

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN EL NIÑO *

Dr. J. SOLE SAGARRA

TEMA amplísimo el de los trastornos de conducta en la infancia, que abarca poco menos que todos los capítulos de la paidopsiquiatría. Hasta tal punto se ha valorado en distintas épocas la conducta en psiquiatría, que autores de diferentes escuelas y países han hecho de ella el centro de sus investigaciones. Así, el francés DEVINE definió la psiquiatría como la rama médica que estudia los trastornos de conducta; los norteamericanos WATSON y A. MEYER han creado, respectivamente, la llamada teoría conductista de la psiquiatría y la ergasiología, que estudia la conducta total del individuo, desde sus tendencias innatas hasta los más insignificantes detalles ambientales, y los austriacos FREUD y ADLER fué observando la conducta de los neuróticos como descubrieron el subconsciente humano a base del psicoanálisis. La influencia de tales autores y sus epígonos en paidopsiquiatría es enorme. Sin ellos no existirían los magníficos estudios psicológicos sobre el desarrollo infantil de GESELL-AMATRUDA, para citar un ejemplo, así como la ma-

yoría de los tests mentales. Ello dejando aparte las doctrinas reflexiológicas rusas de PAVLOV, basadas en el estudio de los hábitos adquiridos, que tanto auge tienen actualmente en todos los ámbitos de la medicina eslava, especialmente en psiquiatría infantil.

Puede definirse la conducta humana o comportamiento como el despliegue de la personalidad hacia el ambiente para alcanzar determinados objetivos. Según LERSCH, hay dos tipos genéricos de conducta: la interna, que no se manifiesta al exterior (impulsos, afectos emotivos, variaciones de la homeostasis, de la función cardíaca, etc.), y la externa o explícita. Pero cuando corrientemente se habla de conducta, nos referimos siempre a la conducta explícita o sea la traducida en actos personales fácilmente captables desde el exterior. En realidad hay muchos tipos de conducta, que enumerados de mayor a menor antigüedad filogenética pueden resumirse en conducta refleja, automática, instintiva (impulsiva), emotiva (afectiva), racional, técnica, moral y religiosa; unos co-

* Conferencia correspondiente al Cursillo sobre Progresos en Pediatría de 1957, pronunciada en la Cátedra de Pediatría de Barcelona.

munes al hombre y a los animales, y otros específicamente humanos. En la génesis del comportamiento humano es difícil en cada caso saber cuál es el porcentaje de lo innato y lo ambiental que lo determinan; lo importante es tener siempre en cuenta el contrajuego entre temperamento y ambiente, intentando precisar cuánto hay de uno y cuánto de otro en los trastornos de conducta; de lo contrario es imposible llegar a un diagnóstico y tratamiento correcto de los mismos.

Desde el punto de vista práctico, que es el que aquí nos interesa, debemos tener en cuenta que los trastornos de conducta en el niño pueden deberse, desde fácilmente corregibles causas externas (trastornos alimenticios, enfermedades orgánicas, actitudes equivocadas de los padres con respecto al hijo) hasta irreparables enfermedades neuropsiquiátricas (esquizofrenia, oligofrenia, encefalitis, etc.). Recordemos que el avance de la *neurología* en los últimos años ha permitido establecer la relación causal zurdería - tartamudez, entre otras importantes adquisiciones en el campo de las afasias y apraxias, lo que ha permitido comprender mejor las dificultades de determinados niños en hablar, leer y escribir, así como las consiguientes repercusiones emocionales inherentes a tales actos automáticos, causa de trastornos de conducta de diversa índole psicomotriz. Esto aparte de

la grave conducta postencefalítica, que estudiaremos más adelante y de los fugaces trastornos de conducta en el corea minor, que carecen de importancia. En todos los capítulos de la psiquiatría infantil encontramos trastornos de conducta; pero es en las neurosis, psicopatías, oligofrenias epilepsias y esquizofrenia donde adquieren generalmente importancia patológica suficiente para que tenga que intervenir el pediatra o el psiquiatra especializado. El esclarecer de antemano si un determinado trastorno de conducta pertenece a uno de tales grupos psiquiátricos es el primer paso para un diagnóstico correcto de su dinámica etiológica, única posibilidad de aplicar la terapéutica adecuada. Para ello es imprescindible tener conocimientos y experiencia psiquiátrica general; de lo contrario, se actúa más intuitivamente que científicamente y los resultados obtenidos apenas sirven para curar el enfermo y para el progreso de la paidopsiquiatría, que si bien tiene su cometido propio, no por ello deja de ser una rama de la psiquiatría. En la imposibilidad de estudiar, casi diríamos de enumerar tan sólo, los numerosos trastornos de conducta que pueden presentarse en la infancia, nos limitaremos a considerar los más importantes y frecuentes en nuestra práctica profesional encuadrados en los grupos psiquiátricos anteriormente mencionados,

deteniéndonos por excepción en el estudio completo de un caso de nuestro dispensario hospitalario, para que sirva de paradigma de cómo debe llegarse actualmente al diagnóstico y tratamiento de un determinado trastorno de conducta infantil.

Entre la normalidad psíquica y la enfermedad mental propiamente dicha o psicosis, existe el amplio grupo de enfermos del carácter simplemente, las personas raras o lunáticas del vulgo, que científicamente llamamos *psicopatías y neurosis*, según que en el anteriormente mencionado contrajuego causal constitución - ambiente predominen los factores genéticos o los psicogenéticos. En realidad, tanto en las psicopatías como en las neurosis, están siempre presentes los factores etiológicos innatos y ambientales, muchas veces en proporciones equiparables. Fanatismos de escuela han desvalorado la importancia de la herencia y constitución en el origen de muchos trastornos de conducta a primera vista puramente psicógenos, causados por mecanismos inconscientes. Pero la experiencia enseña que en casi todos los casos de enuresis nocturna, mitomanía, terrores nocturnos, cleptomanía, sonambulismo y desviaciones sexuales, o sea los trastornos de conducta infantil más genuinos de psicopatía y neurosis, la exploración clínica cuidadosa (no sólo la psicológica,

como se hace con demasiada frecuencia) descubre a la vez importantes factores etiológicos ambientales, psicológicos y genético-constitucionales; ello aparte de los puramente orgánicos, como ocurre en la enuresis nocturna, en la que puede existir una espina bífida o una enfermedad urogenital como base patológica. Si el estudio detenido de tales factores evidencia la preponderancia de las causas exógenas de origen psíquico o ambiental, diagnosticamos como neurótico el trastorno de conducta correspondiente, y en esos casos la terapéutica de elección y más eficaz es la psicoterapia, que modernamente tiende a hacerse en grupos reducidos de niños y muchas veces también en grupos de padres, dada la importancia creciente que adquieren los factores etiológicos del vínculo entre padres e hijos, especialmente del estrecho nexo madre-hijo. Cuando predomina la herencia de personalidades o caracteres raros (podríamos decir deformaciones caracterológicas) en los casos de trastorno de conducta infantil que estudiamos, los etiquetamos como psicópatas, neurópatas o caracterópatas, como quiera llamarse; aquí el pronóstico es peor, puesto que el tratamiento psicoterápico, que nunca debe dejar de hacerse, rinde menos beneficios que en las simples reacciones vivenciales de la personalidad que son las neurosis, siempre más psi-

cogenéticas que las psicopatías en sentido estricto.*

Muchos trastornos de conducta en la infancia son debidos a la combinación de dos o más rasgos acusados psicopáticos, sobre los cuales la psicogenia neurótica, sea histeriforme, ansiosa u obsesiva, prende fácilmente. Los niños por temperamento débiles de voluntad, inconstantes, hiperemotivos, hipersensibles, labil - reactivos, insensibles, recelosos, deprimidos, exaltados y «nerviosos» en general, o sea los que han heredado un tipo o más de psicopatía (en las psicopatías hay tipos, no diagnósticos), dan un gran contingente de trastornos de conducta, que pueden manifestarse de muy diversa manera, pero que generalmente adoptan las formas comunes de lo que se llama *niño difícil* o *niño problema*. En muchos de estos casos debería hablarse en realidad también de padres o maestros problema, puesto que no debe dirigirse exclusivamente al niño nuestra atención diagnóstica y terapéutica, sino también al ambiente más inmediato que lo rodea. Problemas sociales, culturales y morales tales como el barraquismo, las inclusas, los hijos adoptivos, el padrastro, la madrastra, los hijos ilegítimos, las guerras y postguerras, el absentismo del campo, la carencia de amor maternal, planes pedagógicos

equivocados, etc., entran también en la consideración etiológica de los trastornos de conducta que estudiamos, en el polo opuesto, al parecer, al mencionado anteriormente, pero en realidad no tan lejos de la psicopatía, que es el terreno abonado a todas las lacras sociales (prostitución, alcoholismo, delincuencia) y de los desvíos individuales o colectivos del quehacer humano, en los cuales adquiere cada día más importancia la higiene mental.

Los déficits caracterológicos y temperamentales que vienen a ser las psicopatías en su gran proporción etiológica y las neurosis en menor grado (piénsese en las personalidades poco evolucionadas hipobúlicas e hiponoicas de KRETSCHMER, base común de reacciones histéricas y psicopáticas diversas), van muchas veces unidos a déficits intelectuales congénitos u *oligofrenia* vera, que es la verdadera oligofrenia-enfermedad, diferenciable de la oligofrenia sintomática o exógena, secundaria a lesiones o malformaciones cerebrales groseras. De tal patológica unión suelen derivarse los trastornos de conducta más frecuentes, tanto en el niño como en el adulto, de la clientela ambulatoria; en los burdeles, cárceles y demás antros de miseria social y moral, abundan los tarados congénitamente con déficit in-

* Téngase en cuenta que etimológicamente psicopatía quiere decir enfermedad de la psique, pero que actualmente en psiquiatría se entiende por tal nombre sólo el grupo mencionado de enfermos caracterológicos entre la normalidad y la psicosis. El decir psicopatía a todo enfermo psíquico es anticuado y se presta a confusionismos.

cogenéticas que las psicopatías en sentido estricto.*

Muchos trastornos de conducta en la infancia son debidos a la combinación de dos o más rasgos acusados psicopáticos, sobre los cuales la psicogenia neurótica, sea histeriforme, ansiosa u obsesiva, prende fácilmente. Los niños por temperamento débiles de voluntad, inconstantes, hiperemotivos, hipersensibles, labil-reactivos, insensibles, recelosos, deprimidos, exaltados y «nerviosos» en general, o sea los que han heredado un tipo o más de psicopatía (en las psicopatías hay tipos, no diagnósticos), dan un gran contingente de trastornos de conducta, que pueden manifestarse de muy diversa manera, pero que generalmente adoptan las formas comunes de lo que se llama *niño difícil* o niño problema. En muchos de estos casos debería hablarse en realidad también de padres o maestros problema, puesto que no debe dirigirse exclusivamente al niño nuestra atención diagnóstica y terapéutica, sino también al ambiente más inmediato que lo rodea. Problemas sociales, culturales y morales tales como el barraquismo, las inclusiones, los hijos adoptivos, el padrastro, la madrastra, los hijos ilegítimos, las guerras y postguerras, el absentismo del campo, la carencia de amor maternal, planes pedagógicos

equivocados, etc., entran también en la consideración etiológica de los trastornos de conducta que estudiamos, en el polo opuesto, al parecer, al mencionado anteriormente, pero en realidad no tan lejos de la psicopatía, que es el terreno abonado a todas las lacras sociales (prostitución, alcoholismo, delincuencia) y de los desvíos individuales o colectivos del quehacer humano, en los cuales adquiere cada día más importancia la higiene mental.

Los déficits caracterológicos y temperamentales que vienen a ser las psicopatías en su gran proporción etiológica y las neurosis en menor grado (piénsese en las personalidades poco evolucionadas hipobúlicas e hiponóicas de KRETSCHEMER, base común de reacciones histéricas y psicopáticas diversas), van muchas veces unidos a déficits intelectuales congénitos u *oligofrenia* vera, que es la verdadera oligofrenia-enfermedad, diferenciable de la oligofrenia sintomática o exógena, secundaria a lesiones o malformaciones cerebrales groseras. De tal patológica unión suelen derivarse los trastornos de conducta más frecuentes, tanto en el niño como en el adulto, de la clientela ambulatoria; en los burdeles, cárceles y demás antros de miseria social y moral, abundan los tarados congénitamente con déficit in-

* Téngase en cuenta que etimológicamente, psicopatía quiere decir enfermedad de la psique, pero que estrictamente en psicología se entiende por tal nombre, sólo el grupo menudamente caracterológico entre la normalidad y la psicosis. El de la psicopatía o tal enfermo también es autismo y se presta a confusión más...

telectual y desviaciones caracterológicas. En estos casos el diagnóstico debe apoyarse en los llamados tests psicométricos o de medida de la inteligencia, de los cuales los más usados son el de Binet-Terman y el Raven; mientras que en los trastornos de personalidad predominantemente psicogenéticos subconscientes el diagnóstico se apoya en los tests proyectivos (Rorschach, T.A.T. y su correspondiente C.A.T. en la infancia) y en la investigación psicoanalítica. El tratamiento de los trastornos de conducta sobre fondo oligofrénico es esencialmente pedagógico especializado, en establecimientos de pedagogía terapéutica dirigidos por un médico paidopsiquiatra. Desgraciadamente escasean en nuestro país tales servicios medicopedagógicos en sentido moderno, puesto que no consideramos como tales algunos de los anacrónicos Reformatorios y servicios de los Tribunales Tutelares de Menores existentes en España. La medicación sedante y narcobiótica (luminal, largactil) ayuda a calmar ciertos trastornos de conducta de índole hiperkinética, tanto oligofrénica como neurótico-psicopática. El ácido glutámico, tan usado en el tratamiento de los déficits intelectuales, obra como excitante en muchos casos de trastorno de conducta infantil, por lo que debe darse con suma cautela; digamos de paso que tal medicamento no aumenta la inteligencia en sentido estricto, sino que sola-

mente aumenta el rendimiento escolar y psíquico en oligofrénicos hipobúlicos y apáticos.

La *epilepsia* genuina o idiopática produce también un buen contingente de trastornos de conducta en la infancia, especialmente en su forma clínica de distimias crepusculares y equivalentes psíquicos de petit mal. Como en la oligofrenia, en la epilepsia debe distinguirse también la epilepsia-enfermedad, de origen hereditario o criptogénico y la epilepsia sintomática o secundaria a diversos procesos patológicos, en especial encefálicos. No pocas veces una y otra forma de epilepsia se presenta junto a la oligofrenia y la psicopatía hereditaria, constituyendo formas graves de trastorno de conducta, con características altamente impulsivas y de máxima peligrosidad. En la epilepsia genuina, aparte de las manifestaciones convulsivas o sus equivalentes de petit mal, suele haber un fondo caracterológico explosivo, causante de muchas violencias y agresividades, que a veces se toman de origen situacional y se pretenden explicar psicológicamente. En todos los casos de trastorno de conducta impulsivo (poriomanía o impulso irrefrenable a la huída del hogar paterno, piromanía o tendencia impulsiva incendiaria, sonambulismo agresivo, paroxismos violentos en corto circuito) está indicado practicar un electroencefalograma (EEG), aunque no siempre nos pondrá sobre

la pista de que estemos ante un trastorno de naturaleza epiléptica, pues es discutida la nosotaxia de los síndromes que acabamos de citar, e incluso en el caso frecuente de que el EEG sea francamente patológico en el sentido epiléptico (especialmente entra aquí en consideración la llamada epilepsia temporal y centroencefálica) el tratamiento anticonvulsivo no suele dar resultados convincentes sino que la terapéutica eficaz acostumbra a ser la psicoterapia. En las formas graves de trastorno de conducta epiléptico se requiere muchas veces la asistencia frenocomial, especialmente cuando hay estados crepusculares de larga duración. En los países más adelantados médicamente existen establecimientos especiales para epilépticos, con su correspondiente sección infantil. Recuérdesse que incluso en los niños epilépticos con ataques de gran o petit mal es factor curativo importante la psicoterapia, junto con la medicación y dieta atóxica correspondiente; psicoterapia y orientación médico-social que deberá extenderse a los padres y maestros, causantes muchas veces con su ignorancia y falsos extremismos de que un niño epiléptico corriente se convierta además en inválido social, al privarle por el miedo a los ataques a que realice una vida escolar y de juego normales. Algunos trastornos de conducta que hemos observado en niños epilépticos (terrores nocturnos,

enuresis, encopresis, hurañería) sólo eran sobreestructuras patógenas producidas por un ambiente nocivo psicológicamente.

En el grupo de las psicosis o enfermedades mentales propiamente dichas es la *esquizofrenia infantil* la que más graves, duraderos y frecuentes trastornos de conducta produce, puesto que la otra psicosis endógena (psicosis maniacodepresiva) y las psicosis exógenas crónicas (toxifrenias, neurolues, etc.) apenas se ven en la infancia. Entre las psicosis exógenas agudas, el delirio febril es el más frecuente en la infancia, trastornando la conducta de un modo ostensible pero pasajero. El diagnóstico de un trastorno de conducta infantil esquizofrénico requiere mucha preparación paidopsiquiátrica, puesto que la esquizofrenia infantil suele comenzar de un modo solapado, con cambio paulatino de la personalidad del niño y extravagancias en su comportamiento que frecuentemente se toman por rarezas y vicios de poca monta. El pronóstico de la esquizofrenia infantil es infausto, pues los tratamientos biológicos modernos (electrochoque, comas insulínicos) apenas obran beneficio alguno en tales desgraciados enfermitos, que muchas veces deben pasar toda su vida en un frenocomio. Sobre esta enfermedad en la infancia hemos escrito varios trabajos, algunos de ellos publicados en esta revista, a los que remitimos a los interesa-

dos en ampliar detalles en tal sentido.

Réstanos hablar del gran papel etiológico de las *encefalitis* en los trastornos de conducta de la infancia. Los niños más profundamente ineducables, en casa y en la escuela son los postencefalíticos. Por suerte no en todos los casos de encefalitis primaria o epidémica se produce un trastorno tan profundo de la personalidad capaz de provocar la conducta francamente psicopática que presentan los casos intensamente afectados por la neurovirosis encefalítica. Las encefalitis secundarias para o postinfecciosas (gripales, sarampionosas, tosferinosas, etcétera) acostumbran a dejar más secuelas neurológicas que caracterológicas. En algunos casos de grave sintomatología impulsiva hiperkinética que recuerda la postencefalitis es difícil establecer el diagnóstico exacto de tal enfermedad por carecer en la anamnesis del antecedente encefalítico evidente. Es probable entonces que ligeros procesos infecciosos al parecer banales, de la primera infancia hayan sido en realidad neurovirosis localizadas en los ganglios basales del cerebro, en los cuales radica el substrato somático fundamental de la personalidad. Incluso muchos comportamientos patológicos en el niño que se toman por esquizofrenia infantil se comprueba mediante anamnesis cuidadosa o eventualmente por la necropsia en caso de muerte del niño por una enferme-

dad intercurrente que eran debidos a un proceso encefalítico previo. Tales comprobaciones necrópsicas han aclarado también los profundos cambios de conducta acaecidos en niños de diversas edades, acompañados de discretos o evidentes síntomas neurológicos, habiéndose demostrado padecían una leucoencefalitis primaria o sea un proceso desmielinizante difuso y progresivo de naturaleza infecciosa solapada. VAN BOGAERT y F. LHERMITTE han descrito sendos casos clínica e histopatológicamente de la llamada leucoencefalitis esclerosante subaguda juvenil, responsable de síntomas a la par neurológicos y demenciales, que motivan conductas patológicas irreversibles. En algunos países se han creado incluso establecimientos especiales para la asistencia de los llamados psicópatas postencefalíticos, lo que demuestra la peculiaridad del tratamiento de estos inválidos neuropsiquiátricos, que no puede ser otro que el puramente asistencial, pues la psicoterapia y la pedagogía terapéutica moderna son impotentes para corregir la trastornada conducta de estos enfermos, que en tantos aspectos psicopatológicos (impulsividad, incorregibilidad, asocialidad) se parecen a los psicópatas hereditarios que hemos estudiado páginas atrás; hasta el punto de hacer pensar en una alteración común (hereditaria en los psicópatas y adquirida en los postencefalíticos) de los centros ce-

rebrales de la personalidad. El EEG puede ser valiosa ayuda diagnóstica para diferenciar una post-encefalitis de otro trastorno grave de conducta sin causa orgánica cerebral, esquizofrénico o psicopático-neurótico.

Para terminar, veamos la historia clínica biográfica de un enfermo de nuestro dispensario de esta Cátedra de Pediatría, cuyo diagnóstico oscila al principio entre comienzo de esquizofrenia infantil y simple trastorno de conducta de naturaleza neurótica o psicopática, y el estudio detenido del caso no ha podido aclarar aquí todavía con exactitud el diagnóstico diferencial entre neurosis y esquizofrenia, aunque todo inclina a pensar en la psicopatía - neurosis. Agradecemos a nuestra colaboradora, enfermera visitadora psiquiátrica Señorita Vázquez, los datos extensos y valiosos, familiares y psicológicos de este enfermo.

Historia clínica

Diego de I., ingresado en nuestro Servicio en 16-XII-56. Edad, 9 años. Natural de N. (Huelva), residente en Tarragona. Procede de su domicilio, pero hace poco pasó 3 meses en un Campamento juvenil.

Impresión diagnóstica causante del ingreso: Trae diagnósticos de diferentes médicos. Son varios los que dicen padece una esquizofrenia; uno, demencia precocísima.

Enfermedad actual: Hace dos meses, después de regresar de un campamento juvenil, está nervioso, irritable, desobediente, autista; conducta rara, tics faciales y movimientos coreiformes de manos, extravagancias diversas, habla menos claro, «atontado»...

Antecedentes fisiológicos: Embarazo y

parto eutócicos. Hijo deseado por los padres. Lactancia materna hasta los 11 meses. Dentición normal (6 meses). Deambulación (a los 11 meses), y lenguaje sin datos patológicos. Regulación de esfínteres temprana. No sueña ni tiene pesadillas. De pequeño tuvo tendencia durante el llanto a las crisis de apnea.

Antecedentes patológicos: Sarampión, tosferina. Una bronconeumonía a los pocos meses de nacer.

Inmunizaciones: Antivaricólica y antitífica.

Esbozo psicológico del enfermo: Ha sido siempre normal según sus padres. Se ha mostrado siempre más vinculado afectivamente a su madre, si bien no da nunca muestras de excesivo afecto hacia ningún miembro de la familia.

No es pendenciero. Retraído. No protesta porque lo castiguen. Cuando lo hacen considera que tienen razón y se siente culpable.

Tiene una gran «respeto» (miedo) a su padre, que significa para él el summum de la autoridad, creyendo plenamente las proezas que le explica de sus antepasados, a los que trata de imitar. El padre se queja de que con él no es cariñoso.

En el colegio es dominante. A pesar de ello no es amigo de buscar camorra, si bien en los juegos adopta siempre el papel de caudillo o jefe, lo cual consigue jugando con niños más jóvenes que él. Los juegos acostumbra a ser guerreros. La madre justifica esto debido a que los ascendientes eran militares.

Círculo familiar: Toda la familia es de Andalucía. Se trasladaron aquí hace 8 años y han vivido siempre en los alrededores de Tarrasa. Actualmente en un barrio de las afueras poco edificado aún, con escasas condiciones higiénicas. La casa está en un terreno comprado a plazos, y construida a medida que van teniendo posibilidades económicas. Viven en ella 5 personas: los padres del enfermo, su abuela materna y un hermano de 17 años, hijo único del primer matrimonio del padre.

Padre: Tiene 43 años. Más bien bajo de estatura y delgado.

No es agradable en el trato. Comportamiento de suficiencia y superioridad. Habla continuamente de sus cualidades. Subraya constantemente que es de «sangre azul», que pertenece a una gran familia.

Considera que todo lo que hace es digno de admiración. Cree que es él el único que sabe cumplir con sus deberes de familia (los cuales no considera por lo visto como obli-

gación) ya que para ello ha de privarse de sus pequeños vicios, por lo cual, además, ha de soportar en ocasiones las burlas de sus compañeros de trabajo, que lo tachan de «poco hombre» por no estar con ellos en el bar gastando el dinero. También dice que estos mismos compañeros le envidian su cultura (?) y las atenciones que para él tienen sus superiores, a pesar de lo cual gana lo imprescindible para vivir muy modestamente.

En el hogar es dominante y brusco. Sus deseos son órdenes que no se discuten. Se irrita con facilidad. Castiga brutalmente a su hijo menor (el enfermo), propinándole serias palizas; la última hace unos meses. Esta paliza preocupó a la madre porque el niño recibió un golpe en la cabeza que según ella podría tener parte de culpa en la enfermedad actual. Fué un castigo injusto, ya que el que había cometido la falta había sido su hermanastro. Según parece, el padre se siente también culpable, pues ha prometido cambiar y no volverle a pegar, dejándole hacer lo que quiera.

Es natural de Jaén. Desde muy joven trabajó en la marina mercante. Viajó por varios países. Hace unos 17 años dejó la marina para hacer transporte de pescado en el norte de España. Hace 8 años que se instaló en Cataluña y siempre ha vivido en los alrededores de Tarrasa. Los primeros tiempos fueron muy difíciles por la falta de trabajo, agravada por una enfermedad del estómago que le obligó a una intervención quirúrgica. Vivieron del trabajo de la esposa; según él, duró esto un año y medio; según ella, 4 años.

Según su esposa le gusta mucho la bebida, pero «las bebidas finas». Ha llegado a casa varias veces «mareado»; verdaderamente embriagado sólo un par de veces. También dice que en la juventud no llevó una vida «muy tranquila».

Insiste en que es él quien «mantiene a la familia», aunque a pesar suyo reconoce que es gracias a la constante ayuda de su esposa (que también trabaja fuera de casa) que han podido construir su vivienda.

Se ha casado dos veces. Del primer matrimonio tiene un hijo de 17 años. Se volvió a casar cuando este niño tenía unos 5 ó 6 meses.

La madre: Es de Córdoba. Tiene 41 años, pero aparenta físicamente tener más. Aspecto y trato agradable. Sencilla. Temperamento nervioso, aunque lo disimula. En su juventud padeció una corea minor. Teme mucho a su marido, que la tiene completamente dominada.

De su matrimonio tuvo un primer hijo que murió a las pocas horas de nacer. El parto había sido con fórceps.

Tardó después unos 6 años en tener su segundo hijo, que es nuestro enfermo.

Quiere mucho a su hijastro, al cual ha criado como si fuera propio, ya que cuando al casarse se hizo cargo de él era muy pequeño (6 meses). Vive preocupada por su situación social y procura darles a sus hijos todo cuanto merecen. Cree como su esposo en su «categoría», que no está en consonancia con la situación económica actual.

Parece que no obra nunca por voluntad propia, debido al gran respeto y temor que de su marido tiene.

Hijo mayor: Es de Andalucía, como sus padres. Tiene 17 años y trabaja.

Parece ser una persona indiferente y fría. Quiere a su madrastra como si fuera su propia madre, pero no se preocupa por su padre. Es callado y poco comunicativo, no cuenta nunca nada: ni sus proyectos ni sus preocupaciones. Su hermano es a veces castigado duramente en su presencia por faltas que él ha cometido, pero eso no le preocupa y permanece inmutable.

Antecedentes hereditarios: La abuela paterna murió «loca» y parece ser que la abuela materna, que ahora vive con ellos, se encuentra en las mismas condiciones. La madre tuvo ataques convulsivos, al parecer histéricos.

Informe escolar (facilitado por el profesor) en lo que se refiere a la aplicación y rendimiento del niño: Empezó a ir a la escuela a los 4 años. A los 6 cambió de colegio, y otra vez a los 7. Va al mismo desde entonces y este curso cambió de clase y, por lo tanto, de profesor. El niño dice que cuando lo castigan le hacen estar de rodillas con los brazos en cruz, sosteniendo una bolsa con piedras en cada mano. Si se le cansan los brazos y los baja, le pegan en ellos para que los suba.

Durante las vacaciones del verano pasado asistió a un campamento del Frente de Juventudes, y fué a su regreso, al empezar las clases, que los padres empezaron a notar un cambio radical en su conducta.

Dice el profesor que está atrasado en todo. No muestra ningún interés por el estudio. Le falta atención, parece vivir pensando en algo. Tiene poca memoria y debe ser por la poca atención que pone. Su razonamiento es escaso. No tiene ninguna habilidad. Le cuesta mucho aprender todo: tanto la lectura y escritura, como las cuentas. Siempre está entre los más atrasados, aunque asiste con regularidad a la escuela. Los deberes pocas veces los lleva hechos, aunque sí muy bien preparadas las excusas para justificarse. Es obediente, nada tímido, travieso e indisciplinado. Muy decidido, pero

sólo en las cosas que le gustan. Siempre intenta hacer prevalecer su voluntad, aunque no tenga él la razón y por los medios que sea: casi siempre la violencia. Es de carácter excesivamente dominante.

Diagnóstico y terapéutica social: La diferencia de comportamiento del individuo en casa y en la escuela, hace pensar en que existen problemas etiológicos inconscientes, lo cual hace que el enfermo tenga a veces rasgos hiposociales.

La terapéutica ha de ir encaminada no solamente al tratamiento del individuo, sino también al del ambiente, por medios psicoterápicos.

En el ambiente es interesante averiguar qué hay de cierto en cuanto a los medios coercitivos que puede usar el profesor en la escuela y qué orientación pedagógica siguen los cursos.

Exploración orgánica y neurológica: Negativa.

Datos de laboratorio: Velocidad de sedimentación, fórmula hemática y reacción de Wassermann, normales.

Radiografía lateral del cráneo: Normal.

E. E. G. (Dres. SAMSÓ y VILA BADÓ): Trazado en estado de reposo: actividad fundamental de base constituida por ritmos bien integrados, preferentemente por actividad alfa de 8 c.s., regular, en forma de trenes de ondas que adquieren un marcado aspecto irritativo puntiforme. En ambas áreas temporales, con cierto predominio en hemisferio izquierdo, se localizan ritmos lentos de 4-5 c.s. sinusoidales con frecuencias rápidas sobrepuestas y actividad de puntas irritativas. Activación con hiperventilación: inestabilidad. Frecuentes descargas hipersincrónicas generalizadas de corta duración, constituidas por ondas de 4-6 c.s. de elevado potencial. Impresión: descargas hipersincrónicas generalizadas de origen centroencefálico.

Informe psicológico

El día de su ingreso en el Servicio se le aplicaron las pruebas de Goodenough y el test de Raven en su forma de niños. Los cocientes intelectuales resultaron deficientes: 0,62 con el primero y un percentil de 25, Rango IV con el segundo. La actitud del sujeto ante el material de las pruebas fué al principio de franco rechazo, no por antipatía, sino por falta de interés. Su manera de trabajar era intuitiva y rápida y a la vez desinteresada.

Resumen del C. A. T.

Las historias no se producen espontáneamente. El examinado muestra desasosiego o aparentemente fatiga, aunque da la impresión de que ésta no es tal, sino falta de interés: «ganas de que no le importunen pi-diéndole una tarea determinada».

En la mayoría de las láminas se limita a decir simplemente el nombre de los animales que en ellas se representan, sin atribuirles acción ni situación, lo cual hace únicamente cuando se insiste preguntándole, pero no generalmente de propia iniciativa, salvo en las láminas 7, 9 y 10.

El contenido de la lámina 7 parece reflejar un cierto contraste entre lo que él quisiera ser (admiración por la pantera) y su situación real, lo cual hace proyectando sobre «la mona» el deseo de huida con un sentimiento de culpabilidad.

Esta misma situación, añadiéndole un fondo de angustia, sigue reflejándose en las láminas 9 y 10.

Parece como si temiera siempre el castigo, pero a la vez creyera merecerlo, y estuviera coartado siempre, hasta el punto de que no exhibe nunca sentimientos de defensa, sino de huida.

Resumen del test de Rorschach

R=11 G=2 F+=7 A=7 V=5 T=35'
D=6 F=2 Ad=1 t=3'10" DS=1 FC=1
H=1 G*=2 M=1 Hd=1

Sucesión: Suelta.

Tipo de Apercepción: D, G, G*, DS.

Tipo de Vivencia:

$$\frac{M}{C} = \frac{1}{\frac{1}{2}} \% \text{ Coartativo}$$

Formas positivas: 77 %.

Índice de Estereotipia: A= 72 7/8 %.

El enfermo no colabora espontáneamente en la administración del test, Produce la impresión de que el escaso número de respuestas no es sincero. El tiempo es lento (t=3'10"). Parece como si al presentársele las láminas reaccionara rápidamente, pero se reprime y no dice lo que ve y lo que piensa en su totalidad; y ello sucede, no por falta de capacidad de aprehensión, sino por temor a las críticas que sus contestaciones pudieran tener. Esta manera de reaccionar está de acuerdo con el tipo de vivencia, que resulta coartativo (M=1; C=1/2). El hecho del poco número de respuestas, así como la ausencia total de las mismas ante las láminas

1 y 4, sirven para reforzar esta idea, así como también la demostración de un fondo de angustia.

Por lo demás, tanto el tipo de apercepción como la vulgaridad absoluta del contenido de las respuestas, hacen pensar en una buena integración de las facultades mentales.

Al cabo de un mes y una semana de ingresar en el Servicio se le hace un Terman-Merrill, dando como resultado una edad mental de 9 años 3 meses, lo cual corresponde a un cociente intelectual de 1,02 (normal).

Dos días más tarde, con el Raven nos da un percentil de 50; Rango III+ en dos minutos menos de tiempo que el del día en que ingresó; lo cual diagnostica una capacidad completamente normal, acercándose a la calidad inmediata superior (III+).

Resumen final: Del resultado de los test de proyección, así como del mejoramiento del rendimiento intelectual durante este mes aproximado que el niño está alejado de su ambiente familiar se puede deducir que es un individuo inhibido, con problemas emocionales profundos que pueden ser caracterológicos o de tipo neurótico, los cuales le han producido un cuadro de tipo autista.

Epicrisis

Ante las hipercinesias coreiformes de ambas manos y los tics faciales, desaplicación y torpeza del lenguaje, cabía pensar en un comienzo de corea menor, y así fué tratado por un pediatra que vió al enfermito unos días antes que nosotros. Aunque apreciamos ligera hipotonía en ambos brazos, el cuadro clínico no era típico de corea; no obstante, hicimos descansar en cama 15 días al enfermo y lo sometimos a cura sedante y narcobiótica (fenical, largactil) para asegurarnos del diagnóstico, descartando, en vista del fracaso terapéutico, el diagnóstico de corea. Pensamos entonces en una reacción

neurótica sobre fondo psicopático o en un comienzo de esquizofrenia infantil de forma hebefrénica. Hay antecedentes hereditarios suficientes para abonar una y otra suposición diagnóstica, psicopática por parte de las abuelas. El hecho de sobrevenir en gran parte el trastorno de conducta que estudiamos inmediatamente después de reingresar el paciente en su medio familiar, al parecer más nocivo psíquicamente que el que tuvo durante los tres meses anteriores que permaneció muy a gusto en un campamento del Frente de Juventudes, da gran valor al factor exógeno ambiental para aceptar una reacción neurótica de protesta. Ante estos dilemas diagnósticos, optamos por ingresar el enfermito en la Sala de Medicina de la Cátedra de Pediatría, para poderlo estudiar detenidamente fuera de su constelación ambiental habitual. Estuvo tres meses en nuestro Servicio, siendo sometido a las diversas exploraciones somáticas y psicológicas expuestas anteriormente, así como a psicoterapia individual, que extendimos a ambos padres separadamente. Se obtuvo franca mejoría en su conducta patológica, hasta el punto de haber desaparecido el autismo, la indocilidad y casi todas las extravagancias que presentaba a su ingreso en el Hospital. Actualmente está sometido una vez por semana a psicoterapia de grupo, bajo la dirección del doctor MONTSERRAT VALLE, que reali-

za irregularmente él por poca colaboración paterna. Los informes que tenemos últimamente de los padres y maestros no son satisfactorios del todo en cuanto a su comportamiento en casa y en la escuela, apareciendo de vez en cuando extravagancias incomprensibles, que bastan para que no abandonemos del todo la suposición esquizofrénica, aunque nos inclinamos más a considerar a D. de I. un psicópata con sobreestructuras neuróticas que un esquizofrénico. Por otra parte, la existencia de un EEG bastante patológico puede hacer pensar en un proceso desintegrativo encefálico activo, del tipo de las leucoencefalitis primarias de naturaleza neuroviral o degenerativo tipo esclerosis difusa o síndromes similares. Las hipercesias mencionadas al principio de la enfermedad y el cambio de conducta abonan este supuesto, así como la ineducabilidad escolar del niño en todo el curso de 1956-57, que es el tiempo de duración de su trastorno. Quizá todavía otras consideraciones diagnósticas cabría hacer en este caso, pero creemos que las que acabamos de exponer son las prin-

cipales desde el punto de vista práctico.

Hemos querido presentar con detalle el anterior caso clínico, para demostrar que bajo el denominador común de trastorno de conducta en la infancia se esconden a menudo difíciles problemas diagnósticos y terapéuticos, que sólo el curso evolutivo de la enfermedad resuelve muchas veces. Es aventurado en todo caso de trastorno grave de conducta en la infancia pronunciarse rápidamente por un diagnóstico y tratamiento unilaterales; el proceder así es premisa segura de muchas rectificaciones. Por esto es de aconsejar un diagnóstico pluridimensional de los trastornos de conducta, valorando debidamente todas las causas posibles endógenas y exógenas, y dentro de éstas las somáticas y las psicogenéticas. Sólo a base de tal análisis estructural de los síntomas que concurren en cada trastorno de conducta, sospechando por igual su somatodinamia que su psicodinamia, es posible establecer un tratamiento somático y psicoterápico con las máximas probabilidades de éxito.