

Consideraciones sobre el desarrollo de la conducta normal y anormal del niño en Bogotá

Por el Dr. Santodomingo Guzmán

Desde que Alfredo Binet hizo por vez primera tests de niños débiles mentales ha sido aspiración de las ciencias afines a la Psicología, la Neurología y la Neuro-Psicología probar que eran tan útiles a la vida práctica como la Física lo es para la técnica.

La Psicología experimental abrió el camino a la investigación de los problemas de la conducta humana, precisando en algunos aspectos sus acciones y reacciones frente a determinados estímulos del medio ambiente y a la posición en que la colocan de hecho sus condiciones fisiológicas y estados constitucionales. Sin embargo, la actitud de la mayoría de los investigadores y de los profanos es escéptica. Casi todos han rechazado como inutilizables los descubrimientos de la psicología del niño y, como lo afirma Charlotte Bühler, han acudido exclusivamente a las enseñanzas del psico-análisis de Sigmund Freud y sus secuaces o de la psicología individual de Alfredo Adler.

Pero el objeto de las investigaciones, el hombre, su conocimiento global sólo puede ser el resultado de una extraordinaria, difícil y fecunda síntesis precedida de una no menos dificultosa tarea de análisis. De ahí que, según C. A. Veronelli, sigue siendo legítimo el considerar hoy sus diversos aspectos fuera de encausamientos de escuelas o de intransigentes consideraciones de distinto orden, con la obligación final, claro está, de relacionarlos entre sí, y de referir siempre las partes al todo.

Nos ha parecido, desde que encauzamos nuestra devoción científica a la **infancia** —y al **niño enfermo** en particular— que se descuidaba en beneficio de este último el estudio del niño que, sin presentar claros disturbios patológicos, no dejaba por ello de ser una criatura cuya adaptación al medio se hace difícil por trastornos congénitos o adquiridos del desarrollo de la conducta, expresiones psico-somáticas de la personalidad.

Si reconocemos, en Gesell, que el desarrollo lo mismo que las enfermedades, cae dentro del terreno de la Medicina y la Salud Pública, nuestra apreciación no va muy descaminada. En efecto, en nuestra época el médico general así como el especialista tiene que ver en muchas ocasiones —que se multiplican con el avance de las medidas de protección y profilaxia— niños relativamente sanos, cuya orientación depende en gran parte de la adecuada supervisión de su desarrollo, de la comprensión de sus recursos como de sus incapaci-

ciudades, y de la interpretación tanto típicas como atípicas de su crecimiento. Sabemos, por otra parte, que el crecimiento, el desarrollo y, por tanto, la conducta, son resultados de un feliz sinergismo de la constelación endocrina orgánica, cuyo equilibrio se hace preciso para el funcionamiento armónico y la evolución —madurez— del sistema nervioso. Su interacción —armonía de los contrarios de Pende— y la marcha paralela del conjunto son condiciones no sólo necesarias sino específicas de la personalidad (Ley del paralelismo neuropsíquico de Heuyer, Collin, Dupre, Merklen).

Según Gesell, desde el punto de vista biológico no se puede distinguir con precisión entre manifestaciones corporales y mentales del desarrollo. De consiguiente, el estado de desarrollo debe apreciarse no sólo mediante signos físicos, sino también a través de los dinámicos, por modos de reacción y por modos de conducta.

El estudio que presentamos pretende sólo poner de relieve, mediante el análisis de más de trescientos sesenta casos (360) que hemos observado en varias clínicas de Maternidad (La Magdalena, Camero, Santa Bárbara) y en el Hospital de La Misericordia y en la Clínica de la Nutrición, y cuyas historias clínicas son una mina de enseñanzas, las ocasiones en que el pediatra ve asociadas desde el punto de vista diagnóstico y pronóstico las conclusiones que la Neurología, por una parte, la Endocrinología y examen del Desarrollo por otra, le deparan.

Para este objeto hemos dividido el trabajo en dos partes: 1ª Diagnóstico de la Conducta Normal; 2ª Anotaciones sobre Conducta Anormal y Pronóstico. Acompañamos este estudio de una serie de fotografías tomadas por nosotros, que nos permiten seguir paso a paso los distintos modos de conducta, así como demostrar las desviaciones y retardos de los casos más notables de nuestro archivo clínico.

DEFINICION

En el movimiento científico del mundo moderno ha venido acentuándose la consideración de los problemas médicos desde el punto de vista evolutivo. Y desde ese punto de vista el desarrollo deja de ser la entelequia de los siglos pasados, para concretarse en algo que puede analizarse, medirse, y constituir, por consiguiente, índice precioso de valoración diagnóstica y pronóstica.

Si bien es verdad que con la palabra desarrollo englobamos la totalidad de las manifestaciones de la personalidad, los estados mentales y afectivos que en él influyen, así como la inteligencia, es preciso aclarar que desde nuestro punto de vista no intentamos presentar esquemas para la medición de la inteligencia como tal (C. I.), sino los diversos aspectos de la maduración evolutiva de la conducta de una manera objetiva, comparable a la de la clínica neurológica”.

La evolución de un individuo comienza desde el momento en que el encuentro del óvulo con el espermatozoide libera el impulso de una fuerza de multiplicación cuya esencia ignoramos. Y no hallamos índices más completos de valoración de esa evolución que el crecimiento y el desarrollo. Por otra parte, no hay indicadores más sensibles respecto de la actividad neuronal y de la estructura neural subyacente que las reacciones espontáneas del niño ante las exigencias de la situación de prueba que se establecen al tratar de valuar su desarrollo.

Crecimiento significa, siguiendo a Casaubon, aumento de la masa corporal, que se cumple por un proceso de hiperplasia —aumento del número de células— y otro de hipertrofia— aumento del volumen de cada célula. Desarrollo significa diferenciación de órganos y sistemas; evolución progresiva de la materia viva hacia el estado de perfección definitivo.

Haeckel formulaba su famosa “ley biogenética” diciendo que el desarrollo del niño no es sino una breve recapitulación de la evolución de la raza, sintetizando magistralmente la idea embriológica, demostrada más tarde por la escuela de Yale, que supone ese concepto. En efecto, y tal es el pensamiento de los investigadores modernos, “visto en perspectiva biológica, el niño, el recién nacido, es un viejísimo anciano, pues ya ha recorrido la mayor parte de las etapas de su larga evolución racial”.

Sabemos que desde el punto de vista endocrinológico hay dos constelaciones glandulares, una de acción éxito-anabólica encabezada principalmente por la hipófisis, y otra de acción éxito-catabólica presidida por la tiroides. La primera constelación glandular de acción fundamental sobre el crecimiento actúa por mediación del vago y la segunda, de acción primordial sobre el desarrollo, obra a través del simpático. (Leyes de Viola, de Godin y de Pende). Al sistema adreno-simpático está confiada la defensa orgánica; al sistema timo-vagal la integridad de las funciones vegetativas.

Uno y otro —crecimiento y desarrollo— marchan ordinariamente de consumo, pero pueden encontrarse disociados como se observa en determinados síndromes clínicos, en los cuales se rompe el equilibrio inestable de la constelación neuro-endocrina.

Sin embargo, en el niño pequeño en el que el crecimiento prepondera considerablemente sobre el desarrollo, la acción de la

constelación éxito-anabólica debe ser igualmente preponderante y, por ello, de acción vagal dominante.

Medimos el crecimiento por índices más o menos precisos somatométricos (peso, estatura, perímetros, diámetros, superficies cutáneas, etc.). El crecimiento es, esencialmente, un proceso de organización que crea modos estructurales y funcionales.

El desarrollo, concepción más amplia pero no menos significativa, lo medimos por niveles de madurez: "modos de conducta que son, simplemente, una definida respuesta del sistema neuro-endocrino-muscular ante una situación específica, sintomática de cierta etapa de maduración". La conducta es, de hecho, la más integrada y totalizadora expresión del estado de desarrollo (Gesell y Amatruda).

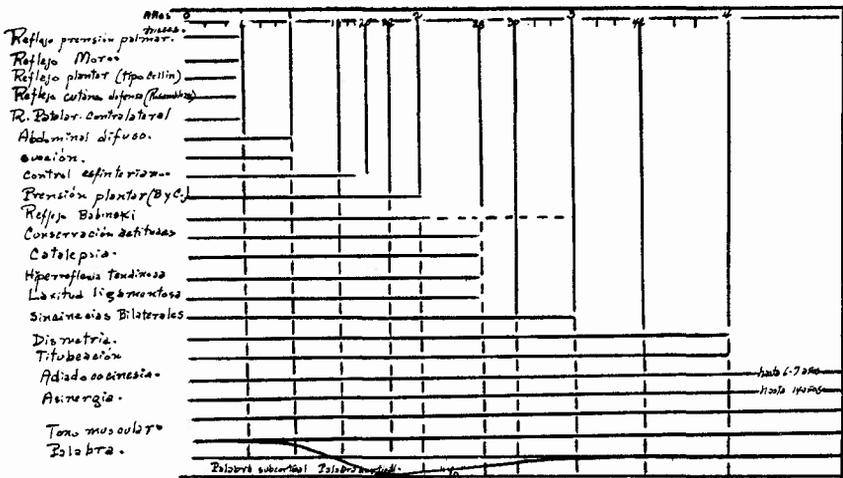
Ahora bien, el desarrollo psicológico depende principalmente del crecimiento y maduración del sistema nervioso de la herencia, del ambiente social y cultural, del ambiente telúrico, del entrenamiento, etc.; de aquí que, como lo dijimos arriba, no hablemos de medición de inteligencia (C. I.) porque lo cierto es que "sin saber qué es la inteligencia, no se puede saber qué es lo que se hace" (G. Dumas). Empero, según la definición de Claparède, en contraposición con Dumas, si "la inteligencia es un instrumento de adaptación que entra en juego cuando faltan los otros instrumentos de adaptación, que son el instinto y el hábito", nos parece más de acuerdo con los hechos clínicos de cada día que sólo la capacidad adaptativa neuro-endocrina, equipo integrante de la personalidad, puede dar las modificaciones adecuadas al crecimiento y al desarrollo. Medir esa capacidad, ese contenido motor activo de una manera objetiva, valiéndose precisamente de un diagnóstico evolutivo es, en esencia, la apreciación de la madurez psíquica. En último análisis, han dicho Murphy y Gesell, hasta la conciencia misma debe depender de la maduración. Como correctamente lo ha señalado Cobb, la conciencia es, en realidad, noción que surge de los procesos superiores de síntesis e integración. Aquí los índices son distintos y varios los procedimientos técnicos para hallarlos.

ESQUEMA DEL PARALELISMO NEURO-PSIQUICO

Arnold Gesell, de Yale, fué quizá uno de los primeros autores que con un acervo clínico y experimental de más de 30 años, llevó a cabo mediciones y pruebas de evolución de conducta, valién-

dose de los simples excitantes de uso diario al alcance del niño: la dinámica del juego. Por estos sencillos medios no era difícil poner en evidencia parte, si no toda, la capacidad de reacción de cualquier niño normal, en edad y "tiempo" normales, con criterio semejante a aquél con que se provoca un reflejo, es decir, una reacción motora, visceral o de secreción que sigue y responde a una excitación sensitiva. Llegó a establecer las mejores clases de estímulos para una edad determinada vinculando definitiva e inobjetablemente la estática y la dinámica del niño al desarrollo neuro-psíquico. Y de allí la deducción lógica de su maravillosa aportación a esta clase de diagnósticos: la división de la Conducta en cuatro tipos, a saber, motriz, adaptativa, lenguaje y personal-social.

La motricidad general, han dicho Heuzer y Robin, el desarrollo de las funciones principales, la aparición de la marcha, del lenguaje, son tributarios de la mielinización del sistema nervioso. De acuerdo con ésto, Heuyer, Collin y Dupré formularon su ley que dice que en el niño el sistema nervioso y el psiquismo maduran en estricto paralelismo, y que a todo retardo motor corresponde inexcusablemente un retardo intelectual; bien que pasados los tres años el paralelismo, conservándose, es menos estricto y al acercarse la pubertad, no puede ser mantenido ya con rigor clínico.



Ejemplo del paralelismo Neuro-psíquico (Tomado de Queiroz y Rosado).

Explicaremos algunos términos del cuadro anterior:

En el niño podemos considerar las edades de 4, 16, 28, 40 semanas, 12, 18, 24 y 36 meses como edades claves, al nivel de las cuales van desapareciendo o apareciendo o perfeccionándose de una manera sobresaliente algunos de los tipos de conducta que luego analizaremos en detalle. Lo cierto es que esas mismas edades señalan niveles de madurez neurológica por una serie de reflejos claramente expresados en el cuadro; pero los niveles de edad no se establecen como normas, sólo están esquematizados como orientación y para facilitar las interpretaciones.

Reflejo de presión palmar, por medio del cual el niño fleja fuertemente los dedos sobre la palma de la mano, a tal punto que puede fácilmente sostenerse, si se fija por ambas palmas, de un pequeño barrote o los dedos del observador, que le sirvan de sostén. Este reflejo desaparece normalmente a los cuatro meses.

El reflejo de Moro que consiste en una rápida y simultánea extensión y abducción seguida de flexión y abducción especial de los brazos, perdura hasta el quinto mes, y es uno de los ejemplos más evidentes de la ley de la difusión del estímulo de Pfluger. En el niño prematuro se encuentra una variante de este reflejo: percutiendo el esternón se produce un movimiento convulsivo y súbito de elevación de brazos y piernas, tipo medular (Peiper).

El reflejo plantar tipo Collin que se manifiesta por flexión lenta del pie sobre la pierna con extensión simultánea de los dedos en abanico, es normal hasta los seis meses, y su persistencia hace sospechar debilidad motriz.

Reflejo cutáneo de defensa de Mlle. Roseblum: se obtiene pellizcando la cara dorsal del pie, en cuya virtud se produce la flexión del pie sobre la pierna y de ésta sobre el muslo con extensión del dedo gordo. Desaparece a los seis meses.

Reflejo de Babinski: es normal y completo, hasta el año; incompleto pero presente hasta los dos años y aún esbozado hasta los tres años. Más allá es siempre patológico.

Reflejo de presión plantar tipo Brain y Curran: desaparece al año de edad.

Los reflejos consensuales de Bielchowski consisten en el movimiento reflejo de un miembro cuando se percute un tendón del otro. (Reflejo patelar contralateral). Desaparecen al sexto mes.

COCIENTE DE DESARROLLO

El sistema nervioso vegetativo y central tiene, así, máxima importancia, pues constituye el integrador supremo que antes y después del nacimiento determinara si el organismo ha de vivir, respirar y existir. Pero tenemos que aclarar, con Amatruda, que hay muestra evidente de que los mecanismos dinámicos y morfo-genéticos actúan con anterioridad a los mecanismos neurales. El embrión, escribe Fischel, está perfectamente integrado antes de poseer un sistema nervioso. "Sin embargo, el crecimiento mental del feto, del infante y también del adulto, depende de la capacidad de las neuronas y los neuroblastos para sufrir crecimiento embrionario". La inervación motriz precede a la sensitiva, estableciéndose el sustrato anatómico necesario para la conducta con mucha anticipación a la conducta misma.

Como tan acertadamente lo ha destacado Cogghill, la organización de la conducta se expresa a la vez en dichos procesos de integración e individualización; procesos que son recíprocos: cada uno implica el otro. Los rasgos fundamentales de los modos de conducta están determinados por la maduración de las masas musculares y de su inervación. De esa manera, una forma de conducta, un modo de conducta, es el resultado de un sistema de fuerzas primariamente endógenas. Dichas fuerzas se hallan regidas por leyes, a tal punto que hasta son accesibles en cierto grado, a la formulación matemática.

La conducta tiene forma, asume configuraciones características en la organización de la postura, en los actos de prensión y manipulación. Aún en los niveles psicológicamente más elevados, como el del lenguaje y el pensamiento, la conducta ofrece pruebas de un moldeamiento regido por leyes.

Para los fines presentes cabe suponer que durante el período de la infancia existe una relación coherente entre la edad temporal (cronológica) y la de madurez (desarrollo), y que su relación matemática, que se llama Cociente de Desarrollo (C. D.) es relativamente constante. Esta relación podemos expresarla así:

Madurez	Edad de desarrollo	28 semanas
Tiempo	Edad cronológica.	28 semanas

C. D. 100.

El reflejo de succión, presente ya desde antes del nacimiento, puede disminuir o desaparecer por trastornos graves del desarrollo nervioso, por prematuridad, falta de desarrollo cerebral en un feto a término, traumatismo obstétrico intenso, etc. Debe desaparecer normalmente al año de edad.

Esta cronología de la desaparición de reflejos permite analizar semiológicamente el crecimiento neurológico y psíquico, puesto que sabemos que a lo largo de toda la infancia la misma morfogénesis está en acción creando nuevas formas de conducta, modos nuevos y más avanzados. Estas formas constituyen síntomas que indican la madurez del sistema nervioso. Pero es que, cabe preguntarnos con Gesell, hay algún estado psíquico, por atenuado que sea, que se halle exento de cierta tensión corporal, de algún contenido motor activo o de una derivación motriz?

Al planear su esquema Gareiso y Escardó pensaron con justa razón que toda anomalía cuali o cuantitativa en las funciones estado-dinámicas, no explicable naturalmente por factores nutritivos o infecciosos se acompañaría de un retardo del psiquismo en comparación con niños sanos de la misma edad y aproximadamente del mismo medio ambiente.

El curso general de la conducta es céfalo-caudal y, además, progresa de los elementos centrales y fundamentales a los distales y accesorios. De aquí que en los exámenes de conducta se consideren las distintas posturas, índices evidentes de maduración, desde la supina horizontal que válidamente podemos considerar como la predominante en el feto, con algunas variantes que pueden alcanzarse en su lucha contra la gravedad y las propias posturas a que lo somete el equilibrio postural materno, pasando por la posición prona, la posición sedente y la dinámica de bipedestación, que no se alcanza sino como una coronación del esfuerzo y madurez del sistema nervioso, en su lucha contra la misma fuerza de gravedad.

Por postura, dice Gesell, significamos la posición asumida por el cuerpo en su integridad o por sus miembros, con el fin de ejecutar un movimiento o mantener una actitud. Entre actitud y acción no es posible trazar una línea divisoria: toda acción presupone un mecanismo postural, y cada momento de un acto puede considerarse como una actitud postural momentánea, de suerte que la actitud postural se convierte en acción postural.

calculando porcentualmente en esa forma la edad en términos de conducta y la conducta en términos de edad. Representa, pues, la proporción de desarrollo normal que se encuentra presente en cada edad determinada. Es el comienzo y no el fin del diagnóstico evolutivo. Cuando el C. D. cae por debajo de 65 — 75 debe sospecharse un serio retardo; por el contrario debe pensarse en fenómenos de precocidad cuando el C. D. es mayor de 100 - 110. Cifras más elevadas rayan con la genialidad, si son generales, totales o con el llamado talento si son particulares de determinada conducta.

Sobre la afirmación de que la conducta crece y asume formas características a medida que se desarrolla reposa Gesell el principio y la práctica del diagnóstico evolutivo. Y el diagnóstico evolutivo no es, según el mismo autor, sino la observación discriminada de las formas de conducta y su estimación mediante comparación con normas tipificadas. Sin embargo, debemos considerar que existen variaciones individuales en cada campo de conducta examinada y que esbozamos anteriormente, así como variaciones en cada una de las edades claves que corresponden a períodos de desarrollo o zonas de madurez.

Todo niño tiene un modo de maduración distintivo que determina y expresa su constitución psíquica, sus defectos, sus incapacidades, sus talentos. Las características de su crecimiento constituyen la clave de su individualidad; bien que sujetándose todas aquellas manifestaciones susceptibles de medida a un nivel más o menos comparable con las formas típicas que expondremos más adelante. Los modos de comportamiento o de conducta no son arbitrarios ni secundarias manifestaciones accidentales, sino que constituyen auténticos resultados de un proceso integral de desarrollo que se realiza con ordenada sucesión en los cuatro campos de la conducta, que se supone que deben marchar paralelamente, pero que son independientes y se individualizan en forma tal que las relaciones aisladas del C. D. pueden variar considerablemente en los diversos campos.

El cómputo total de los cuatro C. D. hace el verdadero criterio de conducta; aunque el señalamiento de cada nivel de conducta es ya índice de por sí valioso en el análisis de las noxas causales de una deficiencia cualquiera en el lenguaje, en la motricidad, en la conducta personal-social o en la adaptativa.

CAMPOS DE CONDUCTA. CONDUCTA MOTRIZ

En la conducta motriz se consideran los diversos tipos de acción corporal incluyendo la postura y movimientos desde los más grandes y groseros hasta las finas coordinaciones prehensoras. El estudio de la conducta motriz implica, por así decirlo, un análisis neurológico, y es el punto de partida en la estimación de la madurez orgánica: estudiamos los movimientos de la cabeza, la marcha, la estática, el gatear, las distintas formas de manipulación de los objetos que sirven de natural estímulo en esta clase de exámenes, que no difieren fundamentalmente, por otra parte de los objetos comunes y corrientes de uso diario: aros, sonajero, aro colgante, conjunto de cubos de madera, bolita, botella, pelota, taza, aro y cinta, taza y cubos, bolita y botella, papel y lápiz, lámina con dibujos, corralito, etc.



FIGURA Nº 1

Las edades claves corresponden a cuatro períodos de desarrollo o zonas de madurez, a saber:

Edades claves	Zonas de madurez
4 semanas	
16 "	Supina
28 "	
40 "	Sentada
12 meses	
18 "	Locomotriz
24 "	
36 "	Pre-jardín de infantes

De acuerdo con ésto, la aplicación de cada uno de los estímulos debe consultar la edad y su correspondiente zona de madurez para que la reacción sea adecuada y pueda ser medida en el propio y tipificado nivel. Para los estudios de conducta debemos aclarar que existen formas o modos permanentes que subsisten o aumentan y formas o modos más o menos transitorios, que pasan o se transforman en diferentes y más avanzados modos de conducta a edades posteriores.

Cuando un niño consigue asir la bolita con prensión cúbito-palmar a las 28 semanas, y a los 12 meses logra asirla con prensión dígito-digital, decimos que este modo de conducta es de tipo permanente. El latido del pulso es en sí mismo, la más permanente de todas las conductas. Se inicia antes de la cuarta semana de vida, según Fischel.

Un niño de 12 semanas está sentado con la cabeza bamboleante; a las 16 semanas está sentado y mantiene firmemente la cabeza. La firmeza sucede al bamboleo. El bamboleo es un modo de conducta transitorio. Ya a las 20 semanas de edad-fetal, según Gesell, los movimientos braquiales y cefálicos se asocian de modo que al volverse la cabeza a la derecha, el brazo derecho tiende a abducirse y el izquierdo a aducirse, dando de esta manera los primeros esbozos del modo reflejo —tónico-cervical (r-t-c) que es tan prominente en la conducta postural precoz. El modo r-t-c, es un modo de conducta transitorio, matriz de los siguientes modos posturales dependientes de los reflejos mesoencefálicos fetales.

Hemos tenido la fortuna de poder estudiar detenida y sistemáticamente con registros fotográficos la conducta motriz de 23 infantes-fetales, entre ellos tres parejas de gemelos (2 univitelinas, 1 bivitelina) hospitalizados en condiciones de observación bastante aceptables en la sección de Prematuros de la Clínica de La Nutrición de Bogotá. El infante-fetal es, por definición, un individuo que ha nacido y sobrevive en el período fetal. De acuerdo con la expresión de Gesell, constituye prácticamente un fenómeno paradójico, puesto que es al propio tiempo un feto extrauterino y un recién nacido prenatal, permaneciendo fiel a su fetalidad aunque haya nacido antes de tiempo.

Para nuestro estudio de los infantes prematuros como de aquellos niños normales (nacidos con peso normal y en tiempo normal de gestación) cuyas distintas conductas hemos observado

más o menos en condiciones semejantes en las clínicas de maternidad, en el hospital La Misericordia y en nuestra consulta particular, hemos seguido, con algunas variaciones de técnica, debidas a dificultades de nuestro medio, las indicaciones y pautas de los trabajos de Gesell y colaboradores de su escuela de Yale. Los registros fotográficos han tenido que ser tomados personalmente por nosotros, ya que la misma delicadeza de la observación requiere el conocimiento más o menos profundo de las variadas conductas infantiles, fáciles de ser mal interpretadas o mal logradas en su oportunidad. Muchos de ellos han requerido selección de más de 300 tomas fotográficas para poder ser luego interpretados a la luz de las enseñanzas del Maestro de Yale.

Analizaremos en el infante-fetal las tendencias de conducta motriz típicas de tres niveles de madurez, para luego hacer el análisis del infante normal en la misma conducta y en los niveles de madurez anteriormente señalados. 1^a- Fase precoz de la Infancia-fetal (28-32 semanas). 2^a- Fase media (32-36 semanas). 3^a- Fase madura (36-40) semanas, coincidiendo esta última con el final del período normal de gestación: 280 días o 9 meses aproximadamente.

La edad fetal de 28 semanas señala el límite de viabilidad del feto, que puede pesar entre 900, 1.000 y 1.100 gramos, poco más o menos (Hess), con una talla de 35, 38 ctms. La cabeza de este infante, de poco cabello, está flojamente insertada en el cuello y en los hombros a tal punto que parece apenas formar parte de la misma anatomía. Brazos y antebrazos son muy delgados, con muy poco desarrollo muscular y panículo adiposo, pero dan la impresión de estar articulados con más firmeza. Tiene la piel de la cara bastante arrugada dando la impresión de un anciano (facies senil). El panículo adiposo es muy escaso en el abdomen, a pesar de su protuberancia. La actitud del infante-fetal precoz es en ocasiones flácida recordando el hábito intra-uterino encorvado; otras veces aparece claramente en r-t-c típico o atípico o invertido. La actividad no se diferencia nítidamente de la quietud: su apariencia es de un constante torpor, y es su conducta más notable y aparente. Su actividad realmente no tiene carácter cíclico definido; y así como puede dormir, puede entrar en vigilia sin que el cambio sea demasiado notable. La alternancia del día y la noche no se hace patente en este infante.



FOTO Nº 2

FOTO Nº 3

Reacciona muy bien a los efectos de un rayo luminoso intenso, parpadeando, frunciendo el entrecejo; y si el efecto de la luz es instantáneo y muy intenso, la reacción es semejante al fenómeno de Peiper. Lo mismo puede decirse si analizamos la reacción a los sonidos: al agitar una campanilla cerca del oído hay fruncimiento de cejas, parpadeo, el infante puede salir del estado de semivigilia, ejecutar rápidamente movimientos de flexión y aducción de los miembros inferiores y superiores y entrar enseguida en período de relajación. Si colocado en posición supina se le hace rotar el tronco con suavidad, la cabeza sigue pasivamente la rotación para volver luego a aquella posición que le es más habitual, bien sea derecha o izquierda. En la misma forma hemos visto que el r-t-c tiene también predilección por uno u otro costado, aunque no es raro encontrarlo invertido. En posición prona, el r-t-c se verifica en las mismas condiciones anteriores. Si en esa misma situación se deja que la nariz quede obstruida por la almohada, el infante rota la cabeza hacia el lado preferido dejando efectuar así la respiración nasal.

A veces el infante-precoc tiene muy disminuido el reflejo de succión y es incapaz de tragar; pero en la mayoría de las veces se trata más bien de carencia de la necesaria resistencia para nu-

trirse adecuadamente en esa forma. Cuando el infante se nutre en buenas condiciones, es de anotar la satisfacción por las primeras porciones del tetero y las frecuencias de las degluciones, que van decreciendo hacia el final de la comida a medida que se hace patente la expresión de saciedad volviendo ligeramente la cabeza en señal de rechazo.

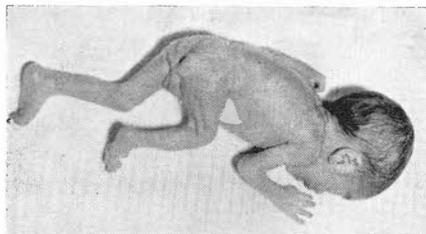


FOTO N° 4 (Posición r-t-c derecha)

Ya en la fase media (32 semanas de edad post-concepcional) el infante ha ganado un peso de 1.200 a 1.600 gramos, con una talla de 39, 43 ctms. y su aspecto general ha variado hasta parecer un niño casi normal. El panículo adiposo es más notable, la cabeza coronada de cabello de escasa longitud, el lanugo que lo revestía hasta entonces ha empezado a caer; su piel se hace suave y sonrosada; la succión es más fuerte y se ha hecho más fuerte, más apto y más resistente a las noxas exteriores.

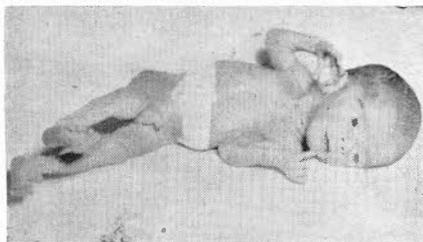


FOTO N° 5

Aunque todavía es un infante-fetal somnoliento, inmaduro, reacciona más vivamente a las manipulaciones del cuidado dia-

rio; su llanto es más fuerte y aparece el reflejo de Moro casi completo. Resiste un poco más los cambios de posición de la cabeza extendiéndola levemente si se le coloca en el hombro. Si se pone en posición prona tiene fuerzas suficientes para encorvarse, elevar la región lumbar y girar activamente la cabeza para liberar la nariz. "Las actitudes asumidas en este ciclo de actividad postural se encuentran dentro del ámbito del r-t-c., pero son menos catatónicas y flotantes que en la fase precoz".

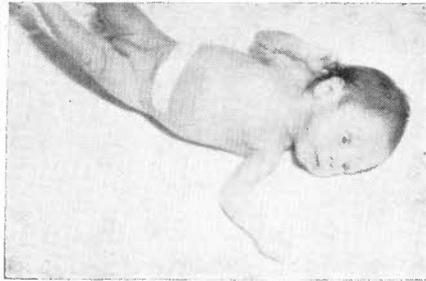


FOTO N° 6

Puede seguir con los ojos, aunque con retraso, un rayo luminoso, poniendo de manifiesto el adelanto de la conducta ocular sobre la manual: las manos, en efecto, tienden a estar cerradas en flexión tónica. "En conjunto, el progreso evolutivo más importante alcanzado en la fase media de la infancia-fetal es la capacidad de atención vigil durante breves períodos, primeros gérmenes que se integrarán en el complejo ciclo de la vigilia diurna y el sueño".

En la tercera fase el infante presenta más las características de un recién nacido a término que las del infante-fetal. Su peso oscila entre 1.600 y 2.500 gramos, tiene una talla de 46 a 48 cms. aproximadamente. Los progresos realizados por este infante son bastante notables si lo comparamos con los anteriores en su conducta motriz. La respiración, el pulso, así como la regulación térmica, aunque no perfectos, están mejor establecidos y más aptos para soportar las pequeñas oscilaciones y cambios a que son sometidos en el cuarto-incubadora en el diario manipuleo. Los mo-

dos y ritmos de actividad y reposo van configurándose. Si el sueño del infante-fetal es difícilmente diferenciable de la vigilia por esa particular modalidad que lo hace variable, fluctuante, incierto, en este infante maduro o de 3ª fase, el sueño es más profundo, más preciso su ritmo, pudiera decirse, según la gráfica expresión de Gesell, que ha aprendido el secreto de dormir.

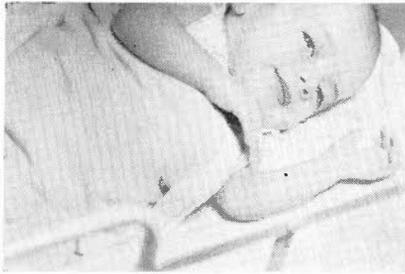


FOTO N° 7 (Infante-fetal maduro)

A veces se resiste a despertar a pesar de todos los excitantes, y si lo hace manifiesta con chillidos su desconformidad, para volver a quedar profundamente dormido. A la edad de 36 semanas el infante es capaz de succionar con fuerza y decididamente el seno materno o el biberón mostrando al mismo tiempo agrado o disgusto por la comida. Sinembargo, el ritmo de la alimentación no está todavía establecido. Su conducta ocular traduce interés visual e inclusive una especie de intencionada inspección, inmovilizando por breves instantes los ojos como absorbiendo impresiones visuales de manera difusa y pasiva. Su conducta social tiene ya las primeras manifestaciones: muestra complacencia a la caricia y en los manipuleos diarios es capaz de conocer a su habitual enfermera, calmándose cuando lo levanta.

Todavía mantiene fuertemente flejadas las manos, a tal punto que es difícil desprender de ellas un lápiz o varilla utilizados como prueba. El infante-fetal maduro resiste la rotación de la cabeza y su r-t-c., se halla en un gran porcentaje claramente dominante hacia la derecha. Si se trata de volverlo hacia la izquierda torna con rapidez hacia el lado preferido. Colocado en posición prona verifica movimientos para levantar la cabeza.

CUADRO RESUMEN DE HISTORIAS CLINICAS

Infante-Fetal.

Sala de Prematuros. Clínica de "La Nutrición".

ESTADISTICA DE CASOS OBSERVADOS

Nº	Sexo	Edad-fetal.	Peso-natal.	Edad de examen.
1	F.	7½ m.	1.900 grms.	30 31 32 s.
2	F.	7½ m.	1.880 "	30 31 32 s.
3	M.	8 m.	2.000 "	32 33 34 s.
4	F.	7 m.	1.800 "	29 32
5	F.	8 m.	1.880 "	32 33 34
6	F.	7 m.	1.750 "	28
7	F.	7½ m.	1.460 "	30 32 33
8	F.	7 m.	1.900 "	29
9	M.	6½ m.	1.100 "	28 29 30
10	M.	7 m.	1.800 "	29 30 31
11	F.	8 m.	1.600 "	32 34
12	M.	7 m.	1.650 "	29 30 31
13	M.	7 m.	2.300 "	29 33
14	M.	7 m.	1.950 "	30 31
15	M.	7 m.	1.700 "	29 30 31
16	F.	7 m.	1.850 "	29 30 31
17	F.	8 m.	1.900 "	32 33
18	M.	7 m.	1.700 "	29 30 31
19	M.	7 m.	1.800 "	29 30
20	M.	7 m.	2.020 "	29 30 32 33
21	F.	7 m.	1.650 "	29 30 31 32
22	F.	6½ m.	1.350 "	28 29 30 31
23	F.	6½ m.	1.300 "	28 29 30 31
24	F.	7 m.	2.130 "	29
25	F.	7½ m.	1.380 "	29 30
26	M.	8 m.	2.250 "	32
27	M.	8 m.	1.600 "	32

CUADRO RESUMIDO DE HISTORIAS CLINICAS

Recién nacido a término.

Clínica "La Magdalena"

ESTADISTICA DE CASOS OBSERVADOS

Nº	Sexo	Peso-grms.	Talla-ctms.	Presentación
1	F.	2.600	48	O. I. D. P.
2	M.	3.280	49	O. I. D. T.
3	F.	3.300	49	—
4	F.	3.820	50	Vértice.
5	M.	2.880	48	O. I. I. A.
6	M.	2.800	48	O. I. I.
7	F.	2.480	48	O. I. I.
8	M.	3.360	50	O. I. I.
9	M.	2.320	47	A. I. I.
10	F.	2.300	47	O. I. D.
11	M.	3.200	50	—
12	F.	2.830	48	Cefálica.
13	F.	3.120	48	—
14	F.	3.800	51	O. I. I.
15	M.	2.800	48	O. I. I.
16	M.	3.300	49	—
17	F.	3.250	50	Cefálica.
18	F.	3.160	49	O. I. I. A.
19	F.	2.640	48	Cefálica.
20	F.	2.900	48	O. I. I.
21	F.	2.880	48	O. I. T.
22	M.	3.500	53	O. I. D.
23	F.	2.480	47	O. I. D.
24	M.	3.220	48	O. I. I.
25	M.	3.500	51	Cefálica.
26	F.	3.080	47	Cefálica.
27	M.	3.620	50	O. I. A.
28	F.	3.220	49	O. I. D.
29	M.	3.060	50	Cefálica.
30	M.	2.660	47	Cefálica.
31	M.	2.590	46	Cefálica.
32	M.	3.330	50	Cefálica.
33	F.	2.700	47	Cefálica.
34	F.	3.000	48	Cefálica.
35	F.	2.700	47	Cefálica.
36	F.	2.820	47	O. I. I. A.
37	M.	2.650	47	Cefálica.
38	M.	2.550	48	Cefálica.

Nº	Sexo	Peso-grms.	Talla-ctms.	Presentación
39	M.	3.400	50	Cefálica.
40	M.	3.120	47	O. I. D. P.
41	M.	3.300	50	Cefálica.
42	M.	3.660	50	Cefálica.
43	F.	2.800	48	Cefálica.
44	F.	2.880	48	O. I. D.
45	M.	3.190	48	Cefálica.
46	F.	3.170	49	Cefálica.
47	M.	2.980	48	Cefálica.
48	M.	3.550	50	Cefálica.
49	M.	3.340	51	Cefálica.
50	M.	3.040	51	Cefálica.
51	F.	2.960	51	Cefálica.
52	M.	3.120	49	Cefálica.
53	F.	2.960	49	O. I.
54	F.	2.590	49	O. I. I.
55	F.	2.800	48	Cefálica.
56	M.	2.670	47	O. I. D. P.
57	M.	3.670	49	—
58	M.	2.820	49	O. I. D.
59	F.	2.620	47	O. I. I.
60	M.	3.020	47	O. I. I.
61	M.	2.540	46	—
62	M.	2.450	46	Cefálica.
63	F.	3.000	49	Cefálica.
64	M.	3.100	48	Cefálica.
65	F.	3.190	49	Cefálica.
66	M.	2.900	49	Cefálica.
67	F.	2.500	49	—
68	F.	3.590	50	—
69	M.	2.800	50	O. I.
70	F.	3.020	47	Pelvis Completa
71	F.	3.560	49	Cefálica.
72	F.	3.480	50	Cefálica.
73	F.	2.750	48	O. I. I. A.
74	M.	2.540	48	O. L. L.
75	F.	3.150	49	O. I. D.
76	F.	2.580	46	O. I. I.
77	M.	2.740	47	—
78	M.	2.780	47	O. I. I.
79	F.	3.380	51	Cefálica.
80	F.	2.540	47	—
81	F.	2.800	58	Cefálica.
82	M.	2.900	48	—
83	F.	3.100	49	—
84	F.	2.760	48	Cefálica.
85	M.	3.240	49	O. I. I. A.
86	F.	2.900	49	O. I. I. A.

Nº	Sexo	Peso-grms.	Talla-ctms.	Presentación
87	F.	2.820	48	Cefálica.
88	F.	2.050	48	Pelvis.
89	F.	2.020	47	—
90	M.	3.020	49	Cefálica.
91	M.	2.740	50	Cefálica.
92	F.	2.980	49	O. I. I. A.
93	F.	3.280	49	O. I. I. A.
94	M.	3.580	51	Cefálica.
95	M.	3.200	49	Cefálica.
96	M.	3.000	49	Cefálica.
97	F.	3.520	51	Cefálica.
98	M.	3.320	50	Cefálica.
99	F.	2.960	47	O. I. A.
100	M.	2.980	49	O. L. I.
101	M.	2.960	49	Cefálica.
102	F.	2.800	48	Cefálica.
103	F.	3.000	49	Cefálica.
104	M.	3.300	48	Cefálica.
105	F.	3.020	48	Cefálica.
106	M.	3.080	48	Cefálica.
107	M.	2.920	48	O. I. D. P.
108	F.	2.700	47	Cefálica.
109	M.	2.380	46	—
110	M.	3.480	49	Cefálica.
111	F.	2.900	48	Cefálica.
112	M.	3.040	47	Cefálica.
113	M.	3.060	48	O. I. I. P.
114	M.	3.620	50	O. I. I. Encajad
115	F.	3.340	50	O. I. D.
116	F.	2.960	49	O. I. D.
117	M.	3.200	50	O. I. I.
118	F.	3.200	49	O. P.
119	M.	3.000	49	O. I. I.
120	M.	2.640	49	O. L. I.
121	M.	2.740	49	O. I. I. A.
122	M.	3.050	50	O. I.
123	F.	3.140	47	O. I. I.
124	F.	2.520	46	O. I. I.
125	M.	2.700	48	O. I. I.
126	M.	2.700	48	O. I. I. alta.
127	M.	2.880	46	O. I. I.
128	F.	2.320	46	O. I. D. P. enca
129	M.	3.250	50	O. I.
130	F.	2.400	46	O. I. I.
131	M.	2.520	47	O. I. I. ins.
132	M.	2.900	48	O. I. D. A.
133	M.	3.000	50	O. I. I.
134	M.	3.340	51	O. I. I.

Nº	Sexo	Peso-grms.	Talla-ctms.	Presentación
135	F.	3.620	51	O. I. D. P.
136	F.	2.600	47	O. I. D.
137	F.	3.000	50	O. I. P.
138	F.	3.160	51	O. I. I.
139	F.	3.140	49	O. I. D. P.
140	M.	3.140	50	O. I. I.
141	M.	2.860	48	O. I. I.
142	F.	2.680	49	O. I. D.
143	F.	2.940	49	O. I. I.
144	M.	3.120	47	O. I. I.
145	F.	3.140	48	O. I. I.
146	M.	4.200	58	O. I. D. P.
147	F.	3.450	50	O. I. D. P.
148	M.	2.940	49	O. I. I.
149	F.	3.540	51	O. I. D.
150	M.	3.640	53	O. I.
151	M.	3.040	50	O. I. I. A.
152	F.	3.040	49	O. I. D. A.
153	F.	3.260	50	O. I. I.
154	M.	2.900	49	O. I. I.
155	F.	3.140	50	O. I. I. A. enca
156	F.	3.180	49	O. I. I. A.
157	M.	3.200	50	O. I. I.
158	M.	3.120	50	—
159	M.	2.760	48	—
160	M.	2.300	45	O. I. I. A.
161	F.	3.160	50	O. I. I.
162	M.	2.550	48	O. I. D.
163	F.	3.030	49	O. I. I.
164	F.	2.900	48	O. I. D.
165	F.	2.900	48	O. I. D.
166	F.	2.940	49	O. I. T.
167	M.	3.300	50	O. I. I.
168	M.	3.320	51	O. I. I.
169	M.	3.200	51	O. I. I.
170	F.	3.200	50	O. I. D.
171	M.	2.160	44	S. I. I. A.
172	M.	2.900	48	—
173	F.	3.140	49	O. I. I.
174	M.	2.900	50	O. I. I.
175	F.	3.280	50	O. I. D. P. enca
176	F.	2.860	49	O. I. D.
177	F.	3.400	51	O. I. I. encaja
178	M.	3.200	49	O. I. I. encaja

EL INFANTE A TERMINO

El recién nacido a término es, si se quiere, desde el punto de vista de la conducta motriz, ligeramente inferior al infante-fetal maduro, por lo menos durante los primeros días (primera semana de vida) en que el nacimiento, acontecimiento verdaderamente crítico y traumático, le mantiene abatido y somnoliento, casi al punto de estupor, hecho que revela cierto grado de lesión cerebral. Empero es evidente que el recién nacido a término (0-4 semanas o un mes) inicia su evolución con las ventajas derivadas de un período normal de gestación, y en esa forma, dispone de un aparato de conducta relativamente maduro, que lo coloca en buenas condiciones para soportar una vida extrauterina independiente. Aquí, la conducta respiratoria del recién nacido a término es el índice más sensible de su bienestar; puesto que hasta las más breves privaciones de oxígeno pueden tener graves efectos duraderos.

En el recién nacido a término el sueño es un estado relativo más bien que absoluto; por lo común cuando se despierta llora por hambre o por incomodidad. Al dormir, permanece de ordinario con la cabeza desviada a un costado, los brazos flejados simétricamente, con la mano junto a la cabeza. Cuando permanece despierto durante cierto tiempo sus brazos adoptan la posición asimétrica en r-t-c, y los miembros inferiores en posición que recuerda el hábito fetal, que desaparece posteriormente a las cuatro semanas de edad, conservando, sin embargo, las manos cerradas con fuerza debido a la tonicidad.

Si se levanta un infante recién nacido se puede observar que la cabeza se mantiene erecta por espacio de unos minutos, para luego caer hacia el lado de mayor incidencia del r-t-c.

La conducta ocular no es tan avanzada como la del infante-fetal maduro: puede seguir con los ojos un rayo luminoso en un arco de 45 grados, pero es difícil provocar una verdadera mirada al rostro del examinador a pesar de todos los estímulos que se hagan en las distintas aproximaciones sociales. Su rostro sigue inexpressivo, y no será sino más tarde (12 semanas) cuando reconozca a su enfermera y esboce la primera sonrisa social espontánea.

Pudiera decirse que el recién nacido a término es un infante-fetal maduro sin experiencia de la vida extrauterina. Tanto en

uno como en otro, el r-t-c., domina la actividad motriz y limita el ámbito de la motilidad. Así, pues, las funciones del infante-fetal maduro tienden a ser más fáciles y perfectas, la respiración es más regular, las regurgitaciones menos frecuentes y la succión más eficiente. Se halla, como es natural, mejor adaptado a su ambiente postnatal. Pudiera parodiarse lo dicho anteriormente, como lo expresa Gesell, que el infante-fetal maduro es como un neonato que escapó a los rigores de un parto a término y a las dificultades de la transición postnatal. Con ello, como el mismo Gesell lo explica, no se quiere dar a entender que existan ventajas reales en la prematurez, puesto que las ventajas del infante-fetal maduro son transitorias y superficiales: alcanzado el nivel de las 4 semanas ambos infantes no se diferenciarán y ambos alcanzan el mismo nivel de madurez.

Ocurre preguntar, dada la precocidad con que aparentemente aventaja el niño prematuro al recién nacido a término, si la prematurez por sí misma sería provechosa para la causa del desarrollo. "Si la prematurez por sí misma llevara a la precocidad, todas las funciones de conducta estarían aceleradas, intensificadas, agudizadas, y el infante-fetal, equivalente a un recién nacido a término con 4 semanas de edad, sería en realidad un prodigio". Pero esto no ocurre, y mediante los mecanismos de maduración la naturaleza mantiene el organismo estable y más o menos próximo a su verdadero curso.

Para el examen de la conducta motriz desde las 4 semanas hasta la edad de tres años aproximadamente, escogemos momentos decuados en que el niño, estando despierto, permanece tranquilo, con ocasión de su digestión. En estas condiciones y sin que nada distraiga su atención, procedemos a presentar —en las zonas de madurez ya anotadas— los distintos estímulos de que hablamos anteriormente.

En la primera fase (4 semanas, 1 mes aproximadamente), posición supina, —la constante del infante— no hacemos uso de los estímulos que suponen para su finalización adecuada otras posiciones. Predomina en esta edad la posición lateral de la cabeza con posición asimétrica r-t-c. Si se trata de sentarlo cae hacia atrás la cabeza.

Las manos están fuertemente cerradas. Cuando se le presenta el sonajero, sin prestarle atención, al tocarlo con los dedos el puño se cierra fuertemente y los dedos deben ser separados

para recibir el mango del sonajero. En posición prona la cabeza gira hacia un lado y trata de levantarla del lecho momentáneamente.

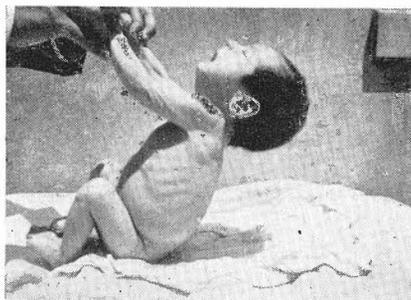


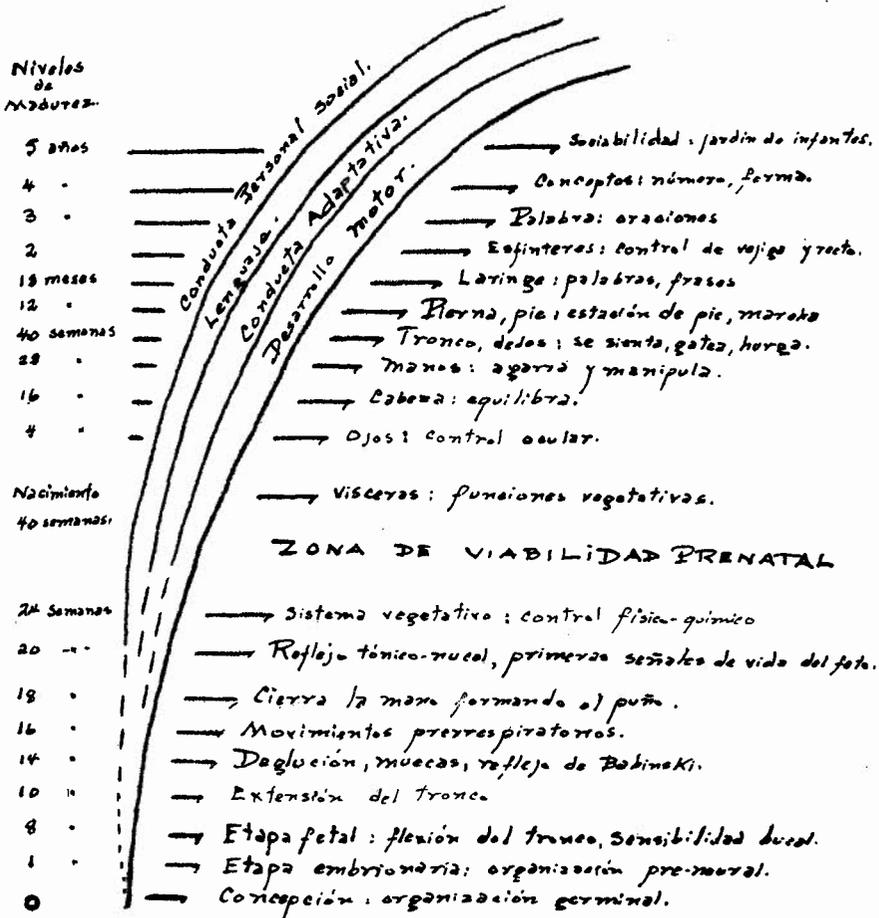
FOTO N° 8

A las 16 semanas, (4 meses aproximadamente) colocado el niño en posición supina esboza la posición asimétrica r-t-c., teniendo ya tendencia simétrica con mayor predominio, y manteniendo en posición mediana la cabeza. Las manos están abiertas o laxamente cerradas de manera que puede sostener activamente el sonajero si se le presenta. En esta ocasión las manos del niño se encuentran en la línea media. Sentado, sostiene la cabeza firme después de un breve período de bamboleo, pero dirigida hacia delante.

En posición prona sostiene la cabeza levantada bastante tiempo y extiende las piernas. Es capaz de retener el aro colgante, y tiene tendencia a rodar en la cama. Se inicia una prensión precaria palmar, a manera de barrido, con la bolita y los cubos.

A las 28 semanas es capaz de levantar la cabeza estando en posición supina; si se sienta lo hace inclinándose hacia delante, apoyado sobre las manos, pero puede permanecer erecto por poco tiempo. La prensión ha evolucionado hasta hacerse palmo-radial, verificando ya el traspaso de un objeto —cubo o lápiz— de una mano a la otra (fenómeno de transferencia). Al pararlo puede sostener gran parte del peso de su cuerpo y saltar activamente.

EL DESARROLLO DE LA CONDUCTA EN LOS CUATRO CAMPOS MAS IMPORTANTES (Tomado de Gesell)



A las 40 semanas (10 meses aproximadamente), el niño acude a la posición supina, al reposo, sólo para el sueño; el desarrollo de la conducta motriz abre para sus ansias de investigación la locomoción en su fase más imperfecta, el gateo, que lo hace sobre mano y rodillas o sobre manos y pies con el tronco erecto. Puede arrastrarse sobre las nalgas en posición sentada, constituyendo una variante locomotriz de madurez equivalente al ga-

teo. De la posición sentada en que permanece firme indefinidamente puede pasar fácilmente a la posición prona y viceversa, para pararse apoyado en la barandilla. Ya es capaz de verificar la prensión de la bolita con un movimiento de pinzas entre el pulgar y la punta del dedo medio permaneciendo la mano apoyada en la superficie de la mesa.

Si anteriormente existía predominio de los músculos flexores de la mano sobre los extensores, en esta edad empieza a manifestar dominio de los extensores, prueba de ello la deliberada manera, aunque algo tosca o exagerada, de abandonar el objeto. Con los cubos, el niño aparenta comparación poniéndolos en estrecha proximidad.

El primer año de vida es un verdadero acontecimiento en la conducta motriz del infante. Sus investigaciones y exploraciones en su pequeño gran mundo van más lejos merced a sus más perfectos medios de locomoción: la marcha; pero esto sólo lo hace por ahora sostenido de la mano y es mucho, si se compara con el gateo. Intenta hacer una torre de dos cubos pero fracasa; en cambio la prensión de la bolita la verifica con la precisión de un adulto.

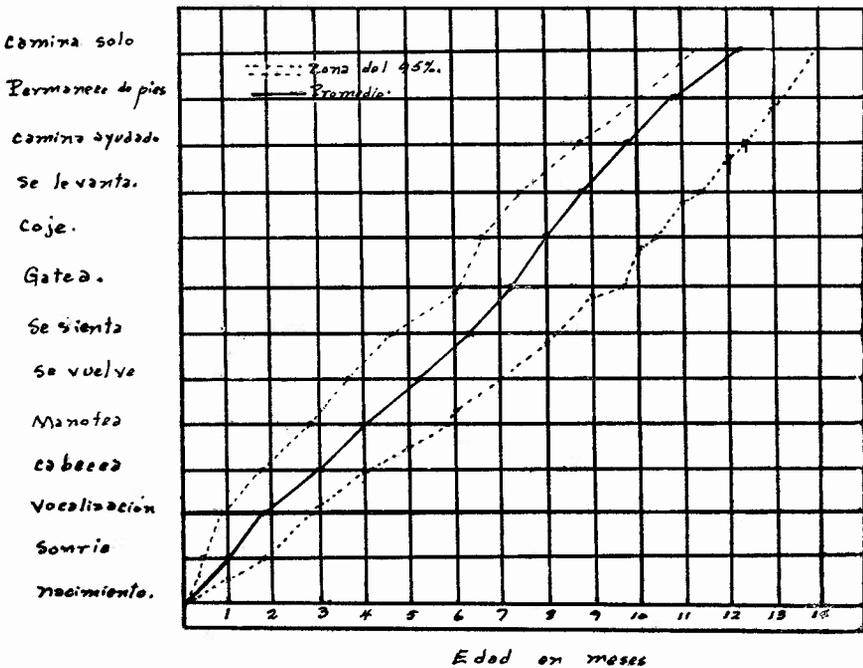
Al año y medio (18 meses aproximadamente), la marcha ha progresado hasta caminar solo y no caer sino rara vez. Esta marcha es de tipo atetósico; el niño se mantiene en postura muy erguida y cualquiera inclinación hacia delante en dirección de la carrera producirá la caída. Ya es capaz de sentarse solo en una silla y siempre que lo hace, de espaldas a ella, mira por entre las piernas para cerciorarse y dejarse caer en posición. Ensaya trepar, sube las escaleras ayudándose con las manos. Como puede sostenerse muy bien de pies, arroja la pelota con las manos jugando con ella, o la empuja con el pie. Cuando se le presenta un libro vuelve fácilmente las páginas en grupo de 2 o 3.

Al cumplir sus dos años de vida el niño ya corre bien sin caerse, sube y baja las escaleras sin necesitar apoyo, pateo con alguna destreza la pelota y vuelve una a una las hojas de un libro. Llega hasta construir con 6 cubos una torre sin que se le caiga. Ya es capaz de sostener un lápiz con los dedos; pero no empezará a usarlo sino a los 3 años cuando copiará círculos y ensayará hacer una cruz. A esta edad alterna bien los pies al subir una escalera, y puede montar un triciclo usando los pedales. Su equilibrio le permite mantenerse sobre un pie momentáneamente.

La construcción de una torre la verifica con 9 o 10 cubos si se le insiste en ensayarla”.

“Tres años es una edad crucial. Es una especie de culminación en el proceso del desarrollo infantil”. El niño es capaz de comer por sí mismo con cuchara derramando poco el alimento; duerme bien toda la noche, es un gran compañero y se adapta muy bien a las condiciones domésticas. Sin ser perfecto, el niño de tres años muestra ya en embrión los rasgos de su personalidad que hará más patente a la edad de 5 años, en que se puede considerar al niño como un pequeño ciudadano conformista, seguro de sí mismo y habituado a su pequeño mundo.

GRAFICO QUE MUESTRA EL DESARROLLO DEL INFANTE DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA; LA EDAD EN QUE APARECEN SUS HABILIDADES PROGRESIVAS; Y LA ZONA EN QUE OSCILA EL DESARROLLO DEL 95% DE LOS NIÑOS.



CONDUCTA DEL LENGUAJE

De la buena instalación de la conducta respiratoria en el neo-nato depende en gran parte el desarrollo del lenguaje. La primera de sus respiraciones, ha dicho Gesell, puede ser una sacudida de extensión que provoca una espiración seguida de inspiración. Las inspiraciones iniciales pueden también ser tranquilas continuaciones de los mismos movimientos rítmicos que se establecieron embriológicamente dentro del útero. Con el aumento del tono, las inspiraciones se hacen más profundas y son seguidas por espiraciones prolongadas que luego se convierten en un gemido, llamado llanto o grito del nacimiento y caracterizado por Kant como "un grito de ira ante la catástrofe del nacimiento". Usamos el término lenguaje en el sentido más amplio, incluyendo posturas, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones.

El aprendizaje del lenguaje, según Delacroix, comienza con el montaje de la función fonética, con el recorte de las nociones. El niño no comienza a hablar más que en el momento en que está en posesión de los medios intelectuales y físicos, que permiten la palabra porque la sobrepujan. El ajuste sensorio-motor del niño, la sinergia auditivo-motriz no se efectúa más que por el mandato del interés lingüístico. Y no obstante el lenguaje es un desarrollo prematuro, cambiando el comportamiento en el momento de la explosión de la función verbal.

Para Pichon existen seis períodos en la maduración del lenguaje: el vagido, la lalación (palabra coherente), la comprensión pura, la locución, la delocución y el lenguaje constituido.

La lalación, escribe Decroly, es el período pre-lingüístico caracterizado por la articulación faringo-laríngea y buco-palatina. Carece de significación. El balbuceo, que aparece a los 10 meses, es un sonido labio-lingual que tiene significado de valor lingüístico, siendo en realidad manifestaciones onomatopéyicas e individuales que el niño crea espontáneamente y sin imitar lenguaje ambiental.

La comprensión pura aparece entre los 7, 8 y 9 meses: época de los soliloquios verbales que le sirven al niño de entrenamiento para la mejor imitación mediata del lenguaje adulto. Según el esquema de Gareiso y Escardó:

Período Pre-lingüístico (prelocución)	Vagido	0	meses	
	Lalación	Gorgeo	6	"
		Croar	8	"
		Balluceo	10	"
Período lingüístico.	Comprensión pura, Sonrisas.	7	10 meses	
	Locución. Palabra coherente.	10	18 "	
	Delocución. Frase conciente. 3ª persona.	20	"	
	Lenguaje constituido. "yo".	22	a 28 meses	

En realidad de verdad, según se desprende de lo que llevamos dicho, no tiene gran valor la aparición más o menos temprana del sonido, sino el tiempo que media entre la primera palabra coherente y la primera frase coherente.

A las 4 semanas de edad la faz del niño es inexpresiva, de mirada vaga e indirecta. Solo emite ruidos guturales. A las 8 semanas aparece la primera sonrisa social, cambiando la expresión que se hace despierta, viva, de mirada definida y directa. Los sonidos guturales se cambian por emisiones claramente definidas como a-e-u. A las 16 semanas el niño ríe fuertemente y emite chillidos. A las 28 semanas se le oye un parloteo espontáneo que rápidamente se cambia en emisión de sílaba como: "pa-pá", da-ca". A las 40 semanas el chico responde al nombre y comprende la expresión "adiós". Dice claramente "mamá" o "papá", e imita sonidos.

Con el primer aniversario el niño gana dos o más palabras además de "mamá" y "papá": dirá "tete", "nene" con perfecta locución, y nombrará unos pocos objetos por el nombre. El lenguaje va enriqueciéndose con la adquisición de 10 palabras incluyendo su nombre propio al año y medio (18 meses aproximadamente). Un poco más tarde combinará dos o tres palabras espontáneamente formando una frase: "Niño-feo", "niño-tonto".

Pasados los dos años dirá su nombre completo usando los pronombres "yo - mi - tu". Es capaz entonces de cumplir una o dos órdenes verbales como: "dáme la pelota", "lláma a tu mamá". A los 3 años puede indicar el uso de varios objetos, explicar una acción, nombrar las imágenes de una caja de lotería instructiva, contestar preguntas sencillas: decir su sexo, usar voces en plural. Pregunta frecuentemente si "esto está bien?", y si "se hace de

esta manera?”. Tales interrogaciones, dice Gesell, revelan su madurez y la tendencia en desarrollo a proyectarse ampliamente en el medio cultural y no sólo en el seno del hogar.

Como regla, acostumbramos a obtener la información suplementaria sobre el desarrollo del lenguaje interrogando a los familiares sobre la conducta diaria del niño en el hogar. Las condiciones del examen en la consulta particular o en el hospital no son las más adecuadas para el logro completo de la libre expresión verbal.

CONDUCTA ADAPTATIVA Y CONDUCTA PERSONAL-SOCIAL

La coordinación motriz en combinación con el juicio nos da la clave objetiva de la conducta adaptativa que es, realmente, la “adaptación sensorio-motriz ante objetos y situaciones”; la habilidad para utilizar adecuadamente la dotación motriz en la solución de problemas prácticos, la capacidad de realizar nuevas adaptaciones frente a los sencillos problemas que le sometemos”. Así definida la conducta adaptativa, se relaciona de una manera evidente con la definición de “Inteligencia” que diera W. Stern en el Congreso de Psicología Experimental realizado en Berlín en 1912: “la inteligencia es la capacidad de adaptar concientemente el pensamiento a exigencias o situaciones nuevas”. El creador del Positivismo, Augusto Comte, había hablado en forma parecida al enunciarla como “una capacidad para la experiencia nueva”.

En efecto, tal es la apreciación del nivel de la conducta adaptativa y tal el criterio en que se basa; puesto que al examinar el comportamiento ante determinados y nuevos estímulos no hacemos otra cosa que determinar la “capacidad para las nuevas experiencias”. Sin embargo, desde nuestro punto de vista es el conjunto motriz, el que nos da la tónica del C. D. asociado al índice de reactividad personal-social. Tal la razón para que describamos conjuntamente los dos tipos de conducta.

La conducta Personal-social comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social del medio en el cual vive”. Para Gesell “estas reacciones son tan múltiples y variadas, tan contingentes respecto del ambiente, que parecerían estar fuera

del alcance del diagnóstico evolutivo; pero aquí, como en otros aspectos, hallamos que el modelamiento de la conducta está determinado, fundamentalmente, por los factores intrínsecos del crecimiento". Por ejemplo, añade, el control de la micción y defecación son exigencias culturales del medio, pero su adquisición depende, primariamente, de la madurez neuro-motriz. Lo mismo ocurre con un amplio número de habilidades y actitudes del niño: capacidad para alimentarse, higiene, independencia en el juego, colaboración y reacción adecuada a la enseñanza y convenciones sociales.

A la edad de 4 semanas (un mes aproximadamente), cuando se hace sonar una campanilla cerca del oído del niño, éste parece escuchar, disminuyendo la actividad. Mira al examinador disminuyendo la actividad, pero ordinariamente la mirada demora en la línea media. Si se le acerca el sonajero, lo retiene brevemente y demuestra una actitud facial social. Si a las 16 semanas le presentamos los cubos los mira con atención siguiendo luego al examinador en sus manipulaciones y sonríe espontáneamente. En los cortos juegos suele tirar la ropa sobre la cara. El aro colgante y el sonajero provocan en el niño la actividad de sus miembros superiores.

Colocado el niño en posición supina a las 28 semanas suele jugar con los pies llevándoselos a la boca; así se conduce con los cubos y la campanilla que ponemos a su alcance. Ya distingue perfectamente a las personas extrañas, sonríe y parlotea; toma bien los alimentos sólidos. A las 40 semanas (10 meses aproximadamente), es capaz de comer solo una galleta y ejecutar movimientos de "adiós" con las manos. Extiende el juguete a otra persona, y si se le presenta la campanilla la toma por el mango y la sacude espontáneamente.

Cuando cumple el primer año tenemos al niño hecho una personita cooperadora en el vestirse; presenta el pié para que le coloque el zapato, empuja los brazos a través de las mangas. Puede llevar el peine a la cabeza o el pañuelo a la nariz. Comprende muy bien el gesto de pedir un juguete y es capaz de colocarlo y soltarlo en la mano. A los 18 meses (año y medio aproximadamente), descarta definitivamente el biberón y come solo aunque derramando parte del alimento. Pide de comer. Se esboza el control rectal e indica las ropas mojadas y aún puede regular sus necesidades de toilet durante el día respondiendo a las insinua-

ciones de la madre quien, entonces, puede conservarlo seco con raros "accidentes".

Cumplidos los dos años puede permanecer seco de noche si se tiene el cuidado de levantarlo. Puede ponerse por sí solo prendas de vestir sencillas. Imita trazos circulares en el papel y habla corrientemente en frases de tres palabras utilizando los pronombres personales aunque no siempre con corrección. Juega solo pero con actividad paralela a la de otro chico ocupado en el mismo juego. La actividad lúdica en equipo con relaciones y comentarios no empieza a esbozarla sino pasados los 3 años. Entonces puede trazar una cruz en el papel, comer solo sin derramar gran cosa del alimento, ponerse los zapatos, desabrochar los botones accesibles del vestido. Es capaz de contar hasta tres números dígitos y recitar unos pocos versos, si se le enseñan. Por sí mismo se lava la cara y se la seca así como las manos. Carece todavía del sentido de orientación en espacio y en tiempo, y distingue apenas dos colores fundamentales.

FOTOGRAFÍAS DE REGISTRO DE CONDUCTA POSTURAL
Y DE CONDUCTA PRENCERA



FOTO Nº 9



FOTO Nº 10



FOTO Nº 11



FOTO Nº 12



FOTO Nº 13



FOTO Nº 14

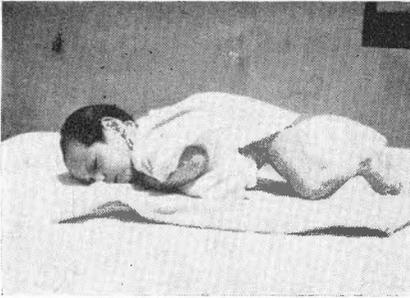


FOTO Nº 15

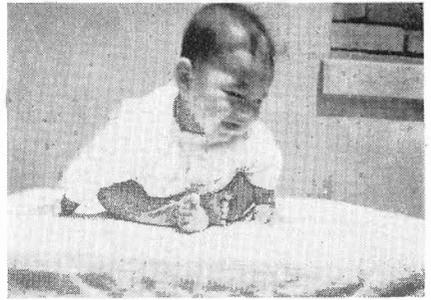


FOTO Nº 16



FOTO Nº 17

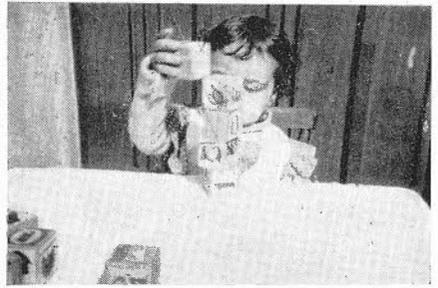


FOTO Nº 18



FOTO Nº 19

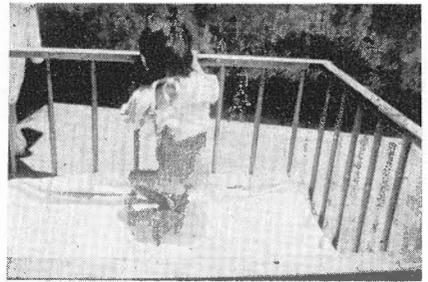


FOTO Nº 20

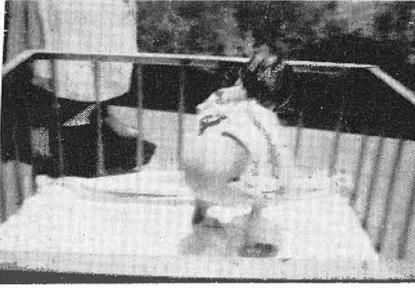


FOTO Nº 21



FOTO Nº 22

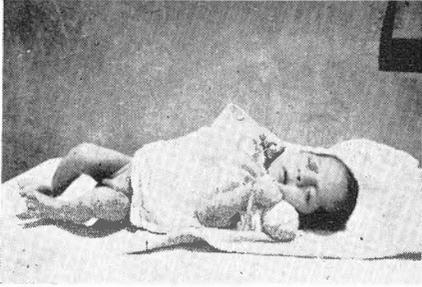


FOTO Nº 23

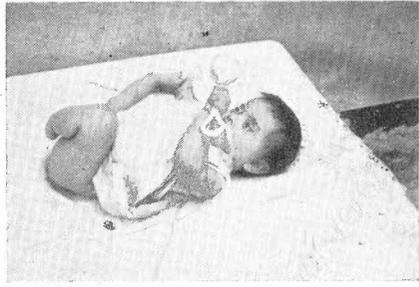


FOTO Nº 24



FOTO Nº 25

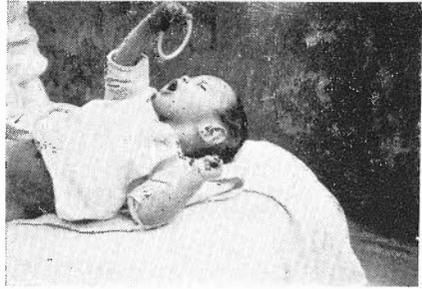


FOTO Nº 26

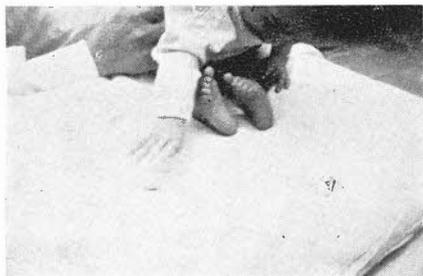


FOTO N° 27



FOTO N° 28



FOTO N° 29



FOTO N° 30



FOTO Nº 31

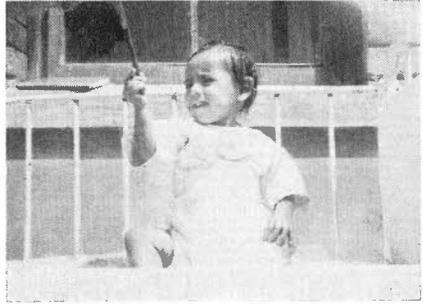


FOTO Nº 32

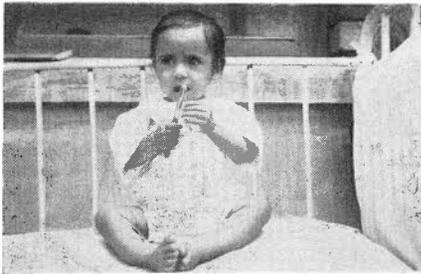


FOTO Nº 33

PARTE SEGUNDA

APUNTACIONES SOBRE CONDUCTA ANORMAL

CONDUCTA ANORMAL

Después de haber pasado revista somera a los distintos tipos de conducta normal, es evidente que el diario trajín nos lleva, como de la mano, a verificar el análisis comparativo y diferencial de aquellos casos que no se ajustan, dentro de amplias consideraciones, a lo que aprendimos como niveles óptimos del niño que tiene un desarrollo de conducta normal. Los defectos y desviaciones de aquellas normas los encontramos a cada paso, llamándonos la atención el hecho de que a pesar de poseer métodos tan sencillos de diagnóstico, todavía se nos escapan.

Como dijimos al principio, tanto la salud como la enfermedad tienen tendencia a ser consideradas desde un punto de vista evolutivo y funcional. Para nosotros, siguiendo a Mas de Ayala, la enfermedad no crea síntomas sino que libera etapas de regresión (involución o disolución). Por otra parte, sabemos que para el niño las noxas que atacan su sistema nervioso le implican un doble peligro: el de perder lo que ya tiene, y el de no adquirir lo que ganaría con la maduración.

Las principales noxas que actúan sobre el sistema nervioso infantil se pueden clasificar en 1) traumáticas, 2) infecciosas, 3) tóxicas, 4) tumorales-degenerativas, y 5) no determinables. Estas últimas resultarían o bien de la continuación en cantidades no ponderables de las anteriores o bien de situaciones que corresponden al organismo en general aunque asiente o se manifiesten en el sistema nervioso. Según el momento de su actuación, las noxas se dividen en preconceptionales, conceptionales, del embarazo, parto, período natal y vida posterior.

De hecho, en todos los casos de defecto o desviación evolutiva, en los cuales el sistema nervioso, como se ha establecido, es el sustratum, se debe antes que nada inquirir si ellos son profundos o transitorios, limitados o generalizados, mejorables o irreductibles. En pocas palabras, debemos reconocer o eliminar la amencia.

Los problemas más complicados de diagnóstico diferencial en estos casos no siempre pueden resolverse en un solo examen. Quizá, como lo aconsejan Gesell y sus colaboradores, se requieren varios exámenes hechos a intervalos variables para formular un juicio crítico sobre la velocidad y curso del desarrollo. En tales condiciones, concluyen, el diagnóstico diferencial llega a ser un programa de investigación metódica combinado con supervisión; lo cual implica identificación, exclusión y evaluación progresiva.

Hemos aplicado sistemáticamente al estudio de los cuadros clínicos con fenómenos de evolución retardada, el criterio anteriormente expuesto, y hemos podido aclarar algunos de ellos cuya etiología aparecía oscura o confusa. Con el mismo método nos ha sido fácil llegar a iguales o parecidas conclusiones a las que da el método exclusivamente neurológico, como la pneumoencefalografía.

Dentro de las formas y grados de retardo evolutivo, la amencia es quizá la que más llama la atención. Amencia, literalmente definida, significa falta de mente; pero en el campo psiquiátrico tiene dos acepciones; para los autores alemanes, según Serebrinsky, la amanecia es una confusión mental alucinatoria. Para los autores de habla inglesa es el nombre genérico de todas las formas de oligofrenia. Y es en este último significado como caep-tamos el término. Debe diferenciarse, sin embargo, del término "demencia" que constituye, según Gesell, una desorganización por deterioro mental, que se presenta después de un desarrollo normal o retardado. Los grados de amencia corresponden aproximadamente a 3 categorías clínicas: idiotas, imbeciles y débiles mentales.

El idiota es un ser profundamente defectuoso. No alcanza a usar válidamente la palabra como expresión intelectual. Cuando madura, su comportamiento general resulta inferior al del niño corriente de 4 años. El imbecil, menos defectuoso que el anterior, es posible que alcance la palabra conciente como medio de comunicación, pero nunca aprenderá a escribir. En sus relaciones cotidianas necesita ser supervigilado. Su edad mental es igual a la de un niño normal de 7 años aproximadamente. El débil mental es capaz de leer y escribir pero con deficiencia de memoria y juicio que determinan que su edad mental no pase de 10 años, según Binet-Simon.

En el análisis de las noxas de que tratamos anteriormente, no debemos olvidar que, si bien es cierto que las infecciones, traumatismos o las intoxicaciones juegan papel muy importante en la aparición de los diferentes tipos de retardos evolutivos, es, esencialmente, el componente constitucional, genético, el que establece la mayor o menor labilidad orgánica y psíquica. La buena constitución, el buen equipo nervioso, es una dotación que va a servir luego para la resistencia a los trastornos ambientales y culturales, o a todos aquellos obstáculos que se interpongan al desarrollo de la personalidad. "En la idiocia, por ejemplo, debida a alteraciones patológicas intrínsecas del sistema nervioso central, como en enfermedades destructivas y progresivas, la organización de la conducta no solamente se retarda, sino que se desintegra".

Cuando los defectos de conducta se adquieren por intermedio de traumas, asfixias, encefalitis, hemorragia cerebral y meningitis, se exhibe una gran variedad de cuadros clínicos, debido a que la lesión cerebral ha tenido un efecto destructor selectivo e irregular. Como un síntoma diferencial se ha querido dar importancia a la apariencia física en la amencia. Sin embargo, la apariencia física no es un criterio fiel para juzgarla. Algunos niños parecen normales y son profusamente idiotas; otros, a causa de sus defectos motrices, impresionan como idiotas, sin serlo en modo alguno. Aquí, más que en ningún otro grupo de casos, es indispensable un cuidadoso diagnóstico diferencial.

Presentamos a continuación las historias clínicas de casos ilustrativos de retardos simples, primarios y secundarios. Luego, casos de retardos más avanzados (oligofrenias), para, enseguida, tratar del diagnóstico del retardo de tipo endocrino-cretinismo y mongolismo. Para ello nos hemos valido de cuadros o fichas ideadas por Gesell y su escuela, que nos permiten hacer en la supervisión hospitalaria y particular, un balance preliminar, rápido y rutinario de la conducta.

INVENTARIO PRELIMINAR DE LA CONDUCTA

I. C. Cl. No. 357-B

Nombre Luis Ferrera

Edad 1 año (12 meses) Fecha Julio 1950 No. 00

ZONA EDAD	MOTOR	ADAPTATIVA	LENGUAJE	PERSONAL-SOCIAL
Zona 1 mes	Falta de control de la cabeza Asimetría en posición supine	Breve persecución ocular Suelta el juguete inmediatamente	Rostro impasible Pequeños sonidos guturales	Vista fija en el contorno «Echucha» sonidos
Zona 4 meses	Cabeza erecta, lig. bambolean Postura supina, simétrica	Aproxim. incipiente, sonajero Observa sonajero en mano	Murmullos Rie fuerte	Sonrisa social espontánea Juego manual
Zona 7 meses	Sentado inclinado adelante	Alcanza y agerra juguete Transfiere juguete	Chillidos Sonidos con m el llorar	Pié e la boca
Zona 10 meses	Se sienta bien, gatea Se para apoyado en barendilla	Combina dos juguetes Ase bolita, pulgar e índice	Dedé, Pepé, Mamá Una palabra más	Trucos de «mystery» Come solo, una galletita
Zona 13 meses	Camina sosten. de una mano	Cubo dentro de la taza Intenta torre de dos cubos	Otras dos palabras Responde «dames»	Colabora en el vestido
Zona 15 meses	Camina solo, hace pinitos	Torre de 2 cubos 6 cubos dentro de la taza	4 6 palabras	Señala, vocaliza deseos Tira juguetes
Zona 18 meses	Camina solo, bien Se sienta solo en peq. silla	Torre 3 4 cubos limita una línea	10 palabras Jerga	«Toilet» diario, regulado Lleva, abraza juguete (muñeco)
Zona 2 años	Corre Sube y baja escaleras solo	Torre 6 7 cubos limita trazos circulares	Una 2 o tres palabras Nombre 3 5 figuras	Pide el «toilet»; de día Lleva muñeca o la cama, etc
Zona 3 años	Dirige un tricíclo Pase sobre un pie, moment.	limita casa con cubos limita una cruz	Frasas Dice nombre completo y sexo	Come solo bien Se pone las medias, desabotona

$13/12 = 108\%$ $13/12 = 108\%$
 $10/12 = 83\%$ $13/12 = 108\%$

- Instrucciones: 1) - Marque el comportamiento más avanzado en cada campo de la conducta.
 2) - Las marcas indican madurez aproximada en cada zona de edad.
 3) - Deviações grosseras de la edad actual, o marcada disparidad entre los campos de conducta, señalan la necesidad de un examen diagnóstico de la conducta.

12066-Hispano

Grate de abertura del conducto auditivo externo.
Deficiente en el lenguaje

Caso N° 1. — Historia Clínica N° 615 A. (Archivo del Pabellón Barranquilla del Hospital de La Misericordia. Servicio del Profesor Calixto Torres Umaña).

Niño A. Chaves de 19 meses de edad. Tiene un peso de 6.150 grms. y 70 cms. de talla. Niño nacido en buenas condiciones, de padre y madre normales.

Antecedentes personales: diarrea, vómitos, sin etiología definida y gripas. Ingresa al Servicio con diagnóstico de bronconeumonía y enteritis. Es tratado adecuadamente con antibióticos (penicilina y sulfas).

Primer examen (febrero 25/50). Dada la edad: 19 meses, procedemos a clasificarlo en el nivel de madurez cronológico (zona de edad 18 meses y dos años). Conducta motriz: No camina, no es capaz de sostenerse en un solo pie, apenas se sienta. Se para cogido de las manos del examinador momentáneamente. Puede sentar solo, bien. Utiliza como medio de locomoción el gateo. C. D.: 52. Conducta adaptativa: Ase la bolita con pinza inferior, pulgar y dedo medio; con el complejo cubo-taza introduce un cubo dentro de la taza, pero no intenta construcción de una torre de 2 cubos. C. D.: 52. Conducta de lenguaje: el niño llora contrariado por nosotros al no darle los juguetes. En el Servicio es capaz de pedir su tetero con la palabra "tete", y dice "mi-re", para pedir algún objeto. Su lenguaje y su mímica son pobres. C. D.: 52. En su conducta personal-social: colabora en el vestido y puede comer solo una galleta. No regula sus necesidades de toilett. C. D.: 52. En este inventario preliminar de la conducta encontramos un niño con retardo acentuado en todas sus conductas, en especial la del lenguaje: hay un retardo de más del 50%. Empero no encontramos, ni en sus antecedentes ni en su actual enfermedad causa ficaz que nos explique una falla evolutiva tan acentuada.

El 2º examen verificado en Abril 20, más o menos un mes después, encontramos una conducta motriz, adaptativa y personal-social del 68%: el niño camina sostenido de una mano, intenta la construcción de una torre de dos cubos, responde al pedido de "dame" y colabora más eficazmente en el vestido. En cambio la conducta de lenguaje permanece estacionaria: 52%. No dice más de tres palabras. No une significativamente.

El tercer examen verificado en Mayo 3, nos revela un niño más adelantado desde el punto de vista motriz, adaptativo y personal-social. Camina solo, hace pinitos, puede construir una torre de dos cubos, arroja los juguetes: todo lo cual lo cataloga en C. D.: 78%. La conducta de lenguaje sólo revela un pequeño aumento: C. D.: 68%. Este caso ilustra un desarrollo retardado sintomático y temporal debido a noxas infecciosas y alimenticias. **El retardo que muestra en la conducta de lenguaje es achacable al ambiente hospitalario, donde no se puede prestar atención demasiado personal, y donde los actos de higiene y cuidados educativos tienen que estar sometidos por necesidades de tiempo y personal a patrones de rutina.**

Entró el 11 de Abril de 1950.

Salió el 23 de Abril de 1950.

Caso N° 2. — Historia Clínica N° 637 A. (Archivo del Pabellón Barranquilla. Servicio del Prof. C. Torres Umaña).

Niño C. Villafañe de 7 meses de edad, peso de 4.200 grms. y 61 cms. de talla.

Antecedentes personales: mala alimentación, trastornos gastro-intestinales frecuentes. Padre y madre aparentemente sanos.

Primer examen verificado en Abril 11/50. Conducta motriz: adopta posición supina simétrica; al sentarlo sostiene bien la cabeza, pero se inclina hacia delante. El cubo lo sostiene entre la punta de los dedos y la palma de la mano. C. D.: 57%. Conducta adaptativa: verifica la transferencia del cubo y puede cogerlo de la mesa avanzando el brazo y la mano: C. D.: 100. En cuanto a la conducta de lenguaje, profiere gritos, chillidos y llora pronunciando claramente la "m". C. D.: 100. Conducta personal-social: Apenas intenta el juego manual. No es capaz de llevarse el pié a la boca. C. D.: 57%.

El segundo examen fue llevado a cabo el 4 de mayo. Las conductas motriz y personal-social, que estaban en déficit, mostraron una mejoría que le llevó a la normalidad. Efectivamente, el niño hacía con la bolita la prensión tipo tijera inferior, retenía un cubo en cada mano a pesar de presentarle un tercero y mordía los juguetes (edad: 8 meses). Este es un caso de retardo motriz y de conducta personal-social sintomático y transitorio, debido a una noxa infecciosa y a las consecuencias de un ambiente cultural bajo. Mejoró con el tratamiento y los cuidados especiales.

Caso N° 3. — Historia Clínica N° 343 B. (Archivo del Pabellón Barranquilla. Servicio del Prof. C. Torres Umaña).

Niño J. A. Parra, de 8½ meses de edad; peso de 5.400 grms. y 65 cms. de talla.

Antecedentes familiares: madre sifilítica, débil mental. El niño tiene reacción de Wassermann y Mazzini fuertemente positivas.

Primer examen, Febrero 4/50. Conducta motriz: el niño no se sienta solo: cuando se le obliga lo hace con la cabeza inclinada hacia delante. Conducta adaptativa: es capaz de alcanzar un juguete valiéndose de la inclinación del tronco, acercando así el brazo y la mano. Efectúa la transferencia de una mano a la otra. La conducta del lenguaje se manifiesta apenas por gritos y sonidos en "m" al llorar. Según la madre, no ha pronunciado todavía ninguna palabra claramente articulada. Conducta personal-social: se lleva el pié a la boca como para jugar. Paralelamente los cuatro campos de conducta nos manifiestan un C. D.: 87%.

En el segundo examen verificado el 6 de Marzo, las conductas operaban paralelamente en el campo de los 9-10 meses de edad, un C. D.: 90%, después de haber sido sometido a tratamiento antilúético intenso. En este caso, la noxa infecciosa, claramente específica, había producido un retardo global, relativamente pequeño y transitorio. Es posible que la enfermedad fuese adquirida durante la lactancia. Buen pronóstico evolutivo.

Caso N° 4. — De nuestro archivo clínico particular.

Niño C. A. Cardozo, prematuro (32 semanas de edad fetal), nacido en la Clínica Las Mercedes. Peso de 2.450 grms. Cuando le vimos por primera vez (Abril 27/49) contaba 20 días de nacido, estaba muy icterico, con peso de 2.540 grms. y talla de 47 cms. Su conducta era la de un infante-fetal de la fase media: reflejo de succión perezoso, llanto débil, posición de reposo en r-t-c., derecho.

Antecedentes tocológicos: parto prolongado y con maniobras internas. La madre tuvo hemorragias de alguna intensidad un mes antes de nacer el niño. Los padres son jóvenes y gozan de buena salud. C. D.: 50%.

En el segundo examen verificado cuando el niño contaba 6 meses de edad, presentaba en su conducta motriz: cabeza bamboleanante, no erecta; conducta adaptativa: al acercarle el sonajero apenas si hacía una aproximación incipiente. En su conducta de lenguaje: emitía pequeños ruidos guturales. Y en cuanto su conducta personal-social: escuchaba los sonidos, disminuía la actividad al tocar la campanilla: C. D.: 50%.

El tercer examen hecho a los 12 meses, 8 días (Abril 15/50), nos reveló un desarrollo de 7 meses, por su postura sentada inclinada hacia delante, verificación de la transferencia del juguete, sonidos en "m" al llorar, y el llevar el pié a la boca. C. D.: 50%. Aquí el retardo, bastante profundo, se conserva al mismo nivel, más o menos 50% en un lapso de observación de un año a partir del nacimiento. Se trata de un caso de amencia de grado alto, límite entre la imbecilidad y la idiocia provocada por fenómenos anoxémicos que condujeron a la prematuridad.

Caso N° 5. — De nuestro archivo clínico particular.

Niño C. Torres. Lo vimos por primera vez en Agosto 10/49 de 14 meses de edad. Había sufrido una encefalitis debido a una afección gastro-intestinal febril. Sin embargo, los antecedentes personales sólo hablan de que el niño sólo intentaba sentarse. Con la enfermedad el retraso se hizo aparente. Conducta motriz: no se sienta. La postura supina es simétrica. No sostiene la cabeza. C. D. 28%. Conducta adaptativa: alcanza los juguetes pero no se muestra interesado en ellos. No hace transferencia. Conducta de lenguaje: apenas chillidos y sonidos en "m" al llorar. Conducta personal-social: se lleva el pié a la boca. El C. D. motriz nos muestra un niño bastante retrasado: 28%. Las demás conductas se hallan un 50% en retardo. Volvimos a verlo en Febrero 6/50 cuando tenía 20 meses de edad. La conducta motriz nos revelaba: postura sentada pero con la cabeza inclinada hacia delante. C. D.: 35%. Las conductas adaptativas y de lenguaje tenían un avance: 65%. La personal-social era de 75%. El C. D. nos mostraba una conducta motriz consistentemente retrasada en más del 50%, índice de un ataque grave a las zonas motoras cerebrales. El retardo acentuado pero no tan grave de las demás formas de conducta nos estaba señalando posibles ataques crónicos a zonas intelectuales. Diagnostica-mos oligofrenia de grado alto con ataque pronunciado a la zona motora, de pronóstico reservado desde el punto de vista evolutivo. Efectuado el examen

pneumo-encefalográfico por vía ascendente (Dr. Albornoz) se encontraron vastas zonas de esclerosis cerebral difusa y zonas frontales de porencefalia. Posible tumor de la fosa posterior. Se trata de una severa amencia secundaria a una meningo-encefalitis infecciosa de foco intestinal.

Caso N° 6. — Historia Clínica N° 355 B. (Archivo del Pabellón Barranquilla. Servicio del Prof. C. Torres Umaña).

Niño O. W. Malagón, de 8 meses de edad, con un peso de 7.600 grms. y 75 ctms. de talla. Estado general bastante aceptable. Niño irritable. Padece crisis convulsivas desde los 3 meses de edad, después de haber sufrido una afección gastro-intestinal febril.

Primer examen verificado el 30 de Enero de 1950. Conducta motriz: posición supina permanente. Al sentarlo se inclina hacia delante sosteniendo la cabeza. C. D.: 87%. Conducta adaptativa: esboza una aproximación al sonajero. Si se le da lo observa en la mano sin hacer transferencia. C. D.: 50%. Conducta de lenguaje: su irritabilidad la demuestra por chillidos y sonidos en "m" al llorar. No habla. C. D.: 87%. Retardo considerable en sus conductas adaptativas y personal-social.

El segundo examen se efectuó en Abril 11/50 cuando el niño contaba 10 meses y 11 días. Conducta motriz: se sienta bien, gatea y se para apoyado en la barandilla. C. D.: 100. Conducta adaptativa: apenas observa el sonajero cuando lo tiene en la mano. No lo alcanza ni hace transferencia. C. D.: 40%. Conducta de lenguaje: dice tres palabras: "papá" - "mamá" - "tete". C. D.: 100. Conducta personal-social: tiene sonrisa social espontánea y juego manual. C. D. 40%. Verificada la pneumoencefalografía (Dr. Albornoz) se encontraron focos diseminados de reblandecimiento y porencefalia. Zonas motoras intactas. Pronóstico reservado.

Caso N° 7. — Historia Clínica N° 609 A. (Archivo del Pabellón Barranquilla. Servicio del Prof. C. Torres Umaña).

Niño L. Witriyho de 16 meses de edad.

Antecedentes personales: nacimiento con forceps y parálisis facial izquierda de 3 meses de duración. Posteriormente, **convulsiones?**, que se presentan en la actualidad. Examen verificado el 14 de Febrero/50. Conducta motriz: posición supina exclusiva; el niño no se sienta. Mantiene la cabeza erecta ligeramente bamboleante. Conducta adaptativa: hace aproximación incipiente al sonajero y lo observa en la mano cuando se le da. Ríe y emite murmullos. Muestra sonrisa social espontánea. Es un niño plácido. Su C. D. total: 25%. Diagnosticamos una idiocia consecutiva a posibles hemorragias y sufrimiento cerebral al nacimiento. Se confirman las lesiones de reblandecimiento y zonas de porencefalia al hacer la pneumoencefalografía. (Dr. Albornoz).

Caso N° 8. — Historia Clínica N° 610 A. (Archivo del Pabellón Barranquilla. Servicio del Prof. C. Torres Umaña).

Niño E. Valderrama de 19 meses de edad. Sin antecedentes tocológicos notables. Buen estado general. Examen efectuado el 14 de Febrero/50. El niño no camina, no se sienta. Conserva la postura supina simétrica, y al intentar sentarlo, mantiene erecta la cabeza, después de varios bamboleos. Verifica la aproximación incipiente al sonajero, con observación intermitente cuando lo tiene en la mano. Emite pequeños sonidos guturales y murmullos. "Escucha" sonidos cuando se le hace sonar la campanilla. C. D.: 21%. En este caso la amencia de grado bajo es posiblemente de tipo congénito. Al verificar la pneumoencefalografía se encontró una esclerosis cerebral generalizada (Dr. Albornoz). Mal pronóstico evolutivo.

Caso Nº 9. — De nuestro archivo clínico particular.

Niño L. A. Suárez, de 27 meses de edad. Nacido a término. Examen verificado en Marzo 20/50. A los 3 meses de edad tuvo una afección febril con tos del aparato respiratorio. No se sienta, no camina. Nunca ha pronunciado palabra. No tiene control de la cabeza. Ejecuta una breve persecución ocular del foco luminoso hasta la línea media. Si se le pone el sonajero en la mano lo suelta inmediatamente. Emite murmullos y pequeños sonidos guturales. Mirada fija en el contorno. Al oír la campanilla disminuye la actividad. C. D.: 11%. En este caso la amencia (idiocia profunda) parece de tipo congénito permanente debida a **leptomeningitis intrauterina**.

Caso Nº 10. — Historia Clínica Nº 587 A. (Archivo del Pabellón Barraquilla. Servicio del Prof. C. Torres Umaña).

Niño R. Castro de 14 meses de edad, 7.000 grms. de peso y 65 ctms. de talla. Examinado el 9 de Febrero/50. A los 4 meses aparecieron convulsiones tónicas. Nunca se ha sentado. No ha pronunciado palabra. Su postura permanente es la supina. Es tranquilo e indiferente al ambiente. No tiene control de la cabeza y persiste la posición asimétrica r-t-c., en la posición supina. Es dudosa la persecución ocular. Al ponerle en la mano un juguete lo suelta inmediatamente. Emite pequeños sonidos guturales. Disminuye la actividad al sonar la campanilla. C. D.: 7%. Esta amencia de tipo permanente es debida a lesiones cerebrales congénitas. La pneumoencefalografía descubrió zonas difusas de porencefalia (Dr. Albornoz).

MONGOLISMO Y CRETINISMO

Dentro de la clasificación de las amencias que venimos estudiando, una de las más características es el mongolismo, que presenta problemas de importancia médica y social que justifica una consideración especial.

El mongolismo es una deficiencia mental congénita reconocible por características físicas en el niño (Holt). Su causa no está

todavía bien esclarecida; sin embargo se cree que sea debida en la mayoría de los casos a una alteración blastofórica con factores hereditarios y germinales muy difíciles de discriminar. Alrededor del 75% de los casos de mongolismo nace de madres que han pasado los 35 años (Gesell). Empero, en muchos casos la historia familiar está notablemente libre de defectos mentales. La naturaleza primaria del mongolismo está, además, probablemente revelada por el hecho de que, invariablemente, se encuentra limitado en caso de gemelos, a uno solo de ellos. El aspecto exterior lo asemeja mucho al cretinismo, razón por la cual se le ha buscado algún factor endocrino; pero los parecidos son más bien superficiales "en tanto que las diferencias son fundamentales y significativas". El mongoliano tiene estigmas casi constantes: epicantus, lengua agrandada en el diámetro longitudinal, hipotonía muscular y articular extremas, hernia umbilical. La mano mongólica es típica: corta, con tendencia a que todos los dedos tengan el mismo largo, salvo el meñique que se incurva en forma peculiar. El mongolismo clínico no tiene ningún significado antropológico específico. Pero indiferentemente de la raza existe un fuerte parecido entre todos los casos, lo cual infiere, como lo dijimos, una anomalía evolutiva profundamente enclavada.

El mongoliano es casi siempre un idiota, algunas veces un imbécil, con gran conservación de la afectividad elemental, lábil a las enfermedades que generalmente lo matan antes de los 20 años. (Gareiso y Escardó). Como sucede en ocasiones, el mongoliano tiene un cierto grado de insuficiencia tiroidea, susceptible de mejorar con el tratamiento.

El cretinismo es considerado, contrariamente al mongolismo, un tipo de amencia secundaria a una ausencia o deficiencia congénita, pero no hereditaria, de la glándula tiroidea. "Muy importante para el precoz reconocimiento del hipotiroidismo es el síndrome siguiente: temperatura subnormal, pulso lento, persistencia de fontanelas abiertas, enanismo con piernas muy cortas, modos de comportamiento inmaduros y perezosos". Especialmente característico es el retardo en el desarrollo óseo manifestado por la tardanza en la aparición de los núcleos de osificación (Holt).

Exponemos enseguida un cuadro diferencial del Mongolismo con el Mixedema:

Mongolismo.

Nanismo relativo.
 Facies mongoloide no infiltrada, mejillas rosadas.
 Ojos oblicuos almendrados.
 Párpados bridados (epicantus).
 Estrabismo y nistagmus frecuente.
 Boca entreabierta. Lengua saliente infiltrada.
 Lengua geográfica.
 Genitales desarrollados.
 Temperatura normal.
 Vida breve.
 Cuello regular. Tiroides palpable.
 Mano mongólica.
 Hipotonía-laxitus articular.
 Discreta o nula mejoría con tratamiento tiroideo.
 Colesterol sanguíneo normal.

Mixedema.

Nanismo acentuado y típico.
 Facies infiltrada, color pálido-amarillento típico.
 Mixedema palpebral, ojos horizontales.
 Boca bien abierta.
 Mixedema de la lengua.
 Genitales atróficos.
 Hipotermia.
 Longevidad.
 Cuello corto. No hay tiroides.
 Manos frías, gruesas en budín.
 Retardo en la aparición de los núcleos de osificación.
 Gran mejoría con el tratamiento tiroidiano.
 Colesterol sanguíneo aumentado.

El sello inconfundible del idiota hipotiroidiano es el déficit endocrino.

Las características anteriormente anotadas se presentan en un conjunto distintivo tan notable, que el ojo experimentado puede hacer el diagnóstico con una simple mirada al perfil o a la postura del niño. Tal impresión inicial de conjunto, dice Gesell, es desde el punto de vista diagnóstico más digna de confianza si se apoya en signos fisiológicos y de la conducta. Sin embargo existen algunas dificultades. El prematuro algunas veces presenta una leve, aunque totalmente ficticia semejanza con el mongólico, y se pueden cometer errores diagnósticos si se sobreestima la oblicuidad de los párpados.

Evolutivamente, según Gesell y Amatruda, el mongólico típico nunca está mejor que en el primer año de vida. Durante las primeras semanas, algunos de sus comportamientos pueden estar a un nivel relativamente normal. Pero, agregan, pronto aparece el retardo que aumenta en severidad a medida que la edad progresa. Estadísticamente, el mongólico típico se sienta sólo a la edad de un año, marcha solo a los dos años, usa palabras y posibles frases a los 3 años, toma sus alimentos por sí mismo a los 4 años, adquiere hábitos de higiene alrededor de los 5 años y se expresa en frases cortas y sencillas a los 6 años. Nosotros hemos en-

contrado Cocientes de Desarrollo que varían en los primeros 18 meses entre 16% y 58%. Gesell señala valores promedios del 40%, pero encuentra valores tan bajos como de 20%.

Caso N° 11. — Historia Clínica N° 319 B. (Archivo del Pabellón Barraquilla. Servicio del Prof. C. Torres Umaña).

Niña R. Garzón, de 15 meses de edad. Examen verificado en Enero 30/50 con peso de 4.900 grms. y 60 ctms. de talla. Nacida a término. La madre tiene en la actualidad 43 años de edad y goza de buena salud. Tanto la madre, como la hija tienen serología negativa. La niña no se sienta, mantiene la lengua constantemente fuera de la boca y tiene nistagmus horizontal. Facies típica mongoloide, piel blanca, sedosa, no hay infiltraciones. El colesterol sanguíneo fue normal: 200 miligramos por ciento, aún después de la prueba tiroidea (0.0325 grms. 3 veces al día por 10 días). Su C. D. en el primer examen fue de 26%; después del tratamiento tiroideo mejoró un poco y llegó, a ser de 38%, cuando tenía 18 meses de edad en Marzo 21/50.

Caso N° 12. — Historia Clínica N° 321 B. (Archivo del Pabellón Barraquilla. Servicio del Prof. C. Torres Umaña).

Niño J. Bonilla de 11 meses de edad, 5.700 grms. de peso y 65 ctms. de talla. Nacido a término en condiciones normales. Facies típica mongoloide. Piel sedosa, blanca, sin infiltraciones. Presenta soplo cardíaco y criptorquidia izquierda. Serología negativa. Colesterol sanguíneo normal: 100 mlgrs.‰ aún después del tratamiento tiroideo (0,0325 grms. 3 veces al día por 10 días). Radiografía (N° 9446 Bis. Dr. Corredor) de los núcleos de osificación carpianos, normales. El niño no camina, sostiene la cabeza con ligero bamboleo, no se sienta. A penas observa el sonajero cuando se le pone en la mano. No emite sino murmullos. Hay sonrisa espontánea. C. D.: 36%. Cuando cumplió el año de edad su C. D. había mejorado hasta ser de 58%.

Caso N° 13. — De nuestro archivo clínico particular.

Niña R. Alarcón, nacida prematuramente: 8½ m. Pesa actualmente, Abril 25/50, 2.880 grms. y tiene 40 ctms. de talla. 4 meses de edad. Aspecto típicamente mongoloide, piel blanca, sedosa, sin infiltraciones, lengua permanentemente fuera de la boca. Su rostro es impassible, emite apenas pequeños sonidos guturales. Al hacer sonar la campanilla disminuye la actividad. C. D.: 25%. La madre cumple 35 años de edad.

Caso N° 14. — De nuestro archivo clínico particular.

Niño J. F. Cortés de 6 meses de edad. Nacido a tiempo normalmente de un embarazo irregular. Tiene 6 hermanos que gozan de buena salud. La madre cumple actualmente 38 años de edad. Lo examinamos en Abril 4/50, descubriendo una dextrocardia comprobada radiográficamente (Cl. de La Nu-

trición). Aspecto típicamente mongoloide, sin infiltraciones. Colesterol sanguíneo: 200 mgr. El niño conserva la posición supina en r-t-c; verifica persecución ocular breve, emite pequeños ruidos guturales, manteniendo el rostro impasible. "Escucha" el ruido de la campanilla. C. D.: 16%. Pronóstico evolutivo reservado.

Caso N° 15. — Historia Clínica N° 379 B. (Archivo del Pabellón Baranquilla. Servicio del Prof. C. Torres Umaña).

Niña F. E. Zamudio de 10 meses de edad. Peso de 5.300 grms. y 63 ctms. de talla. Nacida a término hija de madre deficiente mental por hipotiroidismo larvado. Tiene 6 hermanos normales. La madre tuvo un aborto provocado de 3 meses de edad-fetal. Los antecedentes personales revelan una niña "somnolienta", constipada crónica, de poco apetito. En el examen practicado el 11 de Abril/50 comprobados aspecto infiltrado de la cara, párpados superiores especialmente, color pálido amarilloso; esta niña es indiferente al medio. Mantiene la postura supina simétrica y la cabeza erecta ligeramente bamboleante cuando se la sienta. Observa el sonajero en la mano y hace aproximación incipiente al mismo. Emite apenas murmullos, y suspende su poca actividad cuando escucha la campanilla. El C. D. no es superior a 40%. Se trata de un caso de cretinismo mixedematoso susceptible de mejorar con el tratamiento tiroideo, que se le instituyó.

El diagnóstico de conducta nos lleva necesariamente de lo normal a los casos que en más o en menos disienten de los términos promedios. Como lo hemos visto, el diagnóstico se proyecta en inevitable secuencia sobre el pronóstico de los casos de examen, y al pediatra corresponde la ponderosa labor de dirección sobre el tratamiento, si el caso ha demostrado ser susceptible a su influencia, o a la reclusión o colocación en entidades educativas, cambio de ambiente familiar o social si a ello da lugar, o, en fin, disposiciones educativas especiales, si se trata de una criatura bien dotada o superdotada con un alto cociente de desarrollo.

Caso N° 16. — Historia Clínica N° 357 B. (Archivo del Pabellón Baranquilla. Servicio del Prof. C. Torres Umaña).

Niño L. Herrera, de 12 meses de edad. Peso de 4.480 grms. y 70 ctms. de talla. Nacido a término normalmente. El examen verificado en Febrero 10/50 nos revela: Conducta motriz, Conducta adaptativa: camina sostenido de una mano, se para apoyado en la barandilla. Coge la bolita con el pulgar y el índice, introduce el cubo dentro de la taza e intenta construir una torre con dos cubos. Conducta de lenguaje: apenas dice 2 palabras: "mamá", "papá". Conducta personal-social: colabora en el vestido. El C. D. general está en 108% excepto en el desarrollo del lenguaje que solo revela 83%, hecho debido a que en el lado izquierdo no se encuentra la abertura normal del conducto auditivo externo y hay además deformación de la concha, con atresia del antitragus. Buen pronóstico evolutivo, si se le somete a la intervención quirúrgica adecuada. Este niño está bien dotado y requiere educación especial del lenguaje, una vez corregida su deficiencia auditiva.

Caso N° 17. — Historia Clínica N° 346 B. (Archivo del Pabellón Barranquilla. Servicio del Prof. C. Torres Umaña).

Niña C. M. Domínguez, de 3½ meses de edad, 4.100 grms. de peso y 52 cms. de talla. Nacida a término de parto normal, manifiesta ligero impedimento cuando toma el seno. Fue verificado el examen en Febrero 4/50. Conducta motriz: conserva la cabeza erecta, ligeramente bamboleante, y su postura supina es simétrica. Conducta adaptativa: observa el sonajero en la mano y hace aproximación del mismo. Conducta del lenguaje: emite murmullos y ríe fuertemente. Conducta personal-social: manifiesta sonrisa social espontánea y hace juego manual. Tiene, pues, un desarrollo global de 4 meses. C. D.: 133%. Se trata de una niña precoz, superdotada, con un excelente desarrollo evolutivo. Magnífico pronóstico si se logra encausar y educar de acuerdo con su evolución.

Caso N° 18. — Historia Clínica N° 375 B. (Archivo del Pabellón Barranquilla. Servicio del Prof. C. Torres Umaña).

Niño C. Rivera de un mes de edad. (Abril 12/50). 3.200 grms. de peso y 58 cms. de talla. Nacido a término de parto normal. Alimentación materna exclusivamente. Padece una meningitis por meningococo con estrabismo, convulsiones de tipo clónico-tónico, crisis de cianosis, rigidez generalizada. Se trata intensamente con antibióticos por vía intramuscular (estreptomina y penicilina) y sulfadiazina por vía oral, logrando mejorar considerablemente el estado general, pero sin que el líquido céfalo-raquídeo regrese definitivamente a la normalidad. Sin embargo, su C. D. global es igual a 100: asimetría en posición supina, sin gran control de la cabeza, breve persecución ocular del aro colgante; al colocarle el sonajero en la mano lo suelta inmediatamente; emite pequeños sonidos guturales y disminuye la actividad cuando se toca la campanilla. Este caso es muy demostrativo de la existencia de un equipo nervioso superior que ha seguido evolucionando casi normalmente a pesar del factor de disgregación que representa la noxa infecciosa por la cual fue hospitalizado.



FOTO N° 34



FOTO N° 35



FOTO Nº 36



FOTO Nº 37



FOTO Nº 38

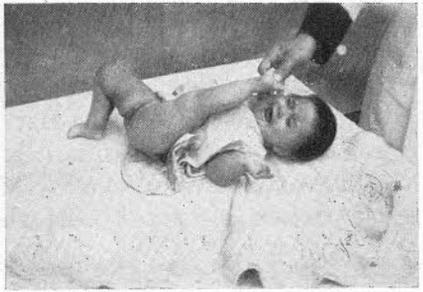


FOTO Nº 39

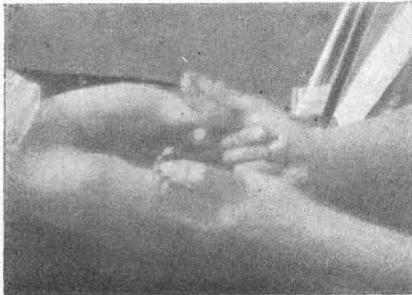


FOTO Nº 40



FOTO Nº 41

CONCLUSIONES:

La superioridad, como admite Gesell, al igual que la amenia, es aun término proteiforme. "En un niño la dotación superior se expresa en una elevada capacidad para crecer y asimilar y es casi innecesario decir que una bien definida aceleración del desarrollo tiene siempre una base hereditaria y esté determinada con carácter constitucional por los mecanismos crono-reguladores que gobiernan el desarrollo pre y post-natal". Debemos reconocer que en nuestro medio las formas leves de superioridad son bastante comunes, si hacemos una comparación con desarrollos evolutivos de niños de otras latitudes. Podemos pensar que ello se debe en gran parte al ambiente telúrico que les ha tocado en suerte para nacer y vivir.

Si no fuese un poco prematura la afirmación diríamos que el niño nuestro cuenta además —a pesar de lo que se ha dicho en contrario—, con un cuerpo social y biológico excepcionalmente apto desde el punto de vista genético, y no es optimismo irrazonado suponer un brillante futuro si para ello se rodea de principios culturales adecuados, base y condición imprescindibles para el progreso de razas y de pueblos.

Consideramos que el estudio del desarrollo de la conducta tanto en los niños normales como en los anormales, debe ser sistemático, con el objeto de proyectar métodos curativos y educativos.

Sería de desear que se incluyera en el programa de la cátedra de Pediatría de la Facultad el estudio experimental de estos temas.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 — LOIS HAYDEN MEEK. "Your Child's Deevloppmentt and Guidance". Lippincot. Co. N. Y.
- 2 — MURPHY L. **Social Behavior and Child Personality**. Columbia University Press. N. Y. 1937.
- 3 — GESELL A., L. THOMPSON, HELEN and AMATRUDA C. **Infant Behavior: Its Genesis and Grownth**. McGraw- Hill Book Co. N. Y. 1934.
- 4 — GESELL A. **Infancy and Human growth**. MacMillan Co. N. Y. 1928.
- 5 — BUHLER C. **The first year of life**. The John Day Co. N. Y. 1930.

- 6 — BUHLER C. **The social behavior of the Child. A Handbook of child psychology.** Worcester, Mass. Clsrk. Univ. Press. 1931.
- 7 — TERMAN L. M. **The measurement of intelligence.** Boston Houghton Mifflin, 1916.
- 8 — G. H. MONRAD KROHN. **Exploración clínica del sistema nervioso.** Madrid, Ed. Labor.
- 9 — W. RINDFLEISCH, W. UNGER. **Neurología.** T. III. Madrid, Ed. Labor.
- 10 — H. CURSCHMANN. **Las enfermedades del sistema nervioso.** Madrid, 2ª Ed. Labor.
- 11 — EMILIO MIRA y LOPEZ **Manual de Psicoterapia.** Ed. Aniceto López. Bs. As. 1942.
- 12 — GESELL A. and C. AMATRUDA. **The Embriology of Behavior The Beginnings of the Human Mind.** Ed. Harper and Broth. N. Y.
- 13 — ALFRED FISCHER **Compendio de Embriología Humana** Ed. Labor. 1948.
- 14 — A. GAREISO, F. ESCARDO, A. MOSOVICH, J. R. PELUFFO, H. J. VASQUEZ, B. CUTLON, A. J. CAMPO. **La Epilepsia en el niño. Nuevos conceptos. Nuevas técnicas. Nuevos tratamientos.** Ed. El Ateneo. Bs. As. 1949.
- 15 — MELANIE KLEIN. **El Psicoanálisis de Niños.** Ed. El Ateneo Bs. As. 1948.
- 16 — HENRI DELACROIX **El Niño y el Lenguaje.** Ed. El Ateneo. Bs. As. 1945.
- 17 — GESELL A. and C. AMATRUDA. **Developmental Diagnosis.** Hoeber 2nd. Ed. N. Y. 1941.
- 18 — GESELL A. and FRANCES Ilg et al. **The Child from five to ten. Ist.** Ed. N. Y.
- 19 — FLANDERS DUNBAR. **Psychosomatic diagnosis.** Harpers. Ist Ed. N. Y.
- 20 — L. BARRAQUER y E. CASTAÑER **Problemas de diagnóstico neurológico** Ed. Salvat, 1944.
- 21 — A. GAREISO y F. ESCARDO **Manual de Neurología infantil.** T. I II III IV. Ed. El Ateneo. 1944.
- 22 — A. GESELL - FRANCES L. Ilg. **La Educación del niño en la Cultura moderna.** Ed. Nova Bs. As.
- 23 — BAKWIN, RUTH and BAKWIN HARRY **Psychological Care during infancy and Childhood.** Appleton. N. Y. 1942.
- 24 — VERONELLI C. A. **Tests Mentales, significado, uso y valor.** Ed. Kapelucz Co. Bs. As.
- 25 — GESELL ARNOLD et Al. **The first five years of life (A guide to the study of the preschool Child).** Harpers N. Y. 1940.
- 26 — SHELDON W. H. **The varieties of Temperament.** Harpers N. Y. 1940.

- 27 — ADLER A. **The Neurotic Constitution.** N. Y. Dodd, Mead and Co. 1926.
- 28 — BAKER J. **Child Hygiene.** N. Y. Harpers, Brothers, 1925.
- 29 — HESS J. H. and LUNDEEN E. C. **The premature Infant. Its Medical and nursing care.** Lippincott Co. 1941.
- 30 — HOLT L. E. and HOWLAND J. **Diseases of Infancy and Child hood.** Iith. Ed. Revised. Appleton. N. Y. 1940.
- 31 — HOLT'S. **Care and feeding of Children.** Revised and enlarged. Appleton C. 1943.
- 32 — BUHLER CHARLOTTE. **El desarrollo psicológico del niño. Desde el nacimiento a la adolescencia.** Ed. Losada. Bs. As.
- 33 — F. SCHNERSONN **La Neurosis Infantil.** Ed. Iman. Bs. As.
- 34 — E. CLAPAREDE. **Psicología del Niño.** Ed. Albatros. Bs. As.
- 35 — NOELLE ROGER. **La Incógnita del Niño.** Ed. Minerva. México.
- 36 — MARAÑON G., RICHET CH. **Estudios de Fisiopatología Hipofisiaria.** Ed. Sudamericana. Bs. As.
- 37 — MARAÑON G. **Problemas actuales de la doctrina de las secreciones internas.** Ed. Ruiz Hnos. Madrid. 1922.
- 38 — FRALOV Y. P. **La Actividad cerebral.** Ed. Lautaro. Bs. As.
- 39 — ACHILLE DELMAS F., MARCEL BOLL. **La personalidad Humana. Su análisis.** Madrid. 1935.
- 40 — GUNTHER JUST. **La Herencia biológica.** Ed. Labor. 1934.
- 41 — JUNG C. G. **La Psique y sus problemas actuales.** Ed. Zig Zag.
- 42 — PAVLOV I. P. **Los Reflejos condicionados. La función de los grandes hemisferios.** Ed. Pavlov. México.
- 43 — JUNG C. G. **Tipos Psicológicos.** Ed. Sudamericana. Bs. As.
- 44 — YOUNG P. Th. **La Emoción en el hombre y en el Animal.** Ed. Nova. Bs. As.
- 45 — MORGAN TH. H. **Embryologie et Genetique.** Gallimard. Paris.
- 46 — KRETSCHMER E. **Constitución y carácter.** Ed. Labor. 1947.