

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

AÑO XVII ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚM. 216

SUMARIO DEL NÚMERO DE DICIEMBRE DE 1960

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El doctor Sala Ginabreda, de Barcelona

ARTÍCULOS ORIGINALES

Trabajos doctrinales y casos clínicos

Psiquiatría y pediatría, por el profesor A. Galdó

Meningitis tuberculosa y salud mental, por el doctor Martínez Valverde

Cardiopatías infantiles y salud mental, por el doctor R. Talavera

Proyección mental del periodo perinatal, por el doctor J. Moreno

Lo neurológico y lo mental en la parálisis cerebral infantil, por el doctor A. Román de la Rosa

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba en el mes de diciembre de 1960 los siguientes trabajos doctrinales y casos clínicos. En primer lugar, un estudio del profesor Galdó sobre «Psiquiatría y pediatría»; a continuación, el doctor Martínez Valverde expuso su visión sobre «Meningitis tuberculosa y salud mental». El tercer trabajo se debió al doctor Rafael Talavera, que reflexionó acerca de «Cardiopatías infantiles y salud mental». El doctor Jesús Moreno presentó su trabajo sobre «Proyección mental del periodo perinatal» y, por último, el doctor Román de la Rosa hizo una descripción sobre «Lo neurológico y lo mental en la parálisis cerebral infantil».

Como vemos, prácticamente es un número monográfico dedicado a los problemas psiquiátricos del niño, que ya comenzaba a ser casi una especialidad.

La figura del mes estuvo dedicada al doctor Sala Ginabreda, de Barcelona.

Para comenzar, hablaremos sobre la Psiquiatría infantil vista desde una Cátedra de Pediatría, es decir, Psiquiatría y Pediatría, siguiendo al profesor Galdó. Este autor comienza afirmando que la pediatría está íntimamente relacionada con la psiquiatría, ya que la pediatría no es una especialidad, sino la medicina aplicada a la edad infantil, en su sentido más amplio. En principio, puede pensarse que esta relación es totalmente superponible a la que existe entre la psiquiatría y la medicina general; sin embargo, existe una clara diferencia que impone, ante todo, el propio paciente, es decir, el niño, que al ser considerado en el campo psiquiátrico presenta dos condiciones importantes, muy distintas a las del adulto. La primera se refiere a que el psiquismo del niño presenta una constante evolución desde el nacimiento hasta la adolescencia. El desarrollo psíquico es la base fisiológica de la formación progresiva de la

personalidad. No es éste el lugar para estudiar dicho concepto, pero sí es fundamental indicarlo. La segunda condición, también cambiante y evolutiva, es el entorno. Éste sufre progresivamente modificaciones importantes, tanto en el círculo familiar como en el extrafamiliar. Durante la edad infantil tiene lugar el desarrollo y la adaptación psíquica del niño, con diversas respuestas al entorno que lo rodea.

Desde una Cátedra de Pediatría, cabe considerar tres aspectos médicos importantes en el terreno de la psiquiatría infantil:

- El pediatra y la psiquiatría infantil. La pediatría del presente tiene a su cargo múltiples tareas, que encauzamos fundamentalmente en tres sentidos: a) pediatría clínica, b) pediatría preventiva, y c) pediatría social.
- El médico general y la psiquiatría infantil. Son muchos los médicos generales que tratan a pacientes pediátricos y que guían la salud de los niños sanos, sobre todo el «médico de familia». Su misión y responsabilidad en este aspecto es equiparable a la del pediatra. Para su actuación requiere conocimientos elementales y básicos de psiquiatría infantil. Si bien la formación psiquiátrica del pediatra debe obtenerse en el contexto de su formación como tal, la del médico general debe realizarse con la enseñanza de la medicina, a su paso por la facultad.
- La psiquiatría infantil como especialidad (1960). La enseñanza como especialidad para posgraduados es una cuestión bien diferente; en este sentido, la formación de especialistas en psiquiatría infantil constituye, a nuestro modo de ver, una auténtica necesidad.

Para terminar, el autor quiere concretar la misión correspondiente a la cátedra de pediatría en relación con la enseñanza de la psiquiatría infantil, considerando que en los programas

para alumnos deben incluirse «lecciones de iniciación» sobre psiquiatría infantil, con las siguientes materias:

- Nociones de psicología médica infantil.
- Desarrollo psíquico del niño.
- Métodos de valoración del desarrollo psíquico. Psicometría.
- Enfermedades psiquiátricas del niño. Trastornos de la conducta.
- Medicina psicosomática infantil.
- Aspectos psicológicos de algunas enfermedades infantiles.
- Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil.
- Aspectos psicológicos de la pediatría social.
- Guía y vigilancia de la salud mental del niño.

Por último, el autor menciona la necesaria colaboración con la cátedra de psiquiatría.

El segundo trabajo, debido al doctor Martínez Valverde, versa sobre «Meningitis tuberculosa y salud mental». El autor inicia su disertación asegurando que la salud mental del niño con meningitis tuberculosa se perturba profundamente en la fase aguda, y en el estadio crónico de la enfermedad puede afectarse por los propios medicamentos empleados en el tratamiento y por las secuelas que quedan tras la curación, tanto las de tipo orgánico, acompañadas de una afectación psíquica, como las alteraciones mentales sin lesión orgánica demostrable, que pueden convertir al niño en un ser no apto para la convivencia con los demás.

En la fase aguda el niño presenta irritabilidad, mal humor, indiferencia, tristeza, gritos y trastornos de coordinación mental, que se acentúan progresivamente y que, si no se hace un tratamiento oportuno, pueden desembocar en un estado de coma con abolición de las facultades mentales. Si se establece precozmente un tratamiento adecuado, la recuperación es total.

En los casos de meningitis crónica, junto con el cuadro clínico y neurológico proteiforme de la meningitis tuberculosa crónica, aparecen manifestaciones psíquicas especiales: conciencia pendular (oscila entre el sueño y la vigilia) y trastornos variables del sensorio, que pueden llegar al coma, convulsiones, etc. En definitiva, se manifiesta por un cuadro de fallo cerebral total, con conservación de las funciones vegetativas.

En algunos casos, tras la curación del proceso infeccioso, quedan síntomas psíquicos, residuales postencefálicos, sin alteración orgánica demostrable, que plantean problemas de educación que deben resolverse con una terapéutica pedagógica.

Los trastornos psíquicos residuales plantean numerosos problemas de reeducación y adaptación social. La colaboración del pediatra, el psiquiatra infantil y el pedagogo es necesaria para convertir de nuevo en sociables y susceptibles de convivencia escolar a estos niños, cada día más numerosos, que después de una grave meningitis tuberculosa presentan un estado postencefálico de desinhibición y alteraciones del carácter, sin que exista déficit intelectual. La conveniencia de someter a una guía de higiene mental a los niños curados tras sufrir una meningitis tuberculosa debería sostenerse durante largo tiempo.

La exposición del doctor Talavera trata sobre «Cardiopatías infantiles y salud mental. Algunos aspectos psicológicos del niño cardiaco hospitalizado». Por su frecuencia y su propia naturaleza, las cardiopatías merecen, más que ninguna otra afectación, el calificativo de «enfermedades sociales». Ahora bien, para hacer higiene mental, en primer lugar es necesario comprender al individuo como tal. Hay una parte en el enfermo difícil de sistematizar, que nunca conocemos exhaustivamente y que desafía a nuestra capacidad intelectual. Esta parte no es el hígado ni el corazón, es la persona. Una persona que sufre, que siente y que padece. Hay que sentir con el enfermo, hay que compadecer. Y siempre amar.

Los problemas psicopatológicos que presenta el niño cardiaco hospitalizado son muy similares, tanto si presenta una angiocardiopatía congénita como una cardiopatía adquirida, si bien en el primer caso el autor incluye ciertos matices: el niño con cardiopatía congénita «nace ya enfermo», sin un periodo de salud previa. A su modo de ver, hay un aspecto digno de considerar: ganarse la confianza del paciente. En el mundo del niño, en que todo es bueno o malo, resulta muy difícil que el médico llegue a abrirse camino; ahora bien, una vez ganada la confianza, la amistad y la fe del niño, es algo que compensa el esfuerzo realizado.

La actividad del niño hospitalizado con una enfermedad cardíaca merece también un comentario: igual que a cualquier persona sana, se le debe dar comprensión, afecto, disciplina y responsabilidad.

Por tanto, el niño con una enfermedad cardíaca, dada su incapacidad, se encuentra en desventaja para desarrollarse, disfrutar de las experiencias de la niñez y adaptarse a una posición constructiva en la sociedad.

Gracias a los avances científicos y sociales de los últimos años, sobreviven más niños con una enfermedad cardíaca que hace medio siglo. Sin embargo, muchos de ellos quedan con una grave incapacidad. Cada uno de ellos representa una preciosa vida humana que se ha salvado, pero también cada caso plantea este interrogante: si la misma sociedad que puede salvar una vida es igualmente capaz de dotarla de sentido.

Para terminar, no hay que olvidar que el niño con una enfermedad cardíaca ya «lleva su cruz». No contribuyamos a crearle otra convirtiéndolo en un inválido psicológico. Tratémosle como a un ser normal y racional, y aprenderá a vivir, dentro de sus limitaciones, de una forma saludable y feliz, ineludibles ingredientes de una buena salud mental.

A continuación, el doctor Moreno Martín presenta su artículo «Proyección mental del periodo perinatal». Universalmente, se considera como periodo perinatal el intervalo de tiempo comprendido entre las 28 semanas de embarazo y el final de la primera semana de vida. Desde el punto de vista del desarrollo mental, en este periodo se pueden considerar tres fases:

1. Fase prenatal, exclusivamente perinatal: desde el comienzo de las 28 semanas de embarazo hasta el momento del nacimiento.
2. Fase del nacimiento propiamente dicho.
3. Fase posnatal: desde la primera semana.

Sobre los aspectos mentales y sus repercusiones en el niño durante la primera fase, el autor afirma que las ansiedades que aparecen en la madre y su conducta emocional son de suma importancia. El papel de la influencia materna sobre el sistema nervioso del feto y sus efectos sobre el futuro desarrollo del niño todavía se desconocen. Se tienen pruebas de que las emociones de la madre pueden influir en el feto y, posiblemente, en la conducta posnatal. Sontag et al. han observado que las mujeres que sufren impresiones emotivas durante el embarazo tienen después hijos irritables, que muestran una hiperactividad autónoma.

Sobre los aspectos mentales del nacimiento propiamente dicho, el autor analiza sucintamente los siguientes:

- Parto prematuro.
- Anoxia.
- Hemorragia intracraneal.
- Fracturas de cráneo.
- Casos de lesiones de los nervios periféricos.

Desde el punto de vista psíquico, no conocemos las perturbaciones que pueden presentarse en el recién nacido en una maternidad, separado de su madre y a cargo de las enfermeras junto a los demás recién nacidos.

La proyección mental de la primera semana de vida extrauterina a veces es decisiva para toda su vida. Ejemplo de ello es la fibroplasia retrolental, enfermedad yatrogénica provocada por las elevadas concentraciones de oxígeno durante un tiempo prolongado.

La patología con una futura repercusión mental de este período puede dividirse en dos grandes grupos:

1. Afecciones en las que no podemos influir por ahora.
2. Afecciones cuya evolución podemos modificar.

En el primer grupo incluimos todos los defectos congénitos.

El papel más importante del pediatra en relación con la salud mental y neurológica del niño recae por ahora en el segundo grupo de afecciones, ya que, gracias a su actuación acertada, puede cambiar el pronóstico sombrío de un niño mentalmente retrasado o inválido para toda su vida por el de un niño psíquicamente sano. Dentro de este grupo de afecciones se incluye el kernicterus, complicación de las enfermedades causantes de anoxia cerebral y, principalmente, de eritroblastosis fetal, que se caracteriza por lesiones encefálicas destructivas y degenerativas de los núcleos mesencefálicos y bulbares, con producción de múltiples patologías neuropsiquiátricas, cuya prevención puede realizar el pediatra por medio de la exsanguinotransfusión.

Finalmente, el autor insiste en el papel del psiquiatra, el psicólogo, el pediatra, el consejero social, el obstetra, etc., como componentes del nuevo equipo de higiene mental, aportando información, guía y apoyo a los padres para una mejor comprensión de los nuevos problemas que se plantean.

Para finalizar este número de *Acta Pediátrica*, que se dedica prácticamente a la psiquiatría infantil y se debe a los trabajos

de la cátedra del profesor Galdó, el doctor Román de la Rosa presenta su estudio sobre «Lo neurológico y lo mental en la parálisis cerebral infantil».

El término *cerebral palsy* engloba un conjunto de síndromes diversos: parálisis flácida, parálisis espásticas, atetosis, ataxia, temblores, tics y rigidez. A ello corresponde una gran diversidad del cuadro clínico, de acuerdo con la variedad anatomopatológica: afectación del área 4 de Broadman en la parálisis flácida, del área 6 en las espásticas, de los núcleos basales en la atetosis, del cerebelo en la ataxia y de la afectación cerebral difusa en la rigidez. Junto a estos cuadros clínicos existen otros trastornos asociados: visuales, auditivos, mentales, convulsivos, e incluso del lenguaje por mecanismo mixto, más frecuentes en las formas de atetosis. El trastorno mental, en el sentido de una deficiencia intelectual, sólo se aprecia en el 25% de los casos, lo que demuestra que la mayoría de los pacientes con parálisis cerebral no son deficientes mentales. En todos los pacientes con parálisis cerebral, antes de determinar su estado mental, se plantea valorar el habla, la vista, el oído, el nivel motórico y el retraso mental.

En el aspecto mental, ante todo, hay que despertar en los pacientes un cierto interés, que se encuentra extraordinariamente disminuido en ellos, ya que es consecuencia de la habilidad, y su estímulo radica en la capacidad innata para realizar ciertos actos, ambos factores inexistentes en estos enfermos. A veces hay que apelar a un instinto primitivo (hambre) para despertar un interés con suficiente fuerza motivadora. De ahí la necesidad de informar a la madre, ya que por norma general el tratamiento ha de hacerse en casa, no olvidando ponderar lo que tal esfuerzo supone para el hogar, y aconsejar la conducta más oportuna para ello.

Otro aspecto muy importante para la higiene mental es favorecer el juego en estos niños, ya que, para los pequeños en particular, es un auténtico regulador espontáneo y casi automático de la afectividad.

Finalmente, hay que intentar disminuir, sobre todo, la tensión de los atetósicos, presente en ellos para resolver su situación, y de los espásticos, existente por el mero hecho de presentar la enfermedad; a partir del avance adquirido en una determinada habilidad, hay que propiciar la adaptación al ambiente que rodea a estos pacientes, ofreciéndoles así la oportunidad de alcanzar la confianza en sí mismos.

Este número de la revista me recuerda lo que actualmente es una especialidad enormemente extendida y que cada vez va ganando más terreno, ya que en la sociedad actual los trastornos psicosociales, psiquiátricos y mentales de los niños van en progresivo aumento desde la primera infancia hasta la adolescencia, pudiéndose aplicar perfectamente la frase de Séneca: «Lo que no puedas corregir o evitar, conviene soportarlo con paciencia». Cuántas enfermedades aquí expuestas exigen una enorme paciencia por parte de los psiquiatras, los pediatras y la propia familia de estos pequeños pacientes. ■