

A - 5



## LA ASISTENCIA SOCIAL Y EL SERVICIO PSIQUIATRICO INFANTIL

R6.532

CUE  
OSI

BASILISA CUERDO

(Tesis presentada en la Escuela de Asistentes  
Sociales "Ruiz de Alda", de la Sección Femenina)

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

GRANADA

Nº Documento 178.137

Nº Copia 178.146

AÑO XXIV

JULIO-AGOSTO 1961

Nºms. 281-282



Publicaciones «AL SERVICIO DEL NIÑO ESPAÑOL» editadas  
por los Servicios de Protección Maternal e Infantil. MINISTERIO  
DE LA GOBERNACIÓN Dirección General de Sanidad. Madrid.



COMITÉ DE REDACCIÓN:

Dc. D. Juan BOSCH-MARÍN (Director)  
Dy. D. Manuel BLANCO-OTERO  
Dc. D. Francisco CANELLAS  
D. Enrique BRAVO (Administrador)

El Comité de Redacción de las Publicaciones «Al Servicio del Niño Español», no se hace responsable de las opiniones expuestas en los trabajos firmados.

I N D I C E

	Páginas
Introducción	7
Capítulo I.—Generalidades sobre Psiquiatría	9
Capítulo II.—El servicio psiquiátrico infantil. Su contenido y sus funciones	13
Capítulo III.—Exigencias médica-pedagógica y psicosociales de las diferentes categorías de niños asistidos	22
Capítulo IV.—Las relaciones entre el Servicio Psiquiátrico Infantil y la familia	26
Capítulo V.—Labor de la Asistente Social en el Servicio Psiquiátrico Infantil	40
Bibliografía	45

Guitar a un niño hasta que alcance su edad de hombre no es tarea fácil, si se desea proporcionarle los conocimientos indispensables para hacer frente a la vida compleja del mundo moderno y, al mismo tiempo, formar una personalidad equilibrada, apta para desempeñar en la sociedad un papel constructivo.

Además, en momentos en que el desarrollo de nuestra civilización técnica parece hacernos creer que es más necesario que nunca "formarnos llenas de conocimientos", y los progresos de la psicología nos vienen a mostrar la importancia, cada vez mayor, de la mente bien equilibrada.

(*Correo de la UNESCO*, mayo 1960)

## *INTRODUCCION*

*Siempre he sentido interés por los problemas infantiles y, más especialmente, por aquellos que tienen su origen en una deficiencia mental o psíquica del niño. Por esto, al llegar el final del curso y obligada a realizar el trabajo de fin de carrera, pensé desde un principio hacerlo sobre la labor de la Asistente Social encuadrada en el campo de la psiquiatría infantil.*

*Esta idea la vi mucho más realizable al tener la oportunidad de trabajar en la práctica de casos en el Instituto Municipal de Educación de Madrid, Centro que, como es sabido, se dedica exclusivamente a la educación y adaptación de niños deficientes, tanto físicos como mentales, con una potencialidad de recuperación.*

*Agradezco al mencionado Instituto la oportunidad que me ha brindado para hacer factible mi trabajo y la colaboración y ayuda que en su personal he encontrado en todo momento.*

*Quisiera aclarar que al hacer este trabajo, no he pretendido, ni mucho menos, puesto que a mí no me corresponde hacerlo, exponer científicamente la labor de la psiquiatría infantil, ni resolver en este plano algo nuevo.*

*Sólo me ha movido, y no sé si lo habré logrado plenamente, el exponer el papel que le incumbe a la Asistente Social dentro de este campo.*

*Para ello he realizado un estudio muy general de las enfermedades psíquicas del niño, para, con esta base, poder fundamentar una actitud. Por esta razón, el guión de mi tesis consta*

primero, de esa base general de psiquiatría, para sobre ella elevar la segunda parte, que pudiéramos llamar práctica, consistente en el estudio de diez casos, en los que he intervenido como Asistente Social.

Vistas una y otra parte, he trazado, con la experiencia de ambas y con la lectura y consulta de obras dedicadas a esta especialidad, unas conclusiones prácticas.

Este es, en líneas generales, el armazón sobre el cual se levanta toda la tesis, cuya guión se ha especificado al comienzo de este trabajo y se desarrollará en las siguientes líneas.

No quiero terminar estas primeras páginas sin hacer resaltar la colaboración y ayuda que me han prestado la doctora Díaz Arrial, directora de tesis, y la señorita Mercedes Morante, supervisora de prácticas, a las que agradezco muy vivamente el enorme interés que por mí se han tomado. Del mismo modo, agradezco desde aquí a cuantas personas me ayudaron, directa o indirectamente, en el logro de mi empresa.

## CAPÍTULO I

### GENERALIDADES SOBRE PSIQUETRÍA

En el niño está el porvenir de un pueblo. Y la más importante tarea de la psiquiatría infantil, tal como la entiende Moritz Trämer, es la de procurar a aquél un desarrollo sano, feliz y fructífero y la de ayudarle en todo lo que precise.

La psiquiatría infantil no es sólo un terreno nuevo de trabajo, sino quizás el más fecundo por sus posibilidades individuales y sociales. Estudiar psicológica y psíquicamente a un niño no es únicamente resolver el problema actual, sino también asegurar el equilibrio de su personalidad para el futuro.

Ahora bien, en este estudio interviene no solamente el psiquiatra, sino que necesita de la colaboración fundamental del psicólogo, del pediatra, del maestro, de la Asistente Social y de la familia. Para que esta colaboración fuese efectiva, habría que delimitar bien los campos de cada uno.

En el niño pueden surgir un gran número de reacciones patológicas, así como problemas de adaptación, que ni la familia ni el educador son capaces de mejorar por si solos.

En las escuelas, en los talleres, en el mismo hogar surgen dificultades de mayor o menor monta, con ciertos niños, a los que, con expresión adecuada, los norteamericanos han denominado "niños problema". Para que estos niños no se conviertan en algo más que un problema, para actuar oportunamente sobre un ambiente familiar o social nocivo, es preciso poder obtener a tiempo un consejo psiquiátrico.



Resulta evidente que el niño pertenece a una comunidad a la que se halla estalonado de manera determinada. Por tanto posee sus relaciones sociales; sin embargo, a diferencia de los adultos, estas relaciones sociales se transforman según la edad y el ambiente. Las relaciones del niño pequeño, limitadas en lo esencial a la propia familia, son diferentes a las del niño escolar, que ya tiene que convivir con los demás niños de la clase y la función social es cada vez más importante.

Todo esto vale en lo fundamental, no sólo para el niño normal, sino para los niños con los cuales se ocupa la psiquiatría infantil o paido-psiquiatría. En tales niños hay que tener en consideración ciertas modificaciones. Por ello, en tanto que la paido-psiquiatría se ocupa de las relaciones sociales e investiga su origen, importancia y tratamiento, verifica su función

*Las relaciones escolares infantiles.*— La función social comienza con el parto, puesto que en este momento ya existen relaciones sociales, aunque inconscientes.

Así pues, las relaciones sociales abarcan solamente a dos personas, madre e hijo, o la representante de ésta. Cuando el desarrollo se verifica sin perturbación, estas relaciones van enriqueciéndose cada vez más, de un modo constante.

La relación de padre y madre entre sí, de una parte y con el niño de otra, la posición en la serie de los hermanos, la situación económica de los padres, la relación con las demás personas de la casa, son factores psicológico-familiares que hay que tener en consideración porque para el desarrollo del niño tienen una actuación amplificadora o nociva.

*La edad escolar.*— En ella aumenta el peso de la función social con la entrada del niño en la escuela y ponerse en juego nuevos factores, entre ellos, los maestros, que constituyen ahora un miembro esencial en el campo estructural social del niño.

Regular estas funciones sociales, en el caso de que se perturben por la complejión anormal o morbosa del niño, constituye uno de los cometidos de la psiquiatría infantil. La paido-

psiquiatría procurará poner nuevamente en orden la relación social perturbada mediante el aliccionamiento, la aclaración o psicoterapia, o, si así lo exige la complejión del niño, pidiendo una modificación del estado de cosas, por medio del traslado del niño a otro campo estructural, hablando en términos generales.

Todavía hay otras relaciones sociales del escolar que pueden requerir la colaboración de la paido-psiquiatría; así, por ejemplo, las relaciones en la comunidad de la clase (aquí plantean problema los niños miedosos, tímidos, los débiles, los tarados con defecto externo, cojera, tartamudez, etc.), el problema de ampliación del espacio para moverse (la calle, la casa, los compañeros), el aumento del mismo, merced a intereses que proceden de la actividad interior.

Son, sobre todo, las tensiones, conflictos, discrepancias especialmente de los niños que se desarrollan de un modo anormal o morboso, las que caen dentro de la función social de la psiquiatría infantil.

El Paido-psiquiatra tiene, por lo tanto, que desempeñar la función terapéutica de un factor social compensador, sobre todo en relación con el amplio problema del fracaso escolar, con sus irradiaciones sociales; en el futuro tendrá aquí un papel cada vez más importante que desarrollar, para lo cual el nivel científico de la persona que lo desempeña no ha de ser nada bajo.

Hemos valorado los factores que corresponden a la proffaxis. Pero aquí no se trata sólo de los sujetos que están en desarrollo, sino también de los adultos que forman su medio ambiente. Estos son corresponsables para la proffaxis y a ellos hay que dirigir un llamamiento para que colaboren.

Con esto queda bien sentado y claro el gran papel sociológico de la psiquiatría infantil, mayor que el de la psiquiatría de los adultos, porque a la vez que se ocupa de los elementos de desarrollo, trata de la formación y despliegue futuro de los factores sociológicamente actuales, destacando sobre todos ellos el factor hereditario.

*Las relaciones de aprendizaje y trabajo.*—Con el círculo de problemas del fracaso escolar, se enlaza el de los círculos profesionales del trabajo y del aprendizaje.

La función social de psicopatología tiene aquí un objetivo definido, a saber: ha de procurar que desaparezcan las tensiones y conflictos extrafamiliares de los niños, en especial de los jóvenes que se hallan confiados a ella, o mejor, impedir en lo posible que surjan, por medio de un adecuado esfuerzo profiláctico.

Esto se logra investigando oportunamente las capacidades profesionales de los niños, informando a su tiempo a los padres y facilitando el enfoque en el trabajo y la adaptación a él, si éste no le resulta tal como ellos habían pensado.

Además, llegado el momento de la decisión, el psicopatólogo asesorará al niño, para así, allanar al maestro de taller el camino de contacto con el joven y la vía para obtener el mayor éxito posible en la enseñanza; en caso de que un aprendizaje profesional libre no resulte posible, ayudará a buscar el establecimiento más adecuado.

Cuando se produzcan fracasos, debe encontrarse siempre a disposición el psiquiatra, para que ponga en claro si se deben a condiciones individuales existentes en el muchacho, o a condiciones sociales.

Se observa con claridad, cómo abandonamos continuamente el círculo individual, para penetrar en el social, recayendo el acento tan pronto en el uno como en el otro.

Al aprendizaje y desempeño de la profesión pertenece no sólo la adecuación corporal y psíquica que ella requiere, sin olvidar el nivel mental, pero también exige la capacidad para llenar todas las tareas sociales que a ella van necesariamente aparejadas, como son las relaciones con el maestro y su familia, con los otros trabajadores y compañeros, etc.

Precisamente la psiquiatría infantil y de la adolescencia tiene aquí una tarea importante, ya que puede iluminar con mayor claridad las relaciones. Es cierto que en los niños por

ella tratados las condiciones son, muchas veces, más complicadas que en los normales, pero en cambio, los factores aislados se dibujan más netamente y resultan, por eso, más analizables; de otra parte, el Psicopatólogo, metido a su formación médica, es más capaz que un investigador no médico de dar entrada en el análisis a los factores biológicos, lo que se exigirá siempre.

## CAPITULO II

### El servicio psiquiátrico infantil. Su contenido y sus funciones

*Quiénes exigen este servicio.*—El fin primario de la psiquiatría infantil es obtener una adaptación satisfactoria del niño a su ambiente, tratando de ver las posibilidades afectivas y cuáles son los métodos para que el niño alcance esta meta.

Ciertamente, no todos los que ingresan en un establecimiento para anormales psíquicos, en una clase especial para retrasados escolares o en un centro de observación para deficientes, pueden llegar a la normalidad completa.

El fin que se pretende es ayudar a estos sujetos de modo que sepan afrontar y resolver, cada vez con mayor independencia, los problemas que la vida les plantea.

Las deficiencias mentales, llámense globales o parciales, no se refieren sólo a algún aspecto particular, sino a todo el desarrollo intelectivo del hombre.

Pueden distinguirse dos categorías principales: deficiencias intelectuales profundas y deficiencias intelectuales ligeras.

Las deficiencias profundas han representado en el pasado, y representan todavía, el mayor número de los casos que llenan los hospitales psiquiátricos.

A pesar de todos los esfuerzos que pueden hacerse en favor de los niños afectados, es cierto que, si llegan a la edad adulta,

ta, serán siempre grandes farados psíquicos. Por otra parte, no puede negarse la importancia de una reeducación, aunque sea parcial, de estos sujetos desafortunados.

En las deficiencias ligeras hay varios grados de debilidad mental. Los estigmas neurológicos y morfológicos, son los que, a menudo, llaman la atención sobre las deficiencias profundas y contribuyen a agravar el porvenir individual y social de los afectados. Las deficiencias ligeras, en cambio, presentan un aspecto totalmente diferente. Los niños débiles mentales, por estar exentos casi siempre de anomalías físicas, no despiertan la atención e inquietud de los padres.

Dentro de estas deficiencias intelectuales hay varios grados, que, de mayor a menor, son los siguientes: idiotas, imbéciles y débiles mentales.

La obra "Mental Deficiency Act", publicada en Gran Bretaña el año 1927, define al deficiente idiota, cuyo cociente intelectual es inferior a 25 puntos, como "personas que presentan un déficit intelectivo de tal grado que les hace incapaces de velar sobre su propia vida".

Esto implica no sólo la necesidad de una vigilancia, sino la asistencia permanente durante toda la vida.

Casi el cinco por ciento del total de los deficientes mentales está comprendido en esta categoría; en este grado infimo de desarrollo mental no se puede hacer distinguir al deficiente lo que está bien de lo que está mal, sino únicamente procurar un simple adiestramiento habitual.

*Los deficientes imbeciles.*— En este grado de deficiencia está más desarrollada la memoria y el conocimiento elemental, permitiendo la solución de problemas vitales simples y concretos. Su cociente intelectual oscila entre los 25 y los 50 puntos.

Kohler los define, en la obra antes citada, como "personas que presentan un déficit mental que, sin alcanzar la idiotez, es tan pronunciado que les hace incapaces de proveer al mantenimiento propio y a las propias necesidades".

Es incapaz de ganarse la vida, pero tiene una capacidad de

autoprotección, lo que no obstante les permite defenderse a sí propios, a diferencia de los anteriores.

Puede admitirse que los imbeciles representan el veinte por ciento del número total de deficientes, con una ligera supremacía del sexo masculino.

A estos niños no es necesaria la vigilancia permanente como en el caso de los idiotas, pero si una ayuda especial, ya que no podrán ganarse su subsistencia, por la desventaja en que se encuentran frente a los niños normales.

*Los deficientes débiles mentales.*— Su cociente intelectual está comprendido entre los 50 y 75 puntos. La definición de Kohler, coincidente con la generalidad de los autores, los encuadra entre las "personas que presentan un déficit mental que, sin llegar a la imbecilidad, es, sin embargo, tan pronunciado que exige cuidados, vigilancia y control, tanto para la propia protección como para la ajena".

Como fácilmente se deduce de esta definición, es el grado más ligero de la deficiencia mental y el que más puede beneficiarse de la educación especial.

Necesita, por lo tanto, una instrucción individual, porque no puede aprovecharse de la enseñanza común.

El niño débil mental ha de tener a su alcance la posibilidad de avanzar en una clase donde se le plantean exigencias apropiadas a su mentalidad, a cuyo fin se le hará que participe de las enseñanzas dadas en una clase anterior, respecto a las asignaturas donde no hubiese alcanzado el nivel debido.

La diagnosis de la deficiencia mental tiene un valor real, no sólo en relación con la finalidad de determinar una base para el tratamiento, ya que es un problema eminentemente social. Es decir, tiende a dar a los débiles mentales una asistencia y una educación que les permita llegar a ser elementos menos gravosos para la sociedad y, en la mejor de las hipótesis, a desempeñar una misión positiva en la misma.

Tratamiento y directrices terapéuticas que dimanan del equipo psiquiátrico del Servicio que especificaremos a continuación.

#### CONTENIDO Y FUNCIONES DEL SERVICIO PSIQUEÁTRICO INFANTIL

En su mayor parte, la función de la psiquiatría infantil se desarrolla en el interior de los centros especiales para las distintas clases de niños anormales.

Estos centros tienen por objeto mejorar las relaciones objetivas y sociales del medio que rodea al niño, facilitando la adaptación al mismo y el desarrollo de las facultades individuales.

Asisten a ellos los deficientes mentales, los inadaptados escolares, los que padecen trastornos emotivos de ansiedad, de carácter y de conducta, excluyendo los afectos de trastornos psiquiátricos graves que requieren hospitalización, porque más bien que deficientes, son enfermos mentales incurables y sólo susceptibles de recibir un tratamiento exclusivamente médico.

El Servicio Psiquiátrico Infantil lleva a cabo una labor de diagnóstico y de tratamiento individual, a base de un equipo formado generalmente, y en sus elementos más imprescindibles, por un psiquiatra, un psicólogo y una Asistente Social. Cada uno de estos miembros tiene una función particular a desarrollar en el conjunto del equipo, pero, sin embargo, están todos coordinados en sus diferentes papeles.

El psiquiatra tiene como cometido propio el estudio de los factores constitucionales, trastornos somáticos y síntomas psiquiátricos.

El psicólogo se ocupa preferentemente de las causas y síntomas psicológicos y, especialmente, hace la valoración de las capacidades del niño y de su modo de expresión.

La Asistente Social es la que recoge las influencias del medio familiar o ambiental en general del niño y cuanto repercuta en la psique infantil.

La terapéutica que realizan estos centros es triple, a saber: somática, psicológica y social.

Una terapia en estos servicios la constituye el campo exten-

so del medio ambiente, modificando la actitud de las personas que rodean al niño o separándole de las influencias desfavorables de algunos adultos, reemplazándolos por otros más idóneos, esencialmente cuando se trata de niños con perturbaciones caratteriales y con trastornos de conducta.

En el interrogatorio es necesario mantener un criterio absolutamente objetivo, evitando hacer juicios previos, consecuencia de la relación dinámica que se establece entre quien la realiza y los padres, o a la inversa, peligro que se diluye cuando es todo un equipo el que realiza la historia clínica.

Hay que estar prevenidos de que los padres, a veces, no serán sinceros e incluso, inconscientemente, tienen una reacción agresiva. Por el contrario, en otras ocasiones se muestran sumisos y débiles, reacciones todas ante las que el equipo ha de permanecer absolutamente neutral.

En ciertos casos, el diagnóstico requiere el complemento de un Centro de observación, que consta corrientemente de un equipo más complejo: psicólogo, psiquiatra, educadores, Asistente Social, y en el cual el niño es acogido en condiciones de confort e higiene durante una o dos semanas; en el transcurso de éstas se le observa en clase, en recreos, en las actividades colectivas del grupo, no mayor de diez niños, y al final de las mismas, previa la reunión conjunta de todos los miembros del equipo que han intervenido en contacto con él, se le diagnostica y orienta hacia diferentes instituciones.

Estos centros de observación están establecidos, en ocasiones, en el mismo edificio del Servicio Psiquiátrico Infantil, pero en otras, en lugar independiente, siendo preferible esto último, para evitar la amenaza que pudiera representar para los niños un lugar de internamiento.

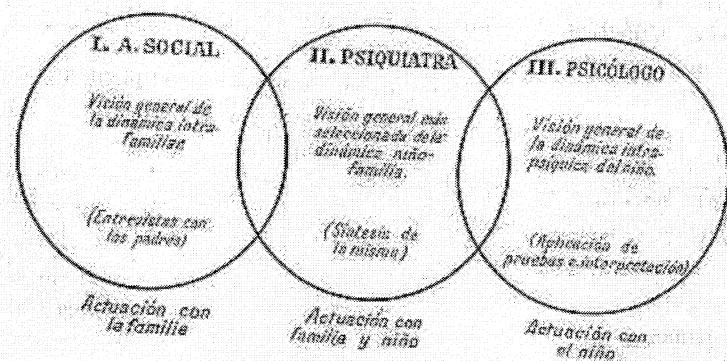
La exploración del psiquiatra comprenderá un estudio de la personalidad y del carácter del niño, así como de sus bases reaccionales en conexión con su fondo hereditario y el pasado vivido. Por lo tanto, en este reconocimiento tiene tanta importancia el examen de los padres como el del niño.

El psicólogo, por medio de las pruebas psicológicas, puede apreciar todos los recursos intelectuales del niño, sus aptitudes, los trastornos de su comportamiento, etc.

El papel de la Asistente Social es contribuir al oportuno diagnóstico con los informes obtenidos de las relaciones intra y extrafamiliares, así como los datos sociales, económicos y culturales.

He aquí un esquema de la labor del equipo:

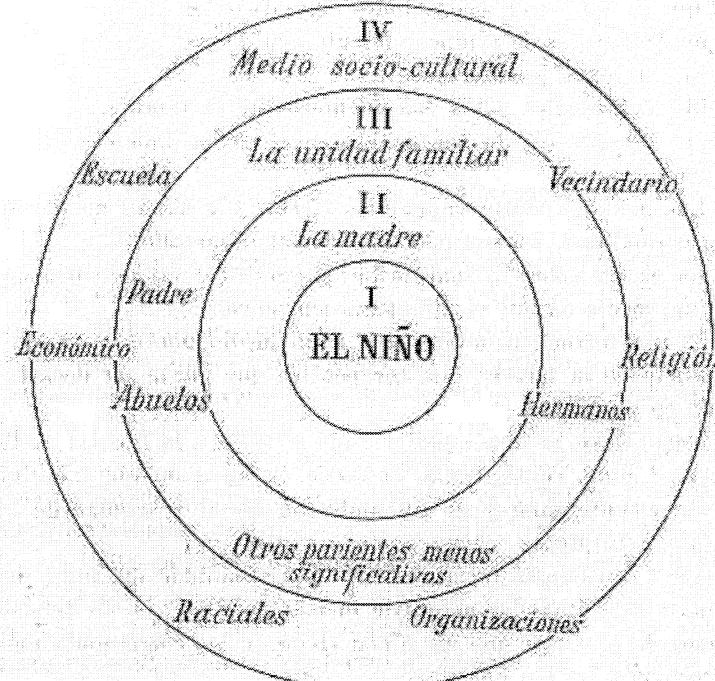
DIVISION DE RESPONSABILIDADES DENTRO DEL EQUIPO DE DIAGNOSTICO



Este diagrama aclara la relación del equipo. El psiquiatra efectúa una síntesis intrapsíquica e intrafamiliar captadas por el psicólogo y la Asistente Social, a base de las cuales establece el diagnóstico. Posteriormente, los tres se reúnen para examinar el origen y naturaleza de la perturbación que sufre el niño y bosquejar un plan de tratamiento.

Aunque nos referimos a un Servicio Infantil, este esquema puede aplicarse también a un servicio para adultos y no sólo en relación con un paciente aislado, sino también a los miembros de su grupo familiar.

LAS FUERZAS SIGNIFICATIVAS DE LA EXPERIENCIA EN EL DESARROLLO DEL NIÑO



Este diagrama representa las áreas de investigación que puede ser una valiosa ayuda para la Asistente Social en lo relacionado con el estudio social que realiza en su trabajo.

Con el niño, generalmente, se empieza por las esferas exteriores a él y se trabaja hacia adentro, hasta que se llega al lugar particular en donde tuvo su origen el problema.

#### EN TRATAMIENTO EN EL SERVICIO PSIQUETRICO INFANTIL

El tratamiento en estos Centros tiene unas características peculiares. Sin prescindir de la terapéutica médica en los casos que la requieran, los métodos específicos en el tratamiento de los trastornos de comportamiento son de tres clases:

- a) Métodos psicoterápicos.
- b) Terapéutica sobre los miembros de la familia.
- c) Terapéutica de adaptación en el medio ambiente modificador.

Los métodos psicoterapéuticos tienen por objeto modificar la personalidad, favoreciendo el normal desarrollo.

La acción sobre la familia busca modificar las perturbaciones del medio en que el niño se desenvuelve.

Y, por último, la adaptación a un medio nuevo constituye el objeto de la tercera fase terapéutica que puede ser desarrollada en el Centro.

Como se ve, se tiende por un lado a tratar a la familia tanto como al niño, consiguiendo rodearle de un ambiente familiar psíquicamente sano y de un ambiente social y escolar de la misma naturaleza.

Para la correcta formación de la personalidad del niño, del hombre del futuro, es necesaria la vida familiar; en su defecto hemos de procurar que los niños vivan en las condiciones más parecidas a las del hogar.

Lo básico de estas condiciones no es un local bonito o lujoso, ni los cuidados físicos, sino, unido a esto, las intimas relaciones entre el niño y las personas que le rodean. El niño ha de poder vincularse, establecer este tan necesario contacto emocional con los que sustituyen a los padres.

Los ideales que los Centros de Psiquiatría Infantil deberían perseguir en su acción a favor de los niños deficientes psíquicos pueden concretarse de la manera siguiente:

- a) Estudiar integralmente a los niños deficientes en sus di-

versas manifestaciones y aspectos desde los puntos de vista médico, psiquiátrico, psicológico y pedagógico.

b) En un ambiente de libertad y amor, darles la educación especial e individual a que tienen derecho, empleando métodos científicos basándolos en la actividad propia de los alumnos.

c) Infundirles una sana alegría y procurarles el mayor bienestar posible, para que puedan sentir y amar la vida.

d) Orientarles hacia una profesión que armonice con sus aptitudes, para hacerles capaces de ocupar en la sociedad un puesto decoroso y, a ser posible, independiente.

e) Protegerles y ayudarles moralmente en el período postescolar, para que se les haga menos dolorosa la conciencia de su enfermedad.

f) Vigilar en la vida social a quienes han sido alumnos del Centro, para apreciar en la realidad la eficacia de la educación que se les ha dado y poder mejorar los métodos de enseñanza, según los resultados evidentes de la experiencia.

Son bien eloquentes a este respecto las conclusiones de la **XXIII Conferencia Internacional de Instrucción Pública** que, dedicada a la enseñanza especial para niños con deficiencias mentales, se desarrolló en Ginebra en junio de 1960, relativas a la acción postescolar:

"29. Es importante multiplicar las actividades que faciliten la adaptación a la vida cotidiana y la integración en el mundo del trabajo; en algunos países puede ser recurrid al sistema "escuela-empleo", conforme al cual se trabaja parte del tiempo bajo la dirección de la escuela, de gran utilidad.

30. Se debe ayudar a los jóvenes con deficiencias mentales a encontrar empleos convenientes de tal manera que la labor educativa no se interrumpa después de la escuela y que, gracias a la remuneración que reciban esos adolescentes, no se conviertan en una carga para la sociedad; los servicios de orientación profesional y de empleo deben hacer sistemáticamente un inventario de los puestos más adaptados a las personas con deficiencias mentales, especialmente en la industria.

Si. Una acción postescolar en favor de las personas con deficiencias mentales es indispensable; los servicios correspondientes deben desarrollarse tanto en el plano oficial como en el privado, mantenerse en contacto con los jóvenes que sufren deficiencias mentales y sus familias e interesarce en su suerte y darles la protección social y los consejos que sean necesarios."

Hasta aquí las conclusiones de Ginebra, que no hacen sino abundar en lo que anteriormente habíamos expuesto.

### CAPITULO III

#### EXIGENCIAS MÉDICO-PEDAGÓGICAS Y PSICOSOCIALES DE LAS DIFERENTES CATEGORÍAS DE NIÑOS ASISTIDOS

La preocupación a favor de los retrasados se inicia en la segunda mitad del siglo XVIII, prosiguiéndose con carácter nisíde hasta fines del siglo XIX.

Es ya a principios de nuestro siglo cuando se intenta sistemáticamente la recuperación de estos niños con deficiencias mentales, mediante la aplicación de procedimientos más racionales.

Hoy el tratamiento médico-pedagógico de deficientes mentales varía según el grado de retraso y se tiene en cuenta además el punto de vista social y otros aspectos que ayuden a la personalidad, pues las posibilidades de los jóvenes retrasados dependen a la vez de su nivel intelectual y de esa adaptación a la colectividad.

Los retrasados escolares profundos no se pueden beneficiar de los métodos escolares; necesitan de instituciones especiales en régimen de internados y métodos tan concretos que apunten a la formación de hábitos.

Para situar en sus justos límites el concepto de deficiente

conviene tener presente que ni su incapacidad, ni sus deficiencias separan de un modo absoluto a los sujetos que siguen una educación especial de los considerados como normales.

Con razón, Boykin ha dicho: "Estos niños tienen necesidades, sentimientos e intereses, esperanzas e ilusiones como todos los demás niños. Sin embargo, sus necesidades y problemas de adaptación pueden estar acentuados por su propia deficiencia y falta de oportunidad para competir con las situaciones, exigencias y actividades normales de la vida; o por las actitudes y restricciones de la sociedad y su descuido en dar a los niños deficientes una oportunidad favorable, imparcial y libre de prejuicios, para lograr un crecimiento óptimo y un desarrollo conveniente en su aspecto físico, mental, emocional, social y espiritual. Los niños deficientes son, en primer lugar, niños, y después, deficientes."

#### ALGUNOS DATOS ESTADÍSTICOS DE NIÑOS DEFICIENTES

Los trabajos del Comité Nacional de Higiene Mental de Estados Unidos han revelado que, por lo menos 400.000 niños se hallan tan faltos de inteligencia que no pueden seguir con aprovechamiento los cursos de las escuelas públicas.

En Estados Unidos, de cada doce niños nacidos, uno sufre en algún momento de su vida alguna enfermedad mental lo suficientemente grave para requerir hospitalización. El número de los que experimentarán trastornos mentales menos graves es mucho mayor.

Los pacientes internados en hospitales mentales de Estados Unidos representan en cualquier momento casi la mitad de los pacientes de todos los hospitales del país.

En Francia, el 4,3 por ciento de los niños comprendidos entre los cuatro y los diecisiete años de edad padecen de deficiencia mental en cierto grado y necesitan enseñanza y atención especiales. Pero la proporción de los niños o adolescentes que

requerirán alguna atención psicológica y orientación escolar en algún momento de sus años escolares o postescolares se eleva, por lo menos, del cinco al diez por ciento.

En España, según una estadística del Dr. Vázquez Velasco en el Servicio Psiquiátrico Escolar de Madrid, señala un 15,8 por ciento de trastornos neurológicos; un 62,4 por ciento, de trastornos psíquicos, y una normalidad del 21,9 por ciento. La exploración psiquiátrica escolar dió en unos 2.000 niños un 15 por ciento de casos psiquiátricos.

#### MODALIDADES DIVERSAS EN CENTROS DE ASISTENCIA PSIQUEUTRICA

El tipo de Servicio que hemos definido en los anteriores capítulos responde al modelo ya generalizado en todos los países como Centro Médico-pedagógico, cuya organización cuenta con la colaboración de un director médico, para el comité médico-social; un psiquiatra, un psicólogo clínico, una asistente psiquiátrica y varias asistentes sociales.

En los diversos exámenes suelen emplearse varias horas y se revisan repetidamente para concretar más la diagnosis, los consejos pedagógicos y la psicoterapia.

La tarea de estos Centros es, de modo preferente, asegurar un servicio de consulta libremente accesible al gran público, destinado, y si es posible, a atender todas las necesidades psiquiátricas diagnosticadas en la infancia, las perturbaciones ligeras y la desadaptación escolar hasta las oligofrenias profundas.

El Centro Médico-pedagógico resulta así el primer núcleo de una higiene mental modernamente atendida.

Por otra parte, son también muy numerosos los Centros de observación y discriminación de anomalías, anejos o independientes de establecimientos de investigación psicológica o adscritos a algún departamento universitario de psicología.

*Centros en España.*—Descartamos los que se mantienen por la iniciativa propia o privada, cifrándonos exclusivamente a la oficial.

En Madrid existe la Escuela Nacional de Anormales, hoy Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica, dependiente del Ministerio de Educación Nacional. Cuenta con un consultorio y un medio-pensionado.

El Instituto Municipal de Educación en Madrid y similares en Barcelona y Valencia. El de Madrid cuenta con un consultorio formado por un equipo de especialistas y un medio-pensionado.

Centros provinciales de Higiene Mental; uno en cada provincia:

Las oficinas y laboratorios de Psicología Aplicada, en las provincias más importantes. Servicios de Psicología Escolar, instalados en algunas instituciones docentes.

En Sevilla, Centro de Higiene Mental Infantil, dependiente de la Junta Provincial de Protección de Menores y de la Escuela Departamental de Puericultura.

Existe en España el Patronato Nacional de Educación Especial, que comenzó llamándose Patronato Nacional de la Infancia Anormal, cuya labor actualmente está interrumpida.

La Dirección General de Sanidad, por medio del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, mantiene el Instituto "Fray Bernardino Álvarez", en Madrid, para oligofrénicos y próximamente abrirá en Ciudad Real "La Atalaya", institución dedicada a deficientes profundos.

Centros de Beneficencia dependientes del Ministerio de la Gobernación y Casas de Observación y de familias adscritas a las Juntas Tutelares del Tribunal de Menores, dependientes del Ministerio de Justicia.

Escuelas de retrasados mentales en los grupos escolares; dependientes del Ministerio de Educación Nacional.

Incluso podemos pensar en los servicios que presta el Mi-

nistorio de Trabajo por sus conexiones en todo lo que es asistencia social.

De esta manera, un mismo "caso" puede ser atendido en sus diversos aspectos por los distintos organismos.

#### CAPITULO IV

##### LAS RELACIONES ENTRE EL SERVICIO PSIQUETRICO INFANTIL Y LA FAMILIA

El hecho de que el Centro de Psiquiatría Infantil desarrolle una labor diagnóstica y de tratamiento con el niño no significa en modo alguno la rotura de vínculos entre el niño que se trata y su familia. En primer lugar, porque la colaboración familiar es imprescindible para la resolución total del conflicto o inadaptación que provocó la asistencia del niño al Servicio Psi-

quiátrico. En segundo término, porque a no ser en casos extremos, la familia sigue atendiendo directamente al niño conjuntamente con el asesoramiento y terapia del Centro psiquiátrico que trató al pequeño.

Y, en último lugar, porque es la propia familia la que realiza una labor de postura, más o menos supervisada por la Asistente Social, una vez superada la manifestación aguda de la inadaptación del niño.

El tipo de relaciones que con más frecuencia se dan en estos Centros es principalmente:

- a) Consulta temporal o periódica.
- b) Clases especiales para niños deficientes.
- c) Tratamiento de postura en el seno familiar.

La influencia sobre la relación familiar-servicio es de gran importancia, pues toda medida de aislamiento absoluto es peligrosa y ha de ponerse en último extremo y por el tiempo mí-

En el caso a) la deficiencia del pequeño no es tan grave como para necesitar una estancia, por breve que sea. Es la familia la que debe llevarle al servicio periódicamente, según el diagnóstico que se le hiciera al pequeño en la primera visita al Servicio. Aquí la responsabilidad de la curación depende enteramente de la familia, de su constancia en acudir al Centro y de docilidad en secundar las directrices del mismo en la terapéutica indicada para el pequeño.

En el caso b) la responsabilidad se reparte entre el establecimiento educativo especializado y la propia familia, que contribuirá a crear en el niño un ambiente favorable hacia la clase especial, cooperando con ésta a la superación de los sentimientos de inferioridad que puedan surgir en el pequeño.

El tercero de los casos, o sea el de tratamiento de postura en el seno familiar, se refiere por completo a los dos anteriores y en éste la familia no sólo es responsable, sino que puede utilizar o ampliar los esfuerzos médico-pedagógicos llevados a cabo con el pequeño en el Servicio Psiquiátrico Infantil.

Realmente, la curación ya se ha operado en el Centro y en virtud del tratamiento aplicado. Pero como la persona humana no es invulnerable, si la familia descuida o altera el modo de actuar, pueden provocar una nueva recaída o inadaptación del pequeño. Por esta razón, se denomina de postura en el sentido de que, eliminado el síntoma agudo, es el ambiente familiar el que sedimenta la curación completa. O, en otros casos, cuando la deficiencia requiere una ejercitación habitual del pequeño, que, una vez iniciada y asegurada en el Servicio, es la familia la que debe continuar hasta el extremo de hacerla una segunda naturaleza. Tal es el caso de las deficiencias de lenguaje, ejercicios de compensación de tiés-nerviosos, etc., que, sin ser graves, requieren mucho tiempo y constancia para ser dominados totalmente.

Como es natural, si la Asistente Social interviene en el acto de ingreso del niño en el Servicio, con sus informes familiares y ambientales para completar el contenido del expediente

del niño, no es menor su labor en esta fase de postura, ya que es por así decirlo la culminación de la labor realizada en el Servicio. Por otra parte, tiene ya facilitada la tarea, pues las relaciones con la familia han sido diversas y la supervisión de la actitud adoptada por la familia no es ingrata por el propio bien que a la familia redunde y la protección de la salud mental del pequeño que esta actividad implica.

Como en el capítulo siguiente, a la exposición de los casos, especificaremos con detalle la tarea propia de la Asistente Social en este tipo de servicios y en relación con los diversos factores, no nos detenemos en éste para dar paso a una muestra de los casos prácticos realizados en el Instituto Municipal de Educación.

#### Caso N.º 1

##### *Informe social*

*Fernando.*—Tiene once años, es natural de Madrid, donde reside actualmente con su padre, viudo, y dos hermanas mayores que él.

La primera infancia transcurrió normalmente; a los seis años ingresó en una escuela particular; los profesores, viendo el poco rendimiento del niño, durante varios meses que permaneció en dicha escuela, orientaron a la familia sobre la necesidad de llevar a Fernando a un centro especializado para su examen y tratamiento adecuado.

Tuvieron conocimiento de la labor que realiza el Instituto Municipal de Educación; cuando el niño cumplía siete años, previo examen, fue admitido en dicho Instituto, en régimen medio-pensionado; fué diagnosticado de oligofrenia débil de poca intensidad, con un cociente intelectual de 0,86.

El comportamiento del niño en la escuela se muestra, aparentemente, normal; armoniza con los demás compañeros y parece interesarse por las explicaciones de la clase.

En el hogar, según opinión de la familia, es cariñoso; le gusta estar ocupado en algo, aun cuando sea jugando él solo; a veces parece muy distraído cuando le hablan.

##### *Diagnóstico psico-social*

La actitud de la familia parece un tanto despreocupada respecto al niño, ya que la iniciación de la escuela especializada fué formulada por los profesores; el tiempo que lleva en el Instituto de Educación permite estimar que adelanta; su asistencia es bastante regular, y su conducta, normal.

Refleja el diagnóstico de despreocupación familiar el hecho de que, a la edad que tiene, no se hayan preocupado que reciba el Sacramento de la Comunión.

##### *Tratamiento psico-social*

Se orientó a la familia sobre la posibilidad de realizar la primera Comunión y se indicó la conveniencia de establecer una línea de responsabilidad en el trato con el niño.

#### Caso N.º 2

##### *Informe social*

*Jáime.*—Tiene doce años; presenta oligofrenia de mediana intensidad; es natural de Madrid, donde vive con sus padres y un hermano mayor.

En opinión de la familia, el comportamiento del niño en casa es algo desobediente y revoltoso.

Se desenvuelve en un ambiente cultural mediano, regular-

mente económico; la vivienda régíne todas las condiciones de higiene.

Ingresó en una escuela nacional a los seis años, donde permaneció durante dos cursos; los padres, en vista del poco aprendizaje y poco adelanto cultural que notaban en el niño, decidieron cambiar de colegio, y así lo hicieron, pasándolo a un colegio de medio-pensionado; aquí estuvo durante otros dos cursos, permaneciendo la actitud de retraso del niño.

Los padres, siempre pendientes por la educación del hijo, tuvieron conocimiento de la labor que realiza el Instituto Municipal de Educación, solicitaron el ingreso y fué admitido; es diagnosticado de oligofrenia media.

El niño está muy contento; le gusta ir al Instituto, aunque parece que no adelanta mucho.

#### *Diagnóstico psico-social*

Antecedentes hereditarios, varios primos carnales oligofrénicos.

Actitud equivocada de la madre; no deja salir al niño de casa, ni incluso a jugar con los vecinos, por lo cual el niño se pone nervioso y a veces no obedece.

Es muy dependiente por superprotección de la madre.

#### *Tratamiento psico-social*

Se orientó a la madre sobre esa actitud negativa a que el niño salga de casa.

Se aconsejó a que en algunos momentos no debe darle tanto mimo y tratarle con más naturalidad, y permitirle que juegue con los niños de su edad.

#### Caso N.º 3

##### *Informe social*

*Juan Antonio.*—Tiene nueve años, es natural de Madrid, donde reside actualmente con sus padres y abuelo materno.

La madre, viuda de primer matrimonio con un hijo, el cual está casado, contrajo nuevas nupcias con el padre de este niño, del cual tuvo a Juan Antonio, a los cuarenta y cuatro años.

El ambiente, tanto social como cultural y económico en que se desenvuelve, es muy bajo.

Está colmado de mimos y muy consentido, tanto por ser hijo único como por ser ambos padres bastante mayores.

El padre, por su parte, no tiene padres ni hermanos, hace bastante tiempo, y cifra, según él, todo su cariño en el hijo; le consiente todo, incluso que le insulte, como a veces lo hace.

Asiste desde hace dos años al Instituto Municipal de Educación, en régimen medio-pensionista.

Es diagnosticado de oligofrenia profunda; precisa también reedificación de lenguaje, pues tiende a expresarse por medio de mimica.

#### *Diagnóstico psico-social*

Actitud equivocada de la familia ante el niño; le dan excesivo mimo.

#### *Tratamiento psico-social*

Se orientó a la familia respecto a la educación e instrucción del niño.

Se sugiere cambiar las relaciones con el niño, por una actitud más normal, haciéndole ver lo peligroso que es para su educación esa actitud de excesivo mimo y consentimiento en todo lo que hace.

Caso N.<sup>o</sup> 4

*Informe social*

Francisco.—Tiene trece años, es natural de Madrid; vive con su madre, soltera, y los padres de ésta.

Francisco es muy nervioso y juguetón; si algún día va al cine, cuando llega a casa, se divierte imitando a algún personaje que más le haya llamado la atención.

A veces se porta muy cariñoso con todos los de la casa; otras, se manifiesta muy terco y rebelde.

A pesar de vivir en un ambiente propicio a ser consentido y mimado, no es así en la realidad.

La familia colabora en la educación y formación del niño, con un trato adecuado a su deficiencia.

Le gusta mucho el colegio; asiste desde los cuatro años al Instituto Municipal de Educación, donde es diagnosticado de oligofrenia media, con retraso de lenguaje.

El ambiente social y económico en que se desenvuelve es mediano.

*Diagnóstico psico-social*

Antecedentes hereditarios: la madre tiene oligofrenia leve de poca intensidad.

Se preocupan por la educación y cultura del niño, colaboran con su actitud favorable.

*Tratamiento psico-social*

Tanto las relaciones interfamiliares como las condiciones ambientales contribuyen favorablemente a la readaptación y educación del niño.

Caso N.<sup>o</sup> 5

*Informe social*

Enrique.—Tiene ocho años; nació en Madrid, donde actualmente vive con sus padres y hermanos; ocupa el séptimo lugar entre éstos.

A Enrique, entre su familia, lo tratan con un poco de desprecio, por considerarlo inferior a todos los demás, incluso llegan a veces a reírse y a imitarlo, sobre todo cuando habla, excluyéndolo también de los juegos.

Ha asistido desde los siete años al Instituto Municipal de Educación, donde es diagnosticado de oligofrenia simple de media intensidad, y también dislatias.

Tiene otro hermano que también asiste a dicho Instituto por deficiencia mental.

El comportamiento en la escuela es parado y asustadizo, sobre todo cuando nota que no sabe alguna cosa.

En casa, según la familia, se muestra bonachón, aunque a veces rebelde y desobediente, cuando le contrarian en algo y se enfada.

Se desenvuelve en un ambiente, tanto cultural, como social y económico, muy bajo.

*Diagnóstico psico-social*

Despreocupación de la familia por la educación de los hijos.

Poca comprensión por los familiares ante la deficiencia del niño.

*Tratamiento psico-social*

Se orientó a la familia a hacerles comprender las situaciones perjudiciales para la reeducación del pequeño.

Se aconsejó no tomaran en cuenta las deficiencias en el hablar o cualquier otro defecto.

Tratarlo con más naturalidad, al igual que a los otros hermanos y tampoco excluirlo de los juegos o cuando van al cine, etcétera.

#### Caso N.<sup>o</sup> 6

##### *Informe social*

*Feliciano.*—Tiene nueve años de edad; nació en Madrid, donde reside actualmente con sus padres, una hermana mayor que él y su abuela paterna.

El ambiente en que se desenvuelve, tanto cultural como económico y social, es medio-alto.

El desvelo de los padres demuestra el interés por la educación del hijo, ayudándole ellos mismos en las tareas escolares, aparte de, durante un curso, haber tenido una profesora particular.

Permaneciendo el retraso del niño, es llevado al Instituto Municipal de Educación, hace un año, donde es diagnosticado de oligofrenia de grado medio; también precisa reeducación de lenguaje.

Su comportamiento en la escuela es normal; juega y se compenetra con los demás compañeros de la clase; aparentemente parece que atiende a las explicaciones del profesor.

En el hogar, según la familia, se comporta muy cariñoso, obediente; juega a veces con los niños vecinos, pero más particularmente comparte los ratos de juego con su hermana, con la qual se lleva muy bien, corrigiéndole ésta a veces su manera de hablar.

##### *Diagnóstico psico-social*

No se aprecia ningún problema especial. Su asistencia al Instituto Municipal de Educación es regular, contribuyendo la familia a su educación, con un trato normal y adecuado hacia el niño deficiente.

Tanto las relaciones interfamiliares, así como las condiciones ambientales en general, son buenas, facilitando la readaptación.

#### Caso N.<sup>o</sup> 7

##### *Informe social*

*Antonio José.*—Tiene doce años, es natural de la provincia de Córdoba; hace unos siete años que vive en Madrid, con sus padres y cuatro hermanos, siendo él el más pequeño.

La familia, siempre guiada del interés por la educación de los hijos, a Antonio José lo llevaron a un colegio de pago, a los seis años, permaneciendo durante un curso en dicho colegio; no se vió adelante por ninguna parte, por lo que decidieron cambiar de colegio; ingresó por segunda vez en uno de religiosas; la profesora, observando las deficiencias del niño, orientó a la familia para que lo llevasen a un centro de débiles mentales.

Por la prensa, según cuenta la madre, tuvo noticias de la labor que realiza el Instituto Municipal de Educación; se informó detalladamente; llevó al niño, y, previo examen, fué admitido.

Es diagnosticado de oligofrenia, con un cociente intelectual de 0,43, también algo retrasado de lenguaje.

##### *Diagnóstico psico-social*

Actitud positiva de la familia ante la educación del niño. Tanto las relaciones interfamiliares como las condiciones ambientales contribuyen favorablemente a la readaptación y educación del niño.

Según opinión de la familia, se le ve va adelantado.

Vive en un suburbio bastante alejado de la ciudad y, por tanto, del Instituto, donde ha de asistir todos los días; pero esto no es causa para que el interés por la educación del hijo menor se vea menoscabado, sino, al contrario, confirma el interés que la madre tiene, acompañándolo ella misma todos los días, igualmente a su regreso.

#### *Tratamiento psico-social*

Se insinuó en el Instituto Municipal de Educación la posibilidad de conseguir un "vale" para poder viajar en los medios de transporte dependientes del Ayuntamiento.

Fué acogida favorablemente la insinuación.

#### Caso N.<sup>o</sup> 8

#### *Informe social*

**Guillermo.**—Tiene once años, es natural de la provincia de Murcia; reside actualmente en Madrid con unos tíos.

Guillermo ha vivido en su pueblo con sus padres más cuatro hermanos, siendo él el mayor.

A los seis años ingresó en la escuela del pueblo; permaneció durante un curso, poniendo de manifiesto su retraso mental.

Los padres, pendientes de su educación, decidieron traerlo a Madrid; fué ingresado en un colegio de niños anormales, donde, según opinión de los tíos, en vez de adelantar iba cada vez peor, pues imitaba todas las distintas anormalidades que veía en sus compañeros de clase.

Decidieron, por tanto, cambiar de institución; enterados de la labor que realiza el Instituto Municipal de Educación, solicitaron el ingreso; fué admitido después de un examen, que dio

como diagnóstico oligofrenia de mediana intensidad; también necesita redención del lenguaje.

Según la familia, es un niño dócil y tranquilo, servicial y complaciente con todos.

#### *Diagnóstico psico-social*

Adelanta durante el curso, pues tanto las relaciones escolares como las condiciones familiares y ambientales del hogar en que se desenvuelve son positivas.

Los tres meses de verano que el niño va al pueblo con sus padres, se retrasa, pues tanto la familia como los niños vecinos, con los cuales toma parte en los juegos, no se comportan normalmente con él.

#### *Tratamiento psico-social*

Por correspondencia, se toma contacto con la familia; en nombre del I. M. E. se aconseja a la misma seguir el tratamiento llevado por el mismo Instituto; tener buenas relaciones y trato normal adecuado para que el niño no retroceda, sino que paulatinamente vaya adelantando y recuperándose.

#### Caso N.<sup>o</sup> 9

#### *Informe social*

**José Manuel.**—Tiene nueve años; nació en Madrid, donde reside actualmente con su madre, viuda, y un hermano menor.

La madre trabaja desde la muerte de su marido, pues la pensión que le ha quedado no es lo suficientemente alta como para vivir y mantener a los dos hijos menores.

El hijo más pequeño vive actualmente con sus abuelos paternos; según la madre dice, es para estar menos ocupada y poder trabajar; solamente lo ve dos o tres veces al año, pues los abuelos viven en la provincia de Zamora.

José Manuel fué ingresado en el Instituto Municipal de Educación a los siete años; pasando por un examen, es diagnosticado de oligofrenia media, con un cociente intelectual de 0,57; con retraso de lenguaje y también ligero extrabismo.

En el segundo año de permanencia en el I. M. E., ha mejorado bastante, tanto en el comportamiento en la escuela como en el hogar.

Al principio, en la escuela hacía todas las cosas a su modo, sin tener en cuenta a nadie para nada; alteraba con su irritabilidad el orden escolar.

En el hogar era agresivo, desobediente; no podía salir a jugar con los niños vecinos, pues siempre era rechazado.

Ahora su comportamiento escolar ha mejorado; presta más atención y está unido a los demás niños componentes de la clase.

En el hogar, según cuenta la madre, es más cariñoso, obediente; hace algún recado que le mandan; tiene amigos, con los cuales comparte los ratos de juego; incluso se puede mantener conversación con él, apropiada a su edad.

#### *Diagnóstico psico-social*

Este cambio tan marcado del niño se debe tal vez al cariño y a los cuidados prestados por la madre, pues antes, con la enfermedad del padre, estuvo un poco abandonado.

Ahora, en el ambiente en que se desenvuelve, tanto económico como cultural y social, es positivo para su reeducación.

#### *Tratamiento psico-social*

A la petición formulada por la madre de obtener el ingreso del niño en una institución con régimen de internado, se le indicó la conveniencia de que permaneciera en el hogar para continuar el tratamiento adecuado a la labor del I. M. E., ya que esta continuidad sólo la puede realizar la familia.

Haciéndole ver el cambio que había dado y ella misma observó, desde que se ocupó más directamente del niño.

#### Caso N.º 10

#### *Informe social*

*Vicente.*—Tiene nueve años; nació en Madrid, donde reside actualmente con su padre y tres hermanos mayores, uno de los cuales casado.

Vicente, tal vez por ser el hijo más pequeño, ha estado colmado de mimos y muy consentido por todos los de la casa, especialmente por la madre; cuando cumplió ocho años, murió ésta; el niño extrañó mucho la falta de la madre, en particular los primeros meses.

A partir de entonces, en la casa se muestra un tanto rebelde y desobediente.

A los cinco años ingresó en una escuela, en la cual los profesores, viendo el poco rendimiento en la misma, lo enviaron al Instituto Municipal de Educación para su examen y tratamiento, determinando en esta ocasión su permanencia en el mismo para atención especializada; es diagnosticado de oligofrenia media.

Asiste actualmente a dicho Instituto, continuando en el curso designado.

Vicente no muestra mucho interés por el Centro, pero nunca se niega en redondo a asistir.

En opinión de la familia, consideran que avanza bastante en su rendimiento escolar.

#### *Diagnóstico psicosocial*

Malas relaciones afectivas con la familia desde la muerte de la madre, producidas probablemente por la falta de una persona que se interese por Vicente y le comprenda.

#### *Tratamiento psico-social*

Se les estimuló sobre las buenas relaciones afectivas que deben mantener con el niño y a tomar interés por el mismo.

### CAPITULO V

#### LABOR DEL ASISTENTE SOCIAL EN EL SERVICIO

##### Psiquiatrismo INFANTIL

Después del análisis de los diferentes casos y de la visión de conjunto del Instituto Municipal de Educación, de las visitas que como Asistente Social, he efectuado, he comprobado la constelación de problemas que comprende la reeducación del niño deficiente.

De un lado las relaciones intrafamiliares no siempre propias a considerar al niño infradotado como a un ser diferente y, al mismo tiempo, igual a los niños normales.

El problema económico es otro "handicap" notable, ya que al afectar al grupo familiar, en general, produce tensiones y

situaciones angustiosas, nada favorables para atender al deficiente como es necesario.

Por otra parte, la actitud afectiva favorece o dificulta la reeducación del niño de modo notable. Los trastornos psíquicos y caratteriales adquiridos, sean de origen somático, social, educativo o afectivo, están ligados íntimamente a los acontecimientos y a las influencias ambientales.

La Asistente Social puede modificar en parte aquellos aspectos que dificultan o retrasan el proceso de reeducación del niño.

Los puntos principales a tener en cuenta por la Asistente Social, en la preparación del ingreso del niño en el Servicio Psiquiátrico, son los siguientes:

1.<sup>o</sup> *Relaciones del medio social circundante.*—(Opinión pública, barrio, escuela, medio de trabajo, camaradas, familia, etcétera.) En general, la opinión pública está today mal informada de la realidad de estos servicios. Condiciona numerosas reacciones negativas de maleficencia, piedad o desprendimiento de los padres.

2.<sup>o</sup> *Significación para los padres del ingreso del hijo en el Servicio.*—Este puede tener una doble faceta: problemas de tipo material y de tipo psicológico.

Aunque parece sencilla esta medida a tomar por los padres respecto del hijo necesitado de reeducación, se ve entorpecida en muchas ocasiones por la falsa vergüenza de que entre sus amistades o familiares o compañeros de trabajo del padre o camaradas de la escuela, se conozca o sepa que ha sido encuadrado en un centro de reeducación, ya que el orgullo parental se resiente ante el sentimiento íntimo de responsabilidad o culpabilidad en relación con la inadaptación del niño.

Por otra parte, las disponibilidades han de sufrir un giro, por cuanto el niño necesitado de tratamiento va a suponer otros gastos e, incluso, desaparecerá la aportación que posiblemente reportaría como aprendiz de cualquier oficio.

3.<sup>o</sup> *Qué significa para el niño el encuadramiento en el Ser-*

*vicio y el sometimiento a un tratamiento.*—Si es importante la actitud de los padres ante esta situación, es, quizás, más delicada la que el niño adopta, por ser él el protagonista de ese cambio fundamental en el desarrollo de su vida cotidiana. Recelos de la medida tomada por sus padres hacen surgir desconfianza y despego que, a veces, se traduce en agresividad en los primeros momentos. La convivencia de otros muchachos distintos a los de antes, con fallos como él de tipo ambiental o mental, suscitan sentimientos de inferioridad o minusvalía que habrán de ser superados con el contacto personal.

El mismo personal del establecimiento provoca en el pequeño una reacción de desconfianza, de esquivas; estará inseguro, pero deseoso de ligar con él.

*¿Qué ha de hacer la Asistente Social en estas tres situaciones?*— Tiene un cometido delicado, pero de eficacia, si es capaz de hacerse una idea exacta, pero derrochando prudencia y comprensión sin despojarse de la energía necesaria.

Debe aclarar a los padres qué el acceso al Servicio Psiquiátrico no les perjudica en ningún aspecto, sino que es tan natural el acudir a él como lo puede ser el especialista de cualesquiera de las enfermedades mentales del cuerpo.

Incluso debe tocar el punto de vista egoísta o interesado, desengañándoles de que al continuar sin tratamiento el pequeño que está necesitado de él, no les reportará ningún beneficio en el presente ni en el futuro, sino que, además, serán responsables de que su hijo sea de mayor un desgraciado y una carga para ellos.

Debe darles razones concretas sencillas y claras para que sepan contestar con valentía a las múltiples habillas de vecinos y amistades, poniendo de relieve la postura sana y justa de unos padres que hacen todo lo posible por la reeducación del hijo, sin querer desentenderse de él.

Tendrá sumo cuidado en descubrir la colaboración verdadera o simulada de los padres; muchas veces, ante la Asistente Social los padres parecen estar de acuerdo con la necesidad de

acudir al Servicio y, en cambio, al pequeño le amenazan con llevarle, haciéndole ya crecer en su ánimo la aversión al establecimiento, aún antes de conocerlo.

No es raro tampoco encontrar a padres de mentalidad deficiente que es difícil convencer con palabras, pero, en cambio, es fácil obrar con ellos por su torpeza o desconocimiento.

Respecto del niño, es tarea de la Asistente Social la introducción psicológica, por así decirlo, en el establecimiento; las visitas a la familia le proporcionan una cierta ocasión de conocer al pequeño y le dan pie para hablarle de la decisión de llevarle no sólo para qué se cura, sino para que sea como los demás niños y no tenga que envidiarles por no poder hacer lo que ellos hacen; es más, le convertirá de que si no lo hace a esa edad ya no servirán de nada los esfuerzos.

Le referirá, como de amigo a amigo, que en el Centro no hay nada de extraordinario ni de temeroso, y que muchos niños como él están encantados de acudir, porque van mejorando y porque las actividades que desarrollan allí son muy agradables; de este modo se rompe ese temor injustificado que dificulta tantas veces el establecimiento del "rapport" con el pequeño, al principio.

La Asistente Social será el enlace entre la familia y el niño, sin dejar de atender a las directrices del equipo del Servicio. De este modo, pulsará la reacción de la familia y niño que empieza a tratarse; igualmente, será para él el elemento de seguridad en las relaciones con el personal del Centro, nuevo para el pequeño.

A parte de la actuación que sobre el niño va a ejercer el Centro, la Asistente Social realiza una labor paralela sobre los padres en el sentido de hacerles modificar actitudes y modos de obrar erróneos que serían contraproducentes para la colaboración exigida por el Servicio. Esto es más fácil de conseguir, por cuanto la actuación del pequeño en el Servicio es una proyección de la de su casa, y por ella se observa lo que hay de torcido en la manera de ser de los padres, que es necesario rectificar.

Hasta será imprescindible, en muchos, casos hacer terapia a los padres, lo cual podrá comprobar la Asistente Social en las entrevistas que haga periódicamente a la familia. Incluso, y dada la frecuencia de problemas socioeconómicos que afectan a las familias les orientará para ver de solucionarlos, ya que de esa solución se derivará mayor holgura y atenciones al pequeño deficiente.

Finalmente, una vez abandonado el Servicio por el niño, la tarea de la Asistente Social no ha terminado de modo absoluto, puesto que la familia necesita periódicamente de ilustración y asesoramiento o de simple refuerzo de su constancia en la continuidad de su actuación respecto del pequeño. Esto obliga, en cierto modo a mantener vivas las relaciones y consejos curativos del Servicio y protegen al niño de una manera más prolongada, una vez reintegrado al seno familiar.

Por lo anteriormente expuesto, la labor de la Asistente Social en el Servicio Psiquiátrico Infantil es amplia y costosa, pero la continuidad y tesón en la tarea facilitan el camino de modo notable.

Es más, si bien es el equipo el que diagnostica y pone el tratamiento, la Asistente Social viene a ser la que le presta el jugo para que este tratamiento dé resultados, ya que en este aspecto de las enfermedades del espíritu, como son las deficiencias mentales, si bien es necesaria la técnica, porque sin ella no sería posible descubrir el trastorno ni tratarlo, tampoco puede olvidarse el contacto humano por el cual se enderezan las perturbaciones y se superan los déficits.

Y la Asistente Social, además de suministrar los datos necesarios para el relleno de los informes o expedientes, aporta gran caudal de seguridad y confianza en el contacto personal que habitualmente realiza en el ejercicio de su carrera.

## BIBLIOGRAFIA

### L I B R O S

- BLANCO OTIÑO: *Hipnosis médica infantil*. Madrid, 1958.  
CHARLES L. C. BUASS: *Los niños inadaptados*. Herder, Barcelona, 1960.  
P. U. F.: *Manual de psiquiatría infantil*. París, 1949.  
A. STRAUSS: *Pedagogía terapéutica*. Labor, Madrid, 1936.  
R. ZAVALLINI: *Psicología clínica de la educación*. Marfil, Alcoy, 1958.

### R E V I S T A S

- Servicio Social. De la Escuela Dr. Alejandro del Río. Santiago de Chile, enero-abril 1959.  
*Educación*, núm. 86, 1958; núm. 127, 1961. Madrid.  
*Bordón*, núm. 77, mayo 1958. Madrid.  
*Pro Infancia y Juventud*, 1959. Barcelona.