

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESTADO ACTUAL DEL CUIDADO PSIQUIATRICO DEL NIÑO EN GUATEMALA

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

CARLOS HUMBERTO SALGUERO G.

En el Acto de su investidura

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio de 1967

PLAN DE TESIS

PRIMERA PARTE:

Introducción

Historia de la Psiquiatría Infantil y sus alcances.

El personal: El equipo terapéutico.

Programas de tratamiento.

Diagnóstico y Tratamiento

SEGUNDA PARTE:

Material Clínico y Métodos.

Historia de la Psiquiatría Infantil en Guatemala

Centros de Diagnóstico y Tratamiento en Guatemala

TERCERA PARTE:

Resultados y Discusión.

Resumen y comentarios

Conclusiones

Bibliografía.

INTRODUCCION

Desde el inicio de mis prácticas hospitalarias en los Departamentos de Pediatría, he sido testigo de cierto número de niños que además de recibir tratamiento bajo el punto de vista somático, necesitaban asistencia psiquiátrica en una u otra forma. Terminado mi curriculum de estudios, he notado que a este aspecto no se le ha prestado la importancia que merece y que el estudiante de medicina recibe poca orientación y pocos conocimientos de los elementos fundamentales de la psiquiatría infantil. Esta observación también puede hacerse extensiva a los programas de asistencia psiquiátrica con que cuenta el niño en Guatemala.

En el presente trabajo, he decidido hacer un estudio de los centros privados y estatales que se dedican al cuidado del niño bajo el punto de vista psiquiátrico. Se darán las normas de asistencia con las que cuentan los países más desarrollados en este aspecto y luego, enfocaré el panorama nacional. Finalmente, trataré de dar una explicación a nuestras actuales limitaciones en este campo, sugiriendo de paso, algunas mejoras en nuestro sistema actual.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL. SUS ALCANCES

La historia de la psiquiatría infantil es de reciente iniciación. La Psicopatología infantil y la psiquiatría infantil fueron reconocidas como subespecialidades hasta en el siglo presente, después de ser precedidas por las disciplinas que se ocuparan durante el siglo pasado del estudio científico de la infancia, es decir, la Pediatría, la Pedagogía y el Trabajo Social.

En el siglo XVIII, encontramos a la iglesia católica interesada en el problema de la delincuencia juvenil, época en la que trató de manejar la situación por medio de reglas morales. En Australia, en 1,895 y en los Estados Unidos en 1,899 se presentan los primeros casos en que los derechos del niño son defendidos en las cortes judiciales; desde entonces, ya no se vió más al niño como un pequeño animal sino se le empezó a considerar como a un ser humano con algunos derechos; la infancia se transformó en una institución social digna de estudio, comprensión y cuidados especiales.

Binet, Simon, Pestalozzi y otros educadores, elevaron al niño a un nivel más alto de consideración humana y científica. En su afán por comprender los problemas de la niñez, los primeros psiquiatras de niños formados casi todos en la psiquiatría tradicional, trataron más tarde de encontrar en los casos infantiles, las enfermedades mentales que habían aprendido a conocer en el adulto, cuyos síntomas esperaban observar en el niño en una especie de escala reducida; así pues, hasta comienzos del siglo XX, la psiquiatría infantil se limitó al estudio de las encefalopatías infantiles y a lo que Esquirol, a mediados del siglo XX, denominó la locura del niño.

Ha sido sólo en los últimos 30 años que esta rama de la psiquiatría ha llevado a cabo un avance considerable. Poco después que Freud diera a la Psiquiatría su gran ímpetu, muchos de los principios que él enfatizó, fueron utilizados por las personas cuyo trabajo era tratar con niños, -educadores, psicólogos, pediatras y otros-, para dar los primeros pasos en lo que eventualmente vino a constituir la psiquiatría infantil. No fué sino hasta el año 1,959, sin embargo, que en los Estados Unidos, la Asociación Americana de Psiquiatría y Neurología reconoció la Psiquiatría Infantil como subespecialidad oficial y creó las normas de entrenamiento.

La psiquiatría infantil aunque es una subespecialidad de la Psiquiatría general, difiere de la primera en algunos aspectos muy importantes. No es meramente psiquiatría de adultos aplicada a niños. Los aspectos que la hacen original, nacen del hecho que los niños son seres humanos inmaduros que están constantemente creciendo y desarrollando; están continuamente bajo el cuidado de adultos y sus personalidades son moldeadas por éstos. De allí que, si bien el niño nace dentro de su familia provisto de ciertas potencialidades constitucionales, el medio ambiente creado por sus padres en el hogar, determinará de manera importante, para bien o para mal, el desarrollo de su personalidad. Hermanos, abuelos, tíos y tías, amistades cercanas y amigos, pueden ejercer grande o poca influencia sobre el niño en su desarrollo, de manera que, si se quiere efectuar una evaluación concienzuda y exacta del desarrollo emocional del niño, las personalidades de los adultos cercanos a él deberán ser adecuadamente comprendidas.

Otra diferencia en la práctica de la psiquiatría infantil, es el medio de que se vale el médico para obtener información y evaluar el problema del niño. El niño no busca ayuda psiquiátrica por él mismo y muy pocas veces puede verbalizar el hecho de que tiene problemas emocionales. Cuando es llevado al psiquiatra no puede hacer un adulto. Estos factores indican que el psiquiatra infantil no solo debe variar su técnica para llenar las necesidades del niño, sino que también debe tomar en cuenta los adultos que están influenciándolo y que juegan un papel decisivo tanto en los problemas del niño como en su desarrollo general. Necesariamente, gran parte de la historia clínica tiene que obtenerse de los padres y de otras personas que se relacionan con el niño en el ambiente escolar o en otros aspectos de su educación. Lo que se intuye, en lo que respecta a las reacciones emocionales del paciente y a su relación con otras personas, especialmente cuando la edad del niño es muy corta, se deriva de las pruebas psicológicas y del tratamiento por medio de juegos, en los que el niño expresa sus fantasías en forma de actos. Debido a que es necesario obtener información de la vida intelectual y emocional del niño, por medio de los padres, de las instituciones sociales y a través de un examen psicológico, es imprescindible que la habilidad del psicólogo clínico y de la Asistente Social Psiquiátrica complementen el trabajo del psiquiatra pediátrico. Además, cuando se prescribe tratamiento, se debe tomar en cuenta a las personas importantes en el ambiente del niño, tanto como al niño mismo. El desenlace de un problema particular depende en gran parte de la estructura familiar de la que proviene el niño. Hay algunos síntomas que la familia fomenta. En tales circunstancias, fracasan los esfuerzos encamina-

los a comprender y modificar la conducta del niño, a menos que también se incluyan en el tratamiento los miembros importantes de la familia.

La psiquiatría infantil se ocupa de las alteraciones en la conducta, de los rasgos insatisfactorios del carácter, de las alteraciones psicógenas en las funciones psicológicas y de las formas de reacción psiconeurótica o psicótica que son características de una edad más avanzada, así como de las reacciones delirantes, de la epilepsia, la parálisis general juvenil y las consecuencias de las enfermedades cerebrales orgánicas. Cualquiera que sea el tipo de trastorno o su etiología, hay que reconocer que las tendencias del niño, que le hacen imposible llevarse bien con otras personas o impiden que éstas se lleven bien con él, son problemas de salud mental; en consecuencia, dichas tendencias no deben manejarse con actitud de desaprobación moralista. El niño es una personalidad cambiante; necesita recibir afecto, comprensión, seguridad y disciplina, y necesita también ser estimulado por el éxito y la aceptación social; sólo así puede progresar su crecimiento emocional en una forma natural y espontánea. También es necesario que el niño sienta satisfacción en su relación con sus padres, que desarrolle el sentimiento de que puede provocar amor, que su individualidad sea respetada por sus padres y que tenga confianza en su propia fuerza y en su capacidad como persona con derechos propios. Las adaptaciones de la niñez a veces se originan por una sola causa, pero lo más frecuente es que surjan de la acción combinada de varios factores, especialmente de tipo emocional y circunstancial; otras veces su origen es un defecto intelectual u otro tipo de defecto constitucional; aunque no se debe tratar de simplificar el problema tratando de explicarlo mediante una sola fórmula. Tal vez sea más razona-

ble suponer que en muchas desadaptaciones de la niñez, las relaciones humanas han actuado como un factor etiológico importante a través de su influencia sobre la personalidad que se está desarrollando. De todas estas relaciones, la que se establece entre los padres y el niño es la que con mayor frecuencia origina el problema⁽²³⁾

Especial consideración se debe dar a determinadas y especiales circunstancias que pueden marcadamente influir en el desarrollo emocional del niño; factores que pueden hacer la vida de un niño diferente de la del promedio de niñez que crecen en un hogar intacto con sus propios padres. Algunas de estas circunstancias, son hasta cierto grado inevitablemente traumáticas para el crecimiento emocional del niño, mientras que otras, serán de mal pronóstico únicamente si ellas no son manejadas apropiadamente. Ejemplo de ello son los casos de desintegración del hogar; la ilegitimidad, la adopción, los hogares sustitutos, el divorcio y los orfanatorios.

Dentro de las consideraciones de la psiquiatría infantil, la adolescencia juega un papel muy importante y comprende, el período de vida que se inicia con la pubertad y termina con la adquisición de la madurez tanto física como emocional.

La evaluación de la personalidad del adolescente es difícil debido a las peculiaridades de esta fase. Un joven puede parecernos maduro en un momento e inmaduro en el otro. Su manera de vestir o hablar, que un adulto puede encontrar raro, puede reflejar sencillamente al grupo al cual pertenece. En un momento puede presentar evidencias de sintomatología neurótica y poco después, verse libre de tales síntomas.

Uno de los criterios más importantes para juzgar la personalidad del adolescente es la historia de su desarrollo pre-adolescente. Si sus años prepuberales han sido pesados en un ambiente normal y saludable y ha demostrado evidencias de ajuste adecuado de la personalidad, las probabilidades son que no presentará dificultades emocionales serias durante su adolescencia. Si durante sus primeros años, el adolescente ha dado muestras de problemas emocionales, durante los años de la adolescencia, estas dificultades son exageradas y en este caso el pronóstico es menos favorable; de ellos se desprende que, una evaluación completa de la personalidad de un adolescente requiere una determinación de las actitudes y personalidades de sus padres.

Según English y Pearson, (7) el adolescente debe conquistar cuatro metas: 1) La emancipación de sus padres; 2) La obtención de una orientación heterosexual adecuada; 3) Tener una vocación (de una manera muy general); 4) La integración de su personalidad, de manera que pueda aceptar responsabilidades maduras y altruísticas con su sociedad.

También durante el período de la adolescencia existen desórdenes de tipo psiquiátrico, los cuales son descritos en los libros de texto. Existen sin embargo, desórdenes de la personalidad que merecen mención especial; entre ellos, la delincuencia proque va asociada con la adolescencia. El comportamiento delincuente es contrario a las reglas y normas de la sociedad no aprueba y, en este caso, la delincuencia es más bien un término legal que médico. Si el adolescente se sitúa fuera de los límites morales normales de su sociedad, particularmente si entra en contacto con la ley, se

le llamará delincuente. Existen dos tipos de delincuencia bajo el punto de vista médico y son: la Interna y la Externa. La primera es parte de la psicopatología de la adolescencia; la segunda, está determinada por el medio ambiente en que vive y se desembuelve el adolescente. En ambos casos, el enfoque terapéutico es de vital importancia tanto bajo el punto de vista psiquiátrico como social; muchos de estos niños son enviados al reformatorio en donde lejos de ser comprendidos se les abandona, con el resultado que al reintegrarse a la sociedad, muchos de estos jóvenes se convierten en criminales adultos.

El conocimiento de los problemas de los niños, tan diferentes de los adultos, la influencia que el medio ambiente y la familia tiene sobre él, el hecho de que su personalidad está menos estructurada y que de una etapa del crecimiento a la otra, muestra rápidas modificaciones en su conducta, hace necesario que el enfoque terapéutico sea también original, que los sistemas de terapia varíen haciendo necesario el uso de personal especializado y de centros adaptados a hacer frente a los problemas de ellos.

EL PERSONAL: EL EQUIPO TERAPEUTICO

Si bien es cierto que el tratamiento psiquiátrico es tanto especial como complejo, se puede decir que casi todo médico hace psicoterapia en su trabajo diario, aunque no se dé cuenta de ello. Escucha, da consejos y trata a sus pacientes. Sus relaciones con ellos contienen los elementos básicos de la psicoterapia. Todo médico o profesional que trata con el desarrollo emocional del niño, debe ser un estudiante de la personalidad humana y de las relaciones humanas.

Muchos médicos fuera del campo de la psiquiatría están temerosos de que, cualquier intento de su parte de comprender o ayudar a niños emocionalmente alterados va a intensificar aún más los problemas y quizá los lesionen permanentemente; sin embargo, si el médico es maduro, intuitivo o interesado, sus esfuerzos con toda probabilidad beneficiarán al paciente; de esto se deduce que, el instrumento básico en la indumentaria de un buen psicoterapeuta, es la madurez y la estabilidad de su propia personalidad.

Existen diversos tipos de personal terapéutico cuyo entrenamiento los ha preparado para tratar con varios aspectos de las alteraciones emocionales en los niños y sus familias. Aquellas personas que han sido entrenadas en aspectos especializados del problema total, a menudo trabajan juntos, en equipo con individuos de otras disciplinas. Los grupos que mayormente intervienen en el tratamiento del niño con problemas emocionales son los médicos generales, los pediatras, los psiquiatras, los asistentes sociales y los psicólogos. Los médicos generales y los pediatras comprenden la mayor parte pues es a ellos a quienes la familia busca cuando se presentan problemas y ellos son las personas que en la mayoría de los casos determinan si los problemas emocionales del niño son de naturaleza tal, que hacen necesario la intervención más especializada.

El psiquiatra es un médico cuyo adiestramiento especializado lo provee de los conocimientos necesarios para comprender los problemas emocionales y las técnicas para tratarlos. Sin embargo, es común en todas las partes del mundo que la mayoría de los psiquiatras limitan su práctica al tratamiento de adultos y comparativamente sólo un pequeño número se dedican a entrenarse en las técnicas para el tratamiento del niño.

El psicólogo, es un individuo que estudia y mide las diversas características de la personalidad de individuos y grupos. En el campo infantil, su entrenamiento fundamental reside en la medición de los diversos perfiles de la personalidad y está particularmente bien entrado para efectuar pruebas, para observar y comprender a los niños. Algunas de estas pruebas que utiliza están orientadas primariamente hacia la medición de las funciones intelectuales del niño y otras, hacia algunos aspectos especiales de la personalidad del niño. El psicólogo bien preparado, utilizará aquellas pruebas que serán de mayor utilidad en proveer una evaluación adecuada del niño y, como miembro del equipo terapéutico agrega sus descubrimientos a los resultados obtenidos por el psiquiatra y a los del asistente social. Además de efectuar pruebas, el psicólogo puede hacer psicoterapia con niños siempre que haya tenido un entrenamiento adecuado. Usualmente se recomienda que el tratamiento que esté preparado a efectuar, se haga en asociación o bajo la guía de un psiquiatra o de un medico general. Esto se debe a que el psicólogo no está entrenado en medicina y por lo tanto, no está preparado para asumir la responsabilidad del cuidado de un paciente que tiene o puede desarrollar problemas físicos que pueden exagerar y complicar las dificultades psicológicas.

El asistente social o trabajador social, ayuda al individuo a ajustarse a su familia, a su comunidad y a su sociedad. La labor del trabajador social ha ganado importancia en años recientes hasta el punto que ha desarrollado sub-especialidades; de manera que, como resultado, también existe el asistente social psiquiátrico. El entrenamiento del asistente social no pone énfasis en

psicopatología intrapsíquica aunque sus cursos sí cubren esta área. El asistente social es el tercer miembro del equipo de trabajo de las clínicas, de los hospitales psiquiátricos y de las clínicas de orientación infantil y trata los problemas, tanto prácticos como emocionales de las familias. Su contribución es la de asistir a la familia orientándola hacia una relación más armoniosa que entonces contribuirá a la higiene mental de los niños. El trabajo de equipo es un método bastante utilizado que coordina las diferentes cualidades del psiquiatra, del asistente social psiquiátrico y del psicólogo. Este sistema es utilizado en los centros que tratan niños con problemas de tipo emocional.

LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

Existen ciertos principios fundamentales que rigen la planificación de los servicios psiquiátricos, los cuales damos a continuación. (1)

- 1o. Los niños emocionalmente alterados pueden ser ayudados en una forma más efectiva o adecuada en aquellas comunidades que tienen un margen amplio de facilidades educacionales, preventivas, diagnósticas y de tratamiento que en aquellas comunidades en las que el margen es más estrecho o con marcada escasez de dichas facilidades.
- 2o. Los servicios que se le presten al niño en etapas tempranas de sus alteraciones emotivas son generalmente más efectivos, de más corta duración, y tienen resultados más favorables que los que se dan a niños de mayor edad y más alterados emocionalmente, por lo que a la larga son menos costosos.
- 3o. La continuidad del tratamiento para cada niño y su familia debe ser una premisa esencial en la organización de los programas.

la psicopatología intrapsíquica aunque sus cursos sí cubren esta área. El asistente social es el tercer miembro del equipo de trabajo de las clínicas, de los hospitales psiquiátricos y de las clínicas de orientación infantil y trata los problemas, tanto prácticos como emocionales de las familias. Su contribución es la de asistir a la familia orientándola hacia una relación más armoniosa que entonces contribuirá a la higiene mental de los niños. El trabajo de equipo es un método bastante utilizado que coordina las diferentes cualidades del psiquiatra, del asistente social psiquiátrico y del psicólogo. Este sistema es utilizado en los centros que tratan niños con problemas de tipo emocional.

LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

Existen ciertos principios fundamentales que rigen la planificación de los servicios psiquiátricos, los cuales damos a continuación. (1)

- 1o. Los niños emocionalmente alterados pueden ser ayudados en una forma más efectiva o adecuada en aquellas comunidades que tienen un margen amplio de facilidades educacionales, preventivas, diagnósticas y de tratamiento que en aquellas comunidades en las que el margen es más estrecho o con marcada escasez de dichas facilidades.
- 2o. Los servicios que se le presten al niño en etapas tempranas de sus alteraciones emotivas son generalmente más efectivos, de más corta duración, y tienen resultados más favorables que los que se dan a niños de mayor edad y más alterados emocionalmente, por lo que a la larga son menos costosos.
- 3o. La continuidad del tratamiento para cada niño y su familia debe ser una premisa esencial en la organización de los programas.

4o. Aunque la investigación y la creación explorativa son vitales, las facilidades existentes no deben ser abandonadas prematuramente en favor de otras nuevas, que quizá son más de tipo experimental.

En los programas de higiene mental de la comunidad se ha desarrollado el concepto que las facilidades que ofrecen los hospitales para enfermos mentales y los restantes servicios aportados por la comunidad son componentes funcionales que trabajan en una forma unificada. Un programa central coordina los esfuerzos de la comunidad para poder ofrecer servicios de diagnósticos y tratamiento y para reducir y prevenir las enfermedades mentales. En todos estos casos, el psiquiatra infantil debe tomar parte, junto con otros profesionales, en la planificación del programa. El principio básico sobre el cual descansa todo el programa de higiene mental de la comunidad que el paciente debe recibir el tratamiento más adecuado, en el momento más oportuno y en el lugar más apropiado es obviamente tan aplicable a niños con trastornos de la conducta y/o retrasados mentales, como lo es para los adultos.

La planificación de los servicios de tratamiento se efectúa tomando en cuenta evaluaciones y estudios diagnósticos detallados. El diagnóstico psiquiátrico del niño comprende la consideración de su salud física, su estado neurológico además de comprender las normas de su funcionamiento social, emocional e intelectual. De allí que, el trabajo del tradicional equipo psiquiátrico-psiquiatra, psicológico y asistente social debe ser complementado por otros profesionales. Pediatras, Neurólogos y otros consultantes médicos deben ser involucrados y las observaciones de enfermeras especializadas en salud pública, educadoras y todos aquellos que están familiarizados con el ambiente familiar del niño y su escolaridad deben ser utilizados.

El grupo socio-económico bajo con sus problemas familiares y sus niños desprovistos de contacto con mejores ambientes sociales y culturales, tienen necesidades a las cuales deben de ser adaptados muchos servicios. Para efectuar un trabajo efectivo con estos niños, es necesario un enfoque múltiple y una colaboración estrecha con escuelas, tribunales para menores, tribunales familiares, agencias de bienestar social y jardines de infancia, etc.

Lo importante en el niño emocional alterado sin importar que los padres estén o no motivados para buscar ayuda es llegar a él. En realidad, debe buscársele en donde esté; en el jardín de infancia, en las escuelas, en las guarderías, en los hospitales pediátricos, las agencias sociales o en cualquier otro centro estatal y privado y debe prestársele la ayuda apropiada a él y a su familia. Tales pasos, con verdaderas implicaciones preventivas, pueden efectuarse por medio de normas cuyo fin es la coordinación de los diferentes servicios disponibles. La meta final, en cualquier tipo de asistencia psiquiátrica es obviamente la prevención de las enfermedades emocionales de la infancia no sólo para evitar el padecimiento, sino también para promover la salud mental. La prevención primaria que promueve la reducción de la incidencia de los problemas emocionales en los niños se hace en el trabajo de consulta con tales facilidades como las clínicas prenatales, jardines de infancia, guarderías, escuelas primarias y secundarias. La prevención secundaria que trata de la detección rápida del inmediato tratamiento, se efectúa por medio de la consulta psiquiátrica en crisis situacionales y cuando el niño se encuentra con problemas de tipo emocional. La prevención terciaria se efectúa limitando las deficiencias presentes en las enfermedades emocionales crónicas a través de la rehabilitación

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Tanto en los países europeos como en los Estados Unidos, los diversos tipos de facilidades diagnósticas y los tratamientos ponen especial énfasis en tratamientos a corto plazo. Nuevos métodos se están desarrollando para tratamiento en corto tiempo que va de semanas a meses tanto en los servicios internos como en los externos con algunas indicaciones y contraindicaciones tomadas en cuenta. Tratamiento intensivo de larga duración de 1 a 2 años, sin embargo, está indicado en determinados casos. El tratamiento es muchos más rápido cuando los problemas reciben atención temprana en una comunidad que disponga de un número variado de facilidades para los niños. Las normas de coordinación y colaboración varían de acuerdo al tipo de ayuda particular que le puede ofrecer al niño y los objetivos y metas que el tratamiento se propone. Dentro de límites amplios, la estructuración del equipo terapéutico depende de la naturaleza de la patología del niño y del lugar en donde será mejor tratado. De la misma manera la dirección del equipo terapéutico y las funciones de los miembros de éste también varían. En lugares en donde las metas predominantes son médicas, que comprenden la interpretación de datos diagnósticos de tipo físico, neurológico y psicológico que llevan hacia un planeamiento apropiado de tratamiento, el psiquiatra infantil generalmente es quien lleva las responsabilidades del equipo. El coordina las contribuciones de las otras disciplinas para poder instalar normas de trabajo de colaboración durante las fases del tratamiento. En otros centros, por ejemplo en un centro de tratamiento residencial para niños emocionalmente perturbados, sin problemas físicos o neurológicos, una

asistente social especializada o un psicólogo preparado pueden ocupar este puesto. En tales circunstancias, el psiquiatra infantil puede ofrecer servicios de consulta, diagnóstico y tratamiento y junto con otras disciplinas puede participar en el establecimiento de un medio terapéutico y actividades psicoterapéuticas para niños y familiares.

LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO

A) Servicios externos:

Los servicios externos de tratamiento, centralizados en lo que se conocen como clínicas de orientación infantil, han sido los puntos de partida para lanzar el ataque a los problemas mentales y emocionales de la niñez y es el lugar óptimo para iniciar este tipo de programas, ya sea que estén apoyados por el estado o bien sean de tipo privado. Además de proveer medidas de consulta y de diagnóstico, estas clínicas deben proveer un amplio margen de modalidades que estén de acuerdo al tipo de actividad que llevan a cabo. Niños que pueden ser vistos en una forma apropiada en estos servicios, incluyen aquellos con problemas o desórdenes de conducta leves o serios; muchos niños con lesión cerebral y niños retrasados con problemas emocionales. Los tipos de tratamiento que es deseable ofrezcan son, psicoterapia individual para niños, actividades de grupo para niños, terapia de entrevistas para adolescentes y familiares, terapia familiar si está indicado, terapia medicamentosa, guía vocacional, tratamientos a corto o a largo plazo. Las clínicas de orientación infantil también son como fuente para referir a otros lugares de tratamiento cuando el caso lo amerita, incluyendo centros de tratamiento diurno, internamiento hospitalaria u otros centros que puedan

tratar óptimamente el problema específico del niño. El servicio también debe proveer tratamiento para aquellos niños que les han dado de alta de los servicios internos.

Los centros de orientación infantil tienen como finalidad fundamental mejorar la adaptación de los niños a su ambiente inmediato, interesándose sobre todo por sus relaciones afectivas y sociales, a fin de permitirles sacar mayor provecho posible de sus aptitudes individuales. Teniendo en cuenta la falta de madurez de los niños y, por consiguiente, sus posibilidades de desarrollo natural, se trata sobre todo de ayudarles a adaptarse y no sólo de darles consejos precisos. La orientación infantil moderna ha introducido el principio de la modificación del medio en los programas terapéuticos aplicables a los trastornos emotivos y a los trastornos del comportamiento en la infancia; también considera que no sólo necesita asistencia el niño sino toda su familia. El aporte diagnóstico debe versar sobre la familia, previo examen de cada uno de sus miembros, considerados a la vez por separado y en sus relaciones con los demás. Es la familia la que necesita un tratamiento individual y colectivo, que tenga en cuenta la complejidad de la acción recíproca entre los individuos y el medio.

Un hecho generalmente admitido es que el equipo de orientación infantil lo forman esencialmente tres especialistas cuya colaboración es indispensable para el estudio y el tratamiento de cada caso: un psicólogo, un asistente social y un psiquiatra.

En realidad, por su formación médica, psiquiátrica, a veces pediátrica y con frecuencia psicoanalítica, el especialista en psiquiatría infantil desempeña

la función más importante dentro del equipo; es igualmente quien en la mayoría de los casos aporta las interpretaciones mas globales y más próximas a los criterios psicológicos que son los que en definitiva deben inspirar la labor de los centros en relación con los niños. Aunque la realización de las entrevistas con los padres y con las personas que forman el medio familiar del niño incumbe principalmente al asistente social, el psiquiatra, por su especial conocimiento de los problemas en las relaciones humanas, debe tener también entrevistas clínicas con los niños y sus padres.

El psicólogo: su misión consiste en practicar con su método personal el examen de los niños. Los exámenes psicológicos son siempre prolongados y para practicarlas pruebas, sobre todo las denominadas de proyección, es indispensable poseer una formación técnica y una experiencia muy completa.

El asistente social: en los países de cultura latina casi siempre es una mujer, designada con la expresión "asistente social" ó "trabajadora social".

Las tareas sucesivas del asistente social en la clínica de orientación infantil son:

- a) En la fase preparatoria suele ser el primero que entra en contacto con la familia y el niño. Debe cerciorarse que se trata realmente de un caso que el centro puede resolver. En esa fase puede formarse ya una idea acerca de la situación del enfermo y de su medio ambiente.
- b) Durante la elaboración del diagnóstico, el asistente social aporta una contribución importante a la anamnésis. Las informaciones que proporciona proceden de diversas fuentes:

- 1.o Contactos personales con el niño.
- 2o. Contactos con las personas que rodean al niño, bien en el mismo centro, bien mediante visitas a domicilio.
- 3o. Datos recogidos en la encuesta sobre el ambiente del niño y de la familia (autoridades escolares, organismos tutelares, policía y tribunales, sociedades recreativas, vecinos).

Al mismo tiempo el asistente social trata de formular sus opiniones y sus juicios, desde el doble punto de vista del niño y de su ambiente.

- c) En la fase terapéutica, puede decirse que en principio la misión esencial del asistente social consisten en el tratamiento del medio ambiente: es decir, en el trabajo necesario para modificar los elementos exteriores o la actitud de otras personas para con el niño.

Por otra parte, durante el tratamiento y durante la psicoterapia, en particular, el asistente social debe influir sobre la actitud de los padres y del medio ambiente en el sentido más amplio de la palabra.

- d) Al finalizar el tratamiento, el asistente social mantiene los contactos con la familia y el niño. Su misión consiste en seguir de cerca los casos tratados y hacer las investigaciones que permitan evaluar los resultados de la acción del centro.

Sobre el trabajo de equipo debe basarse toda la acción diagnóstica y terapéutica de los centros de orientación.

Además del equipo básico formado por el psiquiatra, el asistente social y el psicólogo, diversos técnicos pueden colaborar en el diagnóstico y en la terapéutica. Su número y la importancia de sus actividades dependerán de la amplitud de la labor del centro. Puede ser útil recurrir a los siguientes técnicos: El

psicoterapeuta, el pedagogo especializado, el reeducador de la motricidad y el reeducar del lenguaje. (4)

Clasificación de los trastornos observados y tratados en los centros:

Aunque no hay una nomenclatura aceptada internacionalmente o aceptada por la generalidad de los autores, una comisión de nomenclaturas, reunida con ese fin dentro de la sección de psiquiatría infantil del primer Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en París en 1950 llegó a las conclusiones siguientes:

En la clasificación siguiente, se han excluido las psicosis y los trastornos del comportamiento, debidos a la simple deficiencia intelectual.

- I. Trastornos sintomáticos de procesos orgánicos.
- II. Trastornos graves del comportamiento, de tipo psicopático y de aparición precoz
- III. Trastornos de tipo neurótico.
- IV. Estados reaccionales simples.

La comisión se ha ocupado, por otra parte, de los aspectos sociales de los trastornos del comportamiento. Habiendo llegado a la conclusión de que era imposible establecer una clasificación semejante a la anterior, se ha estimado, sin embargo que la distinción siguiente podría ser útil:

Inadaptación familiar

Inadaptación escolar.

Inadaptación social (refiriéndose a la sociedad organizada en general)

La comisión subraya el hecho de que existen casos en los que la inadaptación depende sólo de la estructura del medio.

En el niño, la intensidad de esas manifestaciones puede aparecer en diversas formas: tensiones, conflictos, reacciones, inadaptaciones persistentes.

El tratamiento en las Clínicas de Orientación Infantil:

Básicamente, dejando aparte el tratamiento medicamentoso, los métodos terapéuticos para los trastornos del comportamiento del niño pueden clasificarse en 3 grupos principales:

- 1) Métodos psicoterápicos que tratan de modificar la personalidad de manera que favorezca el desarrollo armonioso del niño y mejore su comportamiento. En algunos casos, esos métodos tratan de suprimir alguna de las causas profundas de los trastornos, incluso cuando aquellas son muy antiguas; (19) (20)
- 2) Métodos que tratan de modificar las causas inmediatas de perturbación que existen en el medio ambiente del niño. Entre ellos se encuentra la labor terapéutica que se efectúa en los miembros de la familia del niño. (19) (20) (22)
- 3) Medidas terapéuticas que tratan de mejorar la adaptación del niño al medio, mediante la experiencia directa y que suelen agruparse bajo la denominación de terapéutica del medio.

La psicoterapia infantil utiliza dos recursos distintos que son, medios ligados a la expresión y medios ligados a las relaciones (28). Los métodos de psicoterapia que se utilizan en los centros de orientación son:

1. La terapéutica individual.
2. La terapéutica de grupo.
3. Otras escuelas psicoterápicas como son:

- a) Psicoanálisis infantil,
- b) La psicoterapia "no dirigida de Rogers" que se practica en curas individuales o colectivas,
- c) Los métodos de sugestión y de ejercicio (utilizables sólo en mayores de 16 años).

A la familia de los niños enviados al centro pueden aplicarse cuatro métodos psicoterapéuticos para tratarla y son:

Los consejos

La terapéutica de contacto o de sostén

Las psicoterapias sistematizadas

Las psicoterapias de grupo. (10)

Un hecho de relevante importancia es la frecuencia numérica de los trastornos con que el centro tiene que tratar. Por las observaciones efectuadas en las clínicas de orientación en Europa y en los Estados Unidos, podemos decir que los niños que necesitan tratamiento se dividen en 2 grandes grupos: Los niños con retraso mental y los que padecen trastornos de la conducta o del comportamiento.

Evidentemente en el primer caso se encontrará un gran número de niños retrasados. Por consiguiente, todo centro de orientación infantil debe preparar un plan de acción destinado a los niños deficientes. Este plan habrá de tener en cuenta los servicios disponibles en las organizaciones educativas locales y decidir cuáles son los casos que el centro debe aceptar. Esta decisión dependerá a su vez de las disponibilidades de personal técnico en el mismo centro,

refiriéndolos a otros centros especializados para el efecto y que trabaje a otros centros especializados para el efecto y que trabaje dentro de la unidad de trabajo ya mencionada anteriormente.

La selección de los casos se hace de acuerdo a las posibilidades del centro y con arreglo a un sistema de admisión.

Dentro de la labor de prevención en la comunidad pueden utilizarse numerosos métodos, entre los que se menciona, las conferencias públicas, la prensa, las conferencias públicas, los libros, los folletos, la radio, la televisión y el cine; estos últimos pueden ser especialmente útiles para inculcar en los niños los principios de la salud mental.

De un modo general, puede afirmarse que los esfuerzos deben tender sobre todo a la difusión de los conocimientos indispensables relativos al desarrollo normal del niño y a los principios pedagógicos, con objeto de evitar errores de educación, en segundo lugar, es preciso que la educación, partiendo de los conocimientos adquiridos sobre el desarrollo normal, trate de hacer comprender y reconocer los primeros síntomas de las dificultades mas frecuentes que presentan los niños y que pueden provocar algunos de los trastornos que exigen la intervención de un centro de orientación infantil.

Dimensiones e instalación interior del Centro:

En principio, todo centro debe poseer varias habitaciones para la psicoterapia individual así como algunas aulas más amplias para la terapia de grupo y para las reuniones de los grupos de padres; es preciso que las salas sean bastante numerosas para que cada especialista disponga de una.

Hay que proveer por otra parte, una sala de espera para los padres y los

niños y otra para las familias que acuden por primera vez. También habrá que reservar un espacio suficiente para clasificar y conservar los expedientes. Las restantes instalaciones como salón de conferencias, sala de juegos para niños, se hará de acuerdo a las posibilidades económicas del centro.

Como ejemplo de las diversas clínicas de orientación infantil que pueden existir están:

La clínica de Hampstead (3), este es un centro psicoanalítico de Londres dedicado sobre todo a las investigaciones y a la formación profesional en materia de estudio y tratamiento del niño, en la que se lleva a cabo la evaluación diagnóstica y el tratamiento psicoanalítico intensivo de un grupo considerable de niños.

Difiere de las clínicas de orientación infantil tradicionales en su tendencia, que es exclusivamente psicoanalítica. Es la única clínica en la que el tratamiento consiste fundamentalmente en un psicoanálisis completo.

CENTROS DE TRATAMIENTO DIURNO®. (1)

Estos centros de tratamiento fueron designados para niños que necesitan un tratamiento más variado y más específico que el que puede ofrecer la clínica de orientación infantil pero que a su vez no necesitan tratamiento en un centro de internamiento. Algunos de estos niños no pueden adaptarse o desenvolverse en un centro escolar, aunque sí lo pueden hacer en su casa. Pueden ser manejados y ayudados por medio de un programa detallado y continuo. El tratamiento de estos niños puede ser de tipo medicamentoso, así como formas especiales de terapia individual y de grupo para él y sus padres, ya los niños se quedan por

períodos cortos de tiempo, generalmente meses, pero por períodos mayores también si es necesario.

Puede también servir como fuente de tratamiento para aquellos niños que egresan de servicios internos o que provengan de otros centros de tratamiento.

CENTROS DE TRATAMIENTO NOCTURNO: (1)

Los programas de cuidado diurno pueden ser llevados a cabo por unidades de centros de internamiento. Algunos de estos centros ofrecen "cuidados nocturnos" para niños que pueden estar en programas de cuidado diurno o en escuelas públicas durante el día. En cualquier tipo de manejo, debe de existir gran flexibilidad de transferencia de un tipo a otro, de manera que el niño utilice al máximo sus capacidades sociales y su autoridad conforme éstos se desarrollan.

SERVICIOS INTERNOS DE TRATAMIENTO:

Los niños deben de internarse para tratamiento únicamente cuando es absolutamente necesario, puesto que esto implica su remoción del hogar y mas a menudo de su comunidad. Este tipo de tratamiento debe puntualizarse, debe formar parte de los servicios coordinados de tratamiento que trabajan como una unidad; se puede decir que éste es el tratamiento ~~electivo~~ cuando se han considerado ciertos criterios, entre ellos los siguientes: (1)

1. La severidad de los problemas emocionales del niño. Si va a necesitar y si se va a beneficiar de las condiciones especiales de vida que se le puede prestar en un centro residencial.

2. La severidad de los problemas familiares. Si existe una relación padre-hijo emocionalmente destructiva, o una relación precaria entre los padres en las cuales el niño es utilizado inconscientemente para preservar el equilibrio, o para complacer las necesidades patológicas de los padres.
3. La naturaleza del comportamiento de del niño en la comunidad. Si presenta un comportamiento marcadamente destructivo y peligroso para él y para otros.
4. La severidad de los problemas escolares del niño. Si tiene una deficiencia para aprender, y si es una influencia destructiva para otros niños.

Además de los criterios anteriormente enumerados, todavía nos queda aquel grupo de niños severamente alterados emocionalmente cuyo comportamiento es tan bizarro o tan difícil de manejar que necesitan hospitalización psiquiátrica. Estos pacientes se beneficiarían grandemente con tratamientos que van de semanas a meses de duración. Con tratamiento de corto tiempo y con ayuda apropiada a la familia, tales niños pueden regresar a sus hogares para seguir su tratamiento en los Centros Diurnos o en las clínicas de orientación infantil. Los tratamientos de larga duración van desde un año o más en tiempo (distancia para aquello que no responden al tratamiento). Algunos niños, debido a la severidad de su enfermedad mental, desafortunadamente requieren cuidados por muchos años, a veces hasta que llegan a la madurez o aún más. Para estos pacientes existen 2 programas de tratamiento hospitalario, que son:

16. Los centros residenciales de tratamiento, y
26. Las unidades de tratamiento en hospitales.

Según estos criterios, sólo niños con problemas severos de conducta deben de ser tratados en hospitales psiquiátricos infantiles. Los programas de tra-

tratamiento residencial pueden efectuarse en centros independientes, en unidades de hospitales, privados o públicos, u hospitales universitarios.

Los centros de tratamiento residencial de reciente creación en los Estados Unidos y países europeos aceptan a niños con problemas emocionales severos y enfermedad mental moderada a quienes, se cree, se beneficiarán de este enfoque, generalmente, pero no siempre en residencias "abiertas", sin provisiones esenciales para proteger determinados niños de lesionarse ellos mismos o de lesionar a otros. La mayoría de los centros de tratamiento residencial trabajan activamente con los padres del niño y otros miembros de la familia, con la esperanza de regresar al niño a un hogar que será emocionalmente más saludable y más dispuesto a ayudar al niño en su crecimiento emocional. El tiempo de estancia promedio es de uno a un año y medio y la relación personal terapéutica-paciente es de dos a uno, que es necesaria para poder llevar a cabo una respuesta activa en un ambiente terapéutico, que comprende terapia del medio y tratamiento individual apropiado. Tal tipo de tratamiento es muy costoso y generalmente no hay suficiente personal para llenar las demandas.

Hospitales Psiquiátricos: Estos ofrecen tratamiento que beneficiará a pacientes crónicos o severamente enfermos mentales, aquellos con daño cerebral u otros que requieren tratamiento y cuidados a largo plazo. Desafortunadamente este tipo de hospitales ha sido utilizado a menudo por la comunidad para aliviar a los padres, tribunales y agencias de bienestar infantil que tienen determinadas responsabilidades con los niños. Además, muchos de estos hospitales no forman parte del trabajo coordinado entre las diversas instituciones que

trabajan en un solo equipo. El hospital psiquiátrico en sus programas de trabajo debe ser una fuente apropiada de tratamiento para niños enfermos emocionalmente proyectando tratamientos moderados o a largo plazo, de re-educación y rehabilitación.

TRATAMIENTO PSIQUIATRICO EN LAS INSTITUCIONES RESIDENCIALES: (29)

Si excluimos a los severamente alterados y consideramos el caso frecuente de un niño con un problema de conducta relativamente severo, la decisión de admitirlo en una institución residencial puede, a menudo, ser llevada a cabo después de un período de observación lejos de su familia. Aunque tal procedimiento acarrea algunas desventajas en el sentido de que ésta es una situación no común para el niño, también tiene algunas ventajas. Aún si la colocación residencial, después de la observación, es rechazada como solución a las dificultades del niño, la comprensión mas profunda de sus problemas que se logró obtener a través de la observación tendrá un valor definitivo en el proceso diagnóstico.

Las metas de la psicoterapia en los centros residenciales:

La meta fundamental de tratamiento residencial es la de re-adaptar al niño a la sociedad de tal manera que pueda asegurar que él, puede hacer pleno uso de todos sus potenciales.

El clima terapéutico y la terapia del medio:

La estructura social de un centro residencial será determinada en gran parte por la filosofía de quienes la dirigen y los puntos específicos de vista que se tienen en lo que respecta al tratamiento. En un centro residencial suficientemente pequeño para trabajar con una mitad social única, y sin embargo, lo suficientemente grande para poder ofrecer diferentes clases de tratamiento, tratando con una clien-

tela que requiere acción en los tres campos, de cuidado, de educación y de psicoterapia, los niños naturalmente estarán agrupados de acuerdo a las facilidades de dormitorio, trabajo de clase, horas libres, labores de esparcimiento, ocupaciones, etc.

Los tipos de terapia que se brindan deben de estar adaptados a la situación particular del niño y comprende básicamente la psicoterapia individual y la de grupo con sus variaciones como son la de análisis de actividad (2), hasta la terapia de aislamiento. (6).

El equipo de trabajo debe de ser lo más completo posible y trabajar como una unidad y con una interrelación estrecha.

El Psiquiatra debe trabajar tiempo completo para supervisar el tratamiento total del niño que comprende: su observación preliminar, su admisión, la discusión de los planes de tratamiento, supervisión de la psicoterapia, presentaciones del caso, egreso, tratamiento post-institucional.

El Pediatra:

El pediatra no sólo practica exámenes físicos sino también debe supervisar los problemas de higiene general, higiene educativa, dietas, etc., además de velar por el estado de salud física del niño.

El Psicólogo:

Este profesional además de su entrenamiento, es deseable que haya tenido contacto previo con niños en instituciones para éstos y sus conocimientos en Psicología clínica y social deben ser completos. En realidad, su entrenamiento lo hacen elegible para desempeñar una serie de puestos, incluso el de director o guía del equipo terapéutico, siempre que tenga un entrenamiento básico en psicoterapia.

El Asistente Social:

El Asistente Social en una institución residencial para niños, requiere un entrenamiento especial en dinámica familiar y métodos especiales de lo que se conoce como Servicio Social de Casos.

La Enfermera:

Además de su educación básica en enfermería, debe de poseer conocimientos básicos de Psiquiatría, para poder efectuar una labor acertada de comprensión y ayuda a los niños bajo su tutela directa. Incluso, al formar parte del equipo terapéutico su contacto con la familia puede ser beneficioso en el tratamiento del niño (5).

LOS CUIDADORES DE NIÑOS:

Son aquellos miembros del personal cuya responsabilidad principal es la de velar por el cuidado del niño minuto a minuto. En el proceso de llevar una rutina en la vida diaria del niño, ellos son, en efecto, un elemento esencial en el establecimiento de una atmósfera terapéutica. Las obligaciones del cuidador de niños son:

- 1o. Comprender al niño y las reacciones de este dentro del grupo, así como su actitud hacia los adultos y las actitudes de ella hacia el grupo de adultos que trabajan en la institución.
- 2o. Debe saber comprender las necesidades del niño en la institución, ser capaz de reemplazar a sus padres y poder crear un programa de actividades.
- 3o. Debe darle a sus acciones un carácter educacional y ocupacional observando a los niños durante sus diversiones y durante sus actividades de trabajo y de proveerles con juegos.

El tipo de trabajo que efectúa necesita que su trabajo sea de tiempo completo y aún a veces se requiere que viva en el centro mismo. No necesita educación especial, aunque se están creando escuelas de entrenamiento para esta disciplina (26).

La Maestra:

En los centros en donde se imparte educación especial, o bien en donde se dan clases regulares, la educación está a cargo de profesores que han tenido un entrenamiento básico previo con niños subnormales o perturbados emocionalmente, además de recibir entrenamiento en métodos de didáctica especial.

CUIDADOS POST-TRATAMIENTO:

Todo niño a quien se le da alta en cualquier tipo de institución, raramente debe considerársele como recuperado totalmente. Tal egreso debe ser permitido con el criterio de que el niño ya tiene capacidad de controlar o mejorar sus mecanismos necesarios para vivir de nuevo en su hogar y en la comunidad, siempre que se le ofrezca una ayuda posterior. De manera que una planificación coordinada para tratamiento postinstitucional debe de iniciarse antes de que el niño egrese. Ya se discutió anteriormente el papel que juegan las clínicas de orientación infantil al respecto. El concepto de cuidado post-institucional debe incluir, además de servicios de tratamiento, todas las medidas necesarias para su rehabilitación y para la corrección de todos los problemas de tipo ambiental que contribuyeron en el desajuste inicial del niño.

MATERIAL CLINICO Y METODOS

En este capítulo haremos un estudio estadístico y descriptivo de los pacientes asistidos en los diferentes centros asistenciales del país, que se dedican al cuidado psiquiátrico del niño con problemas de tipo mental. El estudio individual de cada paciente se hará como ilustración del tipo especial de asistencia que cada institución presta. Los Centros revisados son los siguientes:

Hospital Neuropsiquiátrico

Clínica de Orientación Infantil

Centros de Reeducción de Menores

Instituto Neurológico de Guatemala.

Centro de recuperación número 1

Escuela de No videntes Sta. Lucía.

Sección de Psicología del Hospital Roosevelt.

"EL ESTADO VELARA POR LA SALUD FISICA, MENTAL Y MORAL DE
LOS MENORES DE EDAD; DICTARA LAS LEYES Y CREARA LAS INSTI-
TUCIONES NECESARIAS PARA LA PROTECCION Y EDUCACION".

Capítulo I, Artículo 87 de la Consti-
tución de la República.

LA PSIQUIATRIA INFANTIL EN GUATEMALA.

La historia del desarrollo de la psiquiatría infantil en Guatemala es bastante breve. En 1942, escribe el Dr. Victor Manuel Mejía como Tesis de graduación de Médico y Cirujano su trabajo intitulado "Higiene Mental del Niño y del Adolescente Normales, Consideraciones Psicopedagógicas" (21), en la que recomienda al Ministerio de Educación Pública, la ampliación del programa oficial del curso de higiene, especialmente relacionado con la vida del espíritu. Desde entonces, se han escrito varios trabajos dedicados a los problemas mentales de la niñez; entre ellos, las tesis de graduación de los Doctores Donaldo García (9) y Ricardo Augusto Recinos (24) dedicados a la Parálisis General Infantil luego la del Dr. Marco Cyrano Ruiz (25) en la que hace algunas consideraciones sobre la estructuración de la personalidad del neonato. Estudio de sumo interés es la tesis de Graduación de la Licenciada en Pedagogía María Izabel Gálvez Diéguez de Licona (8) que trata sobre el "estudio Comparativo de Rasgos de Personalidad entre Niños Ciegos y Videntes".

La enseñanza de la psicología del niño, se inició en la Facultad de Humanidades, en el año de 1951 y la Psicoterapia Infantil en 1954. En la Facultad de Medicina, no es sino hasta el año de 1964 en que se imparte un cursillo sobre Psiquiatría Infantil como parte del curso de Pediatría. En el año de 1953 llegó a Guatemala el primer Psiquiatra Infantil, después de entrenarse debidamente en los Estados Unidos. El año anterior, había llegado también, procedente de México, el primer nacional entrenado en Psicología Clínica y unos cuatro años antes, algunos asistentes sociales y psico-pedagogos del extranjero para ejercer la do-

cencia en las escuelas de Servicio Social y la Facultad de Humanidades creadas en esa época, iniciándose la inquietud científica en los aspectos social y pedagógico, de los problemas del niño.

En la actualidad, el número de médicos que se dedican al cuidado del niño es numeroso y son ellos quienes generalmente primero tienen contacto con el niño, en los centros hospitalarios donde prestan sus servicios, o bien, en sus clínicas privadas. Todo niño que revela sintomatología de tipo emocional o mental es referido a centros de asistencia pública o privada que cuenta con servicios de psiquiatría o bien, al psiquiatra. La asistencia psiquiátrica en Guatemala está representada por 14 psiquiatras, de los cuales 7 tienen entrenamiento en el exterior y 7 son médicos autodidactas que a través de su experiencia del contacto con las enfermedades mentales, han adquirido los conocimientos necesarios para ejercerla. De la misma manera, en vista de que cada día crece más el número de niños cuyas familias demandan ayuda psiquiátrica, también existen psicólogos clínicos que dan psicoterapia, unas veces dirigida y otras no. Hoy, en el año de 1967, sólo existe un psiquiatra infantil. Consecuencia de lo anteriormente dicho es que la aplicación científica de la psiquiatría infantil es muy limitada actualmente y se lleva a cabo en dos esferas, los servicios públicos y la práctica privada. Habiendo tan pocos profesionales especializados en esta rama científica y sus ramas afines, toda la labor, la de enseñanza, la de práctica y entrenamiento, está encomendada al mismo grupo de personas que tienen que multiplicarse para medio llenar su cometido.

Los centros que entrarán a considerar en el presente trabajo, son servicios que participan de la especialidad psiquiátrica o que deben hacerlo. De to-

dos éstos, únicamente el Instituto Neurológico y la Escuela de no videntes Santa Lucía no pertenecen al Estado,

Como medio para apreciar las necesidades del país en servicios de esta naturaleza no se dispone de ningún dato estadístico oficial, pero es fácil suponer la magnitud del problema si se compara la escasez de personal especializado y el número y la capacidad de centros especializados con un país cuya población llega a los 4,000,000 habitantes. El siguiente estudio, es una descripción de estos centros tal como se encontraron en el momento del estudio en los meses de marzo y abril de 1967, obteniendo de ellos datos estadísticos que eran esenciales para la exposición del tema. La descripción de los principales centros asistenciales que siguen a continuación, nos va a servir para mostrar más de cerca el problema que nos ocupa. Las condiciones en que funcionan dichos centros tienen mucho en común, pero los describiré separadamente porque hasta la fecha funcionan en una forma individual; de tal manera que se relacionan poco unos con otros, sus procedimientos de organización y trabajo son diferentes. Un hecho digno de mención que a la vez es una señal de positivo progreso, es la actitud general que los dirigentes de los centros de asistencia infantil han tomado con respecto a los niños, es decir, que ya se respeta al niño como persona, a quien la vida ha puesto en condiciones especiales, que tiene problemas que necesitan de estudio y comprensión para poder asistirlos en una forma más racional o científica en la medida de lo posible.

CENTROS DE TRATAMIENTO:

El Hospital Neuropsiquiátrico:

Fundado en 1890, se le llamó anteriormente "Asilo Mental", fué destruido

en el terremoto de 1917 y luego, el año 1960, por el incendio que cegara la vida de varios centenares de enfermos. El Hospital fué trasladado entonces a una porción no utilizada del hospital para enfermos tuberculosos "San Vicente", sitio donde permanece en forma provisional. En el momento del estudio, habían 1218 pacientes hospitalizados. El presupuesto mensual de dicho hospital es de Q20,000.00 mensuales y el costo por paciente por día es de 36 centavos*. El personal médico está formado por 15 médicos que tienen a su cargo los diferentes servicios con que cuenta el hospital. Además existen 4 médicos residentes para atender todos los problemas médicos y sus labores son preferentemente de tipo somático en la atención de los pacientes hospitalizados. También uno de ellos tiene a su cargo la consulta externa y ninguno tiene entrenamiento psiquiátrico.

El servicio de niños está ubicado en el segundo piso de un edificio de construcción sólida. ^ATanto los varones como las niñas están alojados en sus respectivas salas. Cada sala comunica por una puerta con un patio o azotea con piso de cemento, en donde los niños pueden jugar y en donde reciben los rayos del sol. Cuando efectuamos nuestra visita no habían juguetes a su alrededor y gran número de ellos se encontraban desnudos, ya que varios de los pequeños tienen problemas de control de esfínteres y no puede cambiárseles continuamente. El agua se utiliza proveniente de la bomba de agua que supe al hospital; como es municipal es escasa. Existe otro cuarto de menores dimensiones que puede albergar a 6 niños de edades mas pequeñas y anteriormente destinado para casos que requerían aislamiento. En el momento del estudio estaba vacío. Existe un comedor que dá cabida holgadamente a los niños durante los tres tiempos de comida. El mobiliario consiste de 3 mesas largas con sus respectivas bancas.

* Datos proporcionados por la Sección de Contabilidad del Hospital Neuropsiquiátrico

Anexo al edificio mencionado, se está terminando la construcción de un edificio más espacioso que estaba destinado para enfermos tuberculosos y a donde será trasladada en un futuro, la sala de niños.

Bajo el punto de vista psiquiátrico, el servicio de niños está a cargo del único psiquiatra infantil que hay en Guatemala, quien completa el diagnóstico de admisión y dicta las normas de tratamiento, las cuales supervisa al efectuar exámenes periódicos a los pequeños. Practicamente es quien traza el programa de vida institucional y educacional del paciente, si éste último es posible. El horario del psiquiatra es de 2 horas de trabajo diarias que son remunerados por el Estado. El médico pediatra, efectúa una evaluación 2 veces al año y da el tratamiento cuando existen complicaciones somáticas. Un cirujano consultante tiene a su cargo los casos quirúrgicos. El tratamiento fisioterápico se efectúa por medio del departamento de fisioterapia del Hospital Roosevelt. No hay residente fijo para el servicio y se concreta a llegar cuando se le llama por alguna complicación, ya sea de tipo somático o de tipo psiquiátrico; en este último caso, usualmente llega para dar tratamiento medicamentoso. El servicio no cuenta tampoco con neurólogo consultante para todos aquellos casos que requieren su intervención y los niños son enviados a otros centros para consultas neurológicas. No hay asistente social destinada al servicio de niños y únicamente intervienen para notificar a los familiares del egreso de sus pacientes y en lo posible, orientarlos en la enfermedad de éste. Existen cuatro asistentes sociales para todo el hospital neuropsiquiátrico. El personal de enfermería psiquiátrica que labora 7 horas diarias. Vela por el bienestar de los niños y supervisa el trabajo del personal de enfermería

auxiliar y doméstico y también cumple con la medicación de los pacientes. Bajo su supervisión trabajan 4 enfermeras auxiliares adiestradas y 4 empíricas turnándose las jornadas de trabajo 2 por la mañana y 2 por la tarde y 4 veladoras, velando en parejas en días alternos. Ellas mismas efectúan el trabajo de limpieza del local así como el cuidado y la limpieza de los niños, además de cumplir con las órdenes médicas. Se puede decir que en parte, asumen el papel de "cuidadores de niños".

En la entrada al hospital se encuentra una aula de clase -la escolita- a donde acuden niños que son educables; aunque se imparte clase a los niños que acuden, el sistema de enseñanza es inadecuado. Está a cargo de una maestra y una ayudante, siendo el horario de clase de las 8 a las 9 y media diariamente. Actualmente, hay un auxiliar del Cuerpo de Paz que se encarga de la recreación y adiestramiento en actividades muy sencillas de los niños, que por la índole de sus problemas no pueden asistir a clase. Anexo a la escolita, existe un jardín de juegos al que ocasionalmente llegan en grupos. Cuando las condiciones lo permiten, se lleva a los niños una vez al mes a día de campo; sin embargo la recreación no es guiada. El personal se dedica únicamente al cuidado de los niños, quienes únicamente se encuentran divididos por su sexo.

Los pacientes ingresan a través del Centro de Salud Mental, referidos de la Clínica de Orientación Infantil y sólo en casos aislados, ingresan provenientes de otras instituciones o enviados por médicos particulares. La política de admisión, acepta la hospitalización de aquellos pacientes que presentan:

Un estado agudo psicótico

Estado de mal epiléptico

Problemas severos de conducta.

Niños abandonados con múltiples impedimentos.

En el momento de este estudio hay 35 pacientes en la sala de niños, de los cuales, 13 son del sexo femenino y 22 son del sexo masculino. La capacidad del local es para 40 camas. Sus edades son desde los 5 años hasta los 18 años. Los 35 pacientes hospitalizados forman parte del gran total de 151 pacientes que han pasado por dicha sala desde el incendio del antiguo hospital. De los 151 pacientes, 62 son del sexo femenino y 89 del sexo masculino.

En el cuadro siguiente se indica el número de ingresos, de traslados, de fallecidos y de fugas a partir del año de 1962.

CUADRO No. 1 (17)

Datos	1962		1963		1964		1965		1966		1967	
	Sexos		Sexos		Sexos		Sexos		Sexos		Sexos	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Ingresos	17	7	15	7	20	8	15	11	17	3	1	0
Egresos	7	4	9	5	8	8	7	10	14	4	1	1
Traslados	3	2	4	1	7	0	0	2	2	3	0	0
Fallecidos	0	3	2	1	0	0	2	1	0	0	0	0
Fugas						1	1					

Diagnóstico: De los 151 casos, únicamente se pudo efectuar el estudio completo de 89 casos, -50 niños y 39 niñas- pues se excluyen los 35 niños que residían en la sala en el momento de estudio, así como los traslados -27- a los servicios de adultos.

CUADRO NO. 2 (17)

Cuadro de Diagnósticos principales de pacientes hospitalizados en la sala de niños del Hospital Neuropsiquiátrico, de los años 1962 a 1967.			
	Sexos		
	Masculino	Femenino	
Con predominio de factor orgánico:			
Síndrome cerebral crónico	13	15	32
Síndrome convulsivo	17	9	30
Deficiencia Mental congénita	4	3	8
Síndrome cerebral agudo	2	1	3
Con predominio de los factores trastorno emocional y de la personalidad:			
Psicosis Infantil	7	4	13
Esquizofrenia forma simple	1	0	0.1
Psiconeurosis	0	2	0.2
Desórdenes de tipo reactivo			
Reacción delirante	4	2	0.7
Desórdenes de la conducta postgripal	1	0	1
Reacción esquizofrénica	1	1	2
Reacción histeroide	0	1	1
TOTAL:	50	39	100%

Además de los diagnósticos principales que fueron enumerados en el cuadro anterior, varios niños también presentaban asociados los siguientes diagnósticos:

CUADRO No. 3 (17)

Cuadro de diagnósticos asociados de pacientes hospitalizados en la sala de niños del hospital Neuropsiquiátrico de los años 1962 a 1967.

	Sexos	
	Masculino	Femenino
Retraso mental	10	8
Parálisis cerebral espástica	1	2
Retraso del desarrollo y del lenguaje	4	1
Hemiplejías	1	2
Mongolismo	1	0
Inestabilidad Psicomotriz	4	4
Trastornos de la conducta	1	1
Reacción psicótica	4	0
Psicosis infantil	1	0

Como se puede observar, los problemas orgánicos abarcan más de las dos terceras partes de los diagnósticos (73). Este tipo de pacientes, no reciben ningún tipo especial de educación o de tratamiento psiquiátrico, siendo controlado únicamente con medicamentos tipo fenobarbital y epamin según la indicación del médico y la mejoría que presente, se interpreta por el número de convulsiones que ha presentado.

Por el estudio de los registros de los niños fallecidos se puede obtener el número total de niños fallecidos y diagnósticos de defunción. El número total de fallecidos de 1962 a 1967 fueron nueve. Los diagnósticos fueron los siguientes:

- 1.o Diarrea infecciosa, desequilibrio hidroelectrolítico severo.
- 2o. Desnutrición, diarrea infecciosa, desequilibrio hidroelectrolítico
 severo.
- 3o. Bronconeumonía.
- 4o. Desnutrición, desequilibrio hidroelectrolítico.
- 5o. Gastroenteritis aguda, desequilibrio hidroelectrolítico.
- 6o. Fiebre tifoidea.
- 7o. Meningitis purulenta.
- 8o. Fiebre tifoidea.
- 9o. Gastroenteritis aguda, desequilibrio hidroelectrolítico.;

En lo que se refiere a la población actual, daré a continuación los diagnósticos de los 35 pacientes hospitalizados en el momento del estudio (abril de 1967), y los tiempos de hospitalización de cada uno de ellos.

CUADRO No. 4

Cuadro de Diagnósticos y estancias de los pacientes de la sala de niños del Hospital Neuropsiquiátrico en el mes de abril de 1967.

Caso	Dx Somatico	Dx. Psiquiátrico	Estancia.		
			Año	Mes	Día
1	Trastornos neurológicos, Retraso del Desarrollo psicomotor	Síndrome Cerebral crónico asociado a trastornos convulsivos.	1	1	20
2	Retraso del desarrollo psicomotor; enterocolitis aguda infecciosa.	Deficiencia mental ideopática moderada	2	2	26

Caso	Dx Somático	Dx Psiquiátrico	Estancia		
			Año-	Mes-	Día
3	Microcefalia, desnutrición severa, parasitismo intestinal.	Deficiencia mental grave	1	4	0
4	Microcefalia, ceguera, sordera.	Sínd. Cerebral Cr. asos. a convulsiones y deficiencia mental grave.	1	2	23
5	Retraso del desarrollo psicomotor; prolapso rectal, parasitismo intestinal.	Sínd. Cer. crónico asos. a Tr. conv.; deficiencia mental grave.	0	10	5
6	Microcefalia; parasitismo intestinal.	Reacción esquizofrénica infantil, deficiencia mental moderada.	1	7	19
7	Retraso del desarrollo psicomotor; ceguera parcial, parasitismo intestinal.	Deficiencia mental grave	3	0	4
8	Retraso del desarrollo psicomotor; parasitismo intestinal.	Síndrome cerebral crónico, trastornos convulsivos. Reacción Esquizofrénica infantil.	2	0	28
9	Retraso del Desarrollo psicomotor. Deformación ósea congénita. Parasitismo intestinal.	Síndrome cerebral crónico. Deficiencia mental moderada.	10	8	0
10	Buen estado de salud	Deficiencia mental moderada.	2	3	13
11	Retraso neuromuscular marcado. Hipoavitaminosis, anemia, parasitismo intestinal.	Síndrome cerebral crónico. Trastornos convulsivos. Deficiencia mental grave.	2	5	3

Continuación

Caso	Dx Sómico	Dx. Psiquiátrico	Estancia		
			Año-	Mes-	Día
12	Retraso del desarrollo, Ptosis palpebral izq.	Deficiencia mental moderada. Síndrome cerebral de causa des- conocida.	2	4	14
13	Buen estado de salud	Deficiencia mental gra- ve; deterioro; mudez	0	10	19
14	Retraso grave del desa- rrollo neuromuscular; pa- rasitismo intestinal	Síndrome Cer. Ag. por anomalía congénita.	2	7	20
15	Parasitismo intestinal; anemia.	Reacción esquizofré- nica infantil	4	3	2
16	Buen estado nutricio- nal; parasitismo intes- tinal.	Deficiencia mental moderada, reacciones caracterológicas.	2	7	24
17	Buen estado de salud	Reacción esquizofre- nica infantil.	3	1	0
18	Buen estado de salud; parasitismo intestinal. Tuberculosis pulmonar cerrada.	Síndrome cerebral crónico; trastornos convulsivos, trastor- nos de la conducta.	1	9	6
19	Retraso del desarrollo psicomotor. Parasitis- mo intestinal.	Reacción esquizofre- nica infantil.	4	6	5
20	Parasitismo intestinal. desnutrición.	Síndrome cerebral agu- do de origen descono- cido. Reacción esqui- zofrénica infantil.	0	7	0
21	Retraso del desarrollo psicomotor; anemia li- gera.	Síndrome cerebral cró- nico. Trastornos convul- sivos. Inestabilidad psi- comotriz y mudez.	4	8	13

continuación

Caso	Dx Somático	Dx Psiquiátrico	Estancia		
			Año-	Mes-	Día
22	Buen estado de salud. Parasitismo intestinal.	Síndrome cerebral crónico. Trastornos convulsivos. Reacción psicótica.	3	4	18
23	Retraso del desarrollo anemia, parasitismo in- testinal.	Síndrome cerebral cró- nico de causa descono- cida. Reacción esquizofre- nica infantil.	2	9	14
24	Parasitismo Intestinal	Síndrome cerebral cró- nico. Trastornos con- vulsivos.	0	7	15
25	Retraso del desarrollo psi- comotor. Parálisis espásti- ca parasitismo intestinal	Síndrome cerebral crónico. Paraplejía espástica. Mudez.	3	5	25
26	PAPELETA AUSENTE				
27	Retraso del desarrollo psicomotor. Hemiparesia derecha. Parasitismo in- testinal.	Reacción esquizofreni- ca infantil.	1	2	7
28	Parasitismo intestinal	Deficiencia mental moderada, trastornos de la conducta.	1	7	19
29	Retraso del desarrollo psicomotor. Parasitis- mo intestinal. Hemiplejía espástica.	Síndrome cerebral crónico. Trastornos convulsivos.	6	2	17
30	Parasitismo intestinal Paraplejía espástica.	Síndrome cerebral crónico.	10	3	19
31	Retraso del desarrollo psicomotor.	Síndrome cerebral crónico asociado a meningoencefalitis. Reacción esquizofrenica infantil.	5	0	2

continuación

Caso	Dx Somático	Dx Psiquiátrico	Estancia		
			Año-	Mes-	Día
32	Parasitismo intestinal	Reacción esquizofrénica infantil.	7	9	20
33	Retraso del desarrollo psicomotor. Parasitismo intestinal	Síndrome cerebral crónico. Trastornos convulsivos.	11	7	26
34	Buen estado de salud.	Reacción esquizofrénica infantil	3	0	6
35	Buen estado de salud Parasitismo intestinal	Síndrome cerebral crónico. Trastornos convulsivos. Reacción esquizofrénica infantil	3	9	14

De los 35 pacientes enumerados, 20 son originarios de los diferentes departamentos de la república, 9 residían en la ciudad capital y 6 que están totalmente abandonados; es decir, no se conoce su procedencia familiar y han sido referidos por otros centros asistenciales.

Las edades de los pacientes son:

<u>Años</u>	<u>Número de pacientes</u>
5	2
6	1
7	1
8	3
9	1
10	6
11	6
12	4
13	4
14	2
15	2
16	2
17	1
18	<u>0</u>
TOTAL :	35

Todos los pacientes son analfabetos y de estos 10 atienden a la escuelita del hospital.

Después de estudiados los problemas de estos 35 niños y efectuados los diagnósticos y controles psiquiátricos se hicieron las siguientes observaciones:

- 20 deberán continuar hospitalización.
- 8 deberán continuar control ambulatorio.
- 7 deberán continuar en otras instituciones.

El pronóstico de los casos es el siguiente:

15 podrán reincorporarse a la sociedad.

20 no podrán reincorporarse a la sociedad.

Según encuesta efectuada por el Departamento de Servicio Social, se efectúa visita familiar a 26 pacientes.

Por visita familiar se entiende cualquier persona o pariente que lo visite. Unicamente 10 personas se han hecho responsables de los niños que están en la institución. 25 no tienen persona responsable por ellos.

En encuesta que efectuara el Departamento de Servicio Social para determinar las actitudes de las familias con hijos hospitalizados, se obtuvo los siguientes resultados: de los 35 casos, se localizó la procedencia de 5 casos que residen en la ciudad capital de un total de 12 familias capitalinas. El número restante no se localizó, sea porque viven en los departamentos o por direcciones inexactas, o porque cambiaron de dirección.

De la entrevista con las 5 familias se obtuvo los siguientes datos:

CUADRO No. 5

Estudio social de 5 familias de niños hospitalizados actualmente en la sala de niños del Hospital Neuropsiquiátrico										
casos	sexo	edad	Hnos.	ingreso familiar mensual	Actitud familiar hacia el paciente	escolaridad de los padres		Integración familiar		organización del hogar
						padres	madre	padre	madre	
1	Fem.	5	4	Q60.00	indiferencia	2o. año primaria	2o. año primaria	no (padrastro)	si	aceptable
2	Fem.	7	5	Q74.00	Aceptación, cariño	2o. A. primaria	6o. A. primaria	si	si	aceptable
3	Masc.	9	5	Q54.00	indiferencia	Analfabetos		no (padrastro)	si	Desintegrado
4	Fem.	7	6	Q130.00	Aceptación, cariño	6o. A. primaria	maestra.	si	si	aceptable bueno.
5	Fem.	12	4	Q60.00	aceptación	4o. A. primaria	4o. A. primaria	si	si	Buena.

Las pautas que se toman para calificar las actitudes son de carácter emocional. Estas pueden ser:

- A) Actitud de aceptación, admisión, cariño, interés.
- B) Indiferencia: Ni inclinación ni rechazo.
- C) Desconfianza: Sin seguridad ni esperanza
- D) Rechazo franco: No admite, no acepta.

De las 5 familias estudiadas, los pacientes tenía más de 4 hermanos. Con excepción de un caso cuyo ingreso mensual era de Q130.00, el presupuesto mensual familiar era menor de Q75.00, en los restantes 4 casos. La educación, observada por el grado de escolaridad es pobre. La actitud hacia sus niños hospitalizados era aceptable en 3 casos e indiferente en dos casos en cuyo caso los niños no tenían padre y uno de estos hogares se encontraba desintegrado. El caso No. 3 es ilustrativo de la situación económico-social que lleva a la indiferencia y hasta el rechazo de los niños, mientras que el caso número 4 demuestra el fenómeno contrario.

La Clínica de Orientación Infantil:

La Clínica de Orientación Infantil forma parte del Centro de Salud Mental dependencia de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual tiene las siguientes finalidades (12).

Es un dispensario psiquiátrico público que presta sus servicios a pacientes de escasos recursos económicos y que no necesitan ingresar a un hospital.. Dichos servicios son:

- A) Consulta
- B) Diagnóstico
- C) Tratamiento
- D) Servicios de pre y post-hospitalización
- E) Programas de educación especial, rehabilitación vocacional y rehabilitación social.

La Clínica de Orientación infantil ocupa parte del edificio del Centro de Salud Mental que se encuentra situado en una zona residencial céntrica de la ciudad y el local destinado para sus actividades está compuesto por un corredor en el cual hay sillas para las personas que buscan consulta, y tres salones ocupados por la asistente social, el psicólogo y el psiquiatra respectivamente. La sala ocupada por el psiquiatra también se utiliza como sala de conferencia o de reuniones del consejo técnico.

El equipo terapéutico está compuesto por un psiquiatra, un psicólogo y una auxiliar de psicología y una asistente social. Además, un médico general.

Se da tratamiento a niños y adolescentes hasta la edad de 18 años. El niño es traído por sus padres o familiares o bien por otra institución. Los casos se atienden por las mañanas de las 8 a las 12 horas. El sistema de trabajo es el de atender los casos nuevos los lunes, miércoles y viernes y las reconsultas los martes y jueves. Los miércoles también se llevan a cabo las Juntas Técnicas para discusión de casos y problemas y los sábados son para impartir conferencias educativas y poner al día el material escrito sobre los casos.

La asistente social, es graduada de la Escuela de Servicio Social de Guatemala. Su horario de trabajo es de las 8 a las 12 horas diariamente. Está encargada de efectuar la primera entrevista con los padres del niño obteniendo la historia familiar y los datos generales del paciente. Las entrevistas son eminentemente sociales y las reuniones sucesivas que efectúa con la familia revisten ese carácter. No efectúa visita domiciliaria y los problemas no se abordan desde un punto de vista clínico en vista de que aún está en período de adiestramiento. De acuerdo a los datos obtenidos, canaliza el caso hacia el psicólogo.

go mientras que la familia es entrevistada por el psiquiatra.

El Psicólogo, es graduado de la Universidad de San Carlos, es aquí donde se imparte el adiestramiento en psicología clínica en Guatemala. Su vasta experiencia con el contacto diario de los niños le han permitido desenvolverse en el campo de la psicología clínica. Atiende tanto a adultos como a niños siendo su horario de trabajo de 2 horas diarias efectuando en este tiempo pruebas de inteligencia, pruebas proyectivas y sobre varios aspectos de la personalidad a través de sus entrevistas con el niño y también con los padres cuando es necesario, cumpliendo de esta manera con su finalidad de conocer y completar los problemas psicológicos del niño. Se tiene entrevistas con el niño en una primera visita y posteriormente se le efectúan las pruebas necesarias que el psiquiatra indique o el psicólogo crea necesarios.

Un médico psiquiatra, especializado en Psiquiatría Infantil tiene a su cargo el tratamiento de los problemas del niño y como figura principal del equipo terapéutico lleva a cabo la labor de coordinación con el resto del personal. Su horario de trabajo es el de dos horas diarias efectuando psicoterapia individual y de grupo reuniéndose con el niño periódicamente y dando terapia de sostén a los familiares.

Un médico general, egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos con un horario de 2 horas diarias tiene a su cargo todos los casos en que está involucrado un factor orgánico dictando las normas de tratamiento. Incluye los problemas con vulsivos.

La clasificación de los casos sigue a grandes rasgos el criterio siguiente:

- I. Con predominio de Factor Orgánico.
 1. Síndrome Cerebral Agudo.
 2. Síndrome Cerebral Crónico.
 3. Asociado a otros trastornos orgánicos.
- II. Con Predominio de Factor Funcional o Psíquico.
 - A) Trastornos relativos a la naturaleza del niño y su adaptación:
 1. Desórdenes primarios
 2. Desórdenes de la conducta y del carácter
 3. Retraso del desarrollo psíquico.
 - B) Psiconeurosis
 - C) Psicosis.
- III. Deficiencia mental.
- IV. Psicopatología (delincuencia)
- V. Desórdenes de tipo reactivo.

A continuación se dan los datos estadísticos de los casos que fueron atendidos en los años de 1963 y 1966 así como el número de pruebas psicológicas efectuadas en el año 1963 para formarnos una idea del número de pacientes y el tipo de problemas que consultan al Centro.

Estadística 1963 (11)

Casos atendidos, primer ingreso

A	Con predominio de factor orgánico	No.
	Síndrome cerebral crónico, incluyendo C.P	41
	Síndrome convulsivo, incluyendo todas las formas de epilepsia y accidentes convulsivos transitorios.	71

Deficiencia mental, de todos los grados, incluyendo cuatro	
cuatro casos de mongolismo	16
Retraso del Desarrollo neuro-muscular y mental en	
la primera infancia	22
Inestabilidad psicomotriz, (predominando la sintomatología)	4
Inmadurez global (psico-bio-social)	12
Deterioro físico y mental	1
Corea	1
Afasia y otros trastornos del lenguaje	4
Sordomudez	<u>2</u>
T o t a l :	174
B. Con predominio de los factores y trastornos emocionales y de la personalidad.	
Desórdenes primarios (en la edad pre-escolar)	19
Desórdenes de la conducta (edad escolar)	60
Neurosis infantil (todas las formas)	18
Reacción psicósomática	6
Reacción emocional transitoria, simple	5
Psicosis Infantil (todas formas y reacciones)	8
Fracaso escolar (predominando la sintomatología)	19
Problemas de adolescencia (incluyendo delincuencia e intervención judicial)	<u>6</u>
T o t a l :	141

C.	Sin trastorno psiquiátrico	2
	sin diagnóstico (se ausentaron de la clínica y no se logró completar el estudio)	<u>3</u>
	T o t a l:	5
	Total de casos atendidos de primer ingreso:	<u>320</u>
D.	Reconsultas en el año, incluyendo sesiones de Psicoterapia individual y de grupo	455
	Gran total	<u>775</u>

Estadística 1966

Casos atendidos, primer ingreso.

A.	Con predominio de factor orgánico	No.
	Síndromes convulsivos, incluyendo todas las formas de epilepsia y accidentes convulsivos transitorios	73
	Síndrome cerebral crónico, incluyendo C.P.	34
	Retraso del desarrollo neuromuscular y mental en la primera infancia.	13
	Mongolismo	<u>1</u>
	Total:	121
B.	Con predominio de los factores trastornos emocionales y de la personalidad (factor funcional asociado)	5

	Reacción psicossomática	5
	Retraso Escolar	21
	Desórdenes de la conducta	75
	Desórdenes primarios	21
	Problemas de adolescencia	2
	Inmadurez global (psicobio-social)	4
	Inmadurez	20
	Psiconeurosis	10
	Psicosis	<u>3</u>
	T o t a l:	161
	C. Deficiencia mental	12
D.	Casos referidos al tribunal para menores	2
E.	Desórdenes de tipo reactivo:	
	Reacción de ansiedad	1
	Reacción emocional	6
	Reacción delirante	1
	Reacción histeroide	<u>8</u>
	T o t a l	29
F.	Sin trastorno psiquiátrico	2
	Sin diagnóstico (se ausentaron de la clínica y no se logró completar el estudio)	4
	Sordomudez	<u>1</u>
	T o t a l	7

Total de casos de primer ingreso	<u>319</u>
G. Reconsultas en el año, incluyendo sesiones de psicoterapia individual y de grupo	987
Gran total	1306

Informe de labores del Departamento
de Psicología durante el año 1963.

1. Entrevistas y orientación a padres de familia. (se dió orientación práctica acerca del juego y la conversación con los niños)	100
2. Pruebas aplicadas:	
A. Test de inteligencia de F. Goodenough y determinación de la fórmula diferencial en la figura humana.	127
B. Psicodiagnóstico de Rorschach (aplicación e interpretación)	107
C. Test A B C para deteminar grado de madurez para el aprendizaje de la lectura y la escritura.	43
D. Escala de inteligencia de Weschler para niños	1
Escala de inteligencia Terman-Merrill forma L.	8
F. Baum Test (test del arbol)	31
G. Test de inteligencia T.T. 48	1
H. Test de inteligencia de M ₁ ra y Lopez	3
I. Composición, cuestionarios de Pressey y otros	13

J. Test de apreciación temática para niños (C.A.T.)	2
K. Test de apercepción temática (aplicación, cómputo, e interpretación)	5
L. Bender Bellevue Test	<u>11</u>
Total de pruebas aplicadas	352
Número total de sesiones atendidas	<u>452</u>

La clínica de Orientación Infantil también envía pacientes a otras instituciones cuando la naturaleza de sus trastornos así lo requieren. Cuando los trastornos de la conducta son bastante serios, éstos son referidos al hospital Nueropsiquiátrico. Las indicaciones de traslado a este hospital son:

1. Estado agudo psicótico.
2. Estado de mal epiléptico.
3. Problemas severos de conducta.

A pesar de las múltiples limitaciones que se mencionarán más adelante, la Clínica de Orientación Infantil es la piedra angular de la prevención de los trastornos de la conducta en el niño y del establecimiento de programas a nivel de la comunidad para conservar la salud mental.

El Centro de Reeducción de Menores:

El Centro de Reeducción de Menores ó Ciudad de los Niños está destinado a alojar a los menores delincuentes que son referidos por el Tribunal para menores adscrito al juzgado tercero de primera instancia de lo criminal en la ciudad capital y en los departamentos de la república, por los tribunales de primera instancia. Tiene como fin fundamental reeducar y orientar a los menores bajo su tutela para hacerlos útiles nuevamente a la sociedad. Se encuen-

tran niños desde la edad de 5 años hasta los 18 años. Para seguir el fin que se propone, el conjunto educacional cuenta con 3 centros, a saber:

- 1.- El Centro de Observación con 75 niños en el momento del estudio.
- 2.- El Centro de Reeducción de niñas con 36 niñas.
- 3.- El Centro de Reeducción de niños con 83 niños.

Estudiaremos cada uno de ellos por separado:

El Centro de Observación para menores:

Unicamente destinado para hombres, se encuentra localizado en lo que se conoce como Plaza de San Pedrito, situada en una zona populosa de la ciuda. El local es un edificio sobrio al cual se ingresa por un pequeño corredor. La casa es bastante amplia y se le ha dividido en 2 secciones que se comunican entre sí por un pasadizo constantemente vigilado por inspectores para evitar fugas del centro. La sección situada en el ala izquierda del edificio está destinada a las oficinas administrativas y técnicas, cuenta con un pequeño dormitorio que aloja a 9 estudiantes de pre-egreso o de libertad controlada y un comedor para lo niños. En el ala derecha, se encuentran dos dormitorios, uno para la población de menor edad y el segundo para los adolescentes propiamente dichos. El primero cuenta con 18 camas distribuidas una tras otra. No tiene otro mobiliario. Sus paredes se encuentran en precario estado de higiene y el techo presenta un boquete a través del cual se han escapado algunos niños. El siguiente dormitorio para los mayores con más o menos las mismas características cuenta con 20 camas. En ambos dormitorios existe un olor peculiar a sudor y humedad. En ambos se aloja la población principal de muchachos del centro. Hay también un salón de clase y un cuarto destinado para

ver televisión. Los servicios de higiene constan de 5 baños, 5 lavamanos, un orinadero común y 5 sanitarios de tipo pozo, todo el conjunto en mal estado higiénico. Los siguientes cuadros nos darán una idea del movimiento anual de la población infantil en la Ciudad de los Niños. (14)

CUADRO No. 6

Ingresos por mes registrados durante el año 1966 en
la Ciudad de los Niños.

<u>Mes</u>	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>
Enero	52	6.4
Febrero	30	3.7
Marzo	41	5.0
Abril	26	3.2
Mayo	25	3.0
Junio	49	6.0
Julio	111	13.60
Agosto	93	11.4
Septiembre	113	13.9
Octubre	119	14.6
Noviembre	92	11.3
Diciembre	<u>64</u>	<u>7.9</u>
TOTAL	815	100.0%

CUADRO No. 8

Edad de los menores ingresados a la Ciudad de los Niños en el año de 1966			
	<u>EDAD</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Niños	7	2	0.2
	8	2	0.2
	9	6	0.7 4.3%
	10	26	3.2
Adoles- centes	11	23	2.8
	12	86	10.6
	13	113	13.9
	14	164	20.1 93.7%
	15	93	11.4
	16	122	15.0
	17	162	19.9
Adultos	18 y mas	<u>16</u>	<u>2.0</u>
Total:		815	100.00%

CUADRO No. 9

Procedencia de los menores ingresados a la
Ciudad de los Niños en el año de 1966

	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>
Tribunal para menores	510	62.6
Tribunales comunes	228	28.0
Policías del país	29	3.6
Criterio asistencial	21	2.6
Otros	03	0.3
No se registró el dato en el momento del ingreso	<u>24</u>	<u>2.9</u>
T o t a l:	815	100.0

CUADRO No. 10

Egresos efectuados en la Ciudad de los Niños du-
rante el año 1966, por orden del tribunal competente.

<u>MES</u>	<u>NUMERO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Enero	13	6.0
Febrero	12	5.5
Marzo	19	8.9
Abril	04	1.9
Mayo	06	2.8
Junio	10	4.6
Julio	14	6.5
Agosto	35	15.7
Setiembre	30	13.8
Octubre	19	8.9
Noviembre	31	
Diciembre	<u>24</u>	<u>11.1</u>
TOTAL:	217	100.0

En el Centro de Observación tienen su sede las oficinas administrativas y las secciones de Psicología, Médica, orientación vocacional, Pedagógico, y del Servicio Social. Es en este centro en donde se lleva a cabo la investigación psico-bio-social de cada caso.

El psicólogo, con entrenamiento en psicología clínica lleva a cabo pruebas de psicometría y diagnóstico de la personalidad, especialmente en los adolescentes que el tribunal indica se efectúen o a niños con serios problemas de conducta que necesitan orientación. Sus observaciones las presentan en la reunión del consejo técnico para su discusión. Cada año, al grupo de escolares que han llegado al sexto año de primaria se les administran las pruebas de orientación vocacional. No se da terapia específica. En el año actual, han habido hasta el momento del estudio 300 ingresos. De ellos, se han efectuado los estudios psicológicos a 5 niños de nuevo ingreso y 10 a niños de ingreso anterior (5 de mayo de 1967). El horario de trabajo estipulado para el psicólogo es de 4 horas diarias.

El médico del Centro de Reeducción de Menores tiene como fin fundamental, velar por la salud de la población. Lleva a cabo un examen físico a los niños de nuevo ingreso y da tratamiento médico cuando hay problemas de salud. El cargo lo desempeña un médico obstetra con un horario de trabajo de 2 horas diarias.

El servicio de Orientación Vocacional está compuesto por 2 orientadoras, ambas maestras de educación primaria y estudiantes de la Facultad de Humanidades de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en donde se especializan en Letras y Ciencias de la Educación respectivamente. El fin que se persigue con la orientación vocacional es el ajuste vocacional del alumno al

trabajo, a la escuela y especialmente al ajuste emocional. El psicólogo al dar los perfiles psicológicos y su dictamen del caso en cuestión, da las pautas al orientador para llevar a cabo el ajuste del muchacho. El Orientador Vocacional trabaja en forma coordinada con los otros departamentos y tiene a su cargo la guía para todo el personal pedagógico de la institución, auxiliares e inspectores, maestros de talleres, extendiéndose su labor hasta los padres de familia cuando se requiere. Trabajan tiempo completo para la institución.

El Departamento de Servicio Social está compuesto por dos Asistentes Sociales ambas trabajando con horario de tiempo completo y prestan la atención total de la población de la institución, llevando a cabo el estudio de casos, el diagnóstico y el tratamiento social. De acuerdo a la organización general de la institución y su funcionamiento, el departamento de Servicio Social elabora los siguientes tipos de informes sociales:

- A) Para estudio de casos de consejo técnico.
- B) Para estudios de traslado a los centros de reeducación.
- C) Para sesiones del Tribunal para menores.
- D) Para solicitar diversos servicios a otras instituciones.

El profesorado está compuesto por dos maestros reeducadores, ambos maestros de educación primaria que residen en el Centro de Observación para llevar mejor control de los niños. El trabajo de mayor importancia que ejecuta el profesorado es en el aspecto cultural y formativo; escolaridad, formación integral y recreación de los alumnos. El programa trazado, se efectúa de acuerdo al programa elaborado por la Orientadora Social; sin embargo, debido a la

escasez de personal para cumplir la terapéutica de cada caso se distribuye a los niños en dos grandes grupos: el de alfabetización que generalmente han cursado hasta el 20. año de primario incluyendo a todos aquellos que no saben leer y escribir y el grupo de culturización para aquellos que tienen un nivel de educación más alto, cursantes de 4o, 3o, 5o, y 6o. años de primaria. El plan de estudios incluye prácticas de moral y urbanidad, respeto, corrección del lenguaje que ayudarán al niño en su desenvolvimiento social como parte del proceso de reeducación. No se lleva el programa oficial de estudios. Por las tardes reciben clases de educación física e instrucción musical pero no se practica terapéutica de tipo vocacional. También participan de actividades recreativas viendo televisión o jugando en el patio principal en donde se encuentra una cancha de Basket-Ball. El profesor toma notas diarias de la evolución del niño en el plantel, dando finalmente la información pedagógica la cual discutirá en la sesión del consejo técnico.

Efectuado el estudio del niño en los departamentos descritos bajo los diversos aspectos de su especialidad, se obtiene un estudio global, el cual es tomado por la dirección quien sumariza la totalidad de los estudios del equipo en un informe en el que se ha tenido en cuenta incluso, el hecho transgresional visto con un criterio de psicología social. Previo a este informe global, se ha efectuado una reunión del consejo técnico, semanalmente, en los que se examinan, se discuten, se ratifican o rectifican los puntos de vista parciales de cada miembro del equipo con respecto a cada caso. De aquí surge la conclusión terapéutica, las orientaciones del tratamiento, la per-

manencia en la sección de observación para mejor estudio o el paso a los centros específicos de reeducación acompañados de los informes de conducta a seguir en el proceso reeducativo.

CUADRO No. 11

Sesiones celebradas y número de casos estudiados por el consejo técnico de la Ciudad de los Niños durante el año de 1967					
Mes	No. de sesiones	No. de casos estudiado	Casos Estudiados		
			Sexo M, F.	Recomendaciones Continúa Instituc.	C. T. Egreso
Enero	0	0	--	--	--
Febrero	0	0	--	--	--
Marzo	3	9	6 3	9	0
Abril	3	6	4 2	5	1
Mayo	3	8	5 3	5	3
Junio	1	3	1 2	1	2
Julio	2	6	2 4	5	1
Agosto	3	8	5 3	3	5
Setiembre	0	0	--	--	--
Octubre	4	11	8 3	6	5
Noviembre	2	5	5 0	3	2
Diciembre	0	0	--	--	--
TOTAL:	21	56°	36 20	38	18

° Nota: Del total de casos 3 fueron revisiones de casos estudiados con anterioridad por el Consejo técnico.

Para cumplir en forma más efectiva con sus objetivos, la población del Centro de Observación de varones, está dividida en la siguiente forma: (13).

- A) Alumnos de primer ingreso, (casos nuevos).
 - B) Alumnos de reingreso (reincidentes y multireincidentes).
 - C) Alumnos menores de doce años (ingresos o reingresos).
 - D) Alumnos de pre-egreso (libertada controlada).
- A) Los alumnos de primer ingreso, están atendidos desde el primer momento por el profesor de turno, quien le sirve la información correspondiente en cuanto a deberes, derechos y obligaciones, horarios y actividades, autoridades inmediatas y demás disposiciones internas.
- B) Los alumnos de reingreso comprenden aquellos que por directas circunstancias retornan al centro después de haber egresado legalmente. El otro grupo de este rubro, lo integran los menores que han llegado a la institución en más de tres oportunidades manifestando una conducta negativa en la mayoría de sus aspectos.

CUADRO No. 12

Casos de primer ingreso y reincidentes en la Ciudad de los niños en el año de 1966.

	<u>HOMBRES</u>		<u>MUJERES</u>	
	Número	Porcentaje	No.	%
Primer Ingreso	356	52.4%	105	77.8%
Reincidentes	<u>324</u>	<u>47.6</u>	<u>30</u>	<u>22.2</u>
T o t a l:	680	100.0	135	100.0

C) Alumnos menores de 12 años: en este grupo se encuentran todos los menores que asistan comprendidos hasta los doce años o por su condición física no puedan atenderse con el resto clasificado de la población (retrasados mentales, con impedimentos físico visible o recomendación especial).

D) Alumnos de preegreso o de libertad controlada: los alumnos que forman parte de este grupo son los que por su superación general comprobada y que han sufrido todo el proceso reeducativo, han sido seleccionados dentro de la población regular y estable del centro de reeducación de San José Pinula, para salir de este plantel a iniciar estudios de aprendizaje de carreras cortas (en diferentes oficios) al Instituto Tecnico Vocacional de esta ciudad, o bien, continuar estudios en otros establecimiento. Existe un reglamento especial para ellos.

Centro de Reeducción de Varones:

Por un camino pintoresco, se llega a San José Pinula, municipio del departamento de Guatemala, situado a 18 km. de la ciudad de Guatemala, en donde se encuentra el Centro de Reeducción para varones y para niñas. Se encuentra ubicada la sección de niños en una vasta extensión de terreno que tiene aproximadamente 3 caballerías. Al ingresar, se nota que el centro no esta rodeado de vallas ni de muros.

En el local, se encuentran un edificio escolar con nueve aulas, un centro de formación profesional que contiene talleres de carpintería, zapateria y sastrería, los cuales están dotados de maquinaria moderna. Hay una residencia para el profesorado sumamente estrecha, una sala de recreo con una mesa de tenis de mesa, un campo de futbol y baloncesto aunque carecen de los im-

plementos para estos deportes; hay tres dormitorios para los niños en muy malas condiciones higiénicas con camas dispuestas una tras otra, no contando con más mobiliario. Los sanitarios con poca limpieza y aseo haciéndose patente la escasez de agua. El comedor es de tipo asistencial: mesas largas con bancas largas para los servicios de comida y con las mismas condiciones higiénicas ya descritas anteriormente. Además, existen corrales para la cría de gallinas, cerdos y patos. Existen grandes extensiones de terreno en donde se efectúan labores de agricultura y una rosaleta que produce gran variedad de flores.

Los pequeños residentes del centro, han sido enviados del Centro de Observación para iniciar su proceso de reeducación y ajuste a una nueva vida que será útil para él y para la sociedad. Para cumplir con este cometido el centro cuenta con un cuerpo de profesores de educación primaria en número de 6 y 6 inspectores que se dedican al cuidado y guía de los niños. Los profesores viven en el plantel y dirigen la enseñanza según las normas trazadas por los orientadores vocacionales que van detalladas en algunos casos en el registro del niño que se envía. La mayoría de los registros no tienen observación del psicólogo o de la orientadora vocacional de manera que los recién llegados llegan a engrosar las filas de los ya residentes. La visita por parte del médico o del psicólogo es rara. Las actividades que se realizan se hacen de acuerdo a los estímulos e intereses individuales, dedicándose las actividades matutinas al cuidado de los animales, a tareas de agricultura o al cuidado de las flores. También se ejecutan labores de carpintería, zapatería y sastretería en los talleres ya mencionados, aunque el material es sumamente escaso

y todavía no hay personal técnico para el manejo de la maquinaria moderna que se encuentra en las instalaciones. Por la tarde, se lleva a cabo la labor educativa tanto para los grupos de alfabetización y un programa de educación primaria para los alfabetizados agregándose a ellos clase de música y pláticas sobre moral, higiene, comportamiento, etc. Se fomenta la recreación guiada por medio de excursiones al pueblo o actividades deportivas aunque no tienen medio de transporte ni los implementos necesarios para labores recreativas, de allí que los fines de semana sea difícil la organización de actividades en vista de que es poco lo que se les puede ofrecer. El cuidado personal de los niños es descuidado, debido a que a veces sólo tienen un uniforme y un par de zapatos. Las vestimentas están sucias y viejas, con zapatos rotos o no tienen. Aunque tienen buenas fuentes de provisión nutricional obtenidas de la granja, éstas son enviadas al Centro de Observación, en donde se redistribuyen nuevamente de manera que la ingesta es deficiente bajo el punto de vista protéico calórico. Se suma a ello la escasez de agua en el centro que dificulta el cuidado de los terrenos sembrados de vegetales; aunque un río pasa cerca del lugar el agua no se ha podido aprovechar debido a la carencia de una bomba de agua para llevar el líquido al centro.

El Centro de Reeducción de Niñas:

Se encuentra ubicado en un edificio del tipo "Operación Escuela", también en San José Pinula. Es una institución de tipo cerrado en contraste con la que existe para niños. Aunque es estrecho para el número de niñas que en él se encuentran, hay más higiene y los dormitorios están más individualizados: uno para cada 4 alumnas con su guarda ropa y mesa de noche. La cocina es bastante higiénica y el comedor tiene mesas individuales para cada 4 niñas. En el momento del estudio habían 36 residentes. El personal dedicado a la labor de reeducación está compuesto por 3 maestras reeducacionales, 3 inspectores y se distribuye la población en 3 grupos: El primero comprende a las niñas que ingresan ejecutan actividades de alfabetización é higiene; las del segundo grupo comprenden niñas que cursan 2o. y 3o. años de primaria.; el tercer grupo, niñas que cursan 4o., 5o. y 6o. años de primaria. El servicio de orientación vocacional efectúa visitas al centro una vez por semana lo mismo el médico de la institución. Una trabajadora social llega dos veces por semana. Las niñas también efectúan labores de bordado, cocina y otras labores domésticas pero sin fines instructivos. Las aulas de clase están bien alumbradas pero el local no está adaptado para labores de esparcimiento y el espacio es bastante reducido. Las niñas no están agrupadas por edades, sino que prácticamente se encuentran mezcladas lo que hace sumamente difícil la labor reeducativa. El programa que se lleva a cabo es más bien de tipo académico que reeducacional en una atmósfera de disciplina correccional.

EL INSTITUTO NEUROLOGICO DE GUATEMALA

El Instituto Neurológico de Guatemala es una institución privada. Fue fundado en 1,961 por iniciativa del Dr. Roberto Rendón, del señor Raúl Calderón y de la Sra. Mariflor S. de Solís, con el propósito de dedicarse al tratamiento, habilitación y educación de niños con afecciones de origen neurológico y psicológicas tales como parálisis cerebral, epilepsia y retraso mental. Además de las funciones ya especificadas, persigue los siguientes objetivos:

- A) Prestar toda la asistencia posible a estas personas para que pueden - llegar a ser miembros independientes y útiles a la sociedad.
- B) Asesorar y orientar a los padres y parientes de esas personas en la solución de sus problemas individuales y coordinar esfuerzos y actividades, a fin de conseguir el máximo beneficio para los pacientes.
- C) Conseguir que el público en general conozca mejor los problemas de dichos pacientes.
- D) Asociarse a organizaciones análogas de otros países cuyo fin es el mejoramiento de los pacientes.
- E) Llevar a cabo los siguientes proyectos:
 - 1o. Clínica de diagnóstico, tratamiento y orientación.
 - 2o. Centro de educación especial.
 - 3o. Centro de formación especial.
 - 4o. Talleres vigilados
 - 5o. Granjas pedagógicas
 - 6o. Centro residencial
 - 7o. Fomentar y proponer legislación en favor de las personas afectadas.

Debido a sus limitaciones económicas, su programa actual está encaminado a la educación especial desde el punto de vista social, pedagógico, psicológico y médico. No existe una edad límite para ingresar a este centro.

Anteriormente, se colocaba a los estudiantes según el sistema de niveles de adaptación, actualmente, se les distribuye en 8 grupos de acuerdo a su madurez social, a su inteligencia y a su edad cronológica; de allí que existen:

- 3 grupos de entrenables
- 2 grupos de educables
- 1 grupo de hiperactivos
- 2 grupos de pre-entrenables.

CUADRO No.13 (18)

Distribución de los estudiantes en el Instituto Neurológico de Guatemala. Año de 1,967.

<u>Clase</u>	<u>No. estud.</u>	<u>Edades comprendidas</u>
Hiperactivos	5	Sin edad específica
Pre-entrenables A	7	5 -12 años
Pre-entrenables D	6	4 - 8 años
Entrenables A	11	6.6 -13.5 años
Entrenables D	11	13.6 en adelante
Educables 6	12	3.6-6 años
Educables D	10	6.5 -11.5 años
Educables "A "	13	11.5 años en adelante

CUADRO No. 14

 Edades y número de estudiantes del Insituto
 Neurológico de Guatemala

<u>Edad</u>	<u>No. de Estudiantes</u>
3-5	7
6-8	26
9-11	14
12-14	13
15-17	8
18-20	3
21 +	<u>4</u>

Total: 75

CUADRO No.15

 Cociente de Inteligencia de los estudiantes del Insituto Neuro-
 lógico de Guatemala

<u>C.I.</u>	<u>No. de Estudiantes</u>
0-30	6
31-40	14
41-50	12
51-60	8
71-80	14
81-90	1
91+.	1
Indeterminado	<u>20</u>

Total: 75.

CUADRO No. 16

Diagnósticos principales de los niños que asisten al Instituto Neurológico. Año 1,967.

Retraso mental de diversos grados	65
Con problemas de conducta	15
Daño cerebral orgánico	9
Trastornos convulsivos	20
Síndrome de Down	6
Retraso de la palabra	19
Parálisis y paresis de diversos tipos	11
Otros (No más de 5 en cada grupo: Microcefalia, retraso psicomotor severo, ataxia cerebelosa, incoordinación motora, etc.)	15.

* La mayoría de los niños presentan retraso mental; y varios de ellos tienen asociado otro cuadro neurológico ó psicológico.

El criterio sobre el cual se les clasificaba anteriormente ha sido modificado en cuanto a sus objetivos, siendo distinto el plan de estudios de los niños considerados educables de los entrenables. Es decir, que la clasificación actual ya no se basa sólo en su edad mental, sino tomando en cuenta los factores anteriormente mencionados efectuando la organización de nuevos grupos y elaborando nuevos curriculums para los objetivos que se persiguen. A

continuación damos el plan trazado para los grupos de educables y entrenables:

Area de estudio: educables :

Lectura	Artes Manuales
Lenguaje	Música
Escritura	Educación Física
Matemáticas	Salud y Seguridad
Estudios Sociales	Ciencias Naturales.

Area de estudio: entrenables:

Artes del lenguaje	(lectura, lenguaje, escritura)
Ciencias Naturales	Artes Manuales
Matemáticas	Música
Salud y seguridad	Educación Física
Habilidades Prácticas.	

A los educables se les dá más énfasis en el área académica, mientras que a los entrenables se les estimula todo aquel tipo de actividades relacionadas con la vida diaria y el cuidado personal. Si estos últimos pudieran ser educables se les instruiría, aunque no es éste el fin que se persigue. A ambos grupos se les dá educación física y artes manuales y aunque dichas actividades son sencillas, se observa a través de ellas, aptitudes, vocación, habilidad y por lo tanto se les orientará en este sentido.

Existe un número aislado de casos que no se han ordenado en un grupo específico porque sus características no son asimilables dentro de los grupos mencionados y no se ha podido crear un nuevo grupo para estos alumnos, por-

que ello implica más personal y un aumento en las necesidades económicas por el Instituto, el cual no está aún en condiciones de hacerles frente. Tales muchachos se encuentran incorporados en los grupos mencionados.

El número actual de niños que asisten al Instituto Neurológico es de 75. La conveniencia del ingreso se determina en cada caso después de un examen llevado a cabo por el personal médico voluntario del instituto. Las normas generales de selección de clientes para el centro de enseñanza comprenden a niños físicamente impedidos que debieran quizá ser educados en la escuela ordinaria, niños ligeramente retrasados que necesitan enseñanza académica especial, niños moderadamente retrasados cuya finalidad debe ser el cuidado de sí mismos y niños gravemente retrasados respecto a los cuales la labor del Instituto se limita esencialmente a la asistencia vigilada. Las cuotas de estudios son de sesenta quetzales mensuales, pero en la mayoría de los casos se dan becas que van desde los 30 quetzales hasta los 5 quetzales al mes pagándose en el último caso solamente el costo del transporte.

El personal técnico administrativo está compuesto por una directora, una administradora, una asistente social titular y una auxiliar, un psicólogo titular y una auxiliar, una fisioterapista de medio tiempo, 8 maestros de educación primaria, una maestra auxiliar y una maestra musical. El trabajo profesional está representado por un neurólogo, un psiquiatra y un cirujano ortopédico, quienes gratuitamente dan consulta e imparten enseñanza y orientación al personal técnico, por medio de conferencias de una hora de duración dos veces por semana. Cada 15 días el personal técnico, conjuntamente con el neurólogo y el pediatra

se reúne en el "sábado Clínico" para discutir los programas que se trazarán para los estudiantes de nuevo ingreso y para evaluar problemas de los ya existentes así como la planificación de actividades futuras. Este se efectúa de las 10 horas a las 14 horas.

La técnica educativa que se utiliza actualmente es la unidad de interés que teóricamente pasa del conocimiento de sí mismo al conocimiento de la familia y luego al del mundo que rodea al alumno. La ejecución de esta técnica se ha mejorado bastante con la actual agrupación y clasificación de los alumnos según sus esferas de madurez; al mismo tiempo se toma ventaja de acontecimientos especiales y fiestas para estimular el interés de ellos. El programa para el año es esbozado por el maestro conjuntamente con el director. Los planes semanales y mensuales de lecciones son organizados por el maestro, preparándose de antemano las excursiones y los materiales que se van a utilizar. El conjunto educacional, técnico y administrativo y profesional trabaja en un clima de armonía, interés y deseo por rehabilitar a los alumnos potenciizando sus capacidades y creándoles otras para hacerlos adaptables a su familia y a su ambiente.

EL CENTRO DE RECUPERACION NUMERO 1

En el Centro de Recuperación se encuentra una sala de niños que en el momento del estudio contaba con 22 niños. Se le llama "sala de los Angeles", irónicamente llamada así y está destinada a dar albergue a todos aquellos niños que nacen con deficiencias congénitas severas de origen orgánico y con deficiencia mental severa que hace prácticamente imposible incluirlos en la población infantil de nuestra sociedad.

Más bien se les ha llevado allí para deshacerse de ellos estando condenados

a llevar una vida vegetativa hasta que fallecen o bien, si crecen se les trasladada a otra sala para adultos denominada "sala de los Arcángeles". En la sala de los Angeles, se les brinda todos los cuidados necesarios para que puedan vivir dentro de sus propias limitaciones que su defecto les permite.

En el momento del estudio se encontraban 22 niños o Angeles. El estudio de las papeletas, aunque bastante incompletas, permitió obtener los siguientes datos:

Edad de los niños hospitalizados en la sala de los Angeles del Centro de Recuperación Número 1.

<u>Edades</u>	<u>Número</u>
1	
2	
3	3
4	
5	
6	1
7	3
8	1
9	1
10	2
11	2
12	1
13	
14	1
15	1
16	1
17	1
18	1
19	1
20	1
Sin edad	<u>1</u>
T o t a l:	22

Procedencia de los casos:

Departamento de Guatemala	11
Departamentales	8
La Papeleta no indica	<u>3</u>
T o t a l :	22

Asistencia del parto:

Asistencial:Hospitalario	3
Extrahospitalario	
Por comadrona empírica	8
Otras personas	7
No indica	<u>3</u>
T o t a l :	22

Diagnósticos de los niños hospitalizados. No. casos

Parálisis cerebral espástica	15
Parálisis cerebral flácida	3
Retraso mental severo	9
Microcefalia	7
Daño cerebral irreversible	1
Retraso mental severo y del desarrollo	3
Espina bífida con mielomeningocele	1
Idiocia, ceguera, sordomudez	1
Oligofrenia	2
Secuelas de meningitis	1
Ceguera	1

El personal profesional está compuesto por un méjico pediatra que efectúa una visita diaria al servicio, un residente de la institución que atiende las complicaciones méjicas que se presentan. El personal de la sala consta de una enfermera graduada de reciente adquisición, 4 auxiliares empíricas que a su vez se encargan de las labores domésticas del servicio que incluye el lavado de ropa y la higiene de la sala. Las labores que efectúa el personal auxiliar se llevan a cabo por experiencia adquirida en el diario trabajo de la sala aunque actualmente, en el momento del estudio, se iniciaba el adiestramiento dirigido. El personal técnico, también consta de una psicóloga, una asistente social y una fisioterapista del Centro de recuperación. La labor de las primeras dos es bastante limitada, debido al poco contacto que se hace con las familias. El 80% de las habitantes de la sala se encuentran totalmente abandonados en cuanto al trabajo del servicio social se refiere. El trabajo del Psicólogo es poco efectivo y de poca participación, pues la naturaleza de los problemas patológicos que presentan no permite ningún tipo de acercamiento bajo el punto de vista psicológico. Aunque la sala está dedicada al cuidado de los niños invalidos y abandonados, es digno de mención la limpieza y el orden que existe a pesar de las limitaciones del personal y de implementos de higiene. Las normas de higiene son aceptables en el servicio y los niños siempre se encuentran limpios, los mismo sus vestimentas.

4 personas altruistas cooperan supliendo al servicio con todos aquellos implementos de primera necesidad que se necesitan; así el servicio cuenta con una lavadora eléctrica, una estufa de gas propano y ropa suficiente para atender las más urgentes necesidades de vestimentas. El agua utilizada es municipal

y por lo tanto escasas, bañando a los niños 2 veces por semana.

ESCUELA DE NO VIDENTES: SANTA LUCIA.

Fué el Dr. Carlos Federico Mora, quien inició en Guatemala el primer movimiento en favor de los ciegos en 1,928, con la idea de crear una escuela para ciegos. Trece años después, en 1,942, un grupo de muchachas guías - fundó la primera escuela para ciegos que funcionó en la casa de la Asociación, dedicándose éstas esforzadas guías, en calidad de maestras, a educar a los ciegos y a los sordos que les eran enviados de los asilos de inválidos. La sociedad de Guatemala hizo suya tan hermosa iniciativa y se formó el "Comité Nacional pro-ciegos y Sordomudos", entidad que obtuvo personería jurídica el 3 de Octubre de 1,945.

La primera institución creada por este Comité fué la escuela residencial "Santa Lucía", la cual se estableció en el local propio en mayo de 1,946. La escuela continuó la labor iniciada por las Guías y desarrollo un programa que permitió a los alumnos seguir sus estudios de educación primaria y entrenarse en oficios conforme a su vocación y aptitudes.

En 1,954, egresó de la escuela "Santa Lucía" un grupo de alumnos capacitados para ejercer distintos oficios y profesionales, tales como músicos, - maestros de educación primaria (quienes no pueden ejercer en el nivel primario) y pequeños comerciantes. La escuela residencial continuó su programa educativo sólomente con niños, los cuales, reciben educación primaria y orientación vocacional conforme un plan basado en la psicología de la personalidad y en los principios de aprendizaje para niños con limitaciones psicofísicas derivadas de la ceguera (8)

Alejada del bullicio de la ciudad, la Residencia cuenta con los mejores medios para la educación especial de sus residentes, lo que la hace figurar entre las mejores escuelas de su tipo en la América Latina. El edificio residencial es bastante amplio y las normas de higiene son estrictamente observadas, especialmente en lo que concierne a dormitorios individualizados para cuatro alumnos cada uno; la cocina y el comedor también limpios y éste último con mesas individuales para cada 4 personas. De los jardines, el situado en la parte posterior del edificio cuenta con una piscina de natación. El material didáctico es excelente: se dispone de personas especializadas en la escritura Braille, máquinas de escribir Braille, fonógrafos, magnetófonos, libros de texto en sistema Braille, instrumentos musicales, globos terráqueos en sistema Braille y mapas en relieve. Hay una excelente biblioteca con famosas obras literarias y poesía para niños.

El personal de la institución está formado por una directora administrativa y técnica, 9 maestras de educación primaria, 8 maestros especiales a saber: de canto, de piano, de educación física, de manualidades, de mecanografía, de musicología, de inglés y de educación especial para el hogar; además, 2 maestras auxiliares, una asistente social, una enfermera y una niñera. Todo el personal trabaja tiempo completo. El equipo profesional está formado por un psiquiatra infantil, un médico pediatra y un psicólogo. Todos consultantes.

La política de ingreso se basa en la admisión de aquellos niños que presentan ceguera parcial o total y que no presenten problemas somáticos o psicológicos serios. A su ingreso, se le efectúa al niño una evaluación psiquiátrica y psicológica. La evaluación de los casos problemas, las normas de conducta

a seguir, las recomendaciones y la programación de actividades en casos especiales se efectúa en las sesiones del personal técnico y profesional los días sábados cada 15 días. Existe una sección de niños especial llamada de Educación especial dedicada a la atención de niños con problemas serios de conducta. Están bajo la supervisión del psiquiatra y el cuidado de una profesora encargada de cuidarlos e instruirlos constantemente. El número de ellos en el momento del estudio era de 5. El psiquiatra infantil les efectúa evaluaciones periódicas y da tratamiento cuando el caso lo requiere.

La institución se sostiene actualmente con los fondos recaudados de la Lotería "Santa Lucía" y el número actual de niños es de 25 mujeres y de 35 niños haciendo un total de 60 residentes en la escuela.

HOSPITAL ROOSEVELT: SECCION DE PSICOLOGIA.

Iniciada en el mes de octubre de 1,964 y adjunta al Departamento de Pediatría, es supervisada por la Unidad de Neurología. Tiene como fin la evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con retraso mental, con problemas emocionales o de conducta y de adaptación. Ejecuta los estudios necesarios para determinar organicidad; participa en proyectos de investigación, estudiando aspectos psicológicos de pacientes con artritis reumatoidea y, actualmente estudia la significación de la desnutrición en el desarrollo intelectual del niño así como el estudio transversal y longitudinal del prematuro en su desarrollo psicomotor. La mayoría de los estudios de Investigación son efectuados por estudiantes próximas a recibir su Licenciatura en Psicología en las Facultades de Humanidades de las Universidades de San Carlos y Rafael Landívar. Como trabajo de equipo con la unidad de Neurología, sirve de diagnóstico para instituciones privadas, semiprivadas y estatales como son el Centro Educativo A-

sistencial, Comité Pro-Ciegos y Sordomudos y sus dependencias y el Insituto Neurológico de Guatemala.

Los exámenes efectuados son en su mayoría evaluaciones Psicológicas que incluyen la aplicación de pruebas psicológicas. Se efectúa diariamente un promedio de 2 exámenes psicométricos, 3 entrevistas con pacientes y una sesión de terapia. El personal consta de una psicóloga y una asistente además de psicólogas infieri que trabajan en investigación. El horario de trabajo es de 4 horas diarias. El tió que se dá es sobre todo de sostén; el tratamiento medicamentoso es dado por el Neurólogo Pediatra de la Unidad de Neurología. Los cuadros más comunes que se han observado son: Convulsiones, retraso mental, problemas de escolaridad y niños antisociales. Cuando el caso puede beneficiarse con educación especial es remitido al Insituto Neurológico. Las reacciones psicóticas pueden ser sospechadas pero no tratadas refiriéndose a centros especiales.

RESULTADOS Y DISCUSION

1o. En Guatemala sí hay asistencia psiquiátrica para el niño tal como lo de nota la existencia de centros destinados para este fin, en forma análoga a los que existen en otros países del mundo y siguiendo los esquemas de organización general.

2o. Se llevó a cabo el estudio estadístico y de observación en los centros destinados para tal tipo de asistencia, los cuales fueron:

La Clínica de Orientación Infantil

El Hospital Neuropsiquiátrico

El Centro de Reeducción de Menores

El Centro de Recuperación No.1.

La Escuela de no Videntes Santa Lucía

El Instituto Neurológico de Guatemala

La Sección de Psicología del Hospital Roosevelt

Existen otros centros que se dedican en una forma u otra al cuidado de los retrasados mentales, pero no están debidamente supervisados para considerarlos en el presente estudio.

En la práctica privada, existe únicamente un psiquiatra infantil, además de 7 psiquiatras adiestrados en el extranjero y 7 médicos dedicados a ejercer la psiquiatría sin entrenamiento especial en esta disciplina, para una población de 4.000.000 de habitantes.

Existen además, psicólogos que se dedican al diagnóstico y tratamiento de problemas psiquiátricos sin terapia dirigida o supervisada por

el psiquiatra.

3o. Aunque el tipo de asistencia que se ofrece en los centros estudiados es llevada a cabo por personas conscientes de que al niño debe respetársele como persona y que debe dársele toda la ayuda posible, dicha atención confronta grandes problemas que limitan su acción de una manera considerable, por lo cual la programación de las actividades de la comunidad para socorrer al niño con problemas mentales, no se llena a cabalidad.

Estos problemas deben de analizarse desde dos puntos de vista: El médico propiamente dicho y el económico-social.

Bajo el punto de vista médico, debe hacerse un análisis de los centros, en una forma individual para puntualizar los problemas que existen en cada uno de ellos y para dar opiniones que, a mi juicio, considero serán beneficiosas.

El Hospital Neuropsiquiátrico:

Deben considerarse varios aspectos importantes como son: Falta de personal para la atención de estos niños, tanto profesional como técnico.. No existe psicólogo, ni neurólogo, ni asistente social, todos ellos son elementos fundamentales para que se pueda efectuar tratamiento adecuado al niño. Un porcentaje de más de 50% de los pacientes hospitalizados - presentan problemas de origen fundamentalmente orgánico que se encuentran más bien únicamente con tratamiento medicamentoso. La asistencia por parte del pediatra como miembro del equipo terapéutico es limitada.

Nos llamó la atención que la mayoría de los fallecimientos en el servicio ocurrieron por cuadros intestinales infecciosos, aspecto que considero podría prevenirse.

porque carece de los recursos para ello, únicamente se lleva a cabo la prevención secundaria y terciaria.

El personal de la clínica, es competente si tomamos en cuenta las limitaciones educativas y económicas que impiden la participación de personal más especializado, como lo sería una asistente social psiquiátrica que intervendría en una forma más dinámica con la familia para hacer más efectivo el trabajo del equipo terapéutico. Aunque el trabajo de la Asistente social es efectivo al tomar la historia clínica y efectuar la encuesta social, no efectúa visitas domiciliarias y no está debidamente entrenada en dar terapia de sostén u orientación a la familia, siendo su participación en el equipo terapéutico discreta.

En Guatemala, los centros dedicados a los problemas psiquiátricos en el niño, trabajan en forma individual sin formar una unidad como es deseable, esto hace que la colaboración entre todos no se lleve a cabo y que no se solucionen muchos de los problemas que tienen en común y se debe a que no existe un plan de coordinación y supervisión. La única relación directa que tiene la clínica es con el Hospital Neuropsiquiátrico.

Centro de Reeducción de Menores:

Creo pertinente hacer las siguientes observaciones:

Es patente la pobreza material en que se encuentra el centro.

Los locales dedicados para niños son inadecuados, de tipo asistencial y le dan más el aspecto de un centro de internamiento para niños infractores y no el de un centro de readaptación.

Como resultado de la pobreza, se observa malas condiciones de higiene, hay falta de implementos para la recreación y falta de actividades para la recreación y falta de actividades para el aprovechamiento de las horas libres.

Es también notorio el abandono social a que estos niños están sujetos, debido a la ausencia del contacto familiar.

El ambiente en general es más deprimente que estimulante para los niños y se advierte poca higiene y escasez de los elementos necesarios, en una institución residencial que debe semejar el ambiente de un hogar.

En resumen, aunque la creación de una sala de niños vino a marcar una etapa de definitivo progreso en la psiquiatría infantil en Guatemala, la asistencia es bastante limitada y en muchos aspectos inadecuada.

La Clínica de Orientación Infantil:

La Clínica de Orientación Infantil está estructurada en forma análoga a las que existen en otras partes del mundo y cumple, con limitaciones, el fin que se ha impuesto: la prevención y el tratamiento de las enfermedades de origen mental.

El problema más serio que confronta el centro es el tiempo que le dedica a sus actividades. Abierto 4 horas diarias, los servicios del psicólogo y del psiquiatra son de 2 horas diarias. Aunque no todos los casos ameritan la intervención del psicólogo, éste se dedica además, a pacientes adultos lo que impide llevar a cabo la evaluación de los casos de mayor detenimiento y por consiguiente el tratamiento no es 100% efectivo. Esto se debe a que el estudio psiquiátrico y psicológico necesitan de mayor identificación con el paciente, pero el tiempo que se le dedica es limitado. En vista del volumen tan grande del paciente, se les cita con intervalos prologados, efectuándose en 8 semanas estudios de una duración de dos semanas. Aunque el número de pacientes es elevado, no es representativo de la población. La Clínica de Orientación Infantil no está preparada para efectuar una divulgación efectiva a nivel nacional,

El problema fundamental es que, por falta de medios económicos, por falta de locales adecuados, por la pobreza existente, por la escases de personal, el niño carece de la sensación de estar en un hogar., más bien en un reformatorio a donde va a pagar sus faltas cometidas. Como resultado, el número de niños y de niñas que se fugan es considerable:

CUADRO No.17 (13)

Fugas registradas durante el año de 1,966 en la
Ciudad de los Niños.

<u>MES</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Enero	27	5.0
Febrero	8	1.7
Marzo	28	5.2
Abril	23	4.3
Mayo	24	4.5
Junio	33	6.1
Julio	53	9.8
Agosto	57	10.5
Septiembre	65	12.1
Octubre	54	10.0
Noviembre	99	18.4
Diciembre	67	12.4
T o t a l:	538	100.0

Los habitantes de los centros no son verdaderamente delincuentes. Sencillamente, son producto de la pobreza y de la ignorancia del ambiente del cual provienen. Los motivos por los cuales ingresan lo indican, tal como lo demuestra el cuadro siguiente:

CUADRO No. 18

Motivos de ingreso de la población registrada en la ciudad de los niños durante el año de 1966				
MOTIVO	HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%
De carácter económico	342	50.2	47	34.8
Problemas de conducta	32	4.7	14	10.4
Problemas sexuales	17	2.6	10	7.4
Agresión	20	2.9	7	5.2
Evasión de la institución	189	27.8	48	35.5
TOTAL	680	100.0	135	100.00

El Centro de Recuperación No. 1

Es poco lo que se puede hacer por los niños internados en la sala de los Angeles, y como veremos, los problemas existentes provienen de la desintegración familiar, el abandono, la falta de protección para la familia como unidad básica de la salud somática y mental, problema común en nuestro país. Hasta que se dicten las normas y las medidas necesarias y se resuelvan los problemas de origen económico social, disminuirá la incidencia de estos seres que son el espejo de nuestras deficiencias sociales.

La Escuela de no Videntes Santa Lucía:

Este centro, como fuera expuesto anteriormente, es de los mejores en su tipo en la América Latina. Sin embargo, aunque su programa de rehabilitación es excelente, los graduados de la escuela tropiezan con dificultades para readaptarse al marco de su familia y al de la sociedad. El medio ambiente no le brinda las oportunidades necesarias para su natural asimilación en el engranaje social.

El estado y la comunidad deben dictar normas para la reincorporación de ellos a su seno, asignándoles actividades laborales que no sólo los haga útiles sino que el trabajo que efectúen ponga en práctica la preparación obtenida en la escuela.

El Instituto Neurológico:

El Instituto Neurológico vino a llenar una necesidad básica en nuestro medio, o sea, la de dar tratamiento y educación a niños con afecciones psico-neurológicas, especialmente en el renglón de retraso mental.

Para llevar a cabo su plan de trabajo, cuenta con personal y material suficiente, tomándose en cuenta sus limitaciones económicas y la falta de centros para maestros de educación especializados en retraso mental. De las observaciones obtenidas en el centro se puede decir lo siguiente:

- 1o. Aunque las técnicas educativas usadas actualmente enfocan la educación del retrasado mental bajo un triple punto de vista, social, pedagógico y médico, el mayor énfasis es sobre labores académicas mientras que, no están organizadas las labores de tipo manual y auditivas en una forma que los niños aprovechen al máximo sus capacidades sensoriales.
- 2o. El personal profesional voluntario no participa de una manera activa en programas de tratamiento sistemático dejando mucha de esta labor a la asistencia social, pero especialmente al cuerpo de psicología interviniendo únicamente cuando el problema específico del niño requiere su atención.
- 3o. El recreo no está dirigido; aparte de las actividades de cada unidad, el re-

creo no tiene fines específicos de enseñanza; la mayoría de las veces los niños se dedican a jugar al columpio o a la pelota. Deben hacerse más comunes actividades estimulativas.

- 4o. Finalmente, la labor efectuada por el Instituto Neurológico, se lleva a cabo sin formar parte definida en programas coordinados de la comunidad como ya hemos señalado en ocasiones anteriores, trabajando más bien como una entidad aislada en cuanto a coordinación se refiere. El estado aún no ha llevado a cabo la fundación de un Instituto Neurológico con los mismos fines y procedimientos que el actual, al que se pudieran remitir los pacientes de los restantes centros asistenciales del país que se puedan beneficiar de sus recursos. La fundación de un centro de éstos requiere efectuar gastos por parte del estado y la institución actual no se encuentra en las posibilidades económicas para prestarles atención pues, aunque privado, la mayoría de los niños que atiende también son de escasos recursos económicos, lo que completa sus posibilidades económicas actuales. Sin embargo, sería sumamente beneficioso que el Instituto Neurológico la participara en una forma coordinada con los centros dedicados a los problemas emocionales y mentales de los niños para lograr una labor más efectiva.

La Sección de Psicología del Hospital Roosevelt:

Aunque de principio modesto, quizá desapercibido en el complejo engranaje asistencial de la nación y aún del Hospital, la sección de Psicología viene a puntualizar la necesidad de considerar al niño tanto en lo biológico -

como en lo psico-social. La era del estudio y tratamiento del paciente únicamente bajo el punto de vista somático sin considerarlo bajo una luz más integral, debe de pasar a la historia.

El trabajo en esta Sección se lleva a cabo por personas jóvenes que se están iniciando en el conocimiento de la psicopatología, especialmente la infantil, bajo el pnto de vista práctico. Aunque carecen de experiencia previa en este campo, pues reciben únicamente preparación teórica sobre psicopatología infantil en cursos impartidos en la Facultad de Humanidades; el entusiasmo y la dedicación de estos jóvenes psicólogos hacen efectivo el plan de trabajo que se han impuesto.

En el presente estudio me he dedicado a discutir los problemas relacionados con la asistencia psiquiátrica proviene de factores mucho más complejos que los descritos sólo bajo el punto de vista médico. Las limitaciones que existen en la existencia psiquiátrica tienen un fondo eminentemente social en el que van íntimamente ligados factores como los problemas de origen económico-Social, especialmente en nuestro país en lo que se refiere a pobreza, ignorancia, enfermedad y falta de legislaciones que ofrezcan protección al niño, a la madre y a la familia formando todos estos factores un círculo vicioso. Lo mismo puede decirse de nuestros hermanos los países centro y latino americanos.

Nuestro país, cultivado por la naturaleza entre valles y montañas, inició su vida independiente a partir del año 1821. Desde entonces, el crecimiento de su población ha sido en forma ascendente. En el lapso de tiempo transcurrido desde 1778 a 1964 (16), su población se ha duplicado cada 37 años. El censo por muestreo de la población de Guatemala en 1,964 dió la cantidad de 4,209,820 habitantes, estando concentrada 15.8% de ésta en el Departamento de Gua-

temala. El 65.9% de la población reside en el área rural, lo cual es natural por ser Guatemala un país eminentemente agrícola y ganadero. Un 56.7% son indígenas, mientras que, el 43.3% pertenecen a otros grupos étnicos. La composición demográfica, se caracteriza en Guatemala por una alta proporción de menores de 25 años, representando dicho grupo alrededor de un 63.0% de la población total. En cuanto al estado civil de las familias guatemaltecas, en la mayor parte están constituidas por uniones de hecho, absorbiendo un 34.7% de la población total. En el renglón educativo, el censo de población de 1,964, indica que el 63.3% de la población de 7 y más años de edad de Guatemala es analfabeta. Del total de personas en edad estudiantil sólo el 25.6 asistían a la escuela o recibían educación en tanto que el resto no lo hacía.

Haciendo abstracción de las normas culturales y religiosas por las que se rige nuestra población indígena, la mayoría de los matrimonios son uniones ilegales en las que el padre únicamente lo es de paso y la mujer vive sólo con un gran número de niños bajo su cuidado. No podemos hablar de familia desintegrada cuando dicha familia nunca existió. Es por ello que el cuadro Número 5 se observó cómo el estado económico y social influyen grandemente en la actitud que tenga la familia hacia los niños residentes en el hospital neuropsiquiátrico.

La mortalidad infantil en Guatemala es sumamente elevada y es índice de los pocos medios con que cuenta nuestro país para asistir a la madre y al niño. Los siguientes datos nos dan una idea.

Tasas de Mortalidad Infantil calculadas por 1000 nacidos vivos (15)

1,960	91.8
1,961	84.8
1,962	91.3
1,963	92.4

Estos datos proporcionados, figuran entre los índices más elevados en América.

Los países latinoamericanos presentan problemas similares a los nuestros.

Según el informe de la conferencia sobre el papel que juegan el niño y el adolcente en el desarrollo nacional en Latinoamérica, reunión apadrinada por el fondo para la niñez de las Naciones Unidas (27) se hizo ver que las necesidades de la niñez deben ser solucionadas a través de diversos sectores de actividad social, relacionados con ellos en los siguientes aspectos: Afecto, higiene y desarrollo físico, alimentación, hogar, desarrollo mental (incluyendo educación), libertad de comunicarse y expresarse, guía vocacional y seguridad económica, desarrollo emocional y oportunidades de ser aceptado socialmente. Bajo el punto de vista emocional, su desarrollo depende de la actitud de la comunidad. por lo tanto, la ausencia o falta de un padre (por ilegitimidad, abandono u orfandad) origina problemas emocionales que a la larga vienen a constituir problemas sociales. Aún más, a pesar de que la conferencia enfatizó la importancia de los lazos familiares para proporcionar al niño sus necesidades, nunca se olvidó reconocer que tales lazos eran afectados por la situación económica y social de los países latinoamericanos.

Los problemas clásicos de familias desintegradas, madres no casadas, niños abandonados, etc., son más frecuentemente encontrados en las áreas más pobres de latinoamérica. En algunas áreas, la ilegitimidad puede ser tan alta como hasta un 70% de todos los nacimientos; en estas circunstancias, lo que necesita es una política de organización de la familia más que una de fortalecerla. En cuanto a legislaciones encaminadas para la protección para la familia se hizo ver lo siguiente: a) debe haber asistencia y protección para la familia como la piedra angular de la sociedad; b) debe dársele cuidados a la madre y al niño a través de servicios médicos, económicos y sociales; c) educación obligatoria tanto para niños normales como anormales; d) deben existir penas civiles y criminales para aquellos padres que desamparan o abandonan la familia; e) integrar la administración de justicia para menores a través de instituciones especiales, con personal adiestrado, y finalmente f) aplicación de un código de menores o estatutos para todo país de latinoamérica.

RESUMEN Y COMENTARIO

En este trabajo hemos abordado el tema de la asistencia psiquiátrica del niño en Guatemala. Para comprender el panorama nacional presentamos una breve historia de la psiquiatría infantil y una revista breve a la organización y funcionamiento de los diversos centros que llevan a cabo el cuidado del niño con problemas de conducta y problemas emocionales. Hemos enfatizado la importancia que debe dársele al niño como persona, quien igual que el adulto tiene problemas que necesitan tratamiento psiquiátrico, pero, cuyo enfoque y tratamiento es diferente. Especial atención debe darse a ciertos elementos esenciales en la vida emocional del niño, sobre todo bajo el punto de vista so-

cial. Esta atención especial es necesaria en lo que se refiere a ilegitimidad , los hogares desintegrados , la orfandad , el abandono de hogar y el divorcio , y sobre todo la adolescencia , involucrada en el estudio del niño , que presenta problemas peculiares a esa edad como es la delincuencia juvenil que puede tener hondas raíces psicopatológicas y sociales .

Seguidamente procedimos a describir los diferentes centros destinados a la asistencia psiquiátrica del niño y analizamos la función primordial de cada uno de ellos . Hacemos ver la importancia que reviste la unión de todos estos centros para trabajar como parte de un todo , de manera que la comunidad se beneficie más de la coordinación de los diversos servicios . De la misma manera , el equipo terapéutico que funciona en estos centros debe estar formado esencialmente por el psiquiatra , el asistente social y el psicólogo para poder hacer efectivo el programa de diagnóstico y tratamiento . Todos los profesionales mencionados deben tener preparación y adiestramiento para estar capacitados a efectuar el tratamiento de niños con afecciones de la conducta o de origen emocional . A pesar del avance de la psiquiatría infantil , es notoria la escasez de personal especializado en el tratamiento de los problemas psiquiátricos del niño , especialmente en los países centroamericanos en donde esta subespecialidad de la psiquiatría general se está iniciando . La historia de la psiquiatría infantil en nuestro país es bastante breve y data de 20 años para esta parte , contándose únicamente con la labor de un psiquiatra infantil debidamente especializado en el exterior , además de 7 psiquiatras generales que se dedican al diagnóstico y tratamiento de los problemas psiquiátricos en adultos .

Nuestro estudio de los centros dedicados al cuidado psiquiátrico del niño se circunscribió a aquellos en donde además del enfoque psicológico se les brinda asistencia estatal con 2 excepciones. En todas las instituciones del Estado encontramos que:

- 1o. Los centros cuentan con muy poco apoyo económico, dando como resultado el cuidado poco eficiente para los pacientes, la escasez de personal técnico y profesional, la presencia de locales inadecuados en cuanto a diseño e higiene.
- 2o. El personal es escaso y al mismo tiempo la jornada de labores es insuficiente, lo que redunda en la poca efectividad del tratamiento.
- 3o. Los centros no trabajan coordinadamente, cada uno trabaja como una unidad separada del resto.
- 4o. Al efectuarse el estudio de los diferentes centros, encontramos que tan to en el centro de Orientación Infantil y el Hospital Neuropsiquiátrico son atendidos un alto porcentaje de pacientes con problemas de origen orgánico que deben recibir tratamiento especial en otros centros pero de los cuales el único que presta sus servicios a la comunidad es el Instituto Neurológico de Guatemala, Centro Psico Pedagógico que no puede absorber a todos los grandes pacientes que presentan dichos problemas.

En cuanto a la Ciudad de los Niños, es nuestra impresión que la labor efectuada en este centro no cumple los fines que se ha propuesto, como lo indican las estadísticas de fugas, debido a la falta de personal adiestrado y de medios para efectuar el proceso de rehabilitación.

La sala de los Angeles es un Asilo de Niños, desechados por la comu-

nidad, condenados a vivir una vida vegetativa hasta la muerte.

El Instituto Neurológico de Guatemala, la Escuela de no Videntes Santa Lucía y la sección de Psicología del Hospital Roosevelt, llevan bien enca-
minados sus programas que se han trazado con las limitaciones lógicas con
que se enfrentan.

Finalmente consideramos que el denominador común de todos los pro-
blemas del niño, especialmente en lo que se refiere a su vida emotiva y a su
conducta son la pobreza, la ignorancia, la falta de oportunidades para obte-
ner mejores cuidados médicos, económicos y sociales como también es el ca-
so en los países de Latinoamérica.

Por lo expuesto, creo es necesario que toda la comunidad se esfuerce
por ayudar al niño en nuestro país recurriendo a todos los medios que sea po-
sible, especialmente en el entrenamiento de maestros y profesionales para la
comprensión y mejor tratamiento del niño. También es necesaria la participa-
ción activo de todos los sectores de la comunidad para efectuar una labor pre-
ventiva de los problemas del niño, no sólo para ayudarlos sino para compren-
derlos mejor. Deben de participar en esta labor las escuelas, las guarderías,
los departamentos o unidades de asistencia social, los hospitales, las dife-
rentes organizaciones sociales de ayuda filantrópica; la Iglesia, la iglesia -
puede contribuir a desechar supersticiones que afectarían desfavorablemente
los programas de rehabilitación. Existen errores universales como el de que
los niños y adultos mentalmente retrasados son víctimas del "mal de ojo"; el
concepto de que los pecados de los padres son castigados en los hijos; y la
reacción de algunas familias exagerando la protección por estimar que deben

- 6a. Deben crearse leyes que protejan el patrimonio de la familia para evitar de esa manera la desintegración familiar, factor importante en los problemas emocionales del niño.

C O N C L U S I O N E S

- 1a. La Psiquiatría Infantil en Guatemala es de reciente iniciación
- 2a. El número de centros que existen para el cuidado del niño con problemas psiquiátricos es escaso.
- 3a. El personal técnico y profesional dedicado al estudio de los problemas, el diagnóstico y el tratamiento también es escaso.
- 4a. Los centros estudiados no trabajan en una forma sincrónica u organizada para mayor beneficio de los programas trazados por cada uno de ellos, sino en forma aislada.
- 5a. Las limitaciones especialmente de tipo económico que confrontan dichos centros hacen imposible una labor efectiva en vista de la pobreza reinante en varios de los centros, la falta de personal adiestrado en otros y en otros la falta de programas más dinámicos de trabajo.
- 6a. Los problemas del niño en Guatemala como en los países de Latinoamérica tienen un profundo origen en el desajuste social y económico en que se vive, careciéndose a la vez de instituciones que protejan a la familia y sin la existencia de leyes que velen por la seguridad e integridad de la familia (Ley T. Familia)
- 7a. Debe incrementarse la labor de Prevención de las enfermedades mentales en el niño y estimule la higiene psíquica de estos pequeños, para hacer de ellos personas útiles y respetadas por la sociedad

B I B L I O G R A F I A

1. American Psychiatric Association. Planning psychiatric services for children in the Community Mental health Program. Based on the proceedings of a conference held in Washington, D.C., April 20-21 and July 12-14, 1964. 47p.
2. Buchenholz, B. Activity analysis; a technique in the study of adolescents. Amer. J. Psych. 18:594-605, 1964.
3. Buckle, D. et al. La salud mental de la familia en Europa. Ginebra, O.M.S., 1966. (Cuadernos de Salud Publica numero 28).
4. Buckle, D., y S. Lebevicí. Los centros de orientación infantil. Ginebra, O.M.S., 1959. (Serie de monografías número 40).
5. Christ, D.E., et al. Parent-nurse therapeutic contact on a child psychiatry unit. Amer. J. Orthopsychiat. 35:589-93, 1965.
6. Cohen, R.G. Developments in the isolation therapy of behavior disorders of children. Curr. Psychiat. Ther. 3:180-7, 1963.
7. Finch, Stuart M. Fundamentals of child psychiatry. New York. W.W. Norton Company. Inc., 1960. pp. 296-299.
8. Galvez Alguaz de Nicora, Maria Isabel. Estudio comparativo de rasgos de personalidad entre niños ciegos y videntes. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Humanidades, 1964. 102p.
9. Garcia, Donald L. Parálisis cerebral infantil; su importancia clínica en Guatemala. Tesis. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1958. 64p.

10. Ginott, H.G. Interaction in child group therapy. Top. Probl. Psychother. 5:205-10, 1965.
11. Guatemala. Centro de Salud Mental. Direccion administrativa. Datos estadisticos; 1963 y 1966.
12. >>>>-----Reglamento; 1966. 8p.
13. Guatemala. Centro de Reeduccion de Menores. Plan de trabajo del centro de observacion de varones; 1967. 4p.
14. -----Datos estadisticos proporcionados por el departamento de Servicio Social; 1966.
15. Guatemala. Direccion General de Estadistica. Guatemala en Cifras. 1963. p26.
16. -----Poblacion de la Ciudad de Guatemala, Censos; 1964.
17. Guatemala. Hospital Neuropsiquiatrico. Archivos; 1962-1967.
18. Guatemala. Instituto Neurologico; Archivos; 1962-1967.
19. Harrison, S.I. Communicating with children in psychotherapy. Int. Psychiat. Clin. 1:39-51, Jan. 65.
20. Joseph, J.P. The treatment of psychotic children. Curr. Psychiat. Ther. 4: 74-8, 1964.
21. Mejia, Victor Manuel. Higiene mental del niño y del adolescente normal. Consideraciones psicopedagógicas y medicas. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas, 1942. 62p.

2. Niles, G. Influence of family climate on development of children; therapeutic aspects. Amer. J. Psychoanal. 24:206-9, 1964.
23. Noyes, Arthur, P. Lawrence y C. Kolb. Psiquiatria Clínica Moderna. México. La Prensa Medica Mexicana, 1963. pp. 978-985.
24. Balboa Acuña, Ricardo Augusto. Consideraciones sobre la parálisis cerebral infantil; el problema en Guatemala. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas, 1957. 74 p.
25. Ruiz Herrarte, Marco Cirano. Afecciones psicósomáticas de la gestación y estructuración de la personalidad del neonato. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1963. 69p.
26. Rybak, W.S. et al. The role of child-care workers with emotionally disturbed children in therapeutic communication groups. Psychiat. Quart. Suppl. 38:234-46, 1964.
27. United Nations Children's Fund. Children and youth in national development in Latin America. Report of conference 28 november-11 december 1965, Santiago de Chile. 132 p.
28. Werkman, Sidney. The psychiatric diagnostic interview with children. American Journal of Orthopsychiatry, 35: 765-771, 1965.
29. World Health Organization. Regional Office for Europe. Seminar on the in-patient psychiatric treatment of children, Frankfurt-on-Main 5-12 October 1963. 54p.

W.H.O.
Ruth R. de Souza
Jan 13/67

Carlos Salguero G.

Br. Carlos Humberto Salguero G.

Enrique Morales Chinchilla

Dr. Enrique Morales Chinchilla
ASESOR

Augusto Aguilera

Dr. Augusto Aguilera
REVISOR

Enrique Morales Chinchilla

Dr. Enrique Morales Chinchilla
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

Ernesto Alarcón E.

Dr. Ernesto Alarcón E.
SECRETARIO

Vo.Bo. *Julio de León M.*
Dr. Julio de León M.
DECANO