REVISTA CHILENA DE PEDIATRIA

Vol. 29

ABRIL - MAYO

N.os 4 - 5

TRABAJOS ORIGINALES

SOBRE NEUROSIS Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA DEL NIÑO MENOR

Dr. RICARDO OLEA, Dra. ALICIA PADILLA y Sra. VIVIANA CORRALES

Trabajo presentado en las Jornadas Interhospitalarias de Concepción (XI-1957)
y en la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (XII-1957)

Nos proponemos analizar el resultado alejado de la hospitalización de un grupo de niños con trastornos neuróticos y conductuales. Dejaremos para más adelante la discusión sobre concepto y definición de tales trastornos. Creemos que resulta más útil que comencemos por presentar el material que sirve de base a este estudio. Se trata de 43 niños cuyas edades fluctúan entre los 5 meses y los 3 años (cuadro Nº 1) que consultaron, generalmente, por una combinación de 2, 3 o más síntomas de la lista dada en el cuadro Nº 2 siendo excepcional la presentación de un solo síntoma.

Es necesario dejar constancia que siempre había uno o varios de estos síntomas en tal grado de intensidad que los padres se resolvían a separarse de su hijo de tan corta edad y dejarlo hospitalizado porque estaban muy alarmados y habían seguido previamente variadas e ineficaces indicaciones terapéuticas ya sea en otras partes o, tal vez la mayoría, en nuestra propia consulta externa. Hay que añadir, además, que este grupo de niños con estas manifestaciones intensas, no son sino una parte mínima de un número mucho mayor de casos que nos consultan por síntomas similares pero de menor intensidad y que son los que habitualmente conoce cualquier pediatra, y que nosotros tratamos en la consulta externa, sin hospitalizar, porque generalmente bastan algunas instrucciones sencillas para corregirlos o mejorarlos.

Aunque bien sabemos que en un mismo síntoma puede ser muy diversamente valorado por diferentes padres, en el grupo de 43 niños hospitalizados, siempre se trató de, a lo menos, un síntoma en tal grado que habría alarmado a cualquiera. Conviene que digamos en este momento que en esta sección de nuestro servicio los padres visitan diariamente a sus hijos durante una hora y se les entrega el niño. Con esta medida se estudian en buena forma las relaciones de padre a hijo, se puede hacer educación directa y objetiva de los padres y se mantiene vivo el natural lazo afectivo que a esta edad no es recomendable cortar completamente.

Continuando con las características del grupo en estudio, hay que decir que 29 eran mujeres y 14 hombres. Llama la atención la contundente mayor proporción de niñas, hecho al cual no encontramos explicación.

La gran mayoría eran niños de inteligencia comprobadamente normal (test de Gesell), salvo 6 que eran subnormales, pero en los que su déficit psíquico no era lo dominante en el cuadro motivado del ingreso, y 3 en que no se hizo apreciación de su desarrollo psíquico.

Estos 43 niños siguieron diversos cursos al ser dados de alta, tanto en la época inmediatamente consecutiva al alta como más adelante. Como se trata de niños egresados de la sala antes del 31 de Diciembre de 1956, la evolución posterior conocida más corta es de 9 meses y la más larga de 4 y medio años.

No pretendemos, considerando estos plazos, poder llegar a conclusiones definitivas en cada caso, pero sí que nos permiten valorar con bastante probabilidad el pronóstico y nos permiten una visión amplia de la sintomatología presentada y de los factores en juego. Hemos considerado el resultado alejado de la hospitalización como el más importante y lo hemos clasificado arbitrariamente, en nulo, escaso, satisfactorio y muy bueno.

Por resultado *nulo* entendemos la persistencia inmodificada del cuadro; *escaso* aquel en que hubo modificaciones de poca monta; *satisfactorio* aquel en que desapareció el síntoma principal, con persistencia de uno u otro de los demás síntomas atenuados o una atenuación considerable de toda la sintomatología en forma que poca diferencia había con la normalidad; *muy bueno* aquel en que tanto en la opinión del médico como de la familia no hubiera ningún tipo de manifestación que pudiera considerarse patológica. Se ha considerado debidamente la substitución de síntomas; así, por ejemplo, un niño que tenía terrores nocturnos, masturbación y apnea emotiva, puede haber perdido uno, dos o los tres síntomas pero haber adquirido después otros como agresividad, irritabilidad o celos patológicos de un nuevo hermano; en tales casos se ha juzgado por el cuadro total y no sólo por los síntomas que antes presentó. Para ilustrar y hacer más comprensible el análisis global que haremos más adelante, presentamos a continuación una historia de cada uno de los 4 tipos de resultados alejados.

Ejemplo de resultado alejado nulo.

Elcira S. Ficha 120559. Niña proveniente de una población callampa muy miserable, que ingresa a la sala al año y medio de edad porque desde los tres meses presenta crisis de apnea emotiva y es sumamente irritable, todo lo cual se había exacerbado algún tiempo antes del ingreso y había aparecido gran inquietud para dormir y frecuente insomnio.

Aparte del deplorable estado material en que vivía, tenía los siguientes antecedentes que ilustran sobre el ambiente psicológico que imperaba en su medio. La madre, de 28 años, se casó a los 13 o 14 años recién salida de un convento de

monjas donde había permanecido interna desde sus 8 años porque había sido violada. Después de 7 años de convivencia más o menos armónica con su marido, éste la abandonó con su hija. Esta mujer fué enurética hasta cuando tuvo su primera guagua y sufre de una intensa neurosis; dice ver "ilusiones" (que la atropellan, que se cae a un canal) y es sumamente irritable (grita, se dá de cabezazos, "si pudiera matara"), maltrata cruelmente a su hija mayor, "no soporta el llanto de las guaguas ni la lata de algunas personas que hablan mucho", de rabia se ha hecho heridas con cuchillo en los brazos (tiene las cicatrices), no puede contenersa.

El padre, de 26 años, es débil mental, de pésimo carácter, trabaja cuando se le ocurre, es agresivo, golpea a su mujer y a las niñas (la hijastra, de 12 años y Elcira, su única hija que es, sin embargo, regalona de él). Jugador. Hasta hace poco era borracho, pero hizo una manda a la virgen de Lo Vásquez de no beber en un año, lo que ha cumplido, pero declara que irá a beberse un chuico a Lo Vásquez cuando expire el plazo. Estuvo procesado por un cuasi homicidio. Cuando chico sufría de apnea emotiva.

Un tío materno, alcohólico, ha cometido tres homicidios, el primero a los 16 años. El abuelo materno, alcohólico y "neurasténico", en una ocasión en que estaba ebrio, mató a una guagua porque lloraba. Ambos abuelos paternos alcohólicos.

Durante la hospitalización de la niña se comprobó parcialmente la sintomatología que la trajo: de vez en cuando tenía crisis de apnea, pero sin llegar a caer y a veces era llorona e irritable. Pero, en general, se mostró tranquila, cariñosa, alegre y juguetona. Su estado físico era más o menos satisfactorio: media 77 cm. y llegó pesando 9.600 gr. El test de Gesell reveló un desarrollo psíquico algo superior al 1 y medio año. El E.E.G. fué normal.

Se le dió de alta a los 60 días, pesando 10.300 gr. Recién vuelta a su hogar, presentó en forma discreta los mismos síntomas porque había ingresado. Pero en el control que se hizo nueve meses después, en la consulta externa, estaba peor que nunca de irritable, con frecuentes pataletas y crisis de apnea y, ocasionalmente, terrores nocturnos. Demás está decir que

su ambiente seguía igual. Entre los acontecimientos registrados en esa época figura un intento de violación de la hijastra por parte del padre de Elcira y la amenaza de marcar con cuchillo a su madre si esta intentaba separarse de él.

Ejemplo de resultado alejado escaso.

Elisa A. Ficha 116278. Niña que ingresa a la sala al año tres meses de edad porque desde más o menos los 9 meses se masturba cada vez que la dejan en la cama, es muy irritable, llorona, agresiva con su única hermana (5 años mayor) y presenta todas las noches trastornos del sueño consistentes en que recién se queda dormida despierta gritando asustada, lo que se repite 3 o 4 veces; además, con frecuencia, cuando está sola, monologa en su jerga incipiente, señala con el dedo como apuntando a objetos imaginarios y se ríe. Apetito variable.

Sus antecedentes neuropsiquiátricos familiares son importantes. El padre, de 25 años, es bebedor, irresponsable, suele abandonar su hogar por 2 o 3 días, irritable; cuando recién se casó tuvo tres ataques de tipo epiléptico y cuando más joven salía sin objeto a caballo a media-noche. Hasta ahora suele despertar de noche y efectuar actos automáticos como buscando algo. Tres tíos maternos son borrachos de malos hábitos, uno de ellos, preso por robo. Una tía materna probablemente débil mental.

La madre, de 24 años, es tranquila y ha debido afrontar parcialmente el sostenimiento del hogar.

El ambiente material en que viven es muy malo: una "mejora" en un sitio eriazó. Viven con ellos 8 parientes más. La alimentación es satisfactoria.

Elisa nació de un embarazo y parto normales y su desarrollo psicomotor ha sido normal. Como antecedente personal de importancia registramos que a los 7 meses de edad tuvo un cuadro calificado de gripal, pero arrastrado y durante el cual presentó una crisis tónica con pérdida del conocimiento, de corta duración; una punción lumbar hecha a las 3 semanas de evolución de este cuadro dió un líquido normal. Hasta entonces había tenido sueño y apetito normales, buen carácter y no había aparecido ninguno de los trastornos que tuvo después. Muy regalona de la abuela materna, que vive con ellos.

Durante la hospitalización no se comprobó la masturbación y sólo parcialmente la demás sintomatología, pues de vez en cuando despertaba llorando o asustada en la noche y ocasionalmente presentaba violentas rabietas aparentemente inmotivadas. Su adaptación fué difícil: era de mal humor y muy irritable, pero finalmente cambió mucho y, en general, se mostraba alegre. Un Gesell reveló inteligencia normal. Un E.E.G. dió una disritmia de tipo comicial. Estuvo 69 días hospitalizada. Su estado físico era de distrofia: 76 cm. de estatura y 8.800 gr. de peso. Fué dada de alta con 9.200 gr. después de haber presentado varias enfermedades intercurrentes (sarampión, varias dispepsias, otitis catarral derecha). No se hizo ningún tratamiento medicamentoso fuera del necesario para sus cuadros intercurrentes.

Recién vuelta a su hogar pasó muy poco tiempo sin trastornos, pero luego empezó con sus alteraciones del sueño, del apetito y del carácter, aunque en menor grado que antes de la hospitalización. No volvió a presentar masturbación. Se comenzó entonces a dar luminal, con lo cual mejoraba el trastorno del sueño pero empeoraba el carácter, y cuando no se le daba luminal pasaba lo contrario. Algún tiempo después la madre tuvo otro hijo, que falleció a los 5 meses de edad; con él Elisa mostraba conducta variable entre el cariño y la hostilidad.

Posteriormente la conducta del padre ha hecho pensar a la madre en la separación.

En el último control de la niña que hicimos personalmente 3 años después del alta, sigue de muy mal genio, llorona, caprichosa, agresiva, con frecuentes trastornos del sueño, de apetito variable y hostil a un nuevo hermano menor.

Ejemplo de resultado alejado satisfactorio.

Erika H. Ficha 50676. Niña que ingresa a la sala a los 2 años 11 meses porque desde hace más de un año no duerme bien: 2 o 3 veces cada noche despierta repentinamente asustada, grita y llora a veces hasta la cianosis, habla cosas sin sentido y pelea con niños imaginarios; le dan algunas palmadas y en seguida se duerme. Además, siempre ha sido muy irritable, no se aviene con otros niños, pelea y se

aisla, y desde hace algún tiempo tartamudea.

Nacida de parto y embarazo normales. Su desarrollo físico y psíquico ha sido normal. Tiene un hermano de 1 y medio años menor con el cual no tiene conflictos.

Su ambiente material es satisfactorio (padres dueños de un restaurant que explotan ellos mismos).

No hay antecedentes neuropsiquiátricos importantes entre los ascendientes. Pero ambos padres presentan trastornos de la personalidad: él es borracho, agresivo intolerante para con la niña a quien trata muy mal, como asimismo a su esposa; estando ebrio, en varias ocasiones amenazó a la madre con tirarse a la línea del tren (que pasa frente a la casa) con Erika en brazos y parecía a punto de llevarlo a cabo. La madre tampoco tiene paciencia con los niños, los reprende y castiga a cada rato y se exaspera sobre todo por la tartamudez de Erika.

Durante la hospitalización se comprobó buen estado físico (90 cm. de estatura, 12 y medio kilos de peso). Rápidamente llegó a comportarse normalmente. Un E.E.G. resultó alterado, pero no hubo informe y no se ha podido repetir. Fué dada de alta a los 12 días.

Poco tiempo después del alta la madre volvió a consultar porque, aunque en menor grado, habían reaparecido trastornos del sueño y del apetito que, por lo demás, no eran permanentes; además, por periodos, se ponía tartamuda con intensidad muy variable. A pesar de las reiteradas instrucciones dadas a la madre recaía de vez en cuando en actitudes inadecuadas como la de exasperarse por la tartamudez o darle de comer a la fuerza, con lo que la niña vomitaba.

Vuelta a controlar 4 y medio años después del alta (7 y medio años de edad) nos cuentan que los trastornos del sueño sólo se limitan a que habla mucho durante el sueño, repitiendo lecciones o peleando y a veces queriéndose como arrancar de la cama; no presenta otro problema que ser "voluntariosa" por lo que la madre la califica de "tremenda". Pero en el colegio está muy bien conceptuada; es la 3ª alumna de la segunda preparatoria.

Los padres han cambiado algo. El no se emborracha pero continúa violento y agresivo; está en tratamiento en un servicio de neurología. Ella no parece ha-

ber recaído en actitudes inadecuadas pero sobrevalora las reacciones negativas de la niña al llamarla "tremenda".

Ejemplo de resultado alejado muy bueno.

Luis T. Ficha 153007. Niño que ingresa a la sala a los 9 meses de edad porque desde que nació llora día y noche y los sedantes que le suelen dar, después de calmarlo algo, terminan por excitarlo más; las mamaderas las toma llorando y a la fuerza; y lo notan muy atrasado en sus reacciones.

Nació de un parto prematuro de 8 meses con 2,400 gr. de peso. Lo tuvieron un mes en incubadora en el hospital de carabineros. A los 2 meses de edad estaba en buenas condiciones de peso, pero tuvo un cuadro prolongado con vómitos, fiebre y, en una ocasión, convulsiones, por lo que fué hospitalizado en el hospital Arriarán, donde no encontraron otra cosa de importancia que cierto grado de hipertonia de las extremidades y lesiones de osteocondrosis en las radiografías; hacen el diagnóstico de probabilidad de sepsis y lo dan de alta en buenas condiciones a los 14 días.

Entre los antecedentes familiares hay que mencionar que un tía paterno es ciego de nacimiento y otro tuvo ataques epilépticos hasta los 12 años.

Ha vivido en un ambiente material adecuado (el padre es oficial de carabineros) sin problemas psicológicos adversos y en el que sólo cabría anotar como factor desfavorable el que la madre es "nerviosa" y desordenada en el cuidado de los niños.

Luis permaneció 36 días hospitalizado. Al principio se comprobó toda la sintomatología descrita por los padres y sólo muy lentamente fué cambiando hasta transformarse en un niño alegre y tranquilo hacia el final de la hospitalización. Se comprobó que había un retraso en la maduración neurológica (cierta hipertonia y persistencia de rasgos de los primeros meses). El Gesell reveló que el desarrollo psíquico estaba más o menos en la mitad de lo que le correspondía. El E.E.G. el líquido céfalo raquídeo y las radiografías del cráneo fueron normales. Ingresó a la sala con 73 cm. de estatura y 8 kilos de peso. Al ser dado de alta tenía el mismo peso (al principio bajó por cuadros gripales intercurrentes) y había me-

orado notoriamente en capacidad física (llegó a sentarse sin apoyo).

Recién reintegrado a su hogar siguió satisfactoriamente y así continuó después, salvo ocasionales malas noches. Controlado a la edad de 3 años y un mes, se comprobó absoluta normalidad tanto física como psíquica. Pasó con facilidad todas las pruebas del Binet-Terman para los 3 y medio años.

Veamos otras características generales del grupo de 43 niños. El ambiente lo caracterizamos a través de 4 rubros: a) la acomodación material, b) la alimentación, c) las influencias psicológicas y d) la relación madre-hijo. Véase el cuadro N° 3.

El desarrollo psico-motor de los niños se ve en el cuadro N° 4.

El desarrollo físico, cuadro N° 5.

Los antecedentes psicopatológicos familiares, cuadro N° 6.

Los antecedentes mórbidos personales, juzgados a través de enfermedades físicas importantes anteriores y anomalías obstétricas (embarazo o parto), cuadros N° 7 y N° 8.

La sintomatología descrita al ingresar se comportó como lo muestra el cuadro N° 9.

Los días de hospitalización se distribuyeron como lo muestra el cuadro N° 10.

Es de notar que varios de los resultados nulos fueron debidos a retiro prematuro del niño por los familiares, lo que ocurrió en 5 casos.

El resultado inmediato de la hospitalización, es decir aquel observado en los primeros días o semanas de la vuelta al hogar, se ve en el cuadro N° 11.

El resultado alejado, cuadro N° 12.

Estudio electroencefalográfico, cuadro N° 13.

En algunos casos se pudo verificar a largo plazo la apreciación de la inteligencia que se había hecho durante la hospitalización, cuadro N° 14.

Las apreciaciones de la inteligencia durante la hospitalización fueron hechas mediante el test de Gesell que no permite sacar cociente. Los controles posteriores se verificaron por medio del test que se indica entre paréntesis. En los que no presentan indicaciones especiales se han usado varias pruebas del test de Binet, pero sin hacerlo completo, por lo cual no se determinó cociente, pero había base para hacer la apreciación que se expresa.

CUADRO N° 1

EDAD Y SEXO

Meses	Número
0 a 5	1
6 a 12	6
13 a 18	12
19 a 24	9
25 a 30	4
31 a 36	10
Sobre 37	1
Hombres: 14	Mujeres: 29

La edad se refiere a aquella con que el niño ingresó a la sala.

La edad se refiere a aquella con que el niño ingresó a la sala.

CUADRO N° 2

SINTOMATOLOGIA

Irritabilidad	28	Hiperquinesia	4
Trast. del sueño	27	Malacia	3
Rabietas	23	Crisis convulsivas consecutivas de apnea	3
Agresividad	17	Fugas	2
Crisis de apnea	15	Aislamiento	1
Trast. del apetito	13	Destructor	1
Masturbación	9	Incontinencia del pelgro	1
Celos	5	Tartamudez	1

Los trastornos del sueño se refieren a insomnios persistentes, terrores nocturnos frecuentes, actos de sonambulismo, muy a menudo mezclas de dos o más.

Los trastornos del apetito se refieren a rechazos sistemáticos del alimento con o sin escenas de mal humor. Malacia es la ingestión de materias extrañas, como papeles, desperdicios, tierra, etc.

CUADRO N° 3

AMBIENTE FAMILIAR

Acomodación material	Alimentación	Influencias psicológicas
Satisfact. 21	31	adecuadas 22
Deficiente 15	12	inapropiadas 11
Pésima 5	0	altamente nocivas 10
Sin datos 2		
Relación Madre-Hijo		
Adecuada		24
Inadecuada		19

Alimentación: Se refiere a las disponibilidades reales del grupo familiar en cuanto a requerimientos alimenticios.

Influencias psicológicas: Influencias psicológicas inapropiadas se refieren a que haya, por ejemplo, decidida hostilidad de un hermano o de un padre hacia el niño, neurosis de uno u otro de los padres, etc.

Las catalogamos de *altamente nocivas* cuando hay varias de estas influencias inapropiadas a la vez o una en grado extraordinario.

Relación Madre-Hijo: La relación madre e hijo la consideramos inadecuada por cualquiera de los dos extremos de la escala normal: el absoluto sometimiento de la madre a los caprichos del niño y la superprotección patológica, por una parte, o la hostilidad intensa (abierta o disimulada) de la madre, especialmente cuando el niño no ha sido deseado, por otra.

CUADRO Nº 4a

DESARROLLO PSICOMOTOR

Desarrollo psicomotor normal	38
Desarrollo psicomotor: retraso leve	3
Desarrollo psicomotor: retraso intenso	2

CUADRO Nº 4b

REACCION DEL NIÑO A:

	Alimentación	Sueño	Personas de su ambiente
Alterado	16	20	20
Normal	27	23	23

El desarrollo psicomotor previo a la hospitalización se refiere principalmente a la época en que el niño se sentó, cogió objetos para jugar, anduvo, dijo sus primeras palabras y comenzó a adquirir control esfinteriano.

La reacción a la alimentación se refiere a la manera en que el niño se comportó en sus primeros meses respecto a la aceptación del alimento.

La reacción en el sueño se refiere al tipo de este en los primeros meses.

La reacción a las personas se refiere a si hubo o no antes problemas de tipo emocional, como celos con hermanos, mala relación con alguno de los padres u otro miembro del grupo familiar.

CUADRO Nº 5

DESARROLLO FISICO

Normal	29
Distr. moderada	13
Distr. intensa	1

CUADRO Nº 6

ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS FAMILIARES INMEDIATOS

Negativos	30
Positivos importantes	13

Epilepsia en la Familia:			
En un tío	7	En una bisabuela	1
En un abuelo	3	En un hermano	1
En un tío abuelo	2	En una prima	1

CUADRO Nº 7

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Normales	37
Anormales	6

CUADRO Nº 8

OTRAS ENFERMEDADES IMPORTANTES

Convulsiones	6	Cólico, diarrea	1
Otitis sup. bilat.	1	Prurigo recidiv.	2
Piuria	1	Adenoiditis intensa	1
Sepsis	1	Diarrea a repet.	1
Vomitador	3	T.E.C. intenso	1
		Constipación	1

CUADRO Nº 9

COMPROBACION DE LA SINTOMATOLOGIA DURANTE LA HOSPITALIZACION

Ambientes antes de hospitalizar	adecuado	inapropiado	muy nocivo
Comprobada totalmente	11	3	2 = 16
Comprobada parcialmente	8	5	5 = 18
No comprobada	3	3	3 = 9

CUADRO Nº 10

DIAS DE HOSPITALIZACION

0 — 10	8	41 — 50	3
11 — 20	7	51 — 60	1
21 — 30	8	61 — 70	4
31 — 40	3	más de 71	3

Hospitalización interrumpida por la familia:	7 casos
Rehospitalizaciones:	2 casos

CUADRO Nº 11

RESULTADO INMEDIATO DE LA HOSPITALIZACION

Ambiente antes de hospitalizar	adecuado	inapropiado	muy nocivo
Nulo	3	4	3
Escaso	2	1	0
Satisfactorio	6	1	3
Muy bueno	11	5	4

CUADRO Nº 12
RESULTADO ALEJADO DE LA HOSPITALIZACION

	Ambiente	9 m.	1 año	1 a 6 m.	2 años	2 a 6 m.	3 años	3 a 6 m.	4 a. y más
Nulo	Igual	2			1				2
	Mejor								
	Peor							1	
Escaso	Igual			3			3	1	1
	Mejor								
	Peor								
Satisfactorio	Igual	1	2	1		1			1
	Mejor						4		
	Peor						1	1	
Muy bueno	Igual	3	2	1	2	1	1		2
	Mejor				2		2	1	
	Peor								

CUADRO Nº 13
ELECTROENCEFALOGRAMA

Normal	Alterado	No se hizo
23	9	1

RESULTADOS CONTROLES POSTERIORES

Sólo 4 casos

Durante la hospitalización	Controles
Alterado	4 meses 2 años después: normal desp.: normal
Alterado	— 2 años después: normal
Normal	— 4 años después: alterado
Normal	— 3 años después normal

Creemos que si analizamos estos cuadros y enfocamos de una manera despreciada los hechos clínicos observados, podremos contribuir positivamente al mejor conocimiento de la psicopatología de la edad en estudio. Claro es que el verdadero valor de las conclusiones que pretendamos sacar ahora sólo podrá ser conocido cuando estos niños lleguen a lo menos a la adolescencia. Mientras tanto no es poco lo que se puede avanzar si logramos apreciar debidamente los factores puestos en juego hasta el momento.

Teniendo en cuenta la posible prolongación de este tipo de estudio hasta llegar a la edad adulta es que nos parece justificado tratar de hablar el mismo lenguaje que se usa en la psicopatología del individuo maduro. Por eso deberíamos

CUADRO Nº 14
COEFICIENTE INTELECTUAL

Durante la hospitalización	Controles:
Normal superior	3 años después: C. I. 118 (Binet)
Ligeramente deficiente	1 a 6 meses " C. I. 85 (Binet)
Retardo	1 a 6 meses " retardo
Normal	3 años " normal
Deficiente	4 años " deficiente
Normal (5 meses)	3 años " normal
Deficiente	4 años " C. I. 58 (Wechsler)
Normal	3 años " normal
Normal	3 años " normal
Retardo intenso	2 a 6 meses " normal
Retardo intenso	1 a 9 meses " retardo intenso
Subnormal	9 meses " subnormal
Normal	3 años 6 meses " C. I. 105 (Binet)

aquí exponer algunas ideas relativas a la relación entre la psicopatología y los cuadros psiquiátricos del adulto y los del niño, pero es un problema nada fácil de abordar y nos apartaría mucho de nuestro tema básico. Diremos solamente que, por ahora, lo importante es saber que en el adulto hay tres principales tipos de cuadros psiquiátricos a los cuales hay que tratar de buscar sus equivalentes o primeras manifestaciones en el niño: 1º) las reacciones vivenciales anormales, 2º) las personalidades psicopáticas, y 3º) las psicosis, divisibles en dos principales subtipos: las endógenas y las exógenas o sintomáticas. Prescindimos intencionadamente aquí de las oligofrenias y demencias (primitivas o consecutivas a diversas enfermedades) porque el grupo de niños que aquí presentamos evidentemente no tienen nada que ver con ellas. No entraremos a definir. Nos atenemos a los conceptos sostenidos, entre otros, por K. Schneider.

De las psicosis sólo diremos que en el grupo presentado aquí no hay nada que nos permita suponer que haya algo equivalente a ellas. Dejamos justamente aparte, y sin considerar, 3 casos en que tal conjetura cabría tenerla presente, pero en lo que no hay hasta el momento nada que permita confirmarla. (Pensamos ocuparnos de ello en algún trabajo futuro). Por ahora sólo queremos llamar la atención hacia la extraordinaria rareza de ellos, comparada con la frecuencia de los otros tipos.

Nos quedamos, entonces, con la posibilidad de que los casos aquí presentados correspondan a personalidades psicopáticas puras, reacciones vivenciales puras o mezclas de ambas. Es seguro que de estas tres variedades hay en el grupo en estudio aunque no podemos precisar la proporción de cada una. Por esta razón no hemos puesto diagnóstico de los niños estudiados, sino los síntomas que presentaban, pues bien sabemos que cualquiera de estos síntomas se puede encontrar en las tres variedades. Así ilustramos también mejor el cuadro clínico comúnmente hallado. Además, sin conocer la evolución a mucho mayor plazo nos es imposible certificar uno u otro de los diagnósticos citados. Para obviar esta dificultad, hablamos de neurosis y de trastornos de la conducta. Distinguimos una de otra

(cosa no siempre neta) en que la primera (la neurosis) es un cuadro con manifestaciones predominantes o exclusivas de los órganos, que se traducen en alteraciones de funciones somáticas: sueño, apetito, respiración, digestión, eliminación, sensibilidad visceral, etc.; es generalmente reaccional, psico-afectivo, pero tal vez sobre una base constitucional especial. En cambio, los trastornos de la conducta son, como su nombre lo indica, alteraciones predominantes o exclusivas de la conducta, es decir, de las funciones de relación con el ambiente: agresividad, aislamiento, celos, inconsciencia del peligro, espíritu de destrucción, etc.; pueden ser puramente reaccionales pero a veces son consecuencias de alteraciones estructurales congénitas (personalidad psicopática) o adquiridas (post-encefálicas, post-traumáticas). Por supuesto que a veces hay en igual proporción las dos clases de manifestaciones y entonces no queda más remedio que poner los dos diagnósticos. Mientras más pequeño es el niño es tanto más cierto que las manifestaciones predominantes son las aquí denominadas neuróticas (cuadro N° 2).

Veamos ahora como se podrían valorar los factores que han actuado en nuestro grupo de 43 niños.

Respecto a edad, como es lógico esperar, predominan los niños de 18 meses o más (cuadro N° 1). La edad parece influir en el sentido de que mientras más pequeño es el niño más fácil es influir en él con un cambio adecuado de ambiente. Esto, naturalmente, en aquellos en que el factor ambiente nocivo era importante, pues en aquellos en que lo constitucional parecía ser lo decisivo, la influencia favorable del nuevo ambiente tarda más en manifestarse, se consigue a medias o se consigue muy poco; creemos que estamos autorizados a decir que nunca se dejó de ver alguna influencia por pequeña que a veces fuera.

En cuanto a la sintomatología (cuadro N° 2) vemos que los trastornos del sueño, la irritabilidad y las rabietas son lo dominante, seguido por la agresividad, los trastornos del apetito y las crisis de apnea, que en 3 casos llegaron hasta las convulsiones. Los demás síntomas fueron escasos. Esta sintomatología, y sus diversas combinaciones, no tiene en sí nada de específico, de modo que a juzgar por

ella sola no se puede ir más allá del diagnóstico de neurosis o de trastorno de la conducta en el sentido que antes explicamos. El pronóstico, en cuanto se puede juzgar por la sola sintomatología, es imposible sentarlo de inmediato; creemos que la rapidez con que la sintomatología desaparece en el nuevo ambiente es un buen índice de pronóstico. Por supuesto que, como lo veremos luego, hay otros factores que inciden en esto y sólo del conjunto de todos se podrá deducir un pronóstico más acertado.

Los cuadros 3, 4a, 5 y 8 demuestran que este grupo de niños podría ser comparado con ventaja (en cuanto a desarrollo físico, psíquico y estado de salud física) a cualquier grupo no seleccionado de niños sanos de la misma edad del medio en que se recluta nuestra clientela, descontando quizás a una cierta mayor proporción de antecedentes de haber tenido convulsiones. Es evidente, sin embargo, que ellos comparados con ese supuesto grupo de control habrían demostrado una mayor proporción de antecedentes de dificultades en el dormir, en la alimentación y en el desarrollo emocional (cuadro N° 4b). El trastorno precoz del sueño es muy frecuente en niños con anomalías constitucionales, pero a veces es reacción a condiciones inadecuadas del ambiente; lo mismo se puede decir del apetito. En cuanto a desarrollo emocional alterado fué evidente que la mayor parte de estas alteraciones fueron de origen ambiental.

El cuadro N° 6 nos demuestra que la proporción de antecedentes neuropsiquiátricos de importancia en la familia es francamente mayor que lo que cabría esperar en el ya mencionado supuesto grupo de control. Una idea nos podemos dar al comparar este antecedente en las últimas 1.125 fichas de nuestro servicio (que ya podemos suponer serán más cargadas que las de otros grupos no seleccionados); en ellas hay 859 sin antecedentes de importancia, 136 con antecedentes importantes y 130 sin datos al respecto, o sea hay un 14% de antecedentes importantes entre los 995 con datos conocidos; en el grupo de 43 niños de este estudio ese antecedente se da en el 43%.

El cuadro 3 nos demuestra que nuestro grupo era, desde el punto de vista de la

acomodación material y de la alimentación, superior al promedio de lo que se ve corrientemente en nuestro hospital. En cambio las influencias psicológicas anormales y la relación madre-hijo inadecuada son seguramente mucho más malas ya que a lo menos en la mitad de los casos no podían ser consideradas normales.

Si recordamos lo que acabamos de decir respecto a antecedentes psicopáticos familiares, vemos que estos dos factores, ambiente y constitución, son los dos grandes condicionadores del grupo de trastornos que nos ocupan. Si consideramos como factores importantes condicionadores de dichos trastornos a: 1º, las influencias psicológicas inadecuadas, 2º, la mala relación madre-hijo, 3º, los antecedentes neuropsiquiátricos familiares cargados, 4º, la epilepsia en la familia, 5º, los antecedentes obstétricos anormales y 6º, las convulsiones en los primeros meses, vemos que los únicos casos en que no había nada de esto fueron 7, de los cuales 6 llegaron a un resultado alejado muy bueno y 1 satisfactorio. Los 36 restantes tenían antecedentes de esta especie en la siguiente distribución:

- 1 antecedente en 11 casos
- 2 antecedente en 10 casos
- 3 antecedente en 11 casos
- 4 antecedente en 4 casos

Si agregamos como factores de menor importancia (porque tienen una significación más equívoca) a: 7º, los trastornos precoces del sueño, 8º, los trastornos precoces en la aceptación de los alimentos, 9º, el desarrollo emocional alterado y 10º, las enfermedades anteriores importantes, entonces no queda ninguno sin alguno de los 10 antecedentes enumerados. De los 7 casos que estaban libres de tener alguno de los primeros 6 rubros de antecedentes, tenían de los 4 últimos en la siguiente distribución:

- 1 antecedente en 1 caso
- 2 antecedente en 4 casos
- 3 antecedente en 2 casos

Ahora bien, los 36 casos que tenían antecedentes positivos del primer grupo (N° 1 a 6) los combinaban con los del 2º grupo (N° 7 a 10) de la siguiente manera:

0 antecedentes del 2º grupo en	8 casos
1 antecedentes del 2º grupo en	11 casos
2 antecedentes del 2º grupo en	10 casos
3 antecedentes del 2º grupo en	6 casos
4 antecedentes del 2º grupo en	1 caso

De todo esto resulta que no hubo un solo caso que no tuviera algo de los dos grupos. Las variaciones de ellos iban desde un solo antecedente (1 caso) a 6 antecedentes (5 casos).

Analicemos ahora lo que ocurrió con estos niños al ser hospitalizados.

Desde luego, llama la atención la proporción relativamente alta de casos (9) en que la sintomatología que determinó la internación no fué comprobada por nosotros. Esto se debe a que el cambio de ambiente fué tan decisivo en las reacciones del niño que desde la partida dejó de presentar sus síntomas. Nótese, además, que esto ocurrió en proporción relativamente más alta (3 de 9) en los que estaban sometidos en sus hogares a influencias francamente nocivas.

La comprobación parcial, sea por una gran atenuación de la sintomatología previa o por la presentación de uno solo de los varios síntomas anteriores, sigue también observándose con mayor frecuencia en los niños con influencias hogareñas desfavorables (en 5 de 18). En cambio, se comprobó íntegramente la sintomatología previa en mayor proporción en los que provenían de un ambiente adecuado (en 11 de 16); esto indicaría que en estos niños era el factor personal constitucional, lo más importante. En efecto, entre esos 11 niños, salvo uno, que tenía uno, los demás tenían dos o más de los siguientes antecedentes: epilepsia en la familia, en 8; trastornos precoces del sueño, en 6; afecciones orgánicas anteriores importantes, en 8 (4 distrofias moderadas, 1 prurigo recidivante, 1 sepsis, 1 otitis supurada bilateral, 1 adenoiditis); convulsiones en los primeros meses, en 4; antecedentes obstétricos patológicos, en 2; antecedentes neuropsiquiátricos importantes, en 3; y dificultades precoces en la alimentación, en 2.

Los días de hospitalización (cuadro N° 10) no indican en realidad nada, salvo los que estuvieron menos de una semana, en los que en la mayoría se trataba de retiros imprevistos e intempestivos debidos a reacciones neuróticas de los padres. En

los demás, hubo varios factores que nada tuvieron que ver con la gravedad del cuadro o la persistencia de las manifestaciones morbosas; entre dichos factores tenemos las enfermedades intercurrentes, las demoras en realizar ciertos exámenes o en reunir los antecedentes adecuados. Pero, en general, las hospitalizaciones más largas correspondieron a los casos más rebeldes.

El tratamiento a que fueron sometidos estos niños hospitalizados fué principalmente educativo y psicoterápico. En efecto, de acuerdo a las normas del servicio, se trata de modificar en el niño sus reacciones anormales creando a su alrededor una atmósfera de cariño, buen trato y equilibrio emocional frente a sus anomalías, al mismo tiempo que se procura inculcarle los hábitos adecuados de que carece; se procura también, según cada caso, hacer una estimulación psicológica a través del juego y de la convivencia con los otros niños del grupo. Estos niños hacen en el servicio una vida lo más parecida posible a la de un hogar normal, por consiguiente, están en pie (cuando su edad lo permite), se movilizan libremente en su sala y la terraza contigua, comen en una mesita ad-hoc, emplean sus juguetes, etc. Demás está decir que se les mantiene en las debidas condiciones higiénicas de alimentación, sueño, actividad y reposo y que se les somete a los cuidados pediátricos pertinentes cuando son necesarios. Parte muy importante del tratamiento es el hacer participar activamente a los padres en las normas en que vive el niño (por ejemplo, en la manera de hacerle recibir el alimento, la actitud ante una rabieta), y además, se les instruye teóricamente sobre las bases y necesidad del trato adecuado a cada caso; a los padres neuróticamente alterados se les hace, hasta donde es posible, psicoterapia o se les envía a un servicio de adultos para que la continúen.

En unos pocos casos del año pasado (1956) comenzamos a usar, además, Serpasol o Clorpromazina, pero sin que hasta el momento hayamos podido notar una diferencia clara con respecto a aquellos en que no se hizo ninguna terapéutica medicamentosa o que sólo se usaron, y muy ocasionalmente, los hipnóticos corrientes.

Entre los exámenes que procuramos que sean rutinarios en todos estos niños, tenemos el test de Gesell (cuadro 14). Consignamos sin mayor comentario los resultados del E.E.G. No hay un número suficiente de casos bien seguidos, y por un largo tiempo, para sacar conclusiones. Bástenos por ahora decir que hemos observado variaciones en los registros (de normal a anormal o viceversa) sin relación con las manifestaciones clínicas y que llama la atención la proporción relativamente alta de registros anormales. Ya hablamos del Gesell. Debemos agregar aquí que en los casos (13) en que no se pudo volver a practicar un test de inteligencia tiempo después (cuadro N° 14); generalmente se comprobó la apreciación que se había hecho durante la hospitalización, lo que demuestra el gran valor de este test, siempre que se lleve a cabo con la debida cooperación del niño, cosa imposible en esta edad si no se convive con él; por otra parte, pueden compararse las actuaciones ante las pruebas del test y ante la vida diaria, complementándose muy bien ambos criterios para la apreciación final del grado de desarrollo psicomotor. Una excepción la constituye el caso de Luis T. que acabamos de presentar; aquí la variación puede explicarse por una maduración tardía en un prematuro.

Analicemos ahora el resultado inmediato de la hospitalización, es decir, aquel que se observó en las primeras semanas del reintegro del niño al seno de su hogar. Como era de suponer, los mejores resultados se obtuvieron en los mejores ambientes y la mayor proporción de resultados nulos en los peores ambientes (cuadro N° 11).

Finalmente el resultado alejado de la hospitalización (cuadro N° 12). Por razones obvias este no ha podido ser hecho de manera uniforme. Nótese el importante número de niños que han sido controlados después de 3 o 4 años, y personalmente por nosotros mismos. Aunque este resultado no puede ser valorado como definitivo, es, sin embargo, a nuestro juicio, importante como base de apreciación de pronóstico alejado; en todo caso, válido para una justipreciación de los factores en juego. Llama desde luego la atención que casi todos los ambientes han sido considerados iguales en el momento del control último a como eran al ingre-

sar el niño al hospital; es decir, que si hubo cambios en el niño este no fué debido casi nunca a un cambio correspondiente en las condiciones ostensibles del ambiente, pero, es presumible en algunos casos, y cierto en otros, que ha habido una modificación en la manera en que esos padres influían en el niño, tal vez ahorrándole en mayor o menor medida el hacerlo participe o víctima directa de tales influencias.

En seguida, el número de resultados considerados muy buenos es algo menor en el control alejado (17 casos) que en el inmediato (20 casos) lo que significa que posteriormente varios niños que habían logrado muy buenos resultados con la hospitalización, retrocedieron a niveles inferiores de mejoría. En el total de casos sumados muy buenos y satisfactorios sólo 3 bajaron a la categoría de escaso o nulo en resultado alejado: uno es el caso de Elcira S., que citamos al comienzo, otro es el de un niño que estuvo 5 días hospitalizado, y el tercero es el de uno que a pesar de su ambiente material favorable, tenía influencias psicológicas desfavorables y antecedentes psicopáticos familiares de importancia. Hubo, por supuesto, casos en que la cosa fué al revés, es decir que el resultado inmediato no fué tan bueno pero el alejado mejor; esto fué muy notorio sobre todo en las apneas emotivas por la simple razón de que esta es un tipo de reacción que tiende a desaparecer con el proceso natural de maduración emocional; sólo por rara excepción se ven apneas emotivas en niños de edad escolar; en un nivel más orgánico, pasa lo mismo que con la tendencia a las convulsiones no epilépticas de los niños pequeños; pero no ocurre lo mismo con los demás tipos de reacciones estudiadas, por lo menos en el mismo grado (como en las pataletas de rabia, por ejemplo). Los casos sumados nulos y escasos en el control inmediato que fueron satisfactorios o muy buenos en el alejado fueron solamente dos: uno fué justamente un niño con apnea emotiva y el otro fué el de una chica que fué dada de alta prematuramente para impedir el contagio de una coqueluche que comenzó a desarrollar después de su ingreso y que tenía una adenoiditis crónica intensa que, creemos, fué la principal causa de una irritabilidad extraordinaria y trastornos

del sueño, que en el control alejado habían desaparecido totalmente, previos una rehospitalización y adenoidectomía; posiblemente en este caso la sola operación hecha en forma ambulatoria no habría alcanzado a hacer desaparecer los síntomas neuropsíquicos pues la causa era de todas maneras desproporcionada para los efectos.

Es preciso, además, que hagamos notar (como lo muestran los cuadros) que, en general, los empeoramientos en el control fueron escasos y que (lo que no se desprende de los cuadros) los niños catalogados como de resultados nulos o escasos fueron los mismos que así habían sido catalogados en la apreciación inmediata a la hospitalización, con las excepciones que ya mencionamos. Como la suma de los resultados alejados satisfactorios y muy buenos (29) es muy superior a la de los nulos y escasos (14) podemos afirmar que nuestra acción justifica los esfuerzos hechos en estos niños.

Ahora bien, ¿a qué se ha debido la acción favorable? Ya hemos visto que no puede ser achacada a los efectos de drogas. Hemos dicho también que, en general, no es atribuible a un cambio importante en el ambiente en que ha vivido el niño; sin embargo, esta última afirmación merece un comentario más detenido. Es casi seguro que no hemos logrado cambiar fundamentalmente las malas relaciones entre cónyuges, ni las condiciones de carácter de padres o madres violentos, arbitrarios o neuróticos, y en este sentido se puede sostener que no ha habido cambio ambiental; sin embargo, creemos que a pesar de esas condiciones básicas inmodificadas (y muchas veces inmodificables) ha habido una revisión de la conducta de ellos frente al niño, en forma que no lo hacen participar tanto en los conflictos domésticos o se atenúan las actitudes nocivas directas sobre él (como ha ocurrido en el caso presentado al comienzo de Erika H.). Tenemos la impresión que este es un factor que ha influido favorablemente en muchos casos. Estamos ciertos que si pudiéramos disponer de las enfermeras sanitarias que realmente necesitamos (por circunstancias desgraciadas no existe en el servicio nada más que la que en este trabajo participa, V.C.) para seguir controlando muy de cerca cada en-

fermo después del alta, podrían obtenerse modificaciones mucho más substanciales, tanto en los ambientes como en los niños mismos, con los consiguientes mejores resultados (mayor proporción de muy buenos) en un número mayor de niños.

Otro de los factores que inciden en la mejoría de estos niños, y muy importante, a nuestro juicio, es la pérdida de un hábito. Nos explicamos. Nuestra experiencia clínica nos ha llevado a considerar que muchos de los cuadros sintomáticos que estamos analizando son consecuencia de reacciones a determinadas circunstancias que habiendo sido casuales, transitorias, y explicables por diferentes motivos, incluso físicos (como el prurito vulvar en la masturbación, como una enfermedad física en la irritabilidad, como un golpe en la apnea emotiva, etc.) llegan a hacerse hábitos condicionados por las actitudes del ambiente ante tales reacciones; es como si dijéramos que desde entonces se vive y se reacciona en un cierto estilo propio de cada unidad familia-niño. La hospitalización tiene la virtud de producir una brusca interrupción del estilo y de las circunstancias que lo favorecen. De ahí que en la mayor parte de los casos o no se comprueba la sintomatología o se comprueba sólo parcialmente; a la corta o a la larga el hábito (o su residuo) cesa. Y como el niño olvida con facilidad, sobre todo si se le mantiene en nuevo "estilo" por tiempo suficiente, al volver a su casa basta que haya un mínimo de cambio en la actitud de los miembros del grupo familiar para que no haya motivo para restablecer el antiguo hábito. Y los fracasos se explican por dos motivos: o porque se vuelve al hogar sin el más mínimo cambio ambiental o porque la base del trastorno no es puramente reaccional, de génesis psico-afectiva, sino constitucional, estructural, causa esta que, como hemos tratado de demostrarlo, existe seguramente en un buen número de nuestros casos. Pero, como recalcan también todos los investigadores modernos, esto no quiere decir que no puedan obtenerse mejoras apreciables influyendo a través de lo psíquico y, por consiguiente, no hay razón para considerar a tales casos como irre recuperables o intratables aunque sí que es verdad que en ellos las mejorías no son tan completas ni tan rápidas.

Por último, hay que señalar otro factor de influencia favorable en este grupo de niños. Nos referimos a que no sólo esperamos pasivamente una pérdida del hábito indeseable sino que en forma activa tratamos de inculcar otros. En esta tarea, como se comprende, es de capital importancia la adecuada preparación del personal auxiliar. En este aspecto hemos logrado bastante pero todavía es más lo que esperamos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se estudian 43 casos de niños que se hospitalizaron siendo menores de tres años porque presentaron variados síntomas catalogados de neuróticos o de trastornos de la conducta en tal grado de intensidad que mantenían alarmada a la familia, y porque las indicaciones médicas previas no habían surtido ningún efecto (medidas psicológicas y educativas, en muchos, drogas).

Las dos terceras partes de los casos obtuvieron resultados alejados (último control variable entre 9 meses y 4 y medio años después del egreso del hospital) satisfactorios o muy buenos, lo que se atribuye principalmente a la ruptura de un modo especial de reacciones niño-ambien-

te, a la educación de los padres y del niño, y, en algunos casos, a la acción favorable de la maduración neuropsíquica espontánea. Los resultados desfavorables podrían ser atribuidos principalmente a taras constitucionales, a ambientes psicológicamente perniciosos inmodificables, o a ambos factores a la vez.

Se piensa que aun en los casos de importante base constitucional, pueden obtenerse modificaciones favorables mediante las influencias psicológicas adecuadas, pero quizás en menor grado que en los que no las tienen.

Se piensa que de ser posible una acción más integral que la que hasta ahora se ha podido hacer de parte de los médicos y de la enfermera sanitaria en el ambiente de los niños después del alta, los resultados serían todavía mejores en un mayor número de niños y los cambios más profundos.

Se considera que, al menos en esta edad de la vida, y en este tipo de casos como los que constituyen este grupo, las drogas llamadas actualmente atarácicas, no sirven sino para reforzar la acción relajadora de tensiones de las otras medidas generales tomadas y esto en un número reducido de casos y no siempre en forma muy demostrativa.

*
* *
*