

El afeminamiento en el niño()*

Por los Dres.:

JOSÉ PÉREZ VILLAR,**) ISIDORO SÁNCHEZ DÍAZ,**)
ERNESTINA PÉREZ RUIZ,***) CÉSAR PÉREZ VILLAR,***)
BERTHA ARIAS LOZANO,***) CLARIVEL FLEITES MARTÍNEZ(***)
Y OLGA PÉREZ ZABALA(***)

Lo primero que llama la atención cuando se estudia el problema del afeminamiento en los niños es la escasez de la literatura existente sobre el tema. Incluso en un texto tan reciente con el de *Howell*,² (1965), dedicado a aquellas áreas de la Psiquiatría Infantil que han tenido desarrollo moderno, ni siquiera se menciona este problema.

Esta situación constituyó uno de los principales estimulantes de este trabajo. La segunda motivación que nos impulsó es la siguiente: Después de trabajar en nuestro servicio con un gran número de niños afeminados, comenzaron a llamar la atención de nuestro grupo ciertos factores ambientales, del núcleo familiar para ser más precisos, que se repetían con singular regularidad.

Nuestra primera tarea consistió en conceptualizar con el mayor rigor posible lo que observábamos. De este modo fuimos formulando la hipótesis de la existencia de un "contexto", (conjunto

de elementos interactuantes), especial en el medio familiar del afeminado, el cual parecía tener un alto índice de correlación con el trastorno del niño. Decidimos entonces como siguiente paso, someter nuestras observaciones a comprobación estadística.

Metodología.

Escogimos cincuenta casos de afeminamiento y cincuenta de control, al azar, de nuestros archivos. En los casos de control excluimos aquellos que presentaban evidencia de daño orgánico y de psicosis, quedando constituido por una variada gama de trastornos autoplásticos y aloplásticos.

Todos los casos seleccionados que no se encontraban en tratamiento en esos momentos fueron llamados y reentrevistados una vez más por lo menos.

De dichas historias extrajimos entonces las respuestas a un cuestionario de cincuenta ítems. El núcleo del mismo fue constituido primero, con aquellos datos que nos habían llamado la atención en la fase de observación clínica y que eran:

1. Ausencia física del padre desde seis meses o más antes de la aparición de los síntomas.

(*) Trabajo presentado en el XI Congreso Médico y VII Estomatológico Nacional, celebrado en la Habana del 23 al 26 de febrero de 1966.

(**) Del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Docente "General Calixto García", Ave. de la Universidad, Vedado, Habana, Cuba.

(***) Técnicos del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Docente "General Calixto García", Ave. de la Universidad, Vedado, Habana, Cuba.

2. Ausencia emocional del padre en igual tiempo.
3. Paciente sobreprotegido y criado dentro de la casa, lo que se expresa en nuestro país con el término "recogido" en la casa.
4. Presencia de dos o más mujeres o niñas mayores en la casa, con las cuales ha mantenido el paciente un estrecho contacto diario durante un año o más de la etapa formativa del rol sexual, (desde el segundo al sexto años). A estos ítems le llamamos "mayoría y preponderancia femenina en el ambiente".

A estos cuatro ítems fuimos añadiendo los restantes atendiendo a los siguientes criterios: a) sugerencias de los miembros del equipo de trabajo respecto a regularidades sospechadas durante el curso de la investigación, y b) planteamientos de otros autores, como ejemplo, presencia en la madre de rasgos masculinos del carácter, padre pasivo, deseo de tener hembra en la madre, etc.

Fuimos muy exigentes en el criterio para dar como positivo un ítem. El equipo de trabajo se reunió en grupo operativo multitud de veces para confeccionar un criterio uniforme y concordante con la práctica.

Todos los casos fueron entrevistados en dos épocas distintas con alrededor de seis meses de intervalo. Todos los casos tienen entrevistas por lo menos con la madre y el paciente, y otros también con el padre, abuelo, hermana mayor u otra persona significativa en la patología del niño.

La técnica empleada para la recolección del material no fue el interrogatorio, sino la de la entrevista psiquiátrica dinámica, con objeto de evitar al máximo sugerir las respuestas. En aquellos casos que estaban en tratamiento

de psicoterapia, se usó este material con la consiguiente facilitación y aumento de la confiabilidad del proceso de obtención de datos.

Los datos recogidos fueron procesados usando las tablas de confiabilidad de C. J. Clopper y E. S. Pearson, escogiendo la de .95 de coeficiente de confiabilidad.

RESULTADOS

En la Tabla I aparece la edad de comienzo del problema. Más de la mitad de los casos reportan un inicio anterior a los 4 años y el 83%, anterior a los 7. A esto podemos añadir que las edades que aparecen en la Tabla son probablemente mayores que las reales, es decir, que los síntomas deben haber aparecido en general antes de la edad que reportan los familiares. Esto es cierto sobre todo si se tiene en cuenta la falta de conciencia del problema al inicio de los síntomas, en las madres, (véase Tabla IV, ítem 1b)

Las implicaciones teóricas y preventivas de estos primeros resultados serán expuestas más adelante.

En las Tablas II y III aparecen los ítems relacionados con el niño en sí. De acuerdo con ellas podemos caracterizar al niño afeminado diciendo que: prefiere jugar con niñas y con menores, evitando jugar con varones y niños mayores; tiene miedo a fajarse; rechaza al padre y adultos del sexo masculino en general; ha sido criado "entre faldas", sobreprotegido y recogido en la casa. Todo ello aparece con frecuencia significativamente mayor en los afeminados. Si tenemos en cuenta además que los casos de control son niños también enfermos, podemos suponer que las diferencias hubieran sido todavía mayores si hubiéramos usado como comparación un grupo de normales.

TABLA I

A.—EDAD DE COMIENZO DEL AFEMINAMIENTO		
Menos de un año: 1 caso	De 0 a 3-11/12 años: 29 casos 59% del total	De 0 a 6-11/12 años: 41 casos 83% del total
De 1 a 1 y 11/12 años: 4 casos		
De 2 a 2-11/12 años: 13 casos		
De 3 a 3-11/12 " : 11 "		
De 4 a 4-11/12 " : 3 "		
De 5 a 5-11/12 " : 7 "		
De 6 a 6-11/12 " : 2 "		
De 7 a 7-11/12 " : 3 "		
De 8 a 8-11/12 " : 1 "		
De 9 a 9-11/12 " : 3 "		
De 12 a 12-11/12 años: 1 caso		

TABLA II

CARACTERISTICAS PRESENTES EN LOS AFEMINADOS CON MAS FRECUENCIA QUE EN LOS CONTROLES (Significativamente)				
Item	Característica	% en afem.	Controles	Norma
3	Ha tenido juegos sexuales infantiles	40%	16%	5 a 25%
6	Rechazan al padre o a otras figuras masculinas	51%	12%	2 a 22%
8	Le gusta jugar con niñas	76%	10%	2 a 20%
9	Le gusta jugar con menores	52%	20%	25 a 40%
12	Tiene miedo a fajarse	84%	40%	25 a 55%
16	Hijo intermedio	24%	10%	2 a 20%
43	Mayoría y preponderancia femenina en el ambiente	84%	22%	10 a 35%
45	Recogido en la casa	96%	72%	68 a 85%
46	Sobreprotegido	98%	64%	49 a 78%
49	Sexualidad infantil exagerada	35%	20%	8 a 32%

TABLA III

EL NIÑO

CARACTERISTICAS PRESENTES EN LOS NIÑOS AFEMINADOS CON MENOR FRECUENCIA QUE EN LOS CONTROLES (Significativamente)				
Item	Característica	% en afem.	Controles	Norma
7	Le gusta jugar con varones	26%	92%	82 a 97%
10	Le gusta jugar con mayores	22%	56%	35 a 65%
14	Es el hermano mayor	28%	48%	34 a 64%

TABLA IV

CARACTERISTICAS DE LA MADRE				
Item	Característica	% en afem.	Controles	Norma
1b	No tiene conciencia del problema al inicio de los síntomas	54%	20%	7 a 33%
21	Dirige el hogar	86%	58%	44 a 74%
25	Lo trata como hembra	43%	4%	0 a 10%
20	Personalidad masculina (Rasgos)	44%	34%	20 a 49%*
24	El paciente es su preferido	52%	44%	29 a 69%*
26	Deseó tener hembra	35%	32%	17 a 46%*
29	Edad promedio al nacer el paciente	27 años	26 años	*

* Diferencia no significativa.

TABLA V

CARACTERISTICAS DEL PADRE				
Item	Característica	% en afem.	Controles	Norma
27	Es pasivo	64%	26%	13 a 38%
28	No dirige el hogar	80%	38%	22 a 50%
31	El paciente <i>no</i> es su preferido	92%	52%	36 a 65%
32	Ausente, (físicamente)	28%	14%	3 a 21%
34	Ausente, (emocionalmente)	80%	16%	5 a 28%
35	No participa en la educación del paciente	82%	24%	12 a 36%
29	Edad promedio al nacer el paciente	31½ años	31 años	*

* Diferencia no significativa.

En las Tablas II y III aparece también que el niño afeminado es con mayor frecuencia intermedio en la secuencia de hermanos y que es el hermano mayor con una frecuencia significativamente *menor* que los controles. Parece también mostrar manifestaciones relativamente exageradas de sexualidad infantil.

En la Tabla IV aparecen los ítems referentes a la madre, a la cual pudiéramos caracterizar así: no tiene conciencia del afeminamiento del hijo hasta mucho después del inicio, dirige el hogar y trata al paciente como hembra. Todo ello con frecuencia significativamente mayor que las madres de los controles.

Resulta interesante destacar en esta Tabla que en los ítems 20, (estructura masculina de la personalidad), y 26, (deseo tener hembra), no hay diferencia significativa con los controles. Esto no concuerda con los planteamientos de algunos autores en el sentido de que las llamadas madres fálicas (castran) psicológicamente al niño, favoreciendo así su feminización. Tampoco concuerdan estos resultados con el planteamiento que se ha hecho de que un deseo intenso de tener hembra pueden engendrar una actitud de rechazo en la madre respecto a la masculinidad del hijo y un favorecimiento de la adopción del rol femenino.

Observando la Tabla V pudiéramos caracterizar al padre prototípico del niño afeminado de la siguiente manera: es pasivo, no dirige el hogar, el paciente no es su preferido, (lo rechaza con gran frecuencia), no participa en la educación del paciente, a menudo está ausente físicamente y muy a menudo, (83%), está ausente emocionalmente, es decir, presente físicamente, pero sin relacionarse significativamente con el paciente. De otro lado, su edad promedio no difiere de la del control.

IMPLICACIONES

I.—Lo primero que implican nuestros resultados es que los factores ambientales juegan papel en la determinación del afeminamiento en el niño. La diferencia estadísticamente significativa existente en varios de los ítems respecto al grupo de control, así lo demuestra. Esto contradice el planteamiento de *Kallman*, quien atribuye el papel determinante exclusivo al factor genético. En su casuística, *Kallman* encontró que en el 100% de los gemelos homocigóticos, cuando uno de ellos era homosexual, el otro lo era también. Nosotros en cambio hemos observado un caso que será publicado en un reporte especial, de gemelos homocigóticos, (comprobados por las técnicas modernas de laboratorio), en el cual uno de los dos era claramente afeminado y el otro no.

Esto no quiere decir que nosotros seamos partidarios de una hipótesis ambientalista a secas. Ello no estaría en consonancia con las concepciones genéticas modernas que entienden que en toda enfermedad hay factores genéticos y ambientales, y que, incluso, la cuestión más importante no está en determinar la parte que a cada cual corresponde en la etiología sino más bien el modo de interacción entre las dos series de factores.

En cuanto a este modo de interacción en el caso específico del afeminamiento, lo vemos de esta manera:

A menudo las madres u otros familiares del niño afeminado nos dicen que desde muy pequeño notaron que era "diferente". Una madre situó esta diferencia a los seis o siete meses de nacido el niño y no pudimos conmovier su seguridad en ningún momento de nuestro prolongado contacto con ella. Otras, las más, sitúan la observación de la diferencia en el segundo o tercer años. ¿En qué consiste esta diferencia? Las expre-

siones de las madres son como las que siguen: "era como más blandito"; "era muy noble desde que nació"; "nunca me dió trabajo para educarlo"; "era más tranquilo que los demás niños y se quedaba quieto en la cunita o en el corralito sin protestar"; "era muy bonito, su aspecto más delicado"; etc. De todas estas expresiones y de muchas más, parecidas, hemos hecho abstracción de los siguientes datos: el niño afeminado presenta una menor actividad motora, una mayor ductibilidad psicológica para la educación y un aspecto físico de mayor belleza que el niño promedio. Es cierto además, que raras veces el afeminado es corpulento y musculoso. Estas características parecen ser constitucionales y congénitas; pero tampoco parece ser que basten por sí solas. Creemos más bien que el niño que las posee es "afeminable", por así decirlo, y que esto ocurre cuando encuentra los factores ambientales propicios, los cuales pudieran ser los que hemos señalado nosotros. De no encontrarse con ellos, creemos que el niño de este tipo puede desarrollar una identificación masculina normal y hacer una elección de objeto heterosexual. De hecho vemos a muchos niños con esas características motoras, de ductilidad caracterológica y de belleza y delicadeza física entre nuestros niños neuróticos y normales.

II.—Una segunda implicación que se desprende del comienzo tan temprano en la mayoría de nuestros casos consiste en la necesidad de la prevención muy precoz del trastorno. Este tipo de prevención, que se dirige forzosamente a la familia, sólo puede hacerse a través de los órganos y mecanismos de educación a disposición del Estado, que lleguen a la familia y aumente su comprensión psicológica y que lleguen a las instituciones encargadas de niños elevando la preparación de su personal.

Este sería el modo de intentar la prevención y el despistaje precoz de los casos.

III.—En relación con la edad de comienzo, podemos extraer aún otra implicación. Vemos que existen al parecer dos grandes grupos de niños afeminados. En el primer grupo no existe evidencia alguna, por más que la hemos buscado, de identificación masculina inicial. Es decir, desde el segundo año de vida, época en que se producen normalmente las primeras diferenciaciones del rol sexual, este grupo exhibe tendencias femeninas claras. Estos son los casos de comienzo temprano, de afeminamiento desde el inicio. Examinando clínicamente este grupo vemos que se caracteriza porque *no* presenta síntomas de conflicto psicológico: no tiene ansiedad libre ni enlazada a objetos fóbicos, no presentan síntomas de la serie depresiva, no exhiben trastornos psicofisiológicos o de conducta, etc. En otras palabras, dan la impresión muy definida de *niñas normales*. Incluso en sus limitaciones en el juego y en la lucha corporal, no parecen engendrar en ellos disonancias apreciables con sus restantes esquemas de valores que son, naturalmente, femeninos y por tanto, compatibles con estas deficiencias no originando sentimientos de inferioridad en ellos.

El segundo grupo está formado por aquellos en que el comienzo del afeminamiento es más tardío, observándose una fase inicial de conducta masculina bien definida por lo menos en la etapa del párvulo, y entonces, al llegar a cierto punto del desarrollo, entre el período pre-escolar y el adolescente, la conducta masculina es abandonada a favor de una conducta femenina. En estos casos sí encontramos evidencia de conflicto psicológico en el niño, de síntomas neuróticos asociados al establecimiento del afeminamiento y coincidentes con él, así

como también evidencia de sucesos en el ambiente del niño, con efecto traumático, que explican el cambio de rol sexual como medida defensiva contra la noxa psicológica que incide sobre él.

Como ejemplo típico de este grupo citaremos el siguiente caso:

Un niño de 6-10/12 años, que consulta por terrores nocturnos y afeminamiento. El inicio de ambos tipos de síntomas es situado con gran precisión por ambos padres, (que tienen alto nivel cultural), a los cinco años. Antes de esa edad ambos afirman enfáticamente que era un niño normal, de gustos, intereses y actitudes de varón. El padre dice: "Recuerdo que yo solía decir que iba a ser ingeniero porque se pasaba el día armando y desarmando su velocípedo y otros juguetes; en aquel entonces no tenía miedo a fajarse, si por ejemplo lo llevaba a los caballitos y algún niño trataba de quitarle el caballo le soltaba una bofetada sin mirar el tamaño; ahora ha cambiado por completo". ¿Qué ocurrió al parecer en este caso? Se conjugaron dos factores nocivos. De un lado, el padre, que había tenido una estrecha y excelente relación con el hijo durante los primeros 4 años, se distancia de él considerablemente debido a haber sido nombrado en un puesto de gran responsabilidad que le toma todo su tiempo. De otro lado, suceden dos episodios traumáticos en un corto intervalo de tiempo: la familia sufre dos robos grandes, con desvalijamiento de la casa, la cual se encontraba situada en un barrio solitario y apartado. Se alarman todos tanto que deciden mudarse y el niño resulta muy impresionado por lo de los ladrones entrando en la casa y comienza a tener sus terrores nocturnos y poco después a adoptar juegos

y aptitudes femeninas. Estas últimas se facilitan por la presencia en la casa por esta época de dos niñas mayores con las cuales juega.

Ahora bien, la existencia de estos dos grupos de niños afeminados plantea consideraciones de interés teórico. Por ejemplo, nos lleva a un desacuerdo con la concepción de algunos psicoanalistas que mantienen que la homosexualidad es *siempre* una defensa psicológica que oculta una heterosexualidad más básica que el sujeto reprime porque la teme. Creemos que este planteamiento es una generalización excesiva: es válido para el segundo de nuestros grupos, pero no para el primero. En éste, por más que hemos buscado, no hemos encontrado evidencias de esa heterosexualidad básica que se supone que exista, ni tampoco, como ya dijimos, de conflicto intrapsíquico.

Si se comprobara lo que nosotros planteamos, sería preciso renunciar también a otra tesis del psicoanálisis: la de la bisexualidad psicológica en todos los seres humanos al nacimiento. A nosotros nos parece más de acuerdo con los hechos que observamos la tesis de *Hampson y Hampson*,¹ (1961), según la cual existiría al nacer una neutralidad sexual psicológica y que a partir de ella se formaría el rol sexual psicológico por la interacción de lo constitucional y lo ambiental. En lo ambiental sería decisivo lo que ellos llaman el rol psicológico asignado al sujeto por las personas significativas que lo rodean. Dichas personas le *enseñarían* a ser hombre o mujer en la interacción diaria de comunicación verbal y extraverbal, consciente e inconsciente, con el niño y de acuerdo con la imagen previa o concepción que se hayan hecho de él.

Los autores citan cien casos de hermafroditismo en los cuales el rol psicológico subjetivo estaba de acuerdo en la

inmensa mayoría de los casos con el sexo asignado por los familiares al paciente al nacer y no estaba de acuerdo en cambio con el sexo hormonal, cromosómico, con las características sexuales secundarias o primarias, etc. Algunos casos que habían sido criados como varones, por ejemplo, y que al llegar a la pubertad resultaban tener un predominio biológico femenino, se negaban enfáticamente a cambiar su rol psicológico varonil, prefiriendo la modificación quirúrgica de sus caracteres anatómicos femeninos.

IV.—Una cuarta implicación que extraemos de nuestro material es la de que en el ambiente del afeminado juega un papel destacado una *constelación* de factores: la ausencia física y/o emocional del padre y el predominio de mujeres en contacto diario con el niño, cuando éste está "recogido" en la casa, y sobreprotegido y cuando una o varias de dichas mujeres lo trata como niña o le da el ejemplo de feminidad estimulándolo a que se identifique con ella y no enseñándole claramente el rol masculino.

Expondremos a continuación un ejemplo típico que puede darnos una idea mucho más viva y real que los fríos datos estadísticos.

Niño de 4-9/12 años que es traído por la madre, porque hace gestos femeninos, se pone los zapatos de la madre, se pone adornos de cabeza, etc. La madre nota los gestos desde los dos años. Al principio no le dió importancia porque creía que se debía a que sólo jugaba a cosas de hembra con una hermana que le llevaba tres años. Ahora está un poco preocupada y viene a que le digamos si existe afeminamiento o no, pero con la expectativa de que no, pues cuando el psiquiatra le afirma que el niño tiene una fuerte identi-

ficación femenina y que debe ser tratado con psicoterapia, comenta: "¡Traerlo tantas veces! Yo esperaba que me dijeran que no tiene nada". La familia está compuesta de los padres, de 32 a 26 años, respectivamente, la hermana de 7 y el paciente de 4.

El paciente fue criado muy recogido en la casa, jugando exclusivamente con la hermana: "jugaban los dos solitos en el apartamento", dice la madre. La hermanita lo usaba como muñeca, lo vestía de mujer, le ponía nombre de hembra. La madre no le daba importancia a esto. Decía: "Supongo que como era un niño tan lindo y delicado la hermanita lo trataba como a una niña". "Era tan bueno y tranquilo que se prestaba a todo lo que ella le hacía". La madre es una mujer muy bonita y vistosa. Se viste con gran esmero, muy apretada y con mucho maquillaje. El psiquiatra la consideró una mujer muy narcisista, que subraya en exceso su feminidad y que era muy inmadura. Como madre es muy inadecuada, ella misma dice: "Soy la madre a quien le cuesta más trabajo criar a los hijos, tengo muy poca paciencia, necesito un psicólogo que me enseñe a criar niños". El padre es un hombre retraído, que trabaja mucho y pasa muy poco tiempo en casa sin apenas relacionarse con los hijos. El domingo lo pasa oyendo discos en su cuarto, cerrando la puerta con llave para que los hijos no lo interrumpan. No interviene en la educación del paciente, no sale ni juega nunca con él. Sus relaciones con la madre son también malas y los dos están pensando en el divorcio.

En este caso existe la constelación típica: padre ausente emocionalmente, niño que se pasa todo el tiempo

en contacto con mujeres en el pequeño apartamento, una de dichas mujeres, la hermana, que lo trata directamente como hembra, y otra, la madre, que le sirve de modelo con su feminidad llamativa y narcisista en alta grado. El aspecto delicado y la belleza de rostro del niño, así como su carácter dócil y tranquilo, favorecen la elección que la hermana hace de él como compañero de juego, como "su muñeca".

Comparando estadísticamente la presencia de esta constelación de factores en el grupo experimental y el de control, vemos lo siguiente:

a) Casos en que hay ausencia física y emocional del padre, predominio de mujeres en el ambiente, sobreprotegido y recogido en la casa:

Afeminados 14 casos — 28%
Controles 1 caso — 2%

b) Casos en que hay presencia física del padre, pero con ausencia emocional, predominio de mujeres en el ambiente, sobreprotegido y recogido en la casa:

Afeminados 18 casos — 36%
Controles 4 casos — 8%

Diferencias éstas que son altamente significativas, incluso en la tabla de .99% de coeficiente de confiabilidad.

RESUMEN

Este trabajo tiene por objeto contribuir al conocimiento etiológico del afeminamiento en el niño. Se observó clíni-

camente un conjunto de factores interconectados en el ambiente de los niños afeminados que aparecía con gran frecuencia. Este conjunto está hecho de: a) ausencia física y/o emocional del padre; b) predominio de mujeres en ambiente cotidiano del niño; c) sobreprotección y restricción a la casa, de éste. Todo ello durante los años formativos iniciales del rol sexual, es decir, entre el segundo y el sexto años, y presentes seis meses antes, por lo menos, de la aparición del cuadro.

Para comprobación estadística fueron comparados cincuenta casos de afeminamiento con cincuenta controles de otras patologías funcionales. Las diferencias estadísticas fueron altamente significativas en los ítems referidos anteriormente.

En las conclusiones se plantea: a) la necesidad de medidas preventivas y las vías posibles para ello; b) algunas consideraciones teóricas sobre los tipos de afeminamiento; c) algunas consideraciones acerca del modo de interacción genético-ambiental en los casos de afeminamiento en el niño.

Nota: Con posterioridad a la presentación de este trabajo en el XI Congreso Médico. (Feb., 1966), nos pusimos en contacto con el trabajo del Dr. Fraga, cuyas conclusiones concuerdan por completo con las nuestras en varios aspectos a pesar de la total independencia entre ambas publicaciones.
La cita bibliográfica es la siguiente:

Conflictos de Identificación Psico-sexual. Transvestismo. Tendencias feminoideas en los varones. Revisión de 100 casos. Dr. Roberto Fraga. Revista Cubana de Pediatría. Vol. 36: Núm. 5. Oct. 31, 1964.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Hampson, John L. y Hampson, Joan G.: The Ontogenesis of Sexual Behavior in Man. In: "Sex and Internal Secretions". Edited by William C. Young. Williams and Wilkins Co., 1961.
- 2.—Mead, Margaret: Cultural Determinants of Sexual Behavior. In: "Sex and Internal Secretions". Edited by William C. Young. Williams and Wilkins Co., 1961.
- 3.—Howells, John G.: Modern Trends in Child Psychiatry. Oliver and Boyd. Edinburgh and London, 1965.

Sumarios de Revistas

Estas publicaciones han sido recibidas en el mes de septiembre en el CENTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS (Hemeroteca). Los trabajos que aparecen relacionados pueden ser solicitados en copia fotostática o en microfilm a instancia de los compañeros médicos y de acuerdo con las tarifas establecidas (\$0.10 por página).

PEDIAT. CLIN. N. AMER. — Volume 12. Number 1. February, 1965.

Pitfalls in History-Taking.

Pitfalls in Physical Examination.

Pitfalls in Laboratory Tests.

Pitfalls in Allergy.

Pitfalls in Cardiology.

Pitfalls in Odontology.

Vincent's Infection.—Henry S. Brennan, D.D.S.

Pitfalls in Endocrinology.

Pitfalls in Fluid Therapy.

Pitfalls in Gastrointestinal Disorders.

Pitfalls in General Pediatrics.

Pitfalls in Genitourology.

The Routine Urine Examination.

Pitfalls in Hematology.

Comment of the Pitfall of Overuse of Exchange Transfusion for Treating Neonatal Hyperbilirubinemia.—Thomas R. Boggs, Jr., M.D.

Pitfalls in Immunization.

Pitfalls in Infant Feeding.

Comment on Pitfalls in Infant Feeding.—Carl C. Fischer, M.D.

Pitfalls in Infectious Diseases.

Pediatric Drug Dosage.

Disinfection of the Hands.—G. Hildick-Smith, M.D.

A Major Pitfall: Inadequate Assessment of the Patient's Needs.

Resulting in Inappropriate Treatment.—E. E. Harrington, M.D.

Haga sus pedidos a:

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION
DE CIENCIAS MEDICAS

CALLE 23 No. 201, 2º piso, VEDADO

Apartado 6520

Teléfono: 32-2386

LA HABANA, CUBA