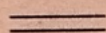


La Clínica Médico-Psicológica
del Hospital de Niños
"Dr. Pedro Visca"



DIRECTOR:
Dr. JULIO R. MARCOS

MONTEVIDEO
1949

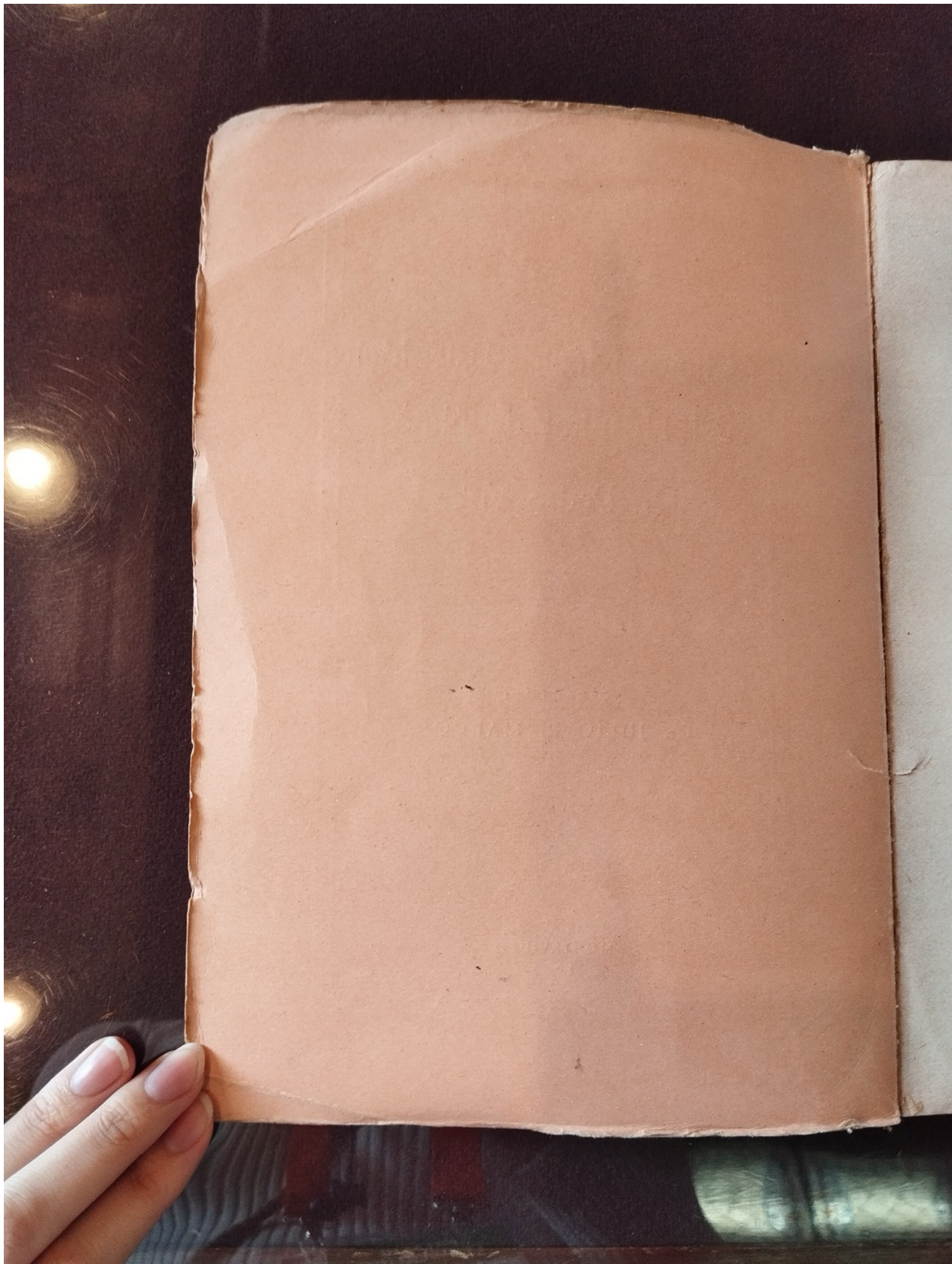


155.4 C641



0327621

- a -



La Clínica Médico-Psicológica
del Hospital de Niños
"Dr. Pedro Visca"

1. PSICOLOGÍA INFANTIL
2. CLÍNICA MÉDICO-PSICOLÓGICA INFANTIL DEL
HOSPITAL "DR. PEDRO VISCA"

título/autor en subtítulos (Ver. Índice)

A/Rec.No. 320/953.-

PERSONAL DE LA CLÍNICA MÉDICO-PSICOLÓGICA

Año 1949

DIRECTOR:

Dr. Julio R. Marcos.

SECCIÓN PSIQUIATRÍA:

Dr. Luis E. Prego Silva.

SECCIÓN NEUROLOGÍA:

Dr. Julio R. Marcos.

SECCIÓN PEDIATRÍA:

Dra. Isabel Ploa de Pérez.

SECCIÓN PSICOTECNIA:

PSICOTÉCNICA JEFE:

Sra. Laura Achard de Barbé.

PSICOTÉCNICAS AXILIARES:

*Srtas. Marta Lacava, Adela Dighiero, Gladys Quiñones
y Olga Alfonso Methol.*

SECCIÓN FONIATRÍA:

Srta. Sofía Battó.

REEDUCACIÓN MOTRIZ:

Srta. René Lusiardo.

ELECTROENCEFALOGRAFÍA:

Dr. Elio García Austt (h.).

SECCIÓN ADMISIÓN y FICHERO:

Srta. Antonia Ayora.

NURSE JEFE:

Srta. Sofía Paulenco.

1953.-

lógic
pode
anin

cesi
niñu
es

de
pon
cie
lla
ex

co
y
te
la
ne
p

PREFACIO

Al cumplir su segundo año de vida la Clínica Médico-Psicológica del Hospital Visca he creído útil revisar su actuación para poder apreciar así, si dió cumplimiento a los propósitos que la animaron.

Este Servicio nació como una derivación lógica de una necesidad real de nuestra Pediatría, cual es el estudio integral del niño en sus dos sectores fundamentales, el somático y el psíquico, es decir, considerado como unidad psicosomática.

Las primeras etapas de organización ofrecieron dificultades de todo orden por tratarse de disciplinas nuevas en el medio y por los problemas de orden científico, administrativo y financiero que hubo que resolver. En la actualidad la Clínica desarrolla sus actividades de acuerdo con las directivas trazadas y la experiencia va acrecentando día a día las posibilidades de futuro.

Desde el comienzo se trató de aunar la asistencia de los niños con la actividad docente que imparte la Facultad de Medicina y por ello, la Clínica Psicológica ha podido colaborar con la Cátedra de Pediatría. Además, otra finalidad que la anima ha sido la formación de psicotécnicos y la acción social, directivas que necesitan tiempo y apoyo para poder culminar en resultados positivos.

El material de enfermos que se maneja plantea problemas complejos, de solución a veces difícil o imposible. Los problemas individuales tienen, en general, raíces familiares o sociales que, por su propia naturaleza, desbordan la sola acción médica. Debe

señalarse, todavía, que el estudio psicosomático individual exige mucha dedicación y tiempo, por lo cual es necesario contar con buena cantidad de colaboradores que hayan demostrado vocación y aptitudes.

Como acto de justicia debo señalar la dedicación y eficiencia de todo el personal técnico y administrativo que ha colaborado en la obra, en particular la actuación de la Psicóloga Sra. Laura Achard de Barbé, quien, con encomiable esfuerzo y vocación, ha contribuido a cristalizar algunas de nuestras aspiraciones. Además, un número de personas generosas, entre las cuales debo señalar en especial a la Sra. Dora Rocco de Cortinas, han aportado su apoyo para la solución de problemas financieros. En este sentido, agradecemos también la colaboración de los Laboratorios Galien y los Laboratorios Squibb.

Estos ANALES, disimulando sus imperfecciones, pretenden aumentar los vínculos con el ambiente y representan un acicate para nuevas actividades. Si el éxito los acompaña serán seguidos por nuevas publicaciones.

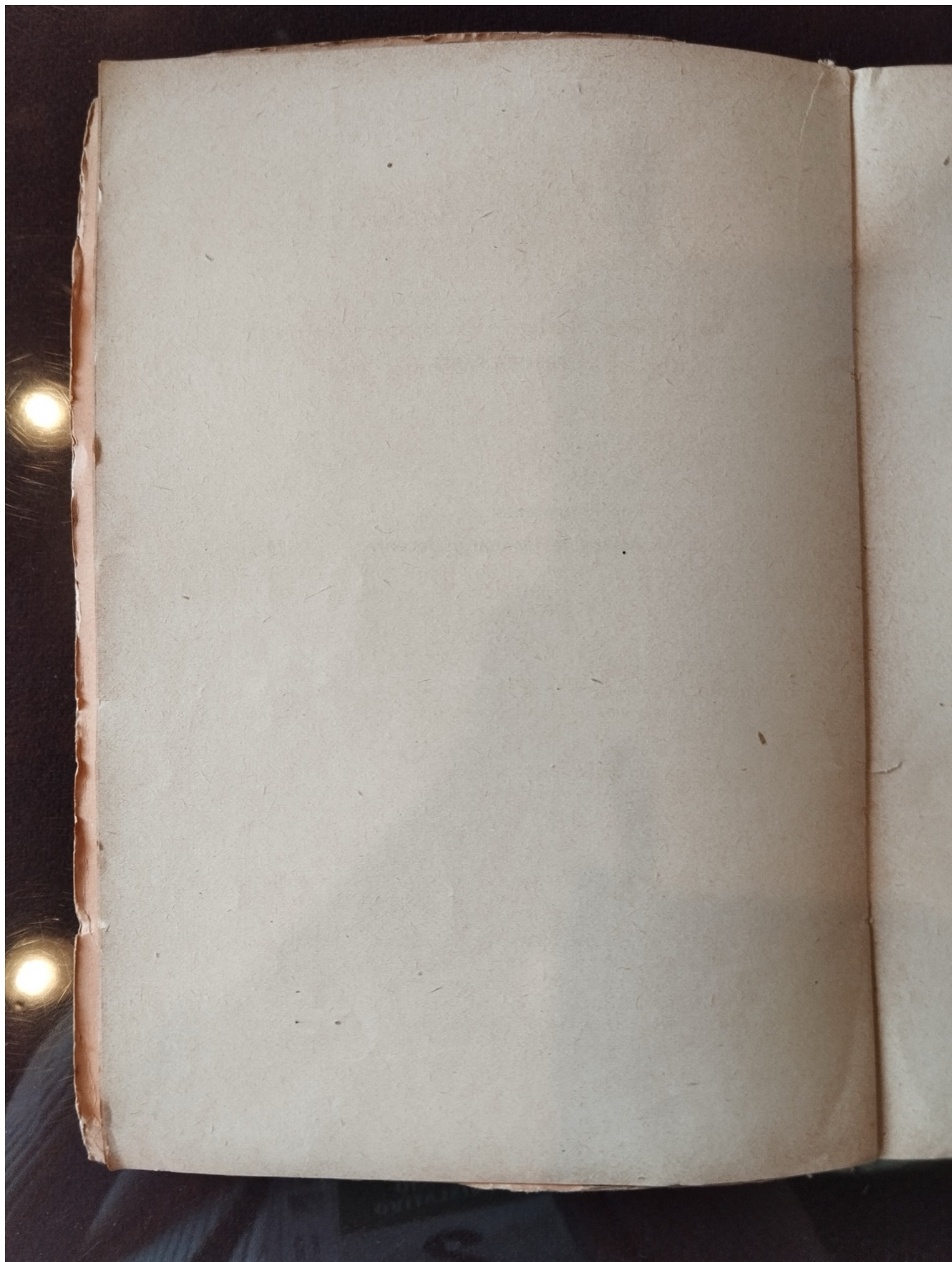
JULIO R. MARCOS.

PRIMERA PARTE

Creación.

Funcionamiento.

Actuación técnica y docente.



La Clínica Médico - Psicológica Infantil del Hospital "Dr. Pedro Visca"

JULIO R. MARCOS

I) Creación.

La Clínica Médico Psicológica Infantil del Hospital de Niños Dr. Pedro Visca funciona desde el mes de setiembre de 1947. Debe destacarse, como acto de justicia, que es la primera en su género en el Uruguay, organizada con la finalidad de resolver los problemas psicosomáticos de la infancia.

Recibió el apoyo entusiasta del señor Ministro de Salud Pública Profesor Dr. Enrique Claveaux, quien, con una clara visión de los hechos comprendió la importancia de la obra que podría emprenderse y autorizó su creación recibiendo la oficialización definitiva poco después según orden de Servicio N° 1710 que dice así:

Montevideo, 10 de marzo de 1948.— Vistos estos antecedentes y destacando la interesante labor realizada por este Servicio, regularízase la situación ya establecida, autorizando oficialmente su funcionamiento.

Desde entonces, la Clínica ha funcionado regularmente con actividad creciente y resultados cada vez más positivos realizando una producción que ha despertado singular interés en el ambiente científico local y extranjero.

Debe señalarse que todo su personal técnico ha trabajado honorariamente hasta ahora, venciendo, paso a paso, muchos obstáculos incluso financiando en forma privada la mayor parte del material requerido para su funcionamiento. El contralor técnico se efectúa por el Director de la Clínica y el administrativo con la supervisión del Hospital.

Testimonio de la obra realizada, es el número de consultas cada vez más numeroso solicitado por médicos de la Capital y del Interior y, por otro lado, el elogio de distintos visitantes nacionales y extranjeros que han concurrido a conocer la forma en que se efectúa nuestro trabajo.

En vista de los resultados obtenidos, se ha contemplado la situación de la Clínica incluyéndola en el último presupuesto de Salud Pública que espera la aprobación legislativa. La Dirección seguirá con carácter honorario.

II) Finalidades.

OBJETIVO FUNDAMENTAL

Su creación trata de satisfacer una necesidad imperiosa de la Pediatría: el estudio integral psicosomático de los niños enfermos encauzándolos en una adecuada orientación psicoterápica. Además, encara la supervisión del desarrollo psicológico normal de la infancia resolviendo los problemas que frecuentemente suelen desviarlo. Finalmente, realiza la obra de enlace de las situaciones individuales con los Servicios Sociales del Estado o Privados. Estos problemas existen realmente y se plantean a diario en las Clínicas y Policlínicas Hospitalarias.

Forma la base que justifica la existencia de una Clínica Médico Psicológica Infantil, y es tal su magnitud y trascendencia social que consideramos de interés práctico e ilustrativo el proporcionar algunos datos generales y estadísticas extranjeras sobre su importancia.

Al respecto dice Mira y López: "Una consideración superficial podría hacer creer que la patología mental es menos frecuente en la infancia que en la adultez. No obstante, si bien es cierto que las enfermedades mentales endógenas no se evidencian hasta la juventud, por regla general, también lo es que en las diversas fases de la niñez se observan con mucha frecuencia, depresiones, epitimias y crisis de agitación psicomotriz que, de ser observadas en el adulto, alarmarían a los familiares y determinarían incluso la asistencia psiquiátrica pero que ahora, por la menor atención prestada, pasan a engrosar la estadística psiquiátrica oficial".

Y agrega después: "En Norte América, por ejemplo, se calcula que un 3 % de los niños requieren atención médica por defectos intelectuales y hasta un 10 % necesitan la corrección de

defectos caracterológicos que, al no ser tratados en esta época, los conducirán a la delincuencia, al alcoholismo o a la enfermedad mental”.

Estas cifras aumentan notoriamente cuando mejora el diagnóstico y se extiende la preocupación científica y social por estos problemas. Así, la estadística del Hospital de Niños de Pittsburgh, señala la duplicación de consultas en el período breve transcurrido desde 1941 a 1948.

La patología mental integral del niño es de reciente historia. La Psiquiatría clásica se dirigía casi exclusivamente al período de la adolescencia y si se excluye el capítulo de la oligofrenia, que tiene historia muy antigua, el resto de los problemas apenas si son señalados en tratados modernos muy importantes. Por su parte, la Pediatría se desentendía de todos aquellos problemas que no tuvieran una base neurológica o somática firme.

Pertenece, en realidad, a este siglo la preocupación por los problemas psíquicos del niño y más específicamente, la evolución de los conocimientos al respecto se define en los últimos treinta años. Se inicia primero con la curiosidad por el desarrollo psicológico del niño que se consagra con rigor científico en los métodos de A. Gesell en EE. UU. y Ch. Bühler en Austria.

A pesar de que Hamburger en 1926 da cabida ya en su libro a las ideas de Karl y Ch. Bühler, Stern, Gestalt y Klages y especialmente a los conceptos psicoanalíticos revolucionarios de S. Freud, es recién en los últimos veinte años en que el estudio integral y evolutivo de la personalidad intelectual y afectiva del niño se plantea sobre bases sólidas. A partir de 1925, De Sanctis en Italia y Cimbali y Ziehen en Alemania, inician el camino de la Psiquiatría Infantil. Cimbali, por ejemplo, realiza el análisis estructural considerando los trastornos mentales “como el resultado de una desarmonía del funcionamiento del sistema nervioso a causa de la intervención de factores endocrinos, somáticos y genéticos”.

Ziehen avanza un poco más al hacer intervenir el factor ambiente en la consideración de la génesis de los trastornos pero sin otorgarle gran jerarquía. Pero ninguno de ellos pone mayor énfasis sobre los comienzos de los trastornos ni tampoco sobre el perfil psicológico de los distintos cuadros.

La Psiquiatría Infantil, orientada de esta manera, adquiere una nueva dimensión y deja de ser una miniatura dentro del cuadro de la Psiquiatría General.

En los recientes años la evolución de los conocimientos y la profusión de obras importantes sobre Psiquiatría y Psicoanálisis Infantil, ponen de manifiesto la necesidad de incorporar el estudio integral del niño al campo de la Pediatría señalando definitivamente, las orientaciones y resultados de la Medicina Psicosomática del Niño. Los congresos de Higiene Mental de Wáshington en 1930, de París en 1937 y de Londres en 1948, marcan fechas importantes en ese sentido.

A) FRECUENCIA DE LAS ALTERACIONES NEUROPSÍQUICAS EN EL NEONATO

Con el auxilio de la llamada "Escala de maduración" de Gesell y Amatruda y el método vienés de Ch. Bühler, es posible conocer ya en el primer día de la vida extrauterina si el ser humano ha nacido o no con el normal bagaje congénito de moldes reaccionales que lo capacitan para poder adaptarse a los requerimientos de un desarrollo normal.

Aproximadamente, un 3 % de los neonatos nacidos a término o prematuros presentan un serio retraso de maduración que sube a 7 % si se consideran los grados leves, y al 12 % considerando los retrasos parciales.

Pero existe otro grupo de alteraciones en esa edad que son los desórdenes convulsivos. Las estadísticas como la de Peterman demuestran que un 25 % de esos desórdenes continúan en edad ulterior. Posteriormente al período neonatal, se sabe que un 30 % de las convulsiones del lactante pasan a ser epilepsia infantil.

B) ALTERACIONES DEL DESARROLLO NEUROPSÍQUICO EN LA PRIMERA INFANCIA

Es a los tres años que tiene lugar *"la primera cristalización del carácter"* eligiendo el niño, según Adler, *"su estilo de vida"*. Pero antes, las alteraciones son frecuentes y suelen ser graves. El diagnóstico ofrece dificultades y es de gran responsabilidad desde que cuando afirma un defecto verdadero éste puede ser definitivo y creciente.

Alrededor de los tres años, el niño vive un momento psicológico trascendente. Habiendo adquirido la mayor parte de las

normas de actuación de la acción educadora del ambiente, manejando el lenguaje como elemento de comunicación y como expresión de su producción intelectual, nos da, a través de él, una idea fiel de su desarrollo.

Dueño en parte de una fuerza física que lo capacita para la realización volitiva de sus deseos personales, el niño a esta edad deja reconocer con más claridad su carácter y prever en parte su patrón reaccional futuro.

Debido precisamente a que es en este período cuando sufre la acción coercitiva social más enérgica y continuada, que lo limita en el ejercicio de sus impulsos instintivos, ajustándolos a moldes artificiales de vida que no desea acatar y dado que esta fuerza exógena puede actuar en forma perjudicial por intensidad o inadecuación temporal es fácil comprender cómo puede generarse una estructura neurótica, producto de una situación conflictiva.

La Psicología moderna considera que a esta edad el "yo" adquiere una dimensión más concreta y el equilibrio de esta instancia psíquica depende de una correcta adaptación entre la fuerza instintiva, el "ello" y la acción exigente del juez severo que es el "super yo".

Puede colegirse, por todo esto, que el manejo del niño en este período de la vida se hace harto difícil y de gran delicadeza en lo que atañe a su futura normalidad. Las situaciones neuróticas lo acechan en todo momento y justifican la permanente vigilancia del educador y del psicólogo.

C) TRASTORNOS MENTALES EN LA SEGUNDA INFANCIA

En la edad preescolar y sobre todo en la escolar pueden revelarse frecuentes alteraciones de la conducta y del carácter que, o se inician entonces o se mantenían latentes desde la primera edad.

Además, la vida psíquica del niño ha cobrado entonces un volumen tal que son frecuentes y pueden ser graves las neurosis de la más variada arquitectura, de tipo obsesivo, por ejemplo, e incluso pueden aparecer alteraciones de tipo endógeno de las llamadas por los autores norteamericanos "psicosis mayores" (esquizofrenia y locura maníacodepresiva).

Por otro lado, es en este período cuando también suele hacer su aparición la llamada epilepsia endógena, hereditaria o esencial.

La doctrina psicoanalítica ha demostrado que entre los cinco y seis años comienza el período de latencia sexual. Sus tendencias genitales se acallan hasta el comienzo de la pubertad y durante ese lapso la energía será utilizada para el aprendizaje. Este período coincide con la edad escolar, es decir, con un ambiente social distinto. Será un individuo frente a una colectividad o dentro de ella; sus defectos de adaptación aparecerán en forma evidente entonces. La exploración del plano afectivo muestra cambios frecuentes en los escolares, muy a menudo problemas psicosexuales que deben merecer la mayor atención.

D) DESEQUILIBRIOS MENTALES EN LA ADOLESCENCIA

El tema de la adolescencia ha sido uno de los de mayor atracción de la psicología clásica; tiene su justificación por la riqueza de sus manifestaciones. Todo aquí es contradictorio: del amor vehemente, se pasa sin transición a la desilusión; la rebeldía más tremenda alterna con el acatamiento sumiso al líder; el joven desmañado es por momentos un individuo pulcro y cuidadoso de su aspecto personal.

Sin embargo, los psicoanalistas no se han ocupado mayormente de este período y lo explican diciendo que en realidad la adolescencia no es más que un momento en el que se expresan con mayor viveza las instancias psíquicas que se fueron integrando en los años anteriores.

"La pubertad no constituye más que una de las fases en el desenvolvimiento de la vida humana. Es la primera recapitulación del período sexual infantil. Una segunda revisión sobrevendrá en un período ulterior de la vida: el climaterio. Cada uno de los períodos sexuales constituye una renovación y reviviscencia del precedente y cada uno aporta a su turno algo propio de la vida sexual. Como en la pubertad se arriba a la madurez sexual física, en este período la genitalidad ocupa el primer plano y las tendencias genitales dominan los instintos parciales pregenitales" (Anna Freud *El Yo y los mecanismos de defensa*). Nada puede acontecer en la adolescencia que no sea previsible con el estudio del individuo en sus etapas pregenitales; hacia aquí converge la atención del psicoanálisis. Pero de cualquier manera el estudio del adolescente nos pone frente a problemas de sumo interés.

Biológicamente está señalado por la culminación de ciertas manifestaciones tales como el crecimiento progresivo (Weisen-

berg)
estatut
otras f
tivo (C
angust
biosoci
Lo
los pu

"Y
ger—
ser co
Esta
valios
propio
años
Y
el asc
mo, p
I
la ap
angu
rasté
una
probl
incer
mien
ment
datos
ma, e
cia e
cia r
Médi
cializ
el pa

berg) o generativo (Schwalbe) entendiéndose por tal el aumento estatural o formación corporal. Por otro lado, la aparición de otras funciones, capacidad de reproducción o crecimiento generativo (Ch. Bühler). El adolescente vive y expresa ricamente esta angustiosa situación de cambio de la que ha de surgir una actitud biosocial definitiva.

Los caracteres de la nueva organización psíquica son tres, en los puntos esenciales:

- 1º) el descubrimiento del yo,
- 2º) la formación paulatina de un plan de vida,
- 3º) el ingreso dentro de las distintas esferas de la vida.

"El joven que se encuentra en este momento —dice Spranger— no se comprende a sí mismo. De aquí el infinito anhelo de ser comprendido que se experimenta justamente en esta época. Esta comprensión puede rebajar, si acentúa los aspectos menos valiosos. Pero puede elevar si da pábulo al vuelo hacia lo alto, propio del alma joven. El único método de educación en estos años es la comprensión elevadora."

Y luego agrega: "la perplejidad de esta lucha metafísica y el asco puramente metafísico, no necesariamente ético, de sí mismo, pueden conducir en casos extremos incluso al suicidio".

La patología psiquiátrica de este período se caracteriza por la aparición y consolidación de todo tipo de neurosis: neurosis de angustia, neurosis con rasgos histéricos, neurosis con rasgos neurasténicos, psicastenia y fundamentalmente por el comienzo de una psicosis: la esquizofrenia. La esquizofrenia representa el problema magno de la psiquiatría por su frecuencia, gravedad e incertidumbre terapéutica. El verdadero problema de su tratamiento debe anticiparse a la adolescencia haciendo profilaxis mental en los niños esquizoides precoces.

En nuestro medio, aun cuando no haya, por razones obvias, datos precisos estadísticos que traduzcan la magnitud del problema, existen otros elementos de juicio que provienen de la experiencia en los hospitales y clínicas privadas, así como en la experiencia recogida en los dos años de funcionamiento de la Clínica Médico Psicológica que justifican la existencia de servicios especializados de Psiquiatría Infantil ampliamente difundidos en todo el país.

OBJETIVOS DERIVADOS

No por ser, en cierto modo, derivados del anterior estos motivos carecen de importancia, todo lo contrario, los consideramos de singular importancia dentro de las actividades de la Clínica Médico Psicológica. Ésta colabora con la Clínica de Pediatría en los dos Hospitales de Niños de Montevideo.

a) COLABORACIÓN CON LA CÁTEDRA DE PEDIATRÍA

A pedido del ilustre Director del Instituto de Pediatría Profesor Dr. José Bonaba, fallecido recientemente, la Clínica Psicológica colaboró ampliamente con la cátedra. Intervino activamente en la enseñanza, en forma de clases a estudiantes del curso de la Clínica de Niños, con lecciones de Semiología y Psicopatología Infantiles, dentro de los límites naturales a que dicha enseñanza está sometida.

Nos parece obvio señalar el profundo significado de este hecho por cuanto quizá sea la primera vez que se haga intervenir, como factor de docencia la actividad desarrollada por un servicio que encara en forma psicosomática la solución de muchos problemas aun no definitivamente resueltos en la Pediatría Nacional.

La ventaja para la enseñanza reside no tanto en que la docencia se vea enriquecida con nuevas especializaciones, lo que suele ser una pesada carga, sino en incorporar conocimientos modernos imprescindibles en la época actual para tener una visión completa de la patología infantil, en particular el conocimiento de los dinamismos que integran la fórmula psicosomática del niño.

b) COLABORACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO

En gran cantidad de casos de niños enviados a la Clínica o pertenecientes al Servicio Interno de los Hospitales, a pedido de los Jefes de Servicios, el objetivo inmediato se limita al diagnóstico neuropsíquico; cometido que se llevó a cabo mediante la realización de los tests adecuados y el estudio diagnóstico sintético posterior.

Adjuntándose en esos casos al pedido del médico consultante y cuando fué solicitado no sólo se formuló la síntesis diagnóstica sino, también, las indicaciones terapéuticas correspondientes sin

que la Cl
vista de su
mos se est
a elegir al
o si quiere

Se dir
tratan esp

Las ol
son enviad
adecuado.

A los
cación F.
triz corres
trado ser r

Al sec
de conduct
en determ
cientes al
envían enf
siderar los
semanales
orientación

En al
Consejo de
tencia mer

Esta c
salud men
importante

III) Est

Para c
tener prese
enfermo e
representa
en el que s
fases evol

que la Clínica tomara parte activa en ellas, desde el punto de vista de su realización práctica. Al final del estudio de los enfermos se estructura la fórmula diagnóstica psicosomática y se deja a elegir al médico consultante si desea seguir tratando al enfermo o si quiere que la terapia se realice en el Servicio.

c) COLABORACIÓN PARA LA REORIENTACIÓN

Se dirige a servicios clínicos e instituciones que estudian y tratan específicamente determinados casos presentados.

Las oligofrenias de primer, segundo y mismo tercer grado son enviadas generalmente a la Obra Morquio para el tratamiento adecuado.

A los niños lisiados se les conecta con la Escuela de Reeducción F. D. Roosevelt para que se instituya el tratamiento motor correspondiente, siempre que el nivel mental haya demostrado ser normal.

Al sector de niños sin taras importantes pero con trastornos de conducta se les hace cambiar de ambiente y recibir instrucción en determinadas escuelas de orientación especializada pertenecientes al Consejo de Enseñanza Primaria. Con los médicos que envían enfermos se mantiene una vinculación invitándolos a considerar los casos clínicos, enviados por ellos, en las reuniones semanales del personal técnico donde se discute ampliamente la orientación terapéutica.

En algún caso especial, la Clínica ha gestionado ante el Consejo del Niño, becas para niños indigentes que necesitan asistencia mental en la Obra Morquio.

Esta obra de enlace entre las distintas obras que atienden la salud mental del niño nos ha parecido una de las directivas más importantes de este servicio clínico.

III) Estructura.

Para cumplir con los cometidos antedichos es imprescindible tener presente dos conceptos fundamentales: *Primero*: el niño enfermo es una unidad psicosomática. *Segundo*: la Infancia representa un período especial de la formación del ser humano en el que se viven problemas "sui generis" y se pasa a través de fases evolutivas de la personalidad que plantean concepciones y

reacciones específicas, en nada comparables a la del adulto, ni siquiera cuando éste, al perturbarse, sufre el denominado proceso de "regresión" y parece infantilizarse de nuevo.

No es, pues, por un proceso divisionista, sino por una necesidad científica que se va abriendo paso como rama bien definida de la especialidad, la Psiquiatría Infantil. Esta pierde así, con todo derecho, la subordinación a la Neurología Infantil y aun a la Pediatría General para pasar a primer plano en el estudio integral de la niñez, de tipo moderno, o sea, encarado como unidad psiconeurosomática. Con este criterio se estructuró la Clínica Médico Psicológica que consta de tres secciones:

- 1º) Estudio somático (diagnóstico somático).
- 2º) Estudio neurológico (diagnóstico neurológico).
- 3º) Estudio psicológico (diagnóstico psiquiátrico).

La reunión de todos los datos acumulados conduce a la síntesis diagnóstica o diagnóstico final.

El estudio somático viene realizado por el médico que envía al enfermo, o bien, existe en los servicios internos de los hospitales de donde procede el niño. Si no es así, se efectúa por los médicos de la clínica encargados de esa tarea.

El estudio neurológico lo realiza o controla el director de la Clínica. El estudio psicológico pasa por una primera etapa de psicotecnia y el diagnóstico final se estructura con la intervención del médico psiquiatra. Se discute finalmente en una reunión de conjunto de todo el personal técnico, en una palabra, se da unidad al diagnóstico y se orienta la terapia.

Basado en estos hechos se estructuró la Clínica que funciona actualmente en la siguiente forma:

Director General: Profesor Dr. Julio R. Marcos.

Sección Pediatría: Dra. Isabel Plosa de Pérez.

Sección Psiquiatría: Dr. Luis E. Prego Silva.

Electroencefalografía: Dr. Elio García Austt (h.).

Sección Psicotenia: Psicoténica Jefe, Sra. Laura Achard de Barbé; Psicotécnicas auxiliares: Srtas. Marta Lacava, Adela Digghiero, Gladys Quiñones, Olga Alfonso Methol.

Reeducación motriz: Srta. René Lusiardo. Sección foniatría: Srta. Sofía Battó. La sección admisión y fichero está a cargo de la Srta. Antonia Ayora. Nurse Jefe: Sofía Paulenco. Visitadora social: a llenar.

IV) Fu

La C
pital Dr.
tación, p
médicos
orientaci

Se le
el aspect
y contand
menes pr
la unidad

La
martes,
se destin

El
mediant
lógica n
facció.
"transf
tantes
materia
lidad e
Sra. A
tor" ob
especia
En
arrollo
la vien

cala re
1, aros
campan
prueba
con dil
de info
objetos
II
este te
cribir:

IV) Funcionamiento.

La Clínica funciona actualmente en la planta alta del Hospital Dr. Pedro Visca. Recibe y atiende niños sin ninguna limitación, provenientes de hospitales, instituciones o enviados por médicos de Montevideo o del interior con fines de diagnóstico, orientación o tratamiento.

Se les estudia separadamente y con plena independencia en el aspecto orgánico y psicológico, estableciéndose ficha individual y contando cada enfermo con su carpeta que incluye todos los exámenes practicados mediante técnicas y criterios que responden a la unidad general aunque variables para cada caso.

La Clínica funciona actualmente tres veces en la semana: martes, jueves y sábado, de 8 a 12 horas. Los martes y sábados se destinan a semiocuencia y reuniones de clínica.

MATERIAL DE TRABAJO Y TÉCNICA

El material de trabajo se ha ido completando paso a paso mediante esfuerzo privado y en la actualidad la exploración psicológica moderna en las distintas edades se realiza a entera satisfacción. La última adquisición es la *sala de juego* que permite un "transfers" positivo con el examinador y da elementos importantes de estudio. Las corrientes psicoanalíticas consideran un material imprescindible el que proporciona el juego. En la actualidad estamos organizando el método de la construcción de la Sra. Aberastury de Pichon Riviére, quien mediante su "constructor" obtiene importante material de estudio en muchas afecciones especialmente en la epilepsia y en el asma.

En la primera infancia empleamos para el estudio del desarrollo las escalas de maduración de A. Gesell y K. Amatruda, y la vienesa de Ch. Bühler y H. Hetzer.* Los fundamentos y resul-

* I.—Escala de Maduración de A. Gesell-Amatruda.—El uso de esta escala requiere un material abundante que consta de los siguientes elementos: 1, aros de colores; 2, aro colgante; 3, sonajero; 4, cubos; 5, bolitas; 6, taza; 7, campanilla; 8, botella; 9, tablero de madera; 10, pelota pequeña; 11, caja de prueba con bloque y varilla; 12, libro de imágenes; 13, papel y lápiz; 14, lámina con dibujos; 15, pelota grande; 16, formas coloreadas; 17, mesa para jardín de infantes; 18, sillas para jardín de infantes; 19, espejo; 20, corralito; 21, objetos de prueba: llave, lápiz, cuchillo.

II.—Escala de Maduración de Ch. Bühler y H. Hetzer.—La aplicación de este test exige también un material apropiado y numeroso que pasamos a describir: 1, sonajero; 2, sonajero de mango; 3, carraca; 4, varas de madera; 5,

tados pueden leerse en el capítulo de esta obra: "Exploración del desarrollo en la primera edad". En cuanto al material empleado nos parece interesante enumerarlo.

HISTORIA CLÍNICA

Hemos adoptado en la Clínica la siguiente historia clínica que se adapta bien al estudio de niños de segunda y tercera infancia:

Nombre: Fecha de nacimiento:
Escolaridad: Motivo de consulta:

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

I

A) BAGAJE CONGÉNITO.—Enfermedades de los ascendientes: alcoholismo, sífilis, epilepsia, debilidad mental:

II

A) CONSTELACIÓN FAMILIAR.—Nombre del padre:
Edad actual: Nacionalidad: Ocupación actual y pasada: Salario: Grado de instrucción:
Salud: Carácter: Religión:
Nombre de la madre: Edad actual:
Nacionalidad: Ocupación actual y pasada:
Salario: Grado de instrucción: Salud:
Número de embarazos: Número de partos:
Número de abortos (provocados, espontáneos,)
Enfermedades en el momento de la concepción:
Carácter: Religión: Parentesco entre los cónyuges: Relaciones entre ambos padres:
Quién se ocupa preferentemente del niño:

pito afinable; 6, rana de metal; 7, cucharas; 8, tambor y palillo; 9, tapa de cartón; 10, cartón blanco; 11, cartón rojo; 12, pantalla grande; 13, celulosa o algodón; 14, pañal; 15, biberón; 16, madeja de lana roja; 17, careta; 18, lámpara de bolsillo; 19, muñeca de goma encarnada; 20, pelota grande; 21, pelota pequeña; 22, campana grande; 23, campana pequeña; 24, dados huecos; 25, caja azul; 26, espejo de mano; 27, caja con contenido; 28, pelota con gallinita; 29, lámina con figuras; 30, retrato comprensible y otro confuso; 31, galleta; 32, silla; 33, caja de cartón; 34, oso con accesorios; 35, tablero con figuras; 36, maderas para construir; 37, juego de distribución; 38, tiendecita; 39, recipiente para agua; 40, cronómetro; 41, ganchos con anillos y cordón; 42, siete láminas con determinadas figuras; 43, papel y lápiz rojo; 44, juego de paciencia; 45, muñeco plano de madera; 46, juego de mosaicos; 47, llave.

B) ORGANIZACIÓN DE LA FAMILIA.— Legítima:

Ilegítima: Divorcio: Separación de hecho:
 Padre viudo: Madrastra: Madre viuda:
 Padrastro: Tutores: ¿Es hijo adoptivo?
 Hermanos (ordenados de mayor a menor) Nombre:
 Sexo: Edad: Salud: Carácter: Ocupación:
 Relaciones interpersonales entre los hermanos: Cuántos han
 muerto y causas: Familiares que viven en el ho-
 gar: Extraños que viven en el hogar:
 Situación económica familiar: Hay problemas económicos:
 Datos sobre la casa.— Número de piezas: Únicos
 inquilinos: Barrio: Número de sirvientes:
 Auto: Refrigerador: Radio:

III

A) ATMÓSFERA DEL HOGAR.— Relaciones intrafamiliares:

Atmósfera libre (cordial, restrictiva, feliz, triste, emocional):
 Ajuste entre los padres: Diferencia social entre los
 padres: Exceso de trabajo de la madre:
 Desacuerdo de ambos en la educación de los hijos: Desacuerdo
 general entre los padres: Actitudes parentales:
 Exceso de solicitud: Dominación:
 Antagonismo: Favoritismo: Rechazo del niño:
 Actitud del niño frente al hogar: Buen ajuste:
 Desajustado: Desgraciado por:
 Disciplina: Descuido de los padres:
 Notas escolares: Peor dotado de los hermanos:
 Clase de disciplina usada.— Castigos corporales:
 Represiones continuas: Disciplina variable:
 Castigos afectivos: Falta de control:

IV

A) HISTORIA DEL DESARROLLO.— Enfermedades durante el emba-

razó y concepción: ¿Vómitos hasta qué fecha?:
 Condiciones psicológicas de la madre durante el embarazo:
 Hijo esperado: Rechazado:
 Sexo esperado: Preocupaciones especiales:

V

B) CONDICIONES DEL NACIMIENTO.— Lugar del nacimiento:

Modo del nacimiento: a) término, b) prematuro, c) retardado,
 d) normal, e) precipitado, f) laborioso, g) fórceps. Estado del re-
 cién nacido: Grito inmediato: Asfixia:
 Peso del recién nacido: Otra particularidad:

C) INFANCIA.— Historia de la alimentación: Destete a la edad: Reacciones al destete: Datos del desarrollo: Primeras sonrisas: Sostener la cabeza: Sentarse: Pararse: Primeras palabras: Primeras frases: Edad de aparición del primer diente y reacciones emocionales: Edad en que empezó a comer solo: Edad en que se estableció el control diurno de la vejiga: Edad en que se estableció el control nocturno de la vejiga: Edad en que se estableció el control rectal: Enfermedades padecidas por el niño: Edad: Grado de gravedad: Operaciones: Edad: Grado de gravedad: Reacciones a las enfermedades y operaciones: Condiciones de los sentidos:

VI

A) HISTORIA DE LOS HÁBITOS PERSONALES.— Comidas.— Falta de apetito: Hace escenas para comer: Rehusa comer solo: Se niega a comer: Vomita: ¿Cuándo?:

Sueño.— ¿Con quién o quiénes se duerme? ¿En la misma o distinta cama? Edad y reacción al salir del cuarto de los padres: Número de horas de sueño: ¿Se levanta cansado?: ¿Tiene dificultad para dormir?: ¿Se despierta de noche? ¿Tiene pesadillas?: ¿Grita?: ¿Llora en sueños?: Insomnio: Sonambulismo: Tipos de sueños repetidos: Terrores nocturnos: Vestidos:

Hábitos sexuales.— Informaciones dadas por los padres sobre el origen de los niños: Edad y reacción: En caso negativo, ¿qué creen que sabe el niño?: Curiosidad sexual: Actitud de los padres frente a ella: Precocidad sexual: Masturbación: Se chupa el pulgar: Se muerde las uñas: Homosexualidad:

VII

A) HISTORIA EDUCACIONAL.— Enseñanza preescolar: Doméstica: Jardín de infantes: Historia escolar: Fecha: Clase: Escuela: Razones de repetición de clase: Cambio de escuela y causas: Asiduidad: Rendimiento del niño en la escuela: Actitud del niño hacia la escuela: Actitud de los padres hacia la escuela: Materias preferidas por el niño: Materias desagradables para el niño: Enseñanza extraescolar (clases y horario): Trabajo extraescolar (doméstico, remunerado):

A) De
ras):
Amistades (
Sociabil
¿Hace amist
¿Prefiere es
ñeros much
menores?:
pañeros lo

A) R
rudo:
a lo que se
Agresivo:
Hiperactivo
Inferio
zoso:
chas veces
¿Siempre
que es?:
Hiper
tos?:
mejores q
Excesivan
Se elogia
Ensue
¿Inventa
cuentos, ¿
¿Tiene co
la mentir
Egoc
Egoísta:
¿Cómo se
dre)?:
si hubo r
otros:
Elude su
Reservad
todos:
demasiad
otros:
Apatía:
Concentr

VIII

A) DESARROLLO SOCIAL.— Clase de juegos (descripción, lugar, horas): Diversiones y entretenimientos:
Amistades (edad y sexo de sus principales amigos):

Sociabilidad.— ¿Se lleva bien con los otros amigos?:
¿Hace amistades fácilmente?: ¿Prefiere jugar solo?:
¿Prefiere estar con personas mayores?: Prefiere compañeros mucho mayores?: ¿Prefiere compañeros mucho menores?:
¿No tiene amigos?: Los compañeros lo rechazan?: ¿Caracteres antisociales?:

IX

A) RASGOS DE LA PERSONALIDAD.— Agresividad: Testarudo: Desobediente: Tendencia a hacer lo contrario a lo que se le dice: Irritable: Mal carácter:
Agresivo: Conducta excéntrica: Irresponsable:
Hiperactivo: Desaliñado: Nervioso:

Inferioridad: Tímido: Solitario: Vergonzoso: Se descorazona fácilmente: Hace y deshace muchas veces porque le parece que nunca están bien hechas:
¿Siempre tiene mala suerte?: ¿Desearía ser diferente de lo que es?: ¿Le parece que es distinto a los otros niños?

Hipersensible: ¿Fácilmente se hiernen sus sentimientos?: ¿Se culpa de lo que le sucede?: ¿Los otros son mejores que él?: Muy ordenado: Meticuloso:
Excesivamente prolijo: Se siente superior a los otros:
Se elogia: Critica siempre a los otros:

Ensueño: ¿Vive una vida imaginaria además de la real?
¿Inventa cosas y las cuenta como si fueran verdad? Imaginando cuentos, ¿le sucede absorberse hasta no saber dónde está?:
¿Tiene compañeros imaginarios?: Tendencia a la mentira: Carácter de la misma:

Egocentrismo: Fanfarrón: Dominador:
Egoísta: Presuntuoso: Celos: ¿de quién?:
¿Cómo se manifiestan?: ¿Cómo trata al padre (madre)? : Conducta al nacimiento de los hermanos (investigar si hubo retroceso a otros niveles): Negativismo frente a los otros: No quiere que lo quieran: Ingrato:
Elude sus obligaciones: Taimado: Callado:
Reservado: Tendencia paranoide: Sospecha de todos: Se siente perseguido: Cree que lo castigan demasiado: Cree que lo quieren menos que a los otros: Que exigen demasiado de él:
Apatía: Indiferencia: Perezoso:
Concentrado: Falta de ambición:

X

IMPRESIONES DEL INFORMANTE:

XI

SÍNTESIS DE LA ENTREVISTA (probable sentido causal de estos datos en el problema):

XII

NOMBRE DEL INFORMANTE:

Relación con el sujeto:

Firma del Ayudante que hace la entrevista:

Fecha de hoy:

EXPLORACIÓN DE LA INTELIGENCIA

La medida de la inteligencia se realiza por medio de los tests Terman-Merrill, Yerkes y Ballard. En algunos casos el de Kohs. Preferimos el Terman-Merrill. Este test en 135 pacientes examinados, nos dió los siguientes resultados:

TEST DE TERMAN-MERRILL

Resultados en 135 pacientes

	Sexo femenino	Sexo masculino	TOTAL
Excepcional	0	0	0
Inteligencia muy superior	1	1	2 (1,4 %)
Inteligencia superior	1	2	3 (2,2 %)
Normal alto	2	5	7 (5,4 %)
Normal	14	30	44 (32,5 %)
Normal bajo	6	12	18 (13,1 %)
Marginal	7	9	16 (11,8 %)
D. M. ligera	4	9	13 (9,6 %)
D. M. media	1	4	5 (3,7 %)
D. M. fuerte	3	5	8 (5,9 %)
Imbecilidad	7	6	13 (9,6 %)
Idiocia	5	1	6 (9,6 %)
Totales	51	84	135

(Comprendidos entre 2 años y 13;7 m.)

AFECTIVIDAD

La *afectividad* es explorada con los tests de Rorschach, Thematic Apperception Test (T. A. T.) de Murray, figura humana de Goodenough y test de Brown. Aplicamos las fábulas de Despert y la técnica lúdica para completar el estudio. Para este último estudio hemos organizado recientemente la sala de juego. Usamos sistemáticamente la técnica de los dibujos libres que proporciona un material valioso.

El cuestionario íntimo proporciona datos muy interesantes. En todos los casos y para cualquier edad, se realizan entrevistas con los padres o cuidadores del niño que informa sobre el tipo de trastorno y relaciones afectivas. El conocimiento del hogar por medio de la visitadora social o directamente es muy importante.

Para el registro de los resultados y elaboración del psicograma se disponen de hojas impresas que facilitan el trabajo y permiten un orden perfecto en la carpeta individual.

PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

El psicodiagnóstico de Rorschach, está basado en el antiguo procedimiento de la interpretación de las manchas de tinta (klexografía).

Ya Leonardo de Vinci en el siglo XV-XVI, se entretenía tratando de interpretar las manchas.

Binet y Henry en 1896 y Deabora en 1897 empleaban las manchas de tinta para explorar la imaginación.

Se debe al genio de Hermann Rorschach, psiquiatra suizo (nacido en 1884 y fallecido en 1922, a los 38 años) la creación de un método que publicó en 1921, un año antes de su muerte, que sirviera para la exploración de la psiquis normal y patológica. Es un método valiosísimo para investigar la afectividad.

El mérito de Rorschach, se debe a que supo hacer una minuciosa interpretación de las respuestas y de haber ordenado sistemáticamente la clasificación de las mismas.

Rorschach elaboró su psicodiagnóstico de un modo estrictamente empírico, a través de sus experiencias con enfermos y con normales.

El material que se utiliza para aplicar ese test es el siguiente: diez láminas creadas por Rorschach, unas negras y otras policromas.

Un protocolo en el cual se encuentran reproducidas las diez láminas en pequeño.

Rorschach standardizó dichas láminas, luego de una serie de ensayos. Fueron obtenidas dejando caer sobre un papel en blanco gotas de tinta, negras una vez y de color otras. Luego dobló dicho papel a la mitad obteniendo una imagen simétrica que resultó por su origen construida al azar y desprovista de todo significado.

Estas láminas están ordenadas del 1° al 10 y se le presentan al sujeto en riguroso orden.

El método de Rorschach nos da la posibilidad de conocer la inteligencia, la afectividad, la conciencia, los traumas psíquicos producidos en la más tierna infancia, sus problemas, los estados patológicos, etc.

La valoración de todos estos elementos nos permiten llegar a un diagnóstico diferencial y pronóstico y posibilidades de tratamiento positivo.

Psicopatías, neurosis, psicosis, oligofrenias, se manifiestan en este método con signos marcados.

Aplicaciones.—Zulliger el fundador de la pedagogía analítica dice: "el Psicodiagnóstico de Rorschach permite la determinación de las disposiciones". Nos indica:

- 1) El tipo de inteligencia que tiene un alumno (abstracta, teórica, concreta, etc.).
- 2) Sirve para despistar las oligofrenias de las pseudo-oligofrenias.
- 3) En la selección y en la orientación profesional.
- 4) En la criminología y en la medicina legal.
- 5) Para el psicoanálisis. Rorschach recalca la importancia de este método antes y después del psicoanálisis.

Resultados.—Nuestros enfermos ascienden a 74 casos cuyas edades oscilan entre 5 a 17 años, 11 meses.

Se trata de niños y adolescentes que presentan trastornos de distinta índole y entidad, y a todos ellos se les aplicó en forma sistemática este método.

Expondremos a continuación los datos obtenidos en esta investigación:

PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

Número de casos

Sexo:

Femenino	45
Masculino	29

Edades: De 4 años y 9 meses hasta 17 años y 11 meses.

DIAGNÓSTICO

Neurosis de angustia	22
Neurosis con rasgos depresivos	16
Neurosis con rasgos histéricos	14
Estructura neurótica con agresividad intensa ...	8
Neurosis con rasgos neurasténicos	1
Rasgos prepsicóticos	2
Estado preneurótico	1
Excitación motriz	1
Oligofrenia de tipo depresivo	1
Oligofrenia de tipo agresivo	1
Rasgos esquizoides	1
Normales	6

THEMATIC APPERCEPTION TEST

Esta prueba constituye un método valioso que nos ayuda a desentrañar planos conscientes e inconscientes de la personalidad del sujeto examinado.

Los psicólogos americanos incluyen esta prueba dentro de las técnicas llamadas proyectivas.

El hecho más importante consiste en que el sujeto no tiene conciencia del valor revelador de sus producciones.

En esta forma podemos estudiar:

- 1) Las tendencias inhibidas inconscientes, los hechos traumáticos reprimidos, las apetencias y las tentaciones instintivas.
- 2) La personalidad consciente; esto engloba el grado de inteligencia, la adaptación afectiva al ambiente familiar, social, el grado de conciencia, el tipo de proyección, etc.

Por tanto, es un error creer que todas las interpretaciones de esta prueba nos suministrará material inconsciente. El doctor Murray, en su texto, recalca que un 30 % de las historias son impersonales, otras se refieren a la personalidad consciente y sólo el resto tiene una relación directa con el sector inconsciente.

Material del test.— El material del T. A. T. consiste en tres series de láminas, cada serie consta de diez láminas que representan distintas escenas y grabados de artistas americanos.

En estas escenas se incluyen:

- a) Personajes de distinto sexo o del mismo sexo en situaciones diversas.
- b) Un solo personaje (hombre o mujer).
- c) Existen láminas en las cuales no existe ningún elemento humano.
- d) Hay una lámina totalmente en blanco.

El Dr. Murray y los psicólogos de la clínica de Harvard, apoyándose en la opinión científica del Dr. Rappaport, seleccionó y experimentó detenidamente en esta serie de láminas.

El Dr. Murray empleó este método con sujetos de 14 a 40 años de edad, pero investigaciones ulteriores han demostrado que esta prueba puede ser empleada en niños no menores de 4 años y adultos no mayores de 40 años.

El examen de esta prueba comprende dos series de láminas (20 láminas) de las tres series.

- a) La primera para ambos sexos.
- b) Existe una serie exclusivamente para mujeres y niñas.
- c) Otra serie para hombres y niños.

Administración del test.— En la realización de esta prueba se deben considerar dos aspectos fundamentales:

- a) La forma de administrar el test.
- b) La investigación de los resultados. No incluimos los detalles de la administración de este test por considerarlo de uso corriente.

En lo que respecta a la interpretación de esta prueba remitimos al lector a nuestro trabajo sobre "Psicología del niño epiléptico", en el cual se ha estudiado detenidamente.

Resultados de nuestro material.— Se han administrado en esta Clínica 74 casos.

Para la técnica de la interpretación se han seguido ciertas directivas que expondremos a continuación:

Los resultados de este test se han comprobado con los obtenidos a través del psicodiagnóstico de Rorschach y otras pruebas de exploración de la afectividad encontrando una correlación acentuada en todas estas técnicas.

THEMATIC APPERCEPTION TEST

Número de casos 74

Sexo:

Masculino	45
Femenino	29

Edades: De 0 años y 9 meses hasta 17 años y 11 meses.

Del estudio de todos estos protocolos se observan un 91 % con rasgos neuróticos definidos, y el 9 % presentan un desarrollo afectivo normal.

Se transcribe a continuación una hoja del cuestionario íntimo que se usa en la Clínica.

CUESTIONARIO ÍNTIMO

Para el mejor conocimiento de su persona se le ruega que conteste con absoluta sinceridad a las preguntas que siguen. Puede usted tener la completa seguridad de que sus contestaciones han de quedar secretas y sólo serán leídas por el médico examinador.

¿Cuáles han sido las impresiones más fuertes que usted ha tenido en su vida?

¿Cuáles son los recuerdos más desagradables (que le hacen sufrir más) de su vida?

¿Cuáles son los recuerdos más agradables de su vida?

¿Está usted satisfecho de vivir?

¿Por qué?
¿Cree usted que hay manera de cambiar su porvenir? ¿Cómo?
¿Cuáles son sus mayores deseos?
¿Cómo cree usted que podría realizarlos?
¿Cuáles cree usted que son sus principales defectos?
¿Cuáles cree usted que son sus principales cualidades o virtudes?

Si volviese usted a nacer, ¿qué modificaciones *trataría* usted de hacer en su vida?

¿Por qué?
Escriba los nombres de las tres personas a las que usted admire más

Escriba los nombres de tres personas que le sean a usted antipáticas

¿Cuál es la peor acción que cree usted haber cometido en su vida?

¿Cuál es la mayor injusticia que cree usted haber sufrido en su vida?

Si le diesen a escoger entre ser: sabio, fuerte, poderoso, rico, inteligente, guapo, bueno, activo, afortunado en amores, fino, paciente, y sólo pudiese usted tener dos de estas cualidades, ¿cuáles elegiría? Escríbalas aquí:

¿Por qué?

Debemos agregar como método muy valioso, las *entrevistas personales* con los padres y los enfermos. El material que proporcionan estas entrevistas es muy importante para el diagnóstico.

En síntesis, los tests que hemos usado para el diagnóstico han sido: 1) Entrevistas personales. 2) Tests de inteligencia: Terman-Merrill, Yerkes, Ballard, Kohs. Inteligencia en el Rorschach y en el T. A. T. (Thematic Apperception Test de Murray). Aunque en estos dos últimos no con la precisión de los primeros. 3) Tests de afectividad: Psicodiagnóstico de Rorschach, Thematic Apperception Test, Figura humana de Goodenough, Test de Brown, Fábulas de Despert, Dibujos libres.

No tenemos experiencia en niños en el Psicodiagnóstico de Mira y López (mioquinético) dado que su autor declara no po-

ser material suficiente en la infancia, ni datos dignos de confianza. Nos faltaba, por esta razón, el standard de normales para establecer comparaciones.

V) Actuación técnica y docente.

A) ESTUDIO DE ENFERMOS

La labor de la Clínica Médico Psicológica Infantil comprende el estudio del niño desde el nacimiento hasta la edad de la adolescencia inclusive.

El estudio somático se completa con los exámenes auxiliares obtenidos en los distintos Servicios Médicos o Quirúrgicos especializados con los que se mantiene colaboración recíproca.

Es así que en los casos endocrinos se investigan los diversos metabolismos dosificándose hormonas y vitaminas en el Instituto de Endocrinología que dirige el Prof. J. C. Mussio Fournier.

Los casos neurológicos, que constituyen una cierta mayoría, se estudian también con el auxilio del electroencefalograma, requisito que se cumple sistemáticamente completándose con la encefalo o ventriculografía cuando el caso lo requiere.

Siempre que es necesario el estudio se extiende a los padres (factor Rh. y Wassermann) contando en este sentido con el Servicio de la Hematología del Instituto de Medicina Experimental de la Facultad para la investigación del factor Rh.

Es así que cada enfermo plantea su problema especial, debiéndose adaptar equipos de estudio para cada caso especial.

Hasta el momento actual el trabajo realizado en la clínica se puede concretar en la siguiente forma:

NÚMERO DE ENFERMOS Y CLASIFICACIÓN.— Hasta el momento el número de enfermos atendidos asciende a 237, cifra que se refiere a los dos años de funcionamiento. Distribuidos en 141 varones y 96 niños. Por edades: 34 en primera edad, 124 en segunda edad y 79 en tercera edad y adolescencia. Representa un volumen interesante de trabajo por la naturaleza especial del estudio, ya que cada enfermo insume al comienzo no menos de 6 horas y a menudo requiere varias entrevistas, en algunos casos durante varios meses. Además, como se hace psicoterapia en los casos que quedan en tratamiento, se puede apreciar que todo ello representa un trabajo especializado de gran dedicación y constancia.

Los enfermos proceden de la Capital o del Interior, enviados por médicos particulares o de distintos Hospitales (Dr. Pedro Visca, Instituto de Pediatría, Hospital Vilardebó). Gran cantidad de enfermos ha procedido del Interior.

Al final de cada estudio se contesta al médico que envió al enfermo, especificando en un formulario especial los resultados del examen, la síntesis diagnóstica y luego, si desea seguir tratando el enfermo o que la asistencia se prosiga en la Clínica.*

Han enviado enfermos o se han mantenido vinculaciones con las siguientes Instituciones: Consejo del Niño, Hospital Vilardebó, Escuela Roosevelt de Reeducción Motriz, Hospital Pereyra Ros-sell, Instituto de Pediatría, Instituto de Endocrinología, Instituto de Neurología, Obra Morquio, Escuelas Diferenciales.

Los motivos de consulta, en orden decreciente de frecuencia, han sido:

Epilepsia. Exploración del sector intelectual. Trastornos de conducta. Menor rendimiento escolar. Retraso mental, de distintos grados. Mongolismo. Trastornos del lenguaje. Enuresis. Desvanecimientos. Vértigos. Neurosis. Agitación psicomotriz. Exploración del desarrollo evolutivo. Corea. Úlcera duodenal. Úlcera gástrica. Trastornos en la esfera sexual. Fugas. Mutismo. Tics. Cefalea. Terrores nocturnos. Intento de suicidio. Mixe-dema. Sordomudez. Encopresis. Histeria. Fotofobia. Sonambu-lismo.

Hipertensión endocraneana en una niña que consultó por cefalea.

Se han estudiado detenidamente varios niños de la Escuela de Reeducción F. D. Roosevelt en sus aspectos neurológicos y psíquicos.

Este servicio ha intervenido, además, en forma activa en el estudio neurológico y psíquico de niños internados en distintos servicios del Hospital Dr. P. Visca.

* Los siguientes médicos han enviado enfermos: Abdo, Aleppo, Angelillo Almado, Appratto, Bado, Barrios, Bauzá, Beech Morelli, Burghi, Brunet, Cáceres, Cantonnet, Carrau, Cruz Goyenola, Cerviño, Aber de Deli, Di Lorenzo, De los Santos, Frau, Fosatti, Garrido, Guerra, Gianelli, Gomensoro, Goluboff, Larghero, Lorenzo y Deal, Mantero, W. Martínez, Menely, Mendivil, Morel, Munilla, Negro, Nordmann, Otero, Ochoa, Pacheco, E. Peluffo, D. Pizzolanti, Praderi, Puppo, Ramón Guerra, Rial, Rodríguez, Russo, Sesser, Saldán de Rodríguez, Shárbaro, Solovey, Seroffani, Vizziano Pizzi, Yanzuzzi.

B) DOCENCIA

Juntamente con el estudio de enfermos, la Clínica realiza otras funciones que expondremos a continuación:

a) CLASES.— Los distintos integrantes de la Clínica han participado desde su fundación en las clases que se dictan en el Hospital "Dr. Pedro Visca" durante los cursos dependientes de la Facultad de Medicina.

Ellas han abordado temas de Semiología Psiquiátrica Infantil (Psicología, Técnicas, Patología) *siendo la primera vez que se incorpora a la enseñanza de la Pediatría Nacional, las nuevas orientaciones Psicopatológicas.*

Los temas tratados han sido los siguientes:

- 1) "Introducción y métodos de estudio psicológicos del niño", Sra. Laura Achard.
- 2) "Conceptos generales de psicología del niño", Dr. Mario Berta.
- 3) "Retardo mental y sordomudez", Prof. Dr. Julio R. Marcos. Srta. Adela Dighiero.
- 4) "Estudio de una anartria y síndrome extrapiramidal en un niño de la Escuela Roosevelt", Prof. doctor Julio R. Marcos.
- 5) "Infantilismo del punto de vista psicossomático", Prof. Dr. Julio R. Marcos.
- 6) "Estudio psicossomático del niño Q. F.", Prof. doctor Julio R. Marcos.
- 7) "Desarrollo psicosexual del niño", Dr. Luis E. Pre-go Silva.
- 8) En el Curso Oficial de Pediatría de 1948 el Profesor Agregado de Pediatría Dr. Julio R. Marcos dictó 4 clases en cada semestre, es decir, 8 clases en total, dedicadas al "Desarrollo neuropsíquico del niño".

b) ATENEOS.— La Clínica ha participado también en los Ateneos que se realizan semanalmente en los Hospitales "Pereira Rosell" y "Dr. Pedro Visca", organizados por el Instituto de Pediatría contribuyendo con diversos temas.

Destacamos nuevamente que es la primera vez que psicotécnicos nacionales participan en reuniones científicas del Instituto.

Son ellas las encargadas de establecer la comunicación entre la Clínica Médico Psicológica y los Centros de Enseñanza Infantil, que permitirá realizar más efectivamente la Higiene Mental del Niño.

5) La Clínica encara actualmente como Plan de Futuro la necesidad de hacer el estudio psicoanalítico de algunos niños, para lo cual tratamos de vincularnos a la Escuela Psicoanalítica Argentina y de ir a la formación de psicoanalistas especializados en niños en el Uruguay.

ión entre
a Infan-
e Mental

uturo la
os, para
ica Ar-
ados en

SEGUNDA PARTE

Producción Científica

Psicología del niño epiléptico.

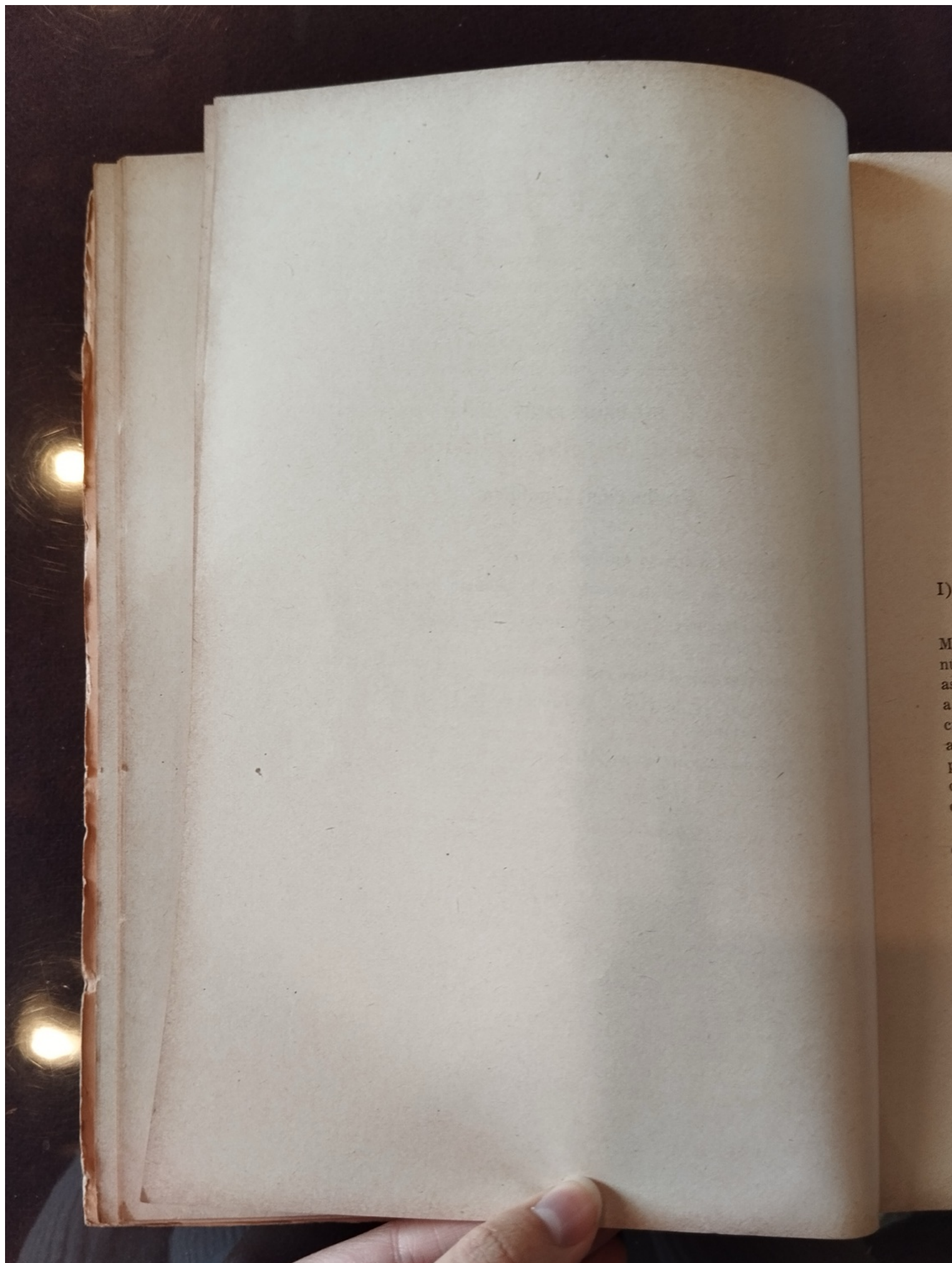
Exploración del desarrollo en la primera infancia.

La inteligencia y sus alteraciones. Oligofrenias verdaderas y pseudo-oligofrenias.

Aspectos psicológicos del niño lisiado.

Técnicas exploratorias psicológicas en la segunda infancia.

Desarrollo psicosexual del niño.



Psicología del niño epiléptico

JULIO R. MARCOS y LAURA ACHARD DE BARBE

I) Introducción.

Nuestro estudio se basa en el material recogido en la Clínica Médico-Psicológica del hospital de Niños "Dr. Pedro Visca". El número total de niños epilépticos seleccionados para este estudio asciende a veintiocho. Se han escogido los niños con edad superior a seis años, teniendo en cuenta que es a partir de este umbral cronológico cuando es posible aplicar técnicas psicodiagnósticas de algún resultado aprovechable. Antes de esta edad el panorama psicológico de la epilepsia es rico en manifestaciones, aunque difícil, o imposible si el niño es muy pequeño, de exponerlo en conclusiones concretas.

Otro punto importante que se ha tomado en consideración es excluir del cuadro las epilepsias con acentuadas alteraciones intelectuales que vician los resultados o son imposible de explorar.

Los casos estudiados han pasado por el tamiz de un criterio diagnóstico severo. En tal sentido, se incluyen solamente aquellos con manifestaciones claras, confirmadas siempre por el diagnóstico electroencefalográfico.

Este estudio ha contado con la valiosa colaboración de técnicos distinguidos. En la parte psicotécnica han colaborado las Srtas. Marta Lacava, Adela Dighiero y Gladys Quiñones. En los aspectos electroencefalográficos los Dres. E. García Austt (h.) y B. Fuster, quienes han aportado conocimientos muy útiles a la interpretación diagnóstica de los niños estudiados.

El criterio clínico de clasificación se ajusta, en nuestro Servicio, a la división aceptada actualmente en seis grupos (Lennox):

- 1) Crisis jacksonianas.
- 2) Gran mal focal.
- 3) Gran mal generalizado (no focal).
- 4) Epilepsia psicomotriz o crisis equivalentes psíquicas.
- 5) Pequeño mal ("petit mal") con sus tres clásicas manifestaciones:
 - a) Ausencias y picnolepsia.
 - b) Epilepsia mioclónica.
 - c) Epilepsia aquinética (parálisis motriz).
- 6) Crisis autonómicas o diencefálicas (epilepsia vegetativa de Penfield).

Esta clasificación sirve como esquema para ordenar el material. La realidad indica que los horizontes de la epilepsia se han ampliado mucho (formas psíquicas no paroxismales, formas sensitivosensoriales, etc.).

Los casos más frecuentes pertenecen al gran mal y al pequeño mal. Cabe destacar, que en el niño abundan las formas mixtas, en particular aquellas que combinan el gran mal con el pequeño mal. En una observación (E. T.) se trató de una forma muy rica en manifestaciones (mioclonias, crisis aquinéticas, gran mal y ausencias). Merece destacarse que la observación de esa niña, seguida durante muchos años, no aparejó deterioración intelectual, pero sí estructuró en la menor, que padecía la enfermedad, una personalidad epiléptica en extremo compleja. (La historia clínica se describe en detallè al final, en la casuística seleccionada como tipos de estudio.)

Participamos del criterio moderno de ampliar el horizonte conceptual de la epilepsia. La epilepsia subclínica, en especial aquella con manifestaciones psíquicas, ha sido tomada en consideración y sólo algunos niños donde la correlación clínicoelectroencefalográfica ha autorizado aquel diagnóstico, se han incluido en la casuística.

El punto planteado es de escrúpulos justificados desde que, como demostraremos más adelante, el fondo psicológico de las epilepsias del niño es de una estructura neurótica dominante y se debe proceder con máxima cautela para no incluir indebidamente

en el cuadro de las epilepsias, a niños que manifiestan cuadros neuróticos clínicos, sin fondo epiléptico (disritmia cerebral epiléptica).

El pensamiento moderno dominante, de concebir la epilepsia como un extenso grupo nosológico que obliga a hablar de "epilepsias", sustituyendo al criterio estrecho de una sola entidad o epilepsia, tiene su más amplia justificación cuando se estudian los aspectos psicológicos del padecimiento. En tal sentido, los esfuerzos por definir y delimitar una "personalidad epiléptica" han fracasado. Es más correcto, en la actualidad, hablar de personalidades epilépticas, aun reconociendo que hay características o aspectos psicológicos que se repiten con tal frecuencia en los enfermos, como para autorizar a los psicólogos el título provisional de síndrome psíquico epiléptico.

Cuando uno de nosotros (J. R. Marcos), inició en 1940 el estudio de la Epilepsia Infantil en el Uruguay, planteó como hecho importante el interés de poder extraer correlaciones o enlaces entre los múltiples aspectos de la enfermedad (clínico, electroencefalográfico, neumoencefalográfico, psiquiátrico, social, terapéutico, etc.).

Lo pudimos conseguir en la relación clínicoelectroencefalográfica (Tesis de agregación, 1941, inédita) y los resultados fueron comunicados en sucesivas sesiones a la Sociedad Uruguaya de Pediatría y concretados luego en la Tesis citada. El número de casos estudiados entonces ascendió a 70 observaciones, con 35 enfermos estudiados electroencefalográficamente.

Actualmente, hemos vuelto sobre lo mismo, acumulando nuevas observaciones. Hemos tratado de fijar correlaciones entre los aspectos clínicos y los psicológicos. El resultado, hasta el momento no permite afirmar que un definido perfil psicológico corresponda a expresiones clínicas determinadas y parecidas manifestaciones psicológicas se pueden hallar en un gran mal como en un pequeño mal. Tampoco hay vinculación estricta en el niño, entre mayor intensidad clínica y más profundas alteraciones psicológicas.

En términos generales, se acepta que a mayor intensidad del cuadro clínico y cuanto más prolongada es la evolución, la deterioración mental es el resultado inevitable. Sin embargo, existen muchas excepciones al respecto y conocemos niños con intensas y prolongadas manifestaciones, que conservan su intelecto normal y su perfil psicológico no expresa alteraciones más profundas que otros. Nuestro trabajo no tiene base psicoanalítica, por no estar

en condiciones de hacerlo actualmente, aunque es nuestro propósito de futuro seguir la evolución psicológica de los niños y comparar los resultados obtenidos actualmente, con aquellos que pueda darnos más adelante el estudio analítico. Es interesante señalar que, comparando nuestros resultados con las características halladas por los analistas en la epilepsia, se encuentra una llamativa correspondencia.

Ateniendo a un criterio general, dividimos los casos estudiados en 2 grupos: A y B, según las edades. El grupo A comprende los niños epilépticos con edades entre 6 años y 7 meses (10 casos) y el grupo B reúne los menores entre 10 años y 1 mes a 16 años y 11 meses (18 casos). Incluimos solamente dos adolescentes cuya epilepsia se inició en la infancia.

II) Técnicas exploratorias empleadas. Inteligencia.

Las técnicas exploratorias empleadas para la investigación sistemática del funcionalismo psíquico y sus actitudes de reacción consistieron, en primer término, y en el sector intelectual: en los tests de Yerkes y Terman-Merrill (forma M); en segundo término, y para la afectividad y conación se aplicaron los tests de Rorschach, Thematic Apperception Test de M. Murray, cuestionario íntimo y observaciones clínicas directas.

No fué aplicado el psicodiagnóstico de Mira y López, quien declara no poseer material suficiente en la infancia ni datos dignos de confianza. Nos faltaba, por esta razón, el "standard" de normales para poder establecer comparaciones.

RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS TÉCNICAS DE YERKES Y TERMAN-MERRILL (forma M)

En esta primera etapa del estudio, presentamos los resultados obtenidos con el empleo de las técnicas especiales de investigación; en una etapa final coordinaremos todos estos resultados, presentando el cuadro general psicológico de los niños epilépticos investigados.

En el primer lugar comentaremos los resultados obtenidos con el Test de Yerkes y Terman-Merrill:

CUADRO I

Grupo A: 10 casos (Yerkes)

Caso Nº	Sexo	Edad		Cociente intelectual
		cronológica	mental	
1	M.	9,4	9	96
2	M.	6,7	5,5	80
3	M.	9,3	6,7	60
4	M.	7,9	8,2	113
5	M.	9,7	8,7	90
6	F.	9,11	7,1	71
7	M.	8,8	8,4	95
8	F.	7,1	8,4	160
9	F.	7,1	menos 2	—
10	F.	4,6	3,1	

CUADRO II

Grupo B: 18 casos (Yerkes)

Caso Nº	Sexo	Edad		Cociente intelectual
		cronológica	mental	
1	M.	13,1	10,5	80
2	M.	15,3	9,5	70
3	F.	13,5	9,5	52
4	F.	10,0	5,11	47
5	M.	12,0	11,7	94
6	F.	11,5	15,0	120
7	M.	14,0	20,0	116
8	F.	11,5	11,0	95
9	M.	11,11	5,7	35
10	F.	11,6	11,4	98
11	M.	14,1	18,0	106
12	M.	17,6	16,0	94
13	F.	10,3	10,7	103
14	F.	13,9	13,0	96
15	F.	13,11	8,8	63
16	F.	15,4	15,0	100
17	M.	12,1	12,6	100
18	F.	10,4	9,3	90

CUADRO III

Grupo A: 10 casos (Terman-Merrill)

Caso Nº	Sexo	Edad cronológica	Edad mental	Cociente intelectual
1	M.	9,4	8,8	93
2	M.	6,7	5,6	84
3	M.	9,0	6,4	70
4	M.	7,9	6,8	86
5	M.	9,7	8,2	85
6	F.	9,11	6,6	66
7	M.	8,8	7,10	90
8	F.	7,11	9,2	116
9	F.	7,1	2,0	28
10	F.	4,6	3,1	69

CUADRO V

Grupo B: 18 casos (Terman-Merrill)

Caso Nº	Sexo	Edad cronológica	Edad mental	Cociente intelectual
1	M.	13,1	9,0	69
2	M.	15,3	8,0	54
3	F.	13,5	6,6	48
4				
5	M.	12,0	11,4	94
6	F.	11,5	15,0	131
7	M.	14,0	14,6	106
8	F.	11,5	9,2	80
9	M.	11,11	4,8	39
10	F.	11,6	9,2	80
11	M.	14,1	12,8	92
12	M.	17,11	12,4	82
13	F.	10,1	8,10	88
14	F.	13,9	13,0	96
15	F.	13,11	7,4	53
16	F.	15,4	15,0	103
17	M.	12,1	12,6	103
18	F.	10,4	8,8	84

Valoración cuantitativa.— Para la valoración cuantitativa de los tests de Yerkes y Terman-Merrill, y en especial para la valoración de los C. I. nos hemos ceñido al siguiente criterio:

TABLA 5

Valor del C. I.	Significación
140 en adelante	Inteligencia excepcional.
130 a 139	Inteligencia muy superior.
120 a 129	Inteligencia superior.
110 a 119	Inteligencia normal alta.
90 a 109	Inteligencia normal.
80 a 89	Inteligencia normal baja.
70 a 79	Inteligencia marginal.
63 a 69	Debilidad mental ligera.
56 a 62	Debilidad mental media.
50 a 55	Debilidad mental fuerte.
25 a 49	Imbecilidad.
0 a 24	Idiocia.

Otra advertencia que cabe formular, reside en la diferencia existente en los cuatro primeros cuadros, entre los resultados arrojados por el Yerkes y el Terman-Merrill. Dicha diferencia encuentra explicación en el hecho de que en el test de Yerkes existe un puntaje intermedio entre los resultados francamente positivos y los negativos, vale decir, un puntaje para los casos dudosos. En el Terman-Merrill ese puntaje no se tiene en cuenta, lo que provoca un descenso en el cociente intelectual.

Estamos en condiciones, ahora, de agrupar a nuestros niños epilépticos, según el grado de desarrollo que han alcanzado, lo mismo que de acuerdo con su nivel mental.

GRUPO A.— En lo que respecta a los niños que integran este grupo, su distribución de acuerdo al nivel mental que han logrado, debe realizarse en forma aproximada a la siguiente:

Inteligencia superior: Alrededor de un 10 %.

Inteligencia normal: de un 50 a un 60 %. De admitirse el 60 % (resultados que arroja el Terman-Merrill) debe desaparecer el 10 % de inteligencia superior (resultado que arroja el Yerkes). La distribución de ese porcentaje dentro de los tres niveles de la inteligencia normal (normal alto, normal y normal bajo) sería para el Yerkes del 10 %, 30 % y 10 %, y para el Terman-Merrill, el 10 %, 20 % y 30 % respectivamente.

Inteligencia marginal: El 10 % (coinciden los resultados de ambos tests).

Debilidad mental: Corresponde un porcentaje del 20 %. De acuerdo con el Terman-Merrill ese porcentaje pertenecía a la debilidad mental ligera. Según el Yerkes, ese 20 % se distribuiría así: 10 % debilidad mental ligera y 10 % media.

Idiocias: A esta categoría pertenece un 10 %.

GRUPO B.— Los niños de este grupo, se distribuyen según su nivel mental, de acuerdo a los siguientes porcentajes:

Inteligencia superior: 5,5 %. Existe coincidencia entre los cuadros del Yerkes y Terman-Merrill sobre este punto.

Inteligencia normal: Según el Yerkes el porcentaje sería del 66,5 %, para el Terman del 55 %. La distribución de dicho porcentaje sería en el Yerkes, para la normal alta, normal y normal baja del 55, 55,5 y 5,5 % respectivamente. En cambio, para el Terman-Merrill, del 33 % para la norma alta y 22 % para la baja.

Inteligencia marginal: Para ambos tests el 5,5 %.

Debilidad mental: Para el Yerkes un 11 % y para el Terman-Merrill un 16,5 %, dividida así: Yerkes: ligera 5,5 %, fuerte 5,5 %; Terman-Merrill: ligera 5,5 %, fuerte 11 %.

Imbecilidad: El porcentaje de estos casos oscila entre el 11 % y el 16,6 %. Según los resultados obtenidos en el Yerkes y el Terman-Merrill, respectivamente.

El comentario que se desprende de las anteriores consideraciones es que, en líneas generales, coinciden los resultados obtenidos con ambas técnicas exploratorias de la inteligencia. Por otra parte, cabe destacar, que en nuestros niños epilépticos hay un predominio del nivel mental normal, Grupo A: del 50 % al 60 %; Grupo B: del 55 % al 66,5 %. Este resultado está de acuerdo con los trabajos realizados por Leopoldo Deutsch y Luisa L. Wiener (quienes obtuvieron un porcentaje de inteligencia normal en 70 niños epilépticos del 68 %) (*American Journal of Orthopsychiatry*, V. 18, N° 1, 1948).

Valoración cualitativa del funcionalismo psíquico intelectual.— Dicha valoración cualitativa la realizamos teniendo en cuenta y analizando los fallos presentados por nuestros examinados en el Terman-Merrill. Separados los fallos los distribuimos entre aquellos procesos psíquicos, que en esa prueba, intervenían en forma preponderante. Innecesario parece destacar, que siempre que la inteligencia trabaja para resolver problemas, no intervienen en forma aislada los procesos psíquicos superiores, sino

TABLA N: 6

[illegible]

Tabla No 7 = Grupo B = Número de casos: 16

Caso No		Edad	Número de respuestas	Tempo total	Tempo de la 1ª respuesta	D ₁	D ₂	D ₃	D ₄	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	T ₅	T ₆	T ₇	T ₈	T ₉	T ₁₀	T ₁₁	T ₁₂	T ₁₃	T ₁₄	T ₁₅	T ₁₆	T ₁₇	T ₁₈	T ₁₉	T ₂₀	T ₂₁	T ₂₂	T ₂₃	T ₂₄	T ₂₅	T ₂₆	T ₂₇	T ₂₈	T ₂₉	T ₃₀	T ₃₁	T ₃₂	T ₃₃	T ₃₄	T ₃₅	T ₃₆	T ₃₇	T ₃₈	T ₃₉	T ₄₀	T ₄₁	T ₄₂	T ₄₃	T ₄₄	T ₄₅	T ₄₆	T ₄₇	T ₄₈	T ₄₉	T ₅₀	T ₅₁	T ₅₂	T ₅₃	T ₅₄	T ₅₅	T ₅₆	T ₅₇	T ₅₈	T ₅₉	T ₆₀	T ₆₁	T ₆₂	T ₆₃	T ₆₄	T ₆₅	T ₆₆	T ₆₇	T ₆₈	T ₆₉	T ₇₀	T ₇₁	T ₇₂	T ₇₃	T ₇₄	T ₇₅	T ₇₆	T ₇₇	T ₇₈	T ₇₉	T ₈₀	T ₈₁	T ₈₂	T ₈₃	T ₈₄	T ₈₅	T ₈₆	T ₈₇	T ₈₈	T ₈₉	T ₉₀	T ₉₁	T ₉₂	T ₉₃	T ₉₄	T ₉₅	T ₉₆	T ₉₇	T ₉₈	T ₉₉	T ₁₀₀	T ₁₀₁	T ₁₀₂	T ₁₀₃	T ₁₀₄	T ₁₀₅	T ₁₀₆	T ₁₀₇	T ₁₀₈	T ₁₀₉	T ₁₁₀	T ₁₁₁	T ₁₁₂	T ₁₁₃	T ₁₁₄	T ₁₁₅	T ₁₁₆	T ₁₁₇	T ₁₁₈	T ₁₁₉	T ₁₂₀	T ₁₂₁	T ₁₂₂	T ₁₂₃	T ₁₂₄	T ₁₂₅	T ₁₂₆	T ₁₂₇	T ₁₂₈	T ₁₂₉	T ₁₃₀	T ₁₃₁	T ₁₃₂	T ₁₃₃	T ₁₃₄	T ₁₃₅	T ₁₃₆	T ₁₃₇	T ₁₃₈	T ₁₃₉	T ₁₄₀	T ₁₄₁	T ₁₄₂	T ₁₄₃	T ₁₄₄	T ₁₄₅	T ₁₄₆	T ₁₄₇	T ₁₄₈	T ₁₄₉	T ₁₅₀	T ₁₅₁	T ₁₅₂	T ₁₅₃	T ₁₅₄	T ₁₅₅	T ₁₅₆	T ₁₅₇	T ₁₅₈	T ₁₅₉	T ₁₆₀	T ₁₆₁	T ₁₆₂	T ₁₆₃	T ₁₆₄	T ₁₆₅	T ₁₆₆	T ₁₆₇	T ₁₆₈	T ₁₆₉	T ₁₇₀	T ₁₇₁	T ₁₇₂	T ₁₇₃	T ₁₇₄	T ₁₇₅	T ₁₇₆	T ₁₇₇	T ₁₇₈	T ₁₇₉	T ₁₈₀	T ₁₈₁	T ₁₈₂	T ₁₈₃	T ₁₈₄	T ₁₈₅	T ₁₈₆	T ₁₈₇	T ₁₈₈	T ₁₈₉	T ₁₉₀	T ₁₉₁	T ₁₉₂	T ₁₉₃	T ₁₉₄	T ₁₉₅	T ₁₉₆	T ₁₉₇	T ₁₉₈	T ₁₉₉	T ₂₀₀	T ₂₀₁	T ₂₀₂	T ₂₀₃	T ₂₀₄	T ₂₀₅	T ₂₀₆	T ₂₀₇	T ₂₀₈	T ₂₀₉	T ₂₁₀	T ₂₁₁	T ₂₁₂	T ₂₁₃	T ₂₁₄	T ₂₁₅	T ₂₁₆	T ₂₁₇	T ₂₁₈	T ₂₁₉	T ₂₂₀	T ₂₂₁	T ₂₂₂	T ₂₂₃	T ₂₂₄	T ₂₂₅	T ₂₂₆	T ₂₂₇	T ₂₂₈	T ₂₂₉	T ₂₃₀	T ₂₃₁	T ₂₃₂	T ₂₃₃	T ₂₃₄	T ₂₃₅	T ₂₃₆	T ₂₃₇	T ₂₃₈	T ₂₃₉	T ₂₄₀	T ₂₄₁	T ₂₄₂	T ₂₄₃	T ₂₄₄	T ₂₄₅	T ₂₄₆	T ₂₄₇	T ₂₄₈	T ₂₄₉	T ₂₅₀	T ₂₅₁	T ₂₅₂	T ₂₅₃	T ₂₅₄	T ₂₅₅	T ₂₅₆	T ₂₅₇	T ₂₅₈	T ₂₅₉	T ₂₆₀	T ₂₆₁	T ₂₆₂	T ₂₆₃	T ₂₆₄	T ₂₆₅	T ₂₆₆	T ₂₆₇	T ₂₆₈	T ₂₆₉	T ₂₇₀	T ₂₇₁	T ₂₇₂	T ₂₇₃	T ₂₇₄	T ₂₇₅	T ₂₇₆	T ₂₇₇	T ₂₇₈	T ₂₇₉	T ₂₈₀	T ₂₈₁	T ₂₈₂	T ₂₈₃	T ₂₈₄	T ₂₈₅	T ₂₈₆	T ₂₈₇	T ₂₈₈	T ₂₈₉	T ₂₉₀	T ₂₉₁	T ₂₉₂	T ₂₉₃	T ₂₉₄	T ₂₉₅	T ₂₉₆	T ₂₉₇	T ₂₉₈	T ₂₉₉	T ₃₀₀	T ₃₀₁	T ₃₀₂	T ₃₀₃	T ₃₀₄	T ₃₀₅	T ₃₀₆	T ₃₀₇	T ₃₀₈	T ₃₀₉	T ₃₁₀	T ₃₁₁	T ₃₁₂	T ₃₁₃	T ₃₁₄	T ₃₁₅	T ₃₁₆	T ₃₁₇	T ₃₁₈	T ₃₁₉	T ₃₂₀	T ₃₂₁	T ₃₂₂	T ₃₂₃	T ₃₂₄	T ₃₂₅	T ₃₂₆	T ₃₂₇	T ₃₂₈	T ₃₂₉	T ₃₃₀	T ₃₃₁	T ₃₃₂	T ₃₃₃	T ₃₃₄	T ₃₃₅	T ₃₃₆	T ₃₃₇	T ₃₃₈	T ₃₃₉	T ₃₄₀	T ₃₄₁	T ₃₄₂	T ₃₄₃	T ₃₄₄	T ₃₄₅	T ₃₄₆	T ₃₄₇	T ₃₄₈	T ₃₄₉	T ₃₅₀	T ₃₅₁	T ₃₅₂	T ₃₅₃	T ₃₅₄	T ₃₅₅	T ₃₅₆	T ₃₅₇	T ₃₅₈	T ₃₅₉	T ₃₆₀	T ₃₆₁	T ₃₆₂	T ₃₆₃	T ₃₆₄	T ₃₆₅	T ₃₆₆	T ₃₆₇	T ₃₆₈	T ₃₆₉	T ₃₇₀	T ₃₇₁	T ₃₇₂	T ₃₇₃	T ₃₇₄	T ₃₇₅	T ₃₇₆	T ₃₇₇	T ₃₇₈	T ₃₇₉	T ₃₈₀	T ₃₈₁	T ₃₈₂	T ₃₈₃	T ₃₈₄	T ₃₈₅	T ₃₈₆	T ₃₈₇	T ₃₈₈	T ₃₈₉	T ₃₉₀	T ₃₉₁	T ₃₉₂	T ₃₉₃	T ₃₉₄	T ₃₉₅	T ₃₉₆	T ₃₉₇	T ₃₉₈	T ₃₉₉	T ₄₀₀	T ₄₀₁	T ₄₀₂	T ₄₀₃	T ₄₀₄	T ₄₀₅	T ₄₀₆	T ₄₀₇	T ₄₀₈	T ₄₀₉	T ₄₁₀	T ₄₁₁	T ₄₁₂	T ₄₁₃	T ₄₁₄	T ₄₁₅	T ₄₁₆	T ₄₁₇	T ₄₁₈	T ₄₁₉	T ₄₂₀	T ₄₂₁	T ₄₂₂	T ₄₂₃	T ₄₂₄	T ₄₂₅	T ₄₂₆	T ₄₂₇	T ₄₂₈	T ₄₂₉	T ₄₃₀	T ₄₃₁	T ₄₃₂	T ₄₃₃	T ₄₃₄	T ₄₃₅	T ₄₃₆	T ₄₃₇	T ₄₃₈	T ₄₃₉	T ₄₄₀	T ₄₄₁	T ₄₄₂	T ₄₄₃	T ₄₄₄	T ₄₄₅	T ₄₄₆	T ₄₄₇	T ₄₄₈	T ₄₄₉	T ₄₅₀	T ₄₅₁	T ₄₅₂	T ₄₅₃	T ₄₅₄	T ₄₅₅	T ₄₅₆	T ₄₅₇	T ₄₅₈	T ₄₅₉	T ₄₆₀	T ₄₆₁	T ₄₆₂	T ₄₆₃	T ₄₆₄	T ₄₆₅	T ₄₆₆	T ₄₆₇	T ₄₆₈	T ₄₆₉	T ₄₇₀	T ₄₇₁	T ₄₇₂	T ₄₇₃	T ₄₇₄	T ₄₇₅	T ₄₇₆	T ₄₇₇	T ₄₇₈	T ₄₇₉	T ₄₈₀	T ₄₈₁	T ₄₈₂	T ₄₈₃	T ₄₈₄	T ₄₈₅	T ₄₈₆	T ₄₈₇	T ₄₈₈	T ₄₈₉	T ₄₉₀	T ₄₉₁	T ₄₉₂	T ₄₉₃	T ₄₉₄	T ₄₉₅	T ₄₉₆	T ₄₉₇	T ₄₉₈	T ₄₉₉	T ₅₀₀	T ₅₀₁	T ₅₀₂	T ₅₀₃	T ₅₀₄	T ₅₀₅	T ₅₀₆	T ₅₀₇	T ₅₀₈	T ₅₀₉	T ₅₁₀	T ₅₁₁	T ₅₁₂	T ₅₁₃	T ₅₁₄	T ₅₁₅	T ₅₁₆	T ₅₁₇	T ₅₁₈	T ₅₁₉	T ₅₂₀	T ₅₂₁	T ₅₂₂	T ₅₂₃	T ₅₂₄	T ₅₂₅	T ₅₂₆	T ₅₂₇	T ₅₂₈	T ₅₂₉	T ₅₃₀	T ₅₃₁	T ₅₃₂	T ₅₃₃	T ₅₃₄	T ₅₃₅	T ₅₃₆	T ₅₃₇	T ₅₃₈	T ₅₃₉	T ₅₄₀	T ₅₄₁	T ₅₄₂	T ₅₄₃	T ₅₄₄	T ₅₄₅	T ₅₄₆	T ₅₄₇	T ₅₄₈	T ₅₄₉	T ₅₅₀	T ₅₅₁	T ₅₅₂	T ₅₅₃	T ₅₅₄	T ₅₅₅	T ₅₅₆	T ₅₅₇	T ₅₅₈	T ₅₅₉	T ₅₆₀	T ₅₆₁	T ₅₆₂	T ₅₆₃	T ₅₆₄	T ₅₆₅	T ₅₆₆	T ₅₆₇	T ₅₆₈	T ₅₆₉	T ₅₇₀	T ₅₇₁	T ₅₇₂	T ₅₇₃	T ₅₇₄	T ₅₇₅	T ₅₇₆	T ₅₇₇	T ₅₇₈	T ₅₇₉	T ₅₈₀	T ₅₈₁	T ₅₈₂	T ₅₈₃	T ₅₈₄	T ₅₈₅	T ₅₈₆	T ₅₈₇	T ₅₈₈	T ₅₈₉	T ₅₉₀	T ₅₉₁	T ₅₉₂	T ₅₉₃	T ₅₉₄	T ₅₉₅	T ₅₉₆	T ₅₉₇	T ₅₉₈	T ₅₉₉	T ₆₀₀	T ₆₀₁	T ₆₀₂	T ₆₀₃	T ₆₀₄	T ₆₀₅	T ₆₀₆	T ₆₀₇	T ₆₀₈	T ₆₀₉	T ₆₁₀	T ₆₁₁	T ₆₁₂	T ₆₁₃	T ₆₁₄	T ₆₁₅	T ₆₁₆	T ₆₁₇	T ₆₁₈	T ₆₁₉	T ₆₂₀	T ₆₂₁	T ₆₂₂	T ₆₂₃	T ₆₂₄	T ₆₂₅	T ₆₂₆	T ₆₂₇	T ₆₂₈	T ₆₂₉	T ₆₃₀	T ₆₃₁	T ₆₃₂	T ₆₃₃	T ₆₃₄	T ₆₃₅	T ₆₃₆	T ₆₃₇	T ₆₃₈	T ₆₃₉	T ₆₄₀	T ₆₄₁	T ₆₄₂	T ₆₄₃	T ₆₄₄	T ₆₄₅	T ₆₄₆	T ₆₄₇	T ₆₄₈	T ₆₄₉	T ₆₅₀	T ₆₅₁	T ₆₅₂	T ₆₅₃	T ₆₅₄	T ₆₅₅	T ₆₅₆	T ₆₅₇	T ₆₅₈	T ₆₅₉	T ₆₆₀	T ₆₆₁	T ₆₆₂	T ₆₆₃	T ₆₆₄	T ₆₆₅	T ₆₆₆	T ₆₆₇	T ₆₆₈	T ₆₆₉	T ₆₇₀	T ₆₇₁	T ₆₇₂	T ₆₇₃	T ₆₇₄	T ₆₇₅	T ₆₇₆	T ₆₇₇	T ₆₇₈	T ₆₇₉	T ₆₈₀	T ₆₈₁	T ₆₈₂	T ₆₈₃	T ₆₈₄	T ₆₈₅	T ₆₈₆	T ₆₈₇	T ₆₈₈	T ₆₈₉	T ₆₉₀	T ₆₉₁	T ₆₉₂	T ₆₉₃	T ₆₉₄	T ₆₉₅	T ₆₉₆	T ₆₉₇	T ₆₉₈	T ₆₉₉	T ₇₀₀	T ₇₀₁	T ₇₀₂	T ₇₀₃	T ₇₀₄	T ₇₀₅	T ₇₀₆	T ₇₀₇	T ₇₀₈	T ₇₀₉	T ₇₁₀	T ₇₁₁	T ₇₁₂	T ₇₁₃	T ₇₁₄	T ₇₁₅	T ₇₁₆	T ₇₁₇	T ₇₁₈	T ₇₁₉	T ₇₂₀	T ₇₂₁	T ₇₂₂	T ₇₂₃	T ₇₂₄	T ₇₂₅	T ₇₂₆	T ₇₂₇	T ₇₂₈	T ₇₂₉	T ₇₃₀	T ₇₃₁	T ₇₃₂	T ₇₃₃	T ₇₃₄	T ₇₃₅	T ₇₃₆	T ₇₃₇	T ₇₃₈	T ₇₃₉	T ₇₄₀	T ₇₄₁	T ₇₄₂	T ₇₄₃	T ₇₄₄	T ₇₄₅	T ₇₄₆	T ₇₄₇	T ₇₄₈	T ₇₄₉	T ₇₅₀	T ₇₅₁	T ₇₅₂	T ₇₅₃	T ₇₅₄	T ₇₅₅	T ₇₅₆	T ₇₅₇	T ₇₅₈	T ₇₅₉	T ₇₆₀	T ₇₆₁	T ₇₆₂	T ₇₆₃	T ₇₆₄	T ₇₆₅	T ₇₆₆	T ₇₆₇	T ₇₆₈	T ₇₆₉	T ₇₇₀	T ₇₇₁	T ₇₇₂	T ₇₇₃	T ₇₇₄	T ₇₇₅	T ₇₇₆	T ₇₇₇	T ₇₇₈	T ₇₇₉	T ₇₈₀	T ₇₈₁	T ₇₈₂	T ₇₈₃	T ₇₈₄	T ₇₈₅	T ₇₈₆	T ₇₈₇	T ₇₈₈	T ₇₈₉	T ₇₉₀	T ₇₉₁	T ₇₉₂	T ₇₉₃	T ₇₉₄	T ₇₉₅	T ₇₉₆	T ₇₉₇	T ₇₉₈	T ₇₉₉	T ₈₀₀	T ₈₀₁	T ₈₀₂	T ₈₀₃	T ₈₀₄	T ₈₀₅	T ₈₀₆	T ₈₀₇	T ₈₀₈	T ₈₀₉	T ₈₁₀	T ₈₁₁	T ₈₁₂	T ₈₁₃	T ₈₁₄	T ₈₁₅	T ₈₁₆	T ₈₁₇	T ₈₁₈	T ₈₁₉	T ₈₂₀	T ₈₂₁	T ₈₂₂	T ₈₂₃	T ₈₂₄	T ₈₂₅	T ₈₂₆	T ₈₂₇	T ₈₂₈	T ₈₂₉	T ₈₃₀	T ₈₃₁	T ₈₃₂	T ₈₃₃	T ₈₃₄	T ₈₃₅	T ₈₃₆	T ₈₃₇	T ₈₃₈	T ₈₃₉	T ₈₄₀	T ₈₄₁	T ₈₄₂	T ₈₄₃	T ₈₄₄	T ₈₄₅	T ₈₄₆	T ₈₄₇	T ₈₄₈	T ₈₄₉	T ₈₅₀	T ₈₅₁	T ₈₅₂	T ₈₅₃	T ₈₅₄	T ₈₅₅	T ₈₅₆	T ₈₅₇	T ₈₅₈	T ₈₅₉	T ₈₆₀	T ₈₆₁	T ₈₆₂	T ₈₆₃	T ₈₆₄	T ₈₆₅	T ₈₆₆	T ₈₆₇	T ₈₆₈	T ₈₆₉	T ₈₇₀	T ₈₇₁	T ₈₇₂	T ₈₇₃	T ₈₇₄	T ₈₇₅	T ₈₇₆	T ₈₇₇	T ₈₇₈	T ₈₇₉	T ₈₈₀	T ₈₈₁	T ₈₈₂	T ₈₈₃	T ₈₈₄	T ₈₈₅	T ₈₈₆	T ₈₈₇	T ₈₈₈	T ₈₈₉	T ₈₉₀	T ₈₉₁	T ₈₉₂	T ₈₉₃	T ₈₉₄	T ₈₉₅	T ₈₉₆	T ₈₉₇	T ₈₉₈	T ₈₉₉	T ₉₀₀	T ₉₀₁	T ₉₀₂	T ₉₀₃	T ₉₀₄	T ₉₀₅	T ₉₀₆	T ₉₀₇	T ₉₀₈	T ₉₀₉	T ₉₁₀	T ₉₁₁	T ₉₁₂	T ₉₁₃	T ₉₁₄	T ₉₁₅	T ₉₁₆	T ₉₁₇	T ₉₁₈	T ₉₁₉	T ₉₂₀	T ₉₂₁	T ₉₂₂	T ₉₂₃	T ₉₂₄	T ₉₂₅	T ₉₂₆	T ₉₂₇	T ₉₂₈	T ₉₂₉	T ₉₃₀	T ₉₃₁	T ₉₃₂	T ₉₃₃	T ₉₃₄	T ₉₃₅	T ₉₃₆	T ₉₃₇	T ₉₃₈	T ₉₃₉	T ₉₄₀	T ₉₄₁	T ₉₄₂	T ₉₄₃	T ₉₄₄	T ₉₄₅	T ₉₄₆	T ₉₄₇	T ₉₄₈	T ₉₄₉	T ₉₅₀	T ₉₅₁	T ₉₅₂	T ₉₅₃	T ₉₅₄
---------	--	------	----------------------	-------------	--------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

PROMEDIO DE LA TABLA N.º 6
GRUPO A.

GRUPO A.

[illegible]

PROMEDIO DE LA TABLA N° 7

GRUPO B

GRUPO B

PROMEDIO DE LA TABLA N° 1		GRUPO B	
27	35'26"	5	45
TIEMPO TOTAL		TIEMPO TOTAL	
NUMERO DE RESPUESTAS		NUMERO DE RESPUESTAS	
Q	5	Q	5
D	4	D	4
DS	108'15	DS	108'15
Ds	6	Ds	6
F+	3	F+	3
F	1	F	1
M	1	M	1
C	1	C	1
CF	108'15	CF	108'15
EC	108'15	EC	108'15
V	108'15	V	108'15
Y	108'15	Y	108'15
H	108'15	H	108'15
HD	108'15	HD	108'15
A	108'15	A	108'15
Ad	108'15	Ad	108'15
Anot	108'15	Anot	108'15
Bot	108'15	Bot	108'15
J-f	108'15	J-f	108'15
Songre	108'15	Songre	108'15
Religion	108'15	Religion	108'15
Mot	108'15	Mot	108'15
Pers	108'15	Pers	108'15
Pueso	108'15	Pueso	108'15
Alim	108'15	Alim	108'15
Do	108'15	Do	108'15
Casa	108'15	Casa	108'15
Obj	108'15	Obj	108'15
Rumid	108'15	Rumid	108'15
Arg	108'15	Arg	108'15
Abajo	108'15	Abajo	108'15
Yoo	108'15	Yoo	108'15
Ta-sage	108'15	Ta-sage	108'15
Succession	108'15	Succession	108'15
Inmed. geol	108'15	Inmed. geol	108'15
Volcanes	108'15	Volcanes	108'15
F+ %	108'15	F+ %	108'15
A %	108'15	A %	108'15
Fulla	108'15	Fulla	108'15

- CUADROS DE LOS TIPOS DE VIVENCIA -

GRUPO A

CASO N.	N	C	E	C	E	N
1	1					COARTATIVO
2	2					COARTADO
3	2	1	1			EXTRATENSIVO-IMPULSIVO-EGOCENTRICO
4	1					COARTATIVO
5	1	1	1			EXTRATENSIVO-EGOCENTRICO
6	2	6	2			COARTADO
7	2	1	2	1		EXTRATENSIVO-EGOCENTRICO

GRUPO B

CASO N.	N	C	E	C	E	N
1	2					INTROVERTIDO
2	1	3	2	1		EXTRATENSIVO-IMPULSIVO-EGOCENTRICO
3	4					INTROVERTIDO
4	7	1				EXTRATENSIVO-IMPULSIVO
5	1	3	3			EXTRATENSIVO-EGOCENTRICO
6	1	1				COARTATIVO
7						COARTADO
8	1	1				EXTRATENSIVO-IMPULSIVO-EGOCENTRICO-TEND. A LA COARTACION
9	6					COARTATIVO
10	1					EXTRATENSIVO-IMPULSIVO
11	1					INTROVERTIDO
12	1					COARTATIVO
13	1	2	1			EXTRATENSIVO-IMPULSIVO-EGOCENTRICO
14	2	1				EXTRATENSIVO-IMPULSIVO-EGOCENTRICO
15	1	1				EXTRATENSIVO-EGOCENTRICO
16						COARTADO

en forma conjunta. No obstante, siempre hay una función que se destaca del conjunto de todas las otras. En base a ese criterio hemos encontrado los siguientes porcentajes de fallas en el rendimiento de las funciones o procesos psíquicos:

GRUPO A:

Memoria auditiva, fallas del rendimiento	15 %
Memoria visual	4 %
Intelección o comprensión	15 %
Juicio	4 %
Razonamiento	27 %
Asociación de ideas	15 %
Imaginación	19 %

GRUPO B:

Memoria auditiva	12 %
Memoria visual	9 %
Comprensión	15 %
Juicio	9 %
Razonamiento	30 %
Asociación de ideas	15 %
Imaginación	9 %

III) Psicodiagnóstico de Rorschach.

Resultados obtenidos con el empleo de esta técnica exploratoria:

Valoración cuantitativa: Con las respuestas obtenidas en las diez láminas, una vez valoradas y catalogadas, confeccionamos las siguientes tablas, correspondientes a los Grupos A y B. Esta técnica sólo se pudo emplear en 8 casos del Grupo A y en 16 casos del Grupo B.

ESTUDIO DE LOS RESULTADOS DE LAS TABLAS ANTERIORES.—
Estadística y comentario. Número de respuestas: En lo que respecta al Grupo A, el número total de respuestas obtenido es de 194 en los ocho casos. El promedio de respuestas por niño es de 24. Estos resultados están de acuerdo con los obtenidos en

las investigaciones efectuadas por Ruperto Inti Luna, cuyo promedio fué de 29 respuestas por sujeto (*Revista de Neuro-Psiquiatría*, tomo IV, N° 2, Lima, 1941). El resultado puede considerarse normal. En el Grupo B: el número total de respuestas en los 16 casos alcanzó a la suma de 432. El promedio es de 27 respuestas por sujeto. Resultado normal de acuerdo a lo anteriormente expuesto y a la estadística que realizamos en el Laboratorio de Psicopedagogía S. Morey y Otero, sobre 1324 casos de 13 a 18 años. Este promedio osciló entre las 18 y 22 respuestas por sujeto (ver *Boletín del Laboratorio*, N° 3, 4, marzo de 1947).

Estos resultados no coincidirían con el criterio del Dr. Salas, quien sostiene que el número total de respuestas en los epilépticos se encuentra aumentado (*Psicodiagnóstico de Rorschach*, Madrid, 1944).

Tiempo total: Se calcula la duración de la toma del Rorschach alrededor de los 30 minutos. En la estadística que realizamos en el Laboratorio de Psicopedagogía ya mencionada el tiempo total osciló entre los 20 y 23 minutos. En el Grupo A, el promedio del tiempo total fué de 45 minutos. En el Grupo B, dicho promedio fué de 33 minutos. Se aprecia un sensible aumento, en ambos grupos, del tiempo total, lo que nos indica lentitud en los procesos asociativos o bien estados inhibitorios. Nuestra opinión es que actuaron ambos factores.

Tiempo de reacción frente a cada lámina.—Dicho tiempo, en el Grupo A, es muy variable oscilando entre los 9 y los 66 segundos. El promedio estaría dado por 30 segundos. En el Grupo B se nota igual oscilación entre los 9 y los 61 segundos, el promedio estaría dado por los 26 segundos. El hecho de que, en general, no se hayan publicado datos sobre este punto impide toda comparación. No obstante, nuestra experiencia en niños normales, nos permite afirmar que este tiempo se encuentra sensiblemente aumentado respecto a los niños normales.

TIPO APERCEPTIVO.—Para la clasificación de dicho tipo, seguimos las directivas de Beck: G-D-Ds/Dd-Dds. La fórmula utilizada por dicho autor y que casi coincide con la que arrojan nuestros escolares, es: 34 R-G: 8; D: 23; Dd: 3.

En el Grupo A, promedialmente encontramos: G: 4; D: 17; Dd: 3. Si del promedio pasamos al análisis individual de los casos obtenemos los siguientes resultados: 3 casos con pensamiento de tipo concreto; un caso con inteligencia de tipo analizadora y sintética; dos casos con inteligencia de tipo detallista y dos casos

to Inti Luna, cuyo pro-
viata de Neuro-Psiquia-
tado puede considerarse
de respuestas en los 16
dio es de 27 respuestas
a lo anteriormente ex-
en el Laboratorio de
224 casos de 13 a 18
2 respuestas por suje-
rzo de 1947).

riterio del Dr. Salas,
estas en los epilepti-
ático de Rorschach,

e la toma del Rors-
estadística que reali-
ya mencionada el
En el Grupo A, el
En el Grupo B, di-
n sensible aumentó,
indica lentitud en
rios. Nuestra opi-

de dicho tipo,
ds. La fórmula
la que arrojan

G: 4; D: 17;
dual de los ca-
n pensamiento
analizadora y
ta y dos casos

PSICOLOGÍA DEL NIÑO EPILEPTICO

con tipo de inteligencia equilibrada. Como se aprecia claramente, el tipo de inteligencia minuciosa, presentada como nota característica de la inteligencia del epileptico sólo alcanza a un porcentaje del 25 por ciento.

En el Grupo B: El promedio obtenido es, en 27 respuestas, 5 G, 15 D, 0,37 Ds, 4 Dd, Dds 0,18. Pasando al análisis de los casos individuales vemos que 5 casos presentan un tipo de inteligencia minuciosa, tres casos de inteligencia equilibrada, 6 casos de inteligencia concreta, un caso de inteligencia analítica sintética y un caso cuyas G y D están muy disminuidas. El porcentaje de la inteligencia minuciosa alcanza a la cifra del 31 %, mereciendo igual comentario que en el grupo anterior.

CONTRASTE (S).—Según Beck la atracción por el espacio blanco surge de una actitud y por tanto, su composición psíquica es primariamente afectiva. Genéricamente consiste en la auto-voluntad y equivale en una personalidad vigorosa al poder y determinación de la voluntad. Loosli Usteri, en su libro *Cinco estudios sobre el Test de Rorschach* señala que la presencia de S, en los niños, revela una tendencia a la oposición, la que puede estar dirigida contra su misma personalidad o contra el medio ambiente de acuerdo al resto del psicograma.

En el Grupo A: Obtuvimos promedialmente 0,25.

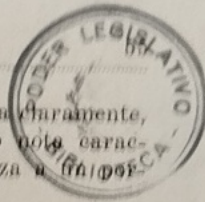
En el Grupo B: 0,56.

Estos promedios son muy inferiores a los obtenidos por Loosli Usteri, cuya cifra sería de 4 a 5,3. Significa que el afán de emancipación de nuestros epilepticos frente al medio ambiente se realiza en forma tímida e insegura en el Grupo B; dentro del Grupo A, dicha emancipación es casi nula.

CALIDAD DE LAS INTERPRETACIONES.—Porcentaje de formas positivas.—Este porcentaje señala la capacidad del sujeto para orientar su atención consciente y su pensamiento.

Las condiciones psicológicas requeridas para dar formas positivas, son, según Rorschach, las siguientes:

- 1º) Habilidad para centrar la atención haciendo posible una percepción clara.
- 2º) Posición de cuadros mentales claros (engramas).
- 3º) Poder traer estos engramas claros, memorizados, a la conciencia.
- 4º) Habilidad para seleccionar de estos engramas, el que más responde a un estímulo dado.



Según Beck, el mínimo de porcentaje de formas positivas en el sujeto normal es de 60 %. Inti Luna, en su estudio ya citado, lo fija en 66 %. En el Grupo A, dicho porcentaje alcanza al 68 %; en el Grupo B, 74 %. Índice de buena atención voluntaria y precisión en el pensamiento.

CAUSAS DETERMINANTES.— *Movimientos (M)*: Rorschach define la esencia de las respuestas de movimiento, como actividad de fantasía e imaginación. Pero para conocer el tipo de fantasía es menester considerar la cantidad y calidad de movimientos. Hay que analizar por separado cada M, para poder determinar luego:

- 1º) El número total de respuestas de movimiento.
- 2º) Calidad de la forma (M) (M-).
- 3º) Si el M está visto en la totalidad de la lámina 9; en una parte (D) o en un (Dd).
- 4º) Si el contenido es parte de humano (Hd).
- 5º) Si existen M en animales o en cosas inanimadas.
- 6º) Si los M son en flexión o en extensión.
- 7º) Correlacionar este elemento quinestésico con todos los demás factores del protocolo.

Los promedios de M en nuestros epilépticos, para ambos grupos, son de un M, lo que es índice de poca vida imaginativa, y de inteligencia más reproductiva que de tipo creador.

COLOR (C).— Estas respuestas se vinculan a la afectividad del sujeto. El color puro (C) corresponde a sentimientos incontrolados, corrientes agresivas intensas. En los niños pequeños este tipo de respuesta es normal. Su presencia en niños de mayor edad y en el adolescente, indica que éstos no han superado etapas anteriores y marcan un desajuste que correlacionado con el resto del protocolo, nos muestra el grado y tipo de desajuste.

En el Grupo A: El promedio de respuestas de color es de 0,37; en el Grupo B: dicho promedio es de 1,37.

Comparados dichos promedios con el que corresponde a los adolescentes normales de 13 y 14 años, 0,25, apreciamos que en el Grupo B dicho promedio se encuentra aumentado, lo que evidencia falta de estabilidad afectiva, inmadurez, corrientes agresivas instintivas (afectividad con momentos regresivos).

En cambio en el Grupo A, el grado de agresividad es casi normal teniendo en cuenta la edad y la presencia de color forma y forma color.

COLOR FORMA (C F).— Indican estas respuestas una reacción menos impulsiva, pero aun muy lábil. Según Beck, son índice de afectos y pasiones no dominados, de sugestibilidad e irritabilidad emocional. Se las encuentra en niños, adolescentes y adultos, variando en cada uno de ellos, su cantidad y calidad. En el Grupo A, el promedio de este tipo de respuesta es de uno. En el Grupo B, es de 0,62. En los adolescentes normales es de 0,55. Estos resultados pueden considerarse, pues, dentro de la normalidad.

FORMA COLOR (F C).— La aparición de estas respuestas marca una nueva etapa del desarrollo emocional. Aquí lo determinante es la forma, secundariamente el color. Sostiene Beck, que significarían la voluntad de estar en consonancia emocional con el medio ambiente. Es sentirse solidario con el adulto humano, comprensivo y tolerante, en una palabra, señal de la reacción afectiva normal (cordial) del adulto.

En el Grupo A, el promedio arrojado es de 0,75. El análisis de los casos individuales indican que el 75 % presenta forma color. En el Grupo B, el promedio es de 0,37. Analizados los casos individuales apreciamos que el 75 % del Grupo A, carece de este tipo de respuesta. En los adolescentes normales el promedio es de una respuesta. El comentario que merecen estos datos consiste en destacar que en el Grupo A, el contacto afectivo con el medio ambiente es más positivo, aproximándose a la cifra normal. Por el contrario en el Grupo B, dicho contacto afectivo es deficiente.

RESPUESTAS CLARO OSCURO Y TRIDIMENSIONALES (Y, V).— *Afecto como disforia.*— La presencia de estas respuestas indican afectos opresivos.

Las respuestas V (tridimensionales) tienen el significado de complejo de inferioridad adleriano, causa principal de desajuste e incoordinación de la personalidad. En el Grupo A, el promedio es de 0,12, pero sólo un niño arrojó este tipo de respuesta. En el Grupo B, el promedio es de 0,37 y el 31 % del grupo presentó estas respuestas. Los adolescentes normales presentan un promedio de 0,45. Para el Grupo B, el resultado puede considerarse normal. En el Grupo A, sólo un niño dió V, prácticamente en el grupo no existen estas respuestas.

Respuestas Y: Aquí es la tonalidad negro-blanco lo que provoca la asociación. Significan tendencias depresivas, afectos opresivos. Rorschach les daba un alcance angustioso. En el Grupo A, el promedio es de 0,37, el 35 % dió este tipo de respuestas. En

el Grupo B, el promedio es de 0,93, contestaron el 50 %. El promedio en los adolescentes normales es de 0,45. En el Grupo A, habría factores depresivos no muy intensos. En el B, el factor depresivo y angustioso se destacaría como un aspecto muy importante de la personalidad del menor epiléptico.

SHOCK GRIS.— El shock claro oscuro indica ansiedad cuyas raíces estarían en tempranas experiencias del individuo, traduce, también, neurosis, miedo en todos sus matices.

En el Grupo A, el promedio es de 0,62, el 62 % del grupo dió este shock. En el Grupo B, el promedio es de 0,81, el 68 % dió esta reacción.

Loosli Usteri, en sus trabajos no encontró este shock, de manera que la presencia en nuestros dos grupos es altamente significativa. Sería una nota característica de la personalidad del menor epiléptico los rasgos neuróticos: ansiedad y miedo.

SHOCK COLOR.— Para Rorschach, este shock, revelaría represión afectiva, y un estado neurótico, más o menos profundo. El neurótico no podría dejar de presentar este shock.

En el Grupo A, el promedio es de 0,62 y el 62 % del grupo daría este shock. En el Grupo B, el promedio es de 0,62, arrojando este resultado el 56 %. Comparados ambos promedios con los resultados de Loosli Usteri y el autor peruano Inti Luna, vemos que este último no encontró esta reacción en sus investigaciones; a su vez, la primera destaca el hecho de que en niños que presentan trastornos afectivos, aun en ellos, el shock estaría ausente casi siempre. Los menores epilépticos presentarían, pues, represión afectiva de raíz neurótica. Considerando que también presentan shock gris, podemos concluir que se refuerzan los rasgos neuróticos.

CONTENIDO DE LAS INTERPRETACIONES.— *Animales.*— Estas respuestas revelan, según su porcentaje, la medida de habilidad perceptiva y constituye un factor de adaptación intelectual. Cabe destacar que los factores afectivos, pueden aumentar o disminuir el porcentaje de animales.

En el Grupo A, el porcentaje es de 61 %; en el Grupo B, es de 48 %. En los niños normales de siete a ocho años el porcentaje es de 54 %. Podemos decir, que nuestros grupos están encuadrados en la normalidad, no presentando estereotipia.

Vulgares: Representan la capacidad de participar en el pensamiento común del grupo. Su valoración como tales respuestas,

se hace en base a estadísticas americanas. En nuestro país no se han realizado estadísticas de este tipo. Los norteamericanos presentan como promedio 20 respuestas vulgares; nuestros resultados en ambos grupos, son pobres: tres respuestas.

Correlacionando el porcentaje de animales y vulgares, y considerando los factores afectivos que hacen variar estos porcentajes, obtenemos el tipo de adaptación intelectual. En el Grupo A, el 62 % presenta buena adaptación; el 25 % una adaptación de tipo ansioso y el 13 %, mala adaptación. En el Grupo B, el 44 % realiza su adaptación normal, el 31 % insuficiente; el 13 % francamente mala y el 12 % adaptación de tipo ansioso.

Humanas y parte de humanas (H y Hd).— Para Rapaport un porcentaje del 15 % de estas respuestas señala que el sujeto está bien adaptado con los otros seres humanos. No obstante, por sí sólo ese porcentaje no nos daría la pauta para el diagnóstico sobre ese tópico. Hay que tener en cuenta, además, varios factores del protocolo que, correlacionados entre sí, nos permiten apreciar si existe un interés libre y normal, o por el contrario, si éste se encuentra perturbado.

El porcentaje para nuestros grupos sería de 13 % para el Grupo A y 12 % para el B, respectivamente. Resultados que deberían ser considerados normales de guiarnos por el criterio exclusivamente cuantitativo. El análisis cualitativo, revela en el Grupo A, primero, la presencia del shock gris y color en el 62 % de los casos; segundo, respuestas Y, en el 25 %, lo que nos lleva a la conclusión de que en este grupo hay factores ansiosos depresivos que imposibilitan un interés normal, dicho interés sería del tipo ansioso. En el Grupo B, observamos, primero, que existe igual cantidad de H y Hd; segundo, que en las respuestas de C (C-CF-FC), el número mayor está dado por el C puro, siguiéndolo el CF y FC. Tercero, la presencia del shock gris y shock color; cuarto, las respuestas Y, todo lo que nos conduce a afirmar, que el interés por los demás seres humanos, en este grupo, es principalmente de tipo ansioso, predominando los impulsos agresivos sobre los sentimientos aloécnicos respecto a los otros seres humanos. En una palabra, *desadaptación*.

Anatómicas.— Los autores distinguen entre respuestas de anatomía ósea, muscular y visceral. Las óseas se referirían al bloqueo afectivo y rigidez; las otras, encubrirían actividades sexuales o agresivas. Rorschach las vinculaba con el complejo intelectual, preocupaciones hipocondríacas y ansiosas. Claro está que deben ser correlacionadas con el conjunto del protocolo.

En el Grupo A, el promedio es de uno, el 25 % del grupo dió este tipo de respuestas. Loosli Usteri, no presenta en sus cuadros este tipo de respuestas. La edad del grupo indica un porcentaje elevado.

En el Grupo B, el promedio es de 1,81. Comparado con el de los adolescentes normales 1,2, podemos concluir que existe en los integrantes de este grupo sentimientos hipochondríacos y ansiedad generalizada.

DETALLE OLIGOFRÉNICO (Do).— Estas respuestas aparecen en los deficientes mentales y en sujetos inteligentes con ansiedad e inhibición. En el Grupo A, no aparecen. En el B, el promedio es de 0,81. En verdad sólo dos personas presentan este tipo de respuestas, precisamente un oligofrénico de grado medio y un débil mental.

BOTÁNICAS.— Se vinculan con una falta de madurez en los contenidos asociativos cuando proceden de adultos y adolescentes. En ciertos casos, significan sensibilidad y delicadeza de sentimientos. En el Grupo A, el promedio es de uno, en el B, de 1,56. Los trabajos realizados en el Laboratorio Psicopedagógico S. Morey Otero, arrojan un promedio de 0,40.

RESPUESTAS PERSEVERATIVAS.— El Dr. Salas, en su libro *El Psicodiagnóstico de Rorschach* recuerda que Stauder en 1938, sostuvo que las alteraciones caracterológicas de la epilepsia genuina se manifiestan en el psicodiagnóstico por un síntoma fundamental que es la máxima perseveración. Nuestros resultados en el Grupo A, nos dicen que el 37 % del grupo da respuestas perseverativas. En el B, el porcentaje llega al 25 %. *De acuerdo con estos resultados no podemos incluir en nuestro cuadro de rasgos psicológicos del epiléptico la perseveración y pegajosidad.*

OTRAS RESPUESTAS EN LO QUE RESPECTA AL CONTENIDO DE LA INTERPRETACIÓN.— Por no presentar ninguna particularidad que adquiriera especial importancia, no se pasa a su comentario.

SUCESIÓN.— Por su intermedio conocemos los hábitos metódicos y el contralor intelectual de los sujetos examinados. En las perturbaciones afectivas es muy importante conocer el tipo de sucesión ya que constituye una de las notas señaladoras de cómo el sujeto enfrenta sus conflictos y si conserva el dominio sobre los afectos perturbados. En el Grupo A, encontramos que en ocho,

cinco tienen sucesión ordenada; tres laxa y uno ordenada con rasgos irregulares. La conclusión es que el 62 % tiene sucesión ordenada, por tanto que existe voluntad suficiente para dominar los trastornos afectivos. En el Grupo B, encontramos doce casos con sucesión laxa, tres de sucesión ordenada y uno con rígida. *En el 75 % de los casos, los adolescentes no pueden superar los trastornos afectivos.*

INTELIGENCIA EN EL ROSCHACH.
CONFRONTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL RORSCHACH
CON LOS DE YERKES y Terman-MERRILL

Rorschach caracterizaba a los individuos inteligentes por las siguientes notas:

- 1º) Capacidad de mantener una atención activa y sostenida (formas positivas y sucesión).
- 2º) Un grado óptimo en la capacidad de disciplinar la función lógica la que debe ser automatizada en el mayor grado posible (sucesión ordenada).
- 3º) Grado óptimo en la actividad asociativa; voluntad consciente o inconsciente, de realizar una operación más complicada (cantidad de globales).
- 4º) Capacidad de dosificar los momentos asociativos y afectivos, en vista de un fin, que mantiene la atención despierta (tipo perceptivo equilibrado).
- 5º) Buen porcentaje de respuestas animales (índice de adaptación mental).
- 6º) Respuestas originales.
- 7º) Riqueza en el contenido asociativo (variabilidad de respuestas y originales).
- 8º) Capacidad de creación interior (respuestas de movimiento).
- 9º) Respuestas vulgares (capacidad de participar en el pensamiento de la colectividad que se integra).

Estos diversos componentes de la inteligencia, pueden, en cada caso, darse en diversa medida, lo que acarrea una cantidad de variantes parciales y totales de la misma.

Cabe destacar, también, que el cuadro presentado por Rorschach se refiere a los adultos, lo que nos obliga a entrar en la adaptación necesaria que exige la psicología infantil. De los componentes revistados, hay varios factores que permanecen sin alteración, en líneas generales. Otros, en cambio, sufren marcas alteraciones. Entre los primeros, figura el porcentaje de formas positivas, de animales y vulgares que en los menores sufre un ligero aumento. Entre los segundos, se mencionan el número de globales, aumento que para Loosli Usteri es raro en los niños y que, generalmente cuando se presenta, señalaría una actitud crispada. El tipo aperceptivo que en los menores normales sería de tipo concreto, es decir, con detalle aumentado. También los Dd son más frecuentes en el niño que en los adultos, marcando una incertidumbre interior o un pensamiento correspondiente a una etapa inferior de la evolución. Integraría este grupo los movimientos que, para Loosli Usteri, en los menores no indicarian gran capacidad intelectual, sino una actitud también crispada. Por último, entre los factores que sufren cambios, estaría el contenido asociativo, que en los menores, es más restringido e invariable.

Hechas estas salvedades, pasamos a confrontar los resultados.

En el Grupo A, el Rorschach arroja cinco casos de inteligencia normal, un caso de inteligencia superior, uno de marginal, y otro de baja inteligencia. Estos resultados concuerdan con los del Yerkes y el Terman-Merrill, con las salvedades y aclaraciones que hicimos más arriba.

En el Grupo B, el Rorschach arroja 10 casos de inteligencia normal, cinco de baja inteligencia, y uno de inteligencia superior, en porcentajes: 62 %, 31 % (que agrupa los marginales y debilidad mental) y 6,2 % respectivamente. Concuerdan, pues, los resultados.

AFFECTIVIDAD EN EL RORSCHACH.— Estudiaremos sucesivamente la inserción en la realidad, tensión psicomotriz, tipo de vivencia, tipo de reacción, agresividad y sexualidad.

Inserción en la realidad, o sea, como se adapta el menor intelectual y afectivamente al medio ambiental. *En el Grupo A*, la adaptación es negativa en el 25 % de los casos presentando trastornos intelectuales y afectivos. En el 63 % la inserción es deficiente por trastornos en la esfera afectiva, el 12 % presentaría una adaptación normal. *En el Grupo B*, el 37 % se adapta en forma negativa, el 50 % adaptación deficiente por trastornos

afectivos y el 13 % se adapta normalmente. Podemos concluir que en nuestros epilépticos el porcentaje mayor indica no adaptación al medio ambiental por trastornos afectivos.

Tensión psicomotriz.— Por ello entendemos el estado dinámico de la personalidad. Dicho estado, sería resultante final de un conjunto de fuerzas que se originan en los diversos planos constitutivos del psiquismo y del soma. La tensión psicomotriz, es decir, ese potencial dinámico, se evidenciaría a través de dos grupos de antinomias fundamentales: elación-depresión, constitutivas del componente psíquico dominante de la tensión, y excitación-inhibición, que son el componente cortical dominante. En general, los constituyentes psíquicos y corticales, de naturaleza análoga se presentan juntos. En nuestra investigación, encontramos en el Grupo A, 50 % de depresivos, el 25 % elacionados y el 25 % restante pasa por períodos de elación y depresión. En el Grupo B, el 56 % es depresivo, el 19 % elacionado y el 25 % restante, pasa por períodos de elación y depresión.

Vemos, pues, que en ambos grupos domina el estado depresivo. Estos resultados, parecen no estar de acuerdo con lo que se ha llamado un rasgo de la psicología del epiléptico.

Tipo de vivencia.— Para Rorschach, la relación mutua entre los momentos intratensivos y los extratensivos, representan el tipo de vivencia. Dicho tipo indica lo que el sujeto siente y no como vive, ni lo que ambiciona.

Los tipos de vivencia, fueron clasificados por Rorschach, en diferentes grupos, he aquí la clasificación: 1º) *tipo coartado*; 2º) *tipo coartativo*; 3º) *tipo extratensivo-adaptado*; 4º) *tipo extratensivo egocéntrico*; 5º) *intratensivo*; 6º) *introvertido*, y 7º) *tipo ambiguo-normal*. Por tipo coartado, se entiende el individuo sometido a la disciplina lógica que no produce ni interpretación de movimiento, ni de color (OM-OC). El tipo coartativo, se asemeja al anterior pero intervienen en algo los factores afectivos (OM, 1C) o (1M, OC) o (1M-1C). Por tipo extratensivo adaptado, se entiende aquellos individuos que conocen los sentimientos de los demás y sienten con ellos (etapa alocéntrica). La fórmula de este tipo sería: $(XM < C)$ (dentro de las respuestas de C, hay predominio de las FC). Por extratensivo egocéntrico se entiende las personas que no dominan suficientemente sus estados emotivos (etapa egocéntrica). En el mundo afectivo, el punto de referencia es el propio yo; la fórmula de este tipo sería $(XM < \Sigma C)$ (dentro de las respuestas de C, predominan las CF). Por intratensivo, se entiende aquel tipo que presenta una rica vida

imaginativa, con productividad creadora. Sus relaciones afectivas son estables y más intensas que extensas. La fórmula de este tipo está dada por ($XM > \Sigma C$). Por introvertido, se entiende aquellos sujetos que no logran una adaptación afectiva eficaz, la fórmula sería: $XM-OC$, este cuadro entra dentro de lo patológico, observándose en los paranoicos, en las depresiones psicógenas y en ciertos tipos de melancolía. Por tipo de vivencia ambigüa normal, se entiende aquellas personas que logran un armonioso equilibrio entre las tendencias intratensivas y extratensivas, su fórmula sería $XM-XC$. Hemos agregado, por nuestra parte, un subgrupo dentro del extratensivo, que denominamos extratensivo-impulsivo y cuya fórmula sería ($0,0$ pocos $M \leq C$) (dentro de las respuestas de color vemos un considerable aumento de C puro en relación al CF y al FC , dándose casos de sólo C). El tipo, así configurado, se distingue por realizar contactos con el medio ambiente de tipo impulsivo-agresivo, o sea, que no se adapta en forma normal.

En nuestro trabajo hemos encontrado los siguientes tipos de vivencia. *En el Grupo A:* un 50 % de tipo extratensivo-egocéntrico, el 25 % de tipo coartativo, el 12 % de tipo impulsivo y el 12 % coartado. *En el Grupo B:* el 19 % de tipo introvertido, el 19 % coartativo, el 13 % coartado, el 12 % tipo extratensivo-impulsivo, el 12 % extratensivo-egocéntrico y el 25 % extratensivo-egocéntrico-impulsivo. Se aprecia que en ambos grupos el tipo extratensivo-impulsivo representa sólo un porcentaje del 12 %. No se realizaría en nuestros epilépticos un contacto con el medio ambiente de tipo agresivo-impulsivo nada más que en el porcentaje mencionado. Pese a ello, debemos reconocer que en los epilépticos existe un potencial agresivo que no se descarga frente al medio ambiental por razones que pasamos a exponer a continuación.

Agresividad.— En el Grupo A, encontramos un 50 % con tendencias agresivas, sin peligrosidad por los rasgos ansiosos y depresivos, un 25 % presenta agresividad y peligrosidad y el 25 % restante, presenta represión de su potencial agresivo. En el Grupo B, el 31 % presenta una agresividad intensa sin contralor, un 31 % sin potencial agresivo, por represión. El 38 % restante, presenta agresividad sin peligrosidad por sus rasgos ansiosos y depresivos. Se aprecia en el Grupo A, el 75 % de los casos no vuelca su potencial agresivo frente al medio ambiental; se limita a controlarlo o reprimirlo. En el Grupo B, el 69 % de los casos, por los mismos factores ya citados, no descargaría su agresividad al medio ambiental.

TIPO DE REACCIÓN.— Por tal se entiende el modo de reacción del sujeto frente a los estímulos que sobre él inciden. Se han distinguido tres tipos de reacción, a saber: reacción normal, de ira (colérica) y reacción de miedo (displacer).

En el Grupo A, el 63 % exhibe un tipo de reacción de miedo y displacer, el 25 % un tipo de reacción colérica y el 12 % un tipo de reacción conjunta de miedo-cólera.

En el Grupo B, el 56 % presenta la reacción miedo-displacer, el 19 % colérica, el 19 % colérica-miedosa y el 6 % reacción normal. En ambos grupos, se aprecia un franco predominio de la reacción miedosa.

SEXUALIDAD.— A través del Test de Rorschach se puede apreciar, también, el desarrollo psicosexual del sujeto investigado. Los factores del protocolo que traducen conflictos sexuales han sido estudiados, principalmente por Rapaport y Beck. Los desajustes sexuales estudiados en el Rorschach son: el complejo de castración, tendencias masturbatorias y tendencias homosexuales, rasgos orales, fijaciones a la madre o al padre, tendencias masoquistas y sadistas, etc., etc.

Los resultados obtenidos en nuestras investigaciones revelan que en ambos grupos el 75 % de los casos presenta conflictos sexuales no superados.

En el Grupo A, el 51 % presenta un conflicto sexual no definido (shock en L.6), el 12 % exhibe tendencias masoquistas, el 12 % complejo de castración y el 25 % restante sería normal.

En el Grupo B, el 38 % presentaría conflictos sexuales no definidos, el 6 % complejo de castración, el 6 % fijación a la madre, el 13 % complejo de castración acompañado con tendencias masturbatorias; el 6 % masoquismo y tendencias homosexuales, el 6 % rasgos orales y el 25 % restante sería normal, sin conflictos.

CONACIÓN EN EL RORSCHACH.— En nuestros epilépticos la conación no ha logrado un grado óptimo de maduración. En el Grupo A, el 38 % es pasivo, con buen potencial de energía; el 25 % exhibe una pasividad sin potencial energético, el 25 % exhibe una actividad que se realiza en forma de impulsos; el 12 % presenta buena tensión psicomotriz, pero sin encauzar. En el Grupo B, el 56 % presenta pasividad con buen potencial, el 31 % actividad impulsiva, el 13 % pasividad.

DIAGNÓSTICO DE LA PERSONALIDAD.— El Rorschach nos permite diagnosticar si estamos en presencia de un sujeto con estructura personal normal o patológica. Cada individuo reacciona frente a este psicodiagnóstico en forma peculiarísima. Los resultados que pudimos recoger en nuestros trabajos son los siguientes: en el Grupo A, el 88 % de los casos deben ser diagnosticados como neurosis. En el Grupo B, el 82 % corresponde, también, al tipo de neurosis.

En el Grupo A, las neurosis estarían representadas con los siguientes porcentajes: 25 % neurosis de tipo histérico; 38 % neurosis de tipo histérico con rasgos depresivos y ansiosos, el 25 % neurosis con rasgos depresivos y el 12 % serían sujetos estructurados normalmente. En el Grupo B, el 25 % presentaría neurosis de tipo histérico, el 19 % neurosis de angustia, el 19 % neurosis con rasgos neurasténicos, el 13 % neurosis histérica con rasgos ansiosos, el 6 % oligofrenia de tipo agresivo, el 6 % oligofrenia de tipo depresivo, y el 6 % personalidad neurótica de tipo no definido y el 6 % personalidad prepsicótica.

Notas que caracterizarían a la epilepsia, desentrañadas de la técnica de Rorschach, por su autor y el Dr. Salas.— Según estos autores el psicodiagnóstico de los epilépticos presentaría ciertas características salientes que pasamos a describir:

- 1º) Número de respuestas aumentadas.
- 2º) Tiempo de reacción aumentado.
- 3º) Tipo de percepciones D-G.
- 4º) Porcentaje de formas positivas, del 60 al 70 % en epileptoides; epilepsias no demenciadas del 50 al 60 % y las demenciadas del 30 al 50 % y las demenciadas de 10 al 30 %.
- 5º) Movimientos negativos y secundarios.
- 6º) Respuestas de color, dominando el CF y el C sobre FC.
- 7º) Respuestas de animales del 20 al 50 %.
- 8º) Respuestas confabulatorias.
- 9º) Respuestas de autoreferencia.
- 10) Interrupción de la prueba para hablar de los ataques.
- 11) Alteración del lenguaje.

Rorschach ha presentado del tipo epileptoide el siguiente cuadro:

- 1º) Tipo de vivencia extratensivo.
- 2º) Porcentaje de formas positivas bajo.
- 3º) Estereotipía anatómica.
- 4º) Sucesión relajada.
- 5º) Tipo perceptivo G-D.
- 6º) Respuestas confabulatorias.
- 7º) Respuestas de color puro.

Nuestra investigación arroja la siguiente coincidencia con los resultados del Dr. Salas:

- 1º) Tiempo de reacción aumentado.
- 2º) Porcentaje de formas positivas del 68 % en Grupo A, y el 74 % en el B.
- 3º) Predominio del C y CF sobre el FC.

En lo que respecta al cuadro presentado por Rorschach, coincidimos en:

- 1º) Tipo de vivencia, con las salvedades que hiciéramos en su oportunidad.
- 2º) Respuestas de color puro (sólo para el Grupo B).
- 3º) Respuestas anatómicas muy aumentadas en lo que respecta al Grupo A.

IV) Thematic apperception test de Murray.

Resultados obtenidos con el empleo de esta técnica de investigación.— En primer lugar pasamos a presentar los resultados obtenidos en ambos grupos, para lo que hemos confeccionado las tablas que se insertan en las páginas siguientes.

Antes de pasar al estudio detenido de los diversos factores de la personalidad de nuestros epilépticos, debemos aclarar que para un análisis serio de los mismos, es menester conocer con carácter previo:

- 1º) Sexo y edad.
- 2º) Situación familiar (si los padres están en buenas relaciones, si están separados, muertos, etc.).
- 3º) Edad, sexo, estado civil y vocación de los hermanos.

THEMATIC APPERCEPTION TEST

GRUPO A

CAPITULO I

CAP II

CAP III

CAP IV

CAP V

CASO Nº	EDAD	SEXO	TIEMPO DE REACCIÓN	INTROVERSIÓN	EXTRAVERSIÓN	EQUILIBRADA	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	ELACION	EMOCIONAL	VERBAL	FÍSICA	SOCIAL	FÍSICA	ASOCIAL	PASIVA	ACTIVA	CONA- CIÓN	RAPPORT FAMILIAR	RAPPORT AMBIENTAL	1) FAVORABLE	2) AMBIENTE NEGATIVO	3) ALTA DE ESTÍMULOS	4) DESFAVORABLE	5) REACCIÓN POR LA CUAL SE MANIFIESTA
1	9.4	M	18"		1										1	1	1	1						1	+
2	6.7	M	18"		1										1	1	1	1	1				1	+	
3	9.3	M	18"	1 (mod)											1	1	1	1	1				1	+	
4	7	M	26"		1			1								1	1	1	1				1	+	
5	9.7	M	18"		1			1								1	1	1	1				1	+	
6	9.4	F	15"												1	1	1	1	1				1	-	
7	8.8	M	12"		1			1							1	1	1	1	1				1	+	
8	7.1	F	19"		1			1		1						1	1	1	1				1	+	
9	7.1	F																							
10	4.6	F																							

OLIGOFRENIA

OLIGOFRENIA

GRUPPO B

[illegible]

Careciendo de los datos anteriores el examinador puede encontrar serias dificultades y aunque por casualidad acertara, no tendría dicho acierto ningún valor científico. En el análisis interpretativo de las historias importa destacar dos factores:

- a) Análisis de las características formales de la estructura de las historias.
- b) Análisis del contenido de las mismas.

En lo que respecta al primer punto, se tendrá presente:

- 1º) La adaptación del sujeto a las instrucciones del examinador.
- 2º) La coherencia de la producción total del sujeto y relación de esta producción con la del tipo medio.
- 3º) Análisis del lenguaje.

En lo que respecta al segundo punto, según Murray, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- 1º) Estudio del héroe.
- 2º) Estudio del ambiente.
- 3º) Estudio de la interrelación entre ambos.
- 4º) Desenlaces.
- 5º) Diagnóstico.

Por nuestra parte hemos agregado dos tópicos más, conexión y segundo, influencia del factor enfermedad en las historias.

Estudio del héroe.— El héroe es aquel personaje con el que se identifica el sujeto y del que echa mano para realizar sus proyecciones. Es de reconocimiento fácil, pues generalmente desempeña el papel protagónico de los relatos, también por ser el personaje por el cual el individuo se interesa más profundamente y al que describe con más riqueza y precisión desde el punto de vista de sus pensamientos, emociones y conflictos. El héroe es el personaje que más se parece al sujeto investigado sea por la edad, sexo, raza, etc.

Tendencias, apetencias, actitudes y sentimientos del héroe.— Localizado el héroe se debe proceder al estudio de sus sentimientos, pensamientos y acciones en cada una de las 28 historias, observando los rasgos más frecuentes, intensos y salientes.

Tratando de facilitar este análisis, Murray confeccionó una lista, que comprende 28 tendencias y apetencias, en la que la clasificación obedece a la motivación personal de la conación. Incluye en esa lista, algunos estados psíquicos y emociones.

La investigación que realizamos procuró buscar en los héroes de las historias, los siguientes datos:

- a) introversión;
- b) extraversión;
- c) elación y depresión;
- d) agresividad del tipo emocional-verbal, física-social, y física-social.
- e) ansiedad.

También estudiamos el tipo de relación del sujeto con el medio familiar y el ambiente en general. Y, por último, el grado conativo (actividad y pasividad).

Estudio del medio ambiente.— En este sector se estudian las situaciones humanas con las que se enfrenta el héroe. De este modo nos formamos una idea del ambiente psicológico en el que el sujeto actúa, y sobre todo, cuál es su concepto del mundo exterior. Siguiendo esa tendencia debemos analizar los rasgos característicos de las personas que rodean al héroe (cordialidad, rechazo, dominio, agresividad) dando especial importancia a las figuras parentales.

Deberá tenerse en cuenta si el ambiente social, familiar y escolar actúa como estimulante positivo, o por el contrario, negativo (conflictos, situaciones traumáticas, agresión, etc.) o si hay falta de estímulos.

Desenlaces.— En ellos se debe tener en cuenta y comparar las fuerzas que emanan del héroe y las que lo rodean. Hay que buscar la proporción entre finales felices y desgraciados y ver qué es lo que prima.

Influencia del factor enfermedad sobre la personalidad del sujeto investigado.— En nuestro trabajo conceptuamos importante destacar la influencia de las crisis en la personalidad de los menores epilépticos. Esta influencia se pone de manifiesto, en ciertos casos en forma directa ya que el héroe de las historias sufre desmayos, caídas, etc. En otros casos hay manifestaciones más encubiertas traducidas por fuertes rasgos hipocondríacos y preocupación por la salud del héroe en líneas generales.

Diagnóstico.— El estudio de los diversos datos proporcionados por las historias, debe conducirnos a la verdadera labor interpretativa, consistente en la coordinación y correlación, de todos esos datos en un todo unitario y significativo.

He aquí los resultados de nuestra investigación enfocados de acuerdo a los temas descritos.

1º) ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS FORMALES DE LAS ESTRUCTURAS HISTÓRICAS.— En ambos grupos se observó: a) *Adaptación a las instrucciones* en forma normal, salvo en tres casos cuyo desarrollo mental era deficiente.

b) *El promedio del tiempo de reacción* fué de 47 segundos en el Grupo A. Cabe destacar que Murray señala como promedio normal, 20 segundos.

Analizados los casos, vimos que cinco estaban por debajo del promedio de Murray, dos casos tenían un tiempo de reacción muy elevado, lo que hacía aumentar el promedio total. En el Grupo B, el promedio del tiempo de reacción fué de 24 segundos, analizados los casos individualmente pudimos observar que sólo en el 33 % de los casos el tiempo de reacción estaba por encima de lo normal.

c) *Estudio del lenguaje*, se buscó en principio la perseveración y pegajosidad en los temas o ciertas palabras. En ambos grupos no encontramos particularidades dignas de mención.

2º) ESTUDIO DEL HÉROE.— En el Grupo A, la tendencia a la introversión se da en el 12 % de los casos. En el Grupo B, solamente en un 11 %

La extraversión, en el Grupo A, se da en el 75 % de los casos (6 en ocho casos). En el Grupo B, dicho porcentaje alcanza al 22 %. Tipo equilibrado, en el Grupo A, no se da este tipo; en el Grupo B, alcanza al 5 %. Ansiedad y depresión: los héroes de nuestros epilépticos muestran rasgos ansiosos y depresivos muy acentuados. En el Grupo A, un 25 % evidencia ansiedad, el 50 % depresión; en el Grupo B, el 44 % presenta ansiedad y el 72 % depresión. Cifras que resultan altamente significativas comparadas con todo lo que venimos diciendo hasta ahora. Agresividad, en el Grupo A, se da en el 74 % de los casos; dicha agresividad puede subdividirse como sigue: 12 % emocional-verbal, 25 % física-social y el 37 % física-asocial. En el Grupo B, el 59 % de los casos exhibe agresividad, subdividida así: 5 % de tipo emocional-verbal, 38 % física-social y el 16 % de física-asocial. Co-

datos proporcionados para la labor interrelación, de todos los casos enfocados de

FORMALES DE LAS que se observó: a) al, salvo en tres

de 47 segundos como promedio

ban por debajo de tiempo de reacción total. En el de 24 segundos, observar que sólo iba por encima

pio la perseverancia. En ambos se menciona.

la tendencia a en el Grupo B,

% de los casos de este tipo; en los héroes de agresivos muy edad, el 50 % ad y el 72 % tivas compa-

Agresividad, a agresividad bal, 25 % físico, el 59 % de de tipo emocional. Co-

nación, en el Grupo A, encontramos un 62 % de tendencias activas no adaptadas, más bien de tipo impulsivo, el 37 % pasividad. En el Grupo B, el 61 % de los casos presenta pasividad y el 38 % restante tendencias activas no adaptadas.

Del análisis de los héroes, en ambos grupos, deducimos:

- 1º) Que existen tendencias extravertidas en los menores epilépticos investigados.
- 2º) Que prima el estado ansioso y depresivo.
- 3º) Que existen tendencias agresivas, primando en el Grupo A, las de tipo físico-social.
- 4º) Falta de madurez en los procesos conativos.

3º) TIPO DE RELACIÓN DEL HÉROE CON EL MEDIO FAMILIAR.—Dentro del medio familiar estudiaremos si existe:

- a) Dependencia frente a los padres.
- b) Emancipación.
- c) Falta de relación con el medio familiar.

En el Grupo A, observamos que en el 75 % de los casos hay falta de relación; lo que quiere significar que en el transcurso de las historias el héroe no aparece relacionado con ninguna figura parental o sustitutiva. El 25 % presenta dependencia frente a la madre. En el Grupo B, encontramos: 50 % de los casos con falta de relación y el 50 % dependencia y fijación a las figuras parentales y el 5 % dentro de ambos grupos se presentaría con emancipación. De lo anteriormente expuesto, se deduce: que nuestros epilépticos presentan conflictos no superados con su medio familiar. Si tenemos en cuenta que, de la primera serie de láminas del Test, 6 en 10 están hechas para expresar situaciones familiares, las que fueron eludidas por nuestros investigados en el porcentaje arriba enunciado, podemos sostener que existen tendencias instintivas e inconscientes que los llevan a eliminar estas figuras parentales.

4º) TIPO DE RELACIÓN DEL HÉROE CON EL MEDIO AMBIENTE.—En el Grupo A, el 50 % de los casos, exhibe falta de relación, el 37 % de tipo negativo y el 13 % de tipo positivo. En el Grupo B, el 61 % de los casos no presenta relación con el medio ambiental, el 22 % presentaría una relación de tipo negativo y el

16 % de tipo positivo. La conclusión a sacar de ambos grupos es que existen elementos desfavorables, muy pronunciados, en la relación niño-medio ambiente.

5º) CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE SOCIAL EN RELACIÓN AL MENOR.— En el Grupo A, los estímulos ambientales serían de tipo negativo en un 37 % de los casos, en el 50 % faltarían esos estímulos y en el 12 % actuarían favorablemente. En el Grupo B, el 28 % de los casos demostraría que los estímulos ambientales son de tipo negativo, el 66 % mostraría falta de estímulos sociales y el 5 % actuarían favorablemente.

Concluimos de todo ello, que la ausencia de estímulos ambientales indicaría en estos casos rechazo inconsciente o consciente del medio ambiental. En suma, tendencia a la desadaptación.

6º) DESENLACES.— Arrojaron los siguientes resultados: en el Grupo A, el 75 % positivos y el resto negativos. En el Grupo B, el 55 % de los casos resultados positivos, el 27 % negativos y el 16 % neutros.

7º) INFLUENCIA DEL FACTOR ENFERMEDAD.— En el Grupo A, no se hizo presente la influencia. En el Grupo B, aparece en el 33 % de los casos.

8º) DIAGNÓSTICO.— Estructura neurótica en el 64 % de los casos en el Grupo A, y el 66 % de los casos en el Grupo B.

V) Psicograma de los niños epilépticos.

Hasta el momento nos hemos limitado a comentar los resultados obtenidos con el empleo de ciertas técnicas exploratorias.

Las exigencias que plantea la existencia de una Clínica Médico-Psicológica, se traducen, en último análisis, en la comprensión psicológica de los menores (diagnóstico), lo que nos da base para su tratamiento (terapia) y para predicción de su futuro desarrollo (pronóstico). Es decir, llegar a través del conjunto de sus variantes y correlaciones funcionales al contacto directo con la personalidad del menor, la que no resultaría como una simple suma del conjunto de procesos de su psiquismo, sino como

una forma construida como una totalidad estructurada, dominando a cada uno de los elementos componentes.

Pero por encima de esa labor determinada por los fines pragmáticos, puede realizarse una tarea de mayor alcance, cual es la de plasmar en un cuadro general los rasgos salientes de la psicología del niño epiléptico, construyendo su psicograma.

Pero antes de pasar a exponer los resultados y conclusiones a que hemos arribado con nuestra investigación, conviene que, a la luz de la psiquiatría moderna, presentemos los rasgos salientes del psiquismo epiléptico, o con otras palabras, que presentemos el síndrome epiléptico en su exclusivo enfoque psicológico.

SÍNDROME EPILÉPTICO (*Esfera Psicológica*).— Los estudios psiquiátricos modernos han revelado:

1º) Que el hecho mórbido nuclear de la epilepsia está dado por una hipertensión psíquica general que colorea todo el funcionalismo psíquico. No se daría un trastorno constante y permanente de determinadas funciones o procesos psicológicos.

2º) *En el sector intelectual*, sus variantes estarían representadas por:

a) *Sensibilidad sensorial*: infatigable y difícil adaptabilidad a los nuevos estímulos.

b) *Atención*: Desde el punto de vista de su *concentración*: el epiléptico presentaría un campo de atención superconcentrado.

Desde el punto de vista de su *adaptabilidad*: es lenta y difícil (la llamada viscosidad y rigidez de la atención, se presentaría como nota diferencial del epiléptico).

Desde el punto de vista de su *fatigabilidad y oscilación*: se sostiene que una vez que el epiléptico adapta su atención (lo que hace con dificultad) la eficiencia de la misma iría en aumento y casi sin oscilaciones. Como

contrapartida de esa gran tensión atencional, se notaría un difícil trans-
porte de un asunto a otro.

c) *Procesos imaginativos*: Se caracterizan por sufrir los efectos de la exagerada tensión psíquica, determinando este hecho representaciones muy minuciosas y con muchos detalles.

d) *Procesos asociativos*: La viscosidad atencional y la minucia imaginativa, provocarían una inhibición para captar todas las posibilidades asociativas, aferrándose el epiléptico a un tema al que regresa continuamente. Además, se notaría una tendencia formalista en estos procesos.

e) *Procesos mnémicos (memoria)*:

En su *etapa de fijación*: el epiléptico se muestra muy eficiente.

En la *etapa de conservación*: muy durable.

En la *etapa reproductora*: se nota dificultad para encontrar el tema evocador (efecto de la viscosidad atencional).

Otras características: señales de amnesias parcelarias.

f) *Procesos superiores del pensamiento*:

Concepción: detallista.

Juicio: Con toma de posición de gran certeza y fuerza de convicción.

Razonamiento: En lo que respecta a la capacidad de raciocinar, se notaría cierta exageración formalista, rigidez y perseverancia, productos todos, de la viscosidad atencional.

El epiléptico no sería observador, pero sí un dialéctico expositor, notándose en su razonamiento cierto egocentrismo.

Del punto de vista de la eficiencia del razonamiento, se notaría cierta desigualdad en su adaptación práctica.

SCHEIDEMAN, en su libro *Psicología del Niño Excepcional* caracteriza al intelecto del menor epiléptico por cierto déficit e inferioridad mental, que en ciertos casos admiten excepciones.

3º) En el sector afectivo: sus variantes estarían dadas por:

- a) *Fuerza e intensidad de las reacciones afectivas*: Las reacciones afectivas del epiléptico se caracterizarían por su sobrecarga energética, por su violencia.
- b) *Frecuencia de las reacciones*: muy frecuentes debido a la modalidad con que trabaja la atención (lenta comprensión de los nuevos estímulos). El epiléptico es irascible, susceptible, con impulsos no inhibidos.
- c) *Duración de las reacciones*: En general exceso de duración.

Onda afectiva:

Duración del acmé (cúspide del afecto): muy prolongada.

Decrecimiento de la onda (abreacción): muy lenta.

- d) *Reactibilidad* o modo de manifestación de las reacciones o también capacidad de desencadenamiento: explosivo.
- e) *Prevalencia de los estados afectivos*: la forma negativa, con rasgos hipocondríacos y crisis afectivas disfóricas y ciertas formas activas exageradas: odios, celos, amistades intensas.
- f) *Complejos*: Pocos pero fuertes, de gran estabilidad y de abreacción muy lenta vinculada a expresiones explosivas.

- 4º) En el sector activo (conación), sus variantes estarían representadas por lo siguiente:

Actividad voluntaria:

frecuencia de iniciativas y planes:
muchas iniciativas;

deliberación y valoración de los planes: se realiza en forma unilateral, aunque minuciosa, de sello impulsivo y con empleo de pocos valores;

decisión: de tipo impulsivo, acompañada de gran certeza. El epiléptico daría a su decisión el carácter de un verdadero imperativo interno;

tendencias de ejecución y realización: hipertrofiadas, rígidas y perseverantes en exceso. Una vez tomada la decisión el epiléptico quedaría dominado por las tendencias de ejecución activas.

Frente al cuadro expuesto por la Psiquiatría moderna, los resultados que hemos obtenido en la investigación de los 28 casos de epilepsia infantil, no coinciden plenamente. Es más, habría separación en puntos básicos, que pasamos a determinar:

- 1º) En lo que respecta a la *hipertensión general del funcionalismo psíquico*, nuestra investigación en ambos grupos, no arrojó resultados que estuviesen de acuerdo con esa afirmación. En el Grupo A, el 50 % de nuestros epilépticos presentó depresión, sólo el 25 % hipertensión y el otro 25 % pasaría por estados de hiper e hipotensión alternativamente. En el Grupo B, el 56 % de los epilépticos presentaban depresión, el 19 % hipertensión y el 25 % pasarían en forma alternativa por estados de elación y depresión. Como se aprecia, no domina el porcentaje de hipertensión.

2º) En el sector intelectual, encontramos las siguientes variantes;

A) Atención;

concentración: predominio del tipo de atención equilibrada con tendencia a la concentración;

adaptabilidad de la atención: se nota cierta lentitud, pero no muy marcada. No encontramos la tan mentada viscosidad y rigidez de la atención;

fatigabilidad y oscilaciones: la curva del rendimiento es buena, sin oscilaciones.

Estas conclusiones se basan en lo siguiente:

a) Resultados obtenidos en los tests de Yerkes y Terman-Merrill, que arrojaron un índice de normalidad para el Grupo A, del 50 al 60 % y en el Grupo B, del 55 al 66 %.

b) Resultados del Rorschach:

número total de respuestas: que debe considerarse normal para los dos grupos;

tiempo total de reacción: algo aumentado;

tiempo de reacción frente a cada lámina: también con cierto aumento;

tipo aperceptivo: en el que el tipo minucioso solo alcanza el porcentaje del 25 al 30 % en ambos grupos;

número de respuestas de formas positivas: normal, índice de buena atención y precisión del pensamiento;

índice de perseveración: bajo para ambos grupos. El porcentaje oscilaría entre el 25 % (Grupo B) y el 37 % (Grupo A);

tipo de sucesión: en el Grupo A, dominando el tipo ordenado, en el B, habría sucesión laxa;

adaptación intelectual: en el Grupo A, buena adaptación en el 62 % de los casos y en el B, el 44 %.

- B) *Procesos imaginativos:* Pobres, pero sin predominio de la minuciosidad. El T. A. T. de Murray, con su pobreza del contenido interpretativo y la cordedad de las historias, corrobora en este aspecto los resultados obtenidos con la técnica de Rorschach.
- C) *Procesos asociativos:* Se acercan al nivel normal bajo, tendencia a la pobreza, pero sin la perseveración que señalan los autores.
- D) *Procesos mnémicos (memoria):* En sus diversas etapas, aparecen con desarrollo normal, salvo los casos de oligofrenia que integran el grupo estudiado.
- E) *Procesos superiores del pensamiento:* Los resultados obtenidos con el empleo de las técnicas de Yerkes y Terman Merrill, nos dicen claramente que los procesos superiores del pensamiento (concepción, juicio, raciocinio) trabajan normalmente en un porcentaje que oscila de un 50 al 66 % de los casos de ambos grupos. El análisis cualitativo de los fallos, nos dió un porcentaje de fallos para los procesos superiores que puede distribuirse en la forma siguiente: razonamiento 27 % al 30 %, comprensión 15 %, juicio del 4 al 9 %.

A su vez, el empleo de la técnica de Rorschach, en lo que se refiere a *tipo aperceptivo*: arrojó los siguientes resultados: de los ocho casos del Gru-

Sche
sever

po A, tres casos pertenecen al tipo de pensamiento concreto, un caso de pensamiento analizador y sintético, dos casos de pensamiento equilibrado. En el Grupo B (16 casos): 5 casos de inteligencia minuciosa, 3 de inteligencia equilibrada, 6 casos de inteligencia concreta y un caso de inteligencia analizadora y sintética. El exagerado formalismo y rigidez de los procesos superiores del pensamiento en el epiléptico no lo pudimos observar. El tipo de sucesión rígida en el Rorschach sólo apareció en un caso del Grupo B.

Nuestro trabajo no está de acuerdo con la observación de Scheideman oportunamente apuntada, así como la viscosidad, perseverancia, rigidez y formalismo de estos procesos.

3º) *En el sector afectivo:* Los resultados logrados son los siguientes:

1) *Fuerza e intensidad de las reacciones afectivas:* Nuestros resultados no nos permiten hablar de violencia y explosividad de las reacciones afectivas. Es cierto que la proporción de agresividad para el Grupo A, es del 75 % de los casos y para el B, del 69 %. Pero este potencial agresivo no se manifiesta en forma explosiva y violenta nada más que en un 25 % del Grupo A, y en un 31 % del Grupo B, por razones que ya fueron expuestas.

2) *Frecuencia de las reacciones afectivas:* Nuestra investigación no nos autoriza a hablar de una gran frecuencia de las reacciones. El Rorschach nos dice que ambos grupos se mueven dentro de los límites de lo normal, si bien en

el Grupo B, se acusa un aumento de la frecuencia de las reacciones afectivas.

- 3) *Duración de las reacciones:* Onda afectiva: su crecimiento, duración del acmé y decrecimiento encuadra dentro de un marco de normalidad. El Grupo A, mostraría mayor estabilidad afectiva que en el Grupo B, donde se daría cierta inestabilidad afectiva (Rorschach: respuestas de C, por ciento de F, más positivas y M).

Reactibilidad: En lo que respecta a la forma de desencadenamiento de estas reacciones, si bien existe un porcentaje grande de agresividad la intervención de otros factores (ansiedad, depresión y represión afectiva de raíz neurótica) impedían la manifestación explosiva.

- 4) *Estado prevalente afectivo:* Prevalen los afectos disfóricos: miedo, ansiedad, displacer en un porcentaje que para el Grupo A, alcanza al 63 % de los casos, y en el Grupo B, al 56 %. Rasgos hipochondríacos logran también, alto porcentaje.
- 5) *Complejos sexuales:* Los conflictos sexuales aparecen marcados por alto porcentaje para ambos grupos (75 %). En el Grupo A, el 51 % presenta conflictos sexuales no definidos, el 12 % tendencias masoquistas y el 12 % restante complejo de castración. En el Grupo B, el 38 % conflictos sexuales no definidos, el 6 % complejo de castración, el 5 % fijación a la madre, el 13 % complejo de castración y masturbación, el 6 % tendencias masoquistas y homosexuales y el 6 % rasgos orales.

- 4º) En el sector activo (conación) hemos obtenido los siguientes resultados:

Actividad voluntaria: En lo que se refiere al número de iniciativas, deliberación, decisión y tendencias de ejecución, podemos afirmar que en el Grupo A, se da un 63 % de pasividad, un 12 % con buena tensión psicomotriz sin encauzar y un 25 % con actividad impulsiva. En el Grupo B, el 69 % presenta pasividad y sólo el 31 % actividad impulsiva.

VI) Investigaciones psicoanalíticas sobre la epilepsia.

El Dr. E. Pichon Riviére, en una reciente monografía de gran interés, ha expresado muy bien cuáles son los dinamismos de la epilepsia desde el punto de vista analítico. La epilepsia giraría toda alrededor de la agresividad considerada como un instinto y sería la forma de expresarse esta agresividad (descarga o inhibición), la que le da los distintos aspectos fenomenológicos. El síntoma epiléptico, de cualquier especie que sea, debe ser considerado —en su opinión— como un síntoma neurótico.

Para los psicoanalistas el acceso epiléptico sería la resultante de una situación actual neurótica, en la que fracasan todos los mecanismos de defensa del Yo, presionado por la carga instintiva del ELLO. El predominio del ELLO anularía al Yo, y cuando éste cede produce la liberación de los instintos en forma de una regresión a una etapa anterior a la organización oral (respuesta total, mecanismo de defensa del tipo de conversión somática que no encuentra diferencia con otros síntomas neuróticos).

En la ecuación etiológica de la epilepsia intervendrían factores condicionados por la *fórmula instintiva*, en especial, intensificación del instinto de agresión que se manifestaría en su forma libre, como sadismo; o como inhibición brusca (ataque).

Además, una tensión exagerada de la libido, libido homosexual (destructiva) que suministraría la energía para el instinto de muerte. La intensificación de los instintos de muerte provocaría angustia, ansiedad.

Junto a los factores dependientes de la fórmula instintiva, intervendrían factores dependientes de la estructura del Yo (debilidad del Yo). La sobreestimulación inicial de carácter sexual conduce a una deficiente integración evolutiva del Yo a la que se sumarían los factores constitucionales preexistentes.

La situación psíquica del epiléptico estaría constituida por un Yo masoquista y un super Yo sádico, provocándose entre ambos estratos de la personalidad una gran tensión acompañada de un sentimiento de culpa, necesidad de castigo, por lo que se llega a comparar el ataque epiléptico con la situación del suicida.

Además de los factores mencionados de carácter endógeno, intervendrían ciertos factores exógenos, evidenciados por los Dres. Rascovsky, también de carácter sexual, como el colecho y situaciones existentes por compartir la habitación de los padres o sustitutos.

A continuación pasamos a exponer nuestros resultados:

a) *Situación actual neurótica.*— Los datos que obtuvimos confirman esta afirmación de los psicoanalistas. En el Grupo A, el porcentaje de neurosis es del 62 %; en el Grupo B, del 55 %.

b) *Tensión exagerada de la libido.*— En ambos grupos está representada por el 75 %.

c) *Agresividad.*— El potencial agresivo, está representado en el Grupo A por el 75 % y en el B, por 69 %, pero dicho potencial agresivo se encuentra bloqueado o inhibido impidiendo la manifestación explosiva, la que alcanza poco porcentaje.

d) *Libido homosexual.*— No aparece en el Grupo A, en el Grupo B, está representada por el 6 %.

e) *Sujeto Sadomasoquista.*— En lo que respecta al masoquismo, la técnica del Rorschach, reveló en el Grupo A, un 12 % y en el B, un 6 %.

El sadismo del super-Yo no fué revelada por la técnica del Rorschach. (En ambos grupos no aparecen respuestas de movimiento en extensión.)

f) *Debilidad del Yo.*— Nuestra investigación no nos autoriza a afirmarla.

g) *Fijación al padre.*— En lo que respecta al significado último del ataque (crimen y coito con el padre) podemos afirmar que en ambos grupos no se dió fijación al padre.

h) *Edad de presentación del primer ataque.*

Edad. Años	Número de casos
0 a 1 (1 en etapa de destete)	4
3 a 4	6
6 a 10 (etapa de latencia)	9
11 a 12	1
12 a 13	4
13 a 14	2
(2 casos no se pudo averiguar por ser menores del Consejo del Niño.)	

i) *Posición ordinal en la familia:*

	Grupo A	Grupo B
Hijo único	50 %	25 %
Hijo menor	12 %	25 %
Hijo mayor	12 %	16 %
Otras situaciones (no se pudo obtener datos en 6 casos)	25 %	33 %

j) *Situación estimulante específica:*

	Grupo A	Grupo B
Menores que duermen en la cama de los padres	13 %	25 %
Menores que duermen en el mismo cuarto de los padres yendo a la cama de ellos ...	13 %	0 %
Menores que duermen en el mismo cuarto ..	62 %	50 %
Menores que duermen en cuarto separado ..	12 %	25 %

k) *Síndrome nocturno típico del menor epiléptico (pavor nocturno, somniloquia, sonambulismo, enuresis).*

Grupo A		Grupo B	
Enuresis	25 %	Somniloquia	25 %
Somniloquia	12 %	Sonambulismo	8 %
Terrores nocturnos ..	62 %	Miedos nocturnos ..	50 %
		Sin trastornos	16 %

l) *Del punto de vista del sexo:*

Grupo A		Grupo B	
Varones	60 %	Varones	44 %
Mujeres	40 %	Mujeres	5 %

el medio ambiente de tipo agresivo-impulsivo, sino en un 12 %. Pese a ello, *debemos reconocer que en los epilépticos niños existe un potencial agresivo que no se descarga frente al medio ambiente* por razones que pasamos a exponer a continuación.

Agresividad.— En el grupo A, el 75 % de los casos no vuelca su potencial agresivo frente al medio ambiente y se limita a controlarlo o reprimirlo. En el grupo B, el 69 % no llega a descargar su agresividad en el medio ambiente.

Tipo de reacción.— Los tres tipos de reacción frente a los estímulos, normal, colérica y miedosa o de displacer, fueron estudiados. Hay un franco predominio de la reacción de miedo.

Sexualidad.— Se estudian los variados aspectos de la sexualidad. Los resultados obtenidos de nuestras investigaciones nos han revelado que el 75 % de los casos presenta *conflictos sexuales no superados*.

Conación en el Rorschach.— La conación en nuestros epilépticos no ha logrado un grado óptimo de maduración. Se estudian distintos aspectos de la conación. La pasividad, con distintas características, alcanza un por ciento elevado; le sigue en frecuencia la actividad impulsiva.

Diagnóstico de la personalidad.— El rasgo dominante es la *neurosis*, representada por 88 % del grupo A y 82 % del B. Hemos hallado distintas formas de estructura neurótica: neurosis de tipo histérico, neurosis de angustia, de tipo histérico con rasgos depresivos, neurosis con rasgos neurasténicos y personalidad neurótica de tipo no definido. El 6 % de los casos del grupo B presentó personalidad prepsicótica.

En este capítulo, finalmente, se estudian comparativamente algunas características halladas por nosotros, con las descritas por Rorschach y por Salas. En términos generales, se concluye en la coincidencia en ciertos factores y la discordancia en otros, éstos en número mayor, entre las tres estadísticas.

3) "THEMATIC APPERCEPTION TEST", DE MURRAY.— Se hace un estudio extenso de las características y exigencias del "test". Un punto estudiado con especial preocupación es el relacionado con el héroe de las historias, sus tendencias, apetencias, actitudes y sentimientos.

La investigación que realizamos procuró buscar en los héroes de las historias los siguientes datos: a) introversión, b) extraversion, c) elación y depresión, d) agresividad y e) ansiedad.

En e
del sujeto
grado co

El e
vertidas
el estado
predomin
grupo B

El t
mostró,
dencias
figuras

El t
tró una
En rela
el recha
su signi

La
el grupo
es decir
que tier
yores.

El
Rorsch
los niño
y al 60

4)
conside
en mar
enfoqu
ve son

1º
tado p
funcion
ahora,
funcion
caracte
léptico

En este capítulo hemos estudiado, además, el tipo de relación del sujeto con el medio familiar y el ambiente. Y, por último, el grado conativo (actividad y pasividad).

El estudio del héroe nos ha mostrado: 1) tendencias extravertidas en los niños epilépticos investigados; 2) prima en ellos el estado ansioso y depresivo; 3) existen tendencias agresivas, predominando en el grupo A, las del tipo físico-asocial; en el grupo B primarían las del tipo físico-social.

El tipo de relación del héroe con el medio familiar nos demostró, en la mayoría de nuestros investigados, que existen tendencias instintivas e inconscientes que los llevan a eliminar las figuras parentales.

El tipo de relación del héroe con el medio ambiente nos mostró una situación desfavorable o conflictiva con el medio ambiente. En relación con el ambiente social, el hecho dominante ha sido el rechazo consciente o inconsciente del medio, lo que indica, en su significado, una *tendencia a la desadaptación*.

La *influencia del factor enfermedad* no se hizo presente en el grupo A, subiendo bruscamente a un 33 % en los niños mayores; es decir en el grupo B. El hecho es de gran significación por lo que tiene de factor traumático, la enfermedad, en los niños mayores.

El diagnóstico final confirmó en esta prueba los datos de Rorschach, demostrando que existe una *estructura neurótica* en los niños explorados, que llega al 64 % de los casos en el grupo A y al 60 % en el B.

4) PSICOGRAMA DE LOS NIÑOS EPILÉPTICOS.— La psiquiatría considera al epiléptico como uno de los tipos de estudio más rico en manifestaciones y más digno de soluciones terapéuticas. En el enfoque global de su personalidad, los aspectos de mayor relieve son:

1º) El hecho mórbido nuclear de la epilepsia está representado por una *hipertensión psíquica general*, que colorea todo el funcionalismo del aparato psíquico. No ha sido demostrada hasta ahora, una alteración constante y permanente de determinadas funciones o procesos psicológicos. Esto no excluye que algunas características predominen con alta frecuencia en los sujetos epilépticos.

2º) En el sector intelectual sus variantes estarían representadas por:

- a) *Sensibilidad sensorial*: Infatigable y difícil adaptabilidad a los nuevos estímulos.
- b) *Atención*: Desde el punto de vista de su *concentración*, el epiléptico presentaría un campo de atención superconcentrado. Desde el punto de vista de su *adaptabilidad*, es lenta y difícil (viscosidad y rigidez de la atención). Referente a la *fatigabilidad y oscilación*, se dice que una vez que el epiléptico adapta su atención (lo que hace con dificultad), la eficiencia de la misma iría en aumento y casi sin oscilaciones. Esta gran tensión atencional haría difícil el pasaje de un asunto a otro.
- c) *Procesos imaginativos*: Se caracterizan por sufrir los efectos de la exagerada tensión psíquica, determinando este hecho representaciones muy minuciosas y con muchos detalles.
- d) *Procesos asociativos*: La viscosidad atencional y la minucia imaginativa, provocarían una inhibición para captar todas las posibilidades asociativas, aferrándose el epiléptico a un tema al que regresa continuamente. Además, se notaría tendencia formalista en los procesos.
- e) *Procesos mnémicos (memoria)*:
 En su *etapa de fijación*: el epiléptico se muestra muy eficiente.
 En la *etapa de conservación*: muy durable.
 En la *etapa reproductora*: se nota dificultad para encontrar el tema evocador (efecto de la viscosidad atencional). Otras características: señales de amnesias parcelarias.
- f) *Procesos superiores del pensamiento*:
 Concepción: detallista.
 Juicio: con toma de posición de gran certeza y fuerza de convicción.
 Razonamiento: en lo que respecta a la capacidad de raciocinar, se notaría cierta exageración formalista, rigidez, perseverancia, productos todos de la viscosidad atencional.

3º) Sector
dadas por:

a) F

b) F

c) D

d) R

e) P

f) C

4º) Sector
sentadas por l
luntaria:

Frecuencia

El epiléptico no sería observador, pero sí un dialéctico expositor, notándose en su razonamiento cierto egocentrismo. En cuanto a la eficiencia del razonamiento, se notaría moderada desigualdad en su adaptación práctica.

3º) *Sector afectivo*: En este sector sus variantes estarían dadas por:

- a) Fuerza e intensidad de las reacciones afectivas. Las reacciones afectivas del epiléptico se caracterizarían por su sobrecarga energética, por su violencia.
- b) Frecuencia de las reacciones: muy frecuentes debido a la modalidad con que trabaja la atención, lenta comprensión de los nuevos estímulos. El epiléptico es irascible, susceptible con impulsos no inhibidos.
- c) Duración de las reacciones: exceso de duración.
Onda afectiva: duración del acmé (cúspide del afecto): muy prolongada.
Decrecimiento de la onda (abreación): muy lenta.
- d) Reactividad, o modo de manifestarse las reacciones o también capacidad de desencadenamiento: explosivo.
- e) Prevalencia de los estados afectivos: se observan formas negativas con rasgos hipocondríacos y crisis afectivas disfóricas y ciertas formas activas exageradas, con manifestaciones de odios, celos, amistades intensas.
- f) Complejos: poco pero fuertes, de gran estabilidad y de abreación muy lenta, vinculada a expresiones explosivas.

4º) *Sector activo* (conación): Sus variantes estarían representadas por las siguientes características en la actividad voluntaria:

Frecuencia de iniciativa y planes: muchas iniciativas.

Deliberación y valoración de los planes: se realiza en forma unilateral, aunque minuciosa, de sello impulsivo y con empleo de pocos valores.

Decisión: de tipo impulsivo, acompañada de gran certeza. El epiléptico daría a su decisión el carácter de un verdadero imperativo interno.

Tendencias de ejecución y realización: hipertrofiadas, rígidas y perseverantes en exceso. Un vez tomada la decisión, el epiléptico quedaría dominado por las tendencias de ejecución activas.

Es interesante, ahora, comparar este cuadro psicológico trazado por los psiquiatras, con los resultados de nuestras investigaciones en 28 niños estudiados.

En términos generales, hay coincidencia, aunque pueden señalarse algunas discrepancias importantes que pasamos a señalar.

1º) En los que respecta a la *hipertensión general del funcionalismo psíquico*, nuestra investigación, en los dos grupos A y B nos permite afirmar que la hipertensión psíquica es mucho menos frecuente que la depresión. En el grupo A, el 50 % de los niños examinados presentó depresión, sólo el 25 % hipertensión y el otro 25 %, pasa por estados cambiantes de hipo o de hipertensión psíquica. En el grupo B, el 56 % presenta depresión, el 19 % hipertensión y el 25 % pasaría en forma alterna por estados de elación y depresión.

Como se puede apreciar en ambos grupos, el hecho dominante es la depresión, aunque no es constante, porque también se encuentra hipertensión psíquica y formas alternantes.

2º) En el sector *intelectual*, encontramos las siguientes variantes:

a) *Atención:*

concentración: predominio del tipo de atención equilibrada con tendencia a la concentración;

adaptabilidad de la atención: se nota cierta lentitud no muy marcada. No hemos podido confirmar en los niños examinados la tan mentada viscosidad y rigidez de la atención;

fatigabilidad y oscilaciones: la curva del rendimiento es buena, sin oscilaciones.

Estas conclusiones se basan en el estudio analítico de la inteligencia de los 28 niños examinados.

- 1) Los "tests" del tipo intelectual demostraron que el factor inteligencia fue normal en el grupo A, entre 50 y 60 % y en el grupo B, de 55 a 60,5 %.
 - 2) La personalidad en el Rorschach dió:
 - número total de respuestas: normal para los dos grupos;
 - tiempo total de reacción: algo aumentado;
 - tiempo de reacción frente a cada lámina: también con cierto aumento;
 - tipo aperceptivo: en el que el tipo minucioso alcanza un por ciento de 25 a 30 en ambos grupos;
 - número de respuestas de formas positivas: normal, índice de buena atención y precisión del pensamiento;
 - índice de perseveración: bajo para ambos grupos; 37 % grupo A, y 25 % grupo B;
 - tipo de sucesión: en el grupo A domina el tipo ordenado; en el grupo B habría sucesión laxa;
 - adaptabilidad intelectual: en el grupo A, buena adaptación en el 62 % de los casos y en el B, en el 44 %.
- b) *Procesos imaginativos*: pobres, pero sin predominio de la minuciosidad. El T. A. T. de Murray, con su pobreza de contenido interpretativo y la corteza de las historias, corrobora en este aspecto los resultados obtenidos con la técnica de Rorschach.
- c) *Procesos asociativos*: se acerca al nivel normal bajo, tendencia a la pobreza, pero sin la perseveración que señalan los autores.

- d) *Procesos mnémicos (memoria)*: en sus diversas etapas aparece un desarrollo normal, salvo los casos de oligofrenia que integran el grupo estudiado.
- e) *Procesos superiores del pensamiento*: los resultados obtenidos con el empleo de las técnicas de Yerkes y Terman-Merrill, nos dicen claramente que el pensamiento (concepción, juicio, raciocinio) trabaja normalmente, en los casos seleccionados en este estudio, en una proporción superior al 50 %.

El análisis cualitativo de los fallos arrojó un por ciento de fallos para los procesos superiores que se distribuye así: razonamiento 27 % al 30 %; comprensión, 15 %; juicio, del 4 al 9 %.

A su vez, el empleo de la técnica de Rorschach en lo referente a *tipo aperceptivo*, arrojó los siguientes resultados: de los 8 casos del Grupo A, 3 casos pertenecen al tipo de pensamiento concreto, 1 caso de pensamiento analizador y sintético, 2 casos de pensamiento detallista y minucioso, 2 casos de pensamiento equilibrado.

En el grupo B (16 casos): 5 casos de inteligencia minuciosa, 3 de inteligencia equilibrada, 6 casos de inteligencia concreta y 1 caso de inteligencia analizadora y sintética. El exagerado formalismo y rigidez de los procesos superiores del pensamiento, no lo hemos podido confirmar en los niños explorados. El tipo de sucesión rígida en el Rorschach, sólo apareció en un caso del grupo B.

Nuestro trabajo discrepa con las observaciones de Scheide-man, sobre inferioridad mental de los niños epilépticos, así como sobre las características clásicas señaladas en los "tests", por lo menos en el niño, de viscosidad, perseverancia, rigidez y formalismo de estos procesos.

3°) En el sector afectivo. Los resultados logrados son los siguientes:

- 1) *Fuerza e intensidad de las reacciones afectivas:* Nuestros resultados no nos permiten hablar de violencia y explosividad de las reacciones afectivas. Es cierto que la proporción de agresividad para el Grupo A es del 75 % de los casos y para el B, del 69 %. Pero, este potencial agresivo no se manifiesta en forma agresiva y violenta más que en 25 % del Grupo A y en un 31 % del B. Es una agresividad reprimida.
- 2) *Frecuencia de las reacciones afectivas:* Nuestras investigaciones no nos muestran mayor frecuencia de esas reacciones. El Rorschach nos dice que ambos grupos se mueven dentro de límites normales, si bien en los niños mayores (Grupo B) se acusa aumento en frecuencia de las reacciones afectivas.
- 3) *Duración de las reacciones. Onda afectiva:* Su crecimiento, duración del acmé y de decrecimiento, encuadran dentro de un marco de normalidad. El Grupo A (niños menores) muestra mayor estabilidad afectiva.
- 4) Tocante a *reactibilidad* o forma de desencadenamiento de estas reacciones, si bien existe un componente grande de agresividad, la intervención de otros factores (ansiedad, depresión y represión afectiva de raíz neurótica) impedian la manifestación explosiva.
- 5) *Estado prevalente afectivo:* Prevalecen los afectos disfóricos: miedo, ansiedad, displacer (63 % Grupo A y 56 % Grupo B). Los rasgos hipcondriacos son frecuentes.
- 6) *Complejos sexuales:* Muy frecuentes en ambos grupos (75). En el Grupo A, el 51 % presentó conflictos sexuales no definidos, el 12 % restante complejo de castración. En el Grupo B, el 38 % conflictos sexuales no definidos; el 6 %, complejo de castración; el 5 %, fijación a la

madre; el 13 %, complejo de castración y masturbación; el 6 %, tendencias masoquistas y homosexuales y el 6 %, rasgos orales.

4º) *En el sector activo (conación)*: En lo que se refiere al número de iniciativas, deliberación, decisión y tendencias de ejecución, podemos afirmar que en el Grupo A se da un 63 % de pasividad un 12 % con buena tensión psicomotriz sin encauzar y un 25 % con tipo de actividad impulsiva. En el Grupo B, el 69 % presenta pasividad y sólo el 31 % actividad impulsiva.

VII) Casuística.

Presentamos tres observaciones tomadas como tipos de estudio:

Caso Nº 1.—Edad, 14 años y 1 mes; sexo, masculino; raza blanca. Escolaridad, primer año de bachillerato.

ESTUDIO PSICOLÓGICO.—Este estudio comprende: 1º) análisis del medio ambiente (interrogatorio realizado a los padres separadamente); 2º) estudio individual del menor.

ANÁLISIS DEL MEDIO AMBIENTE.—*Bagaje congénito* (influencias hereditarias e intrauterinas).

Herencia paterna: sin particularidades.

Herencia materna: hermano materno alcoholista.

Padre: Nombre: J. C. Edad: 52 años. Nacionalidad: uruguayo. Salud: sin particularidades. Carácter: normal. Ocupación: comerciante. Religión: católica. Grado de instrucción: media.

Madre: Nombre: M. N. Edad: 46 años. Nacionalidad: uruguaya. Salud: sin particularidades. Carácter: irritable, hiperemotiva, pasa por períodos de gran depresión y angustia. Ocupación: quehaceres domésticos. Religión: católica. Grado de instrucción: media. Número de embarazos: 4. Partos: 3. Abortos: 1.

Relaciones interpersonales entre los cónyuges: buenas.

Hermanos: dos. La primera casada, de 26 años, carácter normal. La segunda, de 20 años, estudiante de magisterio y en tratamiento psiquiátrico en este momento. Neurosis. Relaciones interpersonales entre los hermanos: sin particularidades.

Influencias familiares: La educación ha sido efectuada por la madre principalmente. A raíz de sus trastornos se ha ejercido una vigilancia excesiva y super solícita.

Condiciones del hogar: Grado de bienestar: mediano. Condiciones higiénicas y aereación: buenas. En el momento actual el niño duerme en el dormitorio de sus padres.

HISTORIA CLÍNICA.— *Enfermedades durante el embarazo:* Estado depresivo e irritable. Lugar del nacimiento: en la casa. Parto: normal. Estado del recién nacido: normal. Peso: 4 kilogramos. Historia de la alimentación de los primeros meses: leche de madre. Destete: un año. Datos del desarrollo: ni la madre ni el padre recuerdan estos datos. Control intestinal: dos años. Control urinario diurno y nocturno: 9 a 10 años.

J. D. C., 13 años. Altura: 1m.48. Peso 42kgs.500 Tórax: 74 cms. Es traído a la consulta por sus padres, que viven en la actualidad preocupados por el diagnóstico de epilepsia que pesa sobre su hijo. El niño es indolente, crece poco según criterio de sus padres, y se queja de dolores cólicos después de las comidas. Se ha podido apreciar en él, a la observación familiar, rasgos neuróticos. A los once años le notaron pereza mental con despreocupación por el estudio y escasos intereses. Fué examinado hace poco tiempo por un distinguido colega quien, basándose en algunos rasgos neuróticos del niño, le pidió un electroencefalograma, el cual arrojó características de disritmia cerebral epiléptica. Basado en los datos del electroencefalograma se hizo el diagnóstico de epilepsia que se divulgó ampliamente en el medio familiar y se conversó con el propio niño. Este diagnóstico agudizó los problemas del niño y acrecentó en él un verdadero complejo de inferioridad que ya esbozaba por su creciente preocupación por su escaso desarrollo estatural. El diagnóstico de epilepsia tocó tan desfavorablemente la personalidad del niño, que aumentó visiblemente su indolencia, su pasividad y su desinterés por la escuela.

Como antecedentes de epilepsia tuvo desmayos (ausencias) en la infancia y bizarrerías del carácter.

El padre es un hombre que aparenta buena salud, no tiene alteraciones psíquicas apreciables, sin antecedentes patológicos ni etilismo. La madre es una mujer francamente neurótica. Tiene dos hermanos sanos.

El examen somático, especialmente el examen neurológico del niño, muestra pocas alteraciones. Su aspecto es de moderada debilidad general. Hipodesarrollo moderado. No hay alteraciones neurológicas.

Personalidad: De acuerdo a los datos suministrados por los padres del niño se manifiesta en la casa y en el medio que actúa, de la siguiente manera:

Rasgos de carácter: Excitado, miedoso, cobarde frente a sus compañeros, celoso. Es dominante, tiene tendencia a acostarse en la cama de su madre y manifiesta excesivo cariño hacia ella. Sociable, le gusta estar con niños, preferentemente de su misma edad. Desde que el médico le dijo que era epiléptico (delante del niño) la madre lo baña, lo viste, le da la comida en la boca, etc. Desde ese momento, y hasta después de haber concurrido a la consulta psicopedagógica el niño presenta: apatía, indolencia, se analiza constantemente tratando de encontrar los síntomas que el médico le preguntó (cefaleas, tics, ausencias, etc.). Frente al medio escolar se manifiesta poco estudioso, se cree sin capacidad intelectual, y dice que no puede pensar en su porvenir ya que va a ser un fracasado, y que le van a comenzar a dar ataques. Desde hace un año todo el ambiente familiar gira alrededor de él y la madre se encuentra sumamente perturbada.

ESTUDIO INDIVIDUAL DEL MENOR.— Su psiquismo fué estudiado en los distintos planos: intelectual, afectivo y conativo, arrojando los siguientes resultados:

Plano intelectual: Se le aplicaron la escala de Yerkes y el Terman-Merrill forma M, arrojando los siguientes resultados: Test Yerkes: E. C.: 14;1. E. M.: 18. C. I.: 106.

De acuerdo a su C. I., este menor posee una inteligencia normal. Test Terman: E. C.: 14;1. E. M.: 12;8. C. I.: 92. (Inteligencia normal.)

Actitud durante la prueba: Alerta, reaccionaba espontáneamente, sin necesidad de estímulo, su atención voluntaria se mantenía durante toda la prueba, en actitud de tensión.

Plano afectivo: Para investigar este sector se le aplicaron los siguientes tests: Psicodiagnóstico de Rorschach, Thematic Apperception Test de Murray, Cuestionario íntimo, y varias entrevistas personales.

Vamos a exponer a continuación el protocolo de Rorschach, con su interpretación.

Lo mismo haremos con las otras pruebas.

Protocolo de Rorschach:

Lámina I (Tiempo de reacción: 17")

Un murciélago	GFY+AV
Un esqueleto de animal	Dds26F-Anat.
Trompa de un perro	Dd22 F Ad

Lámina II (Tiempo de reacción: 8")

Manchas de sangre	(D2 y D3) Dd C sangre
Carne de una persona flaca	DI FY Hd.
Punta de una flecha	Ds5 F Obj.
Dos cuernos	Dd25 F+Ad.

Lámina III (Tiempo de reacción: 7")

Dos hombres inclinados	G M H V
Pulmones	D4 F-Anat.
Parte de un esqueleto	D8 F+Anat.
Cara de un hombre fumando un cigarro	DdM+Hd.
Pulmones	D3 CF Anat.

Lámina IV (Tiempo de reacción: 26")

Pies de un hombre	D2 F Hd.
Cabeza de un animal	DI F+Ad
Lomo de un animal	Dd F-Ad
Un hombre grueso de espalda	Dd F+H
	(G excluyendo DI)

Lámina V (Tiempo de reacción: 7")

Una mariposa	G F+A V
Alas de un avión	D4 F+Obj.

Lámina VI (Tiempo de reacción: 18")

(Esto es medio difícil). Esófago	Dd F Anat.
Columna vertebral	D5F+Anat.
Tórax de un animal	DI sinD4 Dd F Anat.

Lámina VII (Tiempo de reacción: 12")

Cabeza de una vieja contándole un chimes a la otra	DIM+HdV
Columna vertebral	D6 F Anat.
Parte del tórax	D4 F Anat.

Lámina VIII (Tiempo de reacción: 15")

Un gato	DI F + A V
Tórax	D2F Anat.
Costillas	D3 F+Anat. V
Pulmones	D5 F- Anat.
Flecha	D4 y Dd2I DdF obj.

Lámina IX (Tiempo de reacción: 21")

Parte del tórax	DIF Anat.
Columna vertebral	D5 F Anat.
Manchas de sangre	D6 C Sangre

Lámina X (Tiempo de reacción: 14")

Columna vertebral y parte del esque- leto	DII F Anat.
Una cabeza de animal enojada prohta para pelear	D8 F Ad.
Cabeza de caballo	Dd F Ad
Cabeza de una mula	D5F + Ad.
Gusanos	D4 F+A
Perro	D2 F+A

Fórmula: Número total de respuestas: 38. Tiempo total: 25'. Total respuestas láminas I a VII: 24. Total de respuestas láminas VIII a X: 14. % F+: 75. % A: 31. Número de V: 6. S: 2. Sucesión: laxa. Tipo aperceptivo: (G) D Dd. Shock gris: láminas V, VI, VII. Láminas preferidas: IX. Lámina de rechazo: I. Tipo de vivencia: extratensivo-impulsivo-egocéntrico, con tendencia a la ambigüedad.

G: 3. D: 24. Ds: I. Dds: I. Dd: 9. F+: 12. F-: 4. FC: 0. FY+: 2. F: 14. M: 3. C: 2. CF: I. H: 2. Hd: 4. A: 5. Ad: 7. Anat.: 15. Sangre: 2. Obj.: 3.

Interpretación.— Este protocolo presenta como características fundamentales: a) Intensa limitación de su intelecto e intereses. b) Desarrollo efectivo anormal. c) Fuertes rasgos hipocondríacos.

Vamos a desarrollar el primer punto:

a) Su tipo de inteligencia tiende a la minucia. Su capacidad de análisis y de síntesis no funcionan de acuerdo a su grado de inteligencia. El control intelectual se conserva, pero sus intereses son pobres y auto-referentes. Sin embargo su rapport intelectual con el medio ambiente se realiza con bastante normalidad. ¿Qué es lo que provoca esta limitación de su funcionalismo intelectual, su pobreza asociativa y su poca riqueza imaginativa? La respuesta es el segundo tema a desarrollar:

b) Desarrollo afectivo anormal. Tipo de vivencia extratensivo impulsivo egocéntrico, con tendencia a la ambigüedad. Sus afectos son lábiles, irritables, predominando la reacción agresivocolérica sobre los sentimientos. Esto solo ya nos habla de momentos regresivos de su personalidad. Su potencial agresivo es grande y dicha agresividad la vuelca hacia el medio ambiente y también hacia sí mismo en forma de estallidos coléricos y marcados rasgos hipocondríacos.

Predomina el estado de elación en forma de agitación motriz y rasgos de apatía y resignación que se traducen en sus escasos intereses y su restricción intelectual. Ansiedad intensa se manifiesta en este protocolo. Su desajuste afectivo se revela también en su conducta social. Este adolescente exhibe un tipo de relación agresiva egocéntrica con el medio ambiental. Lo normal sería una relación de tipo aloecéntrico con el mismo.

Sexualmente existen disturbios en esta esfera que aumentan el estado ansioso en que se encuentra. Hasta el momento muestra una actitud sumisa femenina, fijación al padre del mismo sexo.

Su vida imaginativa no se halla muy desarrollada y presenta fantasías de tipo autista.

c) Fuertes tendencias hipocondríacas. Existen rasgos hipocondríacos intensos, ansiedad y preocupación por su salud y estado. Esto refuerza considerablemente su desajuste emocional y social.

Resumiendo: 1º) Tenemos que a causa de sus perturbaciones en su vida afectiva, lo que sería inteligencia productiva se pierde en un pensamiento compulsivo y falta de ambición.

2º) Lo que sería extratensión aloecéntrica normal y productividad creadora se desvía hacia el egocentrismo, agresividad.

3º) Lo que podría ser rica vida productiva se halla reprimida y se pierde en fantasías de carácter autista y pasivas.

Diagnóstico: De todo esto se deduce la presencia de una neurosis de tipo histérico con gran ansiedad.

Thematic apperception test

(Tiempo total: 35')

Lámina I (Tiempo de reacción: 15''): Está estudiando música, pero a él no le gusta mucho tocar el violín. Está pensando qué hacer con el instrumento, "si tirarlo a la basura o si tocar música".

Lámina II (Tiempo de reacción: 15"): Es el padre, la madre y la hija. El padre trabajando en el campo haciendo todo el esfuerzo para producir y la madre está como descansando de su trabajo agobiador. La hija estudia en la ciudad para llegar quién sabe a qué estudios, a médico o a cualquier otra cosa.

Lámina III (Tiempo de reacción: 12"): Es un hombre quizá decaído y quizá herido por una bala, que está por morir, ya está por caer, y esto que está aquí es un cuchillo con el cual lo hirieron y que ya está por morir.

Lámina IV (Tiempo de reacción: 11"): (No lo puedo decir porque está prohibido por la iglesia). Son dos novios, él está preocupado por algo y ella lo quiere consolar. Él quiere irse para sacarse esa preocupación. Lo de atrás parece como si fuera un teatro que se está arreglando para representar. También pudiera ser que han ofendido a la muchacha otro hombre, y entonces él quiere ir para pegarle, pero la muchacha le dice que no, que se quede tranquilo, pero él se quiere desprender.

Lámina V (Tiempo de reacción: 5"): En una pieza de un hotel por la expresión de la mujer debe de haber algún muerto asesinado en la pieza, con manchas de sangre o con un cuchillo o también muerto de un balazo. Tiene la mujer, expresión de horror.

Lámina VI (Tiempo de reacción: 5"): Es la despedida del hijo que se va a estudiar o quién sabe y por qué, tal vez a negocios. Se despide de la madre, que es muy anciana y que está triste porque se va el muchacho y mira para otro lado, lo mismo hace el muchacho porque está triste porque deja a la madre, que la quiere tanto. También pudiera ser que el muchacho sea el asesino del hombre que murió allá y entonces la madre está triste.

Lámina VII (Tiempo de reacción: 22"): Este señor sería como un inspector, preguntándole al muchacho, como acusándolo y el muchacho, como que le pesa, porque había matado a la otra persona. También pudiera ser que el señor mayor fuera el padre y estuviera reprendiéndolo por algo malo que ha hecho el hijo, y éste fuera un hijo malo y lo mira con rabia.

Lámina VIII (Tiempo de reacción: 21"): Está en la sala de operaciones, es un hombre, donde lo van a operar, hay médicos y el hijo, que está con cara triste, pensando si sobrevivirá a la operación o se quedará en la mesa. Este hombre que está orando está anestesiado. Este palo, no puedo explicar lo que es, puede ser un palo de escoba, como un caño de escopeta.

Lámina IX (Tiempo de reacción: 8"): Una barra de holgazanes, están tirados en el pasto, durmiendo; son vagabundos; este hombre está despierto, pero como no le veo los ojos no sé lo que está mirando, también pudiera ser que durmiera.

Lámina X (Tiempo de reacción: 25"): Es un hombre que ama a esta muchacha y que se está despidiendo de ella. Parece como que fuera a ser juzgado por el tribunal. Después de juzgado lo han sentenciado culpable y entonces se despide de la mujer. Había matado a alguien y lo llevarían a cadena perpetua. También pudiera ser que estuviera peleando en la guerra y que lo hubieran tomado prisionero y se despiden porque ya lo van a fusilar.

Interpretación.— En esta prueba se evidencian serios desajustes de tipo afectivo, familiar y social. Comenzaremos:

- 1º) Por estudiar las figuras con las cuales el sujeto se identifica, y señalaremos por intermedio de éstas los rasgos salientes de su personalidad.
- 2º) Analizaremos el tipo de relación del héroe con el mundo familiar y ambiental en las diez primeras láminas, con lo cual destacaremos el tipo de contacto emocional que mantiene éste con las figuras principales del medio ambiente y con el ambiente en general.
- 3º) Del estudio del medio familiar y social podremos inferir cómo el héroe cree que son las fuerzas que lo rodean.
- 4º) Por último estudiaremos el tipo de desenlace; veremos si hay predominio de los desenlaces positivos o negativos.

1º) *Estudio del héroe:* En esta primera serie se destacan fuertes corrientes agresivas, tendencias intratensivas y extratensivas, con predominio de estas últimas y ciertos rasgos depresivos no muy acentuados.

Su agresividad es de tipo físico social y asocial y se dirige siempre al sexo masculino. Existen tendencias heterosexuales y sexualidad reprimida que se manifiesta con claridad en la lámina IV.

2º) *Tipo de relación con el medio familiar y ambiental:* Hay fijación y dependencia a la madre; por otra parte intentos de liberación al ambiente familiar. En suma, situación conflictiva familiar.

3º) *Rapport con el medio social:* El rapport con el medio social falta en casi todas las láminas. Solamente hay tendencias amorosas hacia el sexo femenino frustradas. La ausencia de contactos más positivos hacia el medio ambiente nos indica situación conflictiva con el mismo. Consciente o inconsciente.

Comparando las fuerzas que rodean al sujeto y las que emanan de él, vemos que hay un predominio de las primeras, lo que nos lleva a afirmar que el sujeto se deja arrastrar y depende excesivamente de los factores externos que actúan sobre él. De esto resulta pasividad y dependencia. No se observan signos de esfuerzos constantes, poder de autovoluntad.

4º) *Por último, del estudio de los desenlaces,* vemos que el resultado es casi siempre desfavorable para él.

Diagnóstico: Se trata, pues, de una personalidad inmadura, con conflictos sexuales, familiares y ambientales no superados. Predomina el tono pesimista y melancólico en sus narraciones. En suma: personalidad de estructura neurótica.

Cuestionario íntimo

(Adaptación del Laboratorio de Psicopedagogía
S. Morey y Otero)

- 1) ¿Cuáles han sido las impresiones más fuertes que usted ha tenido en su vida? Una vez, cuando iba a mi colegio, me resbalé y caí dentro del agua y casi me ahogo. El verme en el agua me impresionó mucho. Tenía 9 años.

- 2) ¿Cuáles son los recuerdos más desagradables (que le hacen sufrir más) de su vida? Una mala acción horriblemente castigada por la iglesia. (Esto fué a los 5 años, sufrió mucho pero se confesó y ahora está más tranquilo.)
- 3) ¿Cuáles son los recuerdos más agradables de su vida? El haber sido primero en mi clase; lo cual puso muy contentos a mis padres, y mi primera comunión.
- 4) ¿Está usted satisfecho de vivir? Sí, estoy satisfecho de vivir.
- 5) ¿Por qué? Porque sé que la vida un día irá a acabar y no es nada más que un camino de sufrimientos por el cual nosotros tendremos que pasar.
- 6) ¿Cree usted que hay manera de cambiar su porvenir? No.
- 7) ¿Cómo? Mi porvenir ya está destinado por Dios.
- 8) ¿Cuáles son sus mayores deseos? Mis mayores deseos serían que mi padre y mi madre vivan sus últimos días felices y contentos con Dios en el corazón.
- 9) ¿Cómo cree usted que podrá realizarlos? Sirviéndolos y ayudándolos siempre y ahora en el momento actual estudiando mucho y sacando buenas notas.
- 10) ¿Cuáles cree usted que son sus principales defectos? El ser holgazán.
- 11) ¿Cuáles cree usted que son sus principales cualidades o virtudes? La inteligencia, bueno y católico.
- 12) Si volviese usted a nacer, ¿qué modificaciones trataría usted de hacer en su vida? Reparar los grandes errores que hubiera tenido en mi vida anterior. (Los errores son ser haragán, dragonear con muchachas que se hacen pasar por buenas, no ayudar a los padres.)
- 13) ¿Por qué? Porque estos errores no los podría reparar.
- 14) Escriba los nombres de las tres personas a las que usted admire más. Mi padre, mi madre y sobre todo Dios Todopoderoso.
- 15) Escriba los nombres de las tres personas que le sean antipáticas. Para mí nadie en el mundo es antipático.
- 16) ¿Cuál es la peor acción que cree usted haber cometido en su vida? La acción de una cosa mala no permitida por la Iglesia.
- 17) ¿Cuál es la mayor injusticia que cree usted haber sufrido en su vida? Que uno de mis compañeros se burlara de mí.
- 18) Si le diesen a escoger entre ser: sabio, fuerte, poderoso, rico, inteligente, guapo, bueno, activo, afortunado en amores, fino, paciente, y sólo pudiese usted tener dos de estas cualidades, ¿cuáles elegiría? Escribalas aquí: Inteligente y también bueno.
- 19) ¿Por qué? Porque son las cualidades que para mí me parecen mejores.

Interpretación.— En esta prueba se evidencian una actitud pasiva y resignada frente a su vida, por consiguiente su ideal del Yo es de tipo conformista.

Frente al medio social no manifiesta ningún tipo de reacción definido aunque hay esbozos de una actitud resentida frente al medio escolar.

En cambio, frente al medio familiar, su actitud es de extrema dependencia.

Hay antecedentes emotivos de tipo negativo al mismo tiempo que sentimiento de culpa y problemas sexuales. Se observa religiosidad excesiva y falta de deseo de superación.

No se manifiesta ningún interés vocacional definido.

Entrevistas personales.— De las entrevistas personales realizadas a este adolescente se deduce:

- 1º) Tendencia parcial a la fabulación. En este caso se trata de ocultar algunos puntos que le son extremadamente dolorosos. (Diagnóstico médico y opinión sobre sí mismo.)
- 2º) Sentimiento de inferioridad. (Se cree cobarde y eso lo hace sufrir mucho.) Desea ser valiente.
- 3º) Falta de interés por el estudio.
- 4º) Preocupaciones amorosas y represión de su vida sexual.
- 5º) Orientación alopsíquica y autopsíquica buena.
- 6º) Memoria evocativa normal.
- 7º) Se da cuenta de la situación creada por causa de su enfermedad y sufre.
- 8º) Intereses vocacionales. Desea trabajar con su padre.
- 9º) Aparentemente buenas relaciones con su medio familiar.
- 10º) No se observan alteraciones en el curso del pensamiento ni alteraciones en el lenguaje.

Diagnóstico.— Para llegar a un diagnóstico final es importante tener en cuenta:

- 1º) Stock neuropático por parte de la madre.
- 2º) Rasgos neuróticos estructurados desde una temprana edad (enuresis, problemas de conducta).
- 3º) Trauma intenso ocasionado al menor por el diagnóstico médico y sus perspectivas.
- 4º) Lo antedicho provoca una crisis de angustia creando una situación conflictiva intensa.
- 5º) Si tenemos en cuenta el período que está pasando (adolescencia) vemos que esto refuerza su estado actual.

Hay elementos internos desfavorables (estructura neurótica) sobre el cual han incidido la situación traumática externa (diagnóstico médico sumado a un ambiente desfavorable).

Diagnóstico final.— En suma podemos diagnosticar la presencia de una neurosis con gran ansiedad.

CASO Nº 2.— Nombre: E. T. Edad: 15 años y 4 meses. Sexo: femenino. Raza: blanca.

Motivos de la consulta psicológica.— Madre sana. Padre neurótico. Abuela materna neurótica profunda. Hay epilépticos alejados en la familia materna (primos de la abuela). Alcohólico moderado en la familia, la neurosis es el rasgo dominante en las dos ramas familiares. *Antecedentes personales:* La niña nació y se desarrolló en buenas condiciones hasta los 7 años de edad. A los 7 años tuvo difteria grave complicada de polineuritis. Dos meses después tos convulsiva. Cuatro meses después de la difteria presenta la primera convulsión nocturna muy intensa, pero desde la difteria la niña había quedado con cambios de carácter y triste.

A los cuatro años de la primera convulsión una segunda, seguida posteriormente de recurrencias convulsivas, pérdidas de conocimiento, caídas hacia adelante y sacudidas mioclónicas. Tiene cefaleas frecuentes. En los últimos tiempos su marcha es difícil, inestable, con frecuentes caídas. Sus piernas se flexionan involuntariamente y la niña cae frecuentemente. La palabra se hizo lenta y entrecortada. La expresión de la adolescente es de poca vivacidad.

Se practicaron exámenes: Una radiografía de cráneo mostró el diploa aumentado difusamente y silla turca chica. Fondo de ojo: normal. Metabolismo basal: normal. Wassermann: negativo. El electroencefalograma (B. Fuster) mostró una disritmia de tipo epiléptico con localización frontal predominante y descargas de tipo mioclónico.

La niña, que ha sido una escolar de rendimiento normal y una buena alumna de liceo, se ha visto imposibilitada de proseguir sus estudios por la agravación lenta pero progresiva de su enfermedad, especialmente por la intensificación de las descargas motoras, la dificultad de lenguaje y los cambios en la personalidad.

Interrogatorio a los familiares.— *Herencia:* La abuela materna era neurótica. Una prima de la abuela materna fué epiléptica durante la infancia, luego, al llegar a la adolescencia, se curó.

Constelación familiar: El ambiente familiar está constituido por: el padre que es neurótico, la madre cuyo carácter es normal, una hermana que es muy nerviosa, que tuvo convulsiones en la primera infancia y un hermano que no ofrece ningún trastorno en el carácter.

Historia de la enfermedad: Los ataques comenzaron en el año 1939, al poco tiempo de haber tenido la difteria. Durante la enfermedad le fué administrado abundante suero. Tuvo parálisis del paladar. A los tres meses de esta enfermedad tuvo su primera convulsión. Mientras dormía comenzó la crisis, los ojos le daban vuelta, poniéndose violácea, la lengua se le fué para atrás, el padre para evitar mordeduras le puso el dedo en la boca. La madre notó que después de este ataque la niña cambió de carácter. Este mismo año tuvo tos convulsa. En el año 1942, varicela. En el año 1943 tuvo la segunda convulsión, cayéndose y lastimándose la cabeza. En el año 1944, la noche que murió el abuelo, sufrió de una nueva crisis. En estos tres últimos años ha tenido varias convulsiones. La última fué el 9 de octubre de este año (1947), con las mismas características que las otras veces (temblores, da vuelta los ojos, pierde el conocimiento) con amnesia.

El hermano es también nervioso, le dan luminaletas (cuando niño padeció de crisis).

La hermana menor, cuando tenía tres años tuvo una gran convulsión (cuando tuvo amigdalitis) y quedó unas cuantas horas sin conocimiento (7 horas).

Carácter: Luego de la primera convulsión que tuvo a los 8 años, cambió de carácter, volviéndose más retraída. Es nerviosa, agresiva, colérica, violenta, irritable, impulsiva, caprichosa, perezosa, rebelde, triste, tímida, susceptible, egocéntrica. Es una niña terriblemente mimada. Lloro frecuentemente y se queja de su inferioridad física, tratando de compensar dicha inferioridad diciendo que es mejor que los demás y evadiéndose de la realidad mediante la fantasía.

Uno de los traumas psíquicos más grandes de su vida ha sido el ver que sus compañeras de colegio se burlaban de la falta de control de sus movimientos mientras escribía en el pizarrón e intentaban imitar su modo de caminar durante el recreo.

Después de esto rehusó asistir al colegio y desde ese día no ha estudiado más.

Actualmente se pasa la mayor parte del día en la cama, oyendo radio, leyendo revistas o diarios. Duerme en el cuarto de sus padres, cuando está nerviosa por la noche, se va a la cama de la madre.

Presenta problemas con el hermano, celos y sentimiento de inferioridad.

Se relaciona con dificultad con el ambiente, pero cuando lo consigue permanece aferrada a dicha amistad.

Manifiesta pesimismo con respecto a su enfermedad.

ESTUDIO INDIVIDUAL DE LA MENOR.— Su psiquismo fué estudiado en los distintos planos: intelectual, afectivo y conativo, arrojando los siguientes resultados:

Plano intelectual: Se le aplicaron los siguientes tests: Escala Psicométrica de Yerkes, Terman-Merrill (forma M), y la Prueba de Ballard, arrojando los siguientes resultados:

Test de Yerkes: Edad cronológica: 15;4. Edad mental: 15 años. Cociente intelectual: 100.

Test de Terman-Merrill: Edad cronológica: 15;4. Edad mental: 15 años. Cociente intelectual: 103.

Prueba de Ballard: Edad cronológica: 15;4. Edad mental: 15 años. De acuerdo a su cociente intelectual la inteligencia es normal.

Plano afectivo: Para investigar este sector se le aplicaron los siguientes tests: Psicodiagnóstico de Rorschach, Thematic Apperception, Test de Murray, Cuestionario íntimo y varias entrevistas personales.

Psicodiagnóstico de Rorschach: El protocolo es el siguiente:

Lámina I (Tiempo de reacción: 25")

Parece la radiografía de un sapo (V)	D4 FY A
Parece una montaña y un tambor juntos	D2 FV Nat
Parece una costa irregular	Dds32 F Geo

Lámina II (Tiempo de reacción: 25")

Una marta (Ds5 y D4) Dd F A
La lava del volcán cuando sale (V) D3 CF Nat

Lámina III (Tiempo de reacción: 4")

Parecen dos pichones de avestruz ... G F A
Los pulmones y el esternón D3 FC Anat.
Una gallina (el muslo y la pata) D2 F A

Lámina IV (Tiempo de reacción: 10")

Pero ésta es la que me dió primero:
Parece la cabeza de un buey D1 F+ Ad
Parte de la costa de los EE. UU. D2 F Geo
Un murciélago (V) C F+ A

Lámina V (Tiempo de reacción: 4")

Esto es un vampiro G F+ A
Parecen patas cortas y largas

Lámina VI (Tiempo de reacción: 40")

Esto no lo encuentro parecido a nada.
La parte del centro parece los pulmo-
nes con ramificaciones Dd 22 F Anat.
Un dios chino D7 F Relig.
No me gusta esta lámina!

Lámina VII (Tiempo de reacción: 6")

Esto parece la América Central (V)... D2 F - Geo
Lo de arriba no sé.
La parte encerrada es un golfo entre
dos penínsulas G F+ Geo
La entrada de la clavícula Dd F Anat.

Lámina VIII (Tiempo de reacción: 10")

Son todos los mismos.
Topos D1 F+ A V
Costillas D3 F+ Anat. V

Lámina IX (Tiempo de reacción: 20")

Son feas estas láminas.

Esto parece la desembocadura de un

río (V) Dd F Paisaje

Una espada (V) D5 F+ Obj.

Cabezas de elefante (V) D4 F Ad

Parece una península (V) D12 F Paisaje

Lámina X (Tiempo de reacción: 20")

Cangrejos De F + A V

Parece la península de California D9 F Paisaje

Parece una isla desierta (parece per-
sonificada) Dd21 F Geo

El estómago de una rana con esófago. D F Anat.

Fórmula: Número total de respuestas: 28. Tiempo total: 30'. Total de respuestas: Láminas I al VII: 18. Total de respuestas: Láminas VIII al X: 10. % F+: . % A: 39. Número de V: 3.

G: 4. D. Ds: —. Dds: 1. Dd. F+: 8. F—: 1. F: 15. FY: 1. FV: L. M: —. CF: 1. Fc: 1. H: —. Hd: —. A: 8. Ad: 3. Anat.: 5. Nat.: 2. Geo: 5. Relig.: 1. Obj.: 1. Paisaje: 3.

Interpretación.—Tipo de personalidad poco culta. Su inteligencia es normal, aunque no ha alcanzado gran desarrollo. Tipo de inteligencia reproductiva, minuciosa, sin capacidad de organización. Su atención es buena y discrimina bien los distintos contenidos. El contenido de su pensamiento es predominantemente infantil y autoreferente. Su rapport intelectual con el ambiente es, sin embargo, bastante bueno, aunque hay en ella factores adversos (afectivos) que inhiben su actividad intelectual. Su capacidad creadora y productiva es pobre, predominando en la examinando la ambición hueca, pero sin capacidad de emplear con constancia y determinación sus posibilidades intelectuales.

Tipo de vivencia: extratensivo egocéntrico con momentos coartativos (signos de represión afectiva). Sujeto con poca vida interior. Sus afectos son lábiles y egocéntricos. Las pasiones dominan y es sugestionable, por muy poco tiempo.

Tipo de sensibilidad: no muy rico constitucionalmente.

Tipo de reacción emotiva: miedosa y colérica.

Predomina en ella la reacción disfórica y triste.

Sus afectos son predominantemente egocéntricos, hay en ella estados de excitación motriz. Persona que tiene necesidad de vivir en el mundo exterior, depende de él y es la fuente de todas sus satisfacciones. Existe una gran inmadurez afectiva y leves intentos pero sin éxito de adaptación emocional madura. Su agresividad se manifiesta contra el medio ambiente en forma destructiva. Hay deseos de emancipación personal y claras tendencias oposicionistas. El shock gris nos muestra claramente su neurosis, ansiedad y miedo. Existen grandes preocupaciones hipocondríacas, complejo de inferioridad, en el sentido adleriano, sin sublimar, falta de confianza en sí misma y sentimiento de impotencia.

Hay una
que data
sexuales
Tipo
por los de
y sus dis
De a
sentimien
Diag
gos hipoc
personal
ción de c
de su per
hipocond

Lámi
linista pe
sobre el l

Lámi
de Chopi
rica y no
ballo hub
tierra y l
Una gran
derrumbó

Lámi
Un dilem
porque él
las consec
Luego pa
antes de
linda.)

Lámi
lema. El
su mujer,
rido se va

Lámi
un bello
dad que
cuando le

Lámi
cartas a l
otro hom
chos prete
No está c
queda con
al ver qu

Hay una gran represión afectiva de su vida instintiva de raíz neurótica que data de su niñez. El shock en la lámina 6 evidencia conflictos sexuales sin resolver.

Tipo de conducta social: desadaptada. Persona que no se interesa por los demás seres y no rinde a causa de su núcleo egocéntrico afectivo y sus disturbios psicosexuales.

De acuerdo a este psicograma predominan las emociones sobre los sentimientos. Revelando inmadurez e inestabilidad afectiva.

Diagnóstico: Personalidad neurótica de tipo histérico con fuertes rasgos hipocondríacos. Existen algunos rasgos que son frecuentes en las personalidades epilépticas de acuerdo con el Dr. Salas (color, designación de colores, perseveraciones), pero lo más característico y profundo de su personalidad es la estructura neurótica de tipo histérico con rasgos hipocondríacos.

*Thematic apperception test
Primera serie*

Lámina I (Tiempo de reacción: 1'45"): Un chico que quiso ser violinista pero no pudo por la pobreza. El violín parece roto. Está dormido sobre el libro de música.

Lámina II (Tiempo de reacción: 15"): Es en Polonia, en la tierra de Chopin. Antes era una Polonia de corazón luchador. Eran gente rica y no tenían que estar cultivando como ahora y estudiando. El caballo hubiera podido ser el de Napoleón, de no estar arriando en la tierra y las chozas hubieran podido ser grandes palacios de Varsovia. Una gran guerra no pudo con el espíritu luchador de los poloneses y derrumbó todo.

Lámina III (Tiempo de reacción: 2'20"): El novio la dejó plantada. Un dilema amoroso. No sé si es un hombre o una mujer. Se enfadaron porque él andaba con otra y ella se lo quiso reprochar y él no temiendo las consecuencias la golpeó y ella vino cabizbaja llorando hasta su cuarto. Luego pasará a decirle a sus padres que prefiere quedarse solterona antes de casarse con él. (El novio la plantó porque la otra sería más linda.)

Lámina IV (tiempo de reacción: 29"): Otra más. Es el mismo dilema. El hombre quiere ir a pelear con otro que sería el favorito de su mujer, pues ella lo agarra como diciéndole que no le pegue. El marido se va y la mujer se va con el otro.

Lámina V (Tiempo de reacción: 2'10"): Una solterona! Antes era un bello jarrón y un niño le ha tirado una piedra por los ojos de maldad que tiene la señorita. La señorita era mala y se puso más mala cuando le rompieron su jarrón favorito.

Lámina VI (Tiempo de reacción: 10"): Éste le está espiando las cartas a la amante. Es la amante que la encuentra leyendo cartas de otro hombre. Por el tono de ella se ve que ha sido una mujer de muchos pretendientes. Ella está casada con otro sin que lo sepa el amante. No está casada con él y está leyendo las cartas del amante. Ella no se queda con ninguno de los dos, el marido se va a divorciar y el otro, al ver que se divorcian, tampoco la quiere.

Lámina VII (Tiempo de reacción: 1'55''): ¿Esto qué es? La chica tenía padre y no tenía cara tan triste como ahora. El padre se le murió abajo de un ferrocarril. Se puso para asustar a la esposa y le salió caro el chiste. La señora será su esposa y la madre de la chica, y el único entretenimiento que tenía la chica era una muñeca, sería regalo del padre. Luego se apoderarán de una gran fortuna dejada por el padre.

Lámina VIII (Tiempo de reacción: 1'): Representa una campesina que está triste porque le ha ido mal en la vendimia. Estará pensando en qué dar de comer a sus hijos porque ya no le queda ni un centavo. Pasará el invierno muy infeliz y no tendrán pan para comer.

Lámina IX (Tiempo de reacción: 6''): Eso se desarrolla en una playa. La niña se quiere tirar al agua cuando su madre está bordando. La madre no puede con ella porque la chica está al borde de una roca y la madre está desesperada. La niña se ahoga y la madre quedará sin su hija con tristeza.

Lámina X (Tiempo de reacción: 41''): Es un drama pasional. El marido se va a separar de su mujer para ir a la guerra y ella está muy triste, lo está despidiendo. El marido no vuelve, se muere, y ella queda acongojada luchando. Es sola, es una persona anciana.

Segunda serie

(Tiempo total: 50')

Lámina XI (Tiempo de reacción: 56''): Fué una gran ciudad, la explosión de un volcán la dejó totalmente destruida y los hombres que se ven ahí están petrificados. El camino lleno de piedras sería la principal avenida. Queda destruida para siempre.

Lámina XII (Tiempo de reacción: 44''): Antes eran jóvenes y no serían tan ridículas como ahora. La anciana no haría esos gestos que la avejentan aun más. La más joven parece recelosa. Están viendo algún duelo a muerte entre dos mujeres. Eran celosas, no eran hombres, se peleaban por el amor de la joven. Se murieron las dos, la muchacha las mira con odio, ella no las quiere.

Lámina XIII (Tiempo de reacción: 39''): Esa niña era rica y ahora tenía que trabajar para ganarse el pan. No llevaría antes esas vestimentas pobres y descoloridas. No tenía familia, era huérfana, los padres se habían muerto en una explosión. Ella vivía sola (tiene 16 años), no era feliz porque tenía que trabajar y ella no estaba acostumbrada a eso.

Lámina XIV (Tiempo de reacción: 30''): Es un ladrón que aprovechando una ventana abierta entra sin que nadie lo vea. Roba a la muchacha de la casa (tiene 15 años) se la lleva lejos al extranjero para casarse con ella. Sería un muchacho rico y ahora pobre, tendría amores con ella y tuvo que emplear ese método para casarse con ella. La muchacha va a gusto. No le importa separarse de los padres.

Lámina XV (Tiempo de reacción: 20''): Se ve un hombre con cara de calavera, flaco. Se ve un gran cementerio de guerra. Él va a rezar delante de una cruz, es la esposa que muere en un bombardeo. Se ven muchas cruces que son de otros que nadie reza (son soldados extranjeros). Eran una familia feliz, no tenían hijos.

Lámina XVI (Tiempo de reacción: 1'5''): Un escritor quería escribir una novela pero no pudo porque le sorprendió la muerte. Quizá quería escribir algún poema y no pudo por las circunstancias ya dichas. (Murió tuberculoso.)

Lámina XVII (Tiempo de reacción: 1'25''): Fin del mundo! Parecen ladrones que aprovechan la noche para desembarcar sus tesoros. Se ven cofres y bolsas llenos de oro. Lo roban de las minas y luego lo esconden bajo el puente de un puerto. Pero hay una muchacha observándolos, quizás lo cuente y vayan presos por esa suma fabulosa que han robado.

Lámina XVIII (Tiempo de reacción: 9''): Se ve una señora ahorcando a la hija. Sería por alguna cosa que no quería que hiciese (que anduviera en automóvil con hombres, haciendo el papel de vampiresa). La hija caerá muerta sobre la baranda. La madre se escapará para otro distrito.

Lámina XIX (Tiempo de reacción: 24''): Casas en tiempo de neheladas. De noche el viento sopla con más fuerza y caen numerosísimas. En estas casas no pueden salir como acostumbraban en verano. Si salen podrían enterrarse en la nieve. Toda esta gente espera que vengan los calores para poder salir, trabajar y no estar encerrados, con ese frío tan cruel.

Lámina XX (Tiempo de reacción: 15''): Parece la muerte! Éste es un hombre que está al pie de un farol esperando a su amada. Pero pasan las horas y no llega su amada y él en el futuro, si ella se va con otro no tendrá más remedio que pegarle un tiro a la muchacha.

Interpretación.— En esta prueba vemos que el tono dominante de estas narraciones es depresivo y disfórico. Existen en esta adolescente intensos conflictos personales y ambientales que están aún por resolver. Observamos como rasgos salientes de su personalidad una intensa agresividad (auto y heteroagresividad) que se dirige preferentemente hacia las figuras parentales y hacia sí misma.

Existe un intenso complejo de inferioridad, frente al cual existen débiles esbozos de lucha. Sin embargo lo más característico de su psiquismo es la inactividad y la pasividad.

Afectivamente es lábil y no ha llegado al grado de madurez requerida de acuerdo a su edad cronológica. Su prospección es pesimista e incierta.

El problema amoroso está sin resolver, a causa de su gran sentimiento de inferioridad, esto le provoca ansiedad y miedo a la soledad (soltería).

El mundo de los valores está sin desarrollar, primando en ella el afán del dinero (afán de dominio en este caso) que es una tendencia compensatoria de su sentimiento de inferioridad.

El problema vocacional no se revela en esta prueba, demostrando con esto también su inmadurez personal.

Sexualmente, vemos que en esta adolescente priman las tendencias homosexuales sobre las heterosexuales. Sin embargo no existe una primacía absoluta ya que hay claras tendencias poligámicas. Creemos que la examinando se refugia en sus tendencias homosexuales a causa de

su incapacidad e inferioridad frente al sexo masculino. En esta prueba vemos también que trata de compensar el fracaso amoroso por medio de fantasías en las cuales la examinando se identifica con mujeres solitadas por muchos pretendientes.

En resumen:

- a) Personalidad neurótica (pasividad, sentimiento de vacío interior, labilidad afectiva, depresión, sentimientos de inferioridad).
- b) Intensos conflictos intrapsíquicos, exacerbados por su inferioridad.
- c) Agresividad intensa dirigida hacia las figuras parentales (rasgos prepsicóticos).
- d) Sexualidad inmadura.
- e) Prospección incierta y angustiosa.

Cuestionario íntimo

(Adaptación del Laboratorio de Psicopedagogía S. Morey Otero)

- 1) ¿Cuáles han sido las impresiones más fuertes que usted ha tenido en su vida? "Cuando me quieren llevar a la casa. Cuando me hacían hacer los deberes, cuando era chica."
- 2) ¿Cuáles son los recuerdos más desagradables (que la hacen sufrir más) de su vida? "Las crisis."
- 3) ¿Cuáles son los recuerdos más agradables de su vida? "Los viajes."
- 4) ¿Está usted satisfecha de vivir? "Sí."
- 5) ¿Por qué? "Me hacen todos los gustos."
- 6) ¿Cree usted que hay manera de cambiar su porvenir? "Sí."
- 7) ¿Cómo? "Siendo médico-cirujana (porque le gusta cortar) o aviadora."
- 8) ¿Cuáles son sus mayores deseos? "Irme a Buenos Aires y que me cure el médico."
- 9) ¿Cómo cree usted que podría realizarlos?
- 10) ¿Cuáles cree usted que son sus principales defectos? "Mal genio, mentirosa."
- 11) ¿Cuáles cree usted que son sus principales cualidades o virtudes? Blancoacevedista, católica, peronista y honrada.
- 12) ¿Si volviese a nacer, qué modificaciones trataría usted de hacer en su vida? "Tener un cuerpo como Rita Hayworth, no ser enferma, ser americana o argentina."
- 13) ¿Por qué? —
- 14) Escriba los nombres de las tres personas a las que usted admire más. "Blanco Acevedo, Perón, Evita Duarte."
- 15) Escriba los nombres de tres personas que le sean a usted antipáticas. "Tamborini, Mosca y todos los que forman el comunismo."

- 16) ¿Cuál es la peor acción que cree usted haber cometido?
"Haber dejado el liceo."
- 17) ¿Cuál es la mayor injusticia que cree usted haber sufrido en su vida? "No haberme dejado dar ingreso cuando yo quise (en casa no me dejaban)."
- 18) Si le diesen a escoger entre ser sabia, fuerte, poderosa, rica, inteligente, guapa, buena, activa, afortunada en amores, fina, paciente y sólo pudiese usted tener dos de estas cualidades ¿cuáles elegiría? "Rica y afortunada en amores."
- 19) ¿Por qué? "Rica, porque me gusta el dinero. Afortunada en amores porque me gustan los muchachos."

Interpretación.— En esta prueba se pone de manifiesto la preocupación por su enfermedad.

Revela también inmadurez afectiva y fijación a etapas anteriores (niñez).

La autocrítica se evidencia aquí como normal.

Hay complejo de inferioridad, no superado, y tendencias heterosexuales definidas.

Aquí también observamos, lo mismo que en las entrevistas personales, el deseo de ser cirujana, que creemos tenga relación con sus tendencias agresivas.

Los valores que utiliza son egocéntricos y de tipo infantil.

Entrevista personal.— Del interrogatorio personal sacamos las siguientes conclusiones: Niña sumamente nerviosa, irritable y egocéntrica. Antes de comenzar las crisis presentaba rasgos neuropáticos y manifestaba celos por su hermano. Ejerce un gran dominio en su casa y dentro del ambiente familiar, su conducta es irregular. En la escuela no existían quejas sobre su comportamiento. Manifestaba una gran preocupación por su enfermedad actual.

Exhibe una conducta agresivo-explosiva y utiliza su enfermedad como medio para satisfacer sus deseos y caprichos. Revela un intenso sentimiento de inferioridad que trata de compensar por medio de la fabulación (dice que es la primera en la clase, que tiene novio, que no le importa su enfermedad).

Existe en ella una gran inquietud sexual. Satisface sus deseos por medio de la fantasía (en las cuales cambia de novio, juega con ellos, se ríe de ellos). Su curiosidad sexual y sus problemas se evidencian también en la contemplación por la noche de parejas amorosas.

Su agresividad, sobre todo hacia el sexo masculino, se pone de manifiesto en los cuentos que escribe (hombres muertos, perseguidos, etc.).

Su problema vocacional no está resuelto. No manifiesta interés especial por ninguna actividad. Su deseo en el momento actual de ser médico-cirujana responde posiblemente a razones de carácter afectivo (admiración por el Dr. B. A. y a tendencias sádicas claras) y no se basan en nada serio. Posee inmadurez emocional, indiferencia hacia sus padres y al medio ambiente.

Diagnóstico final.— 1º) Estamos frente a un caso de una personalidad con estructura neurótica intensa (de tipo histérico) y con rasgos hipocondríacos.

2º) Presenta un gran problema sexual sin resolver.

3º) Sus intereses están sin desarrollar, es decir, tiene sin resolver los tres problemas básicos del ser humano: vocacional, de adaptación normal al medio ambiente, el problema amoroso o sexual.

CASO Nº 3.— Nombre: G. L. Edad: 7 años y 1 mes. Sexo: femenino. Raza: blanca. Escolaridad: 2º año de primaria.

Motivos de la consulta psicológica: Esta menor fué enviada a la Clínica Médico-Psicológica por el Dr. R. C. N. por desmayos que datan desde hace cuatro años.

SUMARIO DEL ESTUDIO SOMÁTICO.— Se trata de una niña de 7 años y 11 meses en la actualidad, que concurrió por primera vez a la Clínica el 10-XI-47, enviada por el Dr. R. C. N.

Crisis de petit mal. Estas crisis de petit mal se desencadenaban en ocasión de episodios infecciosos de rinofaringitis con adenoiditis —en una niña adenoidea—, coincidiendo además con la ingestión de sulfatiazol. Los episodios nerviosos consistían en pérdida de conocimiento súbita con amnesia del acto, y recuperación inmediata. Se acompañaban además de dolores abdominales; que la madre calmaba con láudano por prescripción médica.

Se trata, pues, de una forma interesante de petit mal, enmascarada en un cuadro de neurosis y desencadenada por episodios infecciosos, con agregado de intolerancia medicamentosa al sulfatiazol.

Somáticamente es una niña de buen desarrollo general, adenoidea, con deformación facial por adenoidismo y defecto de refracción ocular que fué tratada. La niña fué operada de adenoidismo por el Dr. R. y curó de sus episodios infecciosos. Se corrigió su defecto de refracción ocular con lentes. No ha tenido crisis de petit mal.

El E. E. G., cuyo informe se adjunta, da alteraciones bioeléctricas de disritmia paroxística. La radiografía de cráneo no da nada. Examen de materias fecales, sin particularidades.

ESTUDIO PSICOLÓGICO.— *Interrogatorio realizado a la madre:* Bagaje congénito (influencias hereditarias e intrauterinas).

Herencia paterna: Bisabuelo paterno alcoholista.

Herencia materna: Todos los integrantes de la familia materna son de temperamento nervioso (con excepción del padre). La abuela materna, sufría de melancolía y fué reclusa y a los 63 años se suicidó.

Constelación familiar: El ambiente familiar está constituido por:

Padre: D. L. Edad: 39 años. Salud: buena. Nacionalidad: uruguayo. Carácter: normal. Ocupación: empleado. Grado de instrucción: media.

Madre: M. P. de L. Edad: 37 años. Nacionalidad: uruguaya. Salud: actualmente padece de arterioesclerosis ótica. Carácter: Siempre ha sido muy nerviosa. En su niñez cualquier traumatismo le hacía perder el conocimiento (esto es ignorado por la niña).

Número de embarazos: 2. Partos: 2.
Hermanos: 1, de 13 años. Carácter: bueno. Escolaridad: primer año de liceo.
Integran además el ambiente familiar: los abuelos paternos y una hermana de la madre de 32 años (soltera).
Las relaciones interpersonales son buenas. El abuelo es el que domina el ambiente familiar.
Condiciones del hogar: Grado de bienestar: bueno. La niña comparte su dormitorio con el hermano.

HISTORIA CLÍNICA.— Embarazo: sin particularidades. Parto: sin particularidades. Estado de la recién nacida: normal. Peso: 4kgs.500.
Leche materna hasta los 8 meses.

Datos del desarrollo: Sostener la cabeza: a los 3 meses. Pararse: a los 7 meses. Deambulación: al año. Primeras palabras: a los 5 meses (papá, mamá). Primeras frases después del año. Control intestinal: al año y medio. Control urinario: al año y medio. Vestirse sola: recién a los 6 años comenzó a vestirse por sí misma.

Historia de la enfermedad (según la madre): Los desmayos le comenzaron a los 3 años, luego de la tos convulsa. Se producían cuando ingería un medicamento (sulfatiazol). Dichos desmayos están precedidos por una sensación de malestar, la niña llama a la madre o trata de sentarse, cae al suelo y pierde el conocimiento.

Personalidad (según la versión de la madre):

Rasgos de carácter: Es nerviosa, dominante, enormemente celosa del hermano, caprichosa, desea que todos sus familiares se ocupen de ella. Cuando siente miedo de noche, se acuesta en la misma cama que la tía, por la que tiene un cariño desmesurado. Es tímida, vergonzosa, perezosa.

Es sociable, no le gusta estar sola. Se hace de amistades fácilmente. Es optimista frente a la vida.

Influencia familiar: Negativa a causa del exceso de mimos por parte de la madre, abuelos y tía.

Ambiente escolar: Concurrió al jardín de infantes a la edad de 5 años. Como estaba muy nerviosa la madre tuvo que quedarse con ella en la clase durante medio año. Actualmente está en segundo año. No concurre gustosa a la escuela debido en parte a su timidez y al temor de no saber contestar. Rinde en clase. Siempre saca buenas notas.

ESTUDIO INDIVIDUAL DE LA MENOR.— Su psiquismo fué estudiado en los distintos planos: intelectual, afectivo y conativo.

Actitud frente a las diferentes pruebas: Atenta, sonriente, con deseos de colaborar y de responder a las diferentes preguntas que se le formulan.

Plano intelectual: Para investigar este sector se le aplicaron los tests de Yerkes y Terman-Merrill, arrojando los siguientes resultados:

Escala Psicométrica de Yerkes: Edad cronológica: 7 años y 1 mes. Edad mental: 8 años y 4 meses. Cociente intelectual: 125.

De acuerdo a su cociente intelectual esta niña posee una inteligencia superior.

Test de Terman-Merrill: Edad cronológica: 7 años y 1 mes. Edad mental: 9 años y 2 meses. Cociente intelectual: 116.
De acuerdo a su cociente su inteligencia es normal, de aprendizaje rápido.

Plano afectivo: Para investigar este sector se le aplicaron los siguientes tests: Psicodiagnóstico de Rorschach, Thematic Apperception, Test de Murray, Cuestionario íntimo, Entrevista personal.

Vamos a exponer a continuación el protocolo del Rorschach y luego su interpretación:

Protocolo de Rorschach:

Lámina I (Tiempo de reacción: 5")

Un mapa	G F + Geo
Un cuerpo de mujer	D4 F+Hd.V

Lámina II (Tiempo de reacción: 8")

Dos pájaros	G F + A
Sangre	D3 C Sangre

Lámina III (Tiempo de reacción: 7")

Hombres llevando un paquete (incluidos)	G M H V
Una moña	D3 FC Pers.
Un loro	D2 F+A

Lámina IV (Tiempo de reacción: 5")

El cuerpo de un pájaro	D1 F Ad
Alas	D2 F + Ad

Lámina V (Tiempo de reacción: 15")

Un mapa	G F — Geo.
Una cabeza	D6 F + Ad

Lámina VI (Tiempo de reacción: 5")

El cuerpo de un hombre (los brazos Dd 27)	D F Hd
---	--------

Lámina VII (Tiempo de reacción: 6")

Dos bailarinas con las cabezas juntas (estiradas)	(V) G M H
Dos cabezas	Dd22 F Hd V

Lámina VIII (Tiempo de reacción: 7")

Un cuerpo de un hombre	D8 F H
Dos focas	D1 F- A

Lámina IX (Tiempo de reacción: 8")

Un mapa (V)	G F Geo
Arroyos del mapa (V)	D CF Geo
Arena (V)	D F Nat.

Lámina X (Tiempo de reacción: 8")

Una araña	D F + A V
Un árbol (V)	D CF A
Nubes en el cielo	D CF-Nubes
Cangrejos (V)	D F + A V

Fórmula: G: 6. D: 16. Dd: 1. % F+: 70. % A: 39. Vulg. 5. S: -- M: 2. C: 1. Cf: 3 (1-). FC: 1. F+: 7. F-: 3. F: 6. H: 3. Hd: 3. Hd: 3. A: 6. Ad: 3. Geo: 4. Sangre: 1. Pers.: 1. Nat.: 1. Nubes: 1. Número total de respuestas: 23. Tiempo total: 25'. Total de respuestas de las láminas 1 a 7: 14. Total de respuestas de las láminas VIII a X: 9. Sucesión: ordenada. Tipo aperceptivo: G. D Dd. Tipo de vivencia: extratensivo egocéntrico. Shock lámina: VI, II, V, VII. Láminas preferidas: X, VIII. Láminas desagradables: IX, VI.

Interpretación.—Plano intelectual: La examinando posee una buena inteligencia. Su percepción es clara y neta; tiene facilidad para centrar su atención voluntaria. Tiene además buena coherencia y agilidad intelectual. Posee una cierta capacidad de análisis y de síntesis. El contenido de su pensamiento es predominantemente infantil, aunque algunas respuestas indiquen un afán de evadirse de la realidad por medio de la fantasía.

El rapport intelectual con el ambiente es eficiente, hay en ella una buena adaptación al pensamiento común.

Plano afectivo: Tipo de vivencia extratensivo egocéntrico. Sus afectos son lábiles e impulsivos. Predomina en ella la reacción colérica, la cual se ve controlada intelectualmente, pero cuando este control se rompe sobrevienen estallidos coléricos.

Hay un deseo de contactar afectivamente con el ambiente, no lográndolo satisfactoriamente a causa de su actitud auto-referente.

En lo que se refiere a las figuras parentales hay una doble actitud: por un lado un deseo de sumisión a la figura materna o sustituta de ésta y por el otro lado afán de emancipación; predominando la dependencia a la figura materna.

El shock en la lámina VI y la tendencia a ver figuras sin cabezas o cabezas simplemente, nos indican conflictos psicosexuales no solucionados, en donde el complejo de castración desempeña un papel importante. Secundariamente a dichos conflictos surge la ansiedad, como fuerza reactiva.

El shock cromático revela represión afectiva de raíz neurótica, es decir, que sin estos elementos represivos sus afectos serían más lábiles, impulsivos y egocéntricos.

El grado de actividad voluntaria no está desarrollado de acuerdo a su edad: hay impulsos pero falta la actividad voluntaria organizada.

En síntesis: Estamos en presencia de una neurosis de tipo histérico.

Thematic apperception test

(Tiempo total: 25'')

Lámina I (Tiempo de reacción: 5''): Un niño estudiando el violín. Está enojado, mirando el violín, con el libro debajo del violín, y con las manos en la cara, sentado en una silla. Está enojado porque le mandaron estudiar el violín, porque no le gusta estudiar el violín. Que no va a estudiar el violín.

Lámina II (Tiempo de reacción: 7''): Una niña que va al colegio y la mamá recostada al lado de un árbol, el papá con un caballo, y detrás de la casita el mar y las montañas. La niña tiene los libros en la mano y que no va a ir más al colegio porque no le gusta estudiar.

Lámina III (Tiempo de reacción: 4''): Una niña llorando en la puerta, con una mano en la puerta y la otra en la cara. Está llorando porque está sola en la casa, con la puerta abierta. No va a llorar más porque fué visita a la casa.

Lámina IV (Tiempo de reacción: 5''): Una señora con el esposo, agarrándole un retrato atrás. Está agarrándolo porque le va a dar un beso, porque se va para afuera el señor. Después de cuatro días el señor va a venir de vuelta. Después la señora se va a ir afuera con el señor.

Lámina V (Tiempo de reacción: 15''): Una señora abrió la puerta porque estaba la luz prendida, porque ella se iba a pasear y dejó la luz prendida y se creía que había un hombre. Tenía miedo que le robaran la lámpara. No había nadie y apagó la luz. La señora se fué para arriba.

Lámina VI (Tiempo de reacción: 3''): Una señora sentada en un sillón y el señor mirándola y ella lo mira a él. Ella estaba jugando sola a la baraja, empezaron a jugar los dos a las barajas: el señor en la boca tenía una pipa. Los dos luego se van a pasear, a la casa de una señora.

Lámina VII (Tiempo de reacción: 3''): La mamá con una nena y la nena tiene una muñeca en la mano y están sentadas en un sillón; están hablando la mamá y la nena; le dice que juegue, que se entretenga; la nena va a jugar; a la nena le gusta jugar con una amiga. Olguita, juegan a las madres. Después no va a jugar más cuando se vaya la amiguita.

Lámina VIII (Tiempo de reacción: 10''): La señora recostada a la pared y mirando para allá, estaba lavando y después fué a tender la ropa en la azotea, después que tienda todo se viste y se va a ir a pasear a la casa de una amiga, va a ir a visitarla, después se va a ir de nuevo a la casa.

Lámina IX (Tiempo de reacción: 10''): Una señora agarrada de un árbol y otra corriendo, porque está el mar, porque las olas llegan

hasta donde está ella y se moja todos los zapatos y la otra tiene una ropa en la mano, porque la que corre está buscando a la otra porque se habían separado, y la que está contra el árbol le decía que se iban a encontrar. Se separaron para estar más tranquilas, porque está muy finita la montaña y no podían caminar.

Lámina X (Tiempo de reacción: 5''): Un señor dando un beso a la señora, porque se van a casar, van a tener nenitos, después van a sacar a pasear a los nenitos.

Interpretación.— Al estudiar las diferentes láminas de este test, podemos observar los diversos problemas que perturban su psiquismo. Este test pone de manifiesto su inmadurez afectiva y su gran egocentrismo.

Frente al ambiente familiar exhibe una conducta de gran dependencia hacia la madre, aunque por momentos desea emanciparse, no lográndolo a causa de su incapacidad para desenvolverse por sí sola.

La posibilidad de la pérdida del objeto amoroso, le provoca ansiedad que es pronto apaciguada con la fantasía de volverlo a recuperar.

Rechaza en el momento actual todo esfuerzo continuado con una finalidad útil, como ser el estudio, prolongándose en ella en forma exagerada la actividad lúdica, puesto que ya debía haber sobrepasado esta etapa de acuerdo a su edad cronológica. Creemos sin embargo que esta actividad lúdica le sirva para satisfacer apetencias, que no puede realizar en la realidad.

El rapport social no se logra satisfactoriamente a causa de su egocentrismo y de su represión afectiva.

Presenta una gran preocupación y curiosidad sexual.

Diagnóstico: Estamos en presencia de una menor con una estructura neurótica caracterizada por: inmadurez afectiva, dependencia familiar y gran curiosidad sexual.

Cuestionario íntimo

(Adaptación del Laboratorio de Psicopedagogía

Sebastián Morey y Otero)

- 1) ¿Cuáles han sido las impresiones más fuertes que usted ha tenido en su vida? "Cuando se le rompió el brazo a mi tía."
- 2) ¿Cuáles son los recuerdos más desagradables (que le hacen sufrir más) de su vida? "Cuando tuve sarampión porque me atacó a los ojos."
- 3) ¿Cuáles son los recuerdos más agradables de su vida? "Cuando jugaba a las muñecas."
- 4) ¿Está usted satisfecha de vivir? "Sí."
- 5) ¿Por qué?
- 6) ¿Cree usted que hay manera de cambiar su porvenir? "Sí."
- 7) ¿Cómo? "Puedo salir sola, y trabajando de maestra."
- 8) ¿Cuáles son sus mayores deseos? "Que mi tía me traiga de Buenos Aires unos globos."

- 9) ¿Cómo cree usted que podría realizarlos? "Cuando mi tía vaya a Buenos Aires y me los traiga."
- 10) ¿Cuáles cree usted que son sus principales defectos? "Caprichosa."
- 11) ¿Cuáles cree usted que son sus principales cualidades o virtudes? "Buena, generosa."
- 12) ¿Si volviese usted a nacer, qué modificaciones trataría de hacer en su vida? "Me haría chiquita."
- 13) ¿Por qué?
- 14) Escriba los nombres de tres personas a las que usted admire más. Mi tía (la que vive en casa), mi mamá y mi papá.
- 15) Escriba los nombres de las tres personas que le sean a usted antipáticas: Beba (una amiga), Freddy (un amigo).
- 16) ¿Cuál es la peor acción que cree usted haber cometido en su vida? "Ninguna."
- 17) ¿Cuál es la mayor injusticia que cree haber sufrido en su vida? "Ninguna."
- 18) Si le diesen a escoger entre ser: sabia, poderosa, fuerte, inteligente, guapa, activa, afortunada en amores, fina, paciente, y sólo pudiese usted tener dos de estas cualidades, ¿cuáles elegiría? "Inteligente y buena."
- 19) ¿Por qué? "Inteligente, porque sí. Buena, porque así soy buena con todos los niños."

Interpretación del cuestionario.— En este test se evidencian sus principales problemas afectivos. El análisis detallado de sus respuestas nos confirman su inmadurez y su gran egocentrismo.

Existe en ella un deseo de regresión a etapas más primitivas en las cuales se sentía protegida y amparada por las figuras parentales.

Frente al ambiente familiar presenta una actitud de dependencia hacia las figuras femeninas (madre, tía).

Se observa cierta preocupación hipocondríaca.

Podemos comprobar en esta menor el deseo de superarse intelectualmente y de contactar afectivamente con sus compañeros.

Sus intereses vocacionales están dirigidos hacia la carrera de maestra.

Presenta una tendencia espontánea a la prospección optimista.

Entrevista personal.— De las entrevistas personales podemos sacar las siguientes conclusiones:

- 1º) No presenta sentimiento de inferioridad intelectual.
- 2º) Frente al ambiente familiar su actitud es de extrema dependencia a las figuras (madre, tía).
- 3º) Presenta una situación conflictiva con el hermano, creada por los enormes celos que ella siente hacia él.
- 4º) Frente al ambiente social, las relaciones son, según la examinando, buenas.

- 5º) En el ambiente escolar, desea superarse y llegar a ser la primera de la clase.
- 6º) Su interés vocacional hasta este momento es el llegar a ser maestra.
- 7º) Tanto la orientación autopsíquica como la alopsíquica son buenas.

Diagnóstico.— Al estudiar los trastornos de esta menor comprobamos que existen factores motivadores de su conducta y perturbación actual:

- 1º) Herencia neuropática.
- 2º) Ambiente familiar desfavorable (exceso de mimos y de protección por parte de sus familiares).
- 3º) Constitución neuropática (rasgos hipocondríacos, timidez, celos desmesurados por el hermano, ansiedad que data de su tierna infancia).
- 4º) La enfermedad (tos convulsa) que tuvo a los 3 años fué la desencadenante de sus trastornos de conducta, volviéndola más nerviosa, acentuándose en ella los rasgos neuropáticos, que en ella existían, a causa de la actitud supersolícita de la madre, de la tía y de los abuelos.

Diagnóstico final.— En síntesis, podemos decir que estamos en presencia de una neurosis de tipo histérico.

BIBLIOGRAFÍA

1. PICHON-RIVIERE, E.— Los dinamismos de la epilepsia. "Revista de Psicoanálisis", 1944, vol. I, Nº 3.
2. PICHON-RIVIERE, E.— Patogenia y dinamismo de la epilepsia. "Revista de Psicoanálisis", 1945, vol. II, Nº 4.
3. RASCOVSKY, A. y L.— Consideraciones psicoanalíticas sobre la situación actual estimulante en 116 casos de epilepsia infantil. "Revista de Psicoanálisis", 1945, vol. II, Nº 4.
4. RASCOVSKY, A.— Consideraciones psicosomáticas sobre la evolución sexual del niño. "Revista de Psicoanálisis", 1943, vol. I, Nº 2.
5. RASCOVSKY, A.; RASCOVSKY, L.; DE WENCELBLAT, DE.— Enfoque psicosomático de la epilepsia infantil. "Patología Psicosomática", cap. XV.
6. RASCOVSKY, L.— Psicogénesis de un caso de epilepsia con lesión orgánica. "Patología Psicosomática", cap. XVI.
7. WEIS ENGLISH.— Epilepsia. "Medicina Psicosomática", pág. 443.
8. MIRA Y LÓPEZ, E.— Psicosis epiléptica. "Psiquiatría", t. II, cap. XXV.
9. SCHEIDEMAN.— "Psicología del niño excepcional", vol. I.
9. DEUTSCH, L. and WIENER.— Children with epilepsy, emotional problems and treatment. "American Journal of Orthopsychiatry", vol. XVIII, Nº 1, 1948.

10. TRAMER, M.— "Manual de Psiquiatría Infantil."
11. SHILDER.— "Manual de Psicoterapia."
12. KANNER, L.— "Psiquiatría Infantil", Ed. Zig-Zag, S. Chile, 1944.
13. STRAUSS, A.— "Pedagogía terapéutica", pág. 189.
14. BÜHLER, C.— "El desarrollo psicológico del niño", Ed. Losada, Buenos Aires, 1946.
15. FREUD, A.— "Psicoanálisis Infantil."
16. KLEIN, M.— "El Psicoanálisis de Niños."
17. SPURGEON ENGLISH, O. & PEARSON, H. J.— "Neurosis frecuentes en los niños y en los adultos."
18. SALAS, J.— "Psicodiagnóstico de Rorschach", Madrid, 1944.
19. INTI LUNA, R.— "Ensayo de la prueba de Rorschach en 104 niños."
20. INTI LUNA, R.— "Revista de Neuropsiquiatría", t. 4, Nº 2, 1941.
21. SICHERO, A.; BARBE, L. A. DE; RIBEIRO, J. D. DE y FERNÁNDEZ, E. G. DE.— "Psicodiagnóstico de Rorschach. "Boletín del Laboratorio de Psicología Sebastián Morey Otero", año III y IV, Nos. 3, 4; 1947.
23. LOOSLI USTERI.— "Cinco estudios sobre el test de Rorschach."
24. LOOSLI USTERI.— "Le diagnostic individuel chez l'enfant au moyen du test de Rorschach."
25. RORSCHACH, H.— "Psicodiagnóstico." Edición Castellana.
26. JOHNSON, JR. M. D.— "The clinical significance of the Test Rorschach. "American Journal of Orthopsychiatry", vol. 104, Nº II, mayo 1948.
27. HERTZ, M.— "Protocolo de Rorschach en una estructura suicida."
28. FORD, M.— "La aplicación de Rorschach en preescolares."
29. WISHNER, J.— "Signos intelectuales en el Rorschach de neuróticos. "American Journal of Orthopsychiatry", vol. 18, Nº II.
30. RAPPAPORT.— "Diagnostic psychological testing", vol. I and II.
31. KLOPFER KELLEY.— "The Rorschach Technique."
32. SEREBRINSKY, B.— "Psicodiagnóstico de Rorschach en los adolescentes."
33. SEREBRINSKY, B.— "Psicodiagnóstico de Rorschach en los homicidas."
34. BUSTAMANTE.— "Historiales clínicos de neurosis obsesivas. "Archivos de Neurob.", XV, 1934.
35. ENDARA.— "Psicodiagnóstico de Rorschach. "Archivos de neuropsiquiatría y disciplinas conexas."
36. LEME LÓPEZ.— "Das interpretações claro-oscuro no psicodiagnostico de Rorschach."
37. MIRA Y LÓPEZ.— "Psicodiagnóstico de Rorschach. (Curso dictado en Montevideo, sin publicar.)"
38. MONNIER.— "Le test psychologique de Rorschach. "Le Encephale", t. XXXI.
39. MURRAY, H. A.— "Thematic Apperception Test-Manual."
40. TOMKINS, S. S.— "The Thematic Apperception Test. "The theory and technique of interpretation."
41. ARNOLD, A. M.— "A demonstration analysis of the T. A. T. in clinical setting. "The Journal of Abnormal and Social Psychology", vol. 44, january, 1949.

I) C

E
arrollo
exame
llo. C
dentes
remor
crítico
prosig
pasad
esta
utiliza
aclara
I
tivo
evolu
posee
una
quier
desar
aume
para
tanto
reñi

Exploración del desarrollo en la primera infancia

JULIO R. MARCOS

I) Concepto de desarrollo.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

El niño es un organismo en permanente crecimiento y desarrollo. Puede deducirse por ello que cuando se practica el examen de un niño, de hecho se explora su crecimiento y desarrollo. Como materia interesante, debe señalarse que los antecedentes de este proceso evolutivo fundamental de la infancia se remontan más lejos de lo supuesto, mucho más allá del momento crítico del nacimiento, de lo que se infiere que el lactante y el niño prosiguen en ordenado plan el desarrollo fetal. No obstante este pasado embrionario y fetal nos ocuparemos exclusivamente en esta exposición del desarrollo infantil a partir del nacimiento, utilizando solamente los datos embriológicos indispensables para aclarar características ulteriores.

Resulta en todo momento más fácil poseer un concepto intuitivo del proceso del desarrollo en su permanente transformación evolutiva que definirlo. A pesar de las dificultades para hacerlo poseemos actualmente un conjunto de datos como para expresar una definición satisfactoria. Como paso previo, un punto requiere una aclaración y se refiere al concepto de crecimiento y desarrollo. Se admite en general que el crecimiento significa aumento tisular y corporal hasta alcanzar un término, variable para cada especie y organismo (terminación del crecimiento), en tanto que el desarrollo se refiere a un proceso evolutivo de diferenciación funcional.

El crecimiento se presenta de acuerdo con esta definición como un proceso somático en tanto que el desarrollo es un proceso fisiológico. No obstante la verdad que encierra este dualismo, se admite en la actualidad que no es posible trazar una delimitación estricta entre los dos procesos. En efecto, *crecer es diferenciarse* o, en otros términos, crecer es desarrollarse contemporáneamente desde que no puede concebirse crecimiento orgánico en masa sin la coetánea diferenciación funcional e inversamente el desarrollo, o sea la maduración funcional, se cumple sobre un plan orgánico de aumento y diferenciación tisular.

En su esencia, ambos procesos resultan inseparables y por ello se habla a veces de crecimiento funcional (Gesell) del mismo modo que se habla de desarrollo somático. Los endocrinólogos prefieren el término de crecimiento para expresar el aumento en masa o corporal y a él nos subscribimos. En otro terreno, en Pediatría es norma llamar desarrollo neuropsíquico o más simplemente *desarrollo* al proceso evolutivo del sistema neuropsíquico. Pero insistimos nuevamente que, de hecho, *cuando se habla de crecimiento va implicado el desarrollo de una función*. Crecer es madurar, dice A. Gesell, y al desarrollarse un organismo en lo somático y funcional lo hace recorriendo en forma ordenada y evolutiva las distintas etapas de un plan individual y de la especie.

Existen algunas experiencias que invalidan la equiparación de los dos procesos, crecimiento y desarrollo. Así, J. Needham al estudiar los mecanismos morfogenéticos, plantea los casos de disociación entre crecimiento y lo que él llama *diferenciación*. Al respecto establece tres grupos de procesos que son:

- a) *crecimiento* o aumento en dimensiones y peso;
- b) *diferenciación*, o sea, incremento en complejidad y organización;
- c) *metabolismo*, o sea, cambios químicos en el organismo.

En general, crecimiento y diferenciación corren paralelos pero puede ocurrir que exista crecimiento sin diferenciación, si hay cualquier falla en la formación o liberación de los organizadores primarios o secundarios. También, puede acaecer que exista diferenciación sin crecimiento. Cita Needham las experiencias de Bohn y Drzwina con huevos de erizos de mar en desarrollo, en soluciones normal 20 y normal 10 de una sustancia, fenil-

dimetilbetaína, en agua de mar. Si se hacía el tratamiento en el período de blástula no se detenía la diferenciación y se formaban larvas normales pero de tamaño la mitad de los controles; la diferenciación era normal pero el crecimiento estaba frenado.

Estas experiencias, sin embargo, a pesar de su interés, no son suficientes para negar el paralelismo fisiológico y clínico que rige la evolución del organismo humano normal en lo que atañe a crecimiento y desarrollo. Otro punto importante se refiere a la jerarquía que cobra la maduración neuropsíquica en el proceso general del desarrollo. Por eso cuando se habla de desarrollo, sin aclaraciones, se sobreentiende que se refiere al desarrollo neuropsíquico, que es la más jerarquizada de todas las manifestaciones de la diferenciación funcional.

Es lógico que cada investigador vea en el proceso general del desarrollo el aspecto que lo mueve en su propia orientación. Así, el morfológico concibe el desarrollo con sentido morfogenético y se dedica a estudiar el aspecto somático, como son los aumentos en peso y talla, el cociente ponderoestatural, el crecimiento estructural de los distintos órganos, etc.

El fisiólogo se dedica a estudiar la maduración fisiológica en las distintas etapas del desarrollo. Por ejemplo, puede seguir mediante una exploración adecuada los sistemas fermentativos del aparato digestivo en distintas edades o las funciones cardíaca, hepática, nerviosa, etc.

El radiólogo está en condiciones de estudiar los aspectos mensurables y evolutivos del crecimiento esquelético y puede comparar los aspectos normales con las alteraciones frecuentes que lo desvían.

El patólogo estudia las alteraciones morfológicas que desvían el desarrollo de su curso normal y crean anomalías con variadas representaciones clínico funcionales. La correlación anatomoclínica es para el patólogo la meta de sus investigaciones.

El higienista puericultor ve el desarrollo desde su punto de vista, como un complejo proceso de salud física y mental del niño; y propugna todas las medidas posibles de orden obstétrico, ambiental y social con la finalidad de obtener el desarrollo óptimo somatopsíquico.

Los psicólogos enfocan los problemas del desarrollo intelectual, afectivo y psicosexual del niño en sus grandes directivas y aspectos, como son, la formación de la inteligencia, de la afectividad y del carácter, en suma, de la personalidad total.

En otro campo, el grupo de educadores y trabajadores sociales ven en el desarrollo un panorama de incalculable rendimiento psicopedagógico.

En fin, para los sociólogos y gobernantes el desarrollo normal de la infancia es de gran trascendencia y propenden a obtener con leyes adecuadas el máximo bienestar de la niñez hecho explicable puesto que como formula muy inteligentemente A. Gesell "el niño es el padre del hombre". Con este acopio de datos el pediatra se encuentra en condiciones de concebir y explorar el desarrollo. Está recién en actitud de encararlo como un *proceso global y unitario*, un sistema en acción, morfogenético y dinámico con un pasado embriológico y un porvenir evolutivo; un sistema que crece y madura al unísono.

LA CONDUCTA, EXPRESIÓN DEL DESARROLLO

Basándonos en hechos conocidos podemos expresar que el desarrollo tiene una objetivación mensurable en los llamados "*modos de conducta*" o "*modos de comportamiento*". Cada función posee por sí misma una expresión o modo de conducta y, en consecuencia, la conducta global del niño es la suma de las conductas parciales. Cada forma o modo de conducta tiene su base morfológica y su dinamismo que puede expresarse en valores o términos de conducta. *La conducta global viene a ser, por lo dicho, la expresión fisiológica del sistema neuropsíquico en acción.*

Este sistema global en acción reconoce en sus fundamentos el *juego* armónico de tres sistemas que se ubican y se gobiernan por el principio de las correlaciones. En el diagrama que expone a continuación vemos el núcleo central morfológico que el médico clínico explora mediante una exploración somática o morfológica. A su alrededor se mueve el sistema fisiológico general que exige una exploración de tipo funcional fisiológico. Como culminación de este sistema se activa el sistema neuropsíquico merced al cual el individuo se liga al ambiente, y por ende, realiza la máxima actividad funcional.

Lo más interesante de este diagrama estriba en la objetivación de como se interrelacionan los tres sistemas lo que permite aclarar las desviaciones de la normalidad. Cuando el núcleo somático se altera (alteración general o de las estructuras nerviosas para el caso de la maduración neuropsíquica) este fenómeno tiene su inmediata repercusión fisiológica y neuropsíquica. Inversamen-

te las alteraciones en los sectores neuropsíquico y fisiológico pueden crear alteración en la evolución somática, lo que forma la base de la medicina psicosomática del niño en proceso de maduración. (Ley de la correlación psicosomática.)

Dos hechos deben consignarse como materia previa antes de pasar al estudio analítico de la exploración del desarrollo. El primero se refiere al *proceso de maduración* del sistema nervioso. Es este el proceso fundamental y rector de toda la evolución neu-



Fig. 1.— Interrelación de los sistemas del desarrollo.

ropsíquica y psicosexual del niño. Este proceso que tiene una etapa embrionariofetal ("Embriología de la Conducta", de A. Gesell), prosigue su evolución en todo el curso de la infancia con intensidad variable, máxima en los tres primeros años, y con características propias en los distintos períodos de la niñez. La maduración es el proceso magno y nuclear del desarrollo, al punto que parangonando lo dicho al comienzo podemos expresar que la exploración de un niño es fundamentalmente la exploración de su maduración. La maduración es un proceso general pero nosotros nos referimos a la maduración neuropsíquica. Esta maduración tiene un substrato anatómico (maduración del sistema nervioso)

con su correspondiente evolución fisiológica y una expresión dinámica que es la conducta o comportamiento. Esta maduración, que es esencialmente un proceso dinámico, se cumple en lo general o global y en lo particular. En lo general, no es otra cosa que la suma o resultante del proceso madurativo de las funciones parciales.

LA MADURACIÓN

El segundo hecho de suma importancia consigna que la expresión del proceso madurativo reside en el *comportamiento* o *conducta* del individuo. La maduración se estima o valora en términos de conducta. Esta conducta implica un proceso del tipo integrativo y asimilativo. Hasta los más pequeños actos son modos de conducta, como asir un objeto o colocar un pequeño cubo encima de otro. Las grandes funciones son modos permanentes de conducta, como ser: la marcha, las funciones sensoriales y hasta los mecanismos vitales de la deglución, respiración, etc.

La conducta, expresión dinámica de la maduración, viene a ser, en consecuencia, el modo de ser o de actuar el organismo en totalidad o en sus funciones parciales. Por ello se comprende que la conducta integral puede compararse a un telar donde los hilos representarían los comportamientos simples que se tienden en complicada malla para crear organizaciones complejas. El proceso de maduración tomado aisladamente en un campo de conducta es de un valor relativo si no se le compara a la edad cronológica. Así, el acto de mantenerse sentado es un modo de conducta normal a las veintiocho semanas, pero un niño que no lo posea a las cuarenta semanas tiene un retraso evolutivo en la conducta motriz.

La conducta o comportamiento, en cualquier aspecto, se va organizando desde modestos orígenes y va creciendo hasta adquirir sus características definitivas. Este largo proceso que tiene un pasado embrionario y fetal exige mucho tiempo, y presenta variantes. Se modela y remodela en cada momento lo que le otorga esa característica fundamental de proceso dinámico. En el curso de ese largo proceso organizador, algunas formas serán definitivas (*modos permanentes de la conducta*) en tanto otras tendrán solamente una existencia transitoria (*modos transitorios de la conducta*). Y es absolutamente necesario que así sea. Para ejemplificar el concepto, si el reflejo tónico nuchal no regresara a determinada edad, no podrían evolucionar otras funciones motoras o adaptativas.

La organización de la conducta, por ser proceso evolutivo muy complejo y largo, exige mucho tiempo. En su larga evolución, en particular en la primera edad, hacen su aparición una serie de modos de conducta que caracterizan la maduración, al tiempo que desaparecen otros.

Ahora bien, como han mostrado recientemente A. Gesell y K. Amatruda en su interesante libro sobre "Embriología de la Conducta", los orígenes de la conducta se remontan al período embrionario fetal. La escrutación de esos orígenes puede remitirse a la formación del huevo y el plan está decidido en las ocho primeras semanas del embrión. Más aún, no sólo existe una embriología de la conducta humana sino que existe una embriología comparada de la conducta. Quien lea el interesante libro de Mc. Graw sobre "Maduración neuromuscular del lactante humano", se habrá percatado de la semejanza con formas de desarrollo de animales inferiores. El reflejo tónico cervical de tan elevada función en el desarrollo precoz de la conducta humana ha sido estudiado en la rana y en el conejo al igual que en el niño. Los estudios de Coghill sobre la función motora del amblyostoma punctatum, ¿no muestran acaso similitudes con modos genéricos de locomoción terrestre que son compartidos breve y parcialmente por el hombre? Sirve también de ejemplo el caso del reflejo de sobresalto que es común al género humano, a los primates y a algunos mamíferos inferiores.

Tomado como ejemplo el reflejo tónico cervical se puede seguir el crecimiento de un modo de conducta. El estudio de ese reflejo, que es esencial en la organización de la conducta, ha probado ser un reflejo de postura. Más aún, la importancia de los reflejos de postura en la organización de la conducta es tal que se ha llegado a decir con cierta razón que la conducta radica sobre mecanismos de postura y exagerando los hechos, que podría medirse en *términos de postura*. Postura es actitud corporal o acción corporal (postura estática y postura dinámica). A. Gesell, a quien obligatoriamente hemos de mencionar tantas veces, destaca en su valor los tres tipos básicos de reflejos posturales:

- a) reflejos posturales de actitud,
- b) reflejos posturales de enderezamiento,
- c) reflejos posturales estatoquinéticos.

El sistema postural es, en consecuencia, de importancia fundamental en la organización y funcionamiento de la conducta en

el humano y en los animales. Los orígenes de este sistema postural en el feto humano son tan remotos que en delicadas investigaciones, D. Hooker ha podido registrar cinematográficamente en distintas épocas fetales el comportamiento postural de fetos tan jóvenes como uno de once semanas y media, mediante excitación táctil.

Otra forma de conducta permanente, que es una función fisiológica, es la respiración. Esta es una de las actividades más complejas y ha sido uno de los fenómenos más oscuros del feto. Su integración y su mecanismo representa un hecho trascendente en el acto del nacimiento, al punto que puede decirse que el acto de nacer puede concretarse en la aptitud para respirar. Aunque está probado que el feto respira, o sea, que la función está desarrollada antes del nacimiento, lo cierto es que la respiración como actividad regular y permanente comienza en el nacimiento. Ahora bien, es interesante la vinculación de la respiración con el tono muscular. El *tono muscular* es, a su vez, una *función rectora en la vida fetoinfantil*. El tono muscular es fundamental para toda forma de conducta y es fundamental en la función respiratoria al punto que puede afirmarse que no existe respiración sin tono muscular.

Aclarado el hecho que en última instancia la conducta no puede actuar sin tono muscular, que éste a su vez es esencial para la respiración, debe señalarse que la organización del tono muscular existe mucho antes del nacimiento, al comienzo en forma fluctuante e inestable, más tarde con carácter estable.

Un proceso evolutivo muy interesante planteado por A. Gesell y K. Amatruda es el comportamiento de fetos prematuros nacidos en el período que esos autores llaman *infantefetal* que comprende el período entre 28 y 40 semanas de embarazo. La fase precoz de este período, o sea entre 28 y 32 semanas, muestra una conducta fluctuante débil, de escasa y débil motricidad. La vitalidad es igualmente pobre y la actividad del organismo fetal, de tipo esporádico. A medida que transcurren las semanas el sistema dinámico va adquiriendo madurez y en su integración madurativa se aproxima al recién nacido normal. El período inmediato al nacimiento es llamado de *infante-paranatal*.

La organización de la conducta, en cualquier aspecto que se estudie, es un proceso integrativo y asimilativo. Pero este proceso madurativo exhibe fluctuaciones y altibajos sin perder en momento alguno su directiva de progreso continuo. Así es como va cambiando el tono y la actividad postural; también va cam-

biando la
seguir mi
en el reci

Las f
racterístic
lutivo no
organizac
ble y cam
maduraci
que ascer

II) Le

Pue
y ordena
rectores.
en distin
cipios.

1°)
mónico e
tica. El
Es una e
mes, por
de serlo
actividad
sivas pa

2°)
sico del
cleo som
Estas vi
como el
aún, la
psicosex

En
lelismo
miento
se deser
la prese
ción es l

biando la conducta del sueño o hipócnica cuyo estudio se ha podido seguir minuciosamente en niños prematuros (Gesell) y más tarde en el recién nacido y en el lactante (Ch. Bühler).

Las fluctuaciones del proceso madurativo que le asignan características propias a los momentos o edades del desarrollo evolutivo no menoscaban el carácter progresivo y ascendente de la organización de la conducta y aquello que antes fué débil, inestable y cambiante, termina por adquirir estabilidad y firmeza. La maduración no es una línea recta sino una línea oscilante, al par que ascendente.

II) Leyes del desarrollo.

Puede comprenderse que un proceso evolutivo tan complejo y ordenado como lo es el desarrollo se rige por leyes o principios rectores. La observación cuidadosa de un gran número de niños en distintas edades permite establecer las siguientes leyes o principios.

1º) *Ley de la armonía.*— El desarrollo es normalmente armónico en todos sus aspectos. Es una armonía neuropsicosomática. El concepto de armonía, a su vez, no es fijo ni permanente. Es una característica cambiante y lo que es armónico en el primer mes, por ejemplo en lo morfológico la relación cráneo-tronco, deja de serlo más adelante; en lo funcional del primer semestre, la actividad céfalobraquial preponderante, cambia en edades sucesivas para adoptar nuevas actividades armónicas.

2º) *Interrelaciones y paralelismos.*— En otro principio básico del desarrollo. Existe una vinculación estricta entre el núcleo somático, el sistema fisiológico y la actividad neuropsíquica. Estas vinculaciones pueden dar origen a paralelismos estrictos como el muy conocido del paralelismo neuropsíquico. Más lejos aún, la maduración neuropsíquica es indisociable de la evolución psicosexual del niño.

En una publicación reciente A. Gareiso define bien este paralelismo neuropsíquico que tratamos: "la solidaridad y unimismamiento de las funciones motoras y de las funciones psíquicas que se desenvuelven y desarrollan de un modo tan solidario hace que la presencia de uno permita inducir el estado de la otra; esta relación es lo que se ha llamado la «ley del paralelismo neuropsíquico»".

Agrega inmediatamente para dejar vía libre a las excepciones (caso del síndrome estriado de C. Vogt): "en realidad esta denominación de gran apariencia expresiva, no es del todo exacta pero merece ser conservada por su valor dialéctico y fijador de la consecuencia útil que encierra".

Esta ley que ha surgido de multitud de observaciones clínicas (Dupré, Merklen, Heuyer y otros) ha sido revisada con todo esmero por A. Gareiso y F. Escardó en la Argentina, y tiene un extraordinario valor en el diagnóstico evolutivo del lactante. Permite prever el retraso cuando uno de los dos elementos del paralelismo está en falla. Ofrece, además, el gran valor de poder sustituir en buena parte la semiología neurológica excesivamente afinada y difícil mediante una buena semiología psíquica.

3º) El principio de la *prospección individuante* formulado por Gesell pone de relieve la mutua relación y adaptación entre la fuerza endógena del desarrollo y el ambiente. Quiere decir que el desarrollo está dotado de una actividad endógena que le permite crear modos o individuaciones psicomotrices independientes de la influencia ambiental. Es el caso de la marcha que acaecerá a los 12 meses sin que el ambiente o la experiencia ejerzan influencia determinante. El ambiente puede inflexionar el desarrollo pero no logra engendrar verdaderas progresiones en sí mismas, únicas determinadas por la matriz original del desarrollo. A su vez, nos explica que cuando el desarrollo queda frustrado por causas patológicas, el factor ambiental puede estimular posibilidades psicomotrices residuales pero no crear formas nuevas.

4º) *Ordenamiento en la conducta*.—La conducta se va organizando en trayectorias o líneas constantes. La organización motriz progresa en sentido céfalocaudal y en su orden se inicia en la cabeza siguiéndole el tronco, las piernas y los pies. En sentido transversal la organización progresa de los segmentos proximales a los distales; el tronco recibe inervación previa a los hombros, éstos antes que los brazos, los cuales se anticipan a las manos. En las manos el desarrollo funcional gana primero los dedos cubitales y luego los radiales. La oposición del pulgar es la última etapa en esta evolución motriz de las manos y caracterizan la evolución humana, que la separa de los primates.

La organización de la cintura pelviana y de las piernas es posterior a la cintura escapular y brazos. Los brazos y manos tendrán siempre un predominio funcional; son verdaderas pa-

lanças e
las pier
espínale

El
espiral
subcielo
con un s
la mare
luego fi

Der
entrelaz
opuesta
izquierd
en el m
que el c
cía una

5º)
a alcanz
o detene
mientos
de la m
en que se
El ambi
ras impe
rección e

III) E

De
integraci
ella sea
mientos
de acuer
de condu
aplicand
cuenta su

lancas cerebrales o proyecciones motoras del intelecto en tanto las piernas quedaran subordinadas a la categoría de palancas espinales.

El ordenamiento conductal se cumple por brotes de tipo espiral dividido por Gesell en: un *primer ciclo postrado* con el subciclo de movimientos de rotación; un *segundo ciclo levantado* con un subciclo de gateo y un *tercer ciclo erecto* con su derivación, la marcha. Ésta será al comienzo oscilante y sobre el antepié y luego firme con apoyo plantar completo.

Dentro del ordenamiento conductal las organizaciones se entrelazan recíprocamente y fluctúan en forma cambiante y opuesta: flexores contra extensores, extremidades derechas e izquierdas, segmentos homolaterales y bilaterales. Finalmente, en el mencionado ordenamiento existe asimetría funcional desde que el centro de gravedad de la conducta tiende a desplazarse hacia una posición excéntrica, a derecha o a izquierda.

5º) *Principio de la tendencia óptima.*— El desarrollo tiende a alcanzar el óptimo de maduración. Cuando se producen brechas o detenciones en su normal evolución, ellas se rellenan con crecimientos regenerativos, sustitutivos o compensadores. El término de la maduración obedece a un plan definido desde el momento en que se organiza el ser y tiene, en consecuencia, raíces genéticas. El ambiente puede ejercer influencias modeladoras y estimuladoras importantes pero no cambia, o lo hace en menor grado, la dirección de origen del desarrollo.

III) Estudio de los principales modos de desarrollo postnatal observados con criterio longitudinal o evolutivo.

DIAGNÓSTICO EVOLUTIVO

De acuerdo con el planteamiento previo sobre la forma de integración de la conducta humana resulta lógico admitir que ella sea la suma de una serie innumerable de modos o comportamientos de distinta jerarquía. Agruparemos los fundamentales, de acuerdo con el criterio de A. Gesell y K. Amatruda en *campos de conducta* y los estudiaremos en forma sumaria en este capítulo, aplicando un criterio evolutivo seriado, es decir, tomando en cuenta su evolución cronológica.

Interesa consignar en primer lugar que el núcleo morfológico, asiento estructural del desarrollo, realiza su normal crecimiento. El examinador debe iniciar su estudio con una historia previa sobre el crecimiento somático del niño de primera edad que es el período al cual suele referirse en general la exploración del desarrollo. Pero no debe ser él quien practique este examen

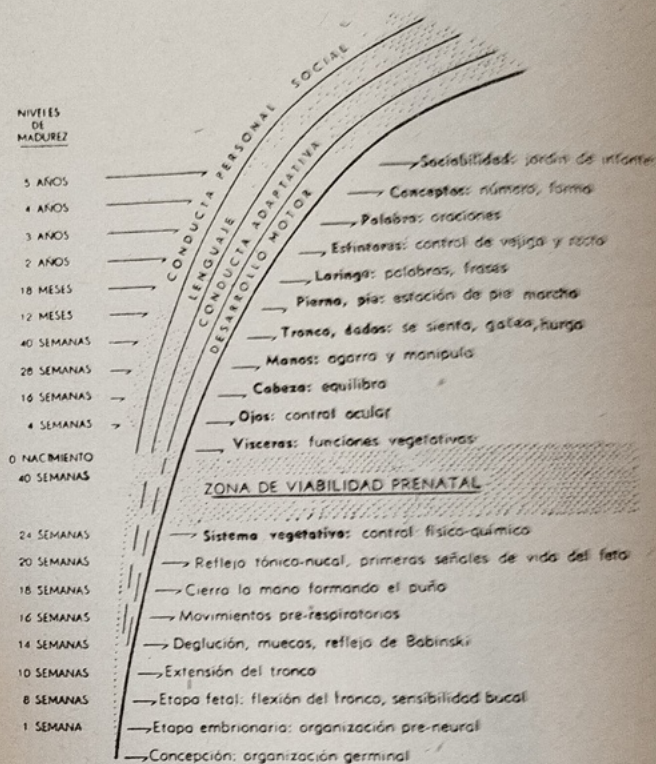


Fig. 2.— El desarrollo de la conducta en los cuatro campos más importantes. (A. Gesell y K. Amatruda.)

porque todo examinador que ejecute un examen somático en un lactante provoca resistencias, llanto e inhibiciones que desvirtúan o hacen fracasar el examen neuropsíquico. Es fundamental y previo el conocimiento del estado de salud o enfermedad del niño desde que las alteraciones del desarrollo impuestas por una enfermedad somática, en particular por mala nutrición (caso de los distróficos de los Hospitales) son frecuentes y de gran importancia.

El estudio del desarrollo con criterio evolutivo comprende la exploración de los campos de conducta de Gesell. Este autor estudia cuatro grandes campos cuya agrupación constituye la conducta global del niño.

Los cuatro grandes campos de A. Gesell y K. Amatruda son:

- 1º) Conducta motriz.
- 2º) Conducta de adaptación o adaptativa.
- 3º) Conducta del lenguaje o locutiva.
- 4º) Conducta personal social.

A estos cuatro grandes campos de conducta agregaremos nosotros otros campos de gran interés.

- 1º) Conducta atenta.
- 2º) Conducta emocional.
- 3º) Conducta alimentaria.
- 4º) Conducta hipócnica o del sueño.
- 5º) Conducta lúdica o de juego (edad de juego).
- 6º) Reflectividad o maduración de la reflectividad que es un capítulo muy importante en el proceso de la maduración neuropsíquica.
- 7º) El desarrollo psicosexual del niño.

Todo el estudio que se realice en los campos de conducta comprende el conjunto de reacciones espontáneas y provocadas mediante técnicas especiales de estimulación apropiadas a cada edad y ambiente.

Primer campo.— LA CONDUCTA MOTRIZ

Es base y parte medular de todo comportamiento. Es el núcleo activo de las otras formas de conducta. Incluye desde las modestas manifestaciones motoras del lactante pequeño, espontáneas o provocadas, hasta los grandes desplazamientos corporales. Hemos dicho ya que en realidad la conducta motriz no es otra cosa que la objetivación del sistema postural y que a su vez el sistema postural depende del tono muscular. El *tono muscular* general del lactante tiene su evolución propia, es decir, va madurando hasta alcanzar el término a los tres años. En efecto, el niño es hipertónico en el primer trimestre de la vida (actitud en semiflexión y mano cerrada). Después comienza a ceder para

hacerse hipotónico desde los doce a los dieciocho meses. En esta época existe una hipotonía fisiológica franca que le permite al niño actitudes extravagantes como la observación común de chuparse el dedo del pie; luego el tono siempre debajo de lo normal, comienza a aumentar hasta normalizarse por completo y constituirse en definitivo a los tres años.

La *conducta motriz de la cuarta semana* es de bamboleo de la cabeza; de tono postural en franca hipertonía con actitud en flexión que recuerda la actitud fetal, las manos cerradas aprisionando el pulgar y la columna vertebral corva. Debido al reflejo tónico cervical el niño puede rotar su cabeza a un lado, generalmente hacia el lado derecho. Existe reflejo de Moro o de sobresalto. El recién nacido puede extender o flexionar libremente sus piernas. El movimiento de los brazos está muy limitado en sus posibilidades con tendencia a la pronación-aducción. El neonato puede llevar sus manos a la boca con fines de succión. Los brazos se mueven en amplias oscilaciones, en "aspas de molino" cuando se excita o moviliza el niño.

El *nivel motriz de la 16ª semana* es de cabeza firme al incorporar el niño. En esta edad predomina la ubicación mediana de la cabeza con actividad simétrica de los brazos. Colocado en posición supina adopta una posición simétrica y las manos se encuentran cerca de la cara o encima del pecho. Los dedos están extendidos o débilmente flexionados. Se encuentra desarrollada la "persecución ocular". Aparece a esta edad la actividad prensora. Las ropas y mantillas son agarradas y llevadas encima de la cara. Aparece la actitud de "alcanzamiento" de objetos. En posición prona la cabeza despegas fácilmente del plano de la mesa. El lactante puede rotar fácilmente hacia un lado.

A la *28ª semana*, el niño es capaz de mantenerse sentado, apoyándose sobre las manos y más tarde sin su ayuda. El control ocular y cefálico es completo y la cabeza puede "rotar" volitivamente en cualquier dirección. El reflejo tónico cervical ha desaparecido totalmente.

A la *40ª semana* el niño es capaz de pararse; desde los 9 meses (36ª semana) puede hacerlo pero sostenido o ayudado. Su motilidad es de gran desarrollo espontáneo, lo que permite grandes actividades motrices. Desde el 8º ó 9º mes se ha producido un hecho transcendente en la maduración que es la posibilidad de transferencia de un objeto de una mano a otra. A esta edad se ha desarrollado el mecanismo del paso. Es la *edad del gateo*. Este período se llama de *prelocomoción*.

Al año (12 meses) o poco después, se inicia la marcha, al principio con ayuda, después espontánea pero insegura, con frecuentes caídas. En el comienzo hay traslado lateral, después hacia adelante. Es la edad del corralito.

A los 18 meses.— Marcha segura. Manipulación de cubos. Camina sin caerse. Se sienta por sí mismo. Puede construir una torre de tres cubos.

A los 2 años.— El niño puede correr y subir escaleras primero ayudado y luego solo. La manipulación manual con ambas manos le permite construir una torre de seis cubos. Patea una pelota.

A los 3 años, se para sobre un pie. Puede girar con seguridad. Tiene marcada inteligencia para la construcción. Es la edad del triciclo.

Segundo campo.— CONDUCTA ADAPTATIVA DE GESELL
O VISUO-MANUAL

Pone en evidencia cómo utiliza el niño su equipo motriz en el ambiente y su exploración se realiza con estimuladores u objetos que cambian para cada edad. (Aros, sonajeros, cubos, bolitas, campanilla, taza y bolita, caja de pruebas, espejo, pelotas, imágenes, papel y lápiz, etc.) Se explora fundamentalmente el equipo visuomanual. Pero además de la exploración intencionada de la conducta adaptativa, ésta tiene una exteriorización espontánea y permanente que debe ser observada y registrada.

4ª semana.— Se inicia la persecución ocular, al comienzo incompleta y lábil, fugaz. Más tarde se va haciendo firme y consciente. Al comienzo es un acto reflejo, más adelante un acto consciente.

16ª semana.— El niño es capaz de una persecución ocular completa. Está capacitado para la prensión de un objeto pequeño cuando se le coloca en la mano, pero no es capaz de soltarlo (reflejo palmar de prensión, persistente aún). Mira sus manos. Mira un sonajero en la mano. Lleva objetos o ropas a la boca o se cubre con ellas.

28ª semana.— Transfiere un objeto, p. ej.: un cubo pequeño de una mano a la otra. Además, es capaz de soltarlo espontáneamente. Tan pronto como ve un cubo lo agarra y lo hace con toda la mano más que con los dedos. Para realizarlo usa el lado radial de la mano.

40 semana.— El niño comienza a usar el índice. Agarra prontamente una bolita; lo hace con seguridad y con la prensión de una pinza (Gesell y Amatruda). Es capaz de combinar dos cubos.

12 meses.— Suelta un cubo dentro de una taza. Entrega el objeto o el juguete al examinador cuando éste se lo solicita. Es capaz de aproximar en forma bimanual dos cubos.

18 meses.— Extrae una bolita dentro de una botella. Imita una línea con lápiz.

A los 2 años es capaz de construir una torre de seis cubos y de imitar una línea circular.

A los 3 años.— Edifica un puente con tres cubos. Imita una cruz.

Estos datos pertenecen a la Escala de maduración de Gesell. Esta escala es de uso corriente en la Clínica Médico Psicológica que dirigimos en el Hospital Dr. Pedro Visca. En realidad, el método es más rico en detalles y está muy bien expuesto en el libro de su autor; aconsejamos su lectura a quien desee profundizar el tema.

La conducta adaptativa es, como puede verse, un fino método explorador del desarrollo, desde que permite captar las más delicadas adaptaciones sensorio-motrices ante situaciones ambientales y objetos. Su estudio puede hacerse mediante pruebas provocadas usando estimuladores como también con la observación directa y continuada de la iniciativa espontánea del niño. Pone de manifiesto una sinergia sensorio-motriz en evolución permanente.

Tercer campo.— CONDUCTA DEL LENGUAJE O LOCUTIVA

Es un campo de gran actividad psicosenso-motriz. Representa un vastísimo conjunto de intercambios psicosenso-riales que incluye las comunicaciones visibles y audibles entre el niño y el ambiente, sea en forma de comprensión del lenguaje, sea en forma de manifestaciones prelocutorias o locutorias francas. Desde el punto de vista evolutivo es un florido gradiente que va desde la sonrisa, que es una forma de lenguaje, los ruidos guturales, los monosílabos, los disílabos, los vocablos, luego la frase corta en impersonal, la frase consciente con la aparición del "yo" y luego las oraciones. El lenguaje va madurando por etapas de transición insensible, a veces con detenciones breves.

No pretendemos hacer aquí un estudio de los mecanismos del lenguaje en sus distintas modalidades ni de sus distintas alte-

raciones. I
plejo. Incl
el niño pu
pueden ob
como es f
había con

El ca
Es bastar
período l
comienzar
período li
fijar la ll
tes que lo

La n
lingüístic

El v
logía es
su conte
ha de te
do es ex
puede ex

El
decir, si
de reacc

En
que exp
de lalac
Recién
renciad
nante y
El bebé
ma de
desde e
senta u
emocio

En
llamad
der el
y de i
doce m
El
despué

raciones. La maduración del lenguaje es un proceso largo y complejo. Inclusive las adquisiciones que va haciendo pacientemente el niño puede sufrir retrocesos en especial en el primer año. Se pueden observar detenciones, abandono de ciertas formas, así como es frecuente en la zona del 9º al 12º mes que el niño que había comenzado a hablar deje de hacerlo por breves períodos.

El campo locutorio presenta grandes variaciones personales. Es bastante variable su maduración, en particular en el llamado *período lingüístico*. Se ven niños perfectamente normales que comienzan a hablar más tardíamente que otros. En cambio, el período lingüístico es más fijo y estable y tiene más valor para fijar la llamada "*edad del lenguaje*". Las niñas suelen hablar antes que los varones.

La maduración locutiva se puede ordenar en un *período prelingüístico* o de *prelocución* que alcanza hasta la zona del 10º mes.

El *vagido* o *llanto* se presenta desde el nacimiento y su semiología es de una riqueza imposible de analizar aquí. Al comienzo su contenido psíquico es nulo. Recién, con el correr del tiempo ha de tener un contenido psicoemocional de cierta riqueza. Cuando es excesivo representa un fenómeno patológico que inclusive puede exteriorizar una deficiencia mental.

El neonato tiene *sonrisa del tipo denominado "gástrico"*, es decir, sin contenido psíquico, más bien como expresión vegetativa de reacciones placenteras.

Entre el 6º y 10º mes el lenguaje es más de sonidos guturales que expresión lingüística. Es el denominado período prelocutorio o de lalación. Al comienzo (4º mes) es el gorgéo, luego el croar. Recién a los 9 ó 10 meses surge la primera forma lingüística diferenciada, el balbuceo o silabeo. Al principio combina una consonante y una vocal, generalmente *m, n, d* y *p*, con una vocal *a, o, e*. El bebé dice *ma, da, ne* o *pa*, y luego combina monosílabos en forma de disílabos. Es el esbozo de la palabra articulada que tiene desde el comienzo un alto contenido psíquico. El balbuceo representa un vínculo afectivo con el ambiente y tiene gran intensidad emocional.

En esta época ha hecho su aparición la sonrisa psíquica llamada consciente o social. El niño está en aptitud de comprender el lenguaje (período de la comprensión pura del lenguaje) y de imitar palabras. Esta zona se establece alrededor de los doce meses. Es la época de los soliloquios verbales.

El *período lingüístico* propiamente dicho o locutorio se inicia después de los doce meses, con palabras o vocablos bien articu-

lados. Al comienzo es reducido, 3 a 4 palabras, pero luego se enriquece rápidamente. Es el período de la palabra coherente pero sin sintaxis, es decir no hay frase. La frase señala el período de locutorio; suele ser breve e impersonal. Recién en la zona de los dos años aparece la consciencia del "yo" y la frase que se ha enriquecido en extensión y pureza establece el intercambio franco y recíproco entre individuo y ambiente.

A. Gareiso y F. Escardó han analizado muy bien las etapas madurativas del lenguaje oral en el niño, en su excelente "Manual de Neurología Infantil". Acompañan su estudio de un esquema cronológico de gran valor didáctico. La maduración del lenguaje es de gran valor semiológico no sólo por el gran contenido intelectual que encierra sino también porque concita el ejercicio de una gran cantidad de manifestaciones concomitantes. Así, el niño que habla pone en marcha su conducta motriz, exterioriza reacciones emocionales importantes y establece vínculos solidarios intensos en el campo personal-social.

Cuarto campo.— CONDUCTA PERSONAL SOCIAL

El diagnóstico del desarrollo o diagnóstico evolutivo permite captar una gran cantidad de reacciones individuales que establecen el nexo entre el niño y el ambiente social. Se trata en términos globales, de un conjunto de actitudes y reacciones de tipo emocional, afectivo y adaptativo que comprende una normal adecuación a los hábitos de vida y alimentarios, control de esfínteres, habilidades espontáneas, vestido y conducta de juego, o sea, edad de juego; gesticulación espontánea, y fundamentalmente la cooperación social, más adelante.

4ª semana.— El lactante de 4 semanas tiene una expresión vaga en su mirada. Su cara se anima por momentos de una sonrisa leve e inexpresiva que ha sido llamada sonrisa asocial o "gástrica". Las características principales a esta edad son del tipo oral (succión) y gastrointestinal. Su cuerpo se estremece fácilmente ante los ruidos y las manipulaciones.

16ª semana.— A esta edad el niño ha evolucionado notablemente. Es capaz de jugar con sus manos, en el proceso de reconocer sus órganos. Maneja las ropas y las lleva a su cara o por encima de la cabeza. Reconoce ya las personas y el ambiente. Afectivamente está ya muy ligado a su madre. A esta edad están en marcha una serie de reflejos del tipo condicionado, especial-

mente los relaciona
mente franca, del
una manifestación
personas del ambi
neas, con movimie

28ª semana.—

najero con alegría
tentativas de lleva
el actor de comer.
La vinculación fa

40ª semana.—

o una varilla cont
Ciertos actos con
Imita movimiento
ta...", el adiós c

12 meses.—

ordinariamente s
también 2 cubos.
conoce los utens

18 meses.—

lógicamente, con
La maduración
edad, significa p
en su actuación :

2 años (24 m)

más activamente
con el ambiente
tivo y lúdico, o
arrollan fuertes

Nos hemos
des campos de c
que hemos descr
de campos ofre
ellos integran e
interés en descr
que son facetas

La conduct
va organizando

mente los relacionados con la alimentación. La sonrisa es actualmente franca, del tipo social o consciente. La alegría es ahora una manifestación espontánea, intercambiada libremente con las personas del ambiente. El niño tiene reacciones vivas, espontáneas, con movimientos y sacudidas de todo el cuerpo.

28ª semana.— Juega con juguetes sencillos. Maneja un sonajero con alegría y lo lleva a su boca. Juega con sus pies y hace tentativas de llevarlos a su boca. Hay expectativa agradable en el actor de comer. Reconoce a las personas extrañas al ambiente. La vinculación familiar es franca, especialmente con la madre.

40ª semana.— Come sólo una galletita. Pega con un sonajero una varilla contra una superficie. Juegos sencillos de nursery. Ciertos actos como tomar y romper papeles le producen placer. Imita movimientos de manos, p. ej. la clásica "que linda manita...", el adiós con la mano, etc.

12 meses.— Colabora en el vestir. La marcha amplía extraordinariamente su vinculación ambiental. Manipula juguetes y también 2 cubos. Puede comer con sus dedos. Risa franca. Reconoce los utensilios de higiene.

18 meses.— Control de esfínteres, que coincide casi, cronológicamente, con la aparición del "yo" lingüístico y consciente. La maduración locutiva, que ha avanzado rápidamente a esta edad, significa para el niño de 18 a 24 meses un progreso real en su actuación ambiental.

2 años (24 meses).— Pide sus necesidades de toilet y colabora más activamente en el vestir. Existe una vinculación efectiva con el ambiente en múltiples aspectos: afectivo, emocional, locutivo y lúdico, o de juego. Juega con muñecas. Además, se desarrollan fuertes vínculos familiares y cooperación social.

OTROS CAMPOS DE CONDUCTA

Nos hemos ocupado del estudio resumido de los cuatro grandes campos de conducta de la clasificación de Gesell y Amatruda que hemos descrito según las directivas de sus autores. Otra serie de campos ofrecen un gran interés. Puede argumentarse que ellos integran en su mayoría el campo personal social pero hay interés en describirlos separadamente por su importancia y porque son facetas de la total personalidad del niño.

La conducta atenta es de gran importancia. El lactante va organizando lentamente su capacidad atenta. Es ésta una

facultad de tipo intelectual que objetiviza su nivel mental. Existen niños que presentan retardo en otros campos de conducta pero en los cuales su aspecto traduce lucidez.

Su cara y su atención hacia el medio ambiental, especialmente hacia las personas parentales, traduce un nivel mental normal. Tales niños se ven frecuentemente en los Servicios de Lactantes de nuestros hospitales. En algunos niños atetósicos estudiados por nosotros, en los cuales hay retardo en los cuatro campos fundamentales señalados al comienzo, hemos podido establecer un nivel de inteligencia normal mediante una técnica especial (seudooligofrenia, ver el capítulo de este libro dedicado al tema).

La *conducta emocional* es polícroma y progresivamente diferenciada. El equipo emocional evoluciona lentamente al comienzo, en los 6 primeros meses, pero luego la evolución es rápida. En la integración emocional se gesta el temperamento y el carácter.

El estudio de este campo comprende variadas reacciones, como ser: la facies del niño, el brillo de su mirada, la expresividad de sus actos, la atención, el progreso de reacción positiva o negativa frente a situaciones de placer o displacer, la sonrisa y la risa y las reacciones de adaptación o desadaptación al ambiente. La conducta emocional del lactante se revela en múltiples situaciones casi diríamos flota en el ambiente, en el vuelo expansivo de sus instintos y capacidades sensoriomotrices.

Gran importancia tiene la *conducta alimentaria*. Ella representa un buen elemento de juicio del estado somático y de las reacciones psíquicas del niño. En muchos casos es posible, para citar un ejemplo, hacer un diagnóstico de neurosis del lactante por las alteraciones en la conducta alimentaria. También debe recordarse que los niños oligofrénicos suelen presentar serios desórdenes en ese sector. La anorexia que representa una alteración frecuente es uno de los problemas más frecuentes y difíciles del pediatra. En esta forma de conducta intervienen todas las demás capacidades conductuales: sensoriomotrices, psíquicas, reflejas, vegetativas y sociales. Por períodos sucesivos el lactante va modificando su conducta alimentaria y completando su equipo biológico conformado a esa finalidad. Es primero el instinto con rasgos orales que hace factible la succión al seno o al biberón, desde el nacimiento. Más adelante se presentan los hábitos de alimentación con biberón, taza o copa con cuchara, plato-cuchara y la presión dígito manual del alimento. Durante un período largo

la alimen
y finalme
cada por
activo es
tables de
tricta de
de libera
ceso que
que muc
ficialmen
Los meca
comienzo
con la ap
ción es,
papillas
de gran
el niño q
inmadur
traduce

La
apreciac
de eleme
alimento
Las desv
rexia, n
pósitos

La
podido
fetal, es
Gesell y

El
como se
relacion
del ciclo
El neon
lia que
es al co
Después
El sueñ
disminu
vigilia

la alimentación es del tipo pasivo. Más adelante pasivo-activo, y finalmente activo. Un signo de inmadurez espontánea o provocada por un mal ambiente educacional es el retardo del período activo espontáneo en la alimentación del niño. Los orígenes escrutables de la conducta alimentaria están al comienzo en una estrecha dependencia del niño al seno materno; luego en el proceso de liberación progresiva y de capacitación individual. Es un proceso que el puericultor debe facilitar y al respecto puede decirse que muchas anorexias se explican por una inhibición creada artificialmente en los procesos evolutivos de la conducta alimentaria. Los mecanismos psíquico-físicos van cambiando y madurando. Al comienzo es de succión, es decir, rasgos orales; más adelante con la aparición de las piezas dentales, la masticación. La deglución es, al principio, de líquidos exclusivamente; posteriormente papillas y después alimentos sólidos de grano fino y ulteriormente de grano grueso o trozos. El punto es de gran interés dado que el niño que después del año no deglute partículas sólidas tiene una inmadurez en la conducta alimentaria. A menudo esto último traduce neurosis del lactante. Se ve también en los retardados.

La conducta alimentaria es de una gran trascendencia en la apreciación del desarrollo. Intervienen en ella una gran cantidad de elementos, como ser, el tipo, sapidez, aroma y presentación del alimento y fundamentalmente factores de tipo personal social. Las desviaciones en la conducta alimentaria, especialmente la anorexia, mueven a otras consideraciones que rebasan nuestros propósitos prácticos.

La *conducta hipócnica* tiene un alto contenido evolutivo. Ha podido estudiarse en su maduración desde el período de infante fetal, es decir, desde la 28ª semana de gestación en adelante (A. Gesell y Ch. Bühler).

El ciclo diario sueño-vigilia plantea una serie de cuestiones como ser: ritmo horario, relaciones con la constitución del niño, relaciones con su alimentación y estado somático, y relaciones del ciclo sueño-vigilia con el ciclo cósmico de la noche y del día. El neonato duerme casi las veinticuatro horas con islotes de vigilia que pertenecen a funciones vegetativas. El ritmo sueño-vigilia es al comienzo muy cambiante y sin ninguna sistematización. Después los islotes se van soldando y la fragmentación disminuye. El sueño se organiza progresivamente; los períodos de vigilia disminuyen en número pero aumentan en duración. Al año la vigilia diaria dura tanto como el block del sueño y está interrumpida.

pidia solamente por un período de sueño, en la tarde. Con el andar del tiempo, por razones de aculturación, el ciclo hipnico, o sea, vigilia-sueño llega a coincidir con el ciclo cósmico día-noche.

Conducta lúdica o de juego.— El juego representa para el niño, y desde temprana edad, una ocupación fundamental. Las teorías del juego se han planteado en puntos de vista muy distintos. Las primeras teorías (H. Spencer), consideraron al juego como una liberación de energía, una especie de descarga. En sentido opuesto otros pensadores han considerado el juego como una actividad recreativa que tiende a restablecer energías. Un grupo de autores que han estudiado las actividades lúdicas en animales y en el niño, piensan que las dos teorías no sólo no se oponen sino que se complementan.

El cambio de actividad, según ellos es una forma de restaurar las energías gastadas. Estas teorías son llamadas fisiológicas. En otro campo, las teorías llamadas biológicas consideran el juego como una actividad de desarrollo, o sea, el ejercicio progresivo de potencialidades que van capacitando al niño, por mecanismos de imitación y creación, en la adquisición de finalidades concretas, útiles a la vida.

En el campo psicológico y psicoanalítico, la actividad lúdica ha merecido consideraciones muy interesantes.

Una serie de investigadores ven en el juego una actividad placentera. Ch. Bühler ha estudiado en el juego un proceso madurativo interesante que conduce insensiblemente al niño desde la actividad placentera lúdica al trabajo constructivo y útil. Para la teoría psicoanalista, el juego sería una liberación de tendencias insatisfechas, un mecanismo de desinhibición; en muchas circunstancias puede representar una venganza simbólica contra las personas que con sus represiones lo hicieron padecer. Además, el juego representaría para los psicoanalistas un aspecto de la evolución psicosexual del niño y en el método de Melanie Klein, el juego es un sistema muy interesante de estudio.

La observación del juego del niño se presta, como se ve, a muchas interpretaciones, a veces excesivamente intencionadas. El juego puede ser lo que cada teoría pretende ver en él pero debe ser más que eso separadamente; es una actividad muy compleja donde intervienen mecanismos variados, unos de tipos fisiológicos, otros biológicos y otros psicológicos. Lo importante e indiscutible es que el juego, además de proceso madurativo e integrativo y

por el hecho
niño y sirve p
también, su

Se ha p
vidad lúdica.
es una activi
dad lúdica se
adelante inc
posee la cap

Antes d
cubos, bolita
contra una
tructiva. M
mente despu
cada vez ma
el niño, med
y experimen
actividades
tegrando la
zada.

No poc
ha merecid
Quede bien
una forma
es un nive
inconscient
tante en lo
con materia
clínicas psi

El rec
durez pue
estriado, c
que es un
el correr d
los sistema
hemos ocu
nos queda
un proces

por el hecho de serlo, señala una objetivación de inteligencia del niño y sirve para medir no sólo sus actividades inconscientes, sino, también, su grado intelectual.

Se ha podido estudiar una maduración completa de la actividad lúdica. Gran parte de la conducta adaptativa del lactante es una actividad lúdica funcional. Antes del cuarto mes, la actividad lúdica se realiza en base a movimientos de los miembros. En adelante incluye objetos en los movimientos, cuando el lactante posee la capacidad de agarrar.

Antes de los diez meses el lactante toma objetos pequeños, cubos, bolitas, sonajeros, etc., y los golpea unos contra otros o contra una superficie. No construye aún; es la etapa preconstructiva. Más adelante se inicia la etapa constructiva, especialmente después de los 12 meses; al comienzo simple y tosca, luego cada vez más compleja y diferenciada. Con el correr del tiempo el niño, mediante el proceso de actividades espontáneas, imitación y experimentación, va formando su aptitud creadora. Mediante actividades lúdicas de representación y de construcción se va integrando la conducta lúdica que a los tres años está muy avanzada.

No podemos extendernos en esta forma de actividad, que ha merecido tan profundos estudios en lo normal y patológico. Quede bien señalado que el juego en su actividad consciente es una forma trascendente de inteligencia y que la edad de juego es un nivel intelectual como cualquier otro test; en el plano inconsciente el juego traduce un proceso psicosexual muy importante en lo normal y en lo patológico. Por ello la sala de juego, con material especial para ello es un laboratorio invaluable de las clínicas psicológicas.

REFLECTIVIDAD Y MADURACIÓN

El recién nacido es un ser francamente inmaduro. Su inmadurez puede reconocerse en los distintos sistemas: piramidal, estriado, cerebeloso, sensorial, etc. Por ello se acostumbra decir que es un piramidal, un optoestriado y un cerebeloso. Recién con el correr de los meses y años adquirirá la plena madurez de todos los sistemas. De buena parte de esta maduración neurológica nos hemos ocupado al estudiar los campos de conducta. En cambio, nos queda por estudiar la evolución de la reflectividad que señala un proceso evolutivo de gran trascendencia.

El proceso de maduración impone el cese de ciertos reflejos que posee normalmente el neonato y la aparición de otros. Así, el reflejo de prensión palmar desaparece a los cuatro meses, el reflejo de Moro o "de la espantada" debe desaparecer al quinto mes, y también en esta fecha el reflejo plantar de Collin. El reflejo de succión desaparece al año. El cutáneo plantar en flexión o Babinski, es fisiológico hasta los 2 años a veces hasta los 3 años. Después de los 2 años es un esbozo de Babinski.

El reflejo tónico del cuello (r. t. c.) o de Magnus y Kleinf es un reflejo postural que existe bastante antes del nacimiento y al cual se le asigna un valor extraordinario en la maduración motriz de los tres primeros meses. Siendo muy vivo al nacer, se va atenuando luego para desaparecer a las 20 semanas (Gesell), edad en que la cabeza abandona la tendencia a la rotación hacia un lado, derecho o izquierdo, para adquirir la posibilidad de mantener la posición mediana. El reflejo se hace entonces simétrico (r. t. s.) lo que tiene gran importancia porque es el primer paso a la posibilidad de prensión bimanual. Este reflejo tónico simétrico, a su vez, es igualmente transitorio para dejar paso a otros mecanismos posturales variables. Debe consignarse que la no regresión del reflejo tónico cervical a su tiempo normal indica lesión cerebral, piramidal o extrapiramidal.

Es interesante puntualizar que la función del equilibrio va madurando a su tiempo y se la puede seguir mediante una serie de reflejos: los reflejos otolíticos que aparecen después del segundo mes, los reflejos laberínticos, las reacciones al levantamiento y a la caída (sexto mes) y reflejos posturales de Landau (segundo año).

DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL NIÑO

Las escuelas psicoanalíticas modernas han revelado un aspecto trascendente en el desarrollo del niño: nos referimos a la evolución psicosexual de la infancia. Gran parte de las actividades motrices y afectivas del niño desde que nace, tienen un sentido psicosexual y están ligadas al proceso de formación del "yo".

El desarrollo psicosexual es un proceso largo y complejo que abarca, con características cambiantes, todo el período de la infancia, desde el nacimiento hasta la adolescencia. El acto del nacimiento significa la primera experiencia traumática para el nuevo ser. Debe adaptar su equipo instintivo, el "ello", a un escenario nuevo, es decir, a una realidad ambiental y social que

comporta serios problemas, cuya solución sólo puede lograrse mediante el desarrollo de un nuevo patrón de reacción.

Se sabe que el ser humano tiene distribuido en su organismo todo un sector de zonas erógenas que le proporcionan placer (genitales, labios, uretra, ano, brazos, sistema muscular y sentidos especiales). En el lactante pequeño estas zonas actúan proporcionándole un placer casi uniforme, es decir, sin predominio de unas sobre otras. El primer paso en la evolución consiste en el aumento de placer en los genitales (genitalización de la libido) con disminución en las otras. Con ello el ser inicia la carrera hacia la conquista del fin biológico de la vida que es la reproducción. En esa larga evolución, el niño sólo puede lograr sus propósitos desarrollando en sí mismo dos fuerzas poderosas: el "yo" que tiende a canalizar y adaptar los impulsos instintivos y el "superyo", verdadero juez que tiende a controlarlos y juzgarlos.

Las actividades psicosexuales del lactante se concentran en el llamado *período oral*, que representa la primera relación del niño con el mundo exterior. La sensación de escozor en los labios al nacer y luego el hambre y la sed sólo puede ser satisfechos en el acto de la succión. Con este acto nacen las primeras sensaciones placenteras; cuando se trata de la succión al seno materno se crea el primero y el más fuerte vínculo amoroso, representado por la madre.

El período oral es motivo de sensaciones muy variables. El bebé que no logra satisfacer su tensión oral de escozor, a la cual se agrega, después de las primeras veinticuatro horas de nacido, la sensación de hambre y sed, responde con reacciones motoras de gritos, movimientos del cuerpo y de los miembros. Si la madre logra aliviarlo con el pecho, asocia a ella un conjunto de sensaciones placenteras.

Cuando al contrario las necesidades orales no son satisfechas, se originan las primeras frustraciones y el lactante responde a esta situación adversa con actos agresivos hacia el mundo exterior con llanto, pataleo y golpes con sus manos.

El período oral termina con el destete. Si éste se produce bruscamente el niño suele reaccionar con síntomas ruidosos de malestar y ansiedad que lo pueden enfermar.

La etapa oral es seguida después del primer año por la etapa *sádicoanal*. En esta segunda etapa el niño ha logrado trasladar sus sensaciones placenteras a otras zonas erógenas que se relacionan con las funciones excretorias. Los actos de la micción y defecación le provocan gran placer y, al mismo tiempo, los pro-

ductos excretorios representan algo que sale del cuerpo del niño, es decir, significa una capacidad de producir o realizar. Ahora bien, alrededor de los veinte meses y debido puramente a la educación, el niño hace abandono de sus placeres anovesicales y se somete al control de las actividades excretorias.

El período sádicoanal tiene características muy interesantes y de marcadas proyecciones en la vida del individuo. Remitimos al lector a los tratados especializados, señalando aquí solamente los rasgos fundamentales. Una segunda etapa de este período es la utilización de las funciones excretorias que generan dinamismos específicos, manifestados en actos de rebeldía y de crueldad. El niño experimenta placer en actos de destrucción y crueldad que tendrían un significado sexual. Por eso afirman los psicoanalistas que el niño se hace sádico. Al mismo tiempo el niño se manifiesta fuertemente ambivalente, es decir, es capaz de amar y odiar a una persona al mismo tiempo.

Otros períodos y características, o mejor dicho, otros patrones de reacción suceden al período analsádico. Se produce entonces el intento de socializar la libido genitalizada y se suscitan situaciones muy importantes, como ser, la relación amorosa del niño con sus padres, especialmente hacia la madre, la producción de complejos de tipo sexual, las relaciones del niño con sus hermanos, etc.

Posteriormente, después del período llamado de genitalización de la libido, que acaece entre el nacimiento y el sexto año, el niño entra en el período de *latencia* sexual que transcurre entre el sexto año y el período prepuberal. Finalmente, se plantean los problemas de la pubertad y adolescencia.

EL MÉTODO DE CH. BÜHLER Y H. HETZER

Charlotte Bühler, distinguida psicóloga austriaca, ha construido un sistema muy interesante de tests que permite, al igual que la escala de maduración de Gesell, seguir paso a paso desde el nacimiento el desarrollo evolutivo del niño. Su método se parece al de Gesell con algunas diferencias. Trata de ubicar al niño en situación "más natural en la vida" con el objeto de obtener una conducta más espontánea y no un rendimiento máximo. La autora ha tratado de obtener el máximo de reacciones y rendimientos del niño, sin ajustarles a una preocupación específica por actividades especiales, como ser, las intelectuales. O sea, que la

intención es controlar lo que el niño *puede dar y no lo que debe dar*. Otra directiva del sistema vienés, como le llaman sus autores, es estructurar un método poco oneroso en tiempo y dificultades, haciéndolo más fácil en su aprendizaje y manejo.

Los lineamientos generales del método son similares, sin embargo, a los del método de Gesell. Los objetivos del método son seis:

- 1º) *Recepción sensorial.*
- 2º) *Movimientos del cuerpo* (que resume los dos campos de Gesell de conductas motriz y adaptativa).
- 3º) *La sociabilidad* o vinculación con personas que resume los campos de Gesell, personal social y locutivo.
- 4º) *Formación o aprendizaje* que reúne los procesos de memoria práctica y verbal, así como las reacciones de imitación.
- 5º) *Manipulación del material.*
- 6º) *Trabajo intelectual o productividad mental*, es decir, exploración del factor inteligencia.

El método comprende los seis primeros años de la vida. La serie de tests exige un variado material, adecuado a cada año de edad. Su descripción y manejo puede consultarse en el texto original. Los resultados del método de Bühler son comparables al de Gesell.

NORMATIVA TÉCNICA DEL DIAGNÓSTICO EVOLUTIVO

Todo médico pediatra debe conocer y manejar los elementos fundamentales del diagnóstico evolutivo. El asunto tiene dos aspectos: uno práctico y el otro escolástico que es de alta precisión. El último exige una fina especialización y sólo puede llevarse a cabo en Institutos especializados con personal técnico muy adiestrado y conocedor profundo de los métodos. El práctico no obstante puede y debe llegar a resultados satisfactorios manejando los elementos básicos del sistema. Además, todo pediatra debe poseer una información sumaria aunque más no sea, del diagnóstico evolutivo.

Los resultados de las dos escalas de maduración, Gesell y Bühler, nos han parecido comparables. Nos resulta más siste-

matizada y fácil de manejar la escala de maduración de Gesell y por ello la hemos adoptado en la Clínica Médico Psicológica del Hospital Dr. Pedro Visca. Aunque también se maneja el Bühler.

La técnica, en sí, no es difícil. Exige, a más de conocimientos, gran espíritu de observación y paciencia. Los resultados no deben extraerse precipitadamente y cuando se apartan de la normalidad y son dudosas debe procederse a su repetición o confrontación por otro método. El laboratorio de exploración debe ceñirse a reglas fijas donde todo está contemplado: locales, cámaras de observación, material de tests, registro, vínculo familiar entre examinando y examinador y entre éstos y el ambiente, estado físico favorable del niño, hora de prueba y duración, etc. Estos puntos pueden ser consultados en las obras especializadas (Gesell, Bühler).

El examinador debe ser sagaz en el examen del desarrollo. Una anamnesis previa, prolija y completa, proporcionada por la madre o una persona que conozca al niño, es de importancia básica. Después viene la inspección u observación prolija del niño en condiciones favorables de estado físico y ambiente; libre de ropas o con pocas y holgadas, si es muy pequeño. La observación directa, *sin tocar al niño*, proporciona datos de gran valor, como ser: expresión, conducta atenta, motilidad espontánea, reactividad general, lenguaje espontáneo, actitudes posturales, reacciones emocionales e iniciativas que en conjunto preparan en forma eficiente el diagnóstico evolutivo.

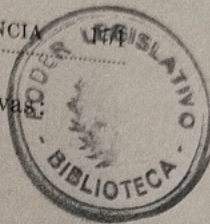
La técnica debe ser suave, estableciendo transferencia con el niño. Para apreciar la conducta motriz como ser: moverlo, sentarlo, pararlo y hacerlo caminar, preferimos que lo haga la madre. Para la conducta adaptativa o visuomanual debe actuar el examinador. La exploración del lenguaje requiere una valoración conjunta de datos familiares, estimulación afectiva por parte de la madre y luego observación directa.

La conducta personal social es muy compleja. En términos generales, su estudio se basa en el conjunto de datos que proporciona la anamnesis familiar, completados con los que se obtienen después de varias sesiones de trabajo con el niño. Como regla importante puede recomendarse, para el buen éxito del examen, que el niño no debe ser "asaltado" como suele hacerse con cierta frecuencia en la semiotécnica del lactante. La sala de juego es un poderoso atractivo para el niño y proporciona material muy útil.

EXPLOR. DEL DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

El examen se desenvuelve en varias etapas sucesivas.

- 1º *Entrevista preliminar y encuesta.*
- 2º *Obtención de la serie de tests.*
- 3º *Síntesis diagnóstica.*
- 4º *Valoración final en forma de cociente de desarrollo* que establece la relación entre la edad de maduración y la edad cronológica multiplicada por cien.
- 5º *Exámenes sucesivos* para seguir la evolución. Esto puede hacerse, ya para confirmar un diagnóstico, ya para evaluar los resultados de un tratamiento.



Tratándose de una semiología que puede variar por una serie de factores, como ser: el estado físico del niño, su estado emocional y factores ambientales; es aconsejable en algunos casos no sacar conclusiones precipitadas y muchas veces conviene repetir los exámenes.

IV) Normas de desarrollo.

ESTUDIO DEL DESARROLLO EN "SENTIDO TRANSVERSAL". NIVELES DE MADURACIÓN. EDADES CLAVES DE GESELL

La finalidad concreta de un diagnóstico evolutivo es establecer el grado o nivel de maduración alcanzado por el niño. Se trata siempre de establecer una comparación entre el nivel madurativo del caso en estudio y el normal que establece el método estadístico.

En la primera edad, Gesell establece ocho edades básicas o claves que son cuatro en el primer año y cuatro en el segundo. Las edades claves son: 4ª, 16ª, 28ª y 40ª *semanas* en el primer año; y 12, 18, 24 y 36 *meses* en el segundo año y tercero. Representan algo así como 8 imágenes transversales que tipifican los principales modos de conducta y se han elegido esas edades básicas o claves, porque representan los momentos o edades cronológicas de cambios fundamentales en la conducta del niño de primera edad. Lo hemos comparado a un corte transversal en el estudio evolutivo de la conducta.

Un diagnóstico de desarrollo implica hacer un pronóstico en muchos casos. Cuando se trata de lactantes muy pequeños, en el primer trimestre de la vida, las variaciones de lo normal pueden

ser de apreciación muy difícil, es decir, las dificultades del diagnóstico, muy grandes. Y el hecho asume gran importancia desde que tratándose de retardos verdaderos del desarrollo, se traducirán más adelante por variaciones de la normalidad o detenciones del desarrollo para ser más explícitos, de mucha mayor magnitud. En una palabra, que el retardo verdadero se agiganta en el porvenir del niño a manera de un cono.

Una cosa es el retardo de la maduración, sea en la conducta global, sea en algún sector o campo de conducta y otra es la detención del desarrollo. El *retardo madurativo puede ser definitivo o no*; en el primer caso es un retardo *irreversible*, en el segundo, *reversible*. Para ejemplificar el concepto, un niño con una encefalopatía congénita, p. ej., una microcefalia, tiene un retardo neuropsíquico definitivo o irreversible; en cambio, un distrófico (con distrofia de cierta entidad desde luego) presenta un retardo en todos los campos de conducta, que será curable en plazo más o menos largo pero reversible.

Es muy frecuente que los lactantes que han padecido enfermedades graves o repetidas, en particular en los medios hospitalarios, queden con retardos globales durante un período largo. Pero después de un tiempo, la recuperación se produce, se establece la *reanudación del desarrollo* y el niño adquiere ulteriormente la total nivelación de su desarrollo normal.

A veces los hechos no son tan claros y se crean los problemas de diagnóstico diferencial, como acaece en ciertos prematuros o en algunos distróficos o lesionados por enfermedades anteriores en que la duda se plantea entre seudoretardo o retardo verdadero o una suma de ambos componentes, como nos ha sido posible comprobar en algunas observaciones clínicas. Este último punto es muy importante, porque si es muy difícil o imposible modificar el retardo verdadero, el médico puede actuar frente al retardo reversible. Algunos retardos verdaderos son parcialmente reversibles. Es el caso del mixedema congénito, donde se puede mejorar apreciablemente el desarrollo mediante la terapia tiroidea, aunque la normalización completa nunca se alcanza.

A veces se observan retardos grandes en un determinado campo de conducta sin que ello signifique un porvenir desfavorable. Es el caso de niños enfermos, por ej., niños raquíticos, que pueden presentar un retardo apreciable en la conducta motriz sin que los otros campos se alteren. También en condiciones normales, debido a factores constitucionales, a veces de tipo familiar hereditario, las funciones pueden quedar retardadas en determinado

campo para luego nivelarse totalmente. Se observa en particular para el lenguaje. Hay niños que tardan mucho más que otros para hablar y en este campo de la conducta locutiva las variaciones individuales son muy grandes. Las niñas suelen hablar antes que los varones. También lo son en el campo personal social. El retardo ambiental es de gran importancia.

Para subsanar estas dificultades interesa en primer término establecer el llamado cociente intelectual o mejor como lo llama A. Gesell, el *cociente de desarrollo* que resulta de la división o relación entre edad de madurez y edad física o cronológica actual expresada en valor porcentual.

$$C D = \frac{\text{Edad de madurez}}{\text{Edad cronológica}} \times 100$$

Normalmente el cociente es 100 %. Cuando el desarrollo está alterado el cociente desciende. P. ej.: una edad de madurez de 8 semanas en un niño de 16 meses, significa un C D. de 50 %. Ahora bien, cuando el cociente desciende por debajo de los $\frac{2}{3}$ (C D 65-75) hay derecho a sospechar un retardo serio aunque queda siempre pendiente el problema del diagnóstico diferencial; en primer plano el reconocimiento mediante el estudio somático y la evolución, de si se trata de un verdadero retardo o de un seudoretardo evolutivo, sintomático éste de enfermedad orgánica. Discretas oscilaciones en el C D (— 10 %) pueden ser benignas o deberse a imperfecciones técnicas. Hay especial interés en descubrir los retardos en edad temprana, por lo que significan como pronóstico y responsabilidad para el médico. Además, el retardo se agiganta con la edad, lo que quiere decir que un retardo de madurez entre dos y tres meses es el mismo que entre dos y tres años o entre seis y nueve años (Gesell). De ahí el ahinco para establecer finamente los retardos de los primeros meses por lo que significan como alteración evolutiva.

Ahora bien, el nivel de madurez o edad de madurez, no siempre es fácil de establecer. La edad cronológica se establece automáticamente. Para la edad madurativa los campos de conducta pueden presentar valores distintos. Cuando existe *disociación* entre la madurez de distintos campos conductuales nosotros nos decidimos por un promedio de valores.

El estudio del desarrollo es un método evolutivo. De ahí la necesidad de los exámenes sucesivos en los casos de supervisión del desarrollo o cuando se trata de desarrollo alterado. Eso se

puede realizar en clínicas bien organizadas, como la famosa de A. Gesell en la Universidad de Yale en EE. UU., que se llaman Clínicas de Conducta. Es el momento de destacar la obra de este inminente creador de un método y de una organización que ha beneficiado en forma fundamental el estudio integral del niño.

Las posibilidades del método son extraordinarias. No haremos más que enumerar las aplicaciones más importantes:

- 1º) Supervisión del desarrollo normal.
- 2º) Supervisión del desarrollo en los prematuros.
- 3º) Estudio del desarrollo en las encefalopatías congénitas, con deterioración mental de grado distinto: amencias u oligofrenias de bajo grado, amencias de grado medio, amencias de grado alto (las menores).
- 4º) Estudio del desarrollo en las endocrinopatías en particular en el mixedema. También en el hipopituitarismo y en la insuficiencia pluriglandular.
- 5º) Estudio del desarrollo en las insuficiencias sensoriales = ceguera, sordomudez.
- 6º) Estudio del desarrollo y supervisión del mismo después de enfermedades adquiridas del neuroeje: meningitis, encefalitis, tumores, etc.
- 7º) Estudio del desarrollo en los niños convulsivos.
- 8º) Estudio del desarrollo en los problemas de adopción.
- 9º) Desarrollo e insuficiencia afectiva y ambiental.

EXPERIENCIA PERSONAL

Desde el comienzo del año 1948, en la Clínica Médico Psicológica del Hospital de Niños Dr. Pedro Visca que dirigimos, nos hemos capacitado para estudiar el desarrollo de acuerdo con las técnicas modernas. Si bien es cierto que aún no poseemos cámaras de observación y registro gráfico (fotografías, film), en cambio las psicotécnicas de la Clínica manejan muy bien los métodos; el material de Gesell y de Bühler se posee y han podido estudiarse correctamente los niños del Servicio Externo y de los Servicios Internos del Hospital.

Desde su fundación, en setiembre de 1947 hasta el momento se ha hecho el estudio psicosomático integral de 237 niños, de todas las edades. En lo que atañe al desarrollo de primera edad se aplicó con preferencia el Gesell y hasta ahora en los casos en que se sospechó una alteración del desarrollo de causa cerebral o endocrina. Nuestros resultados coinciden enteramente con los del Profesor Gesell.

El material de niños que manejamos es proteiforme.

Las causas dominantes de retardos verdaderos han sido las encefalopatías congénitas, mongólicas y pocos casos de endocrinopatías (entre ellos cretinismo).

Un problema al cual prestamos especial atención, es el pseudo-retardo de los niños distróficos. El distrófico tiene un retardo global del desarrollo. Es un inmaduro que va desarrollando lentamente y queda detenido por períodos. Es un punto muy importante a conocer que plantea a diario el diagnóstico diferencial entre retardo verdadero de causa cerebral y seudoretardo de causa nutricional. Otro problema interesante que hemos estudiado en la Clínica, es la maduración de los niños con atetosis doble. En muchos casos la inteligencia de estos niños es muy difícil de evaluar. Los problemas de las insuficiencias sensoriales especiales (sordera, sordomudez, ceguera) se han planteado ocasionalmente. En un caso que seguimos desde hace más de un año se trata de un niño europeo, sordo, con un componente de retardo verdadero, además. Lo difícil es fijar en este niño los valores de cada componente, es decir, de retardo cerebral y de retardo por insuficiencia auditiva.

BIBLIOGRAFÍA

- ALDRICH, C. A. and HEWITT, E. S.— Out lines for well baby clinics. "Am. J. Dis. Child.", 71: 131, 1946.
- ALDRICH, C. A. and HEWITT, E. S.— Out lines for well baby clinics. "Pediatrics", II, 1, 1948.
- GESELL, A. y AMATRUDA, C.— "Diagnóstico del desarrollo", Ed. Paidós, B. Aires, 1945.
- GESELL, A. y AMATRUDA, C.— "Embriología de la conducta", Ed. Paidós, B. Aires, 1946.
- GESELL, A.— Developmental Pediatrics. "Pediatrics", I, 3, 331, 1948.
- GESELL, A. and AMATRUDA, C.— Developmental diagnosis and supervision. In "Brennemann's Partice of Pediatrics", chap. IX.
- GESELL, A. and ILG, F.— "Feeding Behavior of Infants", Lippincott Co., Philadelphia, 1937.

- BÜHLER, C.— "Infancia y Juventud", Espasa-Calpe, B. Aires, 1946.
- BÜHLER, CH. y HETZER, H.— "Tests para la Primera Infancia", Ed. Labor, 1934.
- BÜHLER, CH.— "El desarrollo psicológico del niño", Ed. Losada, B. Aires, 1946.
- SMITH, C. A.— "The Physiology of the Newborn Infant", Ed. Thomas, 1945.
- MINKOWSKI, M.— Sur le développement et la localisation des fonctions nerveuses in Neuropsychologia Infantile. "Atti del Convegno Italo Svizzero", Ed. Cappelli, Bologna, 1946.
- MINKOWSKI, M.— Sur l'évolution anatomo-physiologique des fonctions cérébrales chez le nourisson et le petit enfant. "Atti del Convegno Italo Svizzero", Ed. Cappelli, Bologna, 1946.
- MARCOS, J. R. y colab.— "La Clínica Médico Psicológica del Hospital de Niños «Dr. Pedro Visca»", Montevideo, 1949.
- MARCOS, J. R.— "El factor inteligencia y sus alteraciones. Oligofrenias verdaderas y pseudo oligofrenias". (Consultar este capítulo en esta obra.)
- GAREISO, A.— Importancia del paralelismo neuropsíquico en el síndrome de debilidad motriz. "Arch. Arg. de Ped.", año XVIII, XXVII, 6, 1947.
- NEEDHAM, J.— "Biochemistry and Morphogenesis", pág. 506, Cambridge, 1942.
- BOHN, G. and DRZWINA, A.— "Comptes Rendus Académie des Sciences", t. 193, pág. 1472, 1931.
- GAREISO, A. y ESCARDÓ, F.— "Manual de Neurología Infantil", vol. I, Ed. El Ateneo, B. Aires, 1942.
- ROUMA, G.— "El lenguaje gráfico del niño", Ed. El Ateneo, B. Aires, 1947.
- WINN, R.— Enciclopedia de Educación Infantil. "Desarrollo", pág. 146, Ed. Paidós, B. Aires, 1943. (Tiene abundante bibliografía.)
- WINN, R.— Enciclopedia de Educación Infantil. "Juego", pág. 280, Ed. Paidós, B. Aires, 1943. (Tiene abundante bibliografía.)
- WARTENBERG.— "The examination of reflexes", Year Book, Chicago, 1945.
- STRAUSS, A. A. and LEHTINEN, L.— "Brain-injured child.", Grune & Stratton, N. York, 1947.
- BROCK, S.— "Las bases de la Clínica Neurológica", Ed. Rosario, Argentina, 1948.
- KLEIM, M.— "El Psicoanálisis de niños", Ed. As. Psic. Argentina, B. Aires, 1948.
- SPURGEON, O. y PEARSON, S.— "Neurosis frecuentes en los niños y en los adultos", Ed. As. Psic. Argentina, B. Aires, 1948.

La

Olig

Los m
resolver d
de la infa
grado su
arranque
capacidad
ración int
y de suma
el que at
grado.

En c
traso leve
si existe
retardo.
delicado

Es u
de las ol
HALL en
al 0,3 %
1,2 % de
individu
y a men
població

La inteligencia y sus alteraciones

Oligofrenias verdaderas y pseudo-oligofrenias

JULIO R. MARCOS

Los médicos de niños, sin hablar de los psiquiatras, deben resolver diariamente un gran número de problemas psicológicos de la infancia y si bien la índole de los mismos suele variar en grado sumo, la técnica de estudio del niño tiene un punto de arranque obligado que radica en el conocimiento preliminar de su capacidad mental. Colocado en el trance diagnóstico de una alteración intelectual, el psicólogo tiene por delante una tarea difícil y de suma responsabilidad. No existe problema, en general, salvo el que atañe a etiología, en lo referente a los retrasos de bajo grado.

En cambio, la duda se plantea corrientemente frente al retraso leve o moderado. En estas situaciones corresponde aclarar si existe realmente un retardo auténtico o si se trata de un pseudo-retardo. La valorización del seudorretardo es siempre un asunto delicado y exige un *estudio psicológico integral del niño*.

Es unánime la opinión de los psicólogos sobre la importancia de las oligofrenias infantiles. Al respecto, apunta M. BARTON HALL en Inglaterra, que mientras la idiocia alcanza solamente al 0,3 ‰ del total de la población y los imbeciles representan el 1,2 ‰ de la población urbana y el 1,8 ‰ de la rural, el débil mental, individuo que suele moverse en la sociedad con mayor holgura y a menudo pasa inadvertido, representa el 5,2 y el 8,2 ‰ de la población total y el 15,1 ‰ de la población escolar.

En su reciente libro sobre "Introducción al niño excepcional" (1944), H. BARKER, en EE. UU., da los siguientes promedios de distribución de inteligencia:

Débiles mentales institucionales	1 %
Retardados mentales	2 %
Aprendizaje lento	20-25 %
Inteligencia media	50-55 %
Aprendizaje rápido	20-25 %
Deteriorados	2 %
Genio	1 %

Por nuestra parte, entre 125 niños estudiados en el primer año de funcionamiento de la Clínica Médico Psicológica del Hospital Dr. Pedro Visca, encontramos 46 casos de retardos verdaderos, de grado variable (36,8 %) y 10 casos de pseudorretardo (8 %), que suelen llegar a la consulta como retardos auténticos, comprobándose ulteriormente por el estudio psicológico completo que factores extraños al factor inteligencia provocaban el rendimiento disminuído del niño. En un caso, el diagnóstico fué difícil. La clasificación de los retardos verdaderos fué la siguiente:

- 2 observaciones de idiocia.
- 18 observaciones de imbecilidad.
- 18 observaciones de debilidad mental.
- 8 observaciones de marginales entre la normalidad y la debilidad mental.

Cabe destacar que aunque la estadística es pequeña, la cifra porcentual de las oligofrenias verdaderas es muy elevada entre los niños que concurrieron a consultar por variados problemas. Merece señalarse igualmente, que tocante a retardos leves o aun de cierta entidad, ellos han podido significar con cierta frecuencia una sorpresa para los padres. A veces los niños turbulentos o de buena memoria, pero retrasados, pueden impresionar a los padres como muy inteligentes. La escala de clasificación seguida en nuestro Servicio se ajusta al criterio de Terman y de acuerdo con el cociente intelectual se clasifica el grado de inteligencia con los siguientes rótulos:

140
130
120
110
90
80
70
60
50
40
30
20

12 NIVELES

El
numero
norma
francos
cuenten
dagógic
Es
seudor
posibil

I) F

El
blemas
vestiga
a su r
parezo
fácil r
KANN
desafi
gida".
la int
basari

140 en adelante	Excepcional.
130 a 139	Inteligencia muy superior.
120 a 129	Inteligencia superior.
110 a 119	Normal alto, aprendizaje rápido.
90 a 109	Normal.
80 a 89	Normal bajo, aprendizaje lento.
70 a 79	Marginal (límite entre normalidad y debilidad mental).
63 a 69	Debilidad mental ligera.
56 a 62	Debilidad mental media.
50 a 55	Debilidad mental fuerte.
25 a 49	Imbecilidad.
0 a 24	Idiocia.

El grupo de los seudorretardos es en la realidad mucho más numeroso que el señalado anteriormente. Se explica porque es norma en nuestro país llevar al hospital los niños con retrasos francos, en tanto que los seudorretardos se observan más frecuentemente en los consultorios privados y en las clínicas psicopedagógicas donde abundan los problemas de desajuste escolar.

Es fundamental señalar la importancia práctica de estos seudorretardos, no sólo por su frecuencia, sino porque plantean posibilidades terapéuticas interesantes.

I) Factor inteligencia.

El tema planteado y en especial el estudio analítico de los problemas que suscita exige un conocimiento formal del factor a investigar, esto es del *factor inteligencia*, y de las técnicas aplicables a su medida. Definir la inteligencia no es tarea fácil y aunque parezca paradójal, en última instancia ha resultado siempre más fácil medir el grado de inteligencia que definirla. Como dice LEO KANNER, "la naturaleza de esta función es tan compleja que ha desafiado todas las tentativas de una definición demasiado rígida". Este mismo autor, reconociendo las dificultades, acude a la interpretación que da WINSTON sobre inteligencia, que se basaría en:

- 1º) La habilidad para aprender, para aprovechar de la experiencia o para adquirir conocimiento.
- 2º) La habilidad para razonar y pensar abstractamente.

- 3º) La habilidad para enfrentar una nueva situación, para resolver un problema o dirigir efectivamente nuestra propia conducta o pensamiento.

M. TRAMER, el autor de una interesante obra sobre psiquiatría infantil se adelanta a reconocer las dificultades para establecer una definición, aceptando que "la inteligencia es algo sumamente complejo y a los investigadores tan pronto les parece una parte como otra la más esencial y característica y procuran entonces fundamentar a base de ella una definición". Las dificultades aumentan desde que muchos autores plantean una distinción radical entre capacidad mental e inteligencia. En ese sentido los "tests" mentales pueden señalar una elevada capacidad mental en tanto que el individuo puede fracasar frente a los problemas de la vida, denotando con ello una pobre actuación intelectual. En concreto, la inteligencia marcaría una relación entre individuo y realidad, o lo que podría llamarse escenario de vida. Si se piensa que esta relación es necesariamente un valor fluctuante dependiente de la actividad general de la personalidad humana y de los cambios situacionales, lo que nosotros aceptamos en la práctica como medida de la inteligencia lo es más en su actuación que en su capacidad intrínseca.

Por nuestra parte, concebimos *la inteligencia normal como una dotación suficiente y actuación eficiente, o habilidad si se quiere, para resolver problemas del tipo intelectual*. Dotación normal significa una estructura nerviosa normal y luego una experiencia adquirida pacientemente en el curso de la maduración neuropsíquica de la infancia que, como se sabe, es fundamentalmente un proceso evolutivo del tipo asimilativo e integrativo. La evolución intelectual se va edificando sobre un equipo biológico heredado, de intenso potencial integrativo en todo el curso de la infancia, con las inflexiones de orden somático y ambiental hasta adquirir el máximo rendimiento funcional puro, vale decir del tipo intelectual superior.

La psicología experimental ha demostrado que la habilidad para acumular experiencia se encuentra diseñada en animales inferiores y alcanza cierto grado de inventiva en los antropoides, como demostró KÖHLER. La embriología del intelecto tendría, por tanto, bases firmes filogenéticas y ontogenéticas que K. BÜHLER ha teorizado por la observación directa del desarrollo psicológico del niño y según él pasaría por tres etapas fundamentales,

nueva situación.
dirigir efectiva-
o pensamiento.

sobre psiquia-
es para estable-
es algo suma-
les parece una
procuran enton-
as dificultades
distinción ra-
ese sentido los
acididad mental
los problemas
ón intelectual.
ntre individuo
Si se piensa
tuante depen-
mana y de los
n la práctica
iación que en

nal como una
si se quiere,
normal sig-
experiencia
ón neuropsí-
talmente un
La evolución
o heredado,
la infancia,
sta adquirir
el tipo inte-

a habilidad
n animales
antropoides,
to tendría,
de K. BÜH-
rollo psico-
lamentales,

que serían: 1º) *el instinto*, manifestado en forma de conducta heredada; 2º) *la educación*, que mediante el proceso social utiliza la memoria asociativa de la especie y crea nuevas combinaciones suprimiendo algunos instintos y acentuando otros, y 3º) *el intelecto*, cuya característica es la inventiva, la abstracción y la imaginación creadora.

Esta teoría concuerda en sus fases con la hipótesis aceptada por la mayoría de autores que piensan que la inteligencia del niño haría su aparición alrededor de los diez a doce meses, recién cuando se establece el lenguaje locutivo y los intercambios gnósticos con el ambiente. De aquí en adelante la inteligencia prosperaría en el curso de la infancia en forma sostenida aunque con ciertas fluctuaciones y terminaría su evolución alrededor de los quince años. En este largo proceso evolutivo, CHARLES SPEARMAN hace intervenir su teoría de que un factor central, *el factor G*, o "general ability", influiría toda la vida anímica del individuo interviniendo permanentemente como un coeficiente basal. Pero este factor G sería influenciado por el *factor S* que no sólo cambia para cada individuo sino aun en distintas situaciones del mecanismo intelectual. Los nuevos conceptos sobre el factor inteligencia lo conciben además como de características dinámicas y modificable, algo distinto, por tanto, del concepto organicista que primaba antes. Desde el punto de vista terapéutico este hecho tiene derivaciones importantes, desde que la inteligencia puede modelarse en sentido favorable en una adecuada situación ambiental. Además, aclara el mecanismo de influencias derivadas del plano afectivo del individuo sobre su rendimiento intelectual. Nos explica, por ejemplo, cómo el factor afectivo puede alterar el resultado de un test intelectual como también que un estado de neurosis puede llegar a paralizar parcialmente el mecanismo intelectual. "La parálisis de un brazo, dice B. SZEKELY, puede ser tanto un síntoma neurótico como la parálisis del pensamiento". Hasta la simple hiperemotividad puede variar los resultados de la psicometría si el examinador desconoce el punto.

El concebir la inteligencia del niño como un proceso evolutivo e integrativo susceptible de fluctuaciones o inflexiones tiene grandes ventajas porque ofrece marcadas posibilidades al educador y al terapeuta. Aclara las variaciones de rendimiento por la intervención de factores somáticos nutricionales o de enfermedad y explica también qué alteraciones endocrinas en el individuo puedan tener una profunda repercusión en su plano intelectual.

La influencia de la glándula tiroides sobre el rendimiento intelectual es un clásico ejemplo de gran proyección práctica.

Es importante señalar la influencia del carácter sobre el desarrollo intelectual. Para muchos autores la inteligencia sería la facultad de adquirir experiencia, en tanto que la forma de manifestar la inteligencia se haría por intermedio del carácter.

Inteligencia y carácter serían formas imposibles de desgarrar de la personalidad del niño y sus diferentes interrelaciones podrían darnos una explicación suatoria de las distintas formas de inteligencia: inteligencia reactiva y espontánea, inteligencia teórica y práctica, inteligencia global e inteligencias especiales.

Finalmente, la evolución intelectual no es un proceso uniforme como tampoco lo es el carácter. Detenciones y brotes de desarrollo los van modelando en el curso de la infancia. En lo que respecta al carácter se acepta en general que cumple su ciclo evolutivo y parece estar claramente definido en la proximidad del sexto año, así como la inteligencia alcanzaría su máximo alrededor de los quince años.

II) Psicometría y diagnóstico.

La afirmación de KANT que los procesos psíquicos no podrían ser medidos en forma aritmética recibió posteriormente una rotunda negación. El método psicométrico inaugurado por BINET en 1896 y luego por BINET y SIMON, completado posteriormente con las revisiones STANFORD, DE Terman y Terman-Merrill, han significado una verdadera revolución en los métodos de estudio de la inteligencia individual y de grupos sociales (sociográfica).

El método de los tests ha ido adquiriendo con el tiempo tan extraordinaria extensión que su aplicación configura actualmente una verdadera especialización.

En lo personal declaramos que, si bien tenemos experiencia clínica de muchos años sobre oligofrenias, el rigor científico aplicable a ellas sólo pudimos establecerlo en la clínica Médico-Psicológica del Hospital Dr. Visca, de reciente creación. El material reunido es escaso aún, máxime tratándose de un tema tan complejo, pero la obtención de algunos resultados interesantes nos mueve a presentarlos en este relato. La procedencia de los enfermos ha sido variada (Servicio Externo, Servicio Interno, Escuela Roosevelt y clientela privada).

El mé

La ar
sivos, par
establecer
secuela de
Permite a
sable del
degenerat
en mucho
ilustra so
en la val
Por la a
holismo,
de la fa
este aspe

El
madura
ciona d
niño. I
exactitu
nostica

La
aplicaci
seudorr
bles o
trófico
Son los
grande
muy d

P
tardos
grado

El método seguido en la exploración ha sido el siguiente:

1º) ANAMNESIS

La anamnesis aporta datos muy importantes, a veces decisivos, para la interpretación final. Por la anamnesis se puede establecer en muchos casos si una oligofrenia es connatal o si es secuela de una enfermedad orgánica del sistema nervioso central. Permite averiguar casos de trauma obstétrico cerebral responsable del retraso o bien aclara la intervención de un proceso degenerativo cerebral. La anamnesis familiar pone de manifiesto en muchos casos la existencia de retardos mentales familiares, o ilustra sobre el nivel mental familiar que tiene interés básico en la valoración diagnóstica del componente intelectual heredado. Por la anamnesis es posible conocer antecedentes de sífilis, alcoholismo, como también informa sobre situación social y económica de la familia. La intervención de la visitadora social completa este aspecto.

2º) HISTORIA DEL DESARROLLO O ANAMNESIS PERSONAL NEUROPSÍQUICA

El diagnóstico evolutivo del desarrollo mediante escalas de maduración, como las de A. GESELL y de Ch. BÜHLER, proporciona datos de valor decisivo para la valoración intelectual del niño. Mediante el diagnóstico evolutivo se puede prever con exactitud casi matemática el retraso de edades posteriores y pronosticar su grado.

La única excepción a las conclusiones demasiado rígidas en la aplicación de tales métodos estriba en la posibilidad de desconocer pseudorretardos provocados por factores ambientales desfavorables o por alteraciones nutricionales como acontece con los distróficos acentuados que pueblan nuestros Servicios de Hospital. Son los pseudorretardos sintomáticos cuyo diagnóstico no ofrece grandes dificultades en general, si bien hay casos de diagnóstico muy difícil que exigen una observación continuada.

3º) LA OBSERVACIÓN DIRECTA

Para el clínico avezado en la observación de niños con retardos el diagnóstico suele ser fácil y aun puede establecer el grado aproximado del retardo. Sin embargo, la exactitud tiene

siempre una base psicométrica y a este método debemos remitirnos inexcusablemente tratándose de retardos medianos o moderados.

49) LA PSICOMETRÍA

Los innumerables tests de tipo intelectual que pueden aplicarse exigen una selección. Cada examinador sabe manejarse con más habilidad con algunos de ellos, pero ciertos tests son los más usuales actualmente y los más exactos.

En la primera edad, la escala de maduración de GESELL y los tests denominados vieneses de Ch. BÜHLER y H. HETZER, permiten un diagnóstico del desarrollo intelectual de alta precisión. El método de GESELL ya es de práctica en la Clínica Médico Psicológica que dirigimos. En edad preescolar los tests vieneses son de gran utilidad y se aplican entre el primero y el sexto año. Desde los tres años en adelante usamos las revisiones del método BINET-SIMON hechas por Terman-Merrill y el test de YERKES que resulta más fácil, aunque de menor precisión que el Terman. Para casos especiales se completa el estudio que se desea profundizar con otros tests como el de PINTNER, de los blocks de KOHS y con el cuestionario de BALLARD. Además, si al niño explorado se le estudia su personalidad con el test de RORSCHACH o el T. A. T. de MURRAY, éstos aportan datos muy valiosos sobre la inteligencia del niño.

Se puede estipular que en la práctica, con la escala de GESELL en la primera edad, con el Terman-Merrill y el YERKES en adelante, y con algunos tests especiales para ciertos casos, las exigencias de un buen diagnóstico individual de inteligencia pueden llenarse satisfactoriamente.

Mediante el "testing" se establece la *edad mental* del niño y luego la relación entre edad mental y *edad cronológica* da el *cociente individual de inteligencia*.

Se ha establecido con anterioridad la clasificación en grados o niveles de inteligencia según el cociente intelectual.

59) INTERPRETACIÓN DE LOS TESTS

Uno de los hechos que han contribuido a desprestigiar el método de los tests frente a cierto público no preparado, es la inexperiencia de muchos técnicos al extraer conclusiones rígidas de un test. Al respecto se debe recordar lo que dice BARTON HALL, quien expresa que "un test no podrá ser nunca una simple vara

de medir". Aun obteniendo un test en condiciones inobjetables, las condiciones ambientales, la emotividad y aun el estado de enfermedad, deben ser tenidos en consideración. Además, junto a la cifra rígida del "por ciento" de un test resultan muy valiosos los datos del examinador sobre la total personalidad que el examinando exhibe en los exámenes. Hace pocos días en la Clínica Psicológica se examinaba una niña conocida como de inteligencia normal, que en una nueva prueba denotaba un descenso apreciable en su rendimiento. Investigando el hecho se aclaró que esta niña, que tiene cinco años, había recibido el día antes una dosis fuerte de luminal con la finalidad de obtener un electroencefalograma.

El examinador puede aportar datos complementarios muy importantes para el diagnóstico final, tales como el grado de atención del niño, su colaboración en la prueba, si ha demostrado o no emotividad, si su palabra es fácil o entrecortada, si ha tenido tics nerviosos, etc.

En suma, el estudio psicométrico exige por parte del examinador una síntesis prolija sobre la opinión que le merece al examinador el estado mental del niño. Muy a menudo el examinador informa sobre la necesidad de repetir el "testing" para obtenerlo en mejores condiciones o para seguir su evolución.

6º) EL PSICOGRAMA

La elaboración de un psicograma es una exigencia inexcusable en los casos de niños marginales o imbéciles fronterizos (de alto grado). Se plantea el hecho en particular para los casos de desajuste ambiental, sea familiar, sea escolar, cuando se trata de conocer a fondo la personalidad completa del niño, explorando, además del factor inteligencia, las esferas afectiva y conativa del niño. Las etapas a recorrer serán en esos casos: 1º) la *testificación* del niño; 2º) la *interpretación* de los resultados con las correcciones que merezca por parte del examinador; 3º) el *psicograma*; 4º) el *diagnóstico final* o *síntesis diagnóstica*.

Sólo así, procediendo con verdadero criterio científico, se podrán valorar los casos tan frecuentes de oligofrenias leves o moderadas y establecer un diagnóstico correcto de oligofrenia, verdadera o de pseudo-oligofrenia. El punto no se plantea, sin duda, para los casos de retardo acentuado o profundo que son siempre verdaderos. Pero debe recordarse como muy importante que algunas neurosis o psicosis incipientes pueden alterar en for-

ma secundaria el rendimiento intelectual del niño e inclusive los niños suelen ser enviados por esta última causa a la consulta y no por sus desórdenes primarios en la esfera de la personalidad.

7º) ESTUDIO ENDOCRINO

Las endocrinopatías del niño, ostensibles o enmascaradas, pueden alterar marcadamente el intelecto del niño. El punto es de tal magnitud que frente a las oligofrenias marginales o medianas el médico debe tener especial preocupación por conocer el estado endocrino del sujeto. En lo que atañe a la glándula tiroides su influencia es decisiva sobre el desarrollo cerebral. También los síndromes hipofisarios o gonadales o los síndromes pluriglandulares pueden alterar en grado apreciable el rendimiento intelectual.

La observación siguiente es muy interesante al respecto:

C. E., de 12 años; concurre a la consulta en 4-V-948, por disartria y retraso mental. Cursa tercer año escolar y no progresa, quedando repetidor tres años seguidos. Su rendimiento escolar es pobrísimo. Su psiquis es de apatía, con pocos intereses y escasa afectividad. Sus relaciones con una hermana son muy malas, riñendo continuamente con ella. La historia del desarrollo arroja un retardo moderado. El aspecto del niño no impresiona como retardo muy profundo. Sin embargo su C. I. es de 60 % en los tests de Terman y Yerkes. El examen somático del niño mostró una insuficiencia pluriglandular con síndrome adiposo genital con M.B. de -38 % y silla turca chica. Se indica tratamiento con tiroides (Proloid), 65 miligramos, dos comprimidos en el día, y se inyectan dos series sucesivas de Progón, 500 U., veinte inyecciones en total. Posteriormente recibe Estimulina Galien M. La mejoría es evidente. El rendimiento escolar aumenta. Mejora el lenguaje y aumentan notablemente los genitales. El C. I. sube a los dos meses a 70 %.

8º) EL ESTUDIO GLOBAL SOMATO NEUROPSÍQUICO

Todo niño que se explore en el plano intelectual debe merecer un estudio completo psicosomático. Sólo así podrán interpretarse correctamente cuadros clínicos a veces complejos como ser los retardos aparentes de las insuficiencias sensoriales (hipoacusia, deficiencia visual) o de los síndromes espásticos. En la convalecencia de ciertas enfermedades graves, especialmente las del sistema nervioso o en los estados de debilitamiento general el cociente intelectual puede estar disminuído. La corrección somática mejora entonces el rendimiento intelectual.

III) Olig

La O. V.
Comprende
grado obed
y se traduc
idiotas. El
toda espera
son la deb
marginales
somática p
dades somá
riales o af
deparar re
oligofrenia
orgánicos
O. V. de b
se diseña
de enferm

IV) Seu

Es, si
menor, pe

Con e
riencia de
afecciones
sin un ex
o bien se t
disminuíd
de la proy
aparece la
escolar. C
niños no e
superior
pueden ob
important
permanen
Los e
ticos, el c

III) Oligofrenias verdaderas.

La O. V. es un auténtico retardo, primario (congénito) o no. Comprende el grueso de las estadísticas. Los retardos de bajo grado obedecen a lesiones gruesas o devastadoras del cerebro, y se traducen clínicamente con cuadros de niños deteriorados o idiotas. El diagnóstico es fácil y el pronóstico está fuera de toda esperanza. En cambio, los retardos menos acentuados, como son la debilidad mental media, la debilidad mental ligera y los marginales, deben merecer un estudio muy serio, con exploración somática profunda en procura de aclarar desórdenes o enfermedades somáticas como ser endocrinopatías o insuficiencias sensoriales o afecciones generales que tratadas oportunamente pueden deparar respuestas terapéuticas satisfactorias. Estos tipos de oligofrenias son verdaderas, pero secundarias a otros estados orgánicos y pueden ser reversibles total o parcialmente. Las O. V. de bajo grado, opuestamente, son definitivas. Su historia se diseña desde el nacimiento o aparecen como estados secuelas de enfermedades del sistema nervioso y son irreversibles.

IV) Seudo-oligofrenias.

Es, sin duda, el capítulo más interesante. Su frecuencia es menor, pero su importancia es muy grande.

Con este rótulo se agrupan los casos que o bien tienen apariencia de retrasados, como se observa en los niños lisiados con afecciones espásticas o como puede impresionar a primera vista, sin un examen profundo, en niños con insuficiencias sensoriales, o bien se trata de niños de buena apariencia pero con rendimiento disminuído. Es generalmente en la edad escolar y por advertencia de la propia maestra, en otros casos de los propios padres, que aparece la preocupación por el menor rendimiento intelectual del escolar. Cuando se practica la exploración psicológica de estos niños no es raro hallar que su cociente intelectual es normal o aun superior y que se trata en realidad de seudorretardos. Éstos pueden obedecer a causas variadas, pero es interesante señalar la importancia de las perturbaciones psicológicas, transitorias o permanentes, sobre la aptitud intelectual.

Los estados neuróticos y psiconeuróticos, los estados psicopáticos, el desajuste escolar, la enfermedad epiléptica no tratada

correctamente y otros estados pueden explicar que el nivel mental se perturbe con las apariencias de un seudorretardo. En lo que atañe a su evolución estos seudorretardos pueden ser curables o no. En el caso de los espásticos, sobre todo los atetósicos, existe un seudorretardo, pero en los espásticos, sobre todo los atetósicos, existe un seudorretardo, pero las dificultades suelen ser insalvables. En cambio en los seudorretardos de causa situacional o sintomática de desórdenes psicológicos del niño la aptitud intelectual es susceptible de una modificación favorable. El tratamiento psicoterápico puede dar buena respuesta terapéutica.

Pasamos a señalar una clasificación de los seudorretardos.

PRIMERA INFANCIA:

Reversibles espontáneamente o con tratamiento. Son plásticos.

De causa ambiental.
De causa nutricional.
Insuficiencia afectiva.

SEGUNDA INFANCIA:

Los seudorretardos pueden ser reversibles o no.

1º De causa orgánica.

Epilepsia.
Encefalopatías (atetosis).
Insufic. sensoriales: auditiva, visual.
Enfermedades generales.
Convalecencias.

2º Medicamentos.

Exceso de sedación nerviosa (barbiturismo).

3º Desajustes.

Escolar.
Familiar.

4º Neurosis o psicosis o psiconeurosis.

5º Causas ambientales.

Orfandad.
Divorcio en los padres o desavenencias, etc.

V) Casuística.

Hemos seleccionado algunas historias de niños que han presentado manifestaciones de seudorretardo intelectual ligado ya a enfermedades neurológicas (síndromes espásticos o epilepsia),

ya a cuadros
unos niños
con la enfer

En lo q
riales los h
muy conoc

1)

Es frec
vista como
neral de esos
involuntario
des del leng
creencia.

Esta cl
sado, proble
estado físico
curso por la
DE BARBÉ.

En lo r
expresión y
y es habitua
y con perici
nos ejemplos

J. S., env
12 años de ed
congénita. S
nacido en par
retardado y r
pero con ayu
se inició reci
era inintelig
la señorita Ba
con contraccio
bajo. Cierta c
trecortadas y
bien se pone
pender el trata

El aspect
intelectual (S
curso segundo
con la reeduc

ya a cuadros neuróticos o pseudoneuróticos no resueltos. En algunos niños lisiados se asocian problemas psicológicos profundos con la enfermedad neurológica de fondo.

En lo que atañe a seudorretardos en las insuficiencias sensoriales los hemos omitido deliberadamente por constituir hechos muy conocidos que alargarían innecesariamente esta casuística.

1) SEUDORRETARDOS EN SÍNDROMES ESPÁSTICOS

Es frecuente que niños lisiados sean considerados a primera vista como retrasados psíquicos. Contribuye a ello el aspecto general de esos niños, sus deformidades, sus frecuentes movimientos involuntarios y el estrabismo que exhiben muchos. Las dificultades del lenguaje en forma de dislalias o disartrias acentúan esa creencia.

Esta clase de niños presentan además, como hemos expresado, problemas psicológicos sin resolver, derivados de su propio estado físico. Este punto es tratado en otra conferencia de este curso por la distinguida psicóloga de niños Sra. LAURA ACHARD DE BARBÉ.

En lo relacionado con los niños *atetósicos* las dificultades de expresión y de adquisición de experiencia alcanzan su máximo y es habitual que casi todos ellos, si no se les estudia atentamente y con pericia, sean considerados como retrasados. Veamos algunos ejemplos:

J. S., enviada por nosotros a la Escuela Roosevelt, tiene actualmente 12 años de edad. Presenta un síndrome de C. Vogt, o sea atetosis doble congénita. Sus antecedentes carecen de importancia, salvo el haber nacido en parto prematuro con un peso de 1kg.300. Su desarrollo fué retardado y recién pudo sentarse a los dos años y mantenerse parada, pero con ayuda, a los cinco años de edad. Aun no camina. El lenguaje se inició recién a los dos años, con gran dificultad y prácticamente era ininteligible. El lenguaje fué progresando, pero a los doce años la señorita Battó, foniatra de la Escuela, informa: "Lenguaje claro pero con contracciones que dificultan la emisión normal de la palabra. Tono bajo. Cierta déficit auditivo. La lectura y la conversación son muy entrecortadas y como la niña se da cuenta que estos ejercicios no salen bien se pone muy nerviosa y el fracaso es mayor. Esto obliga a suspender el tratamiento periódicamente para mejorar su estado emocional.

El aspecto de la niña es de retraso franco, pero la exploración intelectual (Sra. Achard de Barbé) da un C.I. normal. Actualmente cursa segundo año de escuela y la impresión pedagógica es que progresa con la reeducación. En la actualidad camina con andador.

La siguiente observación se refiere a un niño de 13 años de la Escuela Roosevelt que tiene una atetosis doble grave, con anartria e inteligencia superior.

Q. P., de 13 años, tiene una atetosis doble con gran espasticidad e intensos movimientos involuntarios. No puede manejar sus miembros. Como formas de lenguaje sólo emite sonidos guturales incomprensibles. El aspecto del niño es de retardo absoluto. Sin embargo las psicotécnicas de la Escuela han realizado la psicometría del niño valiéndose exclusivamente de los movimientos de lengua que realiza el niño cuando dice "Sí" o "No" y han llegado a la conclusión que el niño es de inteligencia normal y aun superior. El método usado es imposible transcribir aquí. Se trata de un caso único de los observados por nosotros y solamente viendo al niño y la forma cómo trabaja se puede aceptar el informe de su actuación intelectual.

El niño vive feliz en la Escuela; cursa sexto año, es buen compañero y asimila perfectamente la instrucción. Su buena auto crítica y su nivel intelectual le crean hondos problemas psicológicos.

Socialmente, tiene buena adaptación y quiere a quienes lo comprenden (maestros, familiares, condiscípulos y amigos), en tanto opina mal de la gente porque lo consideran un retrasado mental, no siéndolo. Gusta de los espectáculos de fútbol. Desea curarse, y en su plano afectivo hay tensión profunda y sufrimiento.

A. G., de 11 años, padece un síndrome estriado con espasmos de torsión. Su C.I. es de 101. Nació prematuro, con peso de 1kg.300. El desarrollo fué francamente retrasado. El lenguaje se inició al año. Ingresó a la Escuela Roosevelt con diagnóstico de síndrome espástico grave e inteligencia cultivable. Su aspecto general y su lenguaje, que es entrecortado aunque comprensible impresionan a primera vista como de niño retrasado intelectual. Sin embargo, su inteligencia es normal.

A. F., de 8 años, presenta hemiplejía derecha con tartamudeo, retardo pedagógico con desajuste escolar y problemas psicológicos sin resolver. Durante un tiempo largo se discutió si el niño era retrasado o no en razón de sus dificultades escolares y su lenguaje, oral y escrito, muy imperfecto.

Actuación escolar: Cursa primer año. Tiene dificultades y desajuste escolar. Fracasa particularmente en aritmética y en el dictado. Comete muchas faltas y trasposición de sílabas. La lectura le cuesta un poco y separa las palabras en sílabas. Presenta cambios en la ordenación de las letras y unión errónea de palabras (Srta. Aída Betinelli).

El niño escribe con la mano izquierda (zurdo obligado por la hemiplejía derecha). Ha quedado repetidor en primer año.

La maestra pide estudio psicológico y test de inteligencia, dado el fracaso escolar.

Ficha psicológica (Sra. Achard de Barbé): Niño tartamudo, emocionalmente inestable, muy vigilado por su madre que adopta una actitud supersolicita hacia él. La historia del desarrollo denota un retardo global.

En el se
tipo de viven
siva. Tiene u
bilidad no es
Predomina e
bido. Su af
sobre los sen

El T. A.
tos ambiant

En rest
neuróticos y

Lo inte
inteligencia

Los tests de

NOUGH y tes
donde el re

de KOHS.

Fuí lla
rinde poco

podido real
lenguaje d

niños con l
gicos que p

M. R.,
tico de LR

cardó. Las
poco. Los

El inf
gencia nor

ciones, dis
en los cua

nación mo
test de los

En el
tiene un

de inferio

El re
nales inte

2)

E. L
7 años de

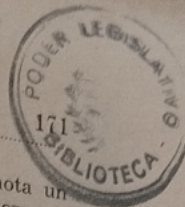
pués de

existe un

titución

Ha
fueron co

LA INTELIGENCIA Y SUS ALTERACIONES



En el sector afectivo, el psicodiagnóstico de Rorschach denota un tipo de vivencia coartativo. Ansiedad. Tendencia a la conducta compulsiva. Tiene un sentimiento de inferioridad. Escasos intereses. Su sensibilidad no es normal, con manifestaciones de miedo, displacer y tristeza. Predomina en él el estado depresivo. Afectividad explosiva. Niño inhibido. Su afectividad no es normal predominando en él las emociones sobre los sentimientos. Además presenta un complejo de castración.

El T. A. T. (Thematic apperception test de MURRAY) denota conflictos ambientales e intrapsíquicos no superados.

En resumen, el psicograma muestra una personalidad con rasgos neuróticos y ansiedad profunda.

Lo interesante del caso reside en la discordancia entre los tests de inteligencia que muestran un rendimiento normal y el fracaso escolar. Los tests de inteligencia aplicados (TERMAN-MERRILL, YERKES, GOODE-ROUCH y test de PINTNER) denotan un intelecto normal. La única prueba donde el rendimiento baja notoriamente es en la prueba de los blocs de Kohs.

Fui llamado a resolver esta discrepancia. Para nosotros el niño rinde poco en la escuela en razón de la hemiplejía derecha, sin haber podido realizar este niño la dextralización eficiente de los centros del lenguaje del hemisferio izquierdo al derecho, como suelen hacer los niños con hemiplejía derecha. Además, los intensos problemas psicológicos que presenta y su tartamudeo conspiran contra su aptitud escolar.

M. R., de 8 años, es enviado a la Escuela Roosevelt con diagnóstico de LITTLE e inteligencia normal por el profesor Dr. Florencio Escardó. Las dificultades en la escuela son muy grandes y progresa muy poco. Los tests de inteligencia arrojan un cociente de 109.

El informe psicológico (Srta. Adela Dighiero) señala una inteligencia normal en los procesos de razonamiento, memoria, juicio, asociaciones, discriminación. En cambio, aparecen grandes fallas en los tests en los cuales la percepción visual está íntimamente ligada a la coordinación motriz, ejemplo: copiar un dibujo en el Terman, test de PINTNER, test de los blocs de KOHS, etc.

En el plano afectivo (Rorschach, T. A. T.) se concluye que el niño tiene un cuadro neurótico con marcados rasgos depresivos, complejo de inferioridad, inseguridad y timidez.

El rendimiento intelectual está disminuido por problemas emocionales intensos.

2) SEUDORRETARDO EN UNA ADOLESCENTE EPILÉPTICA

E. L. T., tiene actualmente 15 años. Sufre de epilepsia desde los 7 años de edad. La enfermedad se inició aparentemente tres meses después de una difteria grave complicada de polineuritis, pero en realidad existe un "stock" neuropático familiar cargado que habla de una constitución heredada.

Ha presentado y presenta manifestaciones variadas. Al principio fueron convulsiones, después ausencias. Últimamente alternan crisis con-

vulsivas con manifestaciones de tipo mioclónico y frecuentes caídas. El estudio electroencefalográfico ha confirmado el diagnóstico, mostrando un tipo mioclónico a localización predominante frontal. La intensificación de las descargas motoras ha hecho la marcha difícil e insegura. El lenguaje se ha vuelto lento y entrecortado.

La niña presenta, además, atributos de endocrinopatía como ser hipotricosis, amenorrea y un cráneo de tipo endocrino con diploe ensanchado y silla turca pequeña. Su metabolismo basal es normal.

El estudio psicológico mostró una inteligencia normal (C.I. de 103) siendo que aparentemente la niña parece una retrasada por su pensamiento lento y sus dificultades de lenguaje.

El sumario del psicograma elaborado por la señora Laura Achard de Barbé dice así:

- 19) Personalidad con estructura neurótica intensa, del tipo histérico y con rasgos hipocondríacos.
- 29) Problema sexual sin resolver.
- 39) Sus intereses están sin desarrollar, es decir, tiene sin resolver los tres problemas básicos del ser humano: vocación, adaptación al medio ambiente y amoroso o sexual.

3) SEUDORRETARDO EN NIÑOS

CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS NO RESUELTOS

A. M., de 12 años, es traído a la consulta porque no progresa en la escuela, dificultad para leer, dislalia y escritura infantil.

Se trata de un niño de clase rica, que pertenece a una familia de abúlicos por parte de la línea paterna. Es un niño sano, de buen aspecto, que impresiona como de inteligencia normal. Sin embargo su rendimiento es pobre. Es un abúlico profundo, sin intereses. La psicometría (Srta. M. Marx) muestra una inteligencia normal, pero el psicograma en la esfera afectiva muestra problemas serios. Su atención es pobre. Su abulia se pone de manifiesto en todo momento. No demuestra mayores intereses ni tiene deseos de mejorar. Además tiene problemas sexuales sin resolver. El Rorschach muestra una personalidad superficial, del tipo infantil, con tendencia a la estereotipia y problemas sexuales.

Se aconsejó a los padres estimular la voluntad del niño y su espíritu de trabajo, así como obligarlo a resolver solo sus problemas. Gimnasia rítmica y psicoterapia. Al cabo de tres meses ya se notaba mejoría en el rendimiento escolar y en la personalidad del niño.

M. F., de 3 años y 5 meses, es enviada a la Clínica Médico-Psicológica por un colega, que piensa en un retraso mental. La notan nerviosa y distraída y parece no comprender las órdenes. Imita servilmente todos los actos, palabras y gestos de su hermana mayor. Habla mal y pronuncia con dificultad. A los dos años hablaba perfectamente, pero

a partir de
entiende cla
siente celos

La niña
en la misma
nóstico del
estudio de

El estud
muy asustad
vómitos psic
siente celos
sividad y ce

Esta ni
funda, con
menor rendi
biente y psi
rado notoria

TERMAN, L.
Calpe,

BÜHLER, CH
bor, 193

WINN, R. B.
1946.

KANNER, L.
GESELL, A.

B. Aires
SHIRLEY, H.

York, 1
ROGER, H.—

BELA SZEKEI
TRAMER, M.—

BARTON HAL
Arnold,

PIAGET, S.—
logie Int

a partir de esa fecha el lenguaje ha regresado y hay días que no se le entiende claramente lo que dice. El carácter fué siempre irritable y siente celos de su hermana mayor de cuatro años a quien imita.

La niña está a cargo de la abuela, que ejerce su vigilancia. Duerme en la misma habitación de la abuela, pero en lecho separado. El diagnóstico del desarrollo acusa ligero retardo en la conducta motora, y el estudio de la inteligencia da un C. I. de 93 (normal).

El estudio de la personalidad muestra una niña nerviosa e irritable, muy asustadiza. La madre la castigaba. Quiere más al padre. Tiene vómitos psicógenos, como la hermana a quien imita en todo y por quien siente celos. Onicofagia y somniloquia. Lloro en sueños, siente agresividad y celos hacia la hermana. Rompe juguetes.

Esta niña tiene, en consecuencia, una constitución neurósica profunda, con desajuste familiar que trastornó su personalidad y provocó menor rendimiento intelectual. Se aconsejan medidas correctivas de ambiente y psicoterapia. Lleva poco tiempo de tratamiento pero ha mejorado notoriamente.

BIBLIOGRAFÍA

- TERMAN, L. M. y MERRILL, M. A.— "Medida de la Inteligencia", Espasa-Calpe, Madrid, 1944.
- BÜHLER, CH. y HETZER, H.— "Tests para la primera infancia", Ed. Labor, 1934.
- WINN, R. B.— "Enciclopedia de educación infantil", Ed. Paidós, B. Aires, 1946.
- KANNER, L.— "Psiquiatría Infantil", Ed. Zig Zag, S. de Chile, 1944.
- GESELL, A. y AMATRUDA, C.— "Diagnóstico del desarrollo", Ed. Paidós, B. Aires, 1945.
- SHIRLEY, H. E.— "Psychiatry for the Pediatrician", The Com. Fund., N. York, 1948.
- ROGER, H.— "Elements de Psycho Physiologie", Masson, 1946.
- BELA SZEKELY.— "Los Tests", B. Aires.
- TRAMER, M.— "Psiquiatría Infantil", Ed. Morata, 1946.
- BARTON HALL, M.— "Psychiatric examination of the school child.", Ed. Arnold, London, 1947.
- PIAGET, S.— "Le Developpement intellectuel de l'enfant en Neuropsychologie Infantile", Ed. Cappelli, Bologna, 1948.

Aspe

Este
tarea de
ción Naci
ción de su
de los me

Para
debemos c
plantea e

Hasta
problema
mente sor

Actua
favorables
centrado

Por
cializadas
importanc
sociales, l
voces de
enfoque t
tener éxit

El D
Charles L
obtenido
carácter,
jano qued
guida era
e indepen

Por s
Nací Así"

Aspectos psicológicos del niño lisiado

LAURA ACHARD de BARBÉ

Este trabajo tiene por finalidad principal hacer conocer la tarea de investigación y tratamiento psicológico, que la Asociación Nacional para el Niño Lisiado ha organizado en la persecución de sus fines de reintegración funcional y adaptación social de los menores inválidos que protege.

Para la cabal comprensión y justificación de estas tareas, debemos detenernos en el estudio del problema que generalmente plantea el menor lisiado.

Hasta no hace muchos años, fué creencia general que el único problema que planteaban estos menores era de índole exclusivamente somática.

Actualmente, y gracias a una conjunción de circunstancias favorables, pudo romperse el estrecho círculo en donde se habían centrado la atención y tratamiento de los niños lisiados.

Por un lado, la experiencia de las clínicas americanas especializadas en el tratamiento de estos niños, puso en evidencia la importancia fundamental de factores propiamente psicológicos y sociales, hasta entonces descuidados. Pronto se hicieron oír las voces de los médicos directores de estas clínicas, reclamando un enfoque total del problema del menor lisiado, si se deseaba obtener éxito en la ayuda integral que se le debía prestar.

El Director del Hospital Ortopédico de Los Angeles, Dr. Charles Lowman, destacó "que por grande que pudiera ser el éxito obtenido en la rehabilitación física, si se descuidaba el problema carácter, el problema psicológico, la finalidad máxima del cirujano quedaba materialmente frustrada, ya que la finalidad perseguida era el convertir al enfermo en una persona de valor social e independiente".

Por su parte, el Dr. Earl Carlson, en su ya famosa obra "Yo Nací Así", advirtió que los trastornos en la motricidad, están ínti-

mamente ligados a la personalidad del niño, a sus procesos mentales y emotivos, por lo que los músculos no deben tratarse como cosas independientes del resto del cuerpo y de la estructura psíquica personal del enfermo.

Destacó, en forma precisa, cómo el factor afectivoemocional perjudica la motricidad al aumentar la tensión muscular, tanto en el niño normal como en el espástico, subrayando la influencia inhibitoria del miedo sobre la actividad motora.

Comprendió, por propia experiencia y por la enseñanza que a diario recogía en su Clínica que, si se eliminaba de la acción muscular los factores emocionales —ansiedad, miedo, conciencia de la propia invalidez— recurriendo a despertar en los niños nuevos centros de interés, se obtenían mejores resultados en lo físico que los que podrían lograrse con el empleo de un tratamiento muscular exclusivo.

Y siguiendo por este camino, echó las bases y cimientos para la psicoterapia que debe emplearse con los menores lisiados.

Por otro lado, la divulgación de los resultados obtenidos en el campo de la Psicopatología y Psiquiatría infantiles, enseñaban claramente que un niño no es sólo una unidad biológica, sino una totalidad, una unidad psíquica, corporal y social, altamente diferenciada.

De esta manera se destacaban los principales factores o componentes del comportamiento, cuya exclusión o descuido, hacían incomprensible la conducta y obstaculizaban todo tratamiento.

I) El problema global del menor lisiado.

Planteado el problema del menor lisiado en sus verdaderas dimensiones, es decir, sustraído al exclusivo enfoque somático, comprendemos plenamente que si los factores que causan el trastorno o enfermedad, se encuentran preferentemente en la esfera corporal (lesiones piramidales, extrapiramidales, etc.), no por ello dejan de tener efectos en la esfera psíquica, como una manifestación acompañatoria de lo corporal.

Se comprende, pues, que la tarea fundamental que el psicólogo debe desarrollar con el menor lisiado, radica en apreciar la forma de esas manifestaciones acompañatorias, debiendo tomar como punto de partida el hecho de que, si no todo trastorno en la motricidad implica necesariamente un retraso en el desarrollo mental, casi siempre, el trastorno motriz altera el sector afectivo de la estructura psíquica del enfermo.

De esta manera se reacciona contra la creencia de que toda incapacidad motriz va acompañada, necesariamente, de un déficit mental, creencia que postergó, desgraciadamente, durante años, la tarea de reintegración psicológica y social de los menores lisiados.

Por su parte, el psicólogo es una pieza, un engranaje, de un organismo más complicado: el instituto de recuperación para el cual trabaja.

Cada uno de esos institutos de recuperación, tiene un programa de asistencia, al cual el psicólogo debe ajustar su labor.

Puede decirse que los problemas psicológicos que deben enfrentarse, en parte están determinados por los fines perseguidos por la organización de que forma parte el psicólogo y, en parte, también, por la estructura personal de los menores lisiados a tratarse.

La Escuela de Enseñanza Primaria y Corrección Motriz "Franklin D. Roosevelt", está organizada en forma de poder encarar la asistencia integral del lisiado.

Dicha asistencia integral exige la organización de múltiples servicios, todos ellos orientados a obtener, en lo posible, la recuperación en el terreno corporal, mediante la asistencia médica, ortopédica, fisioterapéutica y foniátrica; en el terreno educativo, mediante la enseñanza de los conocimientos que imparte la escuela primaria; y en el terreno profesional, mediante la enseñanza de una profesión u oficio apropiado (terapia ocupacional).

II) Laboratorio y Clínica Psicológica.

Entre los múltiples servicios organizados por dicha Escuela, se encuentra el de exploración y tratamiento psicológico de los menores lisiados.

Los servicios que el Laboratorio y la Clínica deben prestar, nos ponen en el mejor camino para la comprensión de los problemas psicológicos que estos menores exhiben.

En primer término, el Laboratorio efectúa un servicio tendiente a seleccionar el material humano de lisiados que, por su inteligencia o grado de desarrollo de su actividad mental, pueden alcanzar su recuperación conforme al programa de la Escuela.

En segundo término, y ya seleccionado el material humano que va a ser asistido, hay que procurar comprender la estructura

psíquica, el desarrollo global de la personalidad de cada menor, conocimiento que implica el empleo cuidadoso de técnicas exploratorias adecuadas, capaces de revelarnos cuáles son los principales componentes de la personalidad del enfermo.

Estos métodos y técnicas exploratorias sirven de base para el diagnóstico diferencial sobre la normalidad psíquica o formas morbosas que el menor lisiado presenta, diagnóstico que posee la doble característica de ser *polidimensional y de estar integrado en la historia vital del niño*, lo que resta el carácter de momentáneo.

Las diversas direcciones que se siguen en la investigación diagnóstica, están orientadas a revelarnos en primer lugar, el llamado factor P, o sea, el factor constitucional y psíquico, este último en sus diversos estratos. En segundo lugar, el factor F, o sea, exploración del ambiente familiar. En tercer lugar, el factor EF (extrafamiliar) o sea diversas condiciones de desarrollo que se encuentran fuera de la familia, en otras situaciones ambientales. Por último, el factor C, de KANNER, es decir, el factor Complaint o Trastorno que, por sí solo, determina la investigación del psicólogo o del psiquiatra.

En tercer término, y siguiendo con la descripción de los servicios que presta el Laboratorio y Clínica Psicológica, debemos decir, que una vez conocida la personalidad del menor lisiado, con sus diversas variantes, correlaciones y trastornos, el psicólogo debe encarar el problema del ajuste terapéutico del enfermo, mediante la creación de sustituciones y compensaciones funcionales, mediante la eliminación de los factores perturbadores, procurando formular planes de ajuste, merced a los cuales, el niño lisiado pueda iniciar el camino de su total recuperación.

Hemos bosquejado, en líneas generales, las tareas cumplidas en el Laboratorio y Clínica Psicológica de la Escuela "Franklin D. Roosevelt".

Creemos oportuno detenernos, para ampliar el estudio de los temas diseñados.

III) Inteligencia del niño lisiado.

Decíamos más arriba, que había que reaccionar con firmeza contra la creencia errónea, casi generalizada, de que todo trastorno o alteración motriz va acompañado, necesariamente, de un déficit intelectual. La experiencia que hemos podido recoger en nuestra

Clínica, n
siempre e
cidad me
ficit físic
manera
cuyo día
explorac
ciséis añ
caso la
nunciad

Al

otro, co
Es el ca
era cua
de seis
incapac
demos
médico
espasmo
En est
edad e
ló que
rece u
los m
habla
bargo
un si

lado,
trayé

expr
de u
seas
el ni
ción
de,
el n
En
lisi
ser
par

Clinica, nos autoriza a afirmar que el menor lisiado no ocupa siempre el mismo nivel en la curva de distribución de la capacidad mental. En efecto, existe un tipo de menor lisiado con déficit físico muy leve, que presenta un serio retraso mental. A manera de ejemplo, podemos citar al menor C. S. (ficha N° 1), cuyo diagnóstico médico era de hemiplejía cerebral derecha. La exploración psicológica reveló que a una edad cronológica de dieciséis años correspondía una edad mental de siete años. En este caso la lesión era leve, y en cambio, el retraso mental muy pronunciado.

Al lado de este tipo de menor lisiado, pudimos encontrar otro, con gran déficit físico, acompañado con gran retraso mental. Es el caso del menor A. B. (ficha N° 2), cuyo diagnóstico médico era cuadriplejía cerebral espasmódica, con una edad cronológica de seis años y una edad mental de dos. Pero no siempre la gran incapacidad física se ve acompañada por un retraso mental. Podemos citar al menor E. P. (ficha N° 3), con un diagnóstico médico que señalaba un síndrome de Cecil Vogt, cuadriplejía espasmódica, con falta total de control de los cuatro miembros. En este menor no existe lenguaje, sólo emite algunos sonidos. Su edad cronológica, es de trece años, la exploración psicológica reveló que su edad mental era también de trece años. Este caso merece un comentario especial. El menor había sido clasificado por los médicos como amente de bajo grado. Y, lo que es peor, se hablaba delante suyo como si se tratara de un idiota. Sin embargo, este menor se hace entender perfectamente, con ayuda de un sistema especial de comunicación.

Como ya dijimos, no existe en él ningún movimiento controlado, siendo sólo capaz de manejar la lengua, sacándola y contrayéndola a voluntad.

Es así, que cuando manifiesta el deseo de comunicarse, lo expresa de la manera que pasamos a describir: el menor da señales de una inquietud especial. Se le pregunta, entonces, ¿lo que deseas decir, empieza por vocal o consonante? ¿Es vocal?, si lo es, el niño responde afirmativamente, sacando la lengua. A continuación se mencionan todas las vocales y al llegar a la que corresponde, el menor, de nuevo saca la lengua. De esta manera trabajosa, el menor expresa sus deseos y se comunica con el medio ambiente. En lo que respecta a la enseñanza, al rendimiento escolar de este lisiado, podemos decir que es normal. El psicólogo ha podido observar su conducta durante la clase y la actitud de sus compañeros para con él. Cuando se realizan problemas aritméticos en la pizarra con él. Cuando se realizan problemas aritméticos en la pizarra con él.

zarra, una gran parte de los niños se le acercan con distintas soluciones y lo consultan; en general, el niño responde con eficiencia.

En este caso, la única técnica exploratoria de la inteligencia que se pudo explicar fué la del psicólogo Ballard. Como lo expresamos más arriba, el resultado fué altamente satisfactorio.

Por último, encontramos el caso de menores lisiados con pequeños trastornos motrices e inteligencia normal, podemos citar un caso de monoplejía poliomiélica del miembro inferior derecho, con una edad cronológica de siete años y una edad mental, también, de siete años.

En lo que respecta al rendimiento del trabajo intelectual de los menores lisiados, muchas veces el psicólogo debe enfrentar problemas complejos. Menores que han sido diagnosticados, con una inteligencia normal, sin exhibir trastornos en la personalidad, fracasan en la escuela presentando un cuadro no uniforme en su rendimiento. El psicólogo debe orientar entonces su pesquisa hasta dar con el factor determinante de la falta de rendimiento escolar. El niño C. L., de ocho años de edad, que cursa segundo año de primaria, fué llevado a la Clínica por aquel motivo. El diagnóstico médico indicaba encefalopatía-diplejía cerebral infantil. Este menor, hijo único, no presentaba ningún trastorno en su afectividad. El estudio familiar y ambiental no ofrecían ninguna particularidad digna de mención. Se le aplicaron distintas técnicas exploratorias: (Ballard, Goodenough, Kohs, Yerkes y Terman-Merril), todas daban resultados normales, el cociente intelectual era 100. Sin embargo, el análisis cualitativo de la inteligencia señaló que ciertas funciones trabajaban con déficit, entre ellas las funciones de recepción psíquica, sensaciones; la memoria auditiva y el pensamiento abstracto. Aquí la finalidad principal del tratamiento consistió en la aplicación de una pedagogía terapéutica tendiente a compensar o sustituir dichas funciones.

IV) Afectividad del niño lisiado.

No es nuestra intención presentar un cuadro completo de las variantes afectivas del niño lisiado.

La compleja tarea de enfocar, en forma sucesiva, las diversas direcciones de la afectividad del lisiado; la intensidad de sus reacciones; su grado de coordinación o incoordinación; su duración

(abreacción calmos, no

Lo que el sector i minados la princip onente a aquellos n

Desde se caracte da, la que especialm común, ca

El D rebrales c cidad, caí Subrayó, la formac rrían a ar fin a sus mimo, co hijos al h

V) Ma

Reve ta revist ciertos se actividad baciones confeccion Childhood

Estu b) perturb turbacion

En l mos obse sos. El l determina El miedo los estado del medio

(abreacción); los diversos modos de manifestación, explosivos o calmos, no puede ser realizada en un trabajo de esta índole.

Lo que interesa destacar en esta oportunidad es que, estando el sector intelectual, afectivo y conativo, en todo momento, determinados por el desarrollo global de la personalidad del lisiado, la principal labor del psicólogo debe radicar en esclarecer el componente afectivo prevalente en la total armazón psicológica de aquellos menores.

Desde este punto de vista podemos afirmar que el niño lisiado se caracteriza por una estructura personal neurótica bien definida, la que encuentra su proceso formativo a través del curso vital, especialmente en sus relaciones con el medio familiar y escolar común, casi siempre desfavorables.

El Dr. CARLSON comprobó en su clínica que los paralíticos cerebrales que no recibían un tratamiento adecuado para su motricidad, caían lenta, pero necesariamente, en neurosis y psicopatías. Subrayó, en forma principal, la responsabilidad de los padres en la formación de la caparazón neurótica del lisiado, ya que recurrían a amonestaciones y advertencias para que los niños pusieran fin a sus contracciones, ya sea, por el contrario, por el excesivo mimo, conductas ambas que no hacían más que perjudicar a sus hijos al hacerlos más conscientes de su invalidez física.

V) Manifestaciones neuróticas del menor lisiado.

Revelada la estructura personal neurótica del menor, nos resta revistar las perturbaciones psicológicas que determina en ciertos sectores del cuerpo (zonas erógenas), o en determinadas actividades. Para facilitar esta tarea de presentación de perturbaciones psicológicas, nos valdremos del esquema clasificativo, confeccionado por GERALD H. J. PEARSON, en su *Psychiatry in Childhood*.

Estudiaremos, en forma sucesiva, a) *estados de ansiedad*, b) *perturbaciones psicogénicas de funciones fisiológicas*, y c) *perturbaciones en la adaptación social*.

En lo que respecta al primer punto, en nuestra Clínica, hemos observado estados de ansiedad crónicos, pero no muy intensos. El lisiado vive el permanente conflicto de desear efectuar determinados movimientos y el recuerdo de sus fracasos anteriores. El miedo de fracasar totalmente en la acción, aumenta y acrecienta los estados ansiosos, al par que los hace pasivos y dependientes del medio familiar.

Hemos podido comprobar, también, que se presentan, en algunos casos, ataques nocturnos de ansiedad en forma de insomnios y terrores nocturnos. En nuestros niños no hemos comprobado ataques diurnos agudos de ansiedad, ni fobias.

En lo que respecta a las *perturbaciones psicogénicas de funciones fisiológicas*, hemos encontrado ciertos desórdenes en las funciones viscerales; dos casos ya curados de trastornos de la función del tracto gastrointestinal superior (vómitos) y tres casos de anorexia general. Disfagias, onicofagias, compulsión a comer muchos alimentos o sustancias impropias, no hemos encontrado. En cambio, el porcentaje de niños con desórdenes en el lenguaje es elevadísimo. En estos casos, dichos desórdenes dependen de su lesión orgánica.

En lo que respecta a desórdenes de la función del tracto gastrointestinal inferior, nos hemos encontrado con un caso de enuresis, pero no con constipación, ni encopresis.

Pasamos a estudiar, ahora, los *trastornos en la adaptación social*, en el triple enfoque de las reacciones agresivas, inhibiciones de la conducta social (intelectual y social propiamente dicha) y perversiones sexuales.

1º) *Reacciones agresivas*.— Hemos encontrado un caso de intensa agresividad, con componente prepsicótico, cuya manifestación principal era de forma verbal.

2º) *Inhibiciones de la conducta social*.— Nuestros menores lisiados presentan serias limitaciones en su conducta social. Su pasividad, su timidez y reacciones de huida, hacen que estos menores se muevan en estrechísimos círculos donde a veces penetra la fantasía.

Como es lógico, esta limitación de la actividad social, encuentra sus fuentes principales: en la estructura personal neurótica, en el grado de invalidez física y en la incomprensión ambiental.

En nuestros menores no hemos encontrado ni robos, ni delincuencia, ni las llamadas novillerías.

3º) *Perversiones sexuales*.— En general no se encuentra en nuestros menores. Casos de masturbación son frecuentes, pero se superan con suma facilidad.

Sintetizando las perturbaciones psicológicas derivadas de la estructura neurótica del menor lisiado, podemos decir que existen dos figuras principales de anomalías:

- a) Reacciones de tipo ansioso persistente.
- b) Inhibiciones en la actividad social, en forma de reacciones de timidez o de huida social, productos de un complejo de inferioridad.

Reacciones, ambas, que se dan aunadas en nuestros menores lisiados. Creemos oportuno terminar nuestra disertación, presentando un caso ilustrativo de estas reacciones:

FICHA PSICOLÓGICA

Nombre: H. P. Edad: 12,5.

Estudios que cursa: Cuarto año de primaria.

Motivo de consulta: Tendencia al aislamiento, mutismo y conflicto con sus compañeros.

Diagnóstico: Artropatía hemofílica.

Hace cuatro años que ingresó a la Escuela "Franklin D. Roosevelt" para Niños Lisiados, enviado por el Asilo "Dámaso A. Larrañaga", pues el niño necesitaba enseñanza escolar en un ambiente tranquilo en donde cuidasen de protegerlo físicamente.

Estando en la escuela tiene, a veces, crisis dolorosas en las articulaciones, sobre todo en los hombros y en los codos.

Varias veces se le ha tomado el tiempo de coagulación, mejorando algo.

A mediados de diciembre tuvo que ser internado en el Hospital Pasteur permaneciendo durante unos meses, por una hemartrosis de la rodilla izquierda. Después lo enviaron a la escuela nuevamente, con indicaciones de calor y masaje.

Actualmente está internado en el Instituto de Traumatología para hacerle una rodillera de yeso en la pierna izquierda, tratando con esto de evitar que aumente la posición de flexión.

Estudio del medio ambiente: Este adolescente depende del Consejo del Niño. En el momento que se le hizo el estudio vive con una cuidadora que tiene a su cargo tres niños más, oligofrénicos de bajo grado.

El ambiente no es favorable, pues existe incomprensión total por parte de la cuidadora. El niño está prácticamente solo en la casa, ya que toda relación afectiva con sus compañeros es imposible.

Actitud frente a las pruebas: Por espacio de un mes, el examinando se entrevistó diariamente con el psicólogo. Sin embargo, durante este período, no fué posible realizar ninguna prueba ya que su actitud era totalmente negativa. El menor no contestaba a las preguntas, encerrándose en un silencio persistente, o si no, manifestaba que no tenía

interés en trabajar, pues esto no le iba a servir de nada. Al cabo de un mes pudo realizar los exámenes que exponemos a continuación. Sin embargo su actitud no fué cooperadora, demostrando apatía e indiferencia.

Síntesis del funcionamiento psíquico

Plano intelectual: Para investigar este sector se le aplicaron el test del psicólogo Yerkes y el de Ballard.

Test Yerkes: E. M.: 16. C. I.: 112.

Test Ballard: Según esta escala este adolescente tiene una E. M. de 12,6.

Se trata de un adolescente con muy buena inteligencia, cuyo rendimiento se encuentra aminorado por trastornos profundos en su afectividad.

Plano afectivo: Para investigar este sector se le aplicaron las siguientes pruebas: Psicodianoístico de Rorschach, Psicodiagnóstico mioquinético, Thematic Apperception Test, Cuestionario íntimo, Entrevistas personales, Autobiografía.

Psicodiagnóstico de Rorschach. Protocolo

Lám. I.	T.	40".	Un bicho, una cosa muerta ...	G. F. + A.
Lám. II.	T.	7".	Macacos que se dan la mano ...	G. M. H.
			Mariposa que la han muerto, sin cabeza	D. F. + Ad. P.
			Cabezas (de hombre)	D. F. + Hd.
Lám. III.	T.	11".	Dos hombres que hubiesen agarrado algo (inclinados)	G. M. H. P.
			Una botella	Dd. F. Obj.
Lám. IV.	T.	15".	Un bicho	G. F. + A.
Lám. V.	T.	19".	Un bicho	G. F. + A.
			Un murciélago largo, de espaldas (parado)	G. F. + A. P.
Lám. VI.	T.		Fallo.	
Lám. VII.	T.	1'35".	Cabeza de mujer	G. F. + Hd. P.
			Una persona sin cabeza (mujer)	G. F. + Hd.
			Cabeza de un bicho	D. F. + Ad.
Lám. VIII.	T.	10".	Dos bichos de cada lado	D. F. + A. P.
			Parte de la espalda (carne) ..	D. F. Hd. P.
			Parte de la espalda más arriba.	D. F. Hd. P.
Lám. IX.	T.		Fallo.	
Lám. X.	T.		Fallo.	

Número total de respuestas: 15. Tiempo total: 40 minutos. % F+, 69 %. A.: 43. Sucesión: laxa. Tipo aperceptivo: G" (D) Dd. Shock color Shock gris.

Interpretación.—*Intelectualmente:* Su grado de inteligencia es normal. Posee buena atención, discrimina los distintos contenidos con suma cautela y gran ansiedad.

Su juicio es bueno, su percepción es clara. Por el contenido de sus interpretaciones, vemos que se trata de un púber con poca cultura. Se adapta intelectualmente bien al medio que lo rodea, pero lo hace a costa de una gran ansiedad y de un empobrecimiento de su psiquis. Su Ego está bien conservado, aunque su estado anormal hace disminuir considerablemente sus valores personales intrínsecos y su capacidad de actuación.

Afectivamente: Tipo de vivencia introvertida con momentos coartados. Existe una gran represión e inhibición afectiva que limitan y restringen su inteligencia, afectividad y actividad.

Adolescente con vida interior, con actividad creadora que satisface sus fantasías y deseos, pero que no beneficia a la sociedad con su productividad.

Sus fantasías y su vida interior, son una defensa contra su insatisfacción actual.

Adolescente con marcadas frustraciones infantiles, ante las cuales se defiende con un pensamiento autístico y ensueños.

Todo el psicograma revela una gran ansiedad, melancolía, angustia. Hay en él sentimiento de insuficiencia y gran depresión afectiva. El shock en la lámina VI revela grandes problemas sexuales.

El complejo de castración, la masturbación, provocan gran angustia y crispación. Su estado afectivo es regresivo, ya que no hay signos de adaptación al medio exterior. Existe falta de interés para resolver sus problemas; hay un intenso masoquismo, falta de interés en salir de su estado. Se aferra a su vida infantil y se complace ante sus problemas. Tiene tendencias homosexuales, rasgos hipocondríacos, falta de sublimación ante sus problemas sexuales y afectivos.

El contacto que realiza con el medio ambiente es pobre, ansioso y cauteloso.

Plano conativo: En lo que respecta al plano conativo vemos que está casi sin desarrollar. Predomina en él la pasividad, resignación frente a sus problemas. Carece de vitalidad y entusiasmo.

En resumen: Adolescente con inteligencia normal, que no alcanza el máximo de su rendimiento debido a disturbios en su vida afectiva.

Afectivamente: Estado esquizoide, con rasgos neuróticos que provienen de su más tierna infancia.

Conación: Deficiente y ansiosa sin resultado.

Pronóstico: El resultado no hace prever una colaboración activa con el psicoterapeuta, sino, por el contrario, dificultad en su realización.

Thematic Apperception Test

(Tiempo total: 1.35')

Protocolo. Primera parte

Lámina I (60''): Le han enseñado a tocar y ahora él no se acordará. Está pensando a ver si se acuerda. Está enojado. Parece que no fuera a estudiar más.

Lámina II (1'30"): Parece que el señor hubiera tenido que salir, y ahora venga a largar el caballo al campo. Parece que la chica fuera a estudiar.

Lámina III (1'): Parece que hubiera tenido un disgusto, se hubiera resentido y se puso de esta manera llorando. Está pensando qué podría hacer, si hizo algo mal, arrepentirse para pedirle disculpas a la persona que se hubiese peleado. Ya para otra vez si hizo mal sabe cómo se debe conducir.

Lámina IV (33"): Parece que se hubieran disgustado y que él se fuera y ella lo llamara y le preguntara el motivo por qué se iba, por qué él está triste. Y que él no le contestara, se quisiera ir igual, sin contestarle nada, porque ella sabe el motivo por qué él se va. Ella tiene cara triste. Y él se va triste. Si ella le hizo algún mal él no volverá y la que se perjudica es ella, porque si él era bueno, ella no tendría por qué haberle hecho nada.

Lámina V (62"): Acá parece que una señora entrara al dormitorio y se encontrara con algo que le llamara la atención. Que ella encontrara mal. Si era algún extraño, o de la familia, había hecho mal en entrar al dormitorio sin permiso, y si no era un extraño era peor porque si uno de la familia no debe hacerlo, un extraño menos. Ella le dice que se retire, no con mal modo, pero reconociendo que hizo mal.

Lámina VI (1'4"): Parece que el señor hubiera venido a hablar con la señora y llamaron a la puerta y ella salió a ver quién era. Y parece que hubiera venido a hablar por algo interesante porque él está serio, como si estuviera enojado. Vendría a hablar con ella, por algo que ella hubiera hecho mal. Y ella salió a la puerta a decir que esperarán un momento, que había gente. Y él después le dirá que si ella hizo algo mal que le diga, si tiene alguna deuda que la pague, porque la pueden denunciar o dar cuenta a la policía.

Lámina VII (2"): Acá en esta figura parece que se hubiesen encontrado un padre y un hijo y que el padre sonriera al ver al hijo. Como compadeciéndolo, como diciéndole ¡pobre! Se encontraron y salieron a caminar y fueron hablando por el camino. Y el padre lo aconseja cómo debe de ser, cómo se debe de conducir y él escucha con cara triste; parece que el padre estuviera afuera o él se hubiera disgustado con él y se hubiera ido y ahora se hubiesen encontrado y él se hubiera arrepentido de lo que hizo y ahora dándose cuenta de que estaba equivocado. Pidiéndole disculpas y no hacerlo más.

Lámina VIII (4"): Parece que este hombre hubiese caído en manos de algunos asesinos, hombres malos, y él estuviese durmiendo y lo fuesen a matar a traición. Tal vez si él estuviera despierto no le harían eso, porque se sabría defender. Parece que ellos hubieran entrado por una ventana y que el muchacho no hubiera sentido. No se hubiera dado cuenta porque si no el muchacho hubiera hecho algo por salvarlo, o dar cuenta a la policía. Como el muchacho no se dió cuenta los hombres lo han muerto, lo mataron sin que les hubiera hecho nada.

Lámina IX (1'30"): Parece que hubieran sido cazadores y que hubieran tenido mucho trabajo, se hubieran cansado y ahora estuvieran descansando. Fuera un día de sol, muy fuerte, porque ellos se tapan la cara con los sombreros y están durmiendo acostados en el pasto.

Es gente
ellos est
mira a
se leva
y se va

Lá
soñase
pués se

Re
sos pro
ciones

La
vida p
miento
culpa.

Es
al mis
frente
natura

La
sentim
cio mo

H
búsku

E
tiemp

S
que s

S
F

terno

F
cente

Hay

I
tual

comu

para

Es gente de afuera. Porque se les nota en el modo de estar. Uno de ellos está sentado, mirando a lo lejos, el sombrero de él está en el suelo, mira a lo lejos y parece que viera a alguien porque el otro hombre se levanta el sombrero y parece que le dijera algo. Se levantan y se van.

Lámina (2°30): Parece que una persona estuviese durmiendo y soñase que habla con otra y la tocaba, que tuviese la boca tapada. Después se despertase y se encontrara con que estaba soñando.

Resumen e interpretación.— El contenido de este test, revela intensos problemas sin resolver. En este adolescente existen grandes frustraciones infantiles, sentimiento de depresión y huida ante sus problemas.

La situación familiar ha tenido y tiene gran trascendencia en su vida psíquica. La frustración del amor materno ha provocado resentimiento y agresividad hacia su madre, proyectándole (Lám. IV) una culpa.

Este repudio y crítica hacia la madre se acentúa en algunas láminas al mismo tiempo que hay sentimiento de miedo e inseguridad social frente al medio ambiente, ante el cual se considera un extraño (hijo natural) (Lám. V).

La frustración del amor paterno, frustración de su super-yo crea sentimiento de desamparo, falta de apoyo, necesidad de consejo. Su juicio moral es dudoso, no tiene consistencia, es homólogo (Lám. III).

Hay anhelo de encontrar al padre o sustituto que se traduce por la búsqueda de afectos y de protección (Lám. X y VII).

En todo el psicograma persiste el tono depresivo, pesimista, al mismo tiempo que agresividad hacia las figuras parentales y la sociedad.

Su estilo de vida es pasivo, huye frente a los diversos problemas que se le plantean pues se considera inferior e impotente (Lám. VIII).

Sexualidad sin encauzar, tendencias homosexuales no activas.

Problema amoroso sin resolver, ausencia de cariño materno y paterno o sus sustitutos.

Problema vocacional: En todo el psicograma vemos que el adolescente no se identifica con ninguna figura que hable sobre su porvenir. Hay inseguridad e ideas de fracaso sobre su trabajo (Lám. II).

En síntesis: Adolescente con gran sensibilidad. En el momento actual tiene sin resolver tres grandes problemas: amor, sentimiento de comunidad, trabajo.

Pronóstico: Desfavorable, debido a su actitud pasiva e indiferente para resolver sus problemas.

Cuestionario íntimo

Características salientes.— Aquí se observa:

- 1º) Complejo de inferioridad en el sentido adleriano.
- 2º) Actitud vital y prospección pesimista y depresiva.
- 3º) Sentimiento de culpabilidad frente a la madre.
- 4º) Fijación al medio escolar.

Toda esta prueba traduce apatía, depresión y pesimismo. Hay gran preocupación por su estado físico y por su falta de capacidad intelectual.

No se observan las notas características correspondientes a su período evolutivo (pubertad).

Psicodiagnóstico mioquinético

Síntesis.— Estado prepsicótico. Fuerte ansiedad, reacción colérica, personalidad no integrada. Conflicto sexual. Sensibilidad grande. Pronóstico desfavorable. Posible cuadro esquizofrénico en el futuro.

Entrevistas personales y observaciones clínicas

Adolescente con vida interior y tendencia al autismo. No revela ningún interés por solucionar sus problemas y orientar su vida. Sus relaciones afectivas con el medio ambiente son pobres y exhibe una conducta egoísta e indiferente con sus compañeros. Existe curiosidad sexual y masturbación. Ambas cosas aumentan su sentimiento de culpabilidad. Su actividad es reducida y tiene tendencia a acostarse en la oscuridad. Manifiesta gran preocupación por su enfermedad y su situación social (hijo natural).

Cree firmemente que es un incapacitado, tanto físico como intelectual, y desea poder irse a vivir solo para no ser molestado.

Plano conativo: En lo que respecta al grado general de desarrollo de los instintos vemos que es irregular. Notamos que es excesivo el instinto de conservación, en cambio los instintos gregarios y de reproducción están algo atrasados.

Actividad voluntaria.— El grado de actividad es muy reducido. Los dominios de la actividad son mentales, fáciles, inducidos.

Hay muy pocas iniciativas pero cuando se realizan son adaptadas al medio.

Los valores empleados para la acción son utilitarios y egoístas.

Sus decisiones son elaboradas lentamente. No es sugestible, al contrario es rebelde a la sugestión. Sus tendencias de realización son débiles, carece de fuerza y resistencia para ejecutar lo que ha resuelto si existen algunos impedimentos.

Test vocacional

Conclusiones generales.— Hay acuerdo general entre la orientación de tendencias, las actividades, las asignaturas con la profesión elegida.

Su orientación vocacional aparece clara y definida.

Su elección en segundo término de Arquitectura responde también a la misma línea de intereses dominado en este caso por la inquietud por el conocimiento más que por el goce estético no totalmente desarrollado (motivo de edad y de oportunidades).

Tipo vocacional.— Definido. Actividad gnósticoartística. Dibujante.

Diagnóstico final.— Personalidad esquizoide con síntomas neuróticos muy acentuados.

Pronóstico.— Se trata, en este caso, de un adolescente con pronóstico más bien desfavorable, ya que de todo el estudio de su personalidad se deduce una resistencia profunda y prolongada a colaborar con el psicoterapeuta. Hay también deseo de permanecer dentro de su situación y complacerse en su problema.

Tratamiento.— En este caso se trataba de un trastorno global, que tenía como base principal su invalidez física, alrededor de la cual se fué cristalizando trastornos psíquicos, que fueron aumentando, creando a su vez serios disturbios en su comportamiento actual.

Otro factor importante fué la situación social (hijo ilegítimo), que contribuyó a reforzar su sentimiento de inferioridad y su tendencia a la desadaptación.

El tratamiento psicoterapéutico se inició teniendo en cuenta cuatro aspectos fundamentales del examinado:

- 1º) Invalidez física.
- 2º) Estado esquizoide bastante acentuado. Pasividad.
- 3º) Problemas sexuales y gran curiosidad sobre este tema.
- 4º) Situación actual desfavorable, incomprensión del medio ambiente.

Como punto de partida principal se iniciaron entrevistas diarias con el menor, tratando en lo posible que exteriorizara todas sus preocupaciones. Se trató que el niño concientizara el odio por su madre, su resentimiento frente a la sociedad y su gran masoquismo, aliviando de esta manera su sentimiento de culpabilidad y ansiedad.

Por otra parte se le dió instrucción sexual y el niño fué transferido a una cuidadora muy comprensiva con la cual el psicólogo está periódicamente en contacto.

Al cabo de un tratamiento de tres meses, se notó que:

- 1º) Estudiaba con entusiasmo y rendía intelectualmente.
- 2º) Habla del futuro y manifiesta vivos deseos de empezar su carrera (dibujante).
- 3º) Se ha ligado afectivamente al psicólogo lo que facilita la tarea de readaptación y tratamiento.
- 4º) No manifiesta tanta preocupación por su enfermedad.

En el momento actual, su estado es muy satisfactorio. Es un niño adaptado y comprensivo. Solamente cuando su estado físico regresa se observa una tendencia al aislamiento y a la introversión.

Este caso representa uno de los tantos problemas encontrados en la Escuela del Niño Lisiado. Aquí el factor físico tiene una gran jerarquía y es la causa principal de su desajuste emocional.

Sin embargo la reeducación global de su personalidad permitió recuperar al niño, orientándolo de acuerdo a sus posibilidades físicas y psíquicas.

El tratamiento psicológico y la pedagogía representaron un hecho importante en la rehabilitación y orientación de este menor.

BIBLIOGRAFÍA

- WINTHROP M. PHELPS, M. D.— "Factors influencing the treatment of Cerebral Palsy".
EARL R. CARLSON, M. D.— "Born that way".
EARL R. CARLSON, M. D.— "Understanding and guiding the spastic".
O. SPURGEON ENGLISH, GERALD H. J. PEARSON.— "Neurosis frecuentes en los niños y en los adultos".
M. TRAMER.— "Manual de Psiquiatría Infantil".
LEO KANNER, M. D.— "Psiquiatría Infantil".
A. STRAUSS.— "Pedagogía Terapéutica".
MELANIE KLEIN.— "El psicoanálisis de niños".
A. FREUD.— "Psicoanálisis infantil".

In
lógica
destin
sus v
nica c
de cie
dicha
criter
sea ca
en nu
J
mien
tades
en la
much
es s
exist
para
gica
senc
entr

Técnicas exploratorias psicológicas en la segunda infancia

LAURA ACHARD de BARBÉ

Iniciamos hoy un cursillo sobre técnicas exploratorias psicológicas para la segunda infancia. El tema de esta clase está destinado a ubicar el problema del empleo de estas técnicas en sus verdaderas fronteras. Como su nombre lo indica, toda técnica consiste en el empleo de determinados medios para el logro de ciertos fines, o sea: los fines que constituyen la esencia de dicha técnica. El fin perseguido es el que nos suministra un criterio de selección del material a aplicar, de manera que éste sea camino adecuado para llegar a la meta propuesta, constituida, en nuestro caso, por el diagnóstico psicológico.

El diagnóstico psicológico, diagnóstico sobre el comportamiento, o conducta del niño examinado, presenta serias dificultades que conviene destacar desde el primer momento. Si bien en la Medicina somática la diferenciación entre lo sano o enfermo, muchas veces presenta dificultades, no es menos cierto de que es siempre posible llegar al diagnóstico por el hecho de que existen ciertos hechos y recursos amplios para la medición y comparación de los fenómenos estudiados. Pero en materia psicológica no encontramos esta categoría de datos que por su sola presencia, nos suministren un criterio adecuado para el diagnóstico. Al estudiar las alteraciones de conducta, nos encontramos, entre otras, con las siguientes dificultades:

- a) Imposibilidad de entrar en contacto directo con el psiquismo del niño, debiéndonos limitar al estu-

dio de sus manifestaciones externas, las que pueden ser deformadas u ocultadas a voluntad por el menor.

- b) Dificultad de obtener relatos completos e imparciales de la conducta anterior del niño.
- c) Dificultad de catalogar ciertos actos de conducta en las esferas de lo normal y morboso. El mismo acto o comportamiento puede ser o no ser normal, según la motivación que lo ha provocado.

Pese al cúmulo de dificultades señaladas, científicamente es posible diagnosticar la normalidad y los trastornos de conducta, pero, para ello, se hace necesario un período de observación y de experimentación con el sujeto a investigar. Será necesario recolectar, en forma minuciosa, un conjunto de antecedentes, la anamnesis, etapa introductora al verdadero examen del psiquismo.

La orientación que deba darse a esa verdadera pesquisa, a esa búsqueda de antecedentes, a esas técnicas de experimentación, no queda librada al azar o al capricho del psicólogo que investiga a un menor determinado. La serie de pasos necesarios para llegar en forma científica a la meta propuesta, suponen el perfecto conocimiento de la psicología diferencial, suponen la exacta comprensión de la personalidad del niño, y su desarrollo progresivo a través de etapas diversas, suponen considerar al menor como una unidad psicobiológica, pero, al mismo tiempo, célula de diversos grupos sociales. Habrá que destacarlo como miembro de una familia y, por tanto, tener presente la problemática que puede crearse en el seno de esta interdependencia recíproca.

Habrá que tener muy en cuenta, cómo actúa en la escuela, cuáles son sus relaciones con sus maestros, con sus compañeros de juego. En una palabra, suponen la cabal comprensión de los factores determinantes de la reacción personal, sus mutuas combinaciones e influencias recíprocas.

Los que creen que la labor del psicólogo empieza y acaba con la aplicación de un test determinado, ignoran totalmente la verdadera faena psicológica.

Emplear tests, técnicas exploratorias del psiquismo, es tarea semejante a un examen radiográfico, pero con la salvedad de que sólo pueden ver y diagnosticar con cierta precisión aquellas personas poseedoras de los secretos de la vida psicológica. Inversamente, aquellos investigadores que creen que el interrogatorio clínico directo agota en forma absoluta el problema de la explo-

ración psicoló
reniegan todo
poco menos q

Conocid
a considerar
empleo pre
a la Clínic
esfuerzos d
descubierto
conducta ac

Entre
de menore
siguientes:

a

b

El
baciones
que el n
caracter
investig
asoma
fisiológi
para qu

ración psicológica nos recuerdan a esos médicos practicones que reniegan todo el día de la labor del radiólogo por considerarla poco menos que inútil e innecesaria.

Conocida la finalidad de las técnicas exploratorias, pasamos a considerar los problemas que se pueden resolver, gracias a su empleo preciso. Muchas son las causas por las que se acude a la Clínica Médico-Psicológica y es allí donde se aunan los esfuerzos de médicos, psiquiatras y psicólogos para poner en descubierto la etiología de los trastornos y perturbaciones de conducta acusados por los menores.

Entre los variados motivos, que determinan la concurrencia de menores a la consulta se pueden destacar, entre otros, los siguientes:

- a) Por presentar ciertas alteraciones somáticas sin causas orgánicas que las justifiquen, siendo su origen exclusivamente psicógeno. Tal es el caso de la enuresis, encopresis, epilepsia, tartamudez, tics, cefaleas, vómitos, asma, etc., etc.
- b) Por presentar trastornos orgánicos concomitantemente con perturbaciones de conducta y de la personalidad.
- c) Por presentar trastornos de conducta, sea en el ambiente familiar, sea en el ambiente escolar (problema del no aprendizaje); por exteriorizar una conducta o actitud antisocial (robos, fugas, delitos sexuales) y, por último, por trastornos de la esfera afectiva (tristeza, depresión, ansiedad, excitación, etc., etc.

El psicólogo debe tener muy en cuenta que existen perturbaciones producto exclusivo de la etapa evolutiva del desarrollo que el niño está viviendo. Cada etapa evolutiva del niño presenta características psicológicas marcadas, con frases críticas que el investigador no debe desconocer. Así, de los tres a los cuatro años asoma una fase de terquedad. En ese momento la terquedad es fisiológica y exige solamente el empleo de medidas psicosociales para que esa crisis no se prolongue más de lo necesario.

Entre el séptimo y octavo año, el menor atraviesa una nueva fase cuya principal característica está dada por una intensa excitabilidad e inestabilidad. Más adelante, en el período de la adolescencia, el menor sufre una alteración global de la personalidad en forma de una verdadera crisis vital cuya duración es variable. Todo su psiquismo sufre una alteración que provoca casi siempre un desajuste consigo mismo y con el medio ambiente. Consecuencia directa de esta crisis es el descenso del rendimiento intelectual, motivado por el hecho de que el adolescente vuelca toda su atención, hacia los procesos internos, dominados por sentimientos de inseguridad y minusvalía. Afectivamente, predominan los estados de angustia, de desasosiego, al mismo tiempo que se acusa labilidad e inestabilidad sentimental.

El psicólogo debe, pues, estar preparado para establecer el distingo entre las alteraciones que el mismo desarrollo produce y aquellas que tienen etiología diversa.

Hemos afirmado que la serie de pasos que el psicólogo debe dar para llegar a su meta, el diagnóstico, no quedan librados al azar o al mero capricho del investigador. La investigación debe seguir determinada dirección, o mejor aún, tantas direcciones como factores determinantes de la reacción individual intervengan.

Habrá que considerar en primer término, *el factor somático*, orgánico, ya que el niño a estudiar es una unidad psicosomática altamente diferenciada, lo que nos permite darnos cuenta del vínculo estrecho que existe entre determinadas enfermedades orgánicas y ciertos trastornos de conducta. Todo pediatra experto conoce las reacciones psicológicas del menor afectado de miocarditis, de los que sufren de adenoidismo, de los que presentan eczemas o lesiones cerebrales. Lo mismo podemos decir de aquellos menores que sufren trastornos en la audición, visión o lenguaje y que, de no considerar este factor somático y no someterlos previamente a un cuidadoso examen médico y neurológico, podría caerse en el error de considerarlos mentalmente anormales por el hecho de que al ser sometidos a la investigación psicológica fracasan en la experimentación a que se les somete. La consideración de este factor del comportamiento, el examen orgánico practicado concientemente, nos puede dar preciosos indicios acerca de si la enfermedad es el factor desencadenante de las

perturbaciones de conducta o, por el contrario, si sólo se ha limitado a exagerar trastornos ya arraigados en el psiquismo.

En segundo término habrá que considerar en forma especial los factores *propia*mente psicológicos y, entre ellos, el factor inteligencia, el factor afectivoemocional —el temperamento— el factor activo o conativo y su resultante caracterológica.

En tercer término, se considerarán los factores constitucionales y sexuales y, por último, los factores ambientales (la familia, la escuela, el vecindario, el círculo de amigos, etc., etc.).

Orientados ya en el camino que debemos seguir para el logro del diagnóstico, podemos afirmar que, para establecerlo científicamente, hay que seguir varias líneas o vectores.

El examen psicológico, comporta, en realidad, dos etapas. La primera etapa es introductora y está constituida por la *anamnesis* y el examen orgánico.

La *anamnesis* comprende a todos los materiales recogidos del propio menor, de sus familiares, de sus maestros y conocidos. Estos materiales o conocimientos, constituyen los antecedentes necesarios para todo estudio psicológico. Tienen tanta importancia que a veces los datos del pasado del menor, por sí solos, nos permiten establecer el diagnóstico. Sin esos antecedentes es casi imposible captar la verdadera personalidad, que no es una estructura fija, sino producto de todo un desarrollo continuo e ininterrumpido.

Los antecedentes del menor deben referirse a las épocas principales de la vida humana. Deberá comprender la *anamnesis* los datos referentes a:

Primero: Sus predisposiciones hereditarias, o sea: se investigará la presencia de ciertas enfermedades en los padres, en los abuelos, en los parientes colaterales: tíos. Si ha habido sífilis, enfermedades mentales, rarezas, malformaciones, anomalías de la conducta, delincuencia, etc.

Segundo: El curso de la vida del menor y su desarrollo. Datos referentes al desarrollo intrauterino, que pueden significar mucho en ciertos casos, datos referentes al parto, a las reacciones iniciales del recién nacido, a su constitución corporal en el momento de nacer. Antecedentes sobre sus reacciones o respuestas emocionales, y especialmente teniendo en cuenta la intensidad, la modalidad o forma de estas reacciones y su frecuencia.

Antecedentes relativos a las líneas seguidas en su desarrollo somático, crecimiento rápido o retardado, primeras sonrisas, cuándo empezó a caminar y a hablar, cuándo adquirió cierto dominio sobre su cuerpo, etc. Todos estos son datos muy importantes, especialmente en los casos de amencias en los que se duda si ésta es primaria o secundaria. Deben anotarse también las enfermedades y la edad en que sobrevinieron y si comportaron un cambio de personalidad (infecciones, caídas, golpes, etc.). En lo posible, se anotarán los datos relativos al desarrollo psíquico pre-escolar poniendo especial atención a ciertos sucesos traumáticos, pérdida de los padres, separación de los padres, etc. Se preguntará a los padres sobre el temperamento y carácter del menor dentro y fuera del hogar. Se podrá apreciar así que muchas veces el niño exhibe una conducta irregular en el círculo familiar siendo su comportamiento normal en el ambiente escolar o en sus relaciones con sus amigos.

Tercero: Se anotarán cuidadosamente los datos referentes al ambiente familiar. El estudio del medio familiar y su influencia en el desarrollo de la personalidad del niño es de excepcional importancia para el psicólogo. Para realizar el estudio de este factor del comportamiento y de modelación de la personalidad del menor, habrá que destacar entre otros, los principales puntos.

- a) Relaciones personales entre los padres.
- b) Relaciones del menor con sus hermanos y lugar que el menor ocupa en su familia según el orden de su nacimiento.
- c) Relaciones de los padres con los hijos.
- d) Hijo único.
- e) Cultura, medios económicos y tareas de los padres.

Las disensiones, las disputas frecuentes entre los padres, se acusan de inmediato en los hijos en forma diversa. Muchas veces nos encontramos con niños que hasta cierta época de su vida observan una conducta normal, hasta que, en cierto momento, pasan a exhibir una conducta anómala (rabieta, tartamudez, depresión).

Estos hechos son fáciles de explicar, si se tiene en cuenta la tensión del medio familiar en que vive el menor, la presencia de ciertas escenas de violencia entre los padres. La situación familiar puede obrar como desencadenante de trastornos más acentuados en una personalidad estructuralmente neurótica. Otro

factor de importancia dentro del ambiente familiar, es el número de hermanos que tiene el menor a examinar, y la determinación del lugar que ocupa entre ellos, por orden de nacimiento. Ciertos menores, al nacerles un hermano, exteriorizan una conducta negativa, se ponen agresivos, llegan algunos a perder el control sobre sus esfínteres, al par que se nota un retroceso en su conducta y lenguaje. Todos estos fenómenos han sido provocados por el abandono momentáneo de los padres, al dedicarse más al hermano menor.

En general esta situación se soluciona favorablemente, pero no pocas veces el conflicto sigue en aumento, hasta hacer eclosión en la adolescencia en forma de grave neurosis. Voy a citar un ejemplo, que pone en evidencia la influencia del medio familiar. Se trata de una menor de doce años, que tuve ocasión de examinar y estudiar. Presentaba serios trastornos de conducta, exteriorizaba gran agresividad hacia el medio familiar, y particularmente respecto a su hermano y a su padre. Se le aleja del hogar y se interna en una escuela. La menor no habla en el colegio casi con ninguna persona. En la clase oral no responde. En los trabajos escritos, se aprecia que asimila y comprende la enseñanza que se le imparte. La explicación de esta conducta radicaba en el hecho de que cuando la niña tenía seis años nació un hermanito. El cariño de los padres, especialmente el del padre, se vuelca hacia el recién nacido, descuidando a la menor. Ésta ofrece un cambio repentino de su carácter, el proceso sigue en aumento hasta hacer completa crisis en la pubertad. En este caso no podemos afirmar que el único factor determinante del trastorno, estuviese constituido por el hecho traumático del nacimiento del hermano, pero podemos decir que ayudó a provocar la crisis en una personalidad esencialmente inestable.

MEDIO ESCOLAR

La escuela es de gran importancia en la vida emocional del niño y puede representar el papel de factor determinante de perturbaciones en el comportamiento infantil. Múltiples son las causas y fuerzas que actúan en el ambiente escolar. La principal está constituida por las malas relaciones entre el maestro y el alumno. Maestros faltos de preparación, y con desconocimiento absoluto de la psicología infantil, suelen provocar grandes daños sin siquiera sospechar las consecuencias fatales a que conducen. Maestros despreocupados, que frente a una clase muy numerosa

no saben cómo acercarse a los niños y establecen una barrera infranqueable que los separa. Maestros exigentes, desprovistos de criterio en la apreciación de a qué niños se les puede exigir un determinado rendimiento, provocando de esta manera tensiones emocionales que desembocan en alteraciones profundas de la conducta.

No hace mucho, concurrió a la Clínica un niño del interior, que se fugaba. Estudiado el caso, se comprobó que las fugas se iniciaron cierta vez que una maestra lo reprendió severamente delante de toda la clase por realizar mal una operación de aritmética. En ese caso, la maestra no conocía la capacidad mental del alumno y, por tanto, ignoraba que no podía presentar igual rendimiento que sus otros compañeros. Realizado el examen psicológico, se pudo comprobar una debilidad mental leve que explicaba su falta de aprendizaje en ciertas materias. Claro está que la reprensión por sí sola no explica cumplidamente el hecho de las fugas, pero no es menos cierto que la escuela fué el medio que provocó una gran tensión emocional.

En conocimiento de la importancia que adquiera la escuela, como factor ambiental de la conducta, se deberá recoger todos los antecedentes y datos sobre su rendimiento pedagógico, buenas o malas relaciones con el maestro, anotándose cuidadosamente los datos afectivos y caracterológicos correspondientes a la segunda infancia y adolescencia, con especial consideración del desarrollo de las tendencias sociales, de sus aficiones en materia deportiva y juegos. Se tratará de obtener en la forma más completa posible todos los productos de la actividad del niño, trabajos manuales de toda índole, dibujos, construcciones, trabajos intelectuales, diario íntimo, notas y borradores de los cuadernos de su trabajo. Si se trata de un hijo único, obtener datos de si hubo choque emocional al entrar en contacto con sus compañeros de escuela, en todo caso, debe anotarse las reacciones de timidez y apocamiento del menor frente a sus camaradas, las relaciones que mantiene con el cabecilla del grupo o jefe de la pandilla; si es un solitario, un rebelde, un lisiado. Quisiera yo hablar extensamente del problema que plantea el niño lisiado. Cuando estos niños concurren a las escuelas ordinarias, se enfrentan con el grave hecho traumático de su inferioridad corporal. Sus compañeros los someten a toda clase de burlas, o lo aislan, o, lo que es peor aún, no cesan de compadecerlos.

Nace así, en la mente del menor lisiado, la absoluta creencia de su inferioridad en todos los planos personales. He estudiado

muchos casos en el Laboratorio Psicológico de la Escuela "Roosevelt" y he podido apreciar cómo el ambiente escolar ordinario ha operado como factores desencadenante de complejos de inferioridad, de sentimientos de minusvalía físico y psíquico, pese a tratarse de niños mentalmente normales y, en ciertos casos, de gran inteligencia.

Todos estos antecedentes que se recogen del propio menor, de sus familiares y en lo posible de conocidos, constituyen los antecedentes necesarios para todo estudio psicológico. Tienen un valor inestimable, dado que, sin ellos, se escapa al investigador importantes referencias de la personalidad en cuyo seno lentamente se ha ido incubando un trastorno de conducta.

A esos materiales que sirven de punto de partida para la investigación psicológica, deben agregarse nuevos datos y referencias:

- a) Historia de los trastornos de conducta o perturbación mental, relatados, de ser posible, por el propio niño. Este medio se denomina autopsicopatografía. Su obtención debe procurarse de todas maneras, sea en forma espontánea o provocada, sea en forma total o simplemente fragmentada.
- b) Historia de los trastornos o perturbaciones relatados por los familiares y allegados.
- c) Recolección de todos los productos posibles de la actividad trastornada o perturbada, para ser comparada con los trabajos anteriores del menor.

Oportunamente afirmamos que el examen psicológico comportaba dos etapas, una previa, introductora, constituida por la anamnesis y el examen orgánico. Terminada esa etapa se abre a nuestra consideración el problema básico del examen o exploración psicológica.

EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

La exploración psicológica persigue una serie de objetivos, cuyo inventario realizaremos oportunamente, pero con carácter previo conviene recordar que dicha exploración exige una pauta, requiere una sistematización, o sea, que está sometida a principios técnicos.

Lo anteriormente expuesto no significa que sólo haya una pauta rígida de exploración para todos los casos a estudiar.

Muy por el contrario, cada caso en consulta nos suministrará, por sí mismo, la dirección principal que debe darse a la investigación o exploración psicológica y, por consiguiente, nos indicará qué técnicas exploratorias deben emplearse con carácter preferencial. Cada problema encierra en sí mismo el secreto, la clave, del camino que se debe seguir para su feliz solución. La tarea del investigador consiste en descubrir esa clave, ese secreto.

Hecha la advertencia, pasamos a enumerar los principales recursos a que debe apelar el psicólogo en su faena indagatoria:

En primer término, recurrirá al interrogatorio clínico directo, tratando de desentrañar las creencias, deseos, fines personales de diversa índole, claro está que teniendo en consideración la edad del examinado.

En esta exploración debe destacarse, en forma principal: la opinión que el menor tiene de sí mismo en todos los aspectos posibles; la opinión que tiene de su importancia y valer; la opinión que tiene de lo que actualmente hace. Se indagará cómo el menor desea llegar a ser (lo que constituye su ideal de vida) así como lo que cree que llegará a ser efectivamente.

Se tratará de poner bien en claro, lo que piensa el menor respecto a sus familiares y otros medios ambientales que frecuenta, así cómo cree que es tratado y juzgado por todos esos medios.

En segundo término: Observación atenta y continua de la conducta y actitudes del niño, en el mayor número posible de casos y situaciones. El ideal sería el empleo de técnicas de observación indirecta, o sea el registro de la conducta del niño cuando éste no se siente observado. Las soluciones propugnadas por Gesell, con su cámara de observación para niños, constituyen un ideal por ahora prácticamente inalcanzable en nuestro medio, por la precariedad de espacio y medios económicos para montarla. Esperamos que en día no lejano, podamos contar con este medio precioso de exploración psicológica, merced al esfuerzo conjunto de personas bien intencionadas. Las conclusiones a que el psicó-

logo puede arribar con estas cámaras de observación con visión unilateral superan por lejos al método de observación directa. El niño, ignorante de la observación de que es objeto, sintiéndose solo, actúa espontáneamente frente a cada uno de los estímulos, sean externos o internos que se presentan a su campo de conciencia.

Con todas estas dificultades el investigador puede emplear ciertos medios de observación indirecta, si así puede llamarse al hecho que a continuación exponemos. Señala Stern, que los resultados a que puede arribar el psicólogo mediante el empleo de tests adecuados, suelen en ciertos casos ser menos importantes que el comportamiento del sujeto durante la ejecución de los mismos. Hay cualidades, como la paciencia, aplicación, puntualidad, minucia, cuya práctica habitual puede ser fácilmente modificada por el examen directo del psiquismo. Hay que captarlas en estado, por decir así, *involuntario, indirecto*, no descuidando ninguna de las manifestaciones que escapan a la conciencia del examinado, por ejemplo, sus movimientos de fisonomía o gesticulación, el ritmo y la soltura de sus movimientos, la proporción y el tono de su conversación al dar las respuestas que el investigador le formula, su postura al sentarse.

En especial a lo que respecta a su expresión verbal, habrá que ir a su registro minucioso del modo de expresión: modulación, acentuación vocal, gestos, manera de hablar, etc., etc.

En tercer término, el empleo de técnicas exploratorias, y procedimientos adecuados, para la investigación sistemática del funcionalismo psíquico global de la personalidad, y sus actitudes de reacción.

Lo que hay que hacer en primer término, es la interpretación psicológica del individuo en observación teniendo en cuenta que cada hombre presenta un cuadro de funciones psíquicas que se da en todos en forma constante. Claro está que el psicólogo tiene presente que esas funciones nacen, se desarrollan y alcanzan en su ejercicio un límite o desarrollo *maximal* según la edad del individuo observado. Por otra parte, para sujetos observados que presentan igual edad, esas funciones presentan variantes en cualidad y cantidad (las llamadas variantes funcionales) lo que nos permite afirmar que cada función psíquica se ejerce entre un polo de rendimiento mínimo y máximo, pasando por un punto óptimo.

Lo patológico en el rendimiento funcional del psiquismo está dado por el hecho de que una o varias funciones trabajen por debajo del límite mínimo o por encima del límite máximo.

Cuando una función trabaja cuantitativamente en límite tan reducido que llega a desequilibrar el conjunto global de las otras funciones, de manera que no se pueden adaptar a las necesidades de la vida, estamos en la esfera patológica. Lo mismo acontece cuando la función o funciones trabajan por encima de un límite máximo, llegando de esta manera a desequilibrar el resto del funcionalismo psíquico.

Estamos en condiciones de afirmar que ese conjunto de funciones psíquicas que posee cada individuo, no trabajan en forma aislada una de otras, sino, por el contrario, presentan relaciones mutuas. El problema de la correlación funcional es el problema de la relación mutua fija entre ciertas funciones psíquicas. El gran psicólogo alemán W. Stern enseña que "dos funciones están correlacionadas cuando las variantes de una de ellas se subordina, con probabilidad cierta, a determinadas variantes de la otra".

Binet y Henri, se preocuparon del estudio de las correlaciones, al sostener como puntos esenciales a estudiar en psicología diferencial, los siguientes:

- 1) Estudiar en qué relación recíproca se encuentran los diferentes procesos psíquicos en el mismo individuo.
- 2) Estudiar si existen procesos o funciones que sean más importantes que los otros.
- 3) Estudiar hasta qué punto los diferentes procesos psíquicos son independientes unos de otros, hasta qué punto se influyen mutuamente.

El estudio de las correlaciones funcionales, tiene una importancia práctica muy importante para el diagnóstico y que pasamos a examinar.

En primer lugar, si existen correlaciones funcionales, y esas correlaciones funcionales nos enseñan *que ciertas funciones* están subordinadas a otras, estas otras aparecerán como funciones subordinantes, *como funciones de más jerarquía*. La ventaja práctica reside en que no es necesario observar al niño con mucha minuciosidad en todo su psiquismo, sino en aquel sector de las funciones de alta jerarquía, de las funciones subordinantes. Todavía se puede hablar de otra ventaja de gran interés, desde su enfoque terapéutico. Si en el niño hay una función que trabaja con déficit,

se tratará de buscar terapéuticamente la sustitución de esa función o su compensación funcional, provocando el mayor desarrollo de la función que le está correlacionada. Claro está que no se pueden compensar todas las funciones y, por desgracia, aquellas funciones que no se pueden compensar son las que más influencia tienen con respecto al resto del psiquismo.

Decíamos al principio que cada individuo presenta un cuadro de funciones psíquicas constantes, si bien en cada persona el rendimiento funcional se da con distintas variantes y correlaciones.

El objeto esencial de la exploración psicológica es el conocimiento del niño por la determinación de las variantes de sus funciones psíquicas, en una estructura o en un todo correlacionado. Ese todo, esa estructura correlacionada, es la personalidad que debemos diagnosticar.

CUADRO FUNCIONAL DE LA PERSONALIDAD

La investigación psicológica se realiza explorando los distintos sectores del psiquismo, concretamente el *sector intelectual*, integrado por un conjunto de funciones de recepción, elaboración y utilización psíquica.

Y siguiendo las directivas del Prof. Radecki, como funciones de recepción se estudian las *sensaciones*, como *funciones acomodativas* (la atención); como funciones elaboradoras primarias (discriminación, reconocimiento, apercepción y abstracción); como funciones *elaboradoras secundarias* (representación, asociación, memoria) y como funciones de utilización psíquica (la percepción, juicio, concepción o intelección y raciocinio).

Realizado el diagnóstico en el sector o esfera intelectual, se pasará de inmediato al estudio del sector o *ámbito afectivo*, cuya importancia, por falta de tiempo y por no constituir un secreto para ninguno, me excuso de destacar. En la esfera de la afectividad, las variantes que pueden presentarse y que, por tanto, deben explorarse, son las siguientes:

1) *Grado de la afectividad:*

Desde el punto de vista: a) de la intensidad de las reacciones afectivas; b) de la frecuencia de las reacciones afectivas.

- 2) Direcciones de la afectividad según los intereses perseguidos:
Intereses de diversas índole.
Complejos, etc.
- 3) Grado de coordinación de las reacciones afectivas:
Emotividad; se estudiará su normalidad, si es indiferente emocionalmente, si es un superemotivo, la capacidad que tiene para dominar sus emociones.
- 4) Se explorará *la duración de las reacciones afectivas*:
Reacciones afectivas persistentes.
Reacciones afectivas normales.
- 5) *Modo explosivo o calmo de las manifestaciones afectivas*:
Se deberá diagnosticar si la expresión afectiva es normal, violenta o calmosa.
- 6) Carácter prevalente positivo o negativo de los sentimientos:
Se explorará, en lo que respecta a este punto, si existe normalidad, euforia, optimismo enfermo, pesimismo mórbido, depresión, ambivalencia.
- 7) Carácter prevalente activo o pasivo de los sentimientos:
Si es alegre o triste.
Si es simpático o antipático.
- 8) Expansión verbal de los sentimientos:
Se diagnosticará si el menor es expansivo, confiado, desconfiado, parco, normal, sincero o no.
- 9) Especialmente se diagnosticará *la timidez, fobias, temores y angustias*.
- 10) Por último, deberá diagnosticarse la peligrosidad de sus reacciones agresivas, en caso de tenerlas.
- 11) Se determinará si predominan las emociones sobre los sentimientos, o viceversa.

Explorado el sector afectivo, el investigador atacará el último sector que le queda por estudiar, o sea, la esfera activa o conativa.

Investigará los instintos del menor, diagnosticando:

Grado de desarrollo de los mismos: si es atrasado, normal o excesivo. Diagnosticará, en caso de que existan, las perversiones instintivas.

Destacará, asimismo, ciertas *modalidades características que presente el niño en el plano instintivo, a saber: atrofias, hipertrofias en el instinto de conservaciones, sexual, social, etc.; perversiones.*

De inmediato pasará al estudio de *la actividad voluntaria.*

En este punto se destacará: primero, *el grado de actividad* (si es intenso, reducido, normal; si configura la pereza o la abulia, etc.).

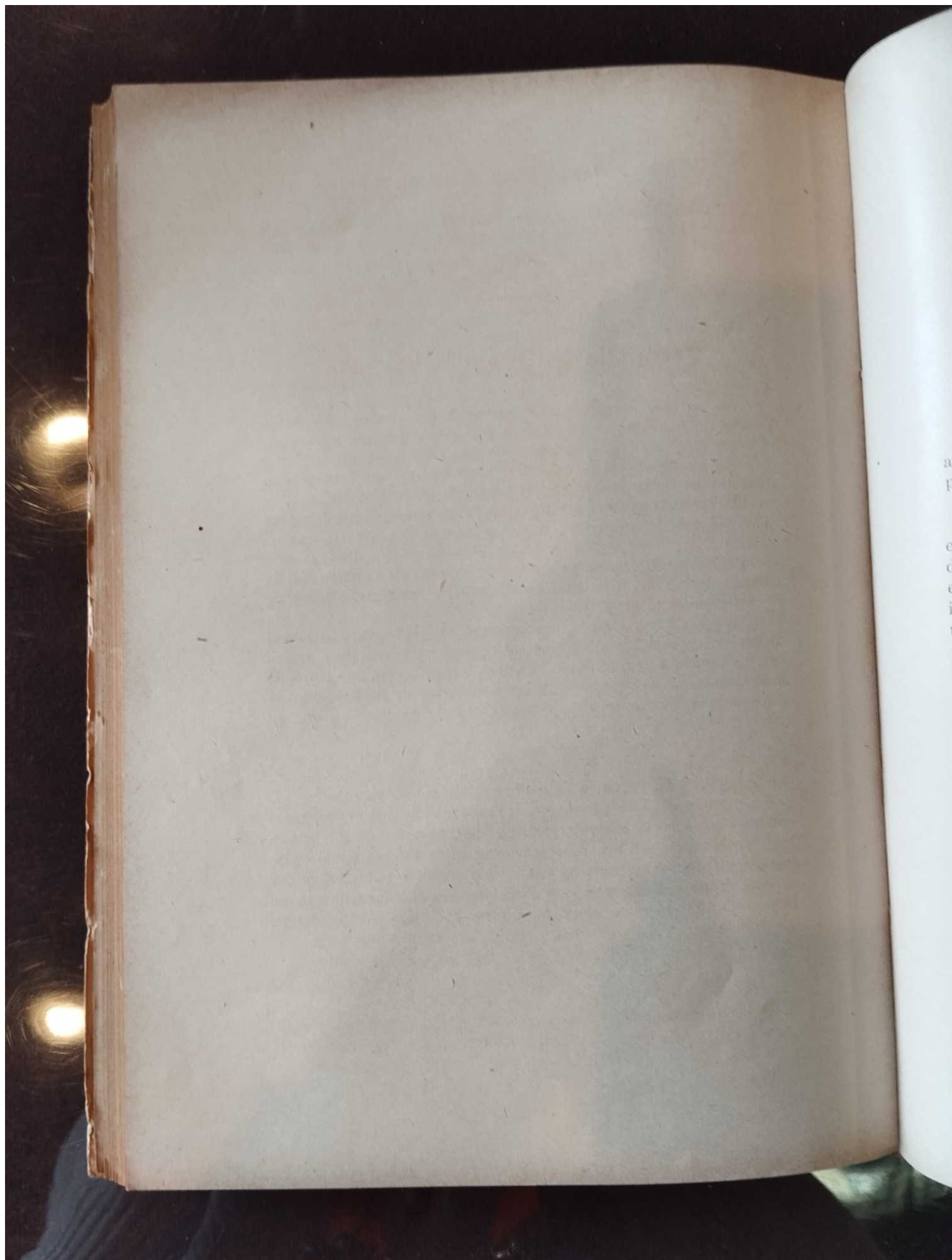
En segundo lugar, se diagnosticará a *qué dominios de la actividad se dirige* (si a la esfera puramente mental, manuales; si la actividad es creadora, repetidora, si es monótona o variada, si a tareas fáciles o difíciles, si la actividad es producto de una deliberación espontánea o por el contrario, inducida, etc.).

En tercer lugar, se investigará la frecuencia de las iniciativas (si son insuficientes, si son normales o, por el contrario, exageradas).

En cuarto lugar, se explorará *la rapidez de decisión* (si la decisión es rápida, si el niño es decidido, si es lento o indeciso, si es vacilante, si es impulsivo).

En quinto término, se investigará el grado de intensidad de las tendencias de realización: (si *es fuerte* frente a los obstáculos que surjan, o sea, si existe lo que se llama fuerza de voluntad; si hay testarudez y torpeza; si las tendencias de realización son débiles; por último, si hay incapacidad de realizar lo que se resolvió hacer).

Realizado en forma atenta el análisis psicológico de los diversos sectores del funcionalismo psíquico, el investigador, merced a un esfuerzo de síntesis, tratará de recomponer la estructura total de la personalidad, destacando aquellos puntos funcionales que presentan perturbaciones y aquellos sectores que pueden ser aprovechados para la eficiente readaptación del individuo a su medio vital. Esta tarea constituye la etapa final del diagnóstico.



Desarrollo psicosexual del niño

LUIS E. PREGO SILVA

El estudio del hombre ha planteado siempre un problema de actitud que, según la época o el criterio de quienes lo realizan, ha partido de una de estas dos posiciones extremas:

A) Desde un punto de vista unicista se ha encarado este estudio ya sea con una metodología segmentaria y materialista, donde interesa principalmente el órgano (y por generalización el sistema) desarrollándose para este fin toda una técnica de investigación experimental, a veces con una definida orientación mecánica, que divide así al ser en grupos de funciones; o, con una orientación espiritualista —desde luego sin aplicación a la medicina— que se despreocupa de la materia —y aun la niega— y que reduce todo a actividad del espíritu.

B) La posición dualista por otro lado, tomando en cuenta a la vez al cuerpo y al alma, los considera como dos "substancias" con manifestaciones propias y características.

La discusión gira alrededor de las explicaciones del cómo y dónde se produce la conexión entre ambas partes.

Si bien esta última posición se acerca al pensamiento que orienta este trabajo, reconocemos que el admitir esas dos "substancias" ofrece el inconveniente de imponer el concepto de una realidad que se puede conocer y estudiar desde dos puntos, puesto que impresionan nuestros sentidos de diferente manera.

Es recién cuando los psicólogos, sobre todo alemanes y americanos, WERTHEIMER,¹ KÖHLER,² KOFFKA,³ etc., desarrollan la

idea de totalidad considerándola atributo esencial del ser vivo, que se debilita un poco la postura analítica tan representativa del siglo pasado.

Este concepto de totalidad que en sí expresa que "el todo es más que la suma de las partes" coloca el problema en un plano tan significativo que obliga a desarrollar un nuevo criterio de estudio.

Este pensamiento logra gran influencia, especialmente en la medicina, donde despierta un interés cada vez mayor de interpretar las distintas manifestaciones del individuo como la resultante de un funcionamiento global dependiente de la interrelación de cuerpo y psiquis con la consiguiente repercusión sobre la fisiología, patología y terapéutica.

Manteniéndonos, pues, dentro de este criterio de totalidad que constituye la "orientación psicosomática de la medicina", al decir de SEGUIN,⁴ aportaremos algunos conocimientos sobre el desarrollo psicosexual del niño que nos servirán para tratar más adelante algunos temas con más profundidad.

Es quizá entre todos los tópicos —el de la sexualidad— uno de los más transitados por toda clase de estudiosos y especuladores y es quizá, por ello mismo, que ha habido en el tema gran confusión.

Así, mientras que se ha estudiado extensamente la sexualidad del adulto, tanto en sus manifestaciones psíquicas como en su expresión física, se ha dejado de lado, en muchos casos toda investigación sexual del niño, faltando en muchos de los métodos que se aplican para explorar el desarrollo.

Es probable que una de las resistencias (entre muchas de las que podríamos señalar) que nos permita comprender esta omisión sea debida a cierta errónea valoración de conceptos.

Oímos hablar indistintamente de sexualidad o genitalidad, como si fueran términos de igual significado.

Digamos, pues, que mientras que la actividad genital es una de las formas de expresión del desarrollo sexual, la sexualidad es toda tendencia afectiva que establece relación entre los individuos.

Es con este sentido amplio que vamos a usar el término en nuestro trabajo.

Es evidente que el estudio del desarrollo psicosexual del niño se hace habitualmente en forma incompleta, y en la mayoría de los casos, se pierde ese sentido de unidad psicobiológica, tan importante para comprender y prever la evolución total del niño.

Se habla mucho del enfoque psicosomático, pero se piensa poco y especialmente el estudio de la patología infantil, no ha sido muy satisfactoriamente alcanzada por los beneficios de esta actitud.

En nuestro ambiente, desde hace tiempo, se viene insistiendo en este sentido, y la organización de una clínica médicopsicológica le ha dado una consistencia de cosa real.

Consecuencia de esa preocupación es que se incluya este trabajo en el programa docente de este año.

En la exposición del desarrollo psicosexual del niño, no vamos a tomar en cuenta ninguna de las investigaciones o especulaciones teóricas de una psicología prenatal; iniciaremos nuestro estudio a partir del nacimiento siguiéndolo hasta la pubertad sin ocuparnos completamente de ella.

Biológicamente la niñez está separada en períodos bastante netos.

Por su condición de mamífero, el niño participa del destino común de la especie; depende en el primer tiempo que sigue a su nacimiento, totalmente de la madre o de la figura que la sustituye.

Pero, mientras que esta actitud protectora (afectuosa) es universal, instintiva y propia del ser adulto normal, en virtud de la cual, se asegura la continuidad de la especie, el niño, por el contrario, en sus primeras horas, reclama ese cuidado, impulsado por un estado de necesidad, que le ocasiona sensaciones displacientes, y sólo le interesa ser aliviado.

Muy pronto, sin embargo, se desarrollará también en él una actitud afectiva hacia la figura que lo cuida y alimenta, siendo ésta su primera manifestación libidinal.

Al finalizar la lactancia, el niño ya ha comenzado a valerse de sus movimientos con cierta intención y se iniciará en el manejo de un nuevo elemento expresivo: la palabra, que le facilitará su vinculación con el ambiente.

Aunque con estos medios, puede gozar de cierta independencia, su vida está sujeta, sin embargo, íntegramente a la persona que lo cuida.

A partir de los 4 ó 6 años, se inicia otra etapa de muy especial significación.

Como integrante de la familia, ya no es uno más, sino que determina con sus decisiones, modificaciones en su ambiente; piensa y actúa.

Comienza, además, a extender el terreno de su actividad vital al medio que lo rodea, busca amigos para sus juegos, en cuya selección intervienen factores de un elemental mecanismo social.

Según sea la clase a que pertenezca, se iniciará en la vida escolar o comenzará una capacitación para el desempeño de sus funciones de acuerdo con las características económicas de su grupo.

Finalmente, con la adolescencia se completa la formación del individuo, saliendo de ella para la realización del destino de su "raza".

Si tomamos en cuenta los resultados de las investigaciones psicoanalíticas en cada uno de los períodos señalados más arriba, podemos estudiar etapas o fases de gran interés.

Se admite que desde el nacimiento hasta los 4 ó 5 años el niño desarrolla una fase de actividad sexual.

Luego, sobreviene el período de latencia, durante la cual, como su nombre lo indica, disminuye la actividad sexual cediendo paso a otras formas de expresión. Sin embargo, existe bastante discrepancia sobre su existencia.

Algunos, como MOLL⁵ entre otros, la niegan, y el mismo FREUD⁶ dice: "el período de latencia también puede faltar, y no siempre implica una interrupción absoluta de la actividad y de los intereses sexuales".

A este período le sucede la pubertad, importante momento de la vida en el que se definirá la conducta del individuo y donde la actividad sexual se podrá expresar genitualmente.

En este período de actividad sexual primitiva, estudiaremos tres etapas. Estas son: la fase oral, la fase sádico-anal y la fase genital.

I) Fase oral.

El niño, al nacer, posee: a) un cuerpo provisto de una capacidad energética importante; b) es capaz de una actividad intelectual desde luego elemental entendiendo por tal, la aptitud de aprovechar los datos de una experiencia semejante que se vuelve a repetir, y c) obedece a los impulsos de los instintos —bagaje heredado— que constituye, casi podríamos decir, una propiedad

característica de todo ser vivo que mediante su adecuada utilización le asegura la propia protección y supervivencia.

Cada vez que se satisface una pulsión instintiva se experimenta una sensación placentera; si la obtención de esta satisfacción ocasiona algún daño o significa alguna amenaza será reprimida.

Este mecanismo que rige la conducta del individuo se llama principio del placer-displacer.

A los estímulos externos de distinta naturaleza que recibe el niño al nacer, pronto se suman las sensaciones debidas a necesidades fisiológicas internas tales como el hambre.

Es éste, una de las sensaciones más enérgicas que experimenta el niño en sus primeros meses.

Por esta razón todo lo relacionado con la alimentación adquiere una gran importancia, siendo la región de la boca la zona erótica que le permite esta satisfacción.

Pero, a su vez, la actividad de la succión independientemente del rol que le corresponde en el proceso alimenticio, es fuente de placer por sí misma.

Lindner, en 1879, había observado que el chupeteo es practicado por el niño con una intensidad tal que ocupa por completo su atención y en ciertos momentos adquiere determinada fuerza que la compara al orgasmo, el adormecimiento que le sigue, sería el efecto de una satisfacción lograda.

Además se han visto niños nacidos mediante operación cesárea succionándose el dedo en un período, desde luego, en el que no se ha experimentado aún sensación de hambre, puesto que éste no existe en las primeras 24 horas y, sin embargo, ya el niño chupetea todo lo que le llega a la boca.

Es más, según las observaciones de LEVY⁷ citado por SPURGEON ENGLISH,⁸ los niños alimentados con biberón cuyo orificio permite una salida muy fácil o por nodrizas de abundante leche, experimentan, luego de satisfechos con el alimento, una necesidad de succión que debe ser suprimida en forma extra.

Realizando la experiencia con cachorros⁹ a los que alimentaba con goteros, ha visto que éstos tendían luego a lamer y succionar objetos no alimenticios. Lo mismo comprobó en pollos que tenían poca oportunidad para picotear.¹⁰

Pero, a la región de la boca le corresponden otras funciones. "La succión constituye el núcleo táctil alrededor del cual se asocian las impresiones visuales, auditivas y táctiles que junto con

la ingestión de alimentos y aire, forman la base sobre la que se construye el proceso de incorporación sensorial y la percepción del otro individuo." ¹¹

Debido a esta actividad el niño comienza a distinguir y reconocer las diferencias entre lo que es su mundo —sus propias sensaciones— y lo que está fuera de él; el objeto que al satisfacerlo le disminuye el sufrimiento desarrollándose así la relación madre-hijo.

Además, el acto de la succión por medio de la estimación táctil facilitaría la formación progresiva de facultades elevadas de asociación.

Vemos aquí, aunque lo estudiaremos más adelante, cómo las funciones psíquicas y físicas, en íntima conexión, contribuyen a integrar organizaciones más complejas a través de las mismas vías de acceso a centros superiores.

Poco a poco se irán planteando situaciones en las cuales no podrá obtener, con la urgencia apetecida, la satisfacción de su impulso y lentamente aprenderá a tolerar esta postergación y a soportar cierta ansiedad.

La forma cómo se realice este aprendizaje puede influir definitivamente en las características temperamentales del individuo. Sin embargo, manifestará su desagrado por esta frustración, en forma agresiva que, debido al mayor desarrollo de sus fuerzas cada vez será más eficaz, especialmente con sus músculos masticadores, los más fuertes y con los dientes (que ya comienzan a aparecer). Esta circunstancia señala el principio de la fase sádico oral que determinará ulteriormente el destete.

Vemos, pues, cómo mediante la succión en una primera etapa y por el placer de morder y masticar en la segunda, el niño obtiene satisfacción con el uso de la boca.

Digamos de paso que en las expresiones caracterológicas y sintomáticas del adulto se nos presentarán elementos de este período y que a él pertenecen por extensión algunas perturbaciones del tracto gastro intestinal, así como el lenguaje en su mecanismo e intención.

II) Etapa sádicoanal.

La fase anal comienza con el nacimiento pero se ve fortalecida por el destete y, especialmente, por la iniciación de la educación del control de los esfínteres.

Es ento
recen sus p
tre los 18 y

La zo
partida de
por el pas

En u
por su or
tanto el c
sólo a tra
que aprer

Esto
en ciertos
conservar
sistentes,
rido o au
mostrar

La i
por vari

1)

viosas p
con niño
se realiz

Qu
con la
le ocas
higiene

2)

realiza
y espec

3)

mer ok
sivos.

N

activio
portar

S

mento
repres
gerad

Es entonces, entre los primeros seis meses y el año, que aparecen sus primeras manifestaciones haciéndose más evidentes entre los 18 y 24 meses.

La zona anal y uretral, ricamente inervada, es punto de partida de sensaciones placenteras toda vez que son estimuladas por el pasaje de materias.

En un primer momento el niño no siente repulsión ni asco por su orina o heces. Al contrario, le vemos jugar con ellas y tanto el olor, consistencia o temperatura le son agradables. Es sólo a través de un proceso de educación (aceptada penosamente) que aprenderá a desvalorizar sus productos excrementicios.

Esto que vemos en la evolución del niño, lo podemos observar en ciertos pueblos muy primitivos, donde las materias fecales aun conservan un alto valor estimativo que se expresa en ritos consistentes, por ejemplo, en defecar sobre la tumba de un ser querido o aun, como en una tribu de Australia, donde, cuando quieren mostrar a un niño, lo traen cubierto con materias fecales.⁸

La implantación de los hábitos de higiene refuerza esta etapa por varios motivos.

1) La limpieza de esa zona estimula las terminaciones nerviosas produciendo un gran placer. Toda persona familiarizada con niños, recordará la actitud y expresión de satisfacción cuando se realiza el lavado de esta región.

Quizá podamos explicar el origen de una expresión vulgar con la que se quiere significar el acto sexual, por el placer que le ocasiona al niño la aplicación de polvos para completar la higiene de esa zona.

2) Pronto reconoce el niño que al prestarse o negarse a realizar el acto de excreción puede atraer o molestar el ambiente y especialmente a su madre.

3) Finalmente sus productos excretados constituyen el primer objeto propio que puede ofrecer con fines amistosos o agresivos.

Nuestra cultura acentúa considerablemente el valor de la actividad anal y veremos más adelante que también da gran importancia a los rasgos de carácter correspondiente a esta fase.

Se aplaude y premia al niño cuando ha evacuado en el momento y lugar en que se lo solicitan su madre o la persona que la representa, sobrevalorando habitualmente el hecho en forma exagerada.

Y poco a poco aquél reconoce que puede atraer la atención y conquistar el cariño aceptando esta exigencia, aunque esto signifique disminuir el placer de realizarlo cuando se le ocurre.

La educación es el freno del instinto. Durante este primer tiempo mantendrá sus hábitos en presencia de su madre y los conservará mientras tenga la seguridad de su cariño. Pero una separación brusca, ya sea por ausencia de ésta o por traslado del niño, a otra parte, determinará un retroceso en la conquista alcanzada.

Es así que los niños asilados en instituciones donde no cuentan con una persona "que les pertenezca" afectivamente, desarrollan más lenta y penosamente las costumbres de evacuación.¹²

Más tarde podrá realizarlas aún en ausencia de la madre, siempre que ésta no sea muy prolongada y, finalmente, por formación de una nueva instancia psíquica —el superyo— podrá conservarlas definitivamente sin necesidad de una coacción externa.

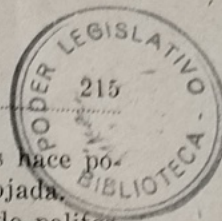
Decíamos más arriba, que el niño podía expresar mediante el uso de sus esfínteres sentimientos contradictorios.

En realidad, en este período, el individuo es muy ambivalente. Si dividimos la fase anal en dos etapas, una de expulsión y otra de retención, podremos reconocer que durante el primero la evacuación puede expresar una agresión (desacato a las costumbres impuestas) o un acto afectuoso con el que rinde homenaje al dar algo propio; y que durante la segunda, el elemento de placer es retener la masa fecal (satisfacción erótica); el elemento agresivo es el rechazo irritado a tener que entregar el contenido intestinal.¹³

Con el desarrollo progresivo del sentido de higiene, las materias van perdiendo sus atributos convirtiéndose en cosas desagradables y repugnantes. Pero en este proceso de desvalorización pasarán por distintas etapas que han sido estudiadas por FERENCZI.¹⁴

Primero el niño buscará placer jugando con objetos que se asemejan a las heces pero que ya perdieron el olor fecal (aunque según Menninger, esto no es muy importante ya que nunca las propias materias tienen olor desagradable). El barro y el agua le brindan esta satisfacción, y se entretiene mucho modelando o amasando (la escultura y la pintura son expresiones en el adulto de esta etapa).

Suprime luego la humedad prefiriendo arena o tierra seca, manifestando disgusto cuando sus manos están mojadas.



No obstante en esta fase, frecuentemente mientras hace pozos, orina luego en éstos e intenta jugar con la arena mojada.

Abandona después la blandura y el color prefiriendo palitos, trozos de papeles, etc.

Sustituye éstos por estampillas u otros objetos de más valor transfiriendo, finalmente, su amor por el dinero.

Aunque aparentemente desprovisto de todo significado fecal, el dinero es calificado corrientemente como cosa sucia, desagradable, etc., en el lenguaje corriente, reconociéndose en ello su representación simbólica.

Habíamos dicho también que en esta etapa, una de las más importantes en la evolución psicosexual, era necesario establecer diferencias entre el significado del acto de la defecación y los productos de la misma.

Su ulterior repercusión en el carácter del adulto, se expresará en forma de actitudes o en forma de intereses por cosas (símbolos) ya se trate de uno u otro respectivamente.

Agreguemos finalmente que existe en cierto momento una mezcla de manifestaciones entre la fase oral y sádicoanal.

EDITHA STERBA¹⁵ ha observado que algunas perturbaciones alimenticias serían debidas a esta interacción, por ejemplo, la retención de alimentos en la boca expresaría la protesta del niño a la educación esfinteriana y muchos síntomas digestivos como vómitos, etc., pueden ser oralizaciones de un proceso del período anal.

Este período como el anterior requiere su tiempo de evolución durante el cual la conducta del ambiente y especialmente de la persona que maneja al niño es de suma importancia.

La forma de actuar del individuo, dependerá del patrón reactivo que aprendió durante esta fase.

Una educación esfinteriana precozmente iniciada, significa para el niño una tarea muy difícil de soportar, siendo mayor la sensación de miedo que le produzcan sus padres.

Conscientemente será un individuo dócil, aseado, pasivo (si ha aceptado la imposición paterna) pero su inconsciente exhibirá rasgos de una rebeldía y agresividad rencorosa y hostil.

Además, la excesiva atención dirigida a estas funciones lo fijará a esta etapa dificultando el pasaje a las etapas siguientes.

A su vez, una educación tardía es perjudicial aunque no tanto (en muchos pueblos no se presta ninguna atención a las funciones excretoras sin que se observen mayores perturbaciones en la conducta adulta).

Una vez más, esto confirma el aserto de Freud de que "más trastornos ocasiona el exceso que la falta de educación".

Sin embargo, cierta dejadez, irresponsabilidad e indiferencia pueden corresponder a una formación de hábitos esfinterianos desarrollada muy tarde.

La edad óptima para comenzarla es alrededor del año, pero es perfectamente normal que hasta los dos años y medio o tres, el niño no la haya completado aún,

III) Fase genital.

Alrededor de los tres años, la libido sufre un desplazamiento hacia los genitales, sin que podamos dar una explicación satisfactoria de la causa de este proceso.

Sin embargo, su existencia ha sido intuída —como siempre— por la sabiduría popular. Es bien conocido el consejo que en muchos pueblos europeos, se dan a las madres jóvenes, recomendándoles que no acuesten a los niños en sus camas alrededor de esta edad, porque se les "perturba el sistema nervioso".

En este período el pene en el varón y el clitoris en la niña adquieren máxima importancia.

El niño tiernamente fijado a su madre, sigue recibiendo de ella toda clase de placer, siendo su único objeto de amor.

Debido al desarrollo físico alcanzado, ésta no se ve obligada prestarle tanta atención como lo hacía anteriormente.

El niño se siente alejado, desplazado de su proximidad por otras figuras de la familia y especialmente por el padre.

Ya ha experimentado sensaciones placenteras en sus órganos genitales y tiene deseos de repetirlos.

Siéndole imposible obtener el placer deseado comienza la masturbación secundaria que se prolongará hasta los 5 ó 6 años.

Su situación es difícil; desea sexualmente a uno de sus progenitores (el de sexo contrario) ansiando sustituir al de su mismo sexo. Esto constituye el complejo de Edipo.

El niño reconoce en la figura paterna una superioridad que estima y odia; en este período no sabe aún de la diferencia de sexos y ve en el desarrollo corporal, en los pelos, etc. del padre, los atributos valiosos "envidiables que quizás determinen la preferencia materna".

Pero antes de esta situación de triángulo que caracteriza al complejo de Edipo, RUTH MAC. BRUNSWICK¹⁶ habla de una fase

preedípica, a la que atribuye gran importancia y en la que "para ambos sexos constituiría el período más temprano de unión al primer objeto de amor, la madre, antes de la aparición del padre como rival".

Esta fase preedípica sería de muy corta duración en el varón extendiéndose mucho en la mujer.

Las consideraciones que sobre el tema hace esta autora son muy interesantes pero desbordan la naturaleza de este trabajo.

La situación edípica en la niña es mucho más complicada.

Su placer genital es clitorideo y estaba como en el varón, fijada sexualmente a la madre.

Debe realizar dos desplazamientos: uno, trasladar la fuente de placer a la vagina y el otro ubicarse en la situación de la madre con relación al padre.

A esta altura suele suceder un episodio de enorme repercusión para el ulterior destino de este período.

Aumentada la curiosidad, que se manifiesta por una actividad inquisitiva e investigadora, el niño (o la niña) llegan a descubrir la diferencia de sexos.

El varón piensa que la falta de pene puede ser debida a una acción castradora del padre.

Aquellos sentimientos agresivos que antes dirigía a éste y que a veces alcanzaba a expresar con frases hostiles, desarrollan un fuerte sentimiento de temor.

El niño se rige por los principios del pensamiento mágico, lo que él piensa puede suceder, y por lo mismo, el padre puede conocer sus pensamientos y castigarlo por ellos.

Además, deberá modificar la conducta para con su madre, así por ejemplo, ya no manifestará deseos de ir a la cama con ella, ni exigirá tantas muestras de cariño.

Pero la retracción de esta energía libidinal le ocasiona sufrimientos. Para suprimirlos, le quedan dos caminos: o retrocede a una fase anterior, o la dirige a otras personas fuera de la familia.

Es, pues, el complejo de castración el que permite la resolución del complejo de Edipo.

Veamos ahora, qué pasa en la niña.

Reconocida la falta de pene, se siente disminuía conservando la esperanza de tenerlo.

Mientras que en el varón el complejo de castración gira alrededor del miedo de perder supreciado pene, en la niña, se expresará —según Freud— en forma de envidia. Esta energía se uti-

lizará luego en el deseo de tener un hijo (pene simbólico) conduciéndola a una satisfactoria orientación en su vida adulta.

Pero, como lo destaca S. RADÓ,¹⁷ desgraciadamente esta presunción teórica no se comprueba en la experiencia psicoanalítica.

La mujer se expresa con una sintomatología comparable a la que exhibe el hombre como desplazamiento del complejo de castración y así aparece en la estructura de muchas neurosis.

Hemos estudiado aquí el desarrollo psicosexual del niño hasta llegar al comienzo del período de latencia, del que nos ocuparemos inmediatamente.

Pero antes planteemos un problema interesante.

El conocimiento de la evolución psicosexual ha sido adquirido según los resultados de observaciones, en la mayoría de los casos, de niños de una burguesía acomodada o de clases pudientes.

Es probable que realizando un estudio en grandes masas que alcancen a los más pobres estratos sociales, donde las condiciones de vida promiscua ponen en contacto al niño con la realidad desde muy temprana edad, y donde éste se familiariza con la diferencia de sexos y ve a sus padres y a otros, mantener relaciones sexuales, quizás los procesos de estas etapas discutidas más arriba ofrezcan aspectos distintos.

Es interesante al respecto y sólo lo mencionaremos al pasar las observaciones hechas por un antropólogo¹⁸ en las islas Tobriand.

Allí la familia tiene una organización matriarcal, el padre, cuyo rol biológico se desconoce, cuida de los hijos y es, en última instancia, solamente un amigo, en cierto modo, ajeno de la casa.

El niño obedece al hermano de la madre, de quien recibe herencia y protección. Un tabú rígido le prohíbe mantener relaciones amistosas con sus hermanas, de las que es separado muy temprano.

La madre amamanta al hijo hasta muy tarde (éste deja el pecho cuando quiere), no desempeña ningún rol educativo, ya que es muy poco lo que ésta le prohíbe, hay libertad en los juegos sexuales, los que se inician muy temprano y ante los cuales los mayores manifiestan absoluta indiferencia.

Tan profundamente influye esta organización en el desarrollo psicosexual del niño, que según este autor, el complejo de Edipo

adoptaría esta forma: deseo de muerte del hermano (tío, para nosotros) para poder mantener relaciones sexuales con la hermana.

Hice esta mención aquí al sólo hecho de señalar cuán profundamente puede modificar el curso psíquico, la forma en que se estructura la familia y elegí para ello un ejemplo interesante a fin de hacerlo más objetivo.

IV) Período de latencia.

Una vez que el niño ha genitalizado su líbido, sus deseos sexuales sufrirán una disminución orientando su energía —sublimada— a actividades diversas que permitan su preparación cultural y física.

Este período se inicia alrededor de los 6 años y se extiende hasta la época prepuberal. Su transcurso depende íntegramente de la forma en que se hayan vivido las etapas anteriores.¹⁹

Coincide con el comienzo de la vida escolar donde el maestro, figura representativa del padre, será aceptado o rechazado según sea la forma como se planteó la situación edípica.

Si es aceptado recibirá la enseñanza como una prueba de afecto, se establecerá una vinculación mutua, convirtiéndolo poco a poco en un ideal que desea imitar.

Sus compañeros, con los cuales ha de compartir sus juegos, irán integrando su mundo social donde probará sus aptitudes de reacción.

V) Adolescencia.

La adolescencia es el período transitorio entre la niñez y la adultez.

La pubertad es aquella fase en el proceso de maduración durante la cual hacen su aparición los caracteres sexuales y sus funciones.²⁰

La serie de modificaciones somatopsíquicas se suceden con cierto orden aunque con variaciones temporales en cada individuo.

Este período, que comienza al final de la primera década y termina al final de la segunda,²¹ se traduce por importantes cambios en los que participa el organismo como un todo.

La diferenciación sexual se hace más evidente en la mujer; además del mayor diámetro transversal pelviano, un acúmulo de grasa aumenta esta medida.

Las glándulas mamarias, experimentan un gran incremento, adquiriendo la firmeza y redondez de la mujer madura normal.

El vello pubiano, apareciendo generalmente antes de la primera menstruación, adopta una disposición femenina.

La laringe, con sus modificaciones contribuye a dar a la voz el timbre de su sexo.

Finalmente, la aparición de la primera menstruación, hecho de gran significación, señala por así decir, el momento puberal.

En el varón, también suceden cambios importantísimos que afectan tanto su estructura corporal como sus órganos sexuales, sus glándulas endocrinas y su psiquismo.

Falta en él un hecho tan objetivo como la menstruación, ya que el semen con espermatozoides normales no es suficiente para señalar, como en aquélla, el momento mismo de la pubertad.

Todos estos cambios son debidos a complejas intervenciones de factores endógenos y exógenos.

No es posible en este trabajo comentarlos en totalidad, sin embargo, queremos señalar hechos, por otra parte bien conocidos, tales como la acción de ciertas circunstancias ambientales, que actuando como estímulos, pueden acelerar, retardar o aún desviar el curso de este período.

Una vez más, vemos que nos acercamos al punto de contacto, donde casi se confunden psiquis y cuerpo.

Mucho se ha discutido este problema y ya existen datos experimentales de cierta importancia, que nos permiten confiar que sea el hipotálamo la región integradora de estos estímulos.

Sabemos, por los últimos trabajos anatómicos,²² que el hipotálamo actúa como centro intermedio entre la corteza y el sistema nervioso autónomo periférico, manteniéndose en contacto con ambos territorios por un sistema fibrilar doble.

Que interviene indudablemente en funciones tales como:

La regulación de la temperatura.

El metabolismo basal.

Funciones endócrinas, las que, a su vez, actuarán sobre el metabolismo hídrico universal, etc.

El sueño y la vigilia.

Por su acción coordinadora entre el sistema nervioso vegetativo y el de relación participa en la regulación neurovegetativa de todos los órganos.

Finalmente, intervienen en la expresión de la emoción.

Si la emoción es un tipo especial de reacción del organismo como totalidad o como unidad integrada desde los más altos a los más bajos niveles,²³ comprendemos cómo se puede influir sobre cualquier punto del organismo a través de la afectividad.

Pero volvamos a nuestro tema, y circunscribámonos, para terminar al término psicológico.

Los psicoanalistas no le han prestado mucha atención al período de la pubertad puesto que todo lo que sucede es el resultado y consecuencia de la forma en que se vivieron las etapas sexuales anteriores.²⁴

El superyo, desarrollado y fortalecido durante el período de latencia se ve amenazado por las fuerzas del Ello que exige satisfacción sexual.

Gran parte de la energía se gasta en esta lucha quedando muy poca disponible para las actividades que antes realizara el niño.

Es en este período en el que el rendimiento disminuye considerablemente y durante el cual el joven adquiere ese aspecto de desorientado y distraído.

Si el superyo logra dominar en esta lucha, la libido regresará a formas superadas —cuidados de higiene y de aspecto personal, preocupaciones alimenticias, etc.— pudiendo quedar fijado allí dónde fué perturbada su evolución.

Si el superyo no logra dominar, la actividad genital será dominante satisfaciéndose con la masturbación o con actos homo o heterosexuales (siempre determinados por el curso y resolución de la situación edípica).

De cualquier manera la función del superyo del adolescente tiende a desplazar fuera del ambiente familiar el objetivo de satisfacción.

Una reaparición del complejo de Edipo deberá culminar en el hallazgo de un objeto de amor en el que pueda volcar su afecto y del que pueda obtener satisfacción sin sentimiento de culpa.

Este camino, que a veces es extremadamente largo y penoso, encuentra en nuestra cultura múltiples deformaciones por una mala adaptación entre las necesidades del joven y sus posibilidades.

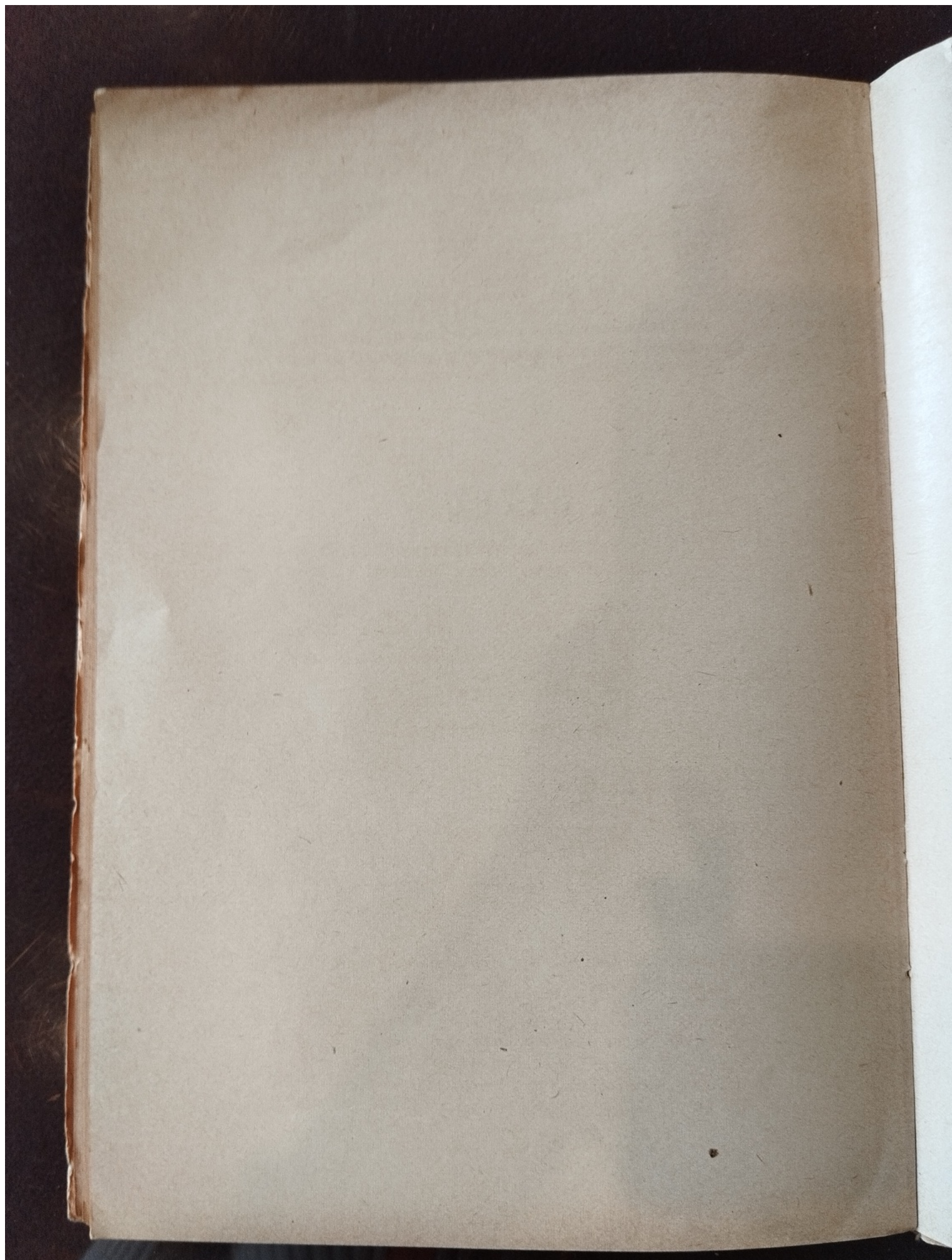
Tal es, a grandes rasgos, el desarrollo psicosexual del niño.

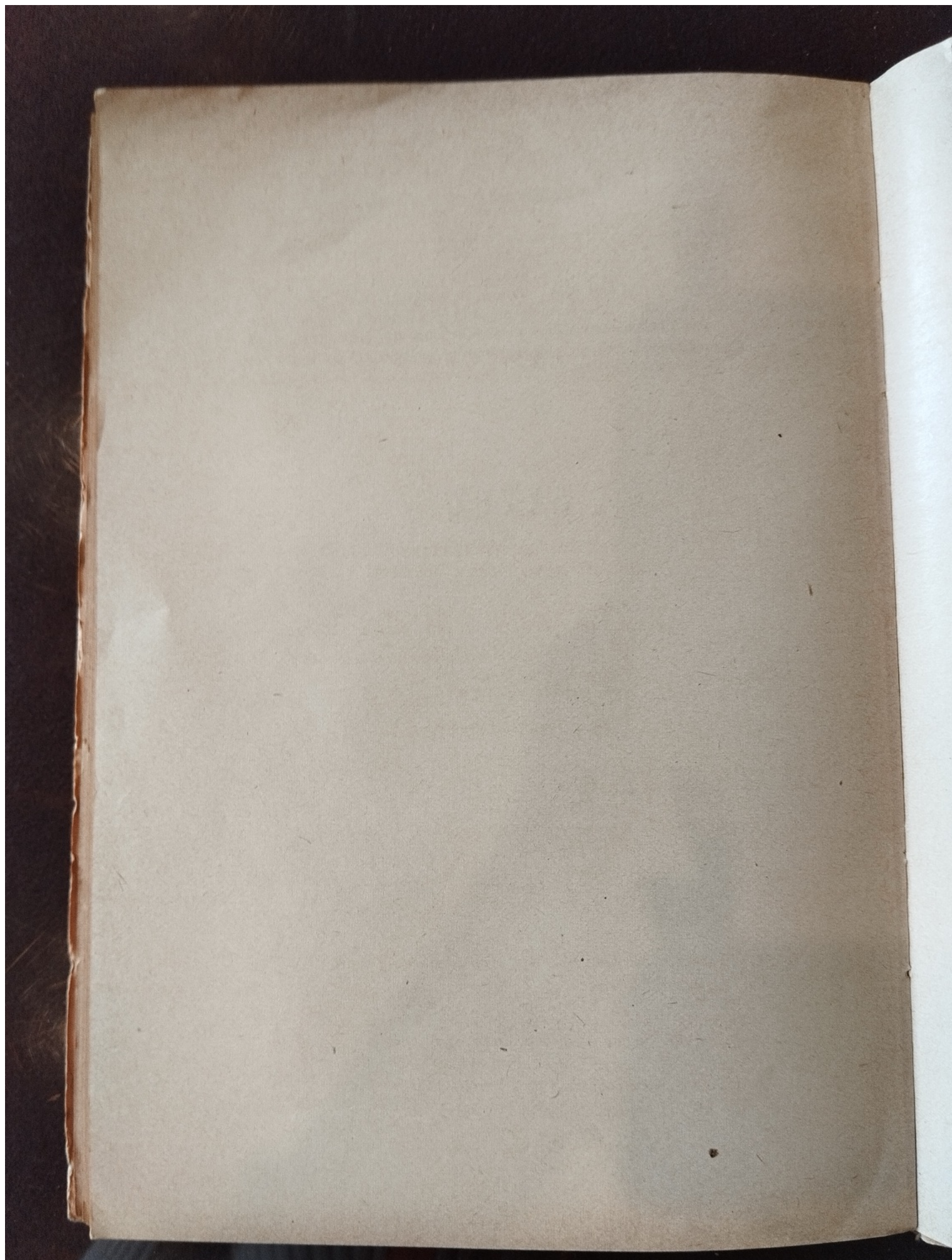
BIBLIOGRAFÍA

1. WERTHEIMER, M.— Untersuchungen zur lehre von der Gestalt. "Biologische Forschungen", 1922.
2. KÖHLER, W.— "Gestalt Psychology", New York, 1929.
3. KOFFKA.— "Principles of Gestalt Psychology", New York, 1936.
4. SEGUIN, A.— "Introducción a la medicina psicosomática", T. Scheuch, S. A., Lima, 1947.
5. MOLL, B.— "Das Sexualleben des Kindes". Citado por B. Malinowski. (17)
6. FREUD, S.— "Introducción al psicoanálisis". Colec. Obras comp., vol. V. Ed. Americana, Buenos Aires, 1943.
7. DAVID LEVY.— Finger sucking and accesory movements in infancy. "American Jour. of Psychiatry", 7: 881; 1928.
8. SPURGEON ENGLISH, G. PEARSON.— "Neurosis frecuentes en los niños y en los adultos". Edición Biblioteca de psicoanálisis. Buenos Aires, 1948.
9. DAVID LEVY.— Experiments on the sucking reflex and social behavior of dogs. "American Jour. of Orthopsychiatry", 4: 203; 1934.
10. DAVID LEVY.— A note on pecking in chickens. "Psychoanalytic Quarterly", 4: 612; 1935.
11. MARGERITE RIBBLE.— The significance of infantile sucking for the psychic development of the individual. "Jour. of Nervous and Mental Disease", 90: 1939.
12. ANNA FREUD, DOROTHY BURLINGHAM.— "Niños sin hogar". Edición Imán. Buenos Aires, 1946.
13. WILLIAM MENNINGER.— Expresiones caracterológicas y sintomáticas relacionadas con la fase anal del desarrollo psico-sexual. "Rev. de Psico-análisis", 6: 616; 1949.
14. SANDOR FERENZI.— "Further contributions to the theory and technic of Psychoanalysis", London, 1926.
15. EDITHA STERBA.— Un factor importante en los trastornos de alimentación en la infancia. "Psychoanalytic Quarterly", X, 369; 1949.
16. RUTH MAC BRUNSWICK.— La fase pre edípica del desarrollo de la libido. "Rev. de Psicoanálisis", 1: 402; 1943.
17. SANDOR RADÓ.— El temor a la castración en las mujeres. "Rev. de Psicoanálisis", 6: 648; 1949.
18. BRONISLAW MALINOWSKI.— "Estudios de Psicología primitiva", Ed. Paidós. Buenos Aires, 1949.
19. ARNALDO RASCOVSKI.— Consideraciones psicosomáticas sobre la evolución sexual del niño. "Rev. de Psicoanálisis", 1: 182; 1943.
20. H. BRUCH.— "J. Pediat.", 19: 365; 1941.

21. HOFFMAN JACOB.— "Female Endocrinology", Saunders Company, 1944.
22. GRINKER, R. y SEROTA, H.— Studies on Cortico Hypothalamic relations in cat and Man. "Journ. of Neurophysiol.", 1938.
23. SOLOMON, M.— "The mechanism of the Emotions". Citado por F. Dumber en Emotions and Bodily Changes, New York, 1943.
24. ANNA FREUD.— "El yo y los mecanismos de defensa", Editorial Paidós, Buenos Aires, 1949.

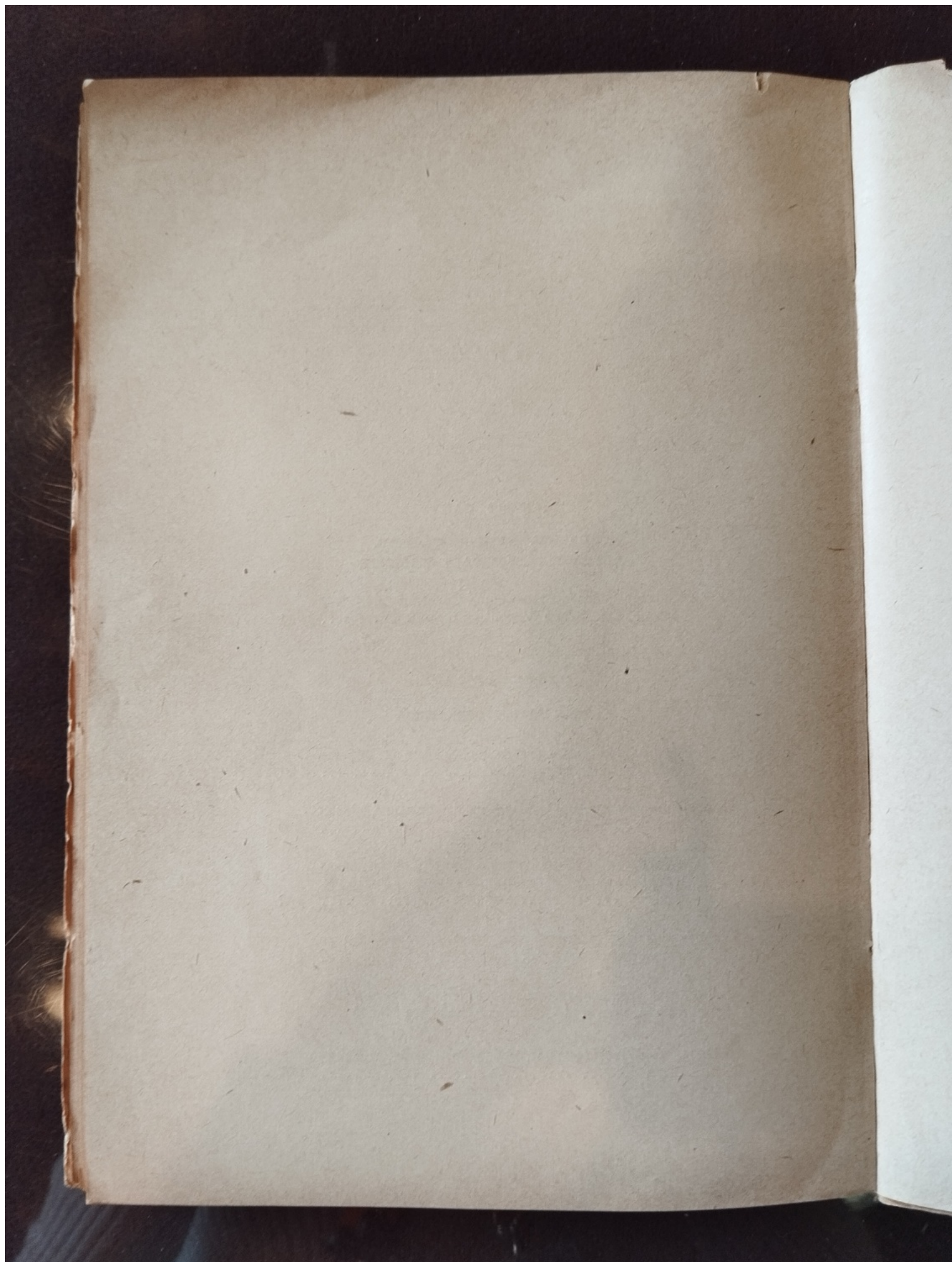
32762

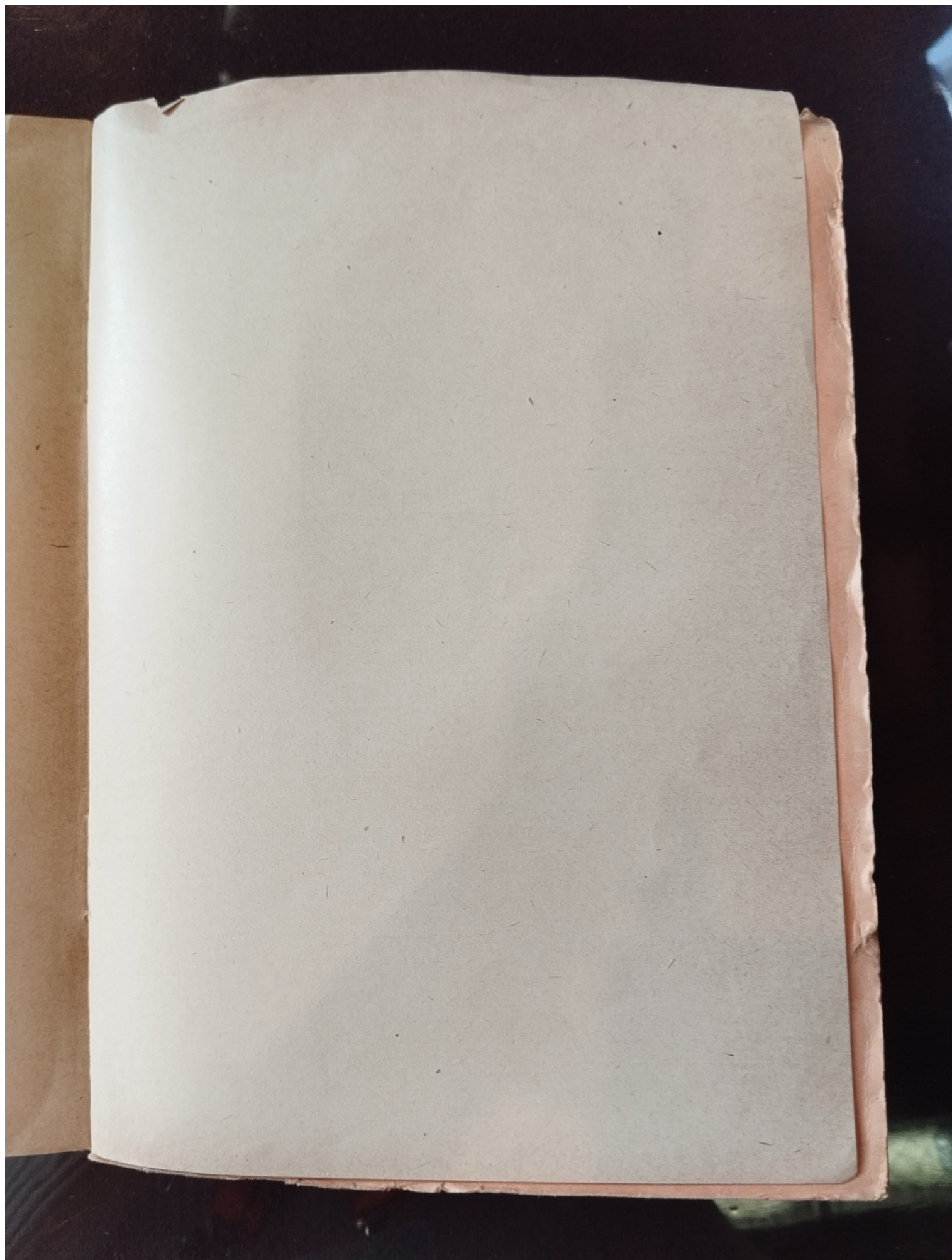




INDICE

	Págs.
PREFACIO	7
PRIMERA PARTE	
CREACIÓN. FUNCIONAMIENTO. ACTUACIÓN TÉCNICA Y DOCENTE	
LA CLÍNICA MÉDICO-PSICOLÓGICA INFANTIL DEL HOS- PITAL "DR. PEDRO VISCA".—Julio R. Marcos ..	11
SEGUNDA PARTE	
PRODUCCIÓN CIENTÍFICA	
PSICOLOGÍA DEL NIÑO EPILÉPTICO.—Julio R. Marcos y Laura Achard de Barbé	41
EXPLORACIÓN DEL DESARROLLO EN LA PRIMERA INFAN- CIA.—Julio R. Marcos	123
LA INTELIGENCIA Y SUS ALTERACIONES. OLIGOFRENIAS VERDADERAS Y SEUDO-OLIGOFRENIAS.—Julio R. Marcos	157
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL NIÑO LISIADO.—Laura Achard de Barbé	175
TÉCNICAS EXPLORATORIAS PSICOLÓGICAS EN LA SE- GUNDA INFANCIA.—Laura Achard de Barbé ...	191
DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL NIÑO.—Luis E. Prego Silva	207





Se terminó de imprimir este libro,
el día 30 de noviembre de 1949, en la
Imprenta "Rosgal", de Hilario Rosillo,
calle Ejido, 1624,
Montevideo (Uruguay).



8

Imprenta ROSGAL
de Hilario Rosillo
Ejido, 1624
Montevideo (Uruguay)