

Hace 50 años «Acta Pediátrica Española» publicaba...

AÑO XVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 200

SUMARIO DEL NÚMERO DE SEPTIEMBRE DE 1959

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El doctor don E. Monereo, de Madrid.

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Los problemas psicosociales en poliomielitis y su orientación asistencial, por los doctores R. Sales-Vázquez y C. Ballús Pascual.

Miscelánea de casuística pediátrica, por el doctor A. Olivé Badosa.

Complejidad en el tratamiento del niño oligofrénico, por la doctora J. Pertejo Alcamí.

Acta Pediátrica Española publicaba en el mes de septiembre de 1959 los siguientes trabajos originales y casos clínicos: el número se iniciaba con el trabajo publicado por los Drs. R. Sales-Vázquez y C. Ballús Pascual sobre «Los problemas psicosociales en poliomielitis y su orientación asistencial».

A continuación, el Dr. A. Olivé Badosa presentó su «Miscelánea de casuística pediátrica».

Para terminar, este número se cerraba con el artículo de la Dra. J. Pertejo Alcamí sobre «La complejidad en el tratamiento del niño oligofrénico».

La figura del mes estuvo dedicada al Dr. E. Monereo, profesor de la Escuela Nacional de Puericultura.

La primera publicación de los Dres. R. Sales-Vázquez y C. Ballús Pascual comienza diciendo que constituye un fenómeno curioso observar que, en los momentos actuales en que la medicina universal, con una visión psicosomática, se proyecta hacia un contenido y una misión social que cumplir, el interés despertado por los problemas psicosociales de la poliomielitis quede limitado a un reducido número de trabajos, muchos de ellos elaborados sobre un plano teórico e hipotético, número muy inferior al de publicaciones sobre los aspectos físicos de esta enfermedad invalidante.

Si partimos de un concepto antropológico y biográfico, esta situación no debe prevalecer, ya que la poliomielitis plantea, además de los problemas psicológicos genéricos a toda situación de enfermedad, otros ciertamente particulares y que afectan a la sociedad, a la familia y al individuo.

El más genérico es la situación psicológica de la sociedad frente a la amenaza de poliomielitis, ya que esta enfermedad «actualiza el miedo latente del subconsciente colectivo» (Es-

cardo), lo que conduce a la psicosis en esta misma colectividad, como ha sido observado en algunos países cuando se han enfrentado a grandes epidemias aisladas y a las tensiones y estados de angustia colectiva que crean las agudizaciones de la endemia poliomiélica padecida por las colectividades de otras latitudes.

Este extenso trabajo se divide en varias partes:

A. Trastornos psicopatológicos de la fase aguda de la enfermedad. Componente fisiogenético

Cierto número de trastornos de la personalidad del poliomiélico forman parte del componente fisiogenético de la enfermedad. Estos trastornos psicopatológicos se establecen durante la fase aguda, para ser sustituidos, más tarde, por aquellos que caracterizan el periodo de convalecencia y de rehabilitación.

Las modificaciones y los trastornos de la personalidad durante la fase aguda no son constantes ni uniformes. Cohn observó, ya en la fase preparalítica, un hiperdinamismo, una inquietud motora que obliga a los enfermos a desarrollar, durante esta fase, una actividad muscular exagerada. Psíquicamente se observa cierto grado de irritabilidad, estados de desorientación, angustia, tensiones emocionales y ciertas producciones hipnagógicas que no pueden distinguirse de la realidad. Estas reacciones exteriorizadas en la esfera caracterológica no son constantes y, cuando aparecen, su frecuencia y su intensidad están directamente relacionadas con la intensidad de la polioinfección, y no con sus consecuencias paralíticas, ya que durante las fases iniciales no hay todavía conciencia de enfermedad.

Estas circunstancias nos obligan a relacionar el trastorno de la conducta y de la personalidad con las lesiones de la zona reticular, ya que esta región anatómica ejerce una acción reguladora de las capacidades adaptativas globales del organismo.

La problemática psicopatológica de la fase aguda está ligada específicamente a la infección virásica, ya que constituye tan sólo un modo de expresión de un proceso encefalítico, a veces neurológicamente silencioso, o bien a un trastorno de la ventilación pulmonar con hipoxia.

Cuando los trastornos psicopatológicos aparecen durante el curso de una polioencefalitis, toda la sintomatología es, lógicamente, aceptada. No ocurre así en las llamadas «formas espinales». Juzgamos difícil aceptar que, en la «forma espinal», estén lesionadas únicamente las neuronas motoras del asta anterior de la médula, estableciendo así unos límites a la propagación del virus.

En la casuística, los autores pudieron observar que los trastornos de la afectividad y de la conducta no son de aparición exclusiva en las formas graves, ya que acompañan también a las simplemente espinales. Estos trastornos de la fase aguda de la enfermedad van desapareciendo progresivamente al declinar los periodos agudos, y son luego sustituidos por el componente psicopatológico de las fases evolutivas sucesivas.

B. Reacciones psicopatológicas de la fase de convalecencia

Son ciertamente más frecuentes que las que acabamos de mencionar, y aparecen en la fase aguda. Por su origen no son fisiogénicas, ya que dependen de múltiples factores de tipo médico, social, personal, etc., entre los que destacaremos los siguientes:

- Personalidad premórbida.
- Ambiente y actitud familiares.
- Nivel ético-cultural.
- Nivel económico-social.
- La motilidad y la imagen corporal.

Las modificaciones de la imagen corporal son otro factor importante para comprender ciertos aspectos psicopatológicos de la invalidez o poliomielititis.

La imagen corporal se modifica profundamente durante el curso de la poliomielititis, como ocurre también frente a todas las deficiencias físicas y sensoriales. Esta mutabilidad puede ser explorada mediante los test proyectivos.

C. Orientación asistencial de la problemática psicopatológica del poliomiélico en nuestro servicio

En este apartado, se plantean dos puntos importantes: la psicoterapia del niño y la de los padres.

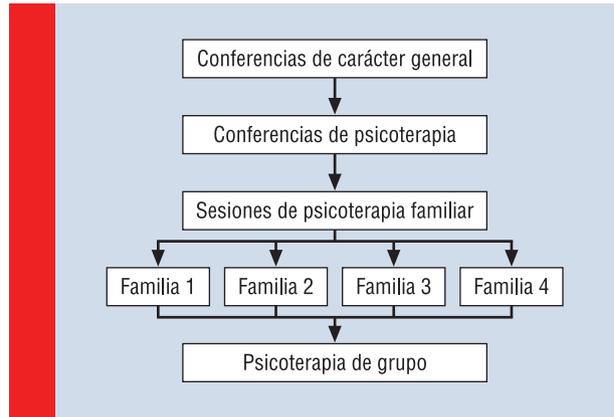


Figura 1. Algoritmo de intervención

En la psicoterapia del niño, el objetivo es el tratamiento de aquellos niños con problemática psicopatológica demostrada a través de la ficha psicosocial, historia clínica psicológica, informe de la asistencia social, etc., utilizándose algunos test psicométricos de nivel mental, de aptitudes y proyectivos, como las escalas de Stanford-Binet, Buhler-Hetzer, las matrices progresivas de Raven en su forma infantil, las pruebas de Pintner-Paterson para la inteligencia práctica, los dibujos espontáneos o el test del árbol de Koch y el test de Rorschach, SAT, etc.

En cuanto a la psicoterapia de los padres, se plantean una serie de intervenciones grupales y por familias (figura 1).

El artículo finaliza diciendo que los resultados que han obtenido son altamente satisfactorios, ya que se trata de un modo fácil de eliminar todos los problemas que obstaculizaban el tratamiento, consiguiendo una situación antropológica aceptable y que el paciente poliomiélico y su entorno pudieran afrontar el futuro que les deparaba la enfermedad. La preparación de este futuro de su porvenir corresponde a la actuación conjunta del médico, el psicólogo, el pedagogo y los profesionales de asistencia social, quienes, en su equipo, constituyen la unidad asistencial que puede cubrir todas las facetas diagnósticas y terapéuticas que precisa el paciente poliomiélico.

El segundo trabajo de este número de septiembre, «Miscelánea de casuística pediátrica», corresponde al Dr. Andrés Olivé Badosa.

En este artículo, el autor habla sobre:

I. Acroдинias.

II. Las herencias menores: herencias de actitudes.

III. Nuevo concepto de recién nacido. En lo referente al nuevo concepto de recién nacido, sería interesante resaltar lo que el autor decía en el año 1959: «Este periodo se ha estimado de modo diferente en las distintas épocas. Así, durante un tiempo imperó el plazo de "hasta la caída del cordón" (al décimo día); otros, entre ellos Finkelstein, lo amplían empíricamente al primer mes, lo que ha perdurado hasta el presente.»

Queda bien demostrado que, al cumplir el segundo mes, el niño adquiere una estabilidad nutritiva superior, consecuencia de una firmeza de las regulaciones y, a la vez, causa de afianzamiento de las mismas; lo que, dicho en otras palabras, indica el tránsito del recién nacido a lactante constituido.

IV. Mastopatía secretora en pezón supernumerario. La observación de individuos portadores de pezones supernumerarios dista de ser rara, siendo tanto más frecuente cuanto más interés se pone en la observación sistemática. Así, por ejemplo, se descubre un caso buscando la roséola en un tifósico. Generalmente es uno solo, pero a veces es en los dos lados. Los pezones múltiples (más de dos pares) son grandes rarezas.

V. Secretina y neumonía.

VI. Efectos locales de las pomadas de estrógenos.

VII. Distrofia y anemia refractaria al hierro.

El autor ha observado en niños distróficos anemias de tipo hipocrómico, con cifras de hierro sérico bajas, correspondiendo clínicamente a las anemias ferropénicas. Pero, al revés de lo que sucede en el adulto, el tratamiento marcial apenas las modifica, persistiendo baja aquella cifra. Así, por ejemplo, en un caso, después de 15 días de feroterapia intravenosa (sacarato de óxido de hierro), la cifra sérica era de solo 50 γ .

A pesar de ello, el autor sigue creyendo en el déficit metabólico, y no en otro factor etiológico.

VIII. La hipersensibilidad a la efedrina en los niños. Finalizando con esto su extenso trabajo.

Este número del mes de septiembre se cierra con el trabajo de la Dra. J. Pertejo Alcamí, de Valencia, sobre la «Complejidad en el tratamiento del niño oligofrénico».

Los libros clásicos de psiquiatría suelen tratar con excesiva simplicidad el tema de la oligofrenia, y enfocar desde un punto de vista muy limitado el problema que plantea su tratamiento. La convivencia con estos pacientes, el contacto estrecho con sus familias y la experiencia personal de la autora en el enfoque que en otros países se da al manejo del paciente oligofrénico,

la han convencido de que, para su tratamiento, hay que tener un punto de vista bastante más amplio que el que generalmente se recomienda en las guías.

Para la Dra. Pertejo, el oligofrénico es un paciente que padece minusvalías físicas y psíquicas, más o menos compensables, por lo que hay que tratar de conseguir a toda costa que el entorno se adapte a él, ya que él, en función de su déficit, nunca podrá adaptarse al entorno.

¿Qué es lo que se entiende por adaptar el entorno al paciente oligofrénico? Ante todo, debe conseguirse que no le falte lo más esencial, que viva felizmente y que, en el futuro, cuando llegue a adulto y le falten los padres, no sea una carga social o familiar. Es decir, conseguir que, en la medida de lo posible, viva con los derechos y la independencia propios de un individuo adulto normal.

La realización de una tarea tal no conlleva únicamente colaborar a una obra profundamente cristiana, sino realizar una tarea planteada al psiquiatra infantil desde hace tiempo; tarea que nos creemos incapaces de resolver y ocultamos bajo el talonario de recetas, o bajo la queja de que no hay centros apropiados para llevarla a cabo.

La ignorada etiología del mongolismo, la de tantas oligofrenias y el que muchos de los niños que antes morían quedan hoy con este déficit, nos hace pensar que seguirá habiendo oligofrénicos, y que ellos, como enfermos, necesitan de nosotros un tratamiento que abarque, más que su sintomatología, su vivir asistencial.

El último trabajo de la Dra. Pertejo sobre la complejidad del tratamiento del niño oligofrénico me recuerda la frase que, sobre la Humanidad, escribió el filósofo francés del siglo XVIII, Claude Helvétius: «La humanidad es la única virtud verdaderamente sublime del hombre: es la primera, y tal vez la única que las religiones deben imperar a los hombres, por que encierra en sí todas las demás.»

Esta frase sin duda puede aplicarse a todo lo que nos ha enseñado la Dra. Pertejo sobre la complejidad en el tratamiento del niño oligofrénico. ■