TRASTORNOS NEUROTICOS EN EL NIÑO

Dr. GUILLERMO ALTAMIRANO

Servicio de Neurosiquiatría. Hospital "Luis Calvo Mackenna". Santiago.

En los trastornos neuróticos, existe una falla de la adaptación emocional debida a conflictos internos no resueltos. Nosotros hablamos de conflicto, cuando existe una oposición o colisión entre dos fuerzas emocionales opuestas, que pueden ser, conscientes o inconscientes. Por ejemplo, un deseo instintivo que busca gratificación (tendencia a la actividad, a la agresividad, a la dependencia) entre en conflicto con restricciones del medio ambiente o de la conciencia moral del niño. Estos conflictos crean ansiedad que es la fuente más importante de los desórdenes neuróticos. La ansiedad sería una señal de peligro sentida y percibida por la parte consciente de la personalidad, en relación a estos conflictos. La ansiedad puede ser directamente sentida y expresada, o puede ser inconsciente y automáticamente controlada por varios mecanismos psicológicos de defensa.

Luego, nosotros tendríamos.

Conflicto —> Ansiedad —> Mecanismos de adaptación o defensa —> Síntomas.

Los síntomas de los desórdenes consistirían en manifestaciones directas de ansiedad o en métodos de adaptación contra la ansiedad. La adaptación neurótica nunca será satisfactoria porque trae toda clase de sentimientos de vergüenza, culpa y sentimientos de falta de adecuación.

El tipo de neurosis estaría determinado por el tipo de medidas defensivas empleadas para controlar la ansiedad (mecanismos de defensa de conversión producirían las neurosis de conversión).

Las causas más comunes productoras de ansiedad en el niño pequeño, estarían siempre en relación a un posible daño, ya sea real o imaginado, de la integridad física o síquica del niño. Ejemplo, una real amenaza a la integridad física o síquica sería la existencia de violencia de parte de los padres, el temor a la pérdida del amor de ellos, el miedo a ser abandonado, el miedo a ser desaprobado, y después el miedo a la desaprobación social.

De esto se desprende que los primeros síntomas que nosotros vamos a encontrar en el sufrimiento mental del niño, son síntomas de ansiedad, sentidos más o menos directamente. La forma en que se manifiestan estos síntomas varían de acuerdo al grado del desarrollo del niño, pudiéndose encontrar en el niño mayor típicas neurosis de ansiedad, tal cual uno las encuentra en el adulto. En el niño menor predominan otros síntomas a los que daremos ahora especial consideración. El niño cuenta con una baja capacidad para soportar las sensaciones de ansiedad, por el cual busca descargarse rápidamente de ellas.

Podemos reconocer las siguientes formas de expresión de descargas de ansiedad:

1º *Inquietud motora.* La ansiedad se descarga a través de la actividad motora.

Este síntoma es de común observación y es lo que comúnmente se denomina hiperactividad, o inquietud motora. La inquietud motora como descarga de ansiedad debe distinguirse de otros cuadros de hiperactividad. Entre ellos, la inquietud motora de los deficientes mentales, la inquietud motora de los cuadros orgánicos con daño difuso cerebral, la inquietud motora periódica de los trastornos epilépticos. La distinción debe realizarse principalmente a través del estudio total de estos diferentes cuadros.

2º *Crisis de rabia,* que en parte pueden representar descargas de ansiedad.

3º *Temores generalizados* hacia diferentes objetos del medio, por los cuales el niño proyecta sus propios sentimientos de ansiedad en el medio ambiente, "ya no es él, el que siente ansiedad, sino con los objetos del medio que le producen miedo".

4º *Síntomas físicos,* principalmente, enuresis y vómitos. (Enuresis como equivalente de ansiedad).

5º *Nerviosismo.* Síntoma que, en mi opinión, representa en parte el reconocimiento de parte de terceros del sufrimiento del niño por la ansiedad.

6º *Trastornos del sueño.* Entre ellos, el sueño inquieto y el pavor nocturno. En el pavor nocturno el niño se despierta bruscamente, respira con dificultad, llora, grita, no reconoce a los familiares, manifiesta miedo intenso. El pavor nocturno sería la expresión de la gran vulnerabilidad del niño ante la ansiedad. Durante el sueño se relajan las defensas del yo, y pueden aparecer más fácilmente los objetos productores de ansiedad, produciéndose en acto seguido la expresión del pánico que representa el pavor nocturno.

7º *Irritabilidad.* La tolerancia a estímulos externos e internos se encuentra disminuida. Estos niños ante estímulos insignificantes reaccionan en forma desproporcionada con crisis de llanto, de rabia y de hostilidad.

Todos estos síntomas representarían las primeras manifestaciones de neurosis de ansiedad, pudiéndose encontrar estos síntomas a muy temprana edad, pero principalmente entre los tres años y la prepubertad. Durante la prepubertad y la pubertad nosotros podemos encontrar estados típicos de crisis de ansiedad, y estados de ansiedad, como uno los observa en la neurosis de angustia del adulto.

A medida que el niño crece, cuenta con otros mecanismos de defensa contra la ansiedad. Entre estos nuevos medios nosotros reconocemos las fobias, de la cual se ha hablado como de la neurosis típica del niño. Nosotros hablamos de fobia cuando el niño siente un miedo obsesivo, fuera de proporción; un miedo inapropiado y no razonable, a un objeto o situación.

El miedo puede variar desde un simple temor injustificado hasta intensas crisis de ansiedad ante la presencia del objeto fóbico. El niño tiende a evitar el objeto fóbico; siendo a veces esto lo primero notado por los padres. Por ejemplo, en mi práctica recuerdo los siguientes temores fóbicos: fobia a los caballos, fobia a miembros enyesados, fobia a cruzar puentes, fobia a personas que usan hábitos negros (sacerdotes, etc.).

Creo que sería necesario aquí llamar la atención acerca de la distinción entre temores fóbicos y los temores comunes del niño. Por la psicología evolutiva sabemos que posiblemente no existen temores determinados genéticamente, es decir, miedos que son desencadenados por estímulos específicos determinados por herencia

y que son propios de la especie humana. Los temores comunes del niño dependerían de factores de aprendizaje fundamentalmente.

Podemos decir que estos temores se formarían principalmente:

1º) Debido a experiencia de alto contenido emocional. Ejemplo: un perro que ha mordido a un niño reacciona ante los perros con reacciones de miedo.

2º) Por procesos de identificación con los padres. Es común observar que los niños presentan los mismos tipos de miedo que los padres. En estos casos el niño se identifica con el padre adquiriendo sus propios temores.

3º) Temores que se adquieren por contagio. Es común observar que niños contagian sus propios temores a otros niños en sus juegos.

4º) Por mecanismos de proyección. El niño proyecta su ansiedad hacia objetos del medio ambiente.

Por lo tanto estos temores serían de origen distinto que los temores fóbicos. Los primeros se encuentran en forma normal en el desarrollo del niño normal, y no constituyen aspectos patológicos de la conducta. No así los temores fóbicos que representan trastornos serios y desviaciones del desarrollo normal. El mecanismo fóbico en forma resumida sería el siguiente: sería una reacción defensiva con la que el niño trata de controlar su ansiedad, desplazando esta ansiedad de las situaciones productoras de ansiedad a otros objetos o situaciones externas que tienen relación simbólica con la primera.

Con este mecanismo el niño logra rechazar o negar de la conciencia las causas internas de su miedo, pudiendo localizar y restringir sus temores, e incluso evitarlos. En esta forma se lograría cierto grado de adaptación del organismo a la situación conflictual.

Un ejemplo de temor fóbico que es interesante señalar, es lo que se denomina "fobia a la Escuela". Es frecuente encontrar en la práctica pediátrica, quejas de parte de los padres por lo que ellos llaman "que el niño se niega a ir a la escuela". En estos casos los niños presentan una variedad de síntomas consistentes en: manifestaciones subjetivas y objetivas de ansiedad en el momento de ir a la escuela; síntomas físicos como vómitos, náuseas y diarreas. El grado de an-

siedad puede llegar a tal naturaleza que los padres desisten en obligar al niño a ir a la escuela. En algunos de estos casos, estas manifestaciones de ansiedad, serían sólo simples reacciones de ansiedad ante una situación de stress (la escuela) que los niños no pueden controlar, pero en otros casos serían verdaderos desarrollos fóbicos.

En los casos de simples reacciones de ansiedad los síntomas pueden desaparecer fácilmente con un buen manejo de los sentimientos de los niños por parte de los padres. Por ejemplo, si los padres acompañan los primeros días al niño al colegio; lo familiarizan con el lugar, con los profesores y discuten sus dificultades. En los casos de verdaderos desarrollo fóbicos todas estas medidas fracasan y hay que entrar a estudiar el origen de la fobia. Comúnmente en estos casos el conflicto está centrado en dificultades de separación de parte del niño de la madre, siendo el temor a la escuela sólo una proyección de este conflicto.

En niños mayores de cinco años comenzamos a encontrar con cierta frecuencia lo que se denomina síntomas de conversión, que en niños mayores puede constituir una neurosis de conversión.

Utilizamos aquí el término "conversión" en el sentido de que ciertos impulsos o ideas rechazados por el yo y productores de ansiedad, son "convertidos" en una variedad de síntomas físicos, fisiológicos y psicológicos. En la terminología anglosajona actual, el término "neurosis de conversión" reemplaza en parte al término anterior de "neurosis histérica" o "histeria". Los síntomas de conversión pueden aparecer bajo cualquier forma, semejando enfermedades orgánicas. Generalmente los síntomas de conversión guardan relación con síntomas motores relacionados con la actividad voluntaria, como parálisis de los miembros, espasmos musculares, tics; o con el sistema sensorial, como ceguera, sordera, anestesia cutánea, etc. Pero siempre en todas estas manifestaciones; o expresado en otra forma, son "emociones hechas carne". Es importante insistir en que el síntoma puede interpretarse psicológicamente y siempre tiene un significado simbólico oculto. Como ejemplos mencionaré algunos síntomas de conversión encontrados en mi práctica y que son interesantes de seña-

lar. No es raro observar la aparición de vómitos en una niña en la iniciación de la pubertad, sin otros síntomas agregados; o también la aparición de una anorexia rebelde que puede llegar a constituir una "anorexia nervosa". En muchos de estos casos el síntoma sería la expresión de una repugnancia ante vivencias sexuales reales o fantaseadas, constituyendo en esta forma un síntoma de conversión.

Una de las características de la personalidad de estos pacientes es la facilidad con que cuentan para identificarse con otros objetos. Es de común observación las identificaciones histéricas. En estos casos los niños se identifican con los padres u otras personas, adquiriendo y presentando los mismos síntomas físicos que estas personas presentan al momento de la identificación. Por ejemplo recuerdo el caso de una niña que presentó una parálisis histérica de una pierna, después de un accidente que sufrió la madre, en el que ésta, tuvo paralizada su pierna por un tiempo. Es común también observar identificaciones en relación a dolores físicos. En este sentido la variedad de identificaciones son múltiples.

Es también importante aquí señalar la pseudo epilepsia histérica. En estos casos los niños presentan crisis semejando crisis epilépticas. Pero en estas crisis generalmente, no se observan, caídas bruscas al suelo, ni mordedura de la lengua, ni incontinencia urinaria; generalmente las crisis suceden en presencia de otros y si son observadas por un médico son difíciles de confundirla con verdaderas crisis epilépticas, careciendo de las características típicas de las crisis tónico-clónicas. En estos casos el EEG, es de valor diagnóstico.

Conjuntamente con las reacciones de conversión deberían tratarse las reacciones disociativas. Antes, estas reacciones eran incluídas entre las reacciones histéricas. Entre las reacciones disociativas se incluyen los estados de fugas, estados de despersonalización, estados de síncope o fatigas, estados de amnesia, sonambulismo y doble o múltiple personalidad. Todos estos cuadros tienen la característica común de que al presentarse produce una disociación o separación temporal de un área o fragmento de la personalidad total, produciéndose una parcial o total desorganización de la personalidad. Estas reac-

ciones serían primitivas, y tendrían como objeto separar o disociar emociones dolorosas de la conciencia protegiendo en esta forma el "yo". Por ejemplo si consideramos la fatiga o síncope producidas por causas emocionales, vemos que se produce una pérdida total de la conciencia efectuándose una ruptura temporal con la realidad. Generalmente las fatigas son provocadas por estímulos emocionales intolerables de los que el niño se defiende, con este método primitivo de desconectarse temporalmente con la realidad.

En caso de amnesia como reacción disociativa, encontramos que una parte o área de la conciencia se hace inaccesible a la persona, siendo esta amnesia el producto de un conflicto emocional intolerable. No creo que valga la pena insistir que hay que distinguir este tipo de amnesia con amnesias de otros orígenes como las amnesias causadas por efectos orgánicos. En mi experiencia las reacciones disociativas más frecuentemente encontradas en los niños son principalmente las fatigas o síncope. Evidentemente hay que distinguirlas de otras causas como el síncope de origen epiléptico, el síncope causado por trastornos hemodinámicos, síncope hipoglucémicos, etc. Otras reacciones disociativas observadas con cierta frecuencia son las reacciones de despersonalización y reacciones amnésicas. Los estados de fugas son poco frecuentes en los niños, teniendo que distinguir de los estados de fuga epilépticos.

Fuera de las reacciones neuróticas señaladas anteriormente, existen otras que sería importante de mencionar, pero que debido al espacio no podemos entrar a analizar. Entre ellas encontramos las reacciones depresivas y obsesivas. Pueden encontrarse síntomas depresivos desde los 8 meses no llegando a constituir una neurosis depresiva propiamente tal sino sólo hasta la pubertad. En el período intermedio uno encuentra síntomas depresivos caracterizados fundamentalmente en una baja estimación del sí mismo. Estos síntomas pueden interferir seriamente en la vida de relación y en el aprendizaje escolar del niño.

La neurosis obsesiva puede encontrarse desde la edad de 7 años y si los síntomas persisten el pronóstico es grave, causa por la cual debe reconocerse a tiempo.

En cuanto al tratamiento de estas afecciones, sólo diremos que el tratamiento de elección es el que se realiza a través de métodos psicológicos, como son los diversos procedimientos psicoterapéuticos existentes en la actualidad. El uso de las drogas llamadas "tranquilizantes" debe reservarse para aquellos casos en que no existan posibilidades de emplear los métodos anteriores.

RESUMEN

En los trastornos neuróticos existe falta de la adaptación emocional debida a conflictos internos no resueltos, entendiéndose por conflicto la oposición entre dos fuerzas emocionales opuestas ya sea conscientes o inconscientes. El conflicto crea ansiedad y ésta, mecanismos de adaptación o de defensa, y éstos, los síntomas que son manifestaciones directas de la ansiedad o métodos de adaptación contra ella, adaptación neurótica que nunca es satisfactoria.

Las causas más comunes productoras de ansiedad en el niño pequeño estarán siempre en relación a un posible daño de la integridad física del niño, desde el miedo a los padres hasta el miedo de la desaprobación social.

Los síntomas se manifestarán de acuerdo al grado de desarrollo pudiendo encontrarse en el niño mayor, neurosis de angustia tales como las del adulto.

El niño tiene baja capacidad para soportar la ansiedad y fácilmente se descarga en: inquietud motora, crisis de rabia, temores generalizados; enuresis, vómitos, nerviosismo, trastornos del sueño, irritabilidad. Estos síntomas representan las primeras manifestaciones de neurosis de ansiedad, a medida que el niño crece aparecen otras como las fobias que hay que distinguirlas del temor común que se forman por experiencias de alto contenido emocional, y por proyección de la ansiedad hacia el medio ambiente. Estos temores no constituyen un aspecto patológico, al contrario de la fobia que sería una reacción defensiva para controlar la ansiedad, desplazándola de las situaciones productoras a otros objetos que tienen relación simbólica con ella. Por ejemplo la fobia a la escuela. En los casos simples los síntomas pueden desaparecer fá-

cilmente con un buen manejo de los sentimientos de los niños.

La neurosis de conversión aparece en los niños mayores de 5 años, y pueden aparecer en cualquier forma; en general guardan relación con síntomas motores o sensoriales, siendo muy común las identificaciones histéricas y también la pseudo epilepsia histérica.

Junto a los síntomas de conversión deben mencionarse las reacciones disociativas, fugas, despersonalizaciones, síncope, fatigas, amnesias, sonambulismo y doble o múltiple personalidad, que tienen como objeto separar o disociar emociones dolorosas separándolas del "yo".

Se mencionan solamente los síntomas depresivos que ya pueden hallarse a los 8 meses y las neurosis obsesivas que pueden encontrarse desde los 7 años, tienen pronóstico grave y deben reconocerse a tiempo.

El tratamiento de elección debe realizarse a través de métodos psicológicos, las drogas tranquilizantes deben reservarse cuando no exista posibilidad de emplear los métodos mencionados anteriormente.

SUMMARY

NEUROTIC DISORDERS OF THE CHILD

In neurotic disorders there is a lack of emotional adaptation due to unsolved internal conflict, meaning by conflict the opposition between two emotional forces which can be conscious or unconscious. The conflict creates anxiety and then the organism defends, it self from the anxiety through defense mechanism being the symptoms direct manifestation of anxiety or adaptation's methods against it. The neurotic adaptation is never satisfactory. The most common factor giving rise to anxiety in the small child will always be in relation with a possible danger or injury to their physical and sychical integrity, going from the fear of lost of the parent's love to ther fear of social disapproval the way in which ther anxiety symptoms appear changes according to the stage of their child's development, finding in the older child cases of anxiety neurosis such as in the adults. The younger child has a low capacity to stand anxiety and easily discharged through motor restlessness, generalized fears, enuresis, vomiting, nervousness, sleep dis-

orders, irritability. These symptoms represent the first manifestation of what could be later an anxiety neurosis.

As the child grows, we can see other pictures, such as phobia, which must be distinguished from common fears that are acquired after experiences of high emotional contents.

The fears are not pathologic; on the contrary phobia would be a pathologic defense reaction to control anxiety, displacing it from the producing situation to other objects that have symbolic relation with it: Eg: School phobia.

Conversion neurosis appears more frequently in children over five years, and may appear in very different form; it is generally related with motor or sensorial symptoms, among which hysterical identification and hysterical pseudo epilepsy are the most common. We must, mention with conversion symptom dissociative reaction, such as fainting, fugue states, amnesias, despersonalization, somnambulism, all having the same mean, thus separate or dissociate painful emotions from concious.

Depressive symptoms were only mentioned which can appear as early as 8 mounths and obsessive-compulsive neurosis which can be found more frequently over seven year, this having not so good prognosis, should be recognized in time.

The effective treatment must be made through psychological methods, tranquilizing drugs must be reserved to cases when the possibility of using the before mentioned method does not exist.

ZUSAMMENFASSUNG

NEUROTISCHE STÖRUNGEN BEIM KINDE

Bei den neurotischen Störungen besteht eine mangelhafte Anpassung des Gefühlslebens infolge nicht gelöster innerer Konflikte, wobei unter Konflikt der Widerstreit entgegengesetzter, bewusster oder unbewusster Gefühle zu verstehen ist. Der Konflikt verursacht Angst, diese Anpassungs- oder Abwehr-Mechanismen und diese die Symptome, die direkter Ausdruck der Angst oder Methoden der gegen sie gerichteten Anpassung sind, einer neurotischen Anpassung, die niemals befriedigend ist.

Beim kleinen Kind werden die gewöhnlichsten Angst erzeugenden Faktoren im-

mer in Beziehung zu einer möglichen Schädigung der körperlichen Unversehrtheit des Kindes stehen und von der Furcht vor den Eltern bis zur Furcht vor gesellschaftlicher Missbilligung reichen.

Die Symptome werden sich in Uebereinstimmung mit dem Entwicklungsgrad jundtun, und beim älteren Kind kann man die gleichen Angstneurosen wie beim Erwachsenen finden.

Das Kind besitzt eine geringe Fähigkeit, die Angst zu ertragen, und diese entläßt sich in motorischer Unruhe, Wutanfällen, verallgemeinerten Befürchtungen, Bett-nässen, Erbrechen, Nervosität, Schlafstörungen, Reizbarkeit. Diese Symptome stellen die ersten Manifestationen der Angstneurose dar; in dem Masse, wie das Kind wächst, treten andere auf, wie die Phobien, die von der gewöhnlichen Befürchtung zu unterscheiden sind und sich auf Grund von Erfahrungen von hohem gefühlsmässigem Gehalt oder durch Projektion der Angst auf die Umwelt bilden. Diesen Befürchtungen ist kein krankhafter Aspekt zu eigen, im Gegensatz zur Phobie, die eine Abwehrreaktion ist, um die Angst zu kontrollieren, indem sie von den verursachenden Situationen auf andere Gegenstände hinlenkt, die eine symbolische Beziehung zu ihr haben, z. B. die Schulphobie. In einfachen Fällen können die Symptome bei geschickter Lenk-

ung der Gefühle des Kindes leicht verschwinden.

Die Konversionsneurosen treten bei Kindern von mehr als 5 Jahren auf, und zwar in allen möglichen Formen; im allgemeinen stehen sie in Beziehung zu motorischen oder sensorischen Symptomen, unter denen die hysterischen Identifikationen und auch die hysterische Pseudoepilepsie die gewöhnlichsten sind.

Nächst den Konversionsneurosen sind zu erwähnen: die Dissoziationsreaktionen, die Flucht in die Despersonalisation, Ohnmachtsanfälle, Erschöpfungszustände, Amnesien, Schlafwandeln und Doppel- oder Mehrfachpersönlichkeit, die alle den Zweck haben, schmerzliche Gemütsbewegungen von Ego zu trennen und sie dadurch auszuschalten oder zu dissoziieren.

Nur erwähnt werden depressive Symptome, die schon im Alter von 8 Monaten angetroffen werden können, und die Zwangsneurosen, die vom 7. Jahre an gefunden werden, eine ernste Prognose haben und rechtzeitig erkannt werden müssen.

Die Behandlung der Wahl ist die Anwendung psychologischer Methoden; die Tranquillisatoren sollten für die Fälle vorbehalten bleiben, in denen keine Möglichkeit besteht, von den eben erwähnten Methoden Gebrauch zu machen.

*
* *
*