

De la emoción a la reeducación

POR LOS DRES.

GERARDO NOGUEIRA RIVERO^(*), EMILIO FERNÁNDEZ TRUJILLO^(**),
GILBERTO GUMÁ PLA^(**)
SRAS. RAQUEL HERNÁNDEZ SALGUEIRO^(***), ODILIA SOLER BALDOQUÍN^(***),
LUCÍA PORTELA CASTRO^(***)
DRA. MERCEDES RAVELO^(****), SRA. ENCARNACIÓN LÓPEZ ZALDÍVAR^(*****)
SRAS. EMÉRITA PELAYO^(*****), ENEIDA VALDÉS^(*****),
OLGA PÉREZ^(*****), IDILIA NÚÑEZ^(*****)

HISTORIA E IMPORTANCIA DEL TEMA

Consideramos que a través de todos los tiempos y en todas las latitudes la Reeducación de niños afectos de trastornos de la conducta con problemas emocionales constituye un tema no finalizado.

Fuera de nuestro país entre muchos autores que se han distinguido hemos revisado los siguientes: Eysench,¹ Watson,² Makarenko^{3, 4, 5}, Pitaluga,⁶ Aníbal Poce,⁷ Ribot,⁸ Luria y Leontiev,⁹ Pavlov,¹⁰ Xelmer voir Karman,^{12, 13, 14}, etc., los cuales de una manera u otra, han contribuido desde el punto de vista de la teoría psicológica que sustentaban a defender los métodos de reeducación.

En nuestro país se han distinguido en esta materia el Dr. Alfredo M. Aguayo,¹⁵ la Dra. Aurora García¹¹ y últimamente el doctor Roberto Fraga¹⁶ y el

autor.^{15, 16, 20} Otros compañeros distinguidos han hecho publicaciones de merísimo valor, pero en una forma aislada,¹⁷ etc.

Desde 1959 nuestro país se ha empeñado en resolver el problema de los niños analfabetos, de los niños callejeros que vagaban por las calles, que no recibían instrucción y que eran futuros delincuentes, y en general, de la niñez desvalida que carecía de padres o tutores que se ocuparan de los mismos y también de instituciones estatales que los recogieran.

Sobre esto en el momento actual podemos decir que se han dado pasos gigantescos, pero algo más difícil ha resultado la lucha que se ha emprendido para resolver el problema del niño mentalmente afectado, bien sea por el proceso de retraso mental puro, o bien, por enfermedad mental, ya que ambos no son ubicables en Escuelas de Normales, y por extensión ni en Instituciones ni Centros Hospitalarios de tales y ésto conllevaría la clasificación de esas instituciones de acuerdo con la patología mental reportada y eso es lo que hemos verificado desde nuestro servicio^{18, 19, 20}.

(*) Prof. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Docente Infantil Dr. "Ángel A. Aballí".

(**) Psicólogos Clínicos.

(***). Profesoras Terapeutas.

(****) Médico General del Hospital.

(*****). Enfermera de la Sala de Psiquiatría.

(*****). Disciplinarias de la Sala.

pero, además, hemos ido creando el tipo de institución más adecuada y desarrollada en nuestro país en lo que respecta a psiquiatría infantil para poder seleccionar el tipo de tratamiento colectivo que sea capaz de resolver los grandes problemas que la Psicopatología Infantil nuestra nos señala, tanto en los casos profundos como en los casos más superficiales que se resuelven en un plano pedagógico exclusivamente.

No creemos que nuestro sistema sea el mejor, ni tampoco que hemos llegado a todo lo que podemos esperar de él, pero nos sentimos autorizados y obligados a su publicación por la experiencia acumulada en estos tres últimos años que nos permite demostrar el tipo de tratamiento complejo integrado y el resultado del mismo.

MATERIAL Y METODOS

1. El material humano procede de la Sala No. 13 de Psiquiatría del Hospital Infantil Docente Dr. "Angel A. Aballí".
2. Consta de 93 niños en edades de 1 a 12 años, que proceden directamente de la Consulta Externa del Hospital a donde son remitidos principalmente de todas las instituciones y escuelas para niños de la capital, así como también del interior de la República.
3. Estos niños presentan trastornos de la conducta, caracterizados principalmente por alteraciones de la conducta escolar, retardo en el aprendizaje o indisciplina, que hacen imposible o dificultan su estancia en las mismas, problemas de conducta a nivel del hogar, que también le crean problemas a sus padres por no prestar la debida

obediencia, o presentar síntomas somáticos de carácter neurótico.

4. A su ingreso ya han sido estudiados en Consulta Externa, y se ha determinado el mismo, basándose en los siguientes hechos: a) El no ser defectivos mentales, determinándolo especialmente por la capacidad que demuestran en la psicoterapia y por los test mentales (Psicometría). b) Admitimos *Border-Line* (que reúnan condiciones para la terapia) y que estén secundariamente neurotizados. c) En general no tratamos de casos con problemas orgánicos, cuyos trastornos sean evidentemente consecuencia directa de su proceso. d) Todos nuestros casos son enfermos psicogénicos o reactivos, y los tenemos desde la personalidad inadecuada, pasando por la psiconeurosis hasta llegar a los grandes procesos de la esquizofrenia infantil, ésta última cuando se hace crónica o llegan a la deterioración de la personalidad, no corresponderán a nuestro Servicio ni servirán para nuestro sistema de tratamiento.
5. Nuestro sistema terapéutico en orden sistemático consta de los siguientes métodos: a) Psicoterapia de Grupo a los ingresados y Psicoterapia de Grupo a las madres. En general, respetamos las reglas del grupo para la psicoterapia cerrada en los niños y de grupo abierto para los padres de los mismos, pero en nuestra visita diaria a la Sala Escuela y Campos de Juego, imponemos la terapia individual a aquel que la necesite dentro del grupo.
6. Lo antes posible, tratamos de conocer las motivaciones, psicodinamismos o reflejos condicionados patológicos que han enfermado al niño, y de esa manera discutimos el caso

entre todo el personal técnico-profesional, con el fin de darle un tratamiento psicoterápico específico a cada caso en sus relaciones con estas autoridades.

7. De esa manera, las 24 horas del día se encuentran bajo la supervisión de terapeutas que siguen una pauta fijada y que, a la vez, ellos mismos se encuentran controlados por el psiquiatra y el grupo en general.
8. Los niños reciben en la mañana, después de su desayuno, las clases psicopedagógicas, que son impartidas por dos profesores terapeutas, a dos niveles distintos: a) Los niños que se mueven mucho y tienen poca atención, y b) Los que se mueven poco y tienen más atención. Es digno de notarse que a medida que el grupo A progresa, pasa al B y ya está en condiciones propicias para evaluar su posible rehabilitación y conseguirle una institución especial para él mismo si fuere necesario.
9. Estas clases no tienen como objetivo tratar de superar al niño en su escolaridad, sino más bien evaluar,

a través del trabajo mental y manual, todas las facultades que el niño posee y compararlas con las que debiera poseer de acuerdo con su edad, el deterioro de las mismas debido a su enfermedad mental y el progreso que se vaya alcanzando en el mejoramiento de estas facultades a medida que progresa en el tratamiento.

10. También a nivel del juego libre y dirigido, de la laborterapia, de la cultura física, la recreación, etc., el niño es observado atentamente por sus terapeutas, que son conocedores de sus psicodinamismos y por tanto están en condiciones de hacer críticas a su conducta y estimular reacondicionamientos que estén de acuerdo con las actividades del grupo y con las normas de una conducta normal.

RESULTADOS

1. Los 93 niños estudiados y tratados en la Sala han sido clasificados de la manera siguiente:

Con síntomas neuróticos	59	63.44%
Esquizofrénicos precoces con gran deterioro	3	3.22%
Con síntomas psicóticos	14	15.05%
Trastornos de la conducta no psicogénicos	6	6.45%
Movimientos compulsivos en R. N.	2	2.15%
Afeminados	3	3.22%
Homosexualismo	6	6.45%
<hr/>		
1. Total de enfermos	93	100 %
2. Rehabilitados	75	80.64%
3. No rehabilitados	18	19.35%

CATAMNESIS

Confirmada su rehabilitación	33	44 %	de los rehabilitados
Confirmada su recaída	15	20 %	" " "
No tenemos noticias	27	36 %	" " "
		<hr/>	
		100 %	

COMENTARIOS

1. Como en el cuadro se clasifican enfermos de síntomas neuróticos y con síntomas psicóticos, lo hacemos con vista a que en este trabajo no se aclara el grado o profundidad de la enfermedad; por tanto, los casos con síntomas neuróticos son verdaderas psiconeurosis.
2. Los clasificados con síntomas psicóticos son estados reactivos, que en el niño presentan síntomas que recuerdan la esquizofrenia infantil verdadera: el autismo, la inafectividad, dificultades en el habla que denotan el trastorno en el poder de asociación de ideas, la agresividad, el deterioro mental, el puerilismo acentuado, la inmadurez emocional, etc. Estos síntomas, con mayor o menor profusión en un caso determinado, y según escuelas psicológicas, pudieran ser clasificados con distintos nombres: psicosis reflejos condicionados, psicosis reactiva, síndromes esquizofrenoides, personalidades psicopáticas incipientes.
3. Los catalogados como esquizofrénicos precoces, que representan el 3.22 por ciento, poseen todo el cuadro sintomático de la esquizofrenia infantil procesual con gran deterioro y destrucción de la personalidad.
4. Dos casos, que representan el 2.15%, padecer de movimientos compulsivos estereotipados, con menos de un año de edad, cuyos movimientos no faltan en los cuadros que hemos catalogado como esquizofrénicos procesuales y que, por tanto, los consideramos como signos precoces de los trastornos profundos de la personalidad.
5. No es motivo de este trabajo el dar los resultados del tratamiento a cada una de las entidades aquí clasificadas, hecho del que nos ocuparemos en trabajos posteriores.
6. Hacemos énfasis en que los trastornos emocionales y de conducta que experimentan los casos que exponemos son consecuencia de los condicionamientos patológicos que ha experimentado el niño, y es nuestra experiencia que no se resuelven (exclusivamente) por la interpretación patogénica de los mismos (tratando de que haga *insigth*), sino más bien utilizando estos conocimientos patodinámicos para crear "Condicionamientos sanos" con base a las nuevas figuras de psicoterapeutas integrados (médicos-enfermeras psicopedagogas-niñeras), que por el mecanismo de la "irreducción negativa", con base a todo el tratamiento enunciado, "inhibirán los condicionamientos patológicos" y el resultado será una nueva "estereotipia dinámica", donde la emoción se estabiliza y el rendimiento intelectual aumenta, y ésta será alcanzada o no, en más o menos tiempo, considerando el grado de profundidad de la afección y el tiempo de tratamiento. Consideramos que éste es el camino más seguro frente a la realidad de un "yo" endeble en el niño; por tanto, "con poca autocrítica", lo que determinará que sus reacondicionamientos sean más producto de la "adaptación" que de la "razón". Esto último explica la recaída por los reforzamientos de los antiguos reflejos patológicos en el medio general de los mismos. El acortamiento del tiempo de tratamiento está en base a la terapéutica ininterrumpida desde el día de su ingreso hasta el alta clínica.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Hemos considerado el resultado de una terapéutica integrada en 93 niños afectos de trastornos de la conducta, de los cuales hemos rehabilitado (libres de síntomas) el 80.64%, y de éstos, hemos confirmado su rehabilitación por catamnesis (después de seis meses como mínimo) el 44.48%. Han recaído (por catamnesis) el 20%, y no tenemos noticias del 36%.
2. Hacemos énfasis en el tipo de terapéutica integral que comprenden métodos pedagógicos y psicoterapéu-

ticos de distintos tipos y a distintos niveles, donde se procede generalmente a la inhibición por inducción negativa de los reflejos condicionados que hayan determinado una estereotipia dinámica anormal, o sea, que no se ajuste a las normas de disciplinas corrientes por alteraciones emocionales, o de conducta general.

3. Los psicoterapeutas en base a los psicodinamismos del caso crean las condiciones objetivas para que el reacondicionamiento de la emoción patológica a la normal sea más producto de la "adaptación" que de la "razón".

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Eysenck*. Learning Theory Behavior Therapy. Journal Mental SCIE. 105, 61-75.
- 2.—*Watson, J. B. and Rayner, R.* Conditioned Emotional Reaccion, Esp. Psychol. 1920, Vol. 3, 1-4.
- 3.—*Makarenko*. Conferencias de Psiquiatría Infantil. Edit. Cartago. B. Aires, Argentina.
- 4.—*Makarenko*. Flores de la vida. Edit. Cartago Argentina.
- 5.—*Makarenko*. Poema Pedagógico. Imprenta Nacional de Cuba.
- 6.—*Gustavo Pitaluga*. Ensayos sobre la Conducta. Librería Hachet S. A., B. Aires, Argentina.
- 7.—*Anibal Ponce*. Psicología de la Adolescencia. Unión tipográfica. Edit. Hispano Americana. México (1939).
- 8.—*Ribot, T. A.* La Psicología de los Sentimientos, Madrid Jorro, 1924.
- 9.—*Luria, A. y Leontiev, A.* Investigación de los Síntomas Objetivos de la Reacción Afectiva. Traducción del ruso, por A. Nin, Edit. M. Aguilera, Madrid, 1935.
- 10.—*Pavlov*. Los reflejos condicionados, Edit. Pavlov, México, D. I., 1942.
- 11.—*García, Aurora*. Psicología Pedagógica. Cultural S. A., Habana, Cuba.
- 12.—*Elmer Von Karman*. Niños indisciplinados. Edit. Iman, B. Aires.
- 13.—*Telma Reca*. Tratamiento Psicológico de los problemas Infantiles. Edit. El Ateneo, B. Aires.
- 14.—*Leo Kanner*. Tratado de Psiquiatría Infantil. Edit. Zig-Zag.
- 15.—*Alfredo M. Aguayo*. Psicología Pedagógica, 1925. Habana, Moderna Poesía.
- 16.—*Roberto Fraga*. Estudio estadístico de los 200 primeros casos haciendo énfasis en la sintomatología psicodinamia y resultados terapéuticos obtenidos en pacientes tratados. Revista Cubana de Pediatría, Vol. XXX No. 2, Feb. de 1958.
- 17.—*Leopoldo E. Araujo Bernal*. Archivos de Neurología y Psiquiatría Vol. X No. 3, Págs. 168-185, Junio-Septiembre, 1960.
- 18.—*Gerardo Nogueira Rivero*. Necesidad de los Servicios de Psiquiatría Infantil en los Hospitales Generales de Niños. Boletín del Colegio Médico de la Habana, Enero de 1960.
- 19.—*Gerardo Nogueira Rivero*. Modelo de Servicio de Psiquiatría Infantil en el Hospital General de Niños "Dr. Angel A. Aballí", Rev. Cubana de Pediatría. Dic. de 1961. Dr. Gerardo Nogueira Rivero.
- 20.—*Gerardo Nogueira Rivero*. La Unidad Psiquiátrica Infantil en los Hospitales Generales Pediátricos. Conferencia Psiquiátrica del Colegio Médico Nacional, Marzo de 1962.