lo general un aspecto físico infantil, hábitos defectuosos para comer y dormir, pocas defensas contra las enfermedades, un mal funcionamiento fisiológico en todos los órganos y aparatos y tono muscular débil, conservan costumbres motoras infantiles, como las de colgarse, mecerse y girar.

2.- Los niños del tipo pseudoneurótico superan la etapa anterior; son precoces, pero muy ansiosos, tienen fobias y miedos, hacen preguntas obsesivas, realizan acciones estereotipadas, a menudo movimientos giratorios o tics y actos compulsivos que pueden ser destructivos o peligrosos. Son molestos e hipocodriacos o tienen realmente varias enfermedades de las llamadas psicósomáticas o alérgicas. Se preocupan por su cuerpo; su identidad, sus relaciones con la gente que los rodea y su orientación en el tiempo y el espacio es poco definida. Presentan alteraciones en el pensamiento, lenguaje y las percepciones sensoriales. Sufren intensos trastornos con estallidos de mal humor, accesos de pánico y arrebatos de llanto o de risa histérica. Reclaman a la madre o son violentamente negativistas y contradictorios. Los niños de este tipo suelen ser inteligentes y tienen fantasías ávidas y una original imaginación.

3.- Los niños de tipo pseudopsicopático son de conducta más madura y tienen una forma casi adulta de criterio anormal; Se llaman psicopáticos por que están contra el mundo; se sienten diferentes y ajenos. Son antisociales y delincuentes, no se someten, pelean y huyen, amenazan a la familia o provocan incendios. Se consideran perseguidos e incomprendidos y con traatan. Tienen manías obsesivas y una conducta compulsiva que puede ser peligrosa.

Entre los estudios que más han aportado al estudio de la temprana relación madre-hijo encontramos a René Spitz. Compara el desarrollo de los niños en dos tipos de diferentes instituciones: En una de éstas, los niños reciben la apropiada nutrición pero carecen del cuidado materno; la otra institución era para niños cuyas madres estaban encarceladas pero a las cuales se les permitía jugar y acariciar a sus hijos frecuentemente. Spitz encontró que los niños que carecían del cuidado materno, como sucedía en la primera institución, se desarrollaban en forma más desventajosa en comparación con aquellos que, a pesar de la carencia de nutrición si tenían los cuidados maternos. Llegando a la conclusión que la falta de desarrollo se debía, en los primeros a la carencia de protección materna, aunque fuesen atendido en otros aspectos. -- Spitz (42), así mismo, describe una condición, que él llama "depresión anaclítica", que se observa en niños a los cuales cuando eran bebés se les negó la adecuada atención materna. -- Ellos tienden a llorar, a retirarse, a perder peso, a volverse muy susceptibles a la infección e incluso llegan a morir.

De psicoanalistas norteamericanas, Margaret Fries y Margaret Ribble (43), han trabajado intensamente con niños, ---

creen que hay una diferencia en los niveles de actividad en los niños desde el nacimiento; la forma en la cual la madre maneja al niño en el periodo de nutrición determina si el niño se volverá hiperactivo o inactivo. Ribble señala que los estados de tensión dolorosa se desarrollan rápidamente en un niño que no ha tenido el cuidado maternal apropiado y consistente. Afirma que una perturbación en la relación madre-hijo, frecuentemente lleva a una exagerada forma de autoerotismo, como puede ser un prolongado chupar de dedos, retención de heces, retención de la respiración y una variedad de movimientos automáticos que interieren en el desarrollo, Ribble enfatiza que una relación madre-hijo calurosa en el primer año de vida protege al niño de muchas formas de perturbaciones psicológicas y que un infante que no ha recibido cariño maternal intentará estimularse a sí mismo con movimientos rítmicos del cuerpo tales como girar la cabeza y el excesivo mecerse. Señala que uno de los errores en nuestro presente sistema del cuidado del recién nacido reside en que después de estar con la madre brevemente, es alejado de ella y llevado a la cuna hasta el otro día, es decir, que no se deja al niño con la madre. Ha sido bien establecido hasta ahora que madres rechazantes o indiferentes frecuentemente tienen hijos tensos y negativistas que pueden llegar al chupeteo y que en muchos casos se vuelven sumamente retraídos y casi semiestuporosos. Incluso la capacidad intelectual futura del niño es afectada por la privación materna. En un estudio muy notable de Mary Leith y Sybylle Escalona detallan en que forma actúa e impacta el stress sobre el niño y las reacciones de este stress muestran que la tensión de la persona materna directamente afecta

el nivel de tensión del niño.

Otra autoridad en los resultados de la separación o de -- privación maternal es John Bowlby (44), psicoanalista británico. Dos de sus libros, El Cuidado de los Niños, y El Crecimiento del Amor en el Cuidado Materno y la Salud Mental, han ejercido gran influencia. Bowlby señala que el niño separado de su madre pasa tres etapas: La etapa de protesta, de desesperación y finalmente la de desapego. Durante el estudio de protesta está enojado por que su madre se ha ido, entonces empieza a perder la esperanza de que regrese; esto le produce desesperanza y finalmente se envuelve en su retraimiento y no responde. -- Bowlby relaciona estas etapas con el duelo y mantiene que la psicopatología del infante es similar a la clásica descripción de Duelo y Melancolía (Freud 1917). Señala que la prematura separación de la madre hace evocar formas patológicas de duelo -- similares a las que vemos en niños mayores o en adultos. No -- cualquier niño es permanentemente dañado por ser separado de -- su madre; el daño de las tempranas deprivaciones depende de la edad en que este empieza, que tanta deprivación persiste y que clase de cuidados se han proveído. Bowlby está de acuerdo con Melanie Klein en que la manera en que el niño reacciona en el tiempo de la deprivación determina cómo va a reaccionar posteriormente en la vida a la pérdida de alguien muy amado; sin embargo, no acepta la idea Klein de que la agresión que el infante muestra está al servicio del instinto de muerte.

Otra forma desfavorable en la relación madre-hijo es "la sobreprotección materna", una clase de cariño que puede ser -- muy obstructiva para el desarrollo de la personalidad. David -- Levy, en su libro La Sobreprotección Materna, analiza las con-

secuencias que la misma acarrea. Categoriza a las madres sobreprotectoras como muy indulgentes o como dominantes. Las primeras, o sea las indulgentes, permiten a sus hijos dominar y rara vez imponen una acción disciplinaria; sus hijos son infantiles en sus demandas y expectativas. Los niños de madres dominantes muestran una falta menos conspicua del crecimiento del carácter, pero se exhiben más signos de neurosis tales como la timidez, el temor, ansiedad y una conducta muy sumisa.

#### MARGARET MALHER.

Desde 1930, Margaret Malher, (45), en su práctica psicanalítica en una clínica infantil, observó casos raros de perturbaciones emocionales severas que no encajaban en las categorías nosológicas de neurosis y organicidad. En ese entonces había gran resistencia emocional para admitir la existencia de esquizofrenia en niños pequeños.

Después de exhaustivas observaciones e investigaciones Malher presentó una teoría sobre el origen de la psicosis infantil.

Distingue tres estadios primarios en el desarrollo infantil:

- 1.- Fase Autista.
- 2.- Fase Simbiótica.
- 3.- Fase de Separación - Individuación.

La primera fase la "autista", comprende desde el nacimiento hasta el segundo mes de vida. En esta fase el sueño es el que predomina y los estadios de vigilia son esporádicos; -

esta etapa recuerda la vida intrauterina en la que el estado primario de la distribución de la libido semeja el modelo de un sistema monádico cerrado, autosuficiente.

El niño parece estar en un estado de primitiva desorientación alucinatoria en la que toda la satisfacción de necesidades pertenece a su propia órbita omnipotente, autística; no hay diferenciación entre los intentos de reducción de tensión que vienen del exterior y los que el niño realiza por sí mismo, como son el orinar, defecar, toser etc. Durante las primeras semanas de la vida extrauterina rige un absoluto narcisismo primario en que el niño carece realmente de una conciencia de la madre. A esta etapa Malher la denomina "Autismo - Normal".

Sin la intervención de una figura materna pronta a prestar ayuda en esta etapa, el niño sería arrollado por los estímulos. Cuando esta ayuda falla, el niño reacciona con llanto-incrementado y otras manifestaciones motoras de afecto negativo indiferenciado. Según Malher "la coraza" autística que mantiene a los estímulos externos fuera de la percepción empieza a resquebrajarse después del primer mes de vida, en su lugar empieza a crearse una órbita simbiótica, la unidad dual madre - niño.

Después del segundo mes de vida hay una brumosa percepción de los objetos satisfactores, es el inicio de una nueva fase de desarrollo que Malher denomina "Fase Simbiótica". Aunque el narcisismo primario aún prevalece ya no tiene un carácter tan absoluto pues confusamente el bebé empieza a percibir que la satisfacción de sus necesidades proviene de algún objeto satisfactor parcial. En esta fase el niño naturalmente de-

penie en forma absoluta del socio simbiótico; la simbiosis, - desde luego, tiene otro significado para el socio adulto que la que tiene para el niño; mientras que las necesidades del niño respecto a la madre son absolutas, las de ésta, respecto al hijo, son relativas.

Lo importante es señalar, enfatizar, que hay un estado - de indiferenciación, de fusión con la madre, en la cual el Yo no se diferencia del NO YO y lo interno y lo externo sólo paulatinamente van a ser percibidos como tales.

Toda sensación placentera y no placentera, externa o interna es proyectada al socio materno. El rasgo esencial de la simbiosis es un carácter alucinatorio o delusional; la fusión somatopsíquica omnipotente con la representación materna y, - principalmente, la delusión de una liga común de dos, que en realidad son dos individuos físicamente separados. A este mecanismo recurre y regresa el YO en casos de severa perturbación en la individuación y desorganización psicótica que Malher denomina: Psicosis Simbiótica Infantil.

La simbiosis del niño con respecto a la madre no sólo es a nivel físico. La dependencia tiene un carácter fisiológico- y sociobiológico. A diferencia de los animales, el hombre carece de un equipo instintivo de autoconservación, o mejor dicho, su equipo está atrofiado. El YO rudimentario en el recién nacido debe ser complementado por el rapport emocional del cuidado materno que constituye una especie de simbiosis social.

Sólo cuando han sido satisfechas las necesidades simbióticas podrá llevarse a cabo la diferenciación estructural y - el surgimiento del YO que permitirá la adaptación del indivi-

duo.

Ribble señala algo muy importante: es la madre quien, a través de su cuidado, logra que el niño emerja y salga de esa tendencia innata regresiva, splácica, hacia un estado de incrementada actividad sensorial, hacia un estar alerta y ponerse en contacto con el ambiente.

Las representaciones de su cuerpo, contenidas en el YO rudimentario del niño, van a mediar entre las percepciones internas y externas, y el YO se moldeará, por una parte, bajo el impacto de la realidad, y por otra, por las tendencias impulsivas. La imagen corporal es un paso muy avanzado en el desarrollo, en el que debe tener lugar un cambio de catexias. La predominancia de las catexias propio y enteroceptivas va cediendo su lugar a catexias sensoperceptivas.

Spitz denomina a la madre como YO auxiliar y M. Malher, siguiendo esta misma línea de pensamiento, considera que de los dos socios de la diada simbiótica, la madre es la organizadora simbiótica.

Durante los primeros dos meses de la vida del niño, el pecho o la botella son sólo una extensión de la propia self del niño, y sólo hacia el tercer mes empieza a ser el pecho percibido como objeto parcial, inespecífico, satisfactor de necesidades. Cuando la necesidad no es tan imperiosa, cuando hay ya cierta medida de desarrollo que permite al niño esperar con confianza al satisfactor, sólo entonces podremos hablar de un principio del YO, o dicho de otra forma, de un objeto simbiótico. Este ha sido posible por el hecho de que parece haber huellas mnémicas de placer de la gratificación contactadas con la memoria y la percepción de la madre. La sonrisa

específica del niño es la culminación de la fase simbiótica, y está indicando una respuesta diferente hacia su socio simbiótico que la que el bebé tiene con otros seres humanos. En la segunda mitad del primer año el socio simbiótico es insustituible, el niño a logrado establecer una relación específica con su madre.

Siempre que hablemos de una relación simbiótica debemos pensar en términos de dos personas que se unen para lograr lo que llamaríamos el equilibrio homeostático y, desde luego, el inmaduro organismo del niño no puede lograr la homeostasis de jado a sí mismo, por ello, cuando en la fase autística o simbiótica tiene lugar un stress, el socio materno es el llamado a proporcionar la ayuda simbiótica para el mantenimiento de la homeostasis infantil. Pero, por más que el socio simbiótico materno trate de adelantarse a los deseos del niño, no podrá naturalmente evitar la frustración de éste. Este elemento es un factor importantísimo ya que la secuencia gratificación-frustración promueve la estructuralización. Sin embargo, hay consenso general de que en los primeros meses de la vida la tensión no debe mantenerse en un nivel alto durante un tiempo prolongado.

Si estos stress ocurren durante los primeros cinco meses de vida, el socio simbiótico, el YO Auxiliar, debe rescatar al niño de la presión de tener que desarrollar sus propios recursos prematuramente. Un desarrollo prematuro del YO implicaría que el niño, durante la fase del narcisismo primario, está tomando funciones que en realidad le corresponden a la madre.

Cuando la madre no desempeña su rol adecuadamente, como-

una estructura protectora del niño, dará lugar a traumas acumulativos que resultarán en una perturbación Yoica.

Sólo cuando el estado simbiótico es óptimo podrá haber una expansión o podrá darse un nuevo paso en el proceso de desarrollo.

Este proceso de "Salir de Cascarón", según Malher, es una evolución gradual entogenética del sensorio, del sistema-Perceptual consciente que lleva al niño a que empiece a caminar, a tener un sensorium permanentemente alerta siempre que esté despierto. La atención dirigida hacia el exterior va evolucionando.

Después de la Fase Simbiótica viene la Etapa de Separación - individuación.

Malher ha descrito 4 subfases características de la misma.

La Fase de Diferenciación, que va desde la cima de la Fase Simbiótica, a la edad de cinco o seis meses, y continúa durante los cuatro - cinco meses siguientes. El niño trepa, se arrastra, se para. Hay progreso en la coordinación de mano, boca y ojo. Aparece un giroactivo hacia el mundo exterior en busca de placer y estímulo. Son características de este período las investigaciones primitivas sensorio - motoras de la cara, pelo y boca de la madre, así como los juegos del escondite iniciados por la madre y después seguidos por el infante. - Todas estas funciones emergen y están expresadas en una gran proximidad a la madre. El bebé se interesa tanto por los movimientos de su cuerpo como por los de su madre. Particularmente, hasta los diez meses, prefiere jugar alrededor de los pies de la madre. El proceso de diferenciación del niño no -

mal está guiado por un chequeo hacia la madre como punto de orientación.

La segunda subfase es la del "período de ejercitación", y puede empezar en cualquier momento después del décimo mes. Durante esta subfase hay una inversión, constantemente creciente, en la ejercitación de habilidades motoras y la exploración del medio ambiente en expansión, tanto humano como inanimado; ésto es verdad, tanto si el bebé ya ha empezado a gatear para entonces o si está en el proceso de desarrollar un adelanto en gatear, enderezarse o arrastrarse rápidamente sobre el estómago. La principal característica de esta subfase es la gran importancia narcisística conferida por el niño a sus propias funciones, su propio cuerpo y, al mismo tiempo a los objetos y objetivos de su creciente comprobación de la realidad.

Conforme el niño, por la madurez de su aparato locomotor, empieza a aventurarse más lejos de los pies de su madre, está tan absorto en su propia actividad que parece olvidarse de la madre por largo período de tiempo. Sin embargo regresa a ella periódicamente, pareciendo necesitar su proximidad física, como si le fuera suficiente enderezarse en su pierna, o tocarla de otras maneras, o solamente pararse y recargarse en su pierna. Este fenómeno fue denominado por Riser: "Reabastecimiento Emocional". El impulso hacia la exploración y el "Romance con El Mundo" (Greenacre), disminuye muy rápidamente; entonces acontece la necesidad de reabastecimiento a través de la proximidad de la madre.

El ejercicio de la locomoción culmina alrededor del doceavo, treceavo o catorceavo mes.

La tercera subfase se anuncia por la aparición de los -- gestos de las expresiones vocales afectivas de: "no". Esta -- subfase va del catorceavo al veintidoceavo mes. En la subfase anterior el reabastecimiento emocional es un acercamiento pasivo, el cual en esta etapa es "activo". Existe una necesidad y un deseo incrementado de que su madre participe con él de toda nueva adquisición de habilidad y experiencias. A esta -- subfase se le denomina "Período de Acercamiento". Durante esta etapa algunas madres no pueden aceptar las exigencias del niño se vuelva cada vez más insistente para que la madre comparta todos los aspectos de su vida.

Esta tercera subfase tiene dos partes complementarias:

A).- Individuación.

B).- Separación.

Por una parte la individuación prosigue rápidamente y el niño la ejercita hasta el límite; por otra parte, en tanto el niño se hace consciente de su estado de separación, se resiste a la separación de su madre por toda clase de mecanismos.- El contacto físico con substitutos no se acepta fácilmente; - otra característica de esta subfase es el reemplazo de vocalización, de lenguaje gesticular y preverbal por la comunicación verbal. Las pruebas "mi" y "mio", adquieren gran significado afectivo. Los signos de peligro son los siguientes: una angustia de separación mayor que el promedio, una adhesividad mayor que la habitual por la madre o un continuo apartarse impulsivo de la madre, de parte del niño, con el objeto de que la madre corra detrás de él y excesivas perturbaciones de sueño, (perturbaciones transitorias del sueño son características del segundo año de vida).

La cuarta subfase de la separación - individuación es el período durante el cual se alcanza permanencia de objeto (25- - 36 meses). Aparece una habilidad gradual creciente para separarse de la madre. La comunicación verbal, que empezó en la fase anterior, se desarrolla rápidamente durante este período y reemplaza paulatinamente otros modos de comunicación. El -- juego se hace más propósito y constructivo. En el juego se -- inicia la fantasía de adoptar roles y de hacer "como si". Las observaciones acerca del mundo real se vuelven detalladas y -- son claramente incluidas en el juego, hay un creciente inte- -- rés en los adultos distintos de la madre y en los compañeros- infantiles de juego.

Se empieza a desarrollar un sentido del tiempo y con él- una capacidad incrementada para tolerar el posponer la grati- ficación y para soportar la separación. Conceptos tales como- después y mañana, no solamente son entendidos, si no también- usados por el niño en esta edad. También es característico de esta fase un negativismo que parece ser tan esencial para el- desarrollo de "un sentido de identidad".

El niño psicótico parece fallar o carecer, en su vida ex trauterina, de la capacidad de percibir o usar al agente ma- terno para mantener su homeostasis. Los animales nacen con -- instintos bien desarrollados que su supervivencia independien- te, individual, inmediatamente después de su nacimiento; pero en el hombre el YO tiene que ir adquiriendo esta capacidad de adaptación a la realidad lo que dependerá del desarrollo del- sistema nervioso central tan inmaduro al nacer el niño. El -- neonato parece ser un organismo puramente biológico cuyas reg puestas a los estímulos no son a nivel cortical, si no esen -

cialmente a nivel reflejo y talámico, y se puede decir que al nacer sólo existe un YO rudimentario, incapaz de manejarse por sí solo. El rapport psicobiológico, entre la madre y el niño, complementa este YO indiferenciado. La madre es el sustituto humano de aquellos instintos, de los que el niño carece, y ejecuta funciones vitales tan importantes que sin ellas el niño no podría sobrevivir (se trata de una especie de simbiosis social). Las señales mutuas entre madre hijo son un requisito para una simbiosis normal, que en situaciones correctas se desarrollan hacia una mutua comunicación verbal.

La formación de identidad presupone estructuralizaciones del YO y la neutralización de los instintos. Para que esto ocurra tienen que cumplirse dos requisitos: 1.- Los estímulos-entero - propioceptivos no deben ser arrollados para que no impidan la formación de la estructura. 2.- En ausencia de un "organizador interno", el socio simbiótico debe ser capaz de servir como barrera contra los estímulos internos y externos. Cuando no se dan estas condiciones los estímulos serán potencialmente traumáticos.

Margaret Malher hace una clara distinción entre dos tipos de psicosis infantil. Una es para ella el "Autismo Infantil" y la otra el "Síndrome Simbiótico", considerando que ambos tipos de psicosis en niños deben entenderse como una distorsión patológica que tiene lugar en las fases de desarrollo del YO dentro de la temprana relación madre - hijo. El "Autismo Infantil Temprano" es considerado por ella como una fijación o regresión a la primera fase de la vida extrauterina, - incluso su self corporal parece no ser distinguida. No existe diferencia entre la materia viviente y la muerta. Parece ser-

que la anamnesis de estos niños tienen descripciones de su -- más temprana conducta, lo que revela que no hubo una conducta anticipatoria al mamar; tampoco se dió la respuesta de la sonrisa que hay en los otros niños y parecen ligarse a veces a un objeto inanimado. Las madres dicen, por ejemplo, nunca se sonríe conmigo, siempre se aleja de mí, mi niño trata de irse de mi pecho tan pronto como puede, nunca le gusta que lo acaricie, no pide ayuda en ningún momento.

Toda la sintomatología y patrón de conducta del síndrome infantil autístico se mueve alrededor del hecho de que el niño es incapaz de utilizar las funciones auxiliares de su madre y orientarse en el mundo externo o interno.

En la Simbiósis Psicótica Infantil el niño parece haber progresado en su desarrollo en la fase simbiótica, y con frecuencia se observan indicios de haber llegado al inicio de la fase separación - individuación, el síndrome simbiótico es, por lo tanto, una regresión o fijación a una fase de desarrollo más adelantada que la autística, la fase en que hay necesidad de un objeto parcial satisfactor. El cuadro clínico es, desde luego, más complejo en la psicosis simbiótica que en el temprano autismo. Puede frecuentemente observarse una sensibilidad insual ante cualquier frustración menor, reacciones extremas a fallas pequeñas. Generalmente hay un trauma ambiental complementario; los niños del grupo sombiótico rara vez presentan una conducta perturbada en el primer año de vida, a excepción de perturbaciones de sueño; las madres los describen como llorones, su desadaptación, digamos, se hace gradualmente o en forma fulminante en aquellos momentos cruciales -- del desarrollo de la personalidad cuando surge un reto que --

amenaza su omnipotencia simbiótica y causa severas reacciones de pánico, estas reacciones se manifiestan del tercer al cuarto año con la fase culminante del complejo de Edipo.

El mundo para estos niños es hostil y amenazante porque lo tienen que confrontar como un ser separado y esta ansiedad de separación arrolla al débil YO del niño simbiótico.

Malher, para validar sus observaciones, siguió una metodología informal naturalista de una continua recolección de datos sobre la interacción de la unidad madre - hijo. Siendo una de sus hipótesis fundamentales considerar que aún las funciones autónomas del YO, tales como memoria, prueba de realidad, integración locomotriz que son esenciales para el desarrollo de la autonomía del YO y pertenecen a la esfera libre de conflictos del mismo necesitan de la disponibilidad de la madre para que tenga lugar un desarrollo óptimo de las mismas.

Malher hizo dos grupos de parejas niño - madre, en el primer grupo estudió niños simbióticos - psicóticos de 3 a 5 años de edad con sus respectivas madres. El segundo grupo consistió de niños normales de edades que iban de los 6 a los 36 meses de edad que, junto con sus madres, fueron estudiados.

Encontró que en el grupo psicótico las discrepancias entre madre - hijo eran de mayor intensidad y magnitud que las que se observaban entre el grupo de niños normales, y que la falta de armonía marcada y los desaciertos entre madre - hijo no siempre evidencias de trastorno en uno o en ambos compañeros de la unidad simbiótica madre - hijo.

## ESTUDIOS ETOLOGICOS.

La relación temprana madre - hijo ha sido estudiada en - changuitos por Harry F. Harlow, (46) quien arregló un grupo - de changuitos - bebés que eran alimentados por botellas dadas por una madre sustituta de fierro y otro grupo alimentado con botellas conectadas a madres de pelusa. La madre de metal fue biológicamente adecuada, pero los changuitos alimentados de - esta manera mostraron señales de perturbación emocional mucho mayor que aquellos alimentados por la figura de pelusa y se - veían mucho menos aventajados que aquellos alimentados por - sus madres reales. Harlow también observó que los chanquitos - que habían sido privados de un real cuidado materno, si se - les traía a contacto con otros changuitos, tenían buenos ajug - tes en su vida posterior, así que el contacto con otros chan - guitos, fuesen madres o compañeros era esencial para la adap - tación de los changuitos. Otro estudio en animales, hecho por H. S. Liddell, muestra la importancia de los primeros contac - tos cutáneos con la madre. Uno de los animales de Liddell fue privado del contacto materno mientras su hermano gemelo cre - ció normalmente bajo el cuidado de su madre. El animal que - fue separado de su madre era mucho menos capaz, en su vida - posterior, de soportar traumas inducidos en forma experimen - tal que el otro que se había mantenido bajo el cuidado mater - no.

C A P I T U L O   I I I

DESARROLLO HISTORICO DE LA  
PSIQUIATRIA EN MEXICO.

## ANTECEDENTES HISTORICOS.

A través de los siglos, México, en sus diferentes etapas históricas, ha sido un país en el cual siempre se ha destacado la preocupación por el conocimiento y resolución de los trastornos psiquiátricos.

"Desde la época prehispánica los aztecas tenían nociones en relación con este tipo de problemas. Algunos aspectos de su medicina, naturalista y mágica, han llegado a nosotros a través de escritos del siglo XVI entre los cuales destacan por su seriedad e importancia el llamado Códice Badiano o Libellus de Medicinalibus Inderum Herbis y la Historia de las Cosas de la Nueva España de Fray Bernardino de Sahagún. En ambos casos los conocimientos de medicina que se nos ofrecen fueron informados por médicos indígenas. Después de consumada la conquista, se fundó el Imperial Colegio de la Santa Veracruz de Tlatelolco y los médicos aztecas fueron el enlace entre la medicina Europea y la indígena.

El código Badiano, escrito en el año de 1552, es un pequeño manuscrito que durante casi tres siglos permaneció desconocido y no fue sino hasta el año de 1922 que se le encontró en la Biblioteca del Vaticano por Charles Upton Clark. Se consideran como autores del mismo a Martín de la Cruz y a Juan Badiano.

El primero, posiblemente un médico viejo, que había aprendido su oficio antes de la conquista, era ya un hombre experimentado cuando se le encargó del trabajo; ignorante del latín y con conocimientos limitados del español lo escri

be en náhuatl, dictándolo a la manera de los informantes de Sahagún. En la obra se le llama médico del Colegio, por lo que se considera que estuviera encargado del cuidado de los indígenas enfermos y que colaborara con los frailes en la asistencia de los mismos.

Juan Badiano, originario de Xoxhimilco, era como él mismo lo dice, Colegi prelector, o sea lector del colegio, siendo el traductor del libro al latín.

En las páginas del Codice Badiano se entrecalan símbolos-aztecas como el del agua, la roca, la serpiente, etc., y se hacen recomendaciones para el tratamiento de diferentes procesos patológicos como la epilepsia y y la depresión.

Fray Bernardino de Sahagún por su parte, en la Historia de las Cosas de la Nueva España, recogió la valiosa información proporcionada por los indígenas. En su libro, a parte de describir numerosas enfermedades, destaca la gran preocupación del pueblo azteca por el problema del alcoholismo. Para frenar éste, recurrían a diferentes métodos que iban desde la recomendación que hacía el emperador, inmediatamente después de su elección, indicando a su pueblo que el octli (pulque), era el principio y raíz de todo mal, que se abstuvieran de beberlo, - hasta el repudio del alcohólico por todas las clases sociales. Los castigos iban desde exponerlo a la vergüenza pública con la cabeza rapada, hasta las penas corporales, como apalearlo e incluso condenarle a muerte, sobre todo si era noble o sacerdote.

Llama la atención el hecho de que a los viejos se les permitía beber sin restricciones, destacando así su espíritu de justicia que permitía los placeres de la bebida sólo a aque---

llos cuya vida activa había terminado y no iban a ser una -- carga para la sociedad.

Con la llegada de los españoles estos castigos fueron -- abolidos por inhumanos, originándose, poco tiempo después un aumento considerable del problema del alcoholismo entre los -- aborígenes, que las nuevas medidas de control no pudieron -- frenar" (47).

Durante la colonia México es el primer país de América -- y uno de los primeros en el mundo, en donde se funda un esta -- blecimiento para alojar enfermos mentales: el hospital de -- San Hipólito fundado por Fray Bernardino Alvarez (1566), --- (48) quién en aquel entonces era asistente del hospital de -- la Concepción (hoy de Jesús), impresionado porque los conva -- lecientes incapaces de trabajar se dedicaban a la mendicidad, la vagancia o al delito. Según nos cuenta un antiguo cronis -- ta: "trató con eficacia de tener una casa que corriese de su -- cuenta, para hospedar pobres y recoger los que andaban vagan -- do así como convalecientes, desamparados, viudos, locos y en -- cualquier manera necesitados". Estableció un asilo cerca del -- hospital de la Concepción, en la calle de la Celada (hoy --- Fino Suárez).

Siendo insuficiente el local, pidió permiso para edifi -- car una casa más amplia. Para ese fin consiguió un terreno -- en la calzada de Tacuba (hoy Av. Hidalgo), junto a la ermita -- donde un soldado negro, llamado Juan Garrido, había conserva -- do los huesos de los españoles muertos durante la Noche Tris -- te, y dedicado a San Hipólito en recuerdo del 23 de agosto -- de 1521 en que fue tomada Tenochtitlan.

El arzobispo Don Alonso de Mentafír concedió el permiso,

"por cuanto por parte de Fray Bernardino Alvarez vecino de esta dicha ciudad nos ha sido hecha la relación, diciendo la --- gran falta que ha habido y hay en esta ciudad de un hospital - para los enfermos convalecientes que por no tener donde convalecer después de despedidos de los hospitales se morían muchos de ellos y que (con celo de servir a nuestro señor) había procurado tratar con algunas personas escritivas de esta dicha - ciudad, para que diesen sus limosnas y ayudasen para que tuviesen afecto y se fundase en dicho hospital.....

Por la presente damos licencia y facultad al dicho Bernardino Alvarez para que libremente pueda laborar el dicho hospital (Zarco y Av. Hidalgo)".

Este hospital fué el primero, establecido en América para atender a convalecientes y locos.

Bernardino Alvarez construyó su asilo con la ayuda manual de los mismos enfermos, y para mejor atenderlos y socorrerlos - estableció una cofradía que llamó de Hermanos de la Caridad, - más tarde convertida en orden hospitalaria por el Papa Inocencio XII, orden que fue llamada popularmente de los Hermanos -- Hipólitos, netamente mexicana, suprimida en 1820 en virtud de los ordenamientos de la Constitución de Cádiz.

Esta Institución fue modelo en su tiempo, y a los enfermos se les dió el trato humano que nunca antes se les había -- ofrecido.

Fue tan ejemplar la dedicación de Bernardino Alvarez que sus seguidores formaron toda una fraternidad para servir a los enfermos nerviosos, consagrada primero como congregación y, -- más tarde como orden religiosa que tenía como obligación el -- asistir a los "locos", decrepitos y seniles.

Poco más de un siglo tiene que transcurrir para que un personaje de humilde cuna marcara otro acontecimiento en la historia de los hospitales psiquiátricos de México. José Sá-yago (1698), pobre carpintero que apenas ganaba para subsis--tir, resuelve, junto con su esposa, alojar en su propia casa a algunos enfermos mentales abandonados por sus propias fami--lias y por la sociedad.

Enterado el arzobispo Francisco de Aguilar y Seijas de--la humanitaria obra de Sá-yago, decide ayudarle y les instala provisionalmente en una casona vieja, frente a la Iglesia de San Pedro y San Pablo, en el año de 1698, éste pequeño hospi--tal llamado del Divino Salvador, fue para mujeres dementes.

En este lugar permanecen hasta que la Congregación del--Divino Salvador compra una casa en la calle de la Canoa (hoy Dnceles).

Este Hospital fue erigido en el año de 1700.

Por esta misma época fue formado el hospital de la San--tísima, que fue exclusivo para sacerdotes dementes. Clausura--do en 1855, sus enfermos pasaron al hospital de san Hipólito.

Después de la Independencia los hospitales de San Hipó--lito y del Divino Salvador continuaron funcionando en forma--más o menos similar durante 10 años hasta que por disposicio--nes legales se suprimieron las "Ordenes Religiosas Hospitala--rias".

Los hospitales de San Hipólito y del Divino Salvador pa--saron a depender del Ayuntamiento de la ciudad de México, y--sus bienes pasaron a ser propiedades del gobierno del Estado de México.

La penuria del Ayuntamiento se permitió seguir manejan

do estos hospitales que con grandes dificultades sobrevivieron no más de 50 años como instituciones con relativa autonomía, - constituyendo un problema, y casi una carga insoportable, hasta 1877 en que fue creada la Dirección de Beneficencia Pública que se hizo cargo de estas instituciones.

No obstante la labor desarrollada por esas instituciones- había necesidad de contar con otras en el interior de la República por lo que, desde finales del siglo XVIII, en el antiguo Hospital de Belén en Guadalajara se atendieran algunos enfermos mentales; posteriormente en el año de 1860 el Hospital Civil contó definitivamente con una sección psiquiátrica para varones y otra para mujeres. En ese mismo año, en el Hospital Civil de Monterrey, también se organizó una sección para el tratamiento de los enfermos mentales.

En el Estado de Veracruz el gobierno del Estado decretó - en 1896, la creación del manicomio estatal con residencia en - la ciudad de Orizaba. En el año de 1906 se inauguró, en la ciudad de Mérida, el Hospital Neuropsiquiátrico Leandro Valle que venía a cubrir las necesidades de aquella región.

Si bien se habían establecido ya algunas instituciones -- donde atendían a los enfermos mentales, la asistencia de los - mismos no había evolucionado al mismo ritmo que en otras ramas de la medicina.

Urgía la transformación de las instituciones psiquiátri-- cas, y así fue como los Dres. Labastida y Alvarado, Peón del - Valle, etc., como fuertes pioneros de la psiquiatría contemporánea, consiguieron estimular a la opinión pública y al gobier-- no para arrear una nueva institución. Así la Secretaría de Go-- bernación, en 1908, compró la hacienda de la Castañeda en Mix-

coac y construyó el Manicomio General que inauguró el gobierno de la República en el mes de septiembre de 1910. Se trasladó a los enfermos del Hospital de San Hipólito y del Divino Salvador, asegurando el alojamiento para 800 enfermos.

El manicomio de México tuvo como primer director al Dr. José Meza Gutiérrez y fue en su época una institución acorde con el adelanto médico de entonces; sin embargo, la probable confirmación de que el enfermo que ingresaba a la institución ahí se quedaba, hizo que pronto se aumentara la población de enfermos y en proporción inversa se descuidara su atención por la imposibilidad física y de personal adiestrado, a grado tal que en la beneficencia pública se tenía la convicción de que "no había recurso médico alguno sino exclusivamente de asilo para locos".

Así y todo, el manicomio vino a cumplir con una misión social extraordinaria, a pesar de la desproporción entre los enfermos que requerían de servicios hospitalarios y las condiciones físicas, de equipo y sobre todo de personal, que eran tan grandes que empezaban a hacer muy difícil su labor.

Cabe mencionar, como dato importante, que el Dr. Alfonso Millán construyó, dentro del Manicomio, un pabellón para psiquiatría infantil.

La población de pacientes en el manicomio creció en forma desproporcionada; las técnicas científicas, organización, forma administrativa y el local físico ya no correspondían a la necesidad que pedía el propio hospital.

Ante tal situación surgió la necesidad imperiosa de la creación de una nueva institución. Después de estudios e investigaciones minuciosas al respecto, se vió la necesidad de

construir hospitales independientes, para diferentes necesidades.

Uno exclusivo para la población Infantil, Hospital J. N. Navarro. La creación de este hospital viene a marcar un paso significativo. El niño, que es el futuro hombre del país, por fin va a recibir ayuda psiquiátrica, la necesidad de tal ayuda se había venido sintiendo desde hacía mucho tiempo y es hasta 1966 que se va cristalizando esta necesidad.

Hospitales Campestres.- Estos nuevos hospitales tienen -- puertas abiertas y en ellos el enfermo mental encuentra una motivación para su vida en el propio ambiente. Uno más para enfermos mentales crónicos: "Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Fernando Ocaranza". "Otro hospital Psiquiátrico es el Fray Bernardino Alvarez para enfermos agudos con cupo para 630 enfermos y un moderno edificio de tipo vertical con 10 pisos de altura y los siguientes servicios: a) La sección de consulta externa que cuenta con ocho consultorios para médicos, cuatro para psicólogos y cuatro para trabajo social, dos cámaras de Gesell, dos salones de terapia de grupo, archivo clínico y un departamento de admisión, con entrada independiente, para enfermos que, por sus condiciones psíquicas, no es posible recibir en los consultorios ordinarios de libre acceso al público. b) Un departamento de servicios auxiliares de diagnóstico y -- tratamiento, integrado por laboratorios clínicos, gabinete de radiodiagnóstico y de electroencefalografía, farmacia, quirófano, sección de terapia intensiva con 24 camas para padecimientos intercurrentes, médicos quirúrgicos de todo el sistema, central de esterilización y equipo; almacén de sangre y consultorios dentales, oftalmológicos, otológicos y de especialidades--

varias. Esta sección está debidamente instalada entre la con sulta externa y los pisos de internamiento a fin de dar un - servicio eficiente a todos los enfermos. c) Seis niveles de hospitalización con dos alas de 50 enfermos cada una, debida mente ubicadas en secciones de una, tres y seis camas, permi ten que el mismo equipo trabaje con hombre y mujeres indis-- tintamente; cada piso de hospitalización atiende con sus pro prios elementos un despacho de consulta externa a fin de lo-- grar una continuidad completa en servicios prestados a los - enfermos desde que llegan por primera vez al hospital que -- son controlados en la consulta posterior al internamiento. - En la parte central de cada nivel, y sirviendo al mismo tiem po para separar los servicios de hombres y mujeres, se loca lizan: una cámara de Gesell, una sala de juntas y el despa-- cho del jefe de servicio con su secretaria. En cada una de - las secciones hay seis consultorios, una estación de enferme ras, una cocina de distribución, un local amplio que funcio-- na indistintamente como sala de día o como comedor y una sa-- la de visitas. d) Para realizar la terapia ocupacional y re-- creativa, cuenta el moderno nosocomio con seis talleres, dos áreas de socioterapia de usos múltiples (visita familiar, -- funciones de cine y teatro, bailes, etc.), con capacidad pa-- ra doscientos cincuenta enfermos; además tiene amplios jardi nes y juegos al aire libre. e) La docencia, que es muy acti-- va, tiene todas las facilidades para realizarse en forma mo-- derna y eficiente dentro del hospital, se cuenta con seis -- aulas para 70 alumnos, un auditorio para 240 personas y una-- moderna biblioteca. f) La residencia médica tiene habitacio-- nes para alojar a 25 médicos y 9 doctoras. g) Oficinas de go

bierno, servicios generales, cafetería y tienda para el público completan la moderna instalación.

Estos nuevos hospitales: el Fray Bernardino, los Hospitales Campestres y el Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Fernando Ocaranza, han mejorado considerablemente la atención de los enfermos mentales, aumentándose en un número importante las altas por curación y mejoría, así como la consulta externa. La docencia se ha incrementado ya que las nuevas instalaciones -- constituyen, por sí mismas, un atractivo para los jóvenes profesionales y la investigación clínica y psicológica se está -- efectuando en casi todos los hospitales" (49).

#### DESARROLLO EVOLUTIVO DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL.

La preocupación por el niño en México data del siglo XVI. En ese entonces hubo instituciones caritativas como las casas de cuna fundadas por el Doctor Pedro López y por el Obispo de Michoacán Don Vasco de Quiroga. En el siglo XVIII también fueron establecidas casas de cuna por el Arzobispo Don Francisco y Lorenzana. Una de ellas, en la plazuela del Carmen.

En el año de 1865, la Emperatriz Carlota obtuvo de su esposo, el Emperador Maximiliano, un decreto para fundar un Asilo de Maternidad e Infancia, que duró hasta el año de 1905.

Por la misma época Don Nicolás de Teresa facilitó fondos suficientes para que se dotara con todo lo necesario una sala del extinguido Hospital General de San Andrés, destinada exclusivamente para la atención de niños.

En 1868, después del triunfo de la República, los niños del Hospital de San Andrés fueron llevados al asilo fundado --

por la Emperatriz Carlota, en la calle de Revillagigedo. Esta casa puede considerarse como EL PRIMER HOSPITAL INFANTIL-DE MEXICO, Hospital que por la actividad e iniciativa que tuvo su Director, el Dr. Eduardo Liceaga, y con la ayuda sucesiva de los presidentes Benito Juárez, Sebastián Lerdo de Tejada, y Porfirio Díaz, fue ampliado y embellecido. Este hospital fue el centro de nuestros pediatras.

En 1887, la Sra. Doña Carmen Romero de Díaz fundó la Casa Amiga del Obrero, considerada como primera etapa de vida de lo que hoy es Guardería Infantil, destinada a atender a los hijos de las trabajadoras. Posteriormente fueron fundadas varias Casas de este tipo.

En 1905 se terminó la construcción del actual Hospital-General, el cual asimiló a todos los enfermos del Hospital de San Andrés.

En él fueron construidos el pabellón para niños infecciosos y el de niños no infecciosos éste último rodeado de jardines y con una pequeña sala - escuela anexa. Esto constituyó un paso más en la atención asistencial de la población-infantil y en el adiestramiento de los profesionales de la especialidad.

Debido a movimientos sísmicos, y a fallas del terreno, el edificio del hospital infantil sufrió desperfectos en su estructura. Fue forzoso desalojarlo y trasladarlo al edificio de la Maternidad Mundet. El cual ofreció servicios superiores y mejor dotados, con lo que se garantizaba la más amplia asistencia por lo que a los pacientes se refiere y un mejoramiento substancial en las prácticas de enseñanza, tanto para el personal técnico como para el auxiliar.

Ya en el año de 1931 funcionaba el Pabellón Infantil en el ex-tinto "Manicomio General de la Castañeda".

En 1946, el Dr. I. Picasos fue el primero en recomendar la creación de un servicio de Higiene Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; este servicio abarcaría a preescolares, escolares y jóvenes menores de edad. Dicha proposición fue aceptada en el 1er. Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia, en México, D.F., en el año de 1946. En este mismo año, con el deseo de atender tempranamente los desórdenes de los niños y teniendo en cuenta que la oficina más apropiada era un Centro de Salud, se creó el 1er. Departamento de Higiene Mental en el "Centro Maximino Avila Camacho", bajo la dirección del Prof. José Peinado Altable.

En 1952 se organizó el Servicio de Higiene Mental en el Hospital Infantil, bajo la supervisión de los Doctores Jorge Velasco Alzaga y José F. Díaz. En el mismo año el Dr. Velasco Alzaga se hizo cargo de la Sección de Higiene Mental en la Dirección de Salubridad en el Distrito Federal, estableciéndose 4 clínicas de Higiene Mental.

En el año de 1956, el Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil de México se convirtió en Departamento, continuando a su cargo el mismo Dr. Velasco Alzaga. En el año de 1960 el Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil quedó a cargo del Dr. José Carrera Tamboral, ya que el Dr. Velasco Alzaga se hacía cargo de la Sección de Salud Mental de la Oficina de la Salud Sanitaria Panamericana Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

El Dr. C. Tamboral renunció en 1964, siendo substituído por el Dr. Darío Urdapilleta Bueno quien, a su vez, renunció-

en agosto de 1969 para dirigir el Hospital Psiquiátrico Infantil "DR. JUAN N. NAVARRO"; el cual tiene cuatro funciones diferentes dentro de una unidad asistencial:

1.- Por una parte da alojamiento permanente a niños -- que, profundamente alterados, deben ser internados en forma custodial.

2.- En segundo lugar cuenta con una sección de internamiento de 32 camas para enfermos agudos que ameritan estancias breves, ya que el concepto moderno de tratamiento psiquiátrico de niños aconsejan limitar, hasta donde sea posible, la estancia de los pequeños pacientes en el hospital, -- alejados de sus familiares.

3.- Una consulta externa con nueve consultorios para -- médicos y psicólogos, dos cámaras de Gesell y salones para terapia de juego individual y colectiva, así como terapia -- recreativa consistente en juegos infantiles al aire libre.

4.- Finalmente, una guardería para preescolares que no ameritan hospitalización, pero que requieren asistir durante un período, más o menos largo, a la consulta externa para su tratamiento rehabilitatorio y un hospital de día, con las mismas características, para niños mayores.

Para la docencia se dispone de una aula para 60 personas. El hospital tiene habitaciones para seis médicos residentes. Las oficinas de gobierno, servicios generales y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, cuentan con todos los elementos modernos para un correcto funcionamiento.

## LA EDUCACION ESPECIAL EN MEXICO.

Podemos considerar como el primer precursor en la educación de los niños de lento aprendizaje, al Dr. José de Jesús González, notable oftalmólogo (50).

Los trabajos científicos del Dr. González son conocidos mundialmente y traducidos en 4 idiomas. En 1910 escribió Higiene Escolar y en 1918 editó Los niños anormales mentales-psíquicos, uno de los libros mejor escritos sobre el tema.

El interés del doctor por los niños anormales nació al tratar el primer caso de idiocia amaurotica; esto lo llevó a investigar la relación que pudiera haber entre las deficiencias visuales y las mentales.

En 1929, El Dr. González habla de los deficientes mentales y de la necesidad de construir una escuela modelo para ellos.

De los hombres dedicados al estudio y educación de los deficientes mentales, ha sido este médico multifacético el más profundo, el más sabio y quizá el más humano. Su ideal fue: la construcción de una escuela modelo para los niños anormales, ideal que no pudo lograr. Muere el 31 de marzo de 1933 a la edad de 58 años.

Otro hombre ilustre dentro de este mismo ideal es el Prof. Salvador M. Lima, uno de los precursores de la revolución. Interesado desde muy joven en los estudios de Psicología y en los problemas de aprendizaje y conducta de los niños, consiguió que en 1917 se incluyera en el Plan de estudios de la Escuela Normal de Jalisco la cátedra de "Educación de Niños Anormales".

Durante el gobierno del Gral. Marcelino García Barragán en el estado de Jalisco, el Prof. Lima se encargó de la Dirección General de Educación del Estado. Durante su gestión fundó una escuela para niños deficientes mentales.

Participó en importantes congresos sobre problemas de la Educación. Escribió varias obras. Fue presidente ( el primero ) del Tribunal para menores. Director de las Escuelas Penales y Correccional de la ciudad de México, organizó en ellas grupos de anormales.

Otra labor importante es la del eminente mexicano Dr. Rafael Santamarina.

En 1921 se reunió, en la ciudad de México, el Primer Congreso Mexicano del Niño, en el cual el Dr. Santamarina se refirió a la necesidad de orientar, sobre bases científicas, la higiene escolar y la educación de los niños deficientes y anormales de diversos tipos mentales y físicos. Inició la necesidad de educarlos en "clases anexas especiales", en escuelas exclusivas o instituciones de internados, bajo el cuidado de maestros especializados. También se trataron problemas mentales y pedagógicos basados sobre el examen psicológico y la higiene mental del niño.

En 1924 inicia el Dr. Santamarina la clasificación de alumnos, en algunas escuelas primarias, mediante el estudio y adaptación de pruebas de inteligencia en las cuales desde hacía tiempo trabajaba para elaborar escalas psicométricas indispensables que estuvieran al alcance de los maestros. El Dr. había publicado una adaptación provisional de la escala de Binet-Simón; pero se requería un medio de comparación para resolver casos dudosos por lo que se escogió la escala-

de Lenguaje de A. Descoedres. El estudio completo se realizó en 1925 en las niñas y en 1926 la escala, una vez formada — se experimentó en los niños. La prueba se aplicó a 12,887 alumnos.

Tanto el Dr. Santamarina como el gran maestro Lauro Aguirre reorganizaron, como Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar, lo que hasta esa fecha fue la Sección de Higiene escolar, dependencia de Educación Pública. En 1925 tomó posesión del nuevo Departamento el Dr. Santamarina.

La creación del Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar obedeció a la necesidad de conocer las constantes del desarrollo físico y mental de niños mexicanos, para deducir — de ahí las consecuencias de aplicación en el trabajo escolar — y la vigilancia de la salud.

En 1929, el Departamento ya ha determinado las constantes del desarrollo físico de los niños de la clase media y ha podido seleccionar y clasificar a los alumnos de muchas escuelas del Distrito Federal. A partir de este año se inició el estudio antropométrico en niños de la clase popular.

Desde septiembre de 1933, y durante todo el año de 1934, se impartieron conferencias en torno a mediciones mentales. — En vista del interés que despertó el tema, se estudió y aprobó un plan de trabajo conjunto de los Departamentos de Psicopedagogía y de Enseñanza Primaria y Normal y de la Escuela Nacional de maestros. Los resultados de este esfuerzo, realizado por primera vez en la historia de la pedagogía en México, — fueron muy alentadores. Se aplicaron cerca de 40,000 pruebas a grupos de primero, segundo y tercero de primaria. Dicha clasificación, según los registros llevados, ha tenido resulta--

dos satisfactorios. En secundaria fueron aplicadas cerca de 3,000 pruebas de admisión y otras tantas en escuelas técnicas.

En 1935 el Dr. Santamarina se retira del Departamento de Psicopedagogía y Médico Escolar.

El Dr. Santamarina tuvo el gran mérito de iniciar la investigación psicopedagógica, de marcar nuevas rutas y señalar deficiencias en la educación de nuestros niños y los problemas que les afectaban. Debemos reconocer que es el lejano precursor del Instituto de Protección a la Infancia, el iniciador de la educación de los niños deficientes mentales en el Distrito Federal y el primero en adoptar y estandarizar la aplicación de pruebas mentales.

En 1927, al formularse el plan de estudios de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional, consideran dentro del mismo el curso especial de Deficientes Mentales, a cargo del médico Roberto Solís Quiroga.

Ya el Dr. Solís Quiroga se había iniciado en la educación de anormales al desempeñar el cargo de Jefe de la Sección Médica del Tribunal para menores y al mismo tiempo el de segundo juez del Primer Tribunal.

En 1935, el Ministro de Educación ordenó la creación de un nuevo centro que agrupara las escuelas fundadas por el Dr. Santamarina.

Para tales fines se nombró el Dr. Roberto Solís Quiroga director de la nueva institución. Así, el 7 de junio de 1935, el Instituto Médico Pedagógico abrió sus puertas. Funcionaron en él la Escuela para Deficientes Mentales (Escuela No. 1) y la Escuela de Recuperación Física (Escuela No. 2).

La inauguración del Instituto Médico Pedagógico sirvió para que se organizara una semana de pláticas de Mesa Redonda acerca de la educación de dichos niños; en esta semana fueron presentados diversos trabajos de carácter científico a cargo de especialistas médicos, abogados y profesores. Versaron sobre etiología, diagnóstico, selección y educación de los anormales mentales educables. Se dotó, además, al plantel con varias obras sobre tratamiento y educación de niños retardados.

A principios de 1939, la Escuela de Recuperación Física (No. 2) deja de funcionar y se transforma en Preventorio Antituberculoso. Este cambio se debió principalmente a las investigaciones realizadas por el Dr. Neftalí Rodríguez, apóstol de la lucha contra la tuberculosis.

Las posibilidades ofreció la institución a los niños tuberculosos: el internado o el medio internado.

La Escuela para Deficientes Mentales funcionó como medio internado.

En 1941, el Ministro de Educación Lic. Octavio Vezar Vázquez, se interesó por la obra desarrollada en el "Parque Lira" y convencido de la trascendencia que para México tendría la educación de los niños deficientes mentales, generalmente abandonados, pensó, y así lo expresó al Dr. Solís Quiroga, en la necesidad de crear una Escuela Normal para formar maestros especialistas en la educación de esos niños.

El 7 de junio de 1943 abrió sus puertas la nueva institución: Escuela Normal de Especialización con la carrera de "Maestro Especialista en la Educación de Anormales Mentales y Menores Infractores". El plan de estudios fue de dos años.

En el año de 1945 se ofrece la carrera de "Maestros espe

cialista en la educación y el cuidado de ciegos".

Al principiar el año de 1959 renuncia el Dr. Roberto Solís Quiroga a la dirección de la Normal y del Anexo, por haberle concedido el Gobierno Federal su jubilación.

Al retirarse el Dr. Solís Quiroga, el Oficial Mayor de la Secretaría de Educación Pública, Prof. Manuel López Dívila, se interesa en el problema y comisiona a la Profa. Odalмира Mayagoitia de Toulet para que dirija una investigación con el objeto de averiguar los niveles mentales de los niños de primero y segundo año en determinadas zonas de la ciudad.

El resultado de dicho estudio y el dinamismo de la Sra. Toulet culminaron en la fundación de las Escuelas Primarias de Perfeccionamiento número 1 y 2.

En 1961 se fundan las Escuelas primarias de Perfeccionamiento número 3 y 4.

Con el impulso de la Sra. Toulet se empieza la apertura de escuelas para niños con problemas de aprendizaje en varios estados de la República como son Veracruz, Tamaulipas, Yucatán, Sinaloa, Sonora, Nuevo León, Chihuahua, Colima, Nayarit, San Luis Potosí, Puebla.

Durante los siete años que la maestra Mayagoitia de Toulet estuvo al frente de la Coordinación de la Educación Especial, logró la apertura y funcionamiento de 10 escuelas en el Distrito Federal, trabajó con entusiasmo dedicando todo su tiempo y esfuerzo al crecimiento de la obra en pro de los niños deficientes mentales.

## ANTECEDENTES, META, ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL TRIBUNAL PARA MENORES.

El 10 de diciembre de 1926 se fundó el Tribunal para menores en la ciudad de México, D.F., gracias a la iniciativa y gestiones del Dr. Roberto Solís Quiroga quien junto con la señora Guadalupe Zúñiga de González y el Prof. Salvador M. Lima tuvieron el honor de haber sido jueces fundadores.

Participaron en la fundación del tribunal con el ideal de evitar la unión de delincuentes empedernidos y de mayor edad con los menores que, por desgracia, hubieran delinquido, ya que en tales casos cabría la posibilidad de que en un futuro llegarían a una rehabilitación total.

En un principio el tribunal estuvo limitado a funciones administrativas teniendo únicamente bajo su jurisdicción las faltas de poca trascendencia.

En 1928 se publicó la "Ley sobre la prevención social de la delincuencia infantil en el Distrito Federal". Y en 1934 el "Reglamento para los tribunales de menores y sus instituciones auxiliares", lo que constituyó un nuevo impulso.

Tanto la ley como el reglamento fueron derogados por la "Ley orgánica y normas de procedimientos de los tribunales de menores y sus instituciones auxiliares en el Distrito y Territorios Federales" del 22 de abril de 1941, vigente hasta la fecha.

A su fundación funcionó en una residencia particular, en el número 17 de las calles de Vallarta, adaptada y arreglada a tal fin, de allí pasó a las calles de Luis González Obregón No. 23 y posteriormente a Serapio Rendón No. 117 en donde estuvo -

ubicado hasta mayor de 1952 cuando estrenó edificio propio -  
construido especialmente para tal efecto y dotado de las, --  
en aquel entonces modernas exigencias, que dictaba el concep-  
to funcional de la arquitectura.

A 46 años de su fundación y con su base jurídica intac-  
ta desde hace 31 años el Tribunal para menores para el Dis-  
trito y Territorios Federales es modelo tanto para el inte-  
rior de nuestra República como para las naciones hermanas de  
Centro y Sudamérica.

Los menores son llevados al Tribunal, generalmente, por  
las autoridades o por sus propios padres y por varias causas,  
entre las más comunes:

1º.- Vicios como prostitución, alcoholismo, drogadic-  
ción, homosexualidad.

2º.- Faltas a los reglamentos de Policía y Tránsito.

3º.- Hechos tipificados como delitos por las Leyes Pena-  
les.

4º.- Los llamados incorregibles.

5º.- Menores que acuden en busca de protección.

La institución cuenta con dos Tribunales Colegiados in-  
tegrados cada uno por un Juez médico, un Juez abogado y un -  
Juez maestro, debiendo ser uno, cualquiera de ellos, mujer.

Cada tribunal cuenta con cuatro secciones que constitu-  
yen su columna vertebral:

1.- La sección social, constituida por 24 trabajadoras-  
sociales encargadas de estudiar y aportar datos sobre las ca-  
racterísticas sociológicas que rodean al menor y a los he-  
chos que lo condujeron a la irregularidad de conducta. Este  
estudio es fundamental para una posible reintegración del me-

nor a su hogar y a su medio, la impresión que da la trabajadora social es de gran trascendencia en la decisión del juez.

2.- La sección Médica proporciona la evolución de la realidad física del menor, así como la atención oportuna y eficaz de cualquier anomalía física; su importancia no solamente estriba en dictaminar las causas somato físicas de la conducta criminal, sino también de descubrir todas las enfermedades del menor que producen debilidad, irritación, etc., esta sección cuenta con 11 médicos cirujanos, un médico laboratorista, un odontólogo y 7 enfermeras en su personal; en lo físico cuenta con laboratorio de análisis químicos, gabinete de rayos X, gabinete dental, sala de operaciones para cirugía mayor totalmente acondicionada y 4 cubículos para curaciones y consultas.

3.- La sección psicológica, que proporciona al juez la evaluación psicológica, psiquiátrica y neurológica en cada caso solicitado, contando para ello con un médico psiquiatra, un médico neurólogo, un electroencefalografista y 4 psicólogos; en lo físico cuenta con 4 cubículos de consulta, un gabinete de electroencefalografías y un cubículo jefatura.

4.- La sección pedagógica, que realiza la evaluación de la instrucción del menor, no solamente en su aprovechamiento aparente, sino en el real, así como de sus intereses, aptitudes e inclinaciones vocacionales; para tal efecto cuenta con dos maestros especialistas en menores infractores y un cubículo adecuado y con el material de exploración necesario.

ESTOS CUATRO ESTUDIOS, UNA VEZ TERMINADOS, SE TURNAN AL JUEZ PARA QUE LOS ESTUDIE Y DICTE LA RESOLUCION.

Esta resolución, según el artículo 120 de nuestro Código Penal vigente, puede consistir en libertad vigilada siempre y

cuando se cuente con un hogar integrado, armónico y organizado que proporcione la certeza de una vigilancia y una dirección adecuada; en reclusión, esta última puede adoptar cuatro formas:

1.- Reclusión escolar, la que requiera la activa participación de la escuela, en la actualidad se cuenta con dos: una destinada a varones y otra a mujeres, en donde se recluyen menores, material y moralmente abandonados, de menos de 14 años.

2.- Reclusión en establecimiento especial de educación - correccional, en la actualidad se cuenta con dos: una para varones y otra para mujeres, material y moralmente abandonados y antisociales, de 15 años en adelante.

3.- Reclusión en establecimiento médico, en este caso recurre a LOS HOSPITALES DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES TANTO FISICAS-COMO MENTALES.

4.- Reclusión en hogar honrado, patronato e instituciones similares, a este efecto el Tribunal para Menores cuenta con 7 establecimientos, que funcionan como casa hogar para -- hombres y mujeres, en los cuales se proporcionan educación -- tradicional o adiestramiento en oficios comunes. En esta institución los menores permanecen hasta haber demostrado una -- enmienda efectiva.

Los cuatro estudios diagnósticos antes mencionados deben realizarse en un máximo de 20 días.

Cabe señalar que el espíritu que priva en las resoluciones de todos y cada uno de los casos que conoce el tribunal -- es el de ayudar al menor, evitar que se pervierta, pervierta-- a los demás y entre en conflicto con la sociedad y sus autori

dades.

El hecho irregular que lleva al menor al tribunal pierde su significado ante la trascendencia que tiene la vida del su jeto como entre rehabilitado en el seno de la sociedad.

#### LA CLINICA DE LA CONDUCTA.

En México se creó, en función de los adelantos de las -- ciencias psiquiátricas, psicológicas y pedagógicas, la primera Clinica de Conducta en 1937, anexa al Departamento de Prevención Social, para ocuparse de los menores infractores; --- siendo su principal interés el evitar que los menores, que ha bían sido externados de los diversos centros de reclusión terapéutica, pudieran tener recaídas dentro del delito; para - ello se proyectaron observaciones periódicas y se establecieron tratamientos externos para el menor que así lo requiera.

La Clinica de la Conducta de la Secretaría de Educación-Pública fue creada en 1938, siendo su primer director el médi co psiquiatra Francisco Elizarrarás. (51).

En un pequeño estudio, elaborado en 1954, por los psi--- quiatras, Dr. José Luis Patiño y Dr. Alfonso Campos Artigas, - se lee que la Clínica de la Conducta estaba "orientada hacia- el conocimiento de la personalidad del niño, y hacia la bús-- queda de las causas de la conducta anormal", en ese entonces- resumen 10 años de la labor indicando:

1<sup>o</sup>.-- Que el porcentaje de problemas de conducta que re-- quieren un estudio y atención especiales es muy elevado.

2<sup>o</sup>.-- Que la solución de los casos de conducta anormal fa cilita el control y la organización de la escuela, lo mismo -

que la labor pedagógica de los maestros.

3º.- Que el número de niños que son influenciados benéficamente, por la Clínica de la Conducta, dejan de ser problemas educacionales colectivos.

Ya desde la época de ese escrito señalaban la carencia de local y equipo adecuado, así como de personal técnico.

La situación presente de la Clínica de la Conducta, dentro de las instituciones que se dedican al conocimiento del niño, es de gran interés, pues, poco a poco, se ha ido tomando conciencia de la trascendencia de su labor tanto en el aspecto de higiene mental de la colectividad como en la atención de alta calidad que se da a casos individuales de niños con problemas de comportamiento, que perturban su desempeño escolar o que lesionan los intereses de sus condiscipulos a través de su conducta infantil anormal.

En la actualidad muchas de las deficiencias señaladas -- por los Drs. Patiño y Campos Artigas, se han superado, al grado de que la mayor parte de los profesionistas de la Clínica son postgraduados, pero, en la medida que la clínica fue conocida por maestros y público en general, el exceso de personas que solicitan sus servicios ha ido limitando sus posibilidades de desarrollo en otros campos de la psiquiatría infantil y, por ende, en la higiene mental del escolar mexicano.

Es necesario hacer notar aquí en el D. F. sólo funciona una Clínica de la Conducta de la Secretaría de Educación Pública, para una población escolar, que en el ciclo de primaria de 1969, fue de 1,229,733 menores y que en el año de 1970 llegó a 1,334,329 niños inscritos en el periodo primaria.

Como fácilmente se aprecia, la antigua idea de que huoie

ra una Clínica de Conducta en cada Dirección Escolar, sigue teniendo actualidad, máxime si apreciamos que, por lo menos, uno de cada 10 niños en edad escolar debe ser objeto cuando menos de una valoración diagnóstica y de la canalización, si el caso así lo requiere, en una institución especializada. En la actualidad, la Dirección General de Higiene Escolar tiene establecidas diversas clínicas, para atender a menores con problemas de conducta, que contribuyen a aliviar el exceso de trabajo de esta clínica especializada.

#### PRINCIPALES FUNCIONES Y OBJETIVOS DE LA CLINICA DE LA CONDUCTA.

a) La principal función de la Clínica de la Conducta, y que originó su formación, es la atención médico-psiquiátrica y psicopedagógica de los menores que son enviados de las escuelas primarias y secundarias del D.F., por presentar problemas de conducta, que se manifiestan en la esfera escolar y /o familiar.

Dentro de estas perturbaciones podemos señalar la variada gama de patología psiquiátrica infantil que engloba, en plan general.

1o.- Problemas de la personalidad provocados por enfermedades físicas.

2o.- Problemas psicósomáticos.

3o.- Problemas de conducta con mayor etiología emocional. Es de advertirse, que esta división es un tanto arbitraria y con fines de divulgación, pues en lo frecuente, el menor presenta un cuadro global de factores psicobiológicos con elemen

tos sociales, dado que el ser humano es un todo en sí mismo.

Dentro de las enfermedades del primer grupo, se atiende y canaliza debidamente a los menores oligofrénicos, que, con gran frecuencia, ya llegan con el diagnóstico efectuado por el profesor; se atiende también a menores epilépticos y a niños con diversas encefalopatías y endocrinopatías.

Dentro del segundo grupo, y haciendo una selección pagnámica, se reciben en la Clínica a educandos con trastornos psicossomáticos en la esfera circulatoria, en el aparato digestivo, en el sistema genitourinario, en el aparato locomotor y con problemas de los sentidos especiales.

No es infrecuente, dentro de estos aspectos, observar al menor con migraña, o bien con desvanecimientos y tendencias al colapso vascular; si no es que presenta tics, tos espasmódica o retenciones del aliento; la encopresis, que se refiere a un deseo incoercible de defecar, y la enuresis que indica un trastorno diurno o nocturno de la micción, son vistos constantemente en la Clínica. Las alteraciones de las percepciones, las sensaciones de irrealidad y los cuadros que cursan con ideas delirantes, también son canalizados por maestros que captan lo anterior en sus alumnos, o bien por padres que piden a los profesores un "pase" para poder consultar a los médicos de la institución.

En el campo de los problemas de conducta con énfasis emocional, las educadoras y maestros de niños desde jardín hasta los últimos años de primaria envían al menor con chupeteo del pulgar o que se roen las uñas, si no es que degluten sus cabellos.

Muy frecuentemente se advierte que la incapacidad para-

la lectura y para la aritmética, tiene su base en factores de mala conducción del maestro o de los padres, que dan lugar a una respuesta emocional del niño, lo que propicia hábitos inadecuados no debidos a deficiencia mental o a lesión con localización cerebral.

La masturbación, la iniciación temprana de caricias y manipulaciones hetero, auto y homosexuales, también son valoradas cuando se presenta un "caso problema".

Los celos, el miedo a entrar a la escuela o al salón de clase, el conflicto con la autoridad del maestro, los escapados o novillos así como las rabietas y la tendencia al exhibicionismo, también son objeto de la atención de los diversos equipos profesionales de la Clínica de la Conducta.

Además la Clínica se enfrenta con el problema del acto antisocial y la iniciación de la tendencia delictiva, que en muchos niños se evidencia con el pequeño hurto, la mitomanía y la desobediencia. Así mismo hay índices dignos de tomarse en cuenta, en la crueldad del menor con los animales y sus compañeros, el afán de destruir, la tendencia a la riña y la agresividad poco controlable, el acto piromaniaco etc.

Amplio es el panorama y, aunque poco frecuente, también son canalizados a la Clínica aquellos chicos lejanos, silenciosos, que parecen como encantados y estáticos y en los que hemos detectado el temible cuadro del autismo precoz infantil.

También son frecuentes los casos de menores con terrores nocturnos o con anorexia nerviosa que llegan de los jardines de niños, por lo que los binomios padre - hijo, maestro - alumno, son explorados por el equipo de trabajo con minuciosidad.

Para efectuar los diagnósticos anteriores y llevar a cabo los tratamientos necesarios, la Clínica de la Conducta -- cuenta con un personal eficaz, aunque para las necesidades -- actuales, poco numeroso, formado por 10 psiquiatras postgraduados o con amplia experiencia clínica; 3 médicos pediatras; 3 neurólogos, uno de ellos con especialización en electroencefalografía; 10 psicólogos clínicos y 10 trabajadoras sociales. Los estudios se efectúan en equipo, con técnicas y métodos altamente especializados.

La dirección del equipo de trabajo la lleva el psiquiatra, lo cual está especificado por estudios de la O.M.S., y el centro del interés del grupo es ayudar a todos con su especialidad a resolver el problema del menor en estudio.

Con objeto de enfocar de una manera integral lo que ocurre con el niño y alrededor de él, cada niño es objeto de un estudio muy amplio, llevándose a un expediente en el que se incluye los diferentes estudios de los diversos especialistas. Este expediente consta de un estudio económico social, que muy frecuentemente se obtiene en el campo escolar y familiar; se efectúa al menor un examen psicopedagógico lo más completo posible, en función del caso se lleva a cabo el examen médico poniéndose especial atención en el aspecto neurológico. Este examen se complementa, cuando es necesario, con un estudio electroencefalo-gráfico, de Rayos X y probablemente dentro de poco tiempo podrán efectuar los exámenes de Laboratorio necesarios, pues se está instalando el Laboratorio de análisis clínicos en el edificio de la Clínica.

Después de lo anterior el psiquiatra efectúa la historia clínica psiquiátrica que se considera el conocimiento--

básico, y en donde se vierten las observaciones sobre el niño y sus padres, las relaciones entre ellos y éste, así como los datos proporcionados por la anamnesis y los que dió el maestro que canalizó el caso.

El psiquiatra establece el diagnóstico integral, lo que permite establecer un tratamiento que pudiera ser farmacológico, psicoterapéutico, de adaptación familiar y escolar, psicopedagógico, etc.

El tratamiento lo efectúa la clínica, en la medida de -- sus posibilidades y durante el tiempo necesario. En ocasiones, después del estudio integral, se canaliza al menor a una institución más especializada para ese caso en particular.

Lo básico es que el psiquiatra, al elaborar su diagnóstico, formula un pronóstico e indica un tratamiento; también se señala una serie de medidas y valoraciones que son comunicadas a los maestros a través de un dictamen, en el que, de una manera general, se trata el problema del menor, para que el maestro conozca el caso y actúe en consecuencia, aunque, como es de esperarse, se resguarda el secreto profesional.

b) Otra función, no menos importante, de la Clínica de la Conducta es la que se refiere a los aspectos de higiene -- mental de la colectividad escolar que también abarca a padres y maestros.

c) Con fines de difusión y orientación la Clínica de la Conducta tiene un Centro de Orientación para Padres de Familia y Educadores, el cual lleva a cabo su labor a través de -- conferencias sobre temas de importancia social, tales como relaciones interfamiliares, la educación infantil etc. También se exponen películas con temas educativos. Este centro contri

buye a prevenir diversos trastornos del comportamiento infantil.

d) Una función trascendental de la Clínica de la Conducta, es la investigación de fármacos que son usados indiscriminadamente en nuestra niñez. La Clínica de la Conducta, ha valorado fármacos que tienen la aprobación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y en la revista de la Clínica de la Conducta se han publicado los estudios correspondientes.

e) Hay una función más de la clínica que la completa y le da singular significación en el ámbito científico nacional e internacional que es la participación en Congresos Internacionales, Interamericanos y Nacionales.

A este respecto es importante señalar que la Clínica -- tiene un medio de difusión único en nuestro país y por ende el lo. de tal categoría: la Revista de la Clínica de la Conducta, en donde se publican para médicos, neuropsiquiatras y pediatras así como para psicólogos, artículos de reconocida calidad científica en el orden psiquiátrico, neurológico, y de psicología infantil.

#### EL FUTURO DE LA CLINICA DE LA CONDUCTA.

El trabajo de la Clínica de la Conducta no se acerca a la necesidad real del D. F. y menos aún a la del País. La labor sería más fecunda si en cada Dirección General Escolar existiese una Clínica de la Conducta para dar servicio a los educandos de cada zona escolar. Estas clínicas serían coordinadas y complementadas por las actuales y se evitaría así el peligro de un desproporcionado crecimiento de la Clínica ti-

po, la cual continuaría con sus diversas funciones y estimularía firmemente los caminos de la investigación y la preparación de Profesionistas y Técnicos especializados.

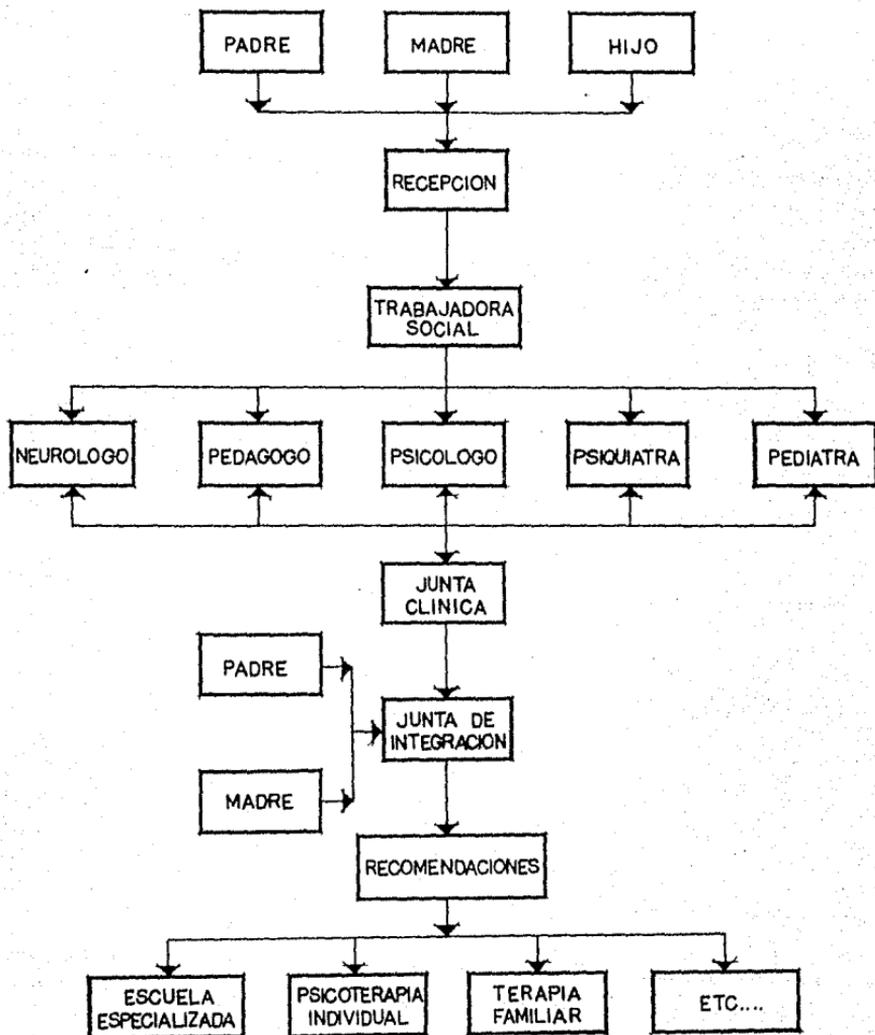
La Clínica actual quedaría como Unidad Piloto y continuaría, como se ha dicho, marcando la pauta en la valoración -- del niño con problemas de conducta, y sus programas e investigaciones de higiene mental beneficiarían a todos los escolares de la República Mexicana.

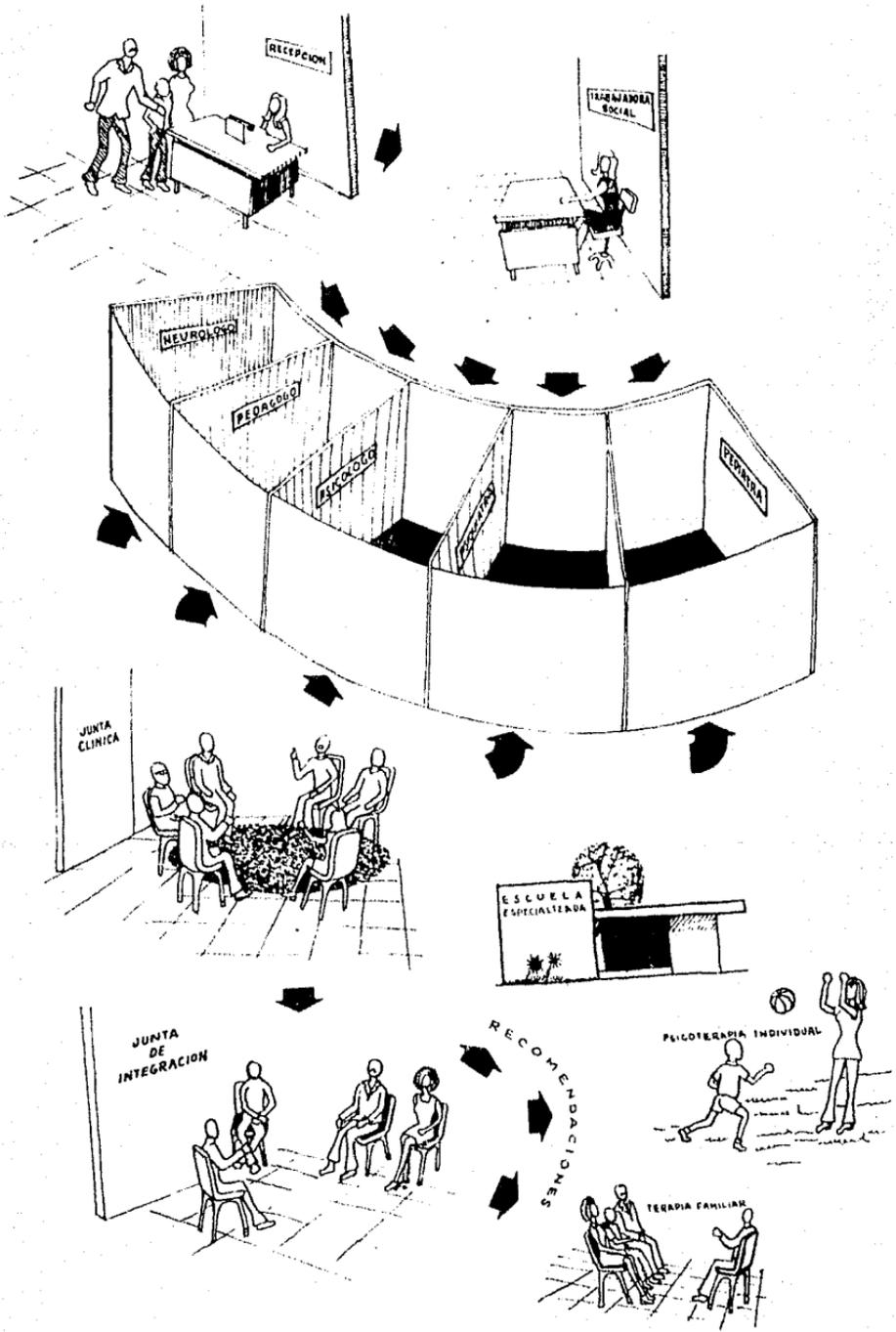
La Clínica de la Conducta es actualmente una dependencia de la Dirección General de Educación Especial.

C A P I T U L O IV

LA ORGANIZACION DEL CENTRO  
PSIQUIATRICO INFANTIL Y SU  
SISTEMA DE TRABAJO.

# FLUXOGRAMA DE TRABAJO DE EL CENTRO PSIQUIATRICO INFANTIL





En el año de 1968, estando trabajando en una institución hospitalaria oficial, un grupo de profesionistas estuvieron asistiendo durante un tiempo a un Seminario de "Supervisión de Terapias", durante el cual cristalizó la idea de formar una clínica de psiquiatría infantil en la cual participásemos especialistas de diferentes ramas.

La idea generosa per se, por las múltiples ventajas que implica el intercambio profesional, nos asustaba al mismo tiempo que nos atraía, ya que habría que superar una serie de problemas técnicos, legales y económicos del ejercicio profesional en grupo. Todavía se enfrentan estos intentos de trabajo en grupo con considerables resistencias para su aceptación, resistencias tanto del público como de los profesionistas mismos. No hay una tradición en nuestro país, como la que existe en otros lugares al respecto, y los profesionistas ven con cierto temor y suspicacia todo intento de trabajo colectivo a sumiendo una actitud de desconfianza básica, cuya superación no es nada fácil.

Sin embargo, una vez que se ha visto la bondad de este sistema de trabajo, en términos de los resultados clínicos bien fundamentados y favorables a los pacientes, va teniendo una aceptación cada vez mayor y los impedimentos que en un principio parecían tan enormes van disminuyendo paulatinamente.

Así fue como surgió la clínica de psiquiatría que nos ocupa, a la que se le dió el nombre de: "CENTRO PSIQUIATRICO-INFANTIL" A. P. (52).

El grupo del Centro se integró con los siguientes 11 profesionistas: 2 psiquiatras, 1 médico neurólogo, cirujano al -

mismo tiempo, 1 pediatra, 4 psicólogos, 1 psicopedagoga, 1 pedagoga que aplica, además, las psicometrías y 1 trabajadora social.

Los participantes del equipo reflejaban la diversidad de caminos académicos que siguen los profesionistas que ejercen en México, en lo que se refiere a su preparación, ya que tres de los médicos, tres psicólogos y la trabajadora social han adquirido cuando menos una parte de su entrenamiento especializado en el extranjero. La colaboración de un grupo constituido en esta forma permite abarcar una gama muy amplia de servicios clínicos que de otra forma hubiese sido difícil proporcionar.

Las once personas que constituían el grupo tenían como meta el desarrollo de un ejercicio profesional integrado de acuerdo con los lineamientos de los Centros de Orientación Infantil, o "Child Guidance Clinics", cuyo equipo básico está constituido por el psiquiatra del niño, la psicóloga y la trabajadora social, que aportan la información necesaria para entender el proceso dinámico de funcionamiento familiar y, dentro de éste, el desarrollo de la personalidad del niño y las alteraciones que dan origen a los síntomas o manifestaciones de conducta anormal.

Mimos encontrando que, dependiendo de la fuente de referencia y la información previa con la que se recibía al paciente, tendría lugar cierta modificación en las intervenciones de diversos miembros del equipo. De acuerdo con esta experiencia, se desarrolló un sistema en el que aseguramos la realización de los estudios necesarios dentro de un sistema aleatorio; cuando no hay un estudio o información clínica previa,

los padres se entrevistan con la trabajadora social psiquiátrica para el planteamiento del problema y el estudio familiar, el segundo paso consiste en la revisión completa del desarrollo del niño mediante el estudio pediátrico, realizado por un pediatra cuya experiencia se enfoca precisamente a este terreno. A partir de esa información se realizan los estudios necesarios para integrar un diagnóstico, tan completo como sea posible, un pronóstico y un programa terapéutico.

La preparación de los once miembros del grupo permitió tener a mano una variedad amplia de instrumentos de diagnóstico y tratamiento; el estudio familiar y el estudio pediátrico se trataron de realizar de una manera bastante completa, de acuerdo con los lineamientos de las clínicas de orientación infantil. En los estudios psicológicos se utilizaron de preferencia baterías completas, aunque también se aplicaron pruebas parciales como psicometrías y, cuando el caso lo ameritaba, pruebas de orientación profesional. Las consultas psiquiátricas habitualmente agregan datos de historia clínica, los datos del examen psiquiátrico propiamente dicho, la valorización clínica de la movilidad dinámica del paciente y la patología son importantes como valor pronóstico. Cuando es necesario, se hace una valoración de tipo pedagógico que completa el perfil psicológico del paciente en una área de preocupación especial para las familias que llegan a solicitar los servicios.

La psiquiatría de la familia, desarrollada recientemente en la especialidad psiquiátrica, tiene una utilidad especial en la psiquiatría infantil. Constituye un enfoque general en nuestro trabajo haciendo puente entre diagnóstico y trata-

miento, tal como se describe más adelante; también constituye un enfoque específico en los casos en que la familia debe ser tratada como unidad, porque la patología se encuentra en el funcionamiento de esta unidad y no en uno de sus miembros.

La consulta neurológica viene a constituir una de las relaciones inmediatas de la psiquiatría infantil; su contribución al conocimiento del desarrollo es una dimensión básica, que necesita ser valorada específicamente en muchos casos; en términos de tratamiento, el seguimiento de una vigilancia neurológica, ayuda en gran manera a valorar las modificaciones obtenidas con el programa terapéutico.

Todo el material clínico se revisa y se integra en las juntas semanales que realiza el grupo. Cuando la persona que refiere el caso es un profesional, se considera que forma parte del equipo clínico y, frecuentemente, participa de la discusión del caso en estas juntas o en alguna junta clínica especialmente programada. De esta manera, el personal del Centro Psiquiátrico Infantil, no sólo está en relación con sus fuentes de referencia, sino que se amplía con el concurso de médicos, psicólogos, maestros y otros profesionales.

Una vez que se ha estudiado el material clínico y se ha llegado a conclusiones de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, se efectúa una junta de integración en la que participan uno o varios miembros del personal, el paciente cuando es mayor de 11 ó 12 años y los padres del paciente. En esta junta se informa a la familia de los hallazgos clínicos, se explican las conclusiones diagnósticas y pronósticas y se hacen las recomendaciones y ofrecimientos de actividad terapéutica.

Cada caso es distinto en lo que se refiere a la partici-

pación de los miembros del equipo clínico, a la cantidad de información que se puede comunicar eficazmente y a las conclusiones o efectos que se obtienen por este medio. La observación constante es que las personas y las familias tienen una capacidad distinta para entender o tolerar la información que se les ofrece, y se actúa de acuerdo con esa capacidad. La junta inicia o continúa una intervención terapéutica, ya que va señalando el camino que han seguido, el paciente y su familia, para llegar a una situación interaccional patológica; en algunos de los casos, aunque no se han aceptado las recomendaciones a seguir un tratamiento sistemático, la junta de integración ha sido suficiente para que la dinámica familiar se modifique de una manera saludable.

#### **MANEJO TERAPEUTICO.**

La junta de integración es el punto de partida de un tratamiento que incluye también una variedad amplia de instrumentos de trabajo; en el Centro Psiquiátrico Infantil pueden ser los siguientes:

- A. Manipulación ambiental, que consiste en recomendar modificaciones practicables en el medio ambiente, como la interconsulta con la maestra de la escuela, cambios importantes en el manejo familiar del enfermo, o de la familia, en todas sus interacciones.
- B. Las psicoterapias. Dentro de esta gama de variaciones sobre el mismo tema, se ha mencionado nuestro uso del enfoque familiar. El método tradicional de -

trabajo es la psicoterapia individual, terapia de juego en el caso de los niños. Hay también una persona entrenada en psicodrama, cuyo trabajo se ha realizado con grupos fuera del Centro, principalmente, las dos pedagogas del Centro incorporan el enfoque didáctico al conocimiento dinámico de algunos pacientes y pueden realizar una tarea flexible de acuerdo con las necesidades cambiantes de su paciente. El manejo de las reacciones parentales generalmente se realiza al nivel de trabajo social psiquiátrico. A medida que el esfuerzo clínico lo requiera, se podrán formar dentro del Centro grupos de psicoterapia, de psicodrama o de padres interesados en determinadas orientaciones.

Además de este ejercicio profesional en grupo cada uno de los miembros tiene derecho a recibir pacientes en forma individual, referidos directamente, para interconsultas especializadas, estudios diagnósticos o tratamiento; en otro nivel, se presentan conferencias a grupos de padres de familia, maestros, médicos y otros profesionistas, o se participa en las funciones de enseñanza y supervisión que tienen los miembros dentro del centro o en otras instituciones.

Esta flexibilidad ha permitido, a la vez, desarrollar los recursos profesionales dentro del ejercicio en grupos y estar en comunicación dinámica con otros recursos dentro de la comunidad. Los beneficios de esta interacción, en última instancia, son para el paciente, ya que se mantiene una continuidad eficaz en el tratamiento del niño y de su familia.

C A P I T U L O V

MATERIAL DE TRABAJO

Para los propósitos de este trabajo se revisaron 202 casos que fueron motivo de consulta durante el período comprendido entre marzo de 1968 y septiembre de 1971.

La investigación fue llevada a cabo en el servicio de consulta privada del Centro Psiquiátrico Infantil de la ciudad de México, D. F.

Hacemos una clasificación de los datos recolectados de acuerdo con:

- 1.- Sexo
- 2.- Edad
- 3.- Ingreso económico familiar mensual
- 4.- Fuente de referencia
- 5.- Motivo de consulta
- 6.- Estudios realizados por las diferentes disciplinas
- 7.- Diversas combinaciones de trabajo multidisciplinario
- 8.- Diferentes tipos de pruebas utilizadas por el psicólogo
- 9.- Diferentes tipos de estudios psicológicos solicitados.

Clasificación presentada a través de cuadros y diagramas

En la última parte de este capítulo se encontrará anotada la frecuencia de personas para cada entidad diagnóstica, así como cuadros comparativos en donde se observa la frecuencia tan alta de los Síndromes Cerebrales asociados a diversas alteraciones de la personalidad; también anotamos las recomendaciones a seguir en cada caso individual y la solución final.

ANALISIS DEL CUADRO NO. 1

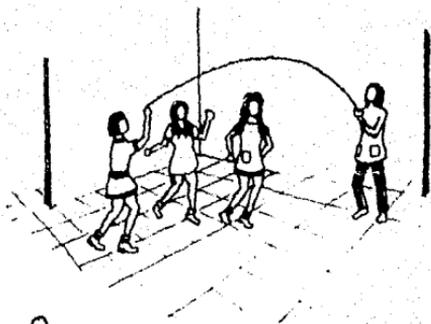
"DISTRIBUCION POR SEXO"

Como puede observarse en esta muestra la proporción que existe entre el porcentaje de niños con problemas psicológicos es mayor que el observado en niñas.

CUADRO NO. 1

DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MASCULINO	115	57 %
FEMENINO	87	43 %
TOTAL	<u>202</u>	<u>100 %</u>



## ANALISIS DEL CUADRO NO. 2

### "DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO"

Este cuadro nos muestra que a partir de la edad escolar primaria se hace más evidente la desviación de un proceso de desarrollo. Posiblemente esto se deba a:

- I)- Déficit intelectual.
- II)- Alteración perceptual
- III)- Disfunción cerebral mínima.
- IV)- Problemas de tipo emocional que dificultan la adaptación al medio escolar.
- V)- Responsabilidades diferentes a las habituales.

También en edad escolar secundaria se observa un porcentaje significativo de personas que presentan alteraciones de la personalidad que interfieren con su rendimiento escolar -- y/o su adaptación social. Probablemente esto se deba principalmente a las siguientes razones:

- I)- Problemas de tipo emocional acentuados por la adolescencia.
- II)- Problema de disfunción cerebral mínima no detectado -- anteriormente.

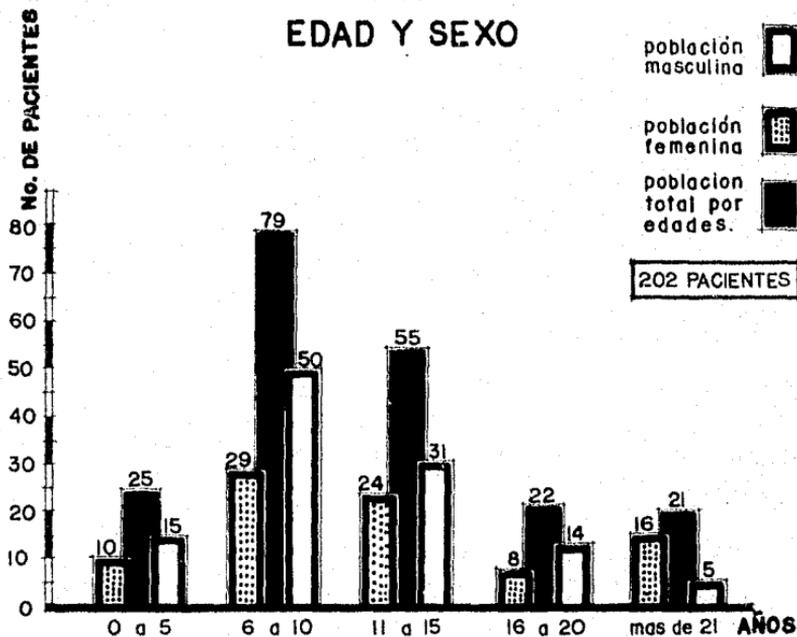
Nótese que el porcentaje de consultas de personas de sexo-femenino tiende a incrementarse conforme se acerca la edad -- adulta.

CUADRO NO. 2

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

AÑOS	NO. PACS.	HOM - BRES.	PORC. HOMS.	MUJE- RES.	PORC. MUJS.	PORC. TOTAL
0 a 5	25	15	7.5%	10	4.9%	12.4%
6 a 10	79	50	24.7%	29	14.3%	39.1%
11 a 15	55	31	15.3%	24	11.8%	27.1%
16 a 20	22	14	6.9%	8	3.9%	10.8%
21 a +	21	5	2.9%	16	7.8%	10.6%
TOTALES	202	115	57.3%	87	42.7%	100 %

# GRAFICA CORRESPONDIENTE A LA DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO



## ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 3

## "INGRESO FAMILIAR MENSUAL"

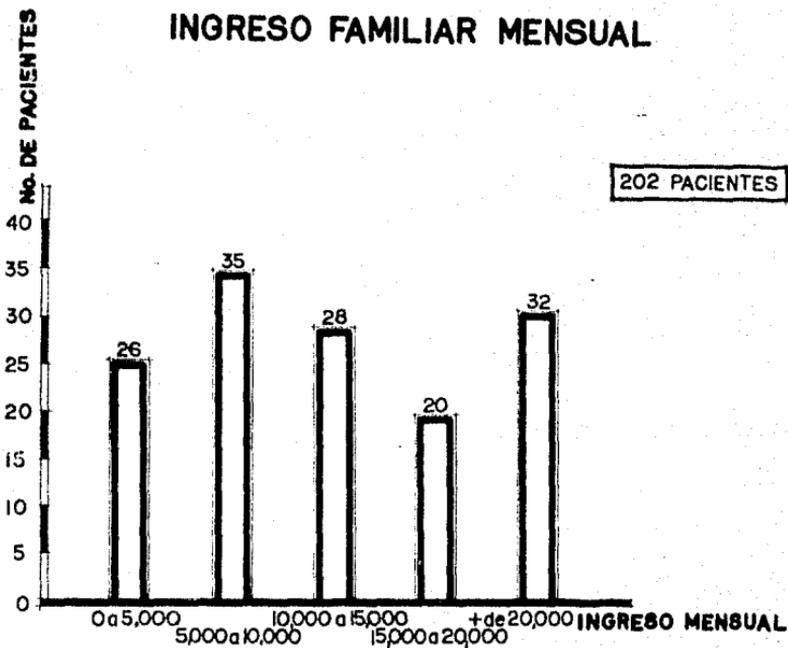
Este cuadro nos muestra que las familias de ingreso económico mensual entre \$-5,000 y \$-10,000 corresponden al porcentaje mayor (17.33%). También encontramos alto porcentaje (15.82%) de familias con ingreso mayor de \$-20,000. Resulta lógico este hallazgo dado que se trata de un servicio particular. El 30.19%, correspondiente a expedientes sin información respecto a los ingresos mensuales, se debe a que el paciente siguió una ruta diferente del procedimiento establecido, por ejemplo: dada la urgencia o circunstancia especial el paciente era referido directamente a entrevista inicial en la cual, generalmente, no se tomaban estos datos por considerarlo de importancia secundaria.

## CUADRO NO. 3

## DISTRIBUCION POR INGRESO FAMILIAR MENSUAL.

INGRESO MENSUAL	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
0 a \$- 5,000	26	12.87 %
\$- 5,001 a \$-10,000	35	17.33 %
\$-10,001 a \$-15,000	28	13.82 %
\$-15,001 a \$-20,000	20	9.92 %
\$-20,001 a +	32	15.87 %
Sin información	61	30.19 %
T O T A L :	202	100. %

# GRAFICA CORRESPONDIENTE A LA DISTRIBUCION POR INGRESO FAMILIAR MENSUAL



ANALISIS DEL CUADRO NO. 4

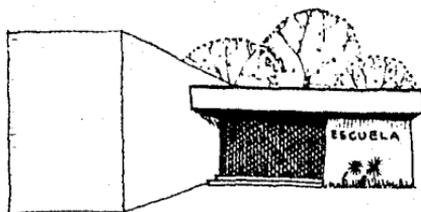
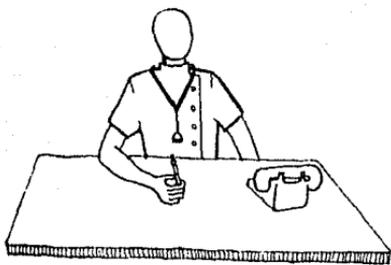
"FUENTES DE REFERENCIA"

En este cuadro mencionamos cuáles fueron las principales fuentes de referencia: En 1er. término, los especialistas en psiquiatría, seguidos de los pediatras, neurólogos y psicólogos. En segundo término, los pacientes referidos por escuelas. Cuantitativamente, las fuentes que sigue por su importancia no alcanzan un porcentaje significativo.

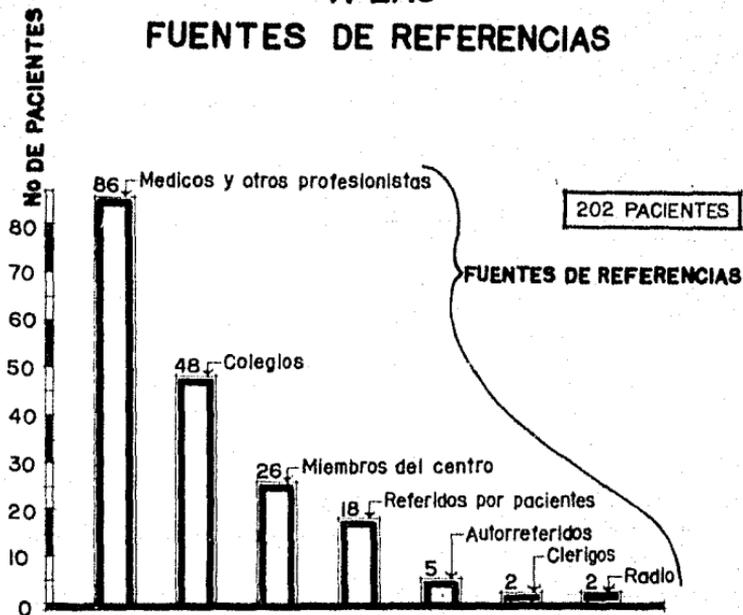
CUADRO NO. 4

FUENTES DE REFERENCIA

FUENTES DE REFERENCIA	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Médicos y otros profesionistas.	86	42.37 %
Colegios.	48	23.76 %
Referidos por los miembros del centro.	26	12.87 %
Referidos por pacientes	18	9.91 %
Auto - Referidos.	5	2.47 %
Clérigos.	2	.99 %
Radio.	2	.99 %
Sin información.	15	6.44 %
T O T A L :	202	100 %



## GRAFICA CORRESPONDIENTE A LAS FUENTES DE REFERENCIAS



## ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 5

### "MOTIVO DE CONSULTA"

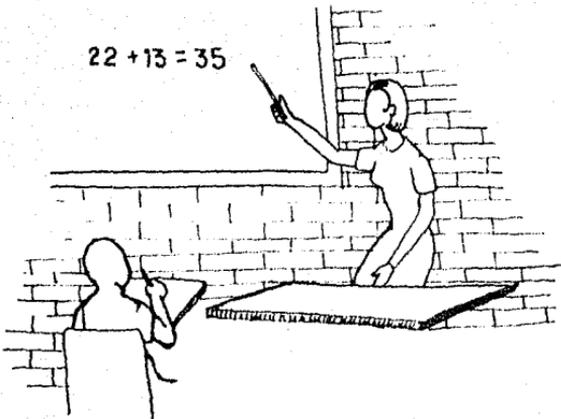
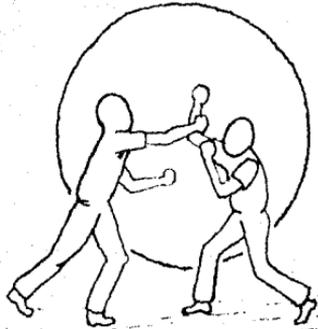
Este cuadro describe la frecuencia de los diferentes motivos que llevaron a los pacientes a consulta al Centro Psiquiátrico Infantil.

El mayor número de casos (57/202), correspondientes a -- "trastornos del aprendizaje" muestra la importancia que los padres dan al rendimiento escolar a sus hijos. El siguiente motivo de consulta, en orden de importancia de acuerdo con la frecuencia, fueron pacientes cuyo síntoma principal quedó clasificado como "conducta agresiva". El cuadro clínico presentado por estos pacientes generalmente estaba asociado con problemas de tipo neurológico

CUADRO NO. 5

MOTIVO DE CONSULTA

CLASIFICACION DIAGNOSTICA DE ACUERDO CON EL MOTIVO DE CONSULTA POR EL CUAL LLEGO EL PACIENTE AL C. P. I.	
MOTIVO DE CONSULTA	NO. DE PACIENTES
Trastornos de aprendizaje	57
Agresividad	29
Irritabilidad y nerviosismo	16
Timidez	12
Orientación Vocacional	18
Trastornos del Lenguaje	10
Emuresis	13
Defecto Neurológico Franco	4
Orientación en el trabajo	3
Reacciones psicofisiológicas:	
1.- Asma Bronquial	2
2.- Papiloma	1
Adicciones:	
1.- Alcohol	2
2.- Drogas	2
Trastornos del sueño	2
Trastornos de la Alimentación:	
1.- Anorexia Nerviosa	2
2.- Bulimia	2
Masturbación	2
Retraso Mental	2
Petit Mal	2
Lipotimias	2
Irresponsabilidad	1
Tics	1
Hipotiroidismo congénito con - retraso mental	1
Sin especificación de motivo	16
T O T A L :	<u>202</u>



ANALISIS DEL CUADRO NO. 6

"ESTUDIOS REALIZADOS POR LAS DIFERENTES DISCIPLINAS"

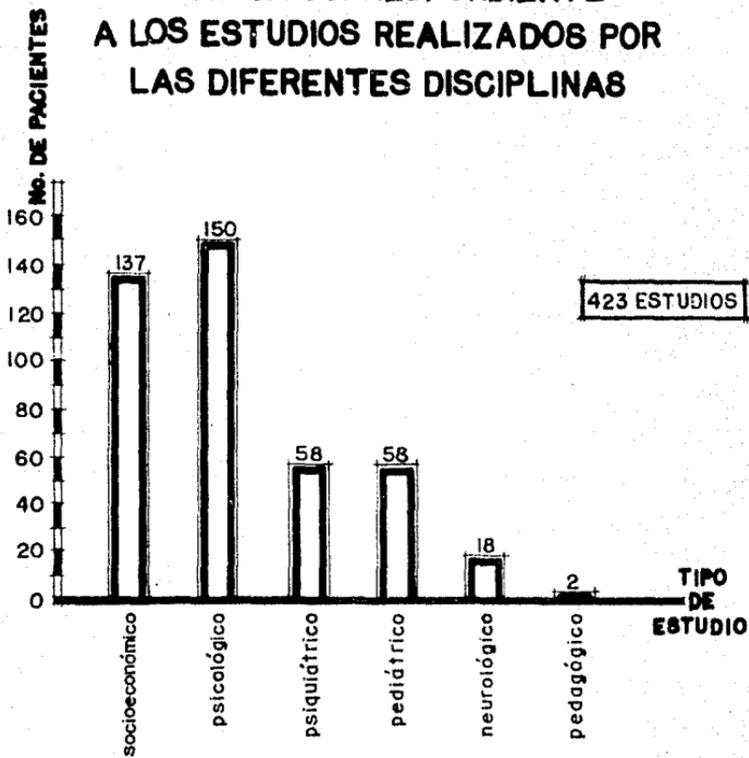
Este cuadro nos indica que la necesidad de la inter -  
vención por parte de la trabajadora social y el psicólogo -  
es muy importante, ya que las proporciones observadas seña-  
lan que el 35.5% de estudios corresponden a la especialidad  
de psicología y el 32.4% al trabajo social.

CUADRO NO. 6

ESTUDIOS REALIZADOS POR LAS DIFERENTES DISCIPLINAS

TIPO DE ESTUDIO	NO. DE ESTUDIOS	PORCENTAJE
Estudio socioeconómico	137	32.4 %
Estudio psicológico	150	35.5 %
Estudio psiquiátrico	58	13.7 %
Estudio pediátrico	58	13.7 %
Estudio neurológico	18	4.3 %
Estudio pedagógico	2	.48 %
T O T A L :	423	100 %

# GRAFICA CORRESPONDIENTE A LOS ESTUDIOS REALIZADOS POR LAS DIFERENTES DISCIPLINAS



## ANALISIS DEL CUADRO NO. 7

### "DIVERSAS COMBINACIONES DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO"

El siguiente cuadro nos muestra las diversas formas de trabajo multidisciplinario que se han seguido en el Centro Psiquiátrico Infantil. Estas, han sido de acuerdo con la necesidad de cada caso.

Quantitativamente en el trabajo de equipo la trabajadora social y el psicólogo ocupan el primer lugar. Siguiendo el tipo de estudio en donde ha participado el pediatra. Por otra parte, el psiquiatra, el neurólogo y la pedagoga han tenido que intervenir en las diferentes situaciones que lo requerían.

Se registró sólo un caso en el que hubo la necesidad de la intervección de las cinco diferentes disciplinas que colaboran en el centro. Esto se debe a que, generalmente cuando el paciente llega con estudios previamente realizados en otras instituciones éstos pueden ser considerados o incluidos en su expediente, dependiendo de la confiabilidad de los mismos. De esta manera se evita que el paciente haga gastos innecesarios.

CUADRO NO. 7

DIVERSAS COMBINACIONES DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

COMBINACIONES DE ESTUDIO	NO. DE ESTUDIO
Estudio socioeconómico Evaluación psicológica	52
Estudio socioeconómico Estudio pediátrico Estudio psicológico	36
Estudio psiquiátrico Estudio psicológico	14
Estudio socioeconómico Estudio psiquiátrico	14
Estudio socioeconómico Estudio psiquiátrico Estudio psicológico	8
Estudio socioeconómico Estudio pediátrico Estudio psicológico Estudio neurológico	7
Estudio socioeconómico Estudio psicológico Estudio neurológico	7
Estudio socioeconómico Estudio pediátrico Estudio psiquiátrico Estudio psicológico	5
Estudio socioeconómico Estudio pediátrico	5

CUADRO NO. 7

CONTINUACION

DIVERSAS COMBINACIONES DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

COMBINACIONES DE ESTUDIO	NO. DE ESTUDIO
Estudio socioeconómico Estudio psiquiátrico Estudio neurológico Estudio psicológico	1
Estudio psicológico Estudio psiquiátrico Estudio pedagógico	1
Estudio socioeconómico Estudio pediátrico Estudio neurológico	1
Estudio socioeconómico Estudio pediátrico Estudio psiquiátrico	1
Estudio pediátrico Estudio psicológico	3
Estudio socioeconómico Estudio psicológico Estudio neurológico Estudio pedagógico Estudio psiquiátrico	1
Estudio socioeconómico Estudio psicológico Estudio psiquiátrico	18 15 13
T O T A L:	202

## ANALISIS DEL CUADRO NO. 8

### "DIFERENTES TIPOS DE PRUEBAS PSICOLOGICAS"

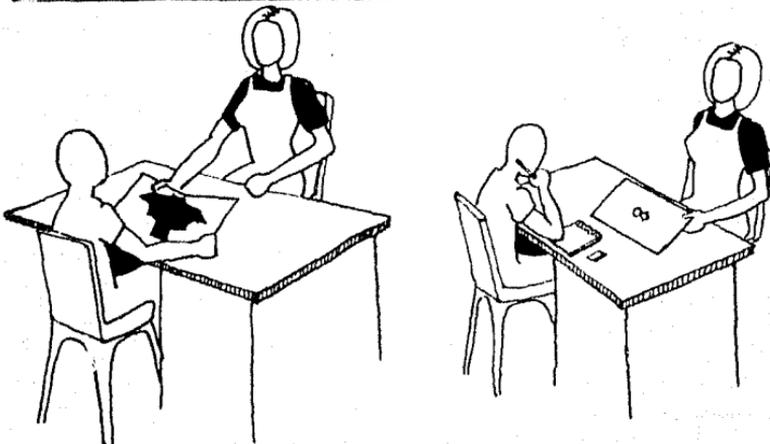
De los 202 casos en estudio, en 150 de ellos el psicólogo tomó parte dentro del estudio integral. Para la realización de su trabajo usó diferentes tipos de pruebas psicológicas.

El cuadro No. 8 nos indica que cinco de ellas son las que utiliza con mayor frecuencia: Psicodiagnóstico de Rorschach, Test Gestáltico Viso-motor de Bender, Escalas de Intelligenza Wechsler, Dibujo Figura Humana Karen Machover, Tests de Apercepción Temática. Formando todas ellas entresía batería de pruebas con la cual trabaja el psicólogo la mayor parte de las veces.

CUADRO NO. 8

DIFERENTES TIPOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

TIPOS DE PRUEBAS	NO. DE PRUEBA
Test Psicodiagnóstico de Rorschach	121
Test Gestáltico Viso-Motor de Bender	120
Escalas de Inteligencia de Wechsler	117
Test de Apercepción Temática	113
Dibujo Figura Humana Karen Machover	96
Test Dibujo Figura Humana Goodenough	3
Diagnóstico del desarrollo Arnold G. Stanford-Binet Forma L. M.	3
Test del desarrollo de la percepción Visual de Marianne Frosting	19
Escala de Maduración Social de Vineland	16
Inventario Multifacético de Minnesota	16
Test de Orientación Vocacional de Kuder	10
Test de Aptitudes de Geist	8
Frases incompletas de Sacks	4
Test de Autoconcepto de Tenesse	1
T O T A L :	10
	<u>657</u>



## ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 9

### "TIPOS DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS SOLICITADOS"

El cuadro No. 9 nos indica el número de tipos de estudios que fueron solicitados.

En el Centro Psiquiátrico Infantil hay una clasificación de estudios psicológicos que es la siguiente:

**ESTUDIO COMPLETO.**— El cual tiene por objeto evaluar la personalidad del paciente desde el punto de vista intelectual, perceptual, neurológico, social y emocional. Es decir, se hace un estudio integral de la personalidad a través de las siguientes pruebas:

- 1).— Escalas de Inteligencia de Wechsler.  
(WIPPSI, WISC, WAIS).
- 2).— Test Gestáltico Viso-Motor de Bender.
- 3).— Dibujo Figura Humana Karen Machover.
- 4).— Test del Psicodiagnóstico de Rorschach.
- 5).— Test de Apercepción Temática.  
(CAT, CATH, TAT).
- 6).— Prueba de Maduración Social de Vineland.

**ESTUDIO VOCACIONAL.**— El objetivo de este estudio es ayudar a la persona a que se acerque, lo más posible a su verdadera vocación en relación a la selección de una Carrera Universitaria o Técnica. Este tipo de estudio incluye las siguientes pruebas:

- 1).— Escala de Inteligencia de Wechsler.  
(WAIS).
- 2).— Test Gestáltico Viso-Motor de Bender.

## ANALISIS DEL CUADRO NO. 9

### CONTINUACION

#### "TIPOS DE ESTUDIOS PSICOLOGICOS SOLICITADOS"

- 3).- Dibujo Figura Humana Karen Machover.
- 4).- Prueba de Orientación Vocacional de Kuder.
- 5).- Test de Aptitudes Geist.

ESTUDIO PARCIAL.- La finalidad de este estudio es evaluar un aspecto de la personalidad del paciente. Como podría ser el aspecto emocional, neurológico, perceptual, social, intelectual. Este tipo de estudio puede incluir los siguientes tests:

- 1).- Test de Psicodiagnóstico de Rorschach.
- 2).- Test Gestáltico Viso-Motor de Bender.
- 3).- Test de Percepción Visual de Frosting.
- 4).- Prueba de Maduración Social de Vineland.
- 5).- Prueba de Inteligencia de Wechsler.

(WIPPSI, WISC, WAIS).

ESTUDIO PSICOMETRICO.- Evalúa solamente el aspecto intelectual del paciente. Para este tipo de estudio principalmente se usan los siguientes tests de inteligencia:

- 1).- Escalas de Inteligencia de Wechsler.
- 2).- Stanford Binet Forma L. M.

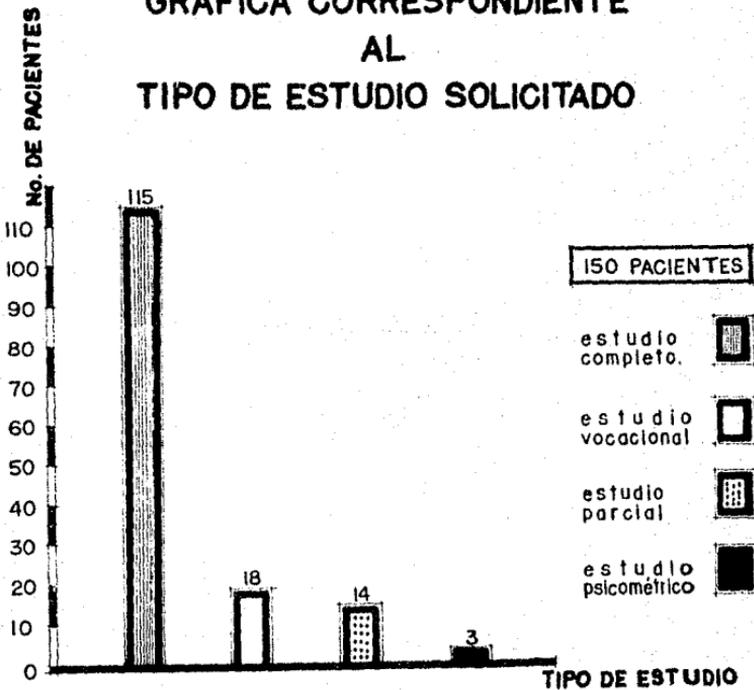
Los diferentes tipos de estudios pueden combinarse de acuerdo con la finalidad de cada caso.

CUADRO NO. 9

TIPOS DE ESTUDIOS SOLICITADOS

TIPO DE ESTUDIO	NO. DE ESTUDIO
Estudio Completo	115
Estudio Vocacional	18
Estudio Parcial	14
Estudio Psicométrico	3
T O T A L :	150

GRAFICA CORRESPONDIENTE  
AL  
TIPO DE ESTUDIO SOLICITADO



## ANALISIS DEL CUADRO NO. 10

### " D I A G N O S T I C O "

Presenta la cantidad de personas que estuvieron clasificadas de acuerdo con las entidades diagnósticas propuestas -- por Stella Chess; las cuales pueden ser correlacionadas fácilmente con la nomenclatura estándar de la American Psychiatric Association.

Una de las dificultades mayores en la sistematización -- del trabajo clínico psiquiátrico, que aumenta cuando se refiere a Psiquiatría Infantil, consiste en la variedad de teorías y clasificaciones de la psicopatología. En este caso se ha utilizado una clasificación sencilla, propuesta por Stella --- Chess (10), basada en la clasificación de la Asociación Psi --- quiátrica Americana. En 1969 el Comité de Psiquiatría Infan --- til del grupo para el Avance de la Psiquiatría, en los Estados Unidos, elaboró una nueva clasificación de la Psicopatología- Infantil: La Asociación Psiquiátrica Norteamericana también --- publicó una nueva clasificación. Sin embargo se considera que estas clasificaciones merecen un estudio previo a su utilización en las rutinas clínicas.

Númericamente encontramos 228 diagnósticos en los 182 pa --- cientes cuyo estudio se completó; ésto se debe a que, general --- mente, pudo hacerse más de un diagnóstico en algunos pacien --- tes.

De los 228 diagnósticos, 75 de ellos (41%) presentaron --- disfunción cerebral mínima. Obsérvese la frecuencia tan alta que esto representa.

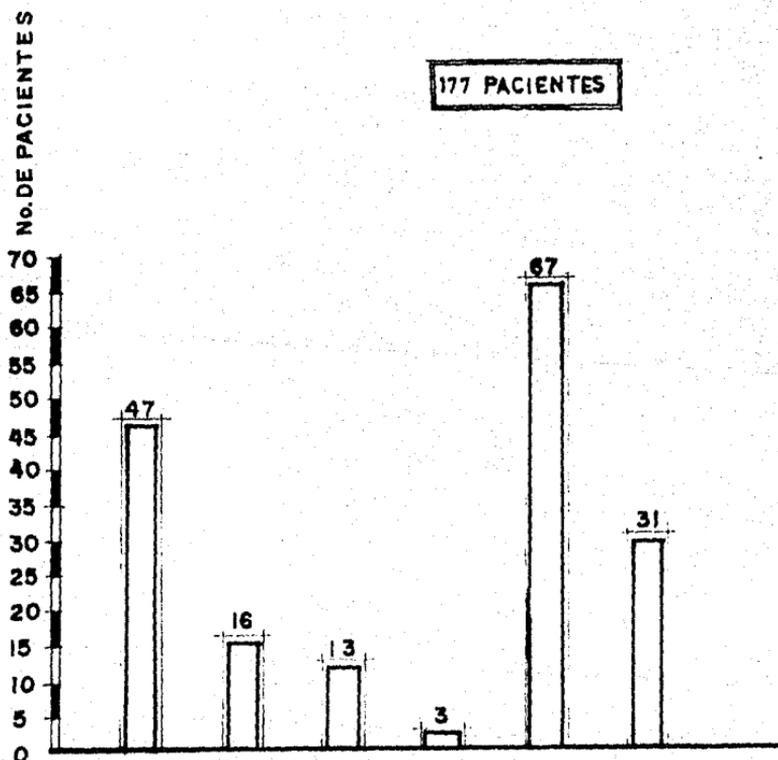
CUADRO NO 10

" D I A G N O S T I C O "

TIPO DE DIAGNOSTICO	NO. DE PERSONAS
Respuesta situacional normal	7
Perturbación cerebral orgánica	93
Seria - 44	
Mínima - 89	
Trastorno reactivo de la conducta	8
Depresión - 6	
Otras manifestaciones - 2	
Trastorno neurótico de la conducta	30
Trastorno neurótico del carácter	34
Neurosis	41
1.- de ansiedad - 7	
2.- Obs. -comp. - 20	
3.- depresiva - 7	
4.- Mixta - 7	
Psicosis de la niñez y adaptación-esquizofrenica	5
Estado fronterizo psicótico	18
Retardo Mental	6
Sin precisar diagnóstico 31	
Desertaron antes de terminar estudio 21	
T O T A L :	242

# GRAFICA CORRESPONDIENTE A LA SOLUCION FINAL DE LOS CASOS ATENDIDOS DENTRO DEL C.P.I.

Resultados favorables.	47
Mejoría moderada.	16
Mejoría leve.	13
Ningún resultado favorable.	3
Se desconoce la solución final.	67
Deserción.	31



ANALISIS DEL CUADRO NO. 11

"CUADRO COMPARATIVO ENTRE LOS DIFERENTES DIAGNOSTICOS"

- I).- Síndrome Cerebral asociado con otra alteración de la personalidad.
- II).- Alteración de la personalidad de tipo funcional.
- III).- Alteración de la personalidad de tipo reactivo.

De los 242 diagnósticos, 94 de ellos (37%), fueron Síndrome Cerebral asociado con diversas alteraciones de la personalidad. Esto nos indica que un porcentaje alto de perturbaciones emocionales son causadas por alteraciones de tipo neurológico.

CUADRO NO. 11

"CUADRO COMPARATIVO ENTRE LOS DIFERENTES DIAGNOSTICOS"

- 1 -

SINDROME CEREBRAL CON ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD NO.

Síndrome cerebral con trastornos - neuróticos de la conducta.	22
Síndrome cerebral con trastornos - neuróticos de la personalidad.	23
Síndrome cerebral con neurosis.	25
Síndrome cerebral con psicosis.	5
Síndrome cerebral sin reacción emocional estructuradas.	14
Síndrome cerebral con retraso mental.	5
T O T A L :	94

- II -

ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD DE TIPO FUNCIONAL NO.

Trastorno neurótico de la conducta	8
Trastorno neurótico del carácter	11
Neurosis	16
Estado fronterizo psicótico	18
T O T A L :	53

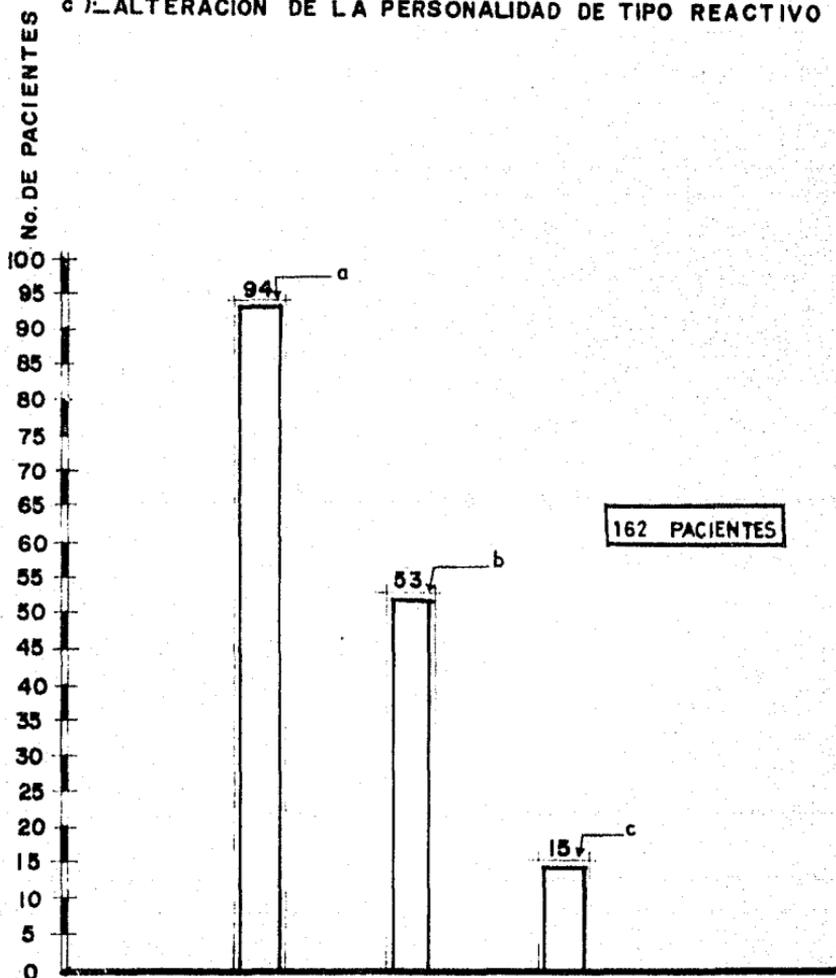
- III -

ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD DE TIPO REACTIVO NO.

Respuesta situacional normal	7
Trastorno reactivo de la conducta	8
T O T A L :	15

# GRAFICA CORRESPONDIENTE AL CUADRO COMPARATIVO ENTRE :

- a) SINDROME CEREBRAL ASOCIADA CON OTRA ALTERACION DE LA PERSONALIDAD.
- b) ALTERACION DE LA PERSONALIDAD DE TIPO PSICOGENO .
- c) ALTERACION DE LA PERSONALIDAD DE TIPO REACTIVO



## ANALISIS DEL CUADRO NO. 12

### "MEDIDAS TERAPEUTICAS SUGERIDAS"

Las medidas terapéuticas sugeridas, 266 fueron mayores - al número de pacientes vistos. Esto se debió a que, en ocasiones, surgió la necesidad de sugerir más de un tratamiento a un mismo paciente.

53 de ellos fueron rechazadas. El rechazo a la aceptación de la sugerencia terapéutica se debió a dos causas fundamentales: a que la familia vive fuera del D.F., o a la limitación de recursos económicos; además, las razones clínicas más frecuentes son la resistencia de los padres o de la familia a las medidas terapéuticas o a una mejoría inicial observable - que alivia la angustia familiar.

CUADRO NO. 12

"MEDIDAS TERAPEUTICAS SUGERIDAS"

M . TERAPEUTICA SUGERIDA	PROPUESTA	ACEPTADA	RECHAZADA	DESERCIÓN	SE DESCONOCE- LA DISPOSI- CIÓN DEL CASO
Psico tera - pia Individ- dual.	144	88	30	24	26
Terapia fa- miliar.	9	4	4		1
Orientación matrimonial	29	7	5	2	17
Orientación a la madre.	18	8	5	3	5
Estudio y/o tratamiento neurológico	34	18	8		8
Tratamiento Psicopedagó- gico y/o Or- tológico.	12	12			
Psico drama.	5	5			
Mejor de - trabajo es- colar.	2	2			
Fisio tera - pia.	2	2			
Hospitaliza- ción.	1		1		
Tratamiento percepto-vi- sual.	10	10			
TOTALES:	266	156	53	29	57

ANALISIS DEL CUADRO NO. 13  
"SOLUCION FINAL DE LOS CASOS"

De los 146 diferentes tipos de tratamiento, 76 de ellos- (52%), se consideran con resultados positivos.

Solamente en 3 casos la solución final fue desfavorable. Hubo una deserción de 31 personas casi al inicio del tratamiento.

Se desconoce la solución final de 67 casos. Esto posible- mente sea debido a una falta de sistematización en nuestro -- trabajo.

Analizando las causas por las cuales se tiene o no éxito en el tratamiento, encontramos las siguientes razones:

EN LOS RESULTADOS POSITIVOS

- 1.- Buena capacidad intelectual del paciente.
- 2.- Fuerza Yoica.
- 3.- Tipo de trastorno.
- 4.- Motivación del paciente para asistir a sus sesiones.
- 5.- Adecuada cooperación de los padres.

EN LOS RESULTADOS NEGATIVOS

- 1.- Por vivir fuera del Distrito Federal.
- 2.- Problema económico.
- 3.- Mal manejo terapéutico.
- 4.- Baja capacidad intelectual.
- 5.- Falta de cooperación de los padres.
- 6.- Proposición inadecuada de los objetivos.

CUADRO NO. 13  
 SOLUCION FINAL DE LOS CASOS  
 ATENDIDOS DENTRO DEL C. J. I.

SOLUCION FINAL	NO. DE PERSONAS
Resultados favorables	47
Mejoría moderada	16
Mejoría leve	13
Ningún resultado favorable	3
Se desconoce la solución final	67
Deserción	31
T O T A L	177

C A P I T U L O VI

CASO CLINICO

## CASO CLINICO

### PROCEDIMIENTO:

Se trata de un niño de 11 años de edad, hijo de padres norteamericanos, quien fue llevado a consulta por indicación de la Directora del Departamento de Psicología del Colegio - en donde estudia.

La madre solicitó por telefono consulta al centro. Fue atendida su petición por la recepcionista concertandose cita para el día siguiente.

Al llegar la señora al Centro fue recibida por la trabajadora social, quien tomó los primeros datos: nombre, edad, escolaridad, domicilio, motivo de consulta, organización familiar, aspectos familiares relevantes, situación económica, condiciones del hogar etc.

Una vez tomados los datos la trabajadora social llegó a un diagnóstico social e hizo sus observaciones personales sobre el caso.

Al día siguiente el pediatra recibió a la madre y al niño.

El pediatra tomó la historia clínica médica, hizo la exploración física de rutina y anotó sus comentarios.

Una vez visto el niño por la trabajadora social y el pediatra, se habló sobre la conveniencia de realizar un estudio psicológico completo.

La psicóloga aplicó, durante cuatro sesiones, una batería de pruebas y tuvo una serie de entrevistas con el niño - para elaborar su evaluación psicológica.

Una vez terminado el estudio psicológico se llevó a cabo una junta, entre las personas que hasta entonces habían intervenido en el caso, indicándose la necesidad de que el neurólogo viese al paciente a fin de corroborar o rechazar los signos de posible daño neurológico que se venía sospechando.

Con el estudio neurológico se logró completar el cuadro diagnóstico, realizándose entonces una junta clínica a fin de discutir e integrar el caso. Se llegó al diagnóstico integral y se señalaron las medidas terapéuticas a seguir.

Como último paso en el proceso de evaluación diagnóstica se realizó la junta de integración, para darle los resultados a la madre.

En esta junta estuvieron presentes todas las personas -- que intervinieron en la evaluación.

A continuación transcribimos los reportes:

REPORTE DE LA TRABAJADORA SOCIAL

ESTUDIO SOCIAL

Datos Personales:

Nombre \_\_\_\_\_ E. D.  
Sexo \_\_\_\_\_ Masculino  
Edad \_\_\_\_\_ 11 años  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ 26 de febrero de 1959  
Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ México D. F.  
Escolaridad \_\_\_\_\_ 5º año de primaria

Datos de los Padres:

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ M. D.  
Edad \_\_\_\_\_ 41 años  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ 23 de abril de 1929  
Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ República de Panamá  
Ocupación \_\_\_\_\_ Secretaria  
Nombre del Padre \_\_\_\_\_ La Sra. no quiso aportar-  
ningún dato de identifica-  
ción del esposo, debido a  
los problemas legales que  
éste ha tenido.

Referido:

Departamento de Psicología del Colegio.

Motivo:

Problema de disciplina y aprendizaje escolar. Conducta -  
inquieta, rebelde.

#### PROBLEMA ACTUAL:

E. es un niño rebelde tanto en la escuela como en la casa. No le gusta ir a la escuela ni estudiar. La madre relata que últimamente ha tenido quejas del colegio sobre el comportamiento de su hijo. Se muestra rebelde sobre todo con los maestros y constantemente está molestando a sus compañeros, conducta que se ha acentuado desde diciembre del año pasado. Sus calificaciones son inconsistentes. Se siente temeroso al principio del año escolar y cada vez que tiene maestros nuevos, presenta entonces conducta inquieta, ruidosa. Tuvo Pesadillas frecuentes hasta hace 3 años; en la actualidad las sigue teniendo, generalmente esto ocurre cuando ve programas de misterio en la T. V., de vez en cuando. Entonces se despierta temeroso pasándose a la cama de mamá. Su apetito es irregular, por las mañanas desayuna poco y por las noches no cena. Presentó emuresis ocasional hasta los 9 años.

#### ESTRUCTURA FAMILIAR:

La señora vive con su hijo y con un matrimonio de jóvenes mexicanos, quienes le ayudan en el aspecto doméstico. La señora reside en México desde hace 12 años aproximadamente. Se casó en Los E. U. a la edad de 28 años después de un noviazgo que duró 10 meses. Estando embarazada se separó de su esposo viniendo a vivir a la ciudad de México. Ha evitado que el esposo se entere de su domicilio porque teme le quite al

hijo.

El matrimonio fue tormentoso, la señora señala que el marido era irresponsable, se ausentaba de la casa con frecuencia y su carácter era sumamente irritable. Unos meses después de la separación la señora se enteró de que su esposo fue procasado y enviado a prisión por robo a mano armada. Al niño le ha contado que su padre murió en Corea y que era un gran hombre. Es curioso señalar que dió 3 versiones diferentes a los doctores respecto al esposo, diciendo en ocasiones que fue encarcelado por robo a mano armada que murió en un accidente, - que murió en Corea. No quiso proporcionar ningún dato más al respecto ni mencionar su nombre.

La madre señala que no ha vuelto a casarse y que no ha - tenido en todos estos años amistades masculinas.

#### **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

La madre de E. proviene de una familia norteamericana.- La señora nació en Panamá. Su padre falleció hace 10 años, la madre vive actualmente en los EE. UU. Tiene una hermana mayor radicando también en los EE. UU. Recuerda que su padre fue marino, describiéndolo como una persona de carácter estricto, justo, serio, que esperaba obediencia de sus hijas. De la madre recuerda que no se ocupaba de sus hijas, debido a que tenía que trabajar, no les tenía paciencia aunque era un poco - menos estricta que el padre. La Sra. D. estudió High School, - enfermería, un año y medio de comercio y ha trabajado siempre de secretaria.

## ATMOSFERA HOGAREÑA:

La señora siempre ha tenido necesidad de salir a trabajar para sostenerse a sí misma y a su hijo. Desde pequeño lo ha tenido que dejar al cuidado de personas ajenas. Cuando el niño estaba recién nacido la señora vivía en una casa de una familia constituida por seis mujeres que consentían mucho al niño, no permitían que la madre lo regañara o castigara. A los 2 años y siete meses de edad de E., se cambiaron a casa de los padrinos de éste, vivieron en esa casa por espacio de 8 meses. En esta época, el niño era cuidado por su madrina, posteriormente fue puesto en una guardería. Después vivieron solos y actualmente vive con ellos una pareja joven de mexicanos, que ayudan en el servicio doméstico, y la señora quiere que su hijo los trate y respete como si fuesen de la familia.

## HISTORIA ESCOLAR:

E. ha estado en guarderías desde bebé. A los 5 años entró a un kinder de un colegio religioso. Tenía beca de la parroquia donde trabajaba la madre. En 1er. año tuvo como maestra a una religiosa que lo conoció desde pequeño y la cual lo consentía bastante, sin embargo, en ese año, la maestra cambió de actitud hacia él, cambio que el niño resintió mucho. La madre señala que tal vez por este motivo empezó a indisciplinarse; a tal grado llegó la situación que la religiosa influyó para que expulsaran al niño del colegio. Para esta en-

tonces E. cursaba el 2º año de primaria. La Directora del colegio sugirió que E. pasara a otro colegio ya que necesitaba disciplina dada por hombres. Cuando fue cambiado de colegio - E. lloró durante una semana. Se inscribió a 3er. año, durante este curso tuvo problemas en matemáticas, estaba retrasado y su madre le enseñaba todas las noches hasta que lloraba, pero finalmente logró ponerse al corriente. En la clase de Inglés se aburría porque la enseñanza era elemental; la maestra lo suspendió durante 8 días porque no llevaba la tarea, cuando no terminaba a tiempo su trabajo en clase no lo dejaban ir al comedor; tenía deportes después de clases. El niño quería que se diera pero la madre no podía recogerlo, razón por la cual fue cambiado a otra escuela a mediados del 3er. curso. Este cambio resultó menos doloroso que el primero. Los maestros de este nuevo colegio observaron que cuando E. tiene cambios de maestros presenta problemas, se pone imposible, inquieto, hace ruido, juega con otros niños, no trabaja y se muestra temeroso. En septiembre pasado se fue 3 semanas de pintura, se iba a jugar al parque. La madre fue llamada por el Departamento de Psicología del colegio y se le notificó de las escapadas del hijo de las cuales ni noción tenía.

A la Sra. se le hizo ver la necesidad de recurrir a un centro psiquiátrico a fin de que se llevara a cabo un estudio minucioso.

## SITUACION ECONOMICA:

La madre trabaja como Secretaria en una parroquia católi-  
ca, percibiendo un sueldo de \$2,800.00 mensuales. Ocasional -  
mente trabaja horas extras, ayudándose así económicamente. -  
Renta un departamento de \$850.00, paga \$610.00 de colegiatura  
y el resto lo gasta en alimentación, vestidos, paseos etc.

La zona donde viven es populosa y se encuentra entre el  
Panteón de Dolores y el Hospital Inglés. El edificio es de 6-  
pisos, sólido, siendo el espacio de las escaleras más bien re-  
ducido. Hace falta luz, aire y hay poco espacio para que jue-  
guen los niños.

El departamento consta de 2 recámaras, estancia, cocina-  
y baño. La sala y el comedor están divididos por una cortina-  
blanca, delgada, transparente.

Los muebles son modestos y de ninguna manera existe lu-  
jo. Tanto en el departamento en sí como en los muebles se ve  
limpieza y orden.

Es un barrio donde hay mucha gente, mucho bullicio. Exis-  
ten comercios de toda índole: panadería, frutería, mercería,-  
miscelánea etc., todo esto viene a constituir un movimiento -  
constante de gente.

#### ASPECTO SOCIAL:

A la madre de E. le gusta participar en reuniones chicas, a las que asiste de vez en cuando. En ocasiones vienen las -- amigas a visitarla. La gran mayoría de sus amistades son mexi canas de clase medio baja.

#### RELIGION:

Dice ser Católica, creyente, sin ser fanática. Sin embar go trabaja en una parroquia y su hijo es acólito. Al niño lo- ha tenido en escuelas religiosas.

#### AFICIONES E INTERESES:

A la Sra. D. le gusta el excursionismo, buscar plantas, - escalar montañas, coleccionar timbre (empezó ayudándole a su- hijo y ahora le gusta más a ella). Una vez al mes van al pue- blo del matrimonio que vive con ellos, ahí hay animales con - los que el niño se ha encariñado. Por lo regular la navidad - la pasan en Texas, en donde viven los familiares de la señora.

A E. le gusta ver televisión y a veces lo hace hasta por 3 horas. Sus programas favoritos son "La ley del revolver", - "La dimensión desconocida" y caricaturas. También le gusta ju gar futbol, beisbol, montar a caballo cuando va al rancho, --

asistir al trail - ranger, ir al parque. Prefiere todo lo que sea fuera de casa. Su amigo preferido es un vecino, con quién juega en la azotea a las guerras, indios, flechas, matanzas.

#### DIAGNOSTICO SOCIAL:

E. es un preadolescente de 11 años de edad, que no ha conocido a su padre, del cual se le ha contado que murió como un héroe en la guerra de Corea. La madre, para sostener económicamente el hogar, ha tenido que abandonar al niño al cuidado de terceras personas desde que era bebé. Prácticamente ha vivido en hogares constituidos en su mayoría por mujeres y sólo últimamente convive con ellos un matrimonio joven cuya situación, en la estructura familiar, no está bien definida, oscilando entre sirvientes y amigos. Ha sufrido varios cambios de escuela, pasando de escuelas religiosas a otras de régimen liberal y ante estos cambios E. se ha mostrado inquieto y temeroso de los nuevos maestros.

La familia tiene ingresos que la sitúan como clase media baja. Sin embargo se le manda a colegios particulares de cuota elevada cuyo monto alcanza el 25%, aproximadamente, del presupuesto familiar. La madre se administra, económicamente, bastante bien; no carecen de lo necesario, el hogar es limpio y agradable. Tienen un automóvil viejo y la ropa, tanto de la madre como la del hijo, permite suponer mejores ingresos. La Sra. evita contactos sociales que implicarían un esfuerzo económico de su parte y se mueve en un círculo social de clase -

media baja.

Firma .....

Trabajadora social .....

c. c. p.      Pediatra  
                 Psicólogo  
                 Neurólogo

REPORTE DEL PEDIATRA

EXAMEN PEDIATRICO

Datos Personales .....

Referido .....

MOTIVO DE CONSULTA:

Conducta hiperquinética.

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS:

No hay antecedentes patológicos hereditarios en la rama-paterna ni materna. Los abuelos paternos ya no viven, la madre de E. no pudo precisar la causa. Abuelo materno murió de infarto cardiaco. Abuela materna con antecedentes de padecimiento cardiaco.

No ha habido enfermedades en la familia de tipo Fímicos, Luéticos, Neoplásticos, Deabéticos, Epiléticos, Psiquiátricos.

EMBARAZO Y PARTO:

E. nació cuando su madre tenía 30 años de edad y dos de casada. La madre señala que E. es hijo único. El embarazo fue

deseado y normal. Recuerda, sin embargo, que a los 8 meses su frió una caída que no tuvo serias consecuencias, pero el feto dejó de moverse por 4 horas. El parto fue distócido habiendo necesidad de aplicar forceps. El trabajo de parto duró 3 horas 40 minutos, se le aplicaron en 3 ocasiones anestésicos — con mascarilla, debido a que el Gineco - Obstetra no llegaba y ella despertaba de la anestesia. En la segunda ocasión en que despertó, alcanzó a oír, de los médicos que la asistían, que había diferencia en el foco Fetal (sufrimiento fetal). Hubo anoxia neonatal sin precisar tiempo de la misma, no hubo llanto inmediato. El niño pesó al nacer 3.200 kgs. y su talla fue de 51 cm.

#### **ANTECEDENTES ICTERICOS NEONATALES POSITIVOS:**

Probablemente de origen fisiológico, ya que solamente duró de 2 a 3 días y desapareció.

#### **DESARROLLO PSICOMOTRIZ TEMPRANO:**

Sostuvo su cabecita a los 2 1/2 meses. Se sentó a los 4-1/2 meses. Caminó a los 9 1/2 meses. Primeras palabras al año y 8 meses, con el antecedente de que la madre le hablaba en Inglés y la nana en Español, por lo que la señora decidió hablarle en Español e inmediatamente el niño principió a decir muchas palabras y después a formar frases. Actualmente habla-

en los dos idiomas sin problema.

#### ALIMENTACION:

La madre lo amamantó durante 3 semanas; posteriormente - le dió biberón; leche en polvo hasta el año y medio. La Sra. - le administraba la botella sosteniéndolo en sus brazos. Actualmente la alimentación es suficiente en calidad y cantidad aunque con períodos de hiporexia, últimamente más frecuentes.

#### CONTROL DE ESFINTERES:

La madre inició el aprendizaje del control de esfínteres al año y medio, siendo bastante estricta con el niño, llegando incluso a pegarle por ello.

#### EXPLORACION FISICA:

Actualmente E. tiene un peso de 34 kgs. y su talla es de 1.44 mts.

Desde el punto de vista pediátrico, en su exploración general, encontramos que E. no presenta datos clínicos patológicos aparentes.

**COMENTARIOS:**

Se trata de un escolar con antecedentes de importancia - desde el punto de vista orgánico, que nos pudieran, en cierta manera, explicar su comportamiento actual: El antecedente de sufrimiento fetal y anoxia neonatal nos permiten suponer un - posible daño cerebral difuso, manifestado en su desarrollo -- psicomotor por la premura de la deambulación así como la hiperquinesia. Sin embargo, este daño cerebral no fue tan intenso como para dejarle una escuela de retardo mental.

**RECOMENDACIONES:**

- 1.- Se sugiere un estudio neurológico para corroborar o descartar la existencia de daño cerebral mínimo.
- 2.- Estudio psicológico completo.

Firma .....

Dr. ....

c. c. p.

Trabajadora Social  
Psicólogo  
Neurólogo

REPORTE DEL PSICOLOGO  
EVALUACION PSICOLOGICA.

Datos Personales .....  
Referido .....  
Motivo de Consulta .....  
Pruebas Aplicadas:

Wechsler (WISC).

Rorschach.

Bender

T. A. T.

Machover

Fecha de examen:

6, 7, 8 y 9 de abril de 1970.

OBSERVACIONES:

E.- Se presentó a pruebas psicológicas después de haber sido examinado por el pediatra, llegó a la recepción acompañado por la madre pero pasó solo al consultorio.

Se trata de un preadolescente de estatura adecuada para su edad, de constitución delgada, facciones finas, pelo rubio, tez blanca, ojos azules, muy agradable en su apariencia. Sencillo en su arreglo personal, viste pantalón vaquero, camisa-sport y sweater.

Llamaba la atención el que sus manos estaban siempre sucias, en tanto que su ropa estaba limpia, señaló que era porque no le gustaba bañarse.

Es un niño que responde cuando uno le pregunta, pero por sí mismo no toma la iniciativa para conversar.

Durante las pruebas trabajó diligentemente observándose buena capacidad de comprensión y de anticipación.

Resultados de las pruebas:

Area Intelectual.

Resultado obtenido en la prueba de Wechsler.

SUBTESTS VERBALES.	PUNTAJE CRUDO	PUNTAJE PESADO	EDAD MENTAL
Información .....	14	11	11.2
Comprensión .....	15	12	12.2
Aritmética .....	10	10	11.2
Analogías .....	13	13	13.2
Vocabulario .....	42	13	13.1

**SUBTESTS DE  
EJECUCION**

Complementamiento de figuras .....	19	20	15.10
Ordenamiento de - dibujos .....	29	10	11.2
Diseño con blo -- ques .....	34	12	14.2
Composición de -- objetos .....	24	11	13.1
Claves .....	41	12	11.6

Cociente Intelectual Verbal: 111 "Normal Brillante"  
 Cociente Intelectual de Ejecución: 121 "Superior"  
 Cociente Intelectual Total: 117 "Normal Brillante"

El cociente intelectual total (117) corresponde a la clasificación de inteligencia normal brillante.

A continuación se anexa el despersigrama que muestra la-

dispersión de los puntajes correspondientes a los subtests y-  
el perfil - resumen de los resultados de la prueba.

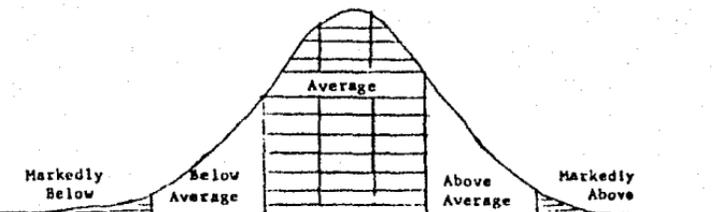
WISC EXAMINATION REPORT

111  
Verb I.Q.

121  
Perf. I.Q.

117  
Total I.Q.

Examiner's Name



E. D.  
Child's Name  
8 - 11 - 1959  
Birth Date  
11 años  
C.A.  
5º año de primaria.  
Grade  
Abril de 1970  
Date

STANINE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 STANINE

Scaled Scores

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

SUBTESTS

Information

Comprehension

Arithmetic

Similarities

Vocabulary

Digits

Picture Completion

Picture Arrange

Block Design

Object Assembly

Codes

Mazes

SOME FACTORS INVOLVED

Range of information;  
Cultural background  
Common sense;  
practical knowledge  
Mental alertness;  
arithmetic skills  
Logical and abstract  
thinking  
Word knowledge from  
experience and education,  
Attn., concentration,  
immediate aud. memory

Visual alertness  
and memory  
Sequence reas., interpreta-  
tion of social situations  
Visual analysis and syn-  
thesis, non-verbal org.  
Percep. of part-whole rela-  
tions, vis./spat. relations  
Learning new symbolic  
material, vis.-motor coord.  
Visual comprehension,  
planning and foresight

Percentiles

41

23%

77%

96%

SCALED SCORES

STANINE EQUIVALENTS

PROFILE WECHELER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN

VERBAL SUBTESTS	AGE EQUIVALENTS										SUBTEST MEANINGS	
	5 <sup>1</sup>	6 <sup>1</sup>	7 <sup>1</sup>	8 <sup>1</sup>	9 <sup>1</sup>	10 <sup>1</sup>	11 <sup>1</sup>	12 <sup>1</sup>	13 <sup>1</sup>	14 <sup>1</sup>		
1. INFORMATION	5	7	8	10	11	13	14	17	18	19	INFORMATION FROM EXPERIENCE & EDUCATION	
2. COMPREHENSION	5	6	8	9	11	12	13	15	16	16	PRACTICAL KNOWLEDGE & SOCIAL JUDGMENT	
3. ARITHMETIC	3	4	5	7	8	9	10	11	12	12	CONCENTRATION AND ARITHMETIC REASONING	
4. SIMILARITIES	3	4	6	7	8	9	10	-12	13	13	LOGICAL AND ABSTRACT THINKING ABILITY	
5. VOCABULARY	5	11	21-22	23-26	28-29	32-33	36-37	39	41	44	45-46	WORD KNOWLEDGE FROM EXPERIENCE AND EDUCATION
6. DIGIT SPAN	5	7	8	8	9	9	10	10	10	11	ATTENTION AND ROPE MEMORY	
	DIGITS FORWARD			5			DIGITS REVERSE			4		
PERFORMANCE TESTS												
1. PICTURE COMPLETION	6	7	8	9	10	11	12	12	13	13	VISUAL ALERTNESS AND VISUAL MEMORY	
2. PICTURE ARRANGEMENT	4	7-9	14-16	22-23	25	26	27-28	29	30	31-33	34	INTERPRETATION OF SOCIAL SITUATIONS
3. BLOCK DESIGN	4	5	6	7-10	13-15	16-20	21-24	29-30	32-33	34-35	34-35	ANALYSIS AND FORMATION OF ABSTRACT DESIGN
4. OBJECT ASSEMBLY	8-9	12-13	14	15	17-18	19-20	21-22	23	24	24	25	PUTTING TOGETHER OF CONCRETE FORMS
5. CODE A	17-20	28-31	35-37	40-41	44-45	46	47	48	48	48	48	SPEED OF LEARNING AND
6. CODE B	-10	13-16	21-22	25-26	30-32	36-37	41	45-46	46-49	54-55	54-55	WRITING SYMBOLS
7. MAZES	5	8	11	14	15	16	17	17	17	17	17	PLANNING AND FOLLOWING A VISUAL PATTERN

## ANALISIS DEL DISPERSIGRAMA:

Es notable la discrepancia observada entre el rendimiento verbal (111) y el de ejecución (121). Tal diferencia resulta un tanto engañosa porque corresponde al puntaje máximo obtenido en un solo subtest (completamiento de figuras) que elevó notablemente el resultado promedio en el área de ejecución. Sin embargo, el rendimiento en el resto de los demás subtests se conserva estable dentro del nivel promedio.

En relación con el área verbal se observa que el rendimiento disminuye drásticamente en el subtest de retención de dígitos, debido a la presencia de ansiedad interna y preocupación.

## INTERPRETACION DINAMICA:

Llama la atención de inmediato el puntaje máximo obtenido en Completamiento de figuras. La calificación inusual en este subtest, respecto al resto, está indicando que hay una gran atención a los detalles, sensibilidad muy desarrollada para captar las reacciones de los demás y la existencia de un problema emocional severo, que ocasiona gran ansiedad y preocupación.

Area percepto - motriz:

Resultado obtenido en la prueba de Bender.

En esta prueba se observa posibilidad de daño cerebral mínima. La ubicación, tamaño y simplificación de los diseños-

indican ausencia de organización metódica y consistencia frente a la ejecución de tareas. En la forma de trabajo se observa que el niño obedece más a sus necesidades internas que a los requisitos externos. Utiliza el espacio como parece utilizar el medio ambiente, más en forma egocéntrica, en función de sus propias necesidades, manipulando a su antojo.

Frente a tareas que exigen seriedad, constancia, minuciosidad y esfuerzo metódico la autocritica tiende a disminuir.

Area Emocional:

Resultados de todas las pruebas.

En las pruebas proyectivas se corrobora la suposición de conflicto emocional serio que venía siendo observado en las pruebas antes señaladas.

E. es un niño que ha desarrollado excesiva fantasía como una forma de enfrentar conflictos. Tiene muy poca capacidad para soportar las presiones que la realidad impone. Se rige más por necesidades de gratificación inmediata.

En el contenido del T. A. T. expresa una tendencia a compensar a través de la fantasía el deseo de encontrar una figura paterna estable, fuerte, que brinde protección y límites a sus impulsos.

La figura materna se encuentra íntimamente relacionada a su vida emocional, no ha tenido la oportunidad de resolver su conflicto edípico. Ante ella se encuentra muy ambivalente, ya que en ocasiones la siente sobreprotectora, infantil o capaz de hacerle daño.

En situaciones competitivas su orientación más bien está dirigida a depender de los demás que a participar activamente. Esta actitud de pasividad origina sentimientos de minusvalía,

tristeza y soledad.

Su autoconcepto corresponde al de un niño poco aceptado, inadecuado; de un niño malo, con poca capacidad de controlar sus corajes, disgustos. Ante esto volvemos a encontrar sentimientos de soledad y tristeza.

Los métodos que utiliza para disminuir ansiedad son re - presión, intelectualización y la evasión por medio de la fantasía.

Impresión diagnóstica: Personalidad pasivo - agresiva.

Recomendaciones: 1.- Estudio neurológico y EEG.  
2.- Psicoterapia individual para E.  
3.- Orientación a la madre.

Firma .....

Psicólogo .....

c. c. p. Trabajadora Social  
Pediatra  
Neurólogo

REPORTE DEL NEUROLOGO.

EXAMEN NEUROLOGICO

Datos Personales .....  
Referido .....  
Motivo de consulta .....

- 1.- Niño ambidiestro.
- 2.- Consciente, alerta, hiperactivo, sin movimientos ---  
anormales.
- 3.- Lenguaje y memoria normales.
- 4.- El cráneo normocéfalo.
- 5.- Cuello normal
- 6.- Pares craneales normales.
- 7.- Fuerza ligeramente disminuida en extremidad superior  
izquierda.
- 8.- Tono, Trofismo, Estación y marcha normales.
- 9.- Coordinación con ligera disdiadococinesia en la mano  
derecha.
- 10.- Sensibilidad superficial y profunda sin alteraciones
- 11.- No se encontraron reflejos patológicos.
- 12.- Columna vertebral normal.

IMPRESION CLINICA:

Paciente con daño cerebral secundario a trauma obstétrico y anoxia neonatal.

**ESTUDIOS ESPECIALES: Electroencefalograma.**

Trazo reportado anormal por la presencia de ondas agudas bifásicas de alto voltaje, con predominio en las regiones posteriores.

**TRATAMIENTO:**

Mazapan, 2.5 grs. por vía oral en la mañana y al medio-día, 5grs. por la noche. Treinetadione 0.3 g. una cápsula --- tres veces al día. Complementos de alimentación con anabólicos, vitaminas y minerales, una cápsula por la mañana.

**EVOLUCION:**

Tres meses después desapareció la disidiadocinesia en la mano derecha, persistiendo, muy ligeramente, cierta disminución de fuerza en la extremidad superior izquierda.

Firma .....

Dr. ....

c. c. p.      Trabajadora Social  
                  Pediatra  
                  Psicólogo

## JUNTA CLINICA:

Se integró con los diferentes profesionistas que participaron en la evaluación diagnóstica del caso. Cada uno de ellos presentó sus hallazgos, conclusiones, impresiones diagnósticas y tratamiento a seguir.

Las conclusiones a las que llegaron cada uno de ellos -- fueron las siguientes:

La trabajadora social señaló la carencia de figura paterna, ya que existió la pérdida del padre antes de que E. naciera. La madre tuvo necesidad de trabajar y esto provocó que hubiera varias figuras maternas sustitutas y al parecer ninguna gratificante. La señora es inteligente y sensible, nos dice -- que como madre se siente insegura, dominante y poco afectiva, que la relación entre los dos la considera a veces de rebel -- día y a veces de sumisión.

El pediatra informó de antecedentes orgánicos que pudie -- ran explicar, en cierta forma, el comportamiento actual de E. Había antecedentes de sufrimiento fetal, así como anoxia neo -- natal, que permitían pensar en posible daño cerebral difuso.

El psicólogo informó que su inteligencia es superior al -- término medio, de donde se deduce que el problema de aprendi -- zaje no tiene una base intelectual.

En el aspecto emocional se encontró gran ansiedad y sen -- timientos de soledad; control inadecuado de impulsos; dificul -- tad para relacionarse con su medio ambiente; ambivalencia en -- la relación con la figura materna; fantasías ante el deseo de tener una figura paterna cercana y gratificante; existencia --

de temores.

Los mecanismos de defensa que utiliza son la represión, - intelectualización y evasión a través de la fantasía.

Impresión diagnóstica: Personalidad pasivo - agresiva.

Las sugerencias fueron: Estudio neurológico. Psicoterapia - individual para E. y orientación - para la madre.

El neurólogo encontró un electro anormal en el que hay - presencia de ondas agudas bifásicas de alto voltaje en regiones posteriores y el diagnóstico se consideró con daño cerebral mínimo, por lo que se le prescribieron los medicamentos - necesarios.

La impresión diagnóstica a la que llegó el equipo de trabajo corroboró el diagnóstico de personalidad pasivo - agresiva y de daño cerebral mínimo.

Finalmente se realizó la junta de integración con la madre, en la cual, de acuerdo a su nivel y capacidad de comprensión, se le dieron los resultados a los que se había llegado.

La señora aceptó las indicaciones sugeridas. La orientación de ella quedó a cargo de la trabajadora social y la psicoterapia para E. sería dada por el psicoterapeuta.

## TRATAMIENTO.

La trabajadora social y el psicoterapeuta (sexo femenino) se reunían semanalmente con el objeto de cambiar impresiones sobre el proceso de desarrollo de ambos tratamientos.

El material que a continuación se presenta es un resumen del trabajo realizado con E. durante 27 sesiones. Fue visto por primera vez el 13 de abril de 1970. Regularmente asistió a 2 sesiones por semana, con duración de 50 minutos cada una.

### PERIODO TERAPEUTICO:

Al principio de las sesiones la actitud del T. fue de no hacer interrogatorio, es decir, fue permisiva, porque ante cualquier intento de pregunta E. decía: "me siento frente a un juez que todo lo quiere saber".

### COMENTARIO:

Con esto E. hacía ostensible su sensibilidad. Al T. lo ubicaba como un objeto autoritario, posiblemente perseguidor y crítico.

Durante las primeras diez sesiones, aproximadamente, E. se interesó por comer galletas, beber refrescos, jugar pelota, caminar en la calle e inclusive se llegó a jugar carreras.

### COMENTARIO:

E. gratificaba sus impulsos a nivel oral.

La actitud del T. en relación con salir a la calle, camina

nar, jugar carreras, fue con el objeto de permitirle una figura de identificación menos amenazante (en ocasiones el T. pudo regresar a actitudes infantiles para que el paciente viva esta relación de manera menos punitiva, ya que la verdadera - sí lo había sido).

Después de este período, en una de las siguientes sesiones, E. se paraba, se sentaba y principalmente se envolvía en la cortina como deseando ocultarse. Esto sucedía mientras decía: "quiero decirte algo pero no puedo".

T.- ¿Es algo feo?

-E.- Respondió afirmativamente con la cabeza.

T.- ¿De que se trata, o prefieres que te ayude?

-E.- Aceptó.

T.- ¿No quieres ir a la escuela?

-E.- Mueve negativamente la cabeza.

T.- ¿Quieres que mamá te compre algo?

-E.- Indica con la cabeza que no.

T.- Si tú me ayudas lo podríamos averiguar. Dime la primera palabra.

-E.- Empezó diciendo - Que ya ...

T.- ... no

-E.- Indica que está bien y continúa - quie ...

T.- ... ro

-E.- sonríe al ver que se va bien y agrega - ve ...

T.- ... nir.

En este momento E. se envuelve más rápido en el resto de la cortina al mismo tiempo que las manos tapan su cara.

T.- ¿Te cuesta mucho decir la verdad?

-E.- Sí y mucho.

- T.- ¿Crees que va a suceder si dices la verdad?
- E.- Afirma con la cabeza.
- T.- ¿Que podría pasar,
- E.- Las paredes se pueden caer, en este momento están en el suelo.
- T.- ¿Esto mismo sucede cuando deseas decir la verdad a o -- tras personas?
- El T. observa que E. se resiste para contestar, trata de evadir la respuesta. Se le ayuda dándole varias posibles con testaciones, siendo la última la siguiente:
- T.- ¿Tal vez frente a mamá?
- E. parece como si deseara esconderse mas en la cortina, al mismo tiempo que afirma con la cabeza.

#### COMENTARIO

Después de ser revisado el material de la sesión el T. se dió cuenta de que lo que E. posiblemente trataba de simbolizar con envolverse en la cortina era que el T. no lo -- pudiera ver tal como él era, lo cual probablemente manifes-- taba cuando se refería al sentir que las paredes se habían-- derrumbado; temía quedarse al descubierto y sentirse a mer-- ced de una figura autoritaria, crítica y peligrosa. La in-- terpretación del T. pudo haber sido mas completa si verba-- liza para él que al T. lo ponía en el lugar de su madre... El T. pensó que a través de su actitud bondadosa, de apoyo-- y ayuda, le estaría permitiendo corregir experiencias amo-- cionales anteriores.

En otra de las sesiones, al final de una de ellas E. di

jo a su madre:

-E.- Dile, ándale, dile.

M.- Me gustaría que tú lo dijeras.

-E.- No puedo, dilo tú.

M.- A mi hijo le gustaría que lo acompañara a su cena de fin de año del Trail - Rangers.

El terapeuta aceptó, ya que ésto era una oportunidad para reforzar el aspecto transferencial y observar más de cerca la relación con su madre y el funcionamiento en el área social.

En la reunión E. presentó dos rabietas insignificantes que se explican a continuación:

1) Al empezar a tomar el café se da cuenta de que no hay azúcar; ante tal situación gritó con desesperación y golpeó con fuerza la mesa.

2) Al terminar la reunión, un compañero de E. lo abrazó por detras; su reacción inmediata fue de gran furia; agredió verbalmente e intentó hacerlo físicamente.

Al terminar la reunión, ambos acompañaron al T. Al llegar a la casa E. pide a su madre que le permita dormir allí. A lo que la madre contesta que nó, debido a que sólo puede dormir con la luz encendida, además siempre despierta gritando, - pasándose a la cama de ella y todo esto no lo podrá hacer --- aquí.

## COMENTARIO:

En este momento el T. comprendió la relación simbiótica y seductora que existía entre madre e hijo. Se pensó que se había descubierto un material básico e importante para trabajar.

Además, el haber asistido el T. a la reunión sirvió para darle una tónica diferente a las sesiones, de aquí partió --- otra fase que se caracterizó por mayor verbalización, debilitamiento de las defensas y de la resistencia a la terapia.

En una de las entrevistas posteriores E. ya no pidió salir a jugar. Pero le resultó muy difícil estar quieto; se resbalaba y se subía de la silla al suelo y de éste a la silla, - sus movimientos eran parecidos a los de una lombriz atrapada.

T.- ¿Recuerdas la cena del Trail - Rangers?, ¿recuerdaslo de tus rabetas?

-E.- Sí, pero no sé porqué las haga, no las puedo evitar. mostrándose curioso pidió al T. que le explicara por qué no las podía evitar.

T.- Señalando su cabeza dijo: adentro está el cerebro, - en unas personas madura primero y en otras un poco - más tarde, al tuyo le falta sólo un poco. Mira, como las manzanas necesitan muchas cosas para madurar, lo mismo sucede con el cerebro. ¿Tú me podrías decir -- que necesitan las manzanas?

-E.- Bueno..... pues agua, sol, tierra.

T.- ¡Perfecto! y tu cerebro que necesita?

-E.- Come, sol, medicinas.

T.- Así es, ¿tú tomas tus medicinas?

-E.- No, no pero ya las voy a tomar para que madure mi ca  
beza y no vuelva a hacer más rabietas.

#### COMENTARIO:

A partir de esta sesión apareció el aspecto de insight - en su problema orgánico de responsabilidad para sí mismo, ésto se puede relacionar con lo concerniente a la imagen corporal. Inició la responsabilidad, lo que le ayudó a crecer en este aspecto.

Durante la sesión que a continuación se va a relatar E.- permaneció sentado la mitad del tiempo y la otra parte permaneció de pie. Se dialogó la mayor parte de la sesión.

T.- ¿Recuerdas que cuando terminó la cena del Trail-Bangers y que me acompañaron tú quisiste dormir en mi ca  
sa? ¿cuál fue la razón por la que no te quedaste?

-E.- Porque despierto.....

T.- Quisiera saber que te hace gritar.

-E.- Es que sueño cosas muy feás.

T.- ¿Feás?

-E.- Sí, en mis sueños hay monstruos sin cabeza, sin ma-  
nos, que estan peludas y caminan delante de los mons-  
truos, me quieren agarrar y es cuando despierto, gri  
to y me voy a la cama de mi mamá, ahí me siento más-  
seguro y tranquilo. Estos monstruos me causan mucho,  
mucho miedo.

T.- ¿Hay otra cosa que te cause el mismo miedo?

-E.- No puede contestar a la pregunta por lo que se le ayuda con varias insinuaciones hasta que por fin logra decir:

-E.- Sí, cuando estoy acostado con mi mamá y que ella me abraza, en ese momento siento que mi mamá es otro monstruo.

#### COMENTARIO:

El contenido de estos sueños nos está indicando el temor que tiene E. a sus propios impulsos; el temor a la falta de control de los mismos.

En esta sesión E. se mecía en la silla como si estuviera en una cuna; cerraba un poco sus ojos y su boca parecía la de un bebé que esperaba se le diera su mamila. El T. le empezó a cantar una canción de cuna; ante esto E. se mecía más fuerte en la silla y la forma de su boca se acentuaba más.

T.- ¿Quieres un biberón?

-E.- Contestó afirmativamente con la cabeza.

Se le dió y al principio la tomaba con suavidad pero poco a poco lo fue haciendo más rápido y de una manera fuerte y brusca.

T.- ¿El biberón te recuerda algo?

-E.- Cuando tenía cinco años me salí de mi casa, caminé por la calle, me perdí, me subí a un camión; el chofer preguntó si alguien me conocía, una señora dijo que ella, nos bajamos, me llevó a una panadería donde conocían a mi mamá. Ella llegó, nos fuimos a la casa, me pegó fuerte, me mandó a la cama sin cenar.

-E.- Continué tomando su biberón con más fuerza.

T.- ¿Qué relación hay entre el biberón y tu pérdida?

-E.- ¡Ah! yo siempre tenía un biberón escondido a mero -  
atrás de mis juguetes y esa vez, cuando todos esta-  
ban dormidos, lo saqué, fui a la cocina, lo llené -  
de leche, me fui a mi cama y me lo tomé así como me  
estoy tomando éste.

#### COMENTARIO:

En esta sesión hubo una regresión importante que dió lu-  
gar a que E. expresara temores, necesidades y experiencias pa-  
sadas.

En otras de las entrevistas apareció material importante.

-E.- No voy a clase de tambor porque mi maestro es feo.

T.- Dime más sobre tu maestro.

-E.- Me desagrada bastante porque tiene nariz larga, pare-  
cida a la de las brujas, a las que temo mucho.

#### COMENTARIO:

En esta sesión hace su aparición franca la ansiedad de -  
castración que le produce el profesor de tambor (fantasía re-  
lacionada con nariz larga, bruja, maldad, madre, hostilidad,-  
igual a: ansiedad de castración).

Ya en sesiones posteriores era capaz de permanecer senta

do toda la sesión. Su comunicación era a nivel verbal, espontánea. Existió diálogo y parecía estar más interesado por sí mismo por lo que pasaba a su alrededor.

En el contenido y secuencia del material psicoterapéutico, anteriormente expuesto, se observa un proceso de maduración que fue manifestado a través de actitudes, verbalizaciones, capacidad de concentración y atención, mejoría significativa en cuanto a las relaciones interpersonales y en cuanto al manejo de su impulsividad.

## C A P I T U L O VII

RESUMEN.  
CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES.

## RESUMEN.

Mi interés esencial en esta tesis partió de dos motivos principales.

1.- Hacer notar la importancia del estudio psicológico - en el diagnóstico integral del paciente, utilizando para ello diferentes tipos de pruebas psicológicas, como serían las de inteligencia, proyectivas etc.

2.- Enfatizar la importancia y ventajas del trabajo en equipo, siempre y cuando éste es llevado en forma flexible y racional.

Para apoyar mis puntos de vista respecto a lo que acabo de señalar, revisé una bibliografía y estudié los expedientes de los pacientes que acudieron a consulta al Centro Psiquiátrico Infantil durante treinta meses de trabajo.

La bibliografía fue amplia ya que debía documentarme sobre el trabajo en equipo, desarrollo creciente de las pruebas psicológicas, antecedentes históricos en el desarrollo de la Psiquiatría Infantil en general y en particular de nuestro país. Sentí la necesidad de hacer esta revisión bibliográfica, porque todos los aspectos, tal como se encuentran actualmente, no surgieron en forma espontánea, sino que tienen su raíz y su camino recorrido. Al mencionar esto, consideré estar haciendo justicia a quienes iniciaron esas raíces y a quienes han caminado por ese camino nada fácil.

Entre los autores que enfatizan el trabajo interdisciplinario consideramos principalmente a Karl Mannheim y William Cruickshand. El primero afirma lo siguiente: "el paciente pue

de estudiarse desde diferentes puntos de vista de la neurología, la psiquiatría, la pediatría, la psicología etc. Más ninguno de estos enfoques parciales nos dará de por sí un conocimiento valioso y en particular dotado de capacidad predictiva: ESTO UNICAMENTE PODRA LOGRARSE A TRAVES DE LA SINTESIS DINAMICA DE TODOS LOS ESQUEMAS PARCIALES DE ESAS DIFERENTES DISCIPLINAS. La personalidad es una unidad y su análisis neurológico, psiquiátrico, psicológico etc. es artificial si procede aisladamente" (1). El segundo autor considera que "el trastorno de la personalidad del niño es de tal naturaleza que se hace necesario recurrir a los centros especiales en donde colaboren personas altamente capacitadas para tratar de describir como es el niño, tanto para poder orientar a los padres, como para proporcionar información fundada a las personas que se dedicarán al tratamiento del niño. Un centro abarca muchos campos de actividad. Sólo así se podrá contar con la opinión y el consenso de diversos miembros de las distintas disciplinas, antes de llegar a tomar decisiones finales respecto al niño" (2).

La importancia de las pruebas psicológicas ha sido reconocida gradualmente. Las pruebas han sido empleadas como instrumento de diagnóstico. Anteriormente, éste se basaba únicamente y exclusivamente en la impresión subjetiva que el médico tenía del paciente. Actualmente las pruebas psicológicas han llegado a un grado tal de desarrollo que el prescindir de las mismas implicaría el cerrarse ante posibilidades de una mayor comprensión del paciente.

Al iniciar nuestra lectura en relación al Desarrollo Psicológico de la Psiquiatría en General, encontramos que existió-

una época (siglo XVI) en que el niño era tratado como adulto, tanto en el vestir, como en el juego, en la escuela y en el trabajo. Sólo gradualmente se le dejó de considerar como un adulto pequeño (siglo XVIII), se le empezó a respetar como un ser con necesidades específicas. Los primeros escritos que de notan preocupación por el niño surgieron de los filósofos, en tre quienes consideramos principalmente a Juan Amós Comenio, John Lock y Jean Jacques Rousseau. Posteriormente fueron los educadores quienes continuaron interesándose por el niño, --- principalmente, desde el punto de vista pedagógico, encontramos entre estos autores a Froebel, Herbart, Pestalozzi y muchos más.

La preocupación por el niño cobró tanto interés que empezaron a elaborarse biografías de bebés, siendo el representante principal de este tipo de trabajo Charles Darwin (24). A partir de las observaciones inferidas del estudio de las biografías de bebés se vislumbraron los inicios de la psicología científica infantil, con Preyer, Scully, Stinn, Gesell etc., que culminaron posteriormente con el desarrollo de la Psiquiatría Infantil como especialidad del campo de la Medicina. Se empezaron a realizar trabajos con mayor sistematización, partiendo de observaciones directas y no de premisas filosóficas como sucedió en la primera etapa. Siendo los representantes principales de esta tendencia Itard, Seguin, Witmer, Goddard, Binet, Terman, Aichorn, Gluek, Healy, Beers, Preyer.

La siguiente parte del camino recorrido tiene un significado especial, ya que se empezó a penetrar en el mundo interior del niño, lo que vino a marcar el inicio de la psicoterapia infantil. Mencionaremos solo algunos de los autores que

se interesaron en este tipo de trabajo: Segismundo Freud, Hug Hellmuth, Melanie Klein, David Levy, Frederick Allen, Ana Freud, Lauretta Bender, Samuel Slavson, Moreno, Margaret Gerard. Una vez llegado a esta fase del camino tan significativa, encontramos otra, que a mi modo de ver se le puede considerar como el avance más importante que se ha logrado respecto al estudio del niño. Me refiero a los estudios sobre la relación madre - hijo, los cuales vienen a constituir el paso más importante que ha dado la Psiquiatría Infantil hasta el presente. Entre los muchos autores dedicados a estas investigaciones sobresalen Leo Kanner, Lauretta Bender, René Spitz, Margaret Fries, Margaret Ribble, John Bowlby, David Levy, Margaret Malher.

Los etólogos han realizado estudios comparativos sobre la relación madre - hijo en animales, siendo los principales exponentes de esta disciplina Harry F. Harlow (46) y S. H. Lindell.

Con relación a nuestro país la información que obtuve sobre los orígenes y desarrollo de la Psiquiatría en General y de la Psiquiatría Infantil en particular fue por medio de revisión bibliográfica y visitas a los centros de trabajo dedicados al estudio psiquiátrico del niño. Los centros de trabajo que tuve oportunidad de visitar son: La Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (La IMAN). En donde existe un departamento de Servicio de Higiene Mental, cuyas funciones son preventivas, asistenciales, docentes, de rehabilitación, de investigación clínica, y de difusión; el Instituto Médico pedagógico; Escuela por Cooperación para niños con problema de Síndrome Down; el Tribunal para menores; la Clínica de la Con

ducta y algunos centros de educación privada. En algunas de estas instituciones como son la IMAN y la Clínica de la Conducta tratan de estudiar al niño desde varios puntos de vista, predominando el dinámico.

Respecto al desarrollo de la Psiquiatría en General de nuestro país, en la bibliografía revisada encontré capítulos que se refieren a la preocupación por las enfermedades mentales desde la época prehispánica y durante la colonia. Durante este último periodo (1566), Bernardino Alvarez fundó el primer hospital psiquiátrico de América, "Hospital de San Hipólito", posteriormente, José Sáyo (1698), creó el "Hospital del Divino Salvador" para mujeres dementes. En 1877 la dirección de la beneficencia pública se hizo cargo de estos dos hospitales. En 1908 ambos hospitales fueron integrados en uno solo que fue el Manicomio General "La Castañeda". En 1967 La Castañeda fue trasladada al Hospital Psiquiátrico "Pray Bernardino Alvarez". Hospital que cuenta con todos los adelantos modernos de nuestra época. En lo que se refiere a Psiquiatría Infantil tenemos que la preocupación por el niño data del siglo XVI, con el origen de las casas de cuna. En 1865 la Emperatriz Carlota funda un asilo de Maternidad e Infancia. En esta misma época Don Nicolás de Teresa facilita fondos para una sala exclusiva para niños en el Hospital General de San Andrés. Posteriormente los niños de este hospital son llevados al asilo de la Maternidad e Infancia, al cual se le considera el PRIMER HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO. En 1905 el Hospital General recibe a todos los enfermos del Hospital de San Andrés y a los niños del asilo "Maternidad e Infancia". Transcurridos varios años los niños del Hospital General pasaron al Hos

pital Infantil de la Maternidad Mundet. En 1952, el Dr. Jorge-Velazco Alzaga fundó y organizó el Servicio de Higiene Mental de este hospital, el cual hasta el presente da servicio.

Por otra parte, en 1931, ya funcionaba en el manicomio un pabellon infantil. Lo que viene a constituir el inicio del actual Hospital Psiquiátrico Infantil "JUAN N. NAVARRO", que fue inaugurado casi al mismo tiempo que el Hospital "Fray Bernardino Alvarez". También cuenta con los mismos adelantos modernos con que cuenta este último.

Una vez documentada desde el punto de vista teórico traté de informarme sobre lo que sucede en el aspecto práctico, llevando a cabo una investigación sobre el trabajo realizado en el Centro Psiquiátrico Infantil. Inicié este estudio desde la organización, funcionamiento administrativo, forma de trabajo interdisciplinario, hasta el seguimiento de la psicoterapia de un caso. Además reuní los datos estadísticos respecto a la edad, sexo, ingreso económico familiar, motivo de consulta etc. También recopilé datos en relación con las recomendaciones a seguir, el tratamiento y la solución final de los casos.

La tesis termina con un caso que escogimos como ejemplo entre los múltiples que nos tocó ver, para señalar el procedimiento que se sigue en el Centro, en el diagnóstico y tratamiento. Desde luego es un caso visto por nosotros y en él intervinieron además varios compañeros del equipo.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- La aportación del estudio psicológico en el trabajo multidisciplinario, es valiosa por las siguientes razones:

- a) Permite aclarar dudas e incertidumbres de los demás - profesionistas.
- b) Profundiza más, y en menos tiempo, en la personalidad del paciente, de lo que hacen las entrevistas psiquiátricas.
- c) A través del estudio psicológico se obtiene información válida de la persona examinada ya que se toma como punto de partida situaciones que han sido previamente estandarizadas.
- d) Los tests psicológicos dan margen a una mínima inferencia de los factores subjetivos del psicólogo.
- e) La evaluación psicológica permite observaciones finas de organización intelectual y afectiva, que no son fáciles de deducir a partir de la historia del caso ya que en muchas ocasiones no pueden ser verbalizadas por el paciente.
- f) Ayuda a aclarar el diagnóstico diferencial.

2.- El trabajo en equipo aporta mayores beneficios al paciente. A través del trabajo multidisciplinario se puede contar con la opinión y el consenso de las diferentes disciplinas. Sólo de esta manera se deben tomar decisiones finales respecto al paciente. Cuando éste es visto por un solo especialista, los hallazgos, conclusiones y recomendaciones son parciales.

3.- En relación con el material de trabajo se concluye -

lo siguiente:

- a) El cuadro No. 2 "DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO", muestra que en la edad escolar primaria se hace más evidente la desviación del proceso de desarrollo.

Estos datos sugieren la conveniencia de que los padres reciban orientación en cuanto al conocimiento, comprensión y manejo del niño en sus primeros años. Sólo así podrá existir la posibilidad de que la desviación del proceso de desarrollo en edad primaria se vea disminuída.

- b) Del cuadro No. 3 "INGRESO FAMILIAR MENSUAL", se deduce que solamente familias de clase media alta y pudientes solicitan los servicios privados del trabajo en equipo.

Esto nos señala la urgencia de la apertura de más centros privados de trabajo multidisciplinario que den servicio a todas las clases sociales.

Existe una gran diferencia, en cuanto a la atención que recibe el paciente, en instituciones oficiales y en los centros privados. En éstos la evaluación del paciente es rápida y más mimiciosa, lo que no puede suceder en las instituciones oficiales debido al monto tan grande de personas que solicitan ayuda.

- c) Correlacionando los hallazgos obtenidos en los cuadros 3, 11 y 12 se concluye que los problemas de aprendizaje y de conducta se encuentran en íntima relación con alteraciones de tipo cerebral, las cuales se originan generalmente durante el trabajo de parto.

Lo anterior sugiere que, cuando existan antecedentes de trauma obstétrico, el médico debe sugerir a los padres la necesidad

sidad de hacer una valoración neurológica lo antes posible.

- d) Cuadro No. 12 "MEDIDAS TERAPÉUTICAS SUGERIDAS". La psicoterapia individual fue sugerida con mayor frecuencia y más fácilmente aceptada por los padres.

La experiencia profesional nos ha mostrado que en muchas ocasiones el factor patógeno se localiza en la unidad familiar y no en uno de sus miembros. Esto implica la necesidad de que en tales casos se debe sugerir la conveniencia de la terapia familiar.

El rechazo a la aceptación se debe a dos causas:

- 1.- El que la familia vive fuera del Distrito Federal y a limitación de recursos económicos.
- 2.- La resistencia de los padres o de la familia a las medidas terapéuticas y a una mejoría observable durante el proceso de evaluación que alivia la angustia familiar.

La fundación del Centro Psiquiátrico Infantil, con su servicio privado, con un sistema de trabajo multidisciplinario, en donde se toma en cuenta al paciente en su totalidad (paciente, medio familiar, social y escolar), está representando, dentro de la historia de la psiquiatría infantil de México, una etapa de desarrollo significativo.

C A P I T U L O VIII

BIBLIOGRAFIA

- 1.- KLEIN, VIOLA, "El Caracter Femenino". Editorial Paidós. 1965.  
(Cap. I págs. 9-12, 13-24).
- 2.- CRUICKSHANK, WILLIAM. "El Niño con Daño Cerebral, en la - Escuela, en el Hogar y en la Comunidad". Editorial Trillas. México 1971.  
(Cap. I págs. 85, 86).
- 3.- BOHM, E. "Manual de Psico - diagnóstico de Rorschach". Editorial Científico Médico. Barcelona.  
(Cap. I págs. 30, 31).
- 4.- REVISTA DE LA CLINICA DE LA CONDUCTA. No. 8 Febrero-1971.  
(Pág. 22).
- 5.- BARCLAY, MURPHY LOIS. "Personality in Young Children". New York. Basic Books Inc Publishers 1956.
- 6.- KANNER, LEO. "Psiquiatría Infantil". Editorial Paidós-Psique. Buenos Aires. 1ª Edición en castellano 1966.  
(Cap. XV págs. 219-223).
- 7.- RAPAPORT, DAVID. "Tests de Diagnóstico Psicológico". - Biblioteca de Psicometría. Editorial Paidós-Psique.  
(Págs. 13-15).
- 8.- IBI DEM. (Págs. 21-25).
- 9.- NOYES, P. ARTHUR. KOLB, C. LAWRENCE. "Psiquiatría - Clínica Moderna". 3ª Edición en Español. Traducida de la sexta en Inglés. Editorial la - Prensa Médica Mexicana. México.  
(Cap. XXXI pág. 595).

- 10.- GHESS, STELLA. "Introducción a la Psiquiatría Infantil". Biblioteca de Psiquiatría, Psicología y Psicósomática. Editorial Paidós. 1967.  
(Cap. VII pág. 97).
- 11.- KANNER, LEO. Op. Cit.  
(Cap. XV págs. 223, 224).
- 12.- IBI DEM. (Cap. XV pág. 224).
- 13.- IBI DEM. (Cap. XV pág. 225).
- 14.- I. ROBIN, ALBERT. R. HAWORT, MARY. "Técnicas Proyectivas para Niños". Biblioteca de Psicometría y Diagnóstico. Editorial Paidós.  
(Cap. I pág. 13).
- 15.- GHESS, STELLA. Op. Cit.  
(Cap. VII pág. 95).
- 16.- FRANZ, G. ALEXANDER, M. D. and SHELTON, T. SELES - NICK. M. D. "Psychiatry History". Harper --- and Row, Publishers. New York.  
(Cap. XXIII pág. 287).
- 17.- MUSSEN, HENRY PAUL. Conger Janeway John, Kagan Jerome. "Desarrollo de la Personalidad en el Niño ". México SIP (Sociedad Interamericana de la Psicología). Editorial Trillas. 1971.  
(Cap. I pág. 19).
- 18.- PEINADO, ALTABLE JOSE. "Paidología". Editorial Nueva Pedagogía en México D. F. 1952.  
(Cap. I pág. 21).
- 19.- ROUSSEAU, JEAN JAQUES. "Emile". London, Dent and sons, London 1911.  
(Cap. X pág. 340).

- 20.- PESTALOZZI, JOHAN HEINRICH. "Leonard and Gestrude". Boston, D. C. Hesth, 1895.  
(Cap. XII pág. 181).
- 21.- FROEBEL, FRIEDDRICH, "The Education of Man, New York, Appleton, 1903.  
(Cap. XXIV pág. 340).  
"Pedagogics of the Kindergarten", New York, Appleton, 1904.  
(Cap. XXXIV pág. 337).
- 22.- HERBART, JOHN F., Outlines of Educational Doctrines,- New York, Mc Millan, 1901.  
(Cap. XI pág. 334).
- 23.- TIEHMAN DEATRICH, "Beobachtung uber die entwicklung der seelen fahieten bei kindern". 1787. The original reference was not available for -- study or verification.
- 24.- DARWIN, CHARLES. "A biographical Sketch of an In -- fant". Mind (1877).  
(Cap. II págs. 285-294).
- 25.- PREYER, WILLIAM. "The mind of the Child". New York, Appleton, 1889.  
(Two volumes).
- 26.- SCULLY, JAMES. "Studies of Chilhood. London, Long - mans Green, 1903.  
(Cap. VII pág. 527).
- 27.- SHINN, MILICENT WASHBURN, "Notes on the Develoment of a Child". Berkeley, University of Cali - fornia studies, 1893.  
(Cap. IV pág. 424).

- 28.- GESELL, ARNOLD J., "Infancy and Human Growth". New-York, Mc Millan 1938.  
(Cap. XVII pág. 418).  
----- and Thompson, Infant Behaviour. Its Ge-  
nesis, and Growth. New York, Mc Graw Hill -  
1934.  
(Cap. VIII pág. 343).  
----- and Thompson, Helen and Arnatruda, --  
C. S. the Psychology of Carly Growth. New -  
York, Mc Millan, 1938.  
(Cap. IX pág. 290).
- 29.- HALL. H. STANLEY, "Adolecence". New York, Apple -  
ton 1904.  
(Two volumes).
- 30.- STERN, WILLIAM, Psychology of Early Childhood up -  
to the sixth Year of Ages. New York, Henry-  
Holt 1930.  
(Pág. 612).
- 31.- FRANZ, ALEXANDER, Op. Cit.  
(Cap. XXIV pág. 373).
- 32.- CRUTCHER, ROBERTA. "Child Psychiatry, a History of --  
Its Development". Journal of Psychiatry. Vol.  
6 1943.
- 33.- SEGUIN, EDWARD. Idiocy and Its Treatment. New York,  
William Word. 1866.  
(Cap. XI pág. 456).
- 34.- BINET, ALFRED and SIMON. The Development of Intelli-  
gence in Children, Baltimore, Williams and-  
Wikins, 1916.

- (Pág. 336).
- 35.- TRIFMAN, LEWIS MADISON. The Measurement of Intelligence. Boston, Houghton Mifflin, 1916.  
(Cap. XVIII pág. 362).
- 36.- KANNER, LEO. Op. Cit.  
(Cap. I pág. 32).
- 37.- FRANZ, ALEXANDER. Op. Cit.  
(Cap. XXIII).
- 38.- CRUTCHER, ROBERTA. Op. Cit.
- 39.- FRANZ, ALEXANDER. Op. Cit.  
(Cap. XXIII).
- 40.- KLEIN, MELANIE. "El Psicoanálisis de Niños". Ediciones Hormé S. A. E. Distribución Exclusiva. Editorial Paidós. Buenos Aires.  
(Cap. I pág. 23).
- 41.- FREUD, ANA. "Psicoanálisis de Niños". Hormé, Psicología de Hoy. Primera Conferencia. Iniciación del Análisis del Niño.  
(Pág. 21)
- 42.- SPITZ, RENE. "El Primer año de Vida". Fondo de Cultura Económica. 1969.  
(Cap. XIV pág. 200).
- 43.- RIBBLE, M. (1941). "Disorganization Factors of Infant Personality" Amer. J. Psychiat.  
(Págs. 98, 459).
- 44.- BOWLBY. (1951). "Maternal Care and Mental Health".- Geneve.- World Health Organization.  
(Monogr. 2.).
- 45.- MALHER, MARGARET, M. D. in Collaboración with -----

- Manuel Furer, M. D. "On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation". Volume-I. Infantile Psychosis, International Universities Press. Inc. New York.
- 46.- COOPERSMITH, STANLEY. "Frontiers of Psychological Research". Realing from Scientific American. (Introduction 78. 14 págs. 92, 93).
- 47.- "Salud Pública de México". Epoca V. Volumen X. No. 6. Enero - Febrero 1968.
- 48.- JOSE ALVAREZ AMEZQUITA. Miguel E. Bustamante. Antonio López Picasos. Francisco Fernandez -- del Castillo. "Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México". Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1960. Tomo I y II. (Cap. I, II, III y IV).
- 49.- "Los Nuevos Hospitales Psiquiátricos". Salud Pública de México. Epoca V. Volumen X.- No. 6. Noviembre - Diciembre. 1968.
- 50.- URIBE, TORRES ANA MARIA. "Aportaciones, a la Educación Especial". México D. F. 1967. (Cap. I págs. 5-50).
- 51.- "Historia Breve de la Clínica de la Conducta". Revista de la Clínica de la Conducta.- Volumen IV. México D. F. No. 8 Febrero 1971.
- 52.- DALLAL y CASTILLO EDUARDO. "Evaluación del Primer Año de Trabajo de una Clínica de Psiquia -- tría Infantil". Trabajo de Ingreso a la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. México 1969.