

MINISTERIO DE EDUCACION  
Y JUSTICIA  
DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

*J. 2806*



# REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR



AÑO IX - Nº 23

JUNIO 1965



00157758

MINISTRO DE EDUCACION Y JUSTICIA

Dr. CARLOS R. S. ALCONADA ARAMBURU

SUBSECRETARIO DE EDUCACION

Dr. MARIANO A. DURAND

DIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

Dr. ANGEL S. ARDAIZ

SUBDIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

Dr. CARLOS ALBERTO COROMINAS

Director de la "Revista de Sanidad Escolar": Dr. HECTOR J. MOLLARD

Jefe de Redacción: Dr. DALMIRO BOTO

COMITE DE REDACCION

Dr. Carlos A. Campos

Dr. Tomás Figari

Dr. Alberto Urribarri

Dr. Basilio Raymundo

Prof. Dr. Carlos A. Marchese

Dr. Abraham Rapoport

Prof. Dr. José A. Ganduglia

Dr. Alfredo Vidal Freyre

Pirovano

Dr. Raimundo A. Tórtari

Dr. E. Lauragaray Urquiza

Dr. Mario Cáceres Bertodano

Dr. Julio César Giordano

## REACCIONES NEUROTICAS EN EL ESTUDIANTE

Doctor DALMIRO EDUARDO BOTO

Numerosos adolescentes y adultos jóvenes, concurren actualmente a los consultorios neuropsiquiátricos, hospitalarios o privados, en razón de padecer distintas reacciones neuróticas, que les dificultan el aprendizaje y comportamiento, con la consiguiente inadaptación al medio escolar.

Dado el carácter perturbador que asumen estas reacciones, dificultándole al joven la obtención de un rendimiento eficiente, creemos de importancia pasar revista a las diversas formas con que se presentan en la práctica, así como los distintos factores que inciden en la génesis y aparición de las mismas.

Un estudio atento de estos problemas permitirá a los encargados de impartir la enseñanza, descubrir precozmente las manifestaciones iniciales de aquellas, así como también establecer la responsabilidad que les pueda caber en el proceso formativo de tales reacciones.

*Sintomatología.* Frecuentemente los estudiantes se quejan de evidente disminución del rendimiento en sus estudios. Interrogados

acerca de los probables motivos de dichas anomalías, las refieren por lo general, a la dificultad que tienen desde tiempo atrás, para atender y concentrarse durante sus actividades, en la escuela o en sus hogares. Como consecuencia de ello, fijan poco los conocimientos a adquirir, agravándose así sus dificultades. Padecen de frecuentes cefaleas, que, por su intensidad y persistencia, se constituyen en uno de los trastornos más molestos y deprimentes. Aparecen sin horario fijo, son de carácter gravitativo, se propagan por lo general desde la frente hacia la nuca, impidiéndoles la comprensión de los temas de estudio, trastornos que tienen la particularidad de no presentarse a veces con los de contenido no pedagógico.

Se describe como un síntoma frecuente al insomnio, aunque no es raro que tengan un sueño profundo, en especial durante las horas de la mañana. El apetito es variable, tanto que puede estar aumentado como disminuido. Acompaña en ocasiones a esta sintomatología o aparece aisladamente, una sensible falta de iniciativa, un estado de ánimo francamente oscilante, predominando, ya, la

tendencia a la depresión o al desaliento, ya la irritabilidad, hechos que indirectamente determinan una notoria reducción de su actividad habitual.

El joven refiere estos síntomas como si se les interpusieran, obstaculizando sus sinceros deseos de eliminar problemas.

Si agregamos a ello, las críticas que les plantean sus familiares, ante la evidencia de sus fracasos —consejos tranquilos o polémicas violentas—, es fácil presumir, que el estudiante viva en un estado de creciente ansiedad.

No siempre traducen los jóvenes sus dificultades de las maneras hasta aquí descritas, sino que lo hacen también a través de trastornos de conducta: desacatan hasta las mínimas exigencias disciplinarias, faltan con frecuencia a clase, llegando en ocasiones a asumir actitudes francamente rebeldes frente a sus compañeros y profesores.

Vistas así, panorámicamente, las reacciones neuróticas que con más frecuencia aquejan a los estudiantes que concurren a la consulta y que se asemejan a los descritos por Beard en su clásica descripción de la neurastenia, nos parece interesante referirnos a algunas actitudes típicas que los jóvenes adoptan frente a sus problemas.

Racionalizan frecuentemente, tratando así de atenuar lo anormal de su conducta y justificar su desinterés por el estudio, formulando planes ambiciosos que escapan a sus posibilidades inmediatas. Este juego imaginativo adquiere así una función compensadora, aumentando artificialmente su inestable seguridad interior.

Si bien entendemos que en última instancia la solución de estos problemas es de resorte médico-psicológico, creemos que una observación atenta por parte de los profesores, puede permitir obtener elementos de preciosa utilidad, en el diagnóstico definitivo.

El primer planteo que debemos formularnos ante un caso de desadaptabilidad escolar, con las características descritas, es el de establecer si los trastornos que afectan al

estudiante, son o no manifestaciones de una reacción neurótica que ya padecía. La presencia aislada de algunos de los síntomas ya mencionados, no autoriza a afirmar que el joven padezca de una neurosis, pues al hablar de esta última nos referimos "a una entidad clínica psiquiátrica bien definida, con una estructura y evolución en el tiempo, que incide en el comportamiento o modo de ser habitual del sujeto, quien reacciona inadecuadamente a los estímulos habituales, impidiéndole su adaptación al medio".

Establecida la presencia de dichas reacciones, no debemos olvidar, como preocupación lógica, pensar en algunos procesos psicóticos de iniciación frecuente en la juventud.

*Etiología.* Toda neurosis está determinada por la interacción de dos factores siempre presentes: la predisposición constitucional del individuo y las influencias del medio ambiente "actual y pasado", en su más amplio sentido. Nos interesan, aquí especialmente, las determinadas por el medio escolar, puesto que es evidente y reconocida, la importancia que tienen los factores propiamente educativos en su origen y desarrollo.

El modo de ser impartida la enseñanza adquiere importancia fundamental. El carácter predominantemente libresco, "de memoria", con ignorancia del verdadero sentido y naturaleza, impide su integración al acervo cultural del joven, quien retiene el conocimiento como una carga extraña inapta para ser utilizada inteligente y plásticamente, en la adquisición de conocimientos de más elevada jerarquía.

La falta de correlación de las distintas asignaturas, el problema del tiempo para completar los programas (viéndose por ello el estudiante obligado a iniciar los nuevos cursos sin la base necesaria), la despreocupación de muchos profesores por los conocimientos relacionados con los suyos impartidos por sus colegas y que deberían formar un conjunto armónico, así como las ausencias reiteradas de algunos docentes son, entre otros, factores que distorsionan y actúan

como caldo de cultivo favorable para la eclosión de manifestaciones neuróticas.

Es indudable que todo educador pone en su quehacer, el matiz inherente a su personalidad ya desarrollada y que no siempre es la más indicada para establecer una armoniosa relación con la de los jóvenes estudiantes, tanto más cuando atraviesan una etapa evolutiva tan inestable como es la de la adolescencia, que de por sí favorece el nacimiento de desajustes emocionales y psicológicos de diversa índole.

La adaptación recíproca que supone todo acto educativo resulta así muy difícil de alcanzar en la práctica, siendo frecuente observar actitudes inapropiadas por parte de los mismos profesores que se evidencian, por una excesiva frialdad, hostilidad franca, demasiada condescendencia o bien con vacilación, lo que en el transcurso del tiempo pueden constituirse en factores traumatizantes para el joven.

Ciertas situaciones de vital importancia: económicas, sociales, familiares, alteran indirectamente el comportamiento habitual y normal del educador y del estudiante, al repercutir desfavorablemente, en sus esfuerzos para el logro de una labor eficaz. En efecto, un inestable nivel económico puede obligar a que dispersen sus esfuerzos en tareas ajenas a su quehacer específico, con la lógica perturbación de su vocación y capacitación profesionales, facilitando así, la eclosión de conflictos interpersonales (de carácter neurótico) durante la labor educativa.

*Diagnóstico.* Labor compleja, dadas las numerosas formas con que pueden presentarse estas reacciones. Oyarzún Peña, aconseja jalonar metódicamente las distintas etapas diagnósticas, que podemos resumir así: a) Enfocar dentro de las bases de la formulación terapéutica, el aspecto que se refiere a las características psicológicas principales de las dificultades. b) Estudiar las modalidades principales de los rasgos defensivos del carácter. c) Investigación psicoterapéutica de las características psicopatológicas de la

adolescencia, en los casos donde se combinan, a factores propios de esa etapa del desarrollo, problemas neuróticos.

*Tratamiento.* Realizado el diagnóstico del caso, la orientación terapéutica debe surgir de la importancia y jerarquía de los elementos que juegan un rol principal en la patología del trastorno existente.

Determinada aquella, surge como un procedimiento adecuado para la gran mayoría de los pacientes, el uso metódico de la psicoterapia, método que se propone la mejoría y curación de los trastornos psíquicos, utilizando los recursos que se obtienen de la ágil, paciente e inteligente relación médico o profesor-estudiante.

"El profesor es mucho más que alguien que imparte determinados conocimientos". Enseña y forma a una personalidad en pleno desarrollo y está en inmejorables condiciones de asumir eficazmente actitudes que tienden a solucionar y evitar los problemas psicológicos que puedan presentarse.

No se trata de que el docente sea un terapeuta profesional pero sí que sepa encarar lógicamente, las distintas dificultades que surgen a diario en el ámbito escolar. Sería conveniente y muy útil que los profesores tuvieran en general conocimientos vinculados con los fenómenos que traducen las distintas interrelaciones entre sujetos en plena formación como medida preventiva de problemas posteriores.

*Pronóstico.* Dada la variabilidad de los cuadros que se presentan y de los resultados terapéuticos a obtenerse, resulta difícil establecer un pronóstico "a priori". Nos ayudarán a orientarnos en ese sentido, el tiempo de evolución del caso, el antecedente de manifestaciones neuróticas infantiles, la intensidad de los trastornos del carácter, así como todo otro aporte al mejor conocimiento del adolescente.

Textos consultados: P. H. Berkowitz y E. R. Rotman: "El niño problema". F. Oyarzún Peña: "La neurosis en el estudiante". W. Mayer-Gross: "Psiquiatría Clínica". Jorge Thenon: "Neurosis juveniles".

## INVESTIGACION DE LA SENSIBILIDAD A LA DIFTERIA EN UN GRUPO DE ESCOLARES EXPUESTOS AL CONTAGIO DE LA ENFERMEDAD

Doctor JOAQUIN HERRAN

Jefe División Profilaxis

Doctor PASCUAL COSTA

Médico Inspector D. 4º Z. A

A fines de 1962, a raíz de la aparición de tres casos de difteria en el Hogar Infancia de la Boca, uno de los cuales falleció, se dispuso como medida de prevención fundamental, aparte de las de profilaxis general de rigor, la revacunación de todos los niños, cualquiera fuese el estado de su vacunación antidiftérica anterior, dentro de la zona de influencia. Al no producirse nuevos casos resolvimos llegado el momento de estudiar qué grado de protección se había obtenido entre los inyectados con vacuna antidiftérica. Desde hace mucho tiempo insistimos en designar "inyectados" a los que hayan recibido una vacuna determinada para recordar que el que hayan recibido las inyecciones correctamente en número, cantidad e intervalos, no implica obligatoriamente que estén inmunizados, ya que un porcentaje mínimo, pero indiscutible, no consigue protección suficiente, y algunos de ellos no obtienen nada de protección, hecho desde luego excepcional.

Para controlar la efectividad de la vacunación antidiftérica contamos con la ayuda de la Reacción de Schick que es capaz de determinar quienes están protegidos por la

vacunación y quienes continúan susceptibles a la difteria.

Esta reacción, de gran valor para los estudios epidemiológicos de la enfermedad, sirve además en forma indirecta para determinar: a) si la vacunación ha sido realizada correctamente, de acuerdo a las normas establecidas, y b) si la vacuna utilizada para la inmunización fue eficaz.

La implicancia de los resultados de un estudio del tipo del que realizamos es extraordinaria porque de ellos podría surgir: a) si había o no que variar los plazos y/o el número de dosis; b) si había que revisar y mejorar la vacuna utilizada, en este caso la preparada por el Instituto Nacional de Microbiología "Dr. Carlos S. Malbrán", y c) si en lugar de falla en la técnica, dosis o plazos, o en la calidad de la vacuna utilizada había simplemente falla en el cumplimiento, por parte de los padres, de la obligación que marca la ley.

No es sencillo hacer una investigación de este tipo por cuanto se requiere un conjunto de medidas para evitar factores de error que invaliden los resultados.

El Jefe de la División Profilaxis estableció para esta investigación el plan a que debía ajustarse. De acuerdo a él y para tener el máximo de seguridad que fuera posible, procedimos como figura a continuación:

- 1º Tomamos un número de niños de edad y sexo homogéneos.
- 2º Efectuamos Reacción de Schick y testigo con material de reciente preparación.
- 3º Las intradermo-reacciones fueron realizadas por personal altamente especializado; en este caso los médicos y una visitadora de gran experiencia en intradermo-reacciones.
- 4º Se efectuó la lectura, como es clásico, a las 48 horas y en todo caso dudoso se repitió a las 72 y 96 horas.
- 5º La lectura e interpretación estuvo solamente a cargo de los dos médicos que integraron el equipo.
- 6º Separados los Schick positivos se realizó un estudio exhaustivo para determinar: a) si esos niños estaban o no vacunados, b) si los presuntamente vacunados habían recibido el número correspondiente de dosis

*Informe sobre la aplicación de Intradermo-Reacción de Schick y Testigo en el Jardín de Infantes N° 6 "Quinquela Martín"*

Concurren a dicho Jardín de Infantes alumnos de ambiente medio y clase obrera. Los niños desayunan y almuerzan en él (9 a 16 horas).

Zona de influencia: Boca.

La dirección es muy estricta; el acceso es difícil dada la gran cantidad de solicitudes de ingreso.

en tiempo y cantidad; además, c) se especificó en un cuadro todos los datos recogidos en cada caso, y d) en los casos dudosos fue requerida la presencia de los padres para aclarar con los certificados a la vista cualquier duda sobre fecha, dosis y origen de los certificados.

- 7º Se siguió hasta la extinción de las reacciones todo caso que no resultara totalmente convincente a las 48 o 96 horas y aún más, se verificó la aparición de pigmentación ulterior en algunos de ellos.

El grupo de niños estudiados correspondió a los Jardines de Infantes de Hogar Infancia de la Boca; Jardín de Infantes N° 6 "Quinquela Martín" y Escuela William Morris, que estaban, en la fecha de la investigación, dentro de la zona correspondiente al doctor Costa e incluían a la vez al establecimiento donde habían ocurrido los casos de difteria.

En el Jardín de Infantes N° 6, se estudiaron además los hermanos menores de alumnos concurrentes.

El plan buscaba investigar el grupo escolar dentro de la zona y no únicamente en la Escuela Hogar Infancia de la Boca.

Consta de seis secciones, en el estudio figura además otra integrada por hermanos de los alumnos concurrentes.

En las siete secciones se practicaron Reacción de Schick y Testigo. Sobre el total de 157 niños que recibieron la reacción, se comprobaron 25 resultados positivos, 9 (+) en la lectura a las 48 horas y 123 negativos. Los 9 que eran débilmente positivos a las 48 horas, resultaron también negativos en la lectura a las 72 horas; quedando un total de 25 positivos y 132 negativos.

En el siguiente cuadro se pueden apreciar las cifras comparativas.

Grado	Alum.	Aplie.	Schick		Testigo		Observaciones
			+	-	+	-	
1ª Sec.	23	23	3	20	3	20	2 (±) a las 48 hs, fue (-) a las 72 hs.
2ª „	20	20	4	16	1	19	3 (±) „ „ (-) „ „
3ª „	23	23	2	21	—	23	2 (±) „ „ (-) „ „
4ª „	20	20	2	18	1	19	1 (±) „ „ (-) „ „
5ª „	25	25	1	24	—	25	
6ª „	22	22	5	17	—	22	
Hnos.	24	24	8	16	4	20	1 (±) „ „ (-) „ „
Total	157	157	25	132	9	148	9 (±) „ „ (-) „ „

Investigando cada uno de los 25 positivos para comprobar si la vacunación se había realizado correctamente resultó lo siguiente: nueve presentaron certificados de 1ª dosis solamente; cuatro tenían certificados de 2ª estímulo sin constancia del primero; cuatro presentaron certificados de 3ª dosis, pero faltaban los de primera y segunda; uno con certificado del 1º y 3º estímulo, sin la cons-

tancia del 2º; uno con certificado de 2ª y 3ª dosis, sin la primera; cuatro presentaron certificados de 1ª y 2ª dosis solamente; uno con los tres estímulos consecutivos del año 1960, pero sin la revacunación que debió realizar al año siguiente y por último un positivo no había recibido ninguna dosis de vacuna.

*Informe sobre la aplicación de Intradermo-Reacción de Schick y Testigo en la Escuela Hogar Infancia de la Boca.*

Esta escuela privada consta de tres secciones de Jardín de Infantes y cuatro grados primarios (1º Inferior, 1º Superior, 2º y 3º).

Se aplicó la reacción a 102 alumnos y al efectuar la lectura a las 48 horas resultaron 8 positivos, 6 debilmente positivos y 82 negativos; 6 estuvieron ausentes a la lectura.

Se examinó nuevamente el resultado de las reacciones a las 72 horas, comprobándose que los 6 casos debilmente positivos se habían hecho negativos, quedando como resultado final el siguiente: 8 positivos y 88 negativos.

Del estudio de los certificados de vacuna presentados por los 8 alumnos positivos surgió lo siguiente:

Dos casos positivos tenían certificados de 3 dosis de aplicación consecutivas en el año 1962, pero la tercera estaba muy próxima a la fecha de la investigación, por lo que no podía ser tomada en cuenta.

En dos casos positivos, con certificados de 2ª y 3ª dosis del año 1962, no había constancia de la aplicación del primer estímulo.

En tres casos positivos, con certificados de revacunación efectuada en el año 1962, no pudo obtenerse comprobante de las tres dosis anteriores. Un alumno positivo había recibido la 3ª dosis en agosto de 1962, pero no tenía certificado de las anteriores.

En el cuadro siguiente se detallan los resultados por grado:

Grado	Aplic.	Aus. lect.	Schick		Testigo		Observaciones
			+	-	+	-	
J. Inf.	17	3	2	12	—	14	1 ( $\pm$ ) a las 48 hs. fueron (—) a las 72 hs
J. Inf.	16	1	1	14	—	15	1 ( $\pm$ ) " " (—) " "
J. Inf.	18	1	1	16	—	17	2 ( $\pm$ ) " " (—) " "
1º Inf.	24	1	3	20	1	22	1 ( $\pm$ ) " " (—) " "
1º Sup.	14	—		14	—	14	
2º G.	8	—		8	—	8	
3º G.	5	—	1	4	—	5	
Total	102	6	8	88	1	95	6 ( $\pm$ ) " " (—) " "

*Informe sobre la aplicación de Intradermo-Reacción de Schick y Testigo en la Escuela William Morris*

Escuela privada, dependiente de la "Unión Evangelista"; su alumnado está constituido por niños de ambiente medio (buenas condiciones sociales).

Zona de influencia: Boca.

Se practicó en un total de 111 alumnos correspondientes a Jardín de Infantes, 1º Inferior, 1º Superior, 2º, 3º y 4º grado y a seis hermanos de aquéllos, no concurrentes a la

escuela. Cuatro niños estuvieron ausentes a la lectura. De los 107 controlados, 91 dieron reacción negativa y 16 fueron positivos.

A las 48 horas 14 alumnos tuvieron una reacción debilmente positiva, que se hizo negativa a las 72 horas.

Estudiados los antecedentes de los 16 alumnos con reacción de Schick positiva se comprobó que: cuatro de ellos no habían recibido ninguna dosis de vacuna; cuatro tenían un solo estímulo; cinco con 1ª, 2ª y 3ª dosis y por último tres habían sido revacunados, pero no habían constancia de las tres primeras dosis.

En el siguiente cuadro se detallan los resultados por sección:

Grado	Aplic.	Aus. lect.	Schick		Testigo		Observaciones
			+	-	+	-	
J. Inf.	36	1	6	29		35	5 ( $\pm$ ) a las 48 hs. fueron (—) a las 72 hs.
1º Inf.	23	2	2	19	1	20	6 ( $\pm$ ) " " (—) " "
1º Sup.	20	1	2	17	1	18	1 ( $\pm$ ) " " (—) " "
2º y 3º	15		3	12		15	1 ( $\pm$ ) " " (—) " "
4º	11		1	10		11	1 ( $\pm$ ) " " (—) " "
Hnos.	6		2	4		6	
Total	111	4		91	2	105	14 ( $\pm$ ) a las 48 hs. fueron (—) a las 72 hs.

RESUMEN

ESCUELA	Nº de aplicados	Aus a la lectura	Schick		Testigo	
			+	-	+	-
Jardín Inf. de la Boca	102	6	8	88	1	95
J. Inf. Nº 6 "Q. Martín"	157	—	25	132	9	148
Esc. Part. W. Morris	111	4	16	91	2	105
Totales	370	10	49	311	12	348

Como conclusión de la investigación realizada se deduce:

- 1º La revacunación ordenada, con motivo de los casos de difteria producidos, se cumplió en general correctamente.
- 2º La protección conferida a los escolares en conjunto fue eficiente desde el momento que no se produjo ningún nuevo caso de enfermedad.

3º El estudio de la sensibilidad a la difteria por medio de la reacción de Schick evidenció que todos los niños correctamente vacunados y revacunados en cantidad, número de dosis e intervalos, dieron resultado negativo.

4º En el estudio en particular de los casos con reacción de Schick positiva se comprobó que:

ESTUDIO DE LOS POSITIVOS

*Cuadro final*

Positivos	Observaciones
6	Sin vacunación
13	Con certificado de 1er. estímulo.
5	" " " 1º y 2º estímulo.
4	" " " 2º estímulo. (Sin constancia del 1º).
3	" " " 1º, 2º y 3er. estímulo. (Muy próximo a la fecha del estudio).
1	" " " 1º, 2º y 3er. estímulo. Sin revacunación.
1	" " " 1º y 3er. estímulo. Sin constancia del segundo.
8	" " " 3er. estímulo. Sin constancia del 1º y 2º
4	" " " 2º y 3er. estímulo. Sin constancia del 1º
4	" " " revacunación. Sin constancia de los anteriores.

Del cuadro anterior se deduce que salvo un caso que recibió las tres dosis pero no fue revacunado y cuatro casos que tal vez hubieran recibido las tres dosis anteriores a la fecha del certificado de revacunación que

presentaron, los escolares que dieron reacción de Schick positiva no habían cumplido correctamente con la vacunación, entendiéndose como correcto los tres estímulos y una cuarta dosis a los seis meses o al año del tercero.

# CENTROS PILOTOS DE GIMNASIA MEDICA CORRECTIVA O GIMNASIA DE CAPACITACION

DIRECCION Y COORDINACION

Profesor Doctor CARLOS A. MARCHESE

## SUMARIO

### DE LA PRESENTE COMUNICACION

- E) *Fundamentos de la labor realizada.*
- F) *Modus operandi. Selección del material empleado.*
- G) *Estadísticas, fichas y apreciación de los resultados.*
- H) *Conclusiones.*

### E) FUNDAMENTOS DE LA LABOR REALIZADA

De acuerdo a una resolución emanada de la D. G. de S. E. en 1964, esta Jefatura solicitó a la Superioridad los elementos necesarios más imprescindibles para la instalación y funcionamiento de un Centro Piloto de Gimnasia Médica Correctiva y de Orientación, en la sede de este Servicio Médico, al mismo tiempo que se requería el personal técnico afectado exclusivamente al mismo.

No obstante, que por razones de orden administrativo no fuera satisfecho el pedido, comenzamos la labor con los elementos y

personal de este Servicio Médico. Iniciamos así una obra lenta y progresiva con los alumnos que concurrían voluntariamente a estas clases de gimnasia y recogiendo nuestras primeras experiencias.

La falta de personal afectado a esta tarea hizo que ella no fuera realizada en forma sistemática con citación a los padres de los alumnos y con los debidos controles periódicos, por eso esas fichas clínicas fueron archivadas como prueba de los primeros pasos en nuestra labor. Es recién en el año 1959 en que la Dirección General de Educación Física requiere nuestra colaboración para instalar un Centro Piloto con las mismas finalidades que el nuestro, en la sede del Centro de Educación Física Nº 1, Republicetas Nº 1050. Ellos poseían espacio suficiente, kinesiólogos, profesores de educación física que se pusieron bajo la supervisión técnico-científica de los doctores Ricardo Ramón López Salgado y Norberto Pedro Mallo, llegándose así a examinar una población de 330 alumnos.

La Dirección del Centro de Educación Física Nº 1 denominó Gimnasia de Capacitación a las tareas que nosotros designamos

como Gimnasia Médica Correctiva. No es el caso de discriminar cuál es el justo valor de los términos en los Centros Pilotos, pero sí cabe consignar que la acción de ambos era similar y bajo la directa supervisión técnica de nuestro Servicio. Con la adscripción al Servicio Médico del kinesiólogo, señor Carlos Roberto Helguera, reanudamos la labor en forma ya más amplia y ordenada, en la sede de esta Jefatura quedando el Centro Piloto integrado por el doctor Ricardo Ramón López Salgado, el kinesiólogo señor Carlos Roberto Helguera y la visitadora de higiene, señorita Ada Elvira Salustio, y la asesoría técnica de los doctores David Miguel Angel Orlando, Manuel Ubaldo Díaz Bobillo y Salvador Toribio Irigoyen.

En base a los exámenes médicos periódicos que realizan los distintos Servicios de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, se enviaron a esta sede los casos que requerían una gimnasia médica especializada. Se confeccionó así un registro de los alumnos a los cuales una vez diagnosticada la afección se les fijaba día y hora en que el mismo podía realizar dichas prácticas. Este hace sus ejercitaciones a las órdenes del equipo antes señalado, se le explica el porqué de dichos movimientos y la necesidad de su correcta ejecución para alcanzar los objetivos deseados. Aprendido el gesto correctivo se le explica a los padres y a este mismo para que continúen su ejecución en su domicilio, ya que por razones de diversa índole (distancia, horario, economía, etc.), el alumno no puede concurrir diariamente, como sería el ideal.

El factor ausentismo por las causas antes dichas, hemos tratado de disminuirlo al mínimo, ya que la asiduidad en la concurrencia es factor decisivo para lograr los fines propuestos; hemos llegado a controlarlo efectivamente por el doble mecanismo de la obligatoriedad escolar y el de la citación oficial a cargo de Visitadoras de Higiene en su función médico-social.

Mensualmente se realiza el examen médico antropométrico de los alumnos para verificar la evolución clínica y registrar los datos

objetivos y subjetivos en su ficha correspondiente. Del total de alumnos que concurren a este Centro Piloto extraemos 140 fichas, seleccionadas a los objetos de esta comunicación; se aclara que esta selección ha sido hecha teniendo en cuenta aquellos alumnos que concurren en forma asidua a las prácticas de Gimnasia Correctiva y que, por esta razón, para nosotros constituyen una muestra representativa. Adjuntamos en planillas los datos extraídos de las fichas seleccionadas. A continuación exponemos el modus operandi, motivo de esta comunicación.

#### F) *MODUS OPERANDI. SELECCION DEL MATERIAL EMPLEADO*

Desde el punto de vista de la selección del material humano tuvimos en cuenta varios factores, que esquematizamos como sigue:

1º — *Factores Generales Indicativos.*

2º — *Factores Generales Contraindicativos.*

1º — :

- a) Niños o jóvenes en período escolar. (Edades entre 6 y 18 años).
- b) Con afecciones que condicionan insuficiencia respiratoria, trastornos posturales y osteoligamentosos que afectan parcialmente la estructura corporal, sean estos factores aislados o combinados, como ocurre con la generalidad.
- c) Por indicación del médico tratante.
- d) Sin tratamiento clínico formal a la fecha de su revisión.

2º — :

- a) Con manifestaciones sindrómicas de insuficiencia respiratoria que por los datos de laboratorio y radiológicos contraindiquen la acción. También en los trastornos posturales donde las lesiones estén fijadas o acentuadas de manera tal que los beneficios de la gimnasia de capacitación sea inoperante.

b) Cuando exista contraindicación expresa da por médico tratante.

Realizando una compulsa de los distintos autores que se ocupan de este tema, nos encontramos frente a criterios parciales en la consecución de un plan de esta naturaleza. Por ello nuestro enfoque difiere de los esquemas standard habituales, ya que nuestra orientación tiene un objetivo más amplio y una finalidad eminente de trascendencia médico-social.

En efecto, nuestros examinados realizan las prácticas y ejercitaciones físicas en estrecho contacto con el equipo tratante y, las más de las veces, en forma de pequeños grupos de no más de 5 alumnos por clase de gimnasia correctiva.

Se tuvo en cuenta, también, la interrelación que prima entre alumno, padre, médico y kinesiólogo tratantes.

Para apreciar los beneficios obtenidos tuvimos en cuenta:

1º — *Datos subjetivos.*

2º — *Datos objetivos.*

1º Por anamnesis especialmente en respiratorios, mejoría rápida con disminución de los episodios bronquiales espasmódicos asmáticos. Capacitación para los cambios bruscos de temperatura, disminución de la fatiga en relación a la actividad física.

En los posturales o con dismorfias parciales, si bien la mejoría no se aprecia con la facilidad que los anteriores, pues su evolución correctiva es más lenta, todos coinciden en manifestar un aumento en la seguridad y armonía de los movimientos, integración a deportes que antes de iniciar su ejercitación estaba vedado de realizar.

2º Datos objetivos apreciados. — Apreciación por medio de los gráficos adjuntos.

### G) ESTADÍSTICAS, FICHAS Y APRECIACION DE LOS RESULTADOS

Según Kleimberg, entre los niños de edad escolar existen por lo menos, en un 25 %, que presentan algún tipo de curva escoliótica funcional; nosotros coincidimos con esta opinión como puede apreciarse en el cuadro estadístico que se transcribe a continuación, y aún más, estamos en condiciones de exteriorizar una premisa que está avalada por nuestra experiencia recogida, cual es que la incidencia de las curvas escolióticas es aún superior a las cifras dadas por el autor americano antes mencionado. Es digno de tener en cuenta esta apreciación para su especial tratamiento, máxime si pensamos que esta afección aún siendo funcional, es susceptible de ser diagnosticada prematuramente, si se piensa en su posibilidad.

Para realizar medicina preventiva se debe, en los exámenes médicos periódicos, investigar en profundidad todos los niños portadores de pie plano, dorso redondo, asimetría torácica y pelviana, como así también los portadores de trastornos visuales, auditivos y los estados deficietarios pondo-estaturales.

Es difícil apreciar la edad de iniciación del proceso escoliótico funcional, pero se presume, en base a estadísticas realizadas en países que se han ocupado del tema, que oscila alrededor de los seis años, existiendo un predominio neto del sexo femenino.

Según algunos autores, esa proporción es de 6 a 1, y según otros es de 4 a 1.

La escoliosis constituye el máximo porcentaje de los educandos tratados.

Centro Piloto de Gimnasia Médica Correctiva en la sede de esta División Educación Física.

Escoliosis .....	48
Pié plano .....	20
Insuficiencia pondo-estatural .....	7
Obesidad .....	5
Insuficiencia respiratoria .....	39
Tratamiento kinésico .....	21

Total ..... 140

## H) CONCLUSIONES

La presente comunicación tuvo por finalidad poner en relieve aspectos de la atención médico-física prestada en nuestro Consultorio de Capacitación de la División Educación Física de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, a niños y jóvenes con disminuciones físicas, tanto funcionales como estructurales, que obedecen, y ese ha sido nuestro enfoque, a alteraciones de la estática, sus secuelas y problemas. La acción se extendió a las insuficiencias respiratorias cuando ellas son la consecuencia de los trastornos antedichos y cuya etiología alérgica o psicogénica permiten un tratamiento ambulatorio y cuyo grado de eficacia ya ha sido señalado en la presente comunicación. Ya en el Simposio Internacional de Medicina del Deporte y Rehabilitación, efectuado en Mar del Plata en el mes de junio de 1960, insistimos como representantes oficiales de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, en la creación de Centros de Capacitación cuya organización esbozamos basándonos en los datos recogidos en nuestros Centros Pilotos de Capacitación instalados en la sede central de este Servicio Médico y en el Centro de Educación Física Nº 1, Republicuetas Nº 1050.

Desde el año 1958, frente a situaciones de jóvenes con trastornos posturales concretos, se decidió a trascender los límites de la función pericial en los casos de exenciones a las clases de educación física, proponiéndose encarar con criterio médico social la asistencia y orientación de aquellos casos susceptibles de mejorar o curar, mediante la práctica sistematizada de la gimnasia con enfoque médico.

El objetivo a cubrir es el de extender la acción a la mayor cantidad de afectados mediante el consejo, a padres y alumnos, acerca de la solución de sus problemas estructurales y funcionales, siempre, claro está, como com-

plemento de la medicación aconsejada por el profesional tratante.

Para cumplir esta finalidad fue que solicitamos la creación de un Centro Piloto Asistencial de Gimnasia Médica de Capacitación, donde recoger experiencia directa, dado que en nuestro país no se cuenta con centros de esta naturaleza; organización con miras a objetivos concretos de Medicina Preventiva y Social que involucren a la población infanto-juvenil escolar y con un plan de trabajo organizado y sistemático que permita apreciar sus resultados.

Debemos señalar que estos Centros de Gimnasia Médica Correctiva o de Capacitación, han alcanzado un grado de desarrollo tal que, por ejemplo, basta citar que en Francia, según estadísticas oficiales (Boletín de Educación Física de Francia), posee en actividad 1.081 centros donde se han atendido en el lapso de un año 65.457 alumnos; el número de sesiones realizadas en ellos es de dos clases semanales y se consigna en fichas estadísticas que el 33 % de los concurrentes fueron totalmente reeducados y que en el 50 % se obtuvo una acción parcial de reeducación. Frente a la precaria situación en que desenvolvemos nuestra acción abogamos la esperanza que en un futuro cercano podamos contar con todos los medios necesarios para que podamos extender nuestra acción, a todos los educandos que necesitan de los recursos de la Gimnasia Médica Correctiva o de Capacitación.

Es indudable que para lograr este objetivo se deberá contar con una eficiente labor de Educación Sanitaria a fin de aunar los esfuerzos entre los organismos que involucra este plan ambicioso, en los cuales están representados no sólo los padres, alumnos, docentes, Sanidad Escolar sino también los organismos estatales que tienen la responsabilidad de la educación integral del alumnado.

NOTA: Agradecemos profundamente la colaboración prestada por el señor Jefe de la Sección Bioestadística de la Dirección Nacional de Sanidad Escolar, doctor José Augusto Ganduglia Pirovano.

# EPILEPSIA

MARTA BEATRIZ H. de AROZA

SUSANA SANSEVERINO CASTEX

PROFESORAS EN DEFICIENTES DE LA VOZ, EL OIDO Y LA PALABRA

## EL NIÑO EPILEPTICO: SUS PROBLEMAS Y SU PRESENCIA EN EL AMBIENTE ESCOLAR

Trascendente es la responsabilidad del reeducador en la sociedad, que lo considera un eficaz auxiliar del médico. Dentro de las tareas docentes, el reeducador encuentra en la escuela común el elemento primario que deberá modelar y adaptar, utilizando para ello lo imponderable de su vocación y saber.

La especialización del reeducador halla campo fértil para el desarrollo de su experiencia y conocimientos en la Escuela Diferencial. También desarrolla su labor en la Escuela Hospitalaria y Domiciliaria.

Hemos mencionado las Escuelas Diferenciales, de importancia fundamental en el mundo contemporáneo. Dentro de los escasos recursos que se disponen para la educación en el presupuesto de algunas naciones, es evidente que los poderes públicos no escatiman esfuerzos para aumentar el número de los establecimientos diferenciales de las más diversas especialidades, como así también, el número de maestros que se dedican a estas disciplinas.

## EL NIÑO EPILEPTICO

Dentro de los alumnos que concurren a las escuelas comunes es importante el porcentaje de niños que padecen de epilepsia.

Epilepsia significa: "sorprender", tratán-

dose de un mal que se manifiesta en forma "repentina". Además, esta enfermedad nerviosa, se caracteriza porque el afectado sufre ataques con pérdidas de conocimiento acompañada de convulsiones.

La historia da cuenta de la existencia de esta enfermedad desde la más remota antigüedad. Habrían padecido este mal, el profeta Mahoma y también San Pablo y San Juan.

Antiguamente el terror que inspiraba el enfermo presa de terribles convulsiones, le asignaban al mal un origen sobrenatural. Los integrantes de las primeras comunidades observaban, alternativamente, en el proceso de la enfermedad, la acción de Dios y del Diablo por lo que se la denominó "Morbus sacer" y también "Divinus".

Es la ciencia, por mediación de Hipócrates, la encargada de aventar las supersticiones, demostrando que la epilepsia obedece a causas naturales.

Entre los afectados por este mal y que se destacaron en distintas ramas del saber se cuentan a: Petrarca, Pascal Newton, Moliere, Dostoiewsky y Van Gog.

Denodada ha sido la lucha de la ciencia para tratar de mitigar los efectos de esta enfermedad, utilizando para ello distintos barbitúricos. Actualmente se emplean drogas anticonvulsivas con resultados positivos. Desde el año 1929 la utilización de aparatos para realizar electroencefalogramas, permiten registrar con toda precisión las distintas lesiones cerebrales.

La epilepsia, "mal caduco" (como acertadamente se la menciona), es una de las manifestaciones más frecuentes de "anormalidad nerviosa". Las estadísticas mencionan la existencia de seis epilépticos por cada mil personas, cifra que tiende a incrementarse. Se consigna que en nuestro país existen 100.000 (cien mil) epilépticos, lo que constituye un problema importante para la salud pública. En la lucha contra este mal, la ciencia centra sus esfuerzos en el tratamiento del niño.

### CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS

El afectado por este mal se caracteriza por su afectividad, aunque por momentos cae en el retraimiento y en la reserva en lo que hace a la exposición de sus problemas "interiores", lo que nos daría un cuadro psicológico de una persona introspectiva. Es común, también, que en sus manifestaciones espirituales caiga en el "misticismo", siendo por lo general, extremadamente religioso.

### ORIGENES DEL MAL:

Esta lesión cerebral puede tener tres orígenes: pre-natal, natal y post-natal.

*Pre-natal:* Cuando la lesión se produce en el seno materno por gestación alcohólica, crisis emocional de la madre o por enfermedades eruptivas contraídas en los primeros meses del embarazo.

*Natal:* Los traumatismos del parto pueden provocar lesiones cerebrales. Es decir, o forceps o asfixia por circulares del cordón umbilical al cuello, naciendo el niño cianótico.

*Post-natal:* Enfermedades infecciosas, encefalitis, traumatismos, tumores y abscesos. También enfermedades generales con altas temperaturas, o factores externos capaces de provocar disturbios emocionales.

El problema de la herencia es discutido. En términos generales, a la epilepsia no se la considera enfermedad hereditaria.

El enfermo, con un tratamiento adecuado, se desenvuelve casi normalmente en su vida

de relación. La oxigenación y deshidratación pueden ser los medios de alivio para el atacado por el mal.

**PERTURBACION TOTAL GENERALIZADA:** Esta perturbación toma los dos lóbulos del cerebro. Puede ser: focal o parcial, o crisis generalizadas.

**GRAN MAL:** El gran mal es el que se produce en el individuo que sufre numerosos ataques diarios y de evidente intensidad.

El ataque es precedido por una serie de trastornos nerviosos que constituyen el "aura epiléptico" y que son de carácter sensitivo, motor y psíquico. Con frecuencia el *aura* es una sensación que definen mal los enfermos. Algunos padecen contracciones que parten desde el abdomen hasta el cuello; en otros son alteraciones sensitivas, dolores, hormigueo, pesadez y pinchazos que asientan en un miembro, en la cabeza o en cualquier parte del cuerpo hasta que sobreviene el ataque.

**AURAS MOTRICES:** Son pequeños calambres o convulsiones que anteceden a la pérdida del conocimiento. Pueden consistir en trastornos vaso-motores y producir palidez o rubicundez súbitas.

**AURAS SENSORIALES:** Abarcan la esfera mental y están constituidas por sensaciones subjetivas tales como ráfagas rojas, chispas brillantes, ruidos, sabores, olores diversos, hasta las más variadas alucinaciones, concepciones delirantes y estados emocionales. Es, pues, el *aura*, una *perturbación fugaz* que puede afectar a cualquier segmento del sistema nervioso, muy variable, según los casos, pero bastante constante en cada enfermo como para advertirle de la proximidad del ataque.

**ATAQUE:** Este empieza, por lo general, con un grito agudo de dolor pero que, probablemente, es inconsciente en el enfermo y debido al espasmo de los músculos laríngeos. El enfermo se desploma sin conocimiento; la cara está pálida; la mirada fija; el cuerpo rígido, inmóvil, presa de una convulsión tónica. Esta es la *fase tónica* del ataque. Las manifestaciones vasomotoras van cambiando

la palidez en lividez y cuando el enfermo parece asfixiarse y la cara cianótica, las *convulsiones clónicas* suceden a las tónicas, la respiración se vuelve ruidosa e irregular. -Este estado puede tener una duración de 40" y el enfermo se sacude violentamente. Luego la fase de *decontracción* con una duración aproximada de unos 60" y, por último, la fase de *recuperación*. Luego de pasado el ataque, el enfermo no recuerda nada de lo sucedido. Se debe auxiliar al atacado colocándole un pañuelo en la boca para evitar que se lastime la lengua. Jamás se debe poner la mano.

**PEQUEÑO MAL:** El "petit mal" requiere una mayor observación de parte de los padres y educadores, por cuanto la enfermedad no se ha manifestado abiertamente pero se halla latente con diversos síntomas. Es responsabilidad no advertirla a tiempo, pues tratándose de un mal que aqueja por lo general a los niños, se corre el riesgo de que por inoperancia, estos no sean tratados.

Debe ser motivo de especial atención el niño que presente los siguientes síntomas:

El que durante el sueño sufre repetidas sacudidas bruscas de los miembros y durante el día, el que a menudo cae al suelo de pronto, aunque se levante sin perder el conocimiento.

El niño que lea correctamente sin lograr en determinado momento concentrarse en la lectura, ignorando por completo el sentido del texto. Se observará, también, un rápido parpadeo y una súbita palidez.

**EL LENGUAJE EN LOS EPILEPTICOS:** Las primeras referencias clínicas en materia de disturbios del lenguaje en el curso de ausencias amnésicas son anotadas por Tissot en 1820, en su "Tratado de epilepsia".

Bateman, en 1887, describe dos observaciones en donde la crisis afásica se limita a un trastorno fundamentalmente motor; el sujeto pierde la palabra y, según su propia expresión, "queda como mudo". La duración es breve y luego reanuda la conversación normalmente.

Audedino, en 1906, refiere dos observaciones de sujetos epilépticos con crisis afásicas. Las observaciones de Redlich en 1907 y de Raymond y Rose, en 1908, se refieren a trastornos de orden afásico postcríticos.

Use y Livet, en 1913, publican una observación de un enfermo que, independientemente de sus crisis de epilepsia de tipo Gran Mal, presentaba crisis anártricas conscientes y amnésicas.

Souques, en 1928, analiza dos observaciones de crisis afásicas conscientes y amnésicas con los caracteres de una afasia de Wernicke. Dufour, bajo el nombre de "mutismo intermitente", refiere un caso en que la epilepsia se manifiesta por una detención de la palabra que se reproduce un número incalculable de veces en el curso de una conversación; el trastorno se acompaña de pestañeo, mirada fija, palidez, sin pérdida de conciencia.

En los últimos años han aparecido nuevos aportes en el estudio del trastorno paroxístico del lenguaje, como manifestación de una epilepsia.

En este sentido debemos citar la descripción de Marchand y Ajuriaguerra sobre trastornos del lenguaje hablado y escrito, que aparecen en forma paroxística en el curso de la ausencia amnésica. Según estos autores el disturbio afásico puede adoptar varias modalidades en el mismo enfermo. En un primer grupo de enfermos, el más frecuente, según los autores citados, el trastorno consiste en una detención brusca del pensamiento, con pérdida del lenguaje interior. En medio de una rase, el sujeto se calla bruscamente, pierde el hilo de su pensamiento; después de algunos segundos, retoma el curso de sus ideas y puede continuar la frase interrumpida.

El sujeto, durante la crisis, no comprende lo que se le dice.

En un segundo grupo, los enfermos en el curso de su ausencia conciente y amnésica, saben lo que quieren decir pero son incapaces de evocar las palabras que expresen su pensamiento. Raramente comprenden el sen-

tido de lo que se les dice, aun entendiendo las palabras por separado; existe, pues, un disturbio en el orden receptivo y expresivo del lenguaje (afasia de Broca).

En un tercer grupo están aquellos enfermos que, en el curso de sus crisis conservan la conciencia y el lenguaje interior; comprenden lo que se les habla, pueden leer, pero son incapaces de pronunciar una palabra. Los sujetos tienen la sensación de que la lengua está paralizada, que ellos no pueden realizar los movimientos necesarios para hablar. En fin, la disartria asociada al estado confusional puede ser tal que el sujeto se asemeja a un pseudobulbar o a un afasoagnos oapráxico.

Una de las más recientes contribuciones al estudio del problema que nos ocupa es la de Alajouanine quien, basándose en un grupo de 20 observaciones seleccionadas resume las manifestaciones críticas del lenguaje en la epilepsia.

Se ha dicho, expresa este autor, que el lenguaje es una actividad parásita, utilizando en el hombre órganos destinados a otra finalidad: pulmones, laringe, cavidad bucal, labios; aun cuando su función comienza desde el nacimiento (respiración, gusto, succión, deglución), no es sino tardíamente, después de un largo aprendizaje, que estos órganos son utilizados en el lenguaje. Lo mismo sucede con la audición y la visión, que pasan progresivamente del estado perceptivo simple al estado psicosensoial, integrando la actividad del lenguaje.

La unión del lenguaje, con los órganos motores por un lado y con los órganos sensoriales por otro, explica la dependencia a los mismos y también los planos de clivaje que va a realizar la patología en esta organización compleja y adquirida.

Estos clivajes son de gran interés, ya que, de acuerdo a lo expresado por Alajouanine, realizan disociaciones múltiples en esta actividad, contrariamente a lo sostenido por la opinión corriente que considera que la perturbación del lenguaje, en estos casos, se ex-

presa en una forma grosera, por una supresión brutal y global.

El autor señala dos formas de perturbación del lenguaje, así como existen dos polos en esta actividad: trastornos aislados en la expresión oral y trastornos aislados en la expresión verbal.

En el primer caso, el sujeto perfectamente conciente, queriendo llamar o decir "he aquí mi crisis", no puede emitir ningún sonido y debe hacer gestos para señalar su impotencia; él comprende todo lo que se le dice y podría repetirlo al ceder la crisis; finalizada la misma, permite al sujeto retornar la palabra normalmente, a veces, sin embargo, con un breve trastorno en la articulación.

Tales enfermos afirman que, durante la crisis, saben perfectamente lo que desean expresar y que el trastorno es sólo de la locución. Se trata, pues, de una crisis anártrica que se acompaña, con bastante frecuencia, de algún movimiento buco-lingüo-labial de masticación o de succión, similar a los que ocurren en las crisis masticatorias.

En el segundo caso, mucho menos frecuente, es la percepción auditiva y la recepción del lenguaje que están perturbados en forma aislada; uno de los enfermos sentía durante algunos segundos alejarse la voz, comprendía algunas palabras pero la frase no tenía significado. Otro enfermo, desde el comienzo de la crisis, tenía la impresión de que le hablaban en una lengua extranjera, desconocida. En un caso, el sujeto que estaba leyendo al comenzar la crisis, desconoció el significado de la lectura.

Estos ejemplos revelan la posibilidad de verdaderas agnosias auditivas y visuales, dando una afasia transitoria del polo receptivo del lenguaje.

La crisis afásica puede manifestarse por una disolución aún más parcial del lenguaje.

- a) Parafasia transitoria con empleo de una palabra por otra;
- b) Otros enfermos sólo pueden repetir un juramento o sólo dicen monosílabos: sí-sí; no-no no, en forma iterativa;

c) Se ha visto también, en forma transitoria, dificultad para denominar los objetos (afasia amnésica).

Vemos, pues, que Alajouanine insiste en que, en la epilepsia a expresión afásica, son muy variados los clivajes que puede realizar el paroxismo en la actividad del lenguaje y múltiples las formas de presentación clínica.

**EL NIÑO EPILEPTICO Y EL AMBIENTE DOMESTICO:** Este ambiente debe ser tranquilo y reposado, de manera que evite al niño excesos de estímulos ruidosos, sacudidas violentas, cambios bruscos de situación. La sobre-exitación y la confusión ambiental provocan, en efecto, una superabundancia desordenada de estímulos sensoriales y emotivos que dañan el sistema nervioso infantil; la actitud serena de los genitores, esto es, libre de inseguridad de angustia de temor, de preocupaciones, es fundamento de una infancia serena y bien dirigida. Incluso las caricias, a pesar de necesarias porque el niño necesita una atmósfera de simpatía y de afecto, deben ser moderadas y tempestivas.

El juego es un valioso aliado de la educación familiar, es el trabajo del niño, trabajo libre, creativo, espontáneo y continuo, por lo cual representa una contribución poderosa al desarrollo psíquico.

**EL NIÑO EPILEPTICO Y LA ESCUELA**  
Por regla general se expresa que el niño epiléptico debe concurrir a la *escuela común*. No obstante, se considera aconsejable que los padres de niños epilépticos, deben consultar a la Liga de Lucha contra la Epilepsia. Allí recibirán consejo y toda clase de ayuda, no sólo para los pequeños, sino que la misma se hará extensible a los que conviven con un epiléptico.

Al niño no debe alejárselo del ambiente en que, todo ser normal desarrolla su actividad. El pequeño que se desarrolle en un hogar donde los padres se preocuparon por superar todos los inconvenientes psíquicos, primero en sus personas y luego, transmitiendo esa experiencia a todos los que manten-

gan contacto con el enfermo, habrán logrado para éste, el ambiente óptimo.

Por otra parte, es deber ineludible de los padres, desde el primer día de clase, proveer a la Dirección del establecimiento el informe médico-psicológico del niño afectado. En esta forma, el maestro, desde la incorporación del pequeño a la escuela, se hallará en condiciones de aplicar una atención reeducadora eficaz.

**EL MEDICO ASISTENCIAL:** Tendrá a su cargo el cuidado físico de los educandos.

**EL GABINETE DE PSICOLOGIA:** Estudiará profundamente al niño y realizará "test" para valorar su nivel intelectual.

**EL MAESTRO:** Dentro de las posibilidades tratará de adecuar los medios para asimilarlo al ritmo de la enseñanza. Y por último, *los padres* desempeñarán un papel importantísimo al velar por un cumplimiento estricto y eficaz, actuando, en algunos casos, como puente entre el educador y el niño.

Es muy importante que el maestro, que tiene oportunidad de observar libremente al pequeño, exponga sus conclusiones periódicas a los padres y al médico.

Son tres los aspectos que se tendrán en consideración para comenzar una adecuada educación:

1º — Frecuencia e intensidad de las crisis.

2º — Nivel intelectual.

3º — Perfil de su personalidad.

**FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LA CRISIS:** Un niño puede ser incorporado en la escuela común cuando sus crisis sean esporádicas y de poca intensidad. Por ejemplo, un caso de 15 a 20 crisis diarias no sería posible aceptarlo dado que alteraría el orden, disciplina y atentaría contra la esfera efectiva de sus compañeros.

En estos casos se pondrá al enfermo bajo un estricto tratamiento médico, lo que den-

tro de un plazo dado le permitiría reintegrarse a la escuela.

**NIVEL INTELECTUAL:** Su control se halla a cargo del gabinete de psicología, que realizará periódicos tests para la valoración del nivel intelectual. Si éste es *normal*, el educando intelectualmente estará en condiciones de ser asimilado por la escuela común. Si éste fuera *inferior* a lo normal se procederá a integrarlo a una escuela diferencial gofrénicos para proporcionarle una instrucción para oli-

**PERFIL DE SU PERSONALIDAD:** Se refiere a las reacciones psíquicas que deparan perturbaciones de la personalidad, provocadas por una indebida, excesiva sobreprotección, conmiseración y aceptación de parte de sus allegados en el hogar. De esta forma el niño se vé privado del placer de la convivencia con toda la gama de sus alternativas. La anarquía trae consigo el desasociego: el niño necesita ser dirigido, orientado, estimulado y corregido. Por sobre todo debe mantenerse la autoridad paterna. En ningún momento deberá demostrar debilidad.

La *especulación* de la enfermedad es un daño gravísimo y un defecto, en que por un mal entendido, suelen caer los allegados al enfermo.

Es así que las enfermedades se complican con variadas reacciones fisiológicas y psicológicas, todas las que deberán considerarse en el tratamiento. De aquí la enorme importancia de la psicoterapia en el tratamiento de la epilepsia, cuyo carácter paroxístico repetido, trae tanto repercusiones físicas como psíquicas.

**POSICION DEL MAESTRO:** El educador que entre su alumnado cuente con un niño epiléptico, deberá preparar el resto de los alumnos para la eventualidad de un ataque. El maestro arbitrará todos los medios a su alcance y apelará a su mejor persuasión para que el trance del ataque sea afrontado por los niños con la mayor naturalidad posi-

ble. Simultáneamente los alumnos irán adquiriendo una madurez emocional.

Los alumnos estarán debidamente preparados para socorrer al enfermo, colocándole de inmediato un pañuelo u objeto blando en la boca para evitar lesiones en la lengua.

Una vez superado el trance el niño afectado será retirado del aula, si previamente los síntomas del aura epiléptica no han sido advertidos por el maestro. El pequeño entrará en un período de embotamiento del que se recuperará al cabo de unos minutos, debiendo luego ser reintegrado al juego escolar, en completa apariencia de igualdad de trato.

Por lo común, los ataques se producen durante las horas de descanso. Existe una diferencia notoria entre el porcentaje de ataques en horas de actividad y los que lo son en las de reposo.

El educador logrará un óptimo resultado como auxiliar del médico en la atención del niño epiléptico, en la medida que ponga al servicio de esta tarea una acendrada vocación, al par que una adecuada preparación a través de la lectura de abundante bibliografía científica sobre esta disciplina, con lo que cumplirá con su sacerdocio docente, de tan imponderable importancia para la sociedad en su lucha contra los males que afectan al ser humano.

**BIBLIOGRAFIA:** Datos obtenidos de clases dictadas por el doctor Delmar en la Facultad de Ciencias Médicas (año 1959).

*Epilepsias:* Del profesor doctor José Pereyra Káfer, publicado en la "Prensa Médica Argentina" (año 1953).

*Trabajo:* De los doctores C. Castells; B. Frisler y Maslenikow, publicado en el acta Neurológica. Volumen 3, Nº 2 (año 1957). "Higiene Mental de la Edad Evolutiva", del doctor Sergio Levi.

*Asuntos:* Tomados en clases dictadas por el doctor David Postán en el Curso de Perfeccionamiento de Fonoaudiología (año 1961).

# LA ESCUELA RURAL COMO CENTRO DE MEDICINA PREVENTIVA

Por el Doctor ARMANDO A. DIAZ COLODRERO

Enfermedades que inciden con mayor frecuencia en la Provincia de Corrientes. Su profilaxis.

(Continuación del número anterior)

C - LEPROA: Otra enfermedad endémica en nuestra provincia es la lepra.

Vamos, pues, a dedicarle unos párrafos que nos la harán conocer mejor. Este mejor conocimiento es indispensable para que podamos hablar de lepra, como hablamos de la gripe o del sarampión, o sea buscando su causa y tratando de comprender su profilaxis.

Y bien: la lepra es una enfermedad infecciosa crónica, que se propaga por contagio de enfermo a sano y es causada por el bacilo de Hansen.

Una vez que el bacilo penetra en el organismo se extiende a todo el cuerpo pero sin dar ningún síntoma y permanece así; en este estado que se llama período de latencia, durante 3 a 5 años.

Pasado este tiempo recién se hace evidente al aparecer síntomas en la piel, o en las mucosas, o en los nervios.

Pero antes de seguir adelante dejemos sentado un hecho sorprendente y que seguramente ha de llamar la atención de ustedes, y es el siguiente: *La lepra es quizá la enfermedad infecciosa menos contagiosa.* Este hecho se encuentra abonado por la observación de que el personal que está en contacto con los enfermos de lepra (médicos y enfermeras), no se han contagiado con sólo adoptar elementales normas de higiene.

Este es un hecho que debe quedar firmemente grabado en ustedes; lo repetimos: la lepra no solamente no es muy contagiosa,

sino que es, posiblemente, la menos contagiosa de las enfermedades infecciosas.

Su contagiosidad depende de varios factores que han de considerarse, unos, como factores inherentes a la enfermedad misma y otros al organismo atacado.

El factor más importante achacable a la lepra en sí es la forma clínica o sea la manera en que evoluciona la enfermedad en el organismo atacado.

En la actualidad aceptamos tres formas clínicas en la lepra, y son: la forma lepromatosa, la forma inflamatoria simple y la forma tuberculoide.

De estas tres consideramos que la forma lepromatosa es solamente la realmente contagiante porque se localiza en la piel y en las mucosas donde aparecen endurecimientos llamados lepromas en los que abundan los bacilos de Hansen.

Al asentarse los lepromas en la piel de la cara dan al enfermo un aspecto característico que se conoce con el nombre de *facies leonina*, que quiere decir "cara de león" y es debida a que la piel se hincha y endurece y los pliegues propios de la fisonomía dan la expresión vultuosa y llamativa de la cara.

Otras manifestaciones de la lepra las constituyen las placas anestésicas, que son porciones de la piel de coloración distinta del resto y que tienen la característica de presentar trastornos de la sensibilidad; unas veces son anestésicas o sea insensibles al dolor, y otras la sensibilidad está muy disminuida solamente.

Por último, en los casos muy avanzados y que no han recibido tratamiento adecuado, pueden llegar a sufrir deformaciones y mutilaciones.

Pero, todo ello solamente ocurre debido al descuido y al abandono.

En nuestro país existe una benemérita institución: "El Patronato de Leprosos de la República Argentina", que preside la señora Hersilia Casares de Blaquier, que tiene a su cargo la asistencia integral de los enfermos de lepra. De sus folletos y recomendaciones voy a tomar lo que es indispensable que se sepa de la lepra y su tratamiento.

"LA LEPROA puede y debe ser DESTERRADA"... PORQUE...

- 1 ...conocemos el agente productor.
- 2 ...se contrae en el contacto con enfermos contagiosos.
- 3 ...es la menos contagiosa de todas las enfermedades transmisibles.
- 4 ...no es hereditaria: los hijos de enfermos nacen sanos.
- 5 ...una buena parte de los enfermos no son contagiosos.
- 6 ...en las medidas de higiene general (buena alimentación, aseo, viviendas salubres, etc.), la enfermedad encuentra un gran escollo.
- 7 ...consultando rápidamente a un médico especialista por cualquier lesión de la piel, el diagnóstico precoz es posible.
- 8 ...con un diagnóstico precoz se modifica fundamentalmente el pronóstico y las posibilidades de curación.
- 9 ...contamos con centros especializados de atención médica para los enfermos y de contralor para los convivientes aún no afectados.
- 10 ...con las terapéuticas modernas, hoy a nuestro alcance, puede lograrse la curación de la enfermedad.

Y, FINALMENTE, PORQUE EN LOS PAISES MAS EVOLUCIONADOS LA ENFERMEDAD DE HANSEN, PRACTICAMENTE, HA DESAPARECIDO...

— ADEMÁS...

¿Sabía usted...

- que la enfermedad de Hansen es una antiquísima y pesada carga para la humanidad?
- que en la actualidad nuestro país está seriamente afectado por esta endemia?
- que en los últimos años el número de atacados ha aumentado?
- que tanto en la Capital Federal como en todas las provincias y territorios se encuentran enfermos autóctonos?
- que en los países más adelantados prácticamente no se conoce.
- que cada enfermo no tratado representa un futuro esfuerzo mayor?
- QUE LA LEPROA ES CURABLE Y PUEDE EXISTIR UN MAÑANA SIN ELLA?
- que en la ignorancia encuentra la enfermedad su mejor aliado?
- que la educación sanitaria, haciendo llegar a todos los puntos de la República el conocimiento de los adelantos actuales hará desaparecer el fantasma que la rodea?
- que de nuestro esfuerzo, bien dirigido, depende el éxito.
- que el país cuenta con médicos especializados y con todos los recursos terapéuticos modernos para brindar al paciente un eficaz tratamiento?
- QUE ESTA EN NUESTRAS MANOS OFRECER UN FUTURO LIBRE DE UN MAL ACTUALMENTE DOMINABLE?

---

NOTA: En próximos números Educación Sanitaria publicará diversos artículos sobre los temas de Medicina Preventiva, que con más frecuencia inciden en la Escuela Rural.

PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS EN EL PERSONAL DEL MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA DE LA NACION Y DEL CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION - 1961

(SECCIONES DE NEUROPSIQUIATRIA Y NEUMONOLOGIA)

Segunda Parte (.)

Por la Doctora ALICIA J. MARTINEZ (:) )

SECCION NEUMONOLOGIA:

En la búsqueda de las fuentes de contagio y su tratamiento en el medio escolar, corresponde a la Sección Neumonología una importante labor que se realiza en forma coordinada con la División Radiología y Catastro, la Sección Laboratorio y las restantes divisiones y secciones vinculadas a objetivos comunes: búsqueda de bacilíferos y protección de sujetos vírgenes.

A requerimiento de la División Reconocimientos Médicos, la Sección Neumonología examina al personal del Ministerio de Educación y Justicia de la Nación y del Consejo Nacional de Educación que solicita licencia por afecciones respiratorias. Individualizado el enfermo, se procede a su aislamiento del medio escolar y se controla su tratamiento. A pedido de la División Junta Médica, tam-

bién examina al personal que solicita traslado, cambio de tareas o de horario, alegando afecciones respiratorias. Caben en estos casos las mismas consideraciones antes dichas. Recibe esta Sección frecuentes consultas de los Médicos Escolares de Distrito, referentes al estado del aparato respiratorio de los alumnos a su cargo. La acción profiláctica que esta Sección desarrolla es vasta e importante, pues no sólo coopera en la investigación de las fuentes de contagio sino que señala la presencia de portadores, real o potencialmente peligrosos, en las colectividades vírgenes, las que por intermedio de la División Profilaxis son controladas e inmunizadas con el E.C.G.

- (.) La primera parte de este trabajo fue publicado en el número anterior, la tercera y última lo será en el próximo.  
(:) De la Div. Reconocimientos Médicos (D.N.S.E.)

NOTA DE LA AUTORA

Este trabajo ha sido publicado con el valioso asesoramiento del Jefe de la Sección Bioestadística Médica, Prof. Dr. José Augusto Ganduglia Pirovano.

FE DE ERRATAS:

En el N° 21 (en la PRIMERA PARTE) del presente artículo —debido a un pequeño accidente al armar la página—, quedó cambiada la línea sexta del párrafo segundo, que debía decir continuando la línea anterior:  
*das. Estas fichas componen un fichero cuyo*

Creemos con esta aclaración haber subsanado este error, que lamentamos, por el respeto que nos merecen nuestros lectores, y muy especialmente a la distinguida doctora Alicia J. Martínez.

ANALISIS  
DE LOS DIAGNOSTICOS VARIOS:

Se presenta seguidamente un estudio discriminado de los diagnósticos agrupados con

el título: "OTRAS AFECCIONES". Constituyen el 7% del total de los casos y comprenden diversas enfermedades del aparato respiratorio.

PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS EN EL PERSONAL DEL MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA DE LA NACION  
Y DEL CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION QUE CONCURRIO A LA SECCION DE NEUMONOLOGIA DE LA  
DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR DURANTE 1961

EXAMENES Y DIAGNOSTICOS		VALORES ABSOLUTOS ANALISIS DE LOS DIAGNOSTICOS VARIOS JERARQUIAS			
Categorías	Causas	Técnicos docentes	Adminis- trativos	Maestranza	TOTALES
003	Tuberculosis pleural .....	4	—	—	4.—
474	Laringitis y traqueítis aguda .....	—	1	1	2.—
493	Otra neumonía y no especificada .....	2	—	—	2.—
519	Pleuresia .....	2	—	—	2.—
520	Neumotórax espontáneo .....	2	—	2	4.—
527	Otra enfermedad de pulmón y de cavidad pleural .....	12	5	5	22.—
		22	6	8	36.—

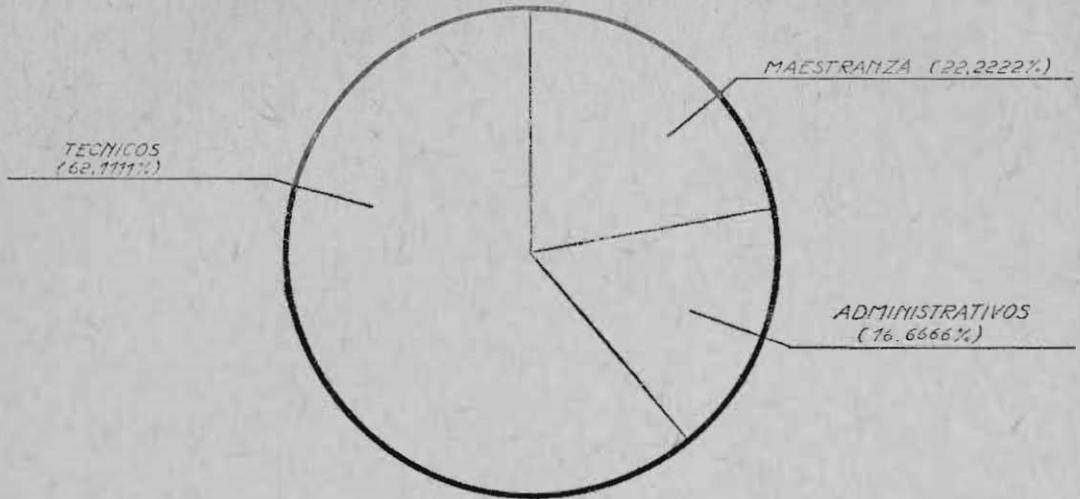
PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS EN EL PERSONAL DEL MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA DE LA NACION  
Y DEL CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION QUE CONCURRIO A LA SECCION DE NEUMONOLOGIA DE LA  
DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR DURANTE 1961

EXAMENES Y DIAGNOSTICOS		ANALISIS DE LOS DIAGNOSTICOS VARIOS DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIAGNOSTICOS POR JERARQUIAS			
Categorías	Causas	Técnicos docentes	Adminis- trativos	Maestranza	TOTALES
003	Tuberculosis pleural .....	100,000	—	—	100,000
474	Laringitis y traqueítis aguda .....	—	50,000	50,000	100,000
493	Otra neumonía y no especificada .....	100,000	—	—	100,000
519	Pleuresia .....	100,000	—	—	100,000
520	Neumotórax espontáneo .....	50,000	—	50,000	100,000
527	Otra enfermedad de pulmón y de cavidad pleural .....	54,5454	22,7272	22,7272	99,9998
		62,1111	16,6666	22,2222	99,9999

# NEUMONOLOGIA

GRAFICO Nº 5

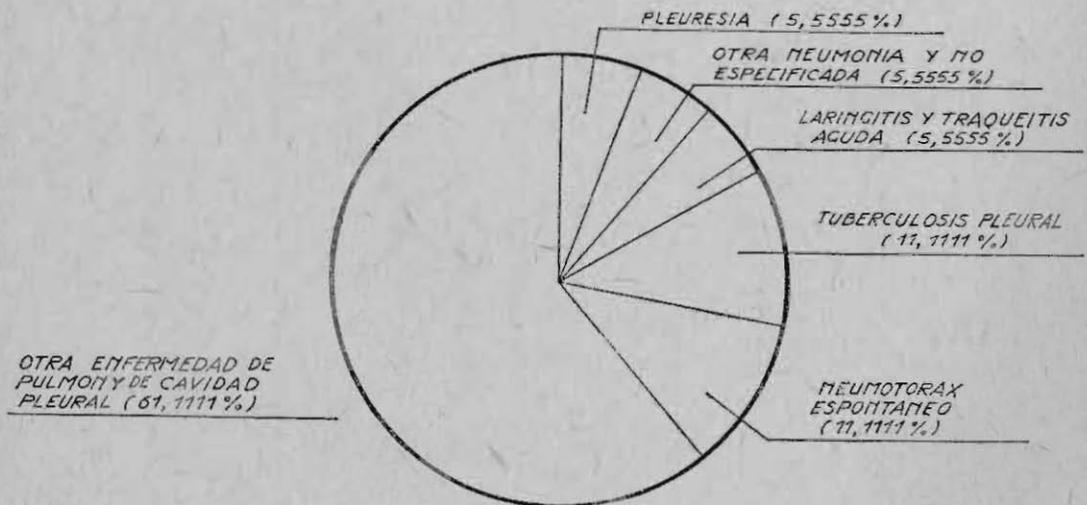
## DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIAGNOSTICOS POR JERARQUIAS



# NEUMONOLOGIA

GRAFICO Nº 6

## DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS JERARQUIAS POR DIAGNOSTICOS



PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS EN EL PERSONAL DEL MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA DE LA NACION  
Y DEL CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION QUE CONCURRIO A LA SECCION DE NEUMONOLOGIA DE LA  
DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR DURANTE 1961

EXAMENES Y DIAGNOSTICOS		ANALISIS DE LOS DIAGNOSTICOS VARIOS DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS JERARQUIAS POR DIAGNOSTICO JERARQUIAS			
Categorías	Causas	Técnicos docentes	Adminis- trativos	Maestranza	TOTALES
003	Tuberculosis pleural .....	18,1818	---	---	11,1111
474	Laringitis y traqueítis aguda .....	---	16,6666	12,5000	5,5555
490	Otra neumonía y no-especificada .....	9,0909	---	---	5,5555
519	Pleuresia .....	9,0909	---	---	5,5555
520	Neumotórax espontáneo .....	9,0909	---	25,0000	11,1111
527	Otra enfermedad de pulmón y de cavidad pleural .....	54,5454	83,3333	62,5000	61,1111
		99,9999	99,9999	100,0000	99,9998

ANALISIS DE LOS DIAGNOSTICOS VARIOS:

Se ha separado un grupo de diagnósticos que si bien representan el 8,8 % del total, en valores absolutos significan la necesidad de una estrecha coordinación entre la Sección Neuropsiquiatría y las restantes secciones de la Casa, especialmente Nutrición y Endocrinología, y Ginecología y Obstetricia.

PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS EN EL PERSONAL DEL MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA DE LA NACION  
Y DEL CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION QUE CON CURRICO A LA SECCION DE NEUROPSIQUIATRIA DE LA  
DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR DURANTE 1961

EXAMENES Y DIAGNOSTICOS		VALORES ABSOLUTOS ANALISIS DE LOS DIAGNOSTICOS VARIOS			
Categorías	Causas	JERARQUIAS			TOTALES
		Técnicos docentes	Adminis- trativos	Maestranza	
081	Secuelas de poliomielitis aguda .....	1	—	—	1.—
254	Otras enfermedades de la glándula tiroides .....	1	1	—	2.—
300	Alteraciones esquizofrénicas .....	7	8	—	15.—
312	Fobias .....	3	1	—	4.—
313	Obsesiones y reacciones compulsivas .....	4	4	—	8.—
345	Esclerosis múltiples .....	9	2	1	12.—
350	Parálisis agitante .....	2	1	—	3.—
353	Epilepsia .....	7	1	—	8.—
355	Otras enfermedades del cerebro .....	3	—	—	3.—
360	Parálisis facial .....	2	2	1	5.—
361	Neuralgia del trigémino .....	—	3	—	3.—
362	Neuritis braquial .....	—	—	1	1.—
363	Ciática .....	1	1	—	2.—
364	Polineuritis y poliradiculitis .....	1	—	—	1.—
366	Otras formas de neuralgias y neuritis y no especificadas .....	3	—	—	3.—
369	Enfermedades del sistema nervioso neurovegetativo .....	33	21	3	57.—
688	Complicaciones del puerperio, otras y no especificadas .....	66	10	2	78.—
791	Cefalalgia .....	21	5	1	27.—
N. 856	Traumatismo de la cabeza, de otra naturaleza y de naturaleza no especificada .....	13	3	1	17.—
E. 870	Envenenamiento accidental por sustancias sólidas y líquidas .....	3	1	—	4.—
		180	64	10	254.—

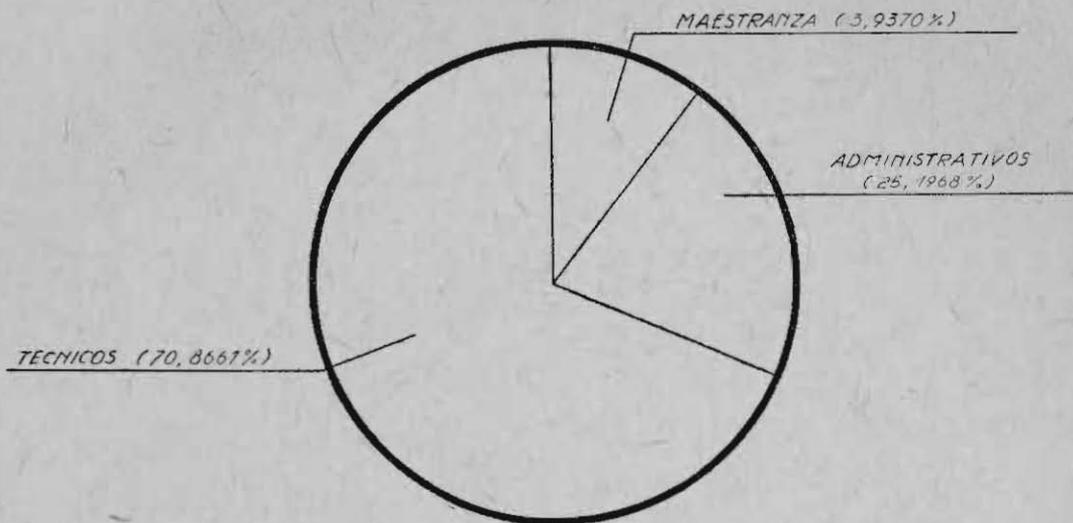
PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS EN EL PERSONAL DEL MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA DE LA NACION  
Y DEL CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION QUE CONCURRIO A LA SECCION DE NEUROPSIQUIATRIA DE LA  
DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR DURANTE 1961

EXAMENES Y DIAGNOSTICOS		ANALISIS DE LOS DIAGNOSTICOS VARIOS DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIAGNOSTICOS POR JERARQUIAS			TOTALES
		Técnicos docentes	Admisión- trativos	Maestranza	
Categorías	Causas				
081	Secuelas de poliomielitis aguda .....	100,0000	—	—	100,0000
254	Otras enfermedades de la glándula tiroides .....	50,0000	50,0000	—	100,0000
300	Alteraciones esquizofrénicas .....	46,6666	53,3333	—	99,9999
312	Fobias .....	75,0000	25,0000	—	100,0000
313	Obsesiones y reacciones compulsivas .....	50,0000	50,0000	—	100,0000
345	Esclerosis múltiples .....	75,0000	16,6666	8,3333	99,9999
350	Parálisis agitante .....	66,6666	33,3333	—	99,9999
353	Epilepsia .....	87,5000	12,5000	—	100,0000
355	Otras enfermedades del cerebro .....	100,0000	—	—	100,0000
360	Parálisis facial .....	40,0000	40,0000	20,0000	100,0000
361	Neuralgia del trigémino .....	—	100,0000	—	100,0000
362	Neuritis braquial .....	—	—	100,0000	100,0000
363	Ciática .....	50,0000	50,0000	—	100,0000
364	Polineuritis y poliradiculitis .....	100,0000	—	—	100,0000
366	Otras formas de neuralgias y neuritis y no especificadas .....	100,0000	—	—	100,0000
369	Enfermedades del sistema nervioso neurovegetativo .....	57,8947	36,8421	5,2631	99,9999
688	Complicaciones del puerperio, otras y no especificadas .....	84,6153	12,8205	2,5641	99,9999
791	Cefalalgia .....	77,7777	18,5185	3,7037	99,9999
N.856	Traumatismo de la cabeza, de otra naturaleza y de naturaleza no especificada .....	76,4705	17,6470	5,8823	99,9998
E.870	Envenenamiento accidental por sustancias sólidas y líquidas .....	75,0000	25,0000	—	100,0000
		70,8661	25,1968	3,9370	99,9999

# NEUROPSIQUIATRIA

GRAFICO N 5

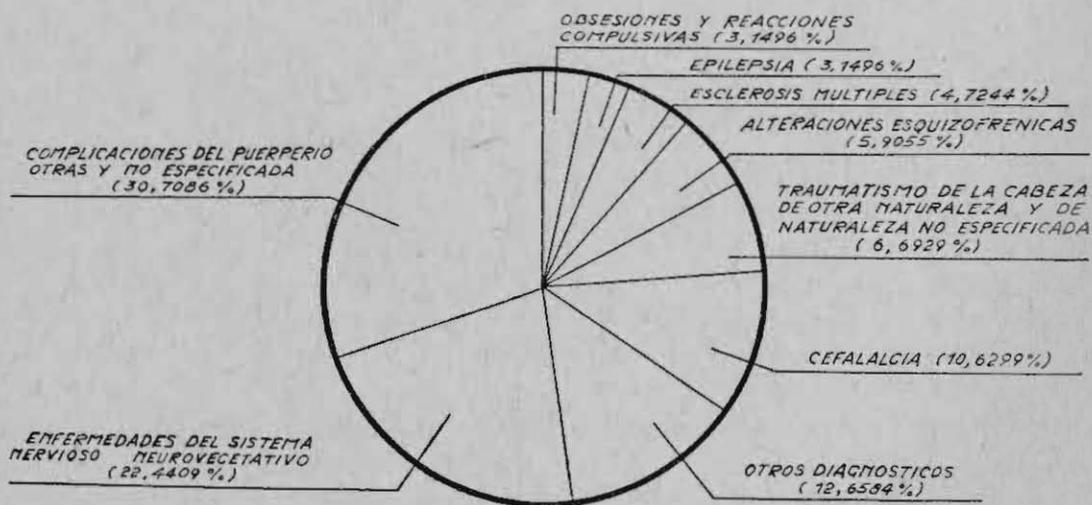
## DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS JERARQUIAS POR DIAGNOSTICOS



# NEUROPSIQUIATRIA

GRAFICO N° 6

## DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS DIAGNOSTICOS POR JERARQUIAS



PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS EN EL PERSONAL DEL MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA DE LA NACION  
Y DEL CONSEJO NACIONAL DE EDUCACION QUE CONCURRIO A LA SECCION DE NEUROPSIQUIATRIA DE LA  
DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR DURANTE 1961

EXAMENES Y DIAGNOSTICOS		ANALISIS DE LOS DIAGNOSTICOS VARIOS DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS JERARQUIAS POR DIAGNOSTICO			TOTALES
		JERARQUIAS			
Categorías	Causas	Técnicos docentes	Adminis- trativos	Maestranza	
081	Secuelas de poliomielitis aguda .....	0,5555	—	—	0,3937
254	Otras enfermedades de la glándula tiroides .....	0,5555	1,5625	—	0,7874
300	Alteraciones esquizofrénicas .....	3,8888	12,5000	—	5,9055
312	Fobias .....	1,6666	1,5625	—	1,5748
313	Obsesiones y reacciones compulsivas .....	2,2222	6,2500	—	3,1496
345	Esclerosis múltiples .....	5,0000	3,1250	10,0000	4,7244
350	Parálisis agitante .....	1,1111	1,5625	—	1,1811
353	Epilepsia .....	3,8888	1,5625	—	3,1496
355	Otras enfermedades del cerebro .....	1,6666	—	—	1,1811
360	Parálisis facial .....	1,1111	3,1250	10,0000	1,9685
361	Neuralgia del trigémino .....	—	4,6875	—	1,1811
362	Neuritis braquial .....	—	—	10,0000	0,3937
363	Ciática .....	0,5555	1,5625	—	0,7874
364	Polineuritis y poliradiculitis .....	0,5555	—	—	0,3937
366	Otras formas de neuralgias y neuritis y no especificadas .....	1,6666	—	—	1,1811
369	Enfermedades del sistema nervioso neurovegetativo .....	18,3333	32,8125	30,0000	22,4409
688	Complicaciones del puerperio, otras y no especificadas .....	36,6666	15,6250	20,0000	30,7086
791	Cefalalgia .....	11,6666	7,8125	10,0000	10,6299
N. 856	Traumatismo de la cabeza, de otra naturaleza y de naturaleza no especificada .....	7,2222	4,6875	10,0000	6,6929
E. 870	Envenenamiento accidental por sustancias sólidas y líquidas .....	1,6666	1,5625	—	1,5748
		99,9991	100,0000	100,0000	99,9998

# VIRUELA

## AMENAZA CONSTANTE

### ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

#### EL MUNDO LUCHA UNIDO CONTRA UN ANACRONISMO

- ° La OMS dirige la campaña mundial.
- ° Objetivo: la vacunación de las poblaciones.
- ° Necesidades: vacuna, vehículos, personal.
- ° Contribuciones al Fondo Especial de la OMS.

El doctor M. G. Candau ha definido la viruela como "un mal que, dados los conocimientos que poseemos, constituye un verdadero anacronismo".

Así es, en efecto. Pero sí es un hecho que los medios de prevenir la viruela son perfectamente conocidos desde fines del siglo XVIII, lo es también que la enfermedad sigue siendo endémica en muchos países de Asia y Africa.

En América latina su eliminación no es todavía completa.

En 1951 los casos de viruela en todo el mundo fueron todavía cerca de 500.000. En 1963, cinco años después de lanzada, bajo la dirección de la OMS, la campaña mundial de erradicación de la viruela, las estadísticas señalaban un descenso de la incidencia a menos de 100.000 casos.

Médicamente hablando, la lucha preventiva contra la viruela no ofrece ninguna incógnita. El hombre es la única fuente del virus. La vacuna, por otra parte, medicación práctica,

sencilla y poco costosa ofrece a los vacunados una protección eficaz durante varios años.

Pero para extirpar la enfermedad de la faz de la tierra es mucho lo que queda por hacer.

#### OFENSIVA EN TRES FASES

El éxito de las campañas nacionales de erradicación depende de la buena marcha de las operaciones que han de desenvolverse en tres fases perfectamente delimitadas.

En el curso de la fase preparatoria, la evaluación epidemiológica, la contratación de personal y la adquisición de la vacuna que se considere más indicada son las actividades principales de los organizadores.

La segunda fase es la llamada fase de ataque. Desde sus comienzos entran en acción operadores experimentados y bien provistos de vacuna de gran actividad. El objetivo es siempre el mismo: la vacunación de las poblaciones. Cada operador practica de 50 a 70 vacunaciones diarias, a veces más. Los primeros vacunados son las personas pertenecientes a los grupos de edad más frecuentemente atacados, los recién nacidos y las mujeres encintas. Seis a ocho días después se procede al examen de las personas vacunadas o revacunadas. Cuando no hay reacción mayor se practica una nueva vacunación.

Durante esta "ofensiva" es aconsejable concentrar el ataque en las zonas de po-

blación más densa y en aquellas reconocidas como endémicas, desde las cuales la enfermedad puede propagarse a otras regiones. No menos vigiladas han de ser las zonas donde es probable la importación de casos a causa de su proximidad a regiones corrientemente infestadas.

Una vez vacunadas con éxito las poblaciones de estas zonas, la campaña entra en la fase de control. En algunos casos los servicios nacionales de salud pública pueden encargarse de las operaciones de esta fase (cuya escala es mucho más reducida), combinándolas, cuando parezca hacedero o aconsejable, con las actividades de otros programas especiales, como los de erradicación del paludismo o de lucha contra el pian.

¿Cuándo será lícito considerar que la batalla contra la viruela ha sido ganada en tal o cual país? A esta pregunta los expertos de la OMS contestan que, a su juicio, la erradicación de la viruela puede considerarse como un hecho consumado cuando en un país no se ha registrado ningún "caso indígena" durante tres años y los brotes debidos a casos importados han podido dominarse fácilmente.

#### VACUNACION

La OMS ha puesto manos a la obra. Empezó por definir los principios básicos, las normas

aplicables a todos los países y a todas las fases de la campaña. Se recogen por doquier, y se coordinan, todas las informaciones útiles. A los gobiernos que lo solicitan se les asesora sobre las medidas que es aconsejable tomar en cada caso. La OMS, en fin, colabora activamente, en los trabajos de investigación sobre la viruela que se llevan a cabo en todo el mundo.

La clave del problema es la vacuna. Con la vacuna líquida clásica se ha conseguido la erradicación de la enfermedad en vastas regiones de las zonas templadas.

Sin embargo, en los climas cálidos, ese tipo de vacuna pierde rápidamente su eficacia, a causa de las muchas dificultades que presenta su conservación.

Ha sido necesario encontrar otros tipos de vacuna. Gracias a una labor de investigación intensa y prolongada, hombres de ciencia de gran ingenio han conseguido elaborar una vacuna liofilizada termoestable, es decir, una vacuna desecada, plenamente activa en todos los climas, que en los casos de urgencia la misma OMS se encarga de facilitar a los países que la necesitan.

Como garantía de eficacia total se ha previsto que la elaboración de esta vacuna ha de efectuarse según normas fijadas por la OMS y por los gobiernos interesados.

---

## EL DIA MUNDIAL DE LA SALUD:

### SU RAZON DE SER Y SU ALCANCE

El Día Mundial de la Salud se celebra todos los años el día 7 de abril, aniversario de la entrada en vigor, en 1948, de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Se ha elegido como tema para 1965: "La Viruela: amenaza constante". Recordar que la viruela sigue siendo una amenaza

y señalar esa amenaza al mundo entero es este año el propósito principal del Día Mundial de la Salud. Alentar los esfuerzos que se llevan a cabo para conseguir la erradicación total de la enfermedad es otro de los objetivos perseguidos.

# LA ORIENTACION VOCACIONAL

"SU APORTE EN LA PREVISION Y ASISTENCIA DE LA SALUD INTEGRAL  
DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD"

DEL CICLO RADIAL TRANSMITIDO POR "RADIO NACIONAL"

Prof. CELIA S. de SCHEJTMAN

## "FACTORES QUE POSIBILITAN EL EXITO EN LA ELECCION DE UNA CARRERA"

¿De qué medios y conocimientos ha de proveerse un estudiante para elegir con mayores probabilidades de éxito una carrera o profesión?

"No todos los caminos son para todos los caminantes". Todos los estudios no son para todos los cerebros.

El adolescente, en vísperas de la elección profesional, a menudo oye expresiones dichas en forma sapiente y abrumadora acerca de la importancia fundamental de cursar estudios que los habiliten para el ejercicio de una actividad lucrativa.

Trabajar viene a representar un negocio que interrumpirá su ocio, o sea dejar de hacer algo que es su gusto por otra cosa que es conveniente.

En cambio, olvida poner el énfasis en otros aspectos esenciales del trabajo como ser que estimula el desarrollo del respeto personal, de la fuerza del carácter; que es de fundamental importancia para la salud mental, que todo joven necesita y tiene derecho a ser habituado a trabajar de acuerdo con sus capacidades.

Es, entonces, especialmente en el ambiente familiar donde sin el respaldo lógico de ele-

mentos de juicio e información actualizada indispensables, someten a los jóvenes a la presión de viejos estereotipos culturales, las llamadas "carreras buenas" y "carreras malas" que los conducen hacia aquéllas que por su prestigio social y aureola de ventajas las ubicaban preferencialmente a principios de siglo, cerrando los ojos al avance de la técnica y a la creciente especialización de las áreas laborales o profesionales.

¿A qué podemos atribuir este absurdo proceder?

A la falta de una amplia información que ayudaría a una correcta ubicación en la realidad social, económica y cultural del país. La Orientación Vocacional puede y debe contribuir a la solución de los problemas relativos a la inadecuada distribución, deserción, micro-síntesis y fracasos estudiantiles.

Baste saber que la explotación del subsuelo, pese a la importancia que tiene para la economía de nuestro país, es la actividad que recibe menor número de graduados. De todos modos, los 18 que se graduaron en 1960 representan un número más alentador que los 4 recibidos en 1950 y el único que se graduó en 1940.

¿En qué forma repercute esta inadecuada graduación?

Evidentemente existe un desequilibrio en la

distribución estudiantil que se traduce, lógicamente, en un desequilibrio en la atención de las diversas necesidades sociales.

¿Qué es preciso para elegir bien una profesión?

Para ello, el primer paso es, "Conocerse a sí mismo".

El adolescente, por su propia situación, desconoce sus auténticas disposiciones y se supone condiciones inexistentes, idealizadas y/o distorsionadas. Por otra parte, para él, disposición y éxito son dos puntos contiguos, sin la distancia del tiempo, del esfuerzo, de la perseverancia.

¿Qué hacer, entonces?

La labor consciente de un orientador vocacional, con plenitud de recursos, correcto saber, paciencia y buen juicio, puede brindar al joven los elementos objetivos para que él elabore una decisión adecuada.

Le facilitará el apoyo y la ayuda que le son necesarias para desarrollar habilidades para el análisis de sus propias condiciones, físicas y psíquicas, así como para la valoración real de los factores socio-económicos que le son influyentes. Una vez realizada la evaluación de la autoimagen y del ambiente social, es oportuno preguntarse: ¿Por qué me decido por esta carrera?

Es un error creer que si se conocen las aptitudes, las preferencias, ya se posee todo lo que hace falta para una elección prudente.

Orientarse es juzgar en relación con una o varias actividades profesionales. No podemos orientarnos si no conocemos las carreras donde aplicar esas aptitudes y preferencias.

El mundo del trabajo ofrece decenas de carreras, llamémoslas "vecinas" las unas de las otras y que hacen llamado de aptitudes más o menos idénticas.

Es necesario saber bien lo que se hace

en la profesión que se elige y verificar si los gustos y posibilidades personales corresponden a los de los trabajadores de esas tareas. Y no olvidar que no hay carreras que por sí mismas lleven al éxito o al fracaso sino personas que satisfacen sus necesidades materiales y espirituales y otras que no lo logran.

Además, la satisfacción que produce la labor realizada de acuerdo con una auténtica vocación, por una parte, puede obviar circunstancias ingratas y por otra, proporcionar más oportunidades de éxito.

¿Una auténtica ocasión lleva siempre al éxito?

Siempre, no. También es menester conocer qué valores se buscan en lo que se elige.

Los límites de nuestra humanidad nos impiden alcanzar todo y llegar a todas las riquezas de la realidad.

Por consiguiente interesa conocer cuáles son los niveles de aspiración del estudiante, si su sistema de valores lo inclinan al aspecto económico, al prestigio social o a los intereses espirituales.

Es entonces cuando debe considerar qué posibilidades de demanda existirá cuando termine sus estudios, qué satisfacciones económicas le ofrecerá la sociedad, dónde deberá trabajar y en qué condiciones, si podrá costearse la carrera elegida y, luego, si las retribuciones le serán satisfactorias.

¿Cómo alcanzará el éxito?

Quien sabe cómo es, en qué sociedad vive, y qué puede hacer, tiene asentada sobre base firme la elaboración del éxito.

Pero, para lograrlo, es indispensable recordar que toda empresa implica un riesgo y que el bienestar no se consigue solamente con éxitos, sino con la capacidad para superar fracasos mediante oportunos y perseverantes esfuerzos.

# LA ALIMENTACION DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR

Por la Dra. DELTA Z. ROCCA

Dietistas: Srta. MARIA RINA BAEZ y Sras. AD. de BARBERAN, BLANCA FALETTI de CAVAGNARO, BETTI SCASSO de ELIZALDE y OFELIA C. de ROSETTI

En los años 1953 y 1956 se efectuaron encuestas sobre ayuda alimentaria escolar, es decir sobre la alimentación del niño en edad escolar durante el tiempo que el mismo permanece en la escuela desarrollando sus tareas. En el año 1953 se consultaron 553 escuelas, utilizándose datos de 507 de ellas. El tipo de ayuda fue muy diversa y sólo el 35 % de los niños recibían ayuda alimentaria aceptable. En el año 1956 se obtuvieron datos de 448 escuelas y sobre un total de 189.778 niños solamente el 37,8 % recibían ayuda alimentaria aceptable. Con excepción de cuatro distritos de la Capital, en los restantes la ayuda alimentaria fue insuficiente en proporción del 41 al 79,8 %.

El año pasado se repitió la encuesta sobre ayuda alimentaria escolar. Se consultaron 500 escuelas del ciclo primario de la Capital Federal, obteniéndose contestación de 438 escuelas, es decir del 87,63 %.

## MATERIAL

Se envió a las escuelas una planilla en la que se formuló una serie de preguntas con respecto al tipo de alimentación, época del año en que se administró, costo de la alimentación y entidades que la costeaban.

Se clasificó la ayuda alimentaria escolar en cuatro grupos: A, B, C y D.

El grupo A consistía de leche sola.

El grupo B consistía de leche con o sin infusión con productos de panadería o pan.

El grupo C de leche con agregados del tipo

del cacao con pan o productos de panadería.

El grupo D consistía solamente de pan o productos de panadería, con o sin infusión.

Se obtuvo el valor calórico promedio de los grupos A, B, C y D.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: de 171.341 niños consultados, 2.124 (1,23 %) tomaban leche en cantidades insuficientes, 78.865 niños (45,02 %) leche con productos de panadería o pan, 20.904 niños (12,19 %) leche con agregados del tipo del cacao, con pan o productos de panadería y 71.951 niños (41,98 %) solamente pan o productos de panadería. En algunas escuelas los niños tomaban en forma alternada alimentación del grupo A y A o B y C o A y C, por esa razón pueden no coincidir exactamente los números parciales con el número total de alumnos, y los porcentajes parciales con el total. (Cuadro 1).

El valor promedio calórico de los grupos fue el siguiente: grupo A: 102 calorías, grupo B: 260 calorías, grupo C: 297 calorías y el grupo D: 187 calorías. (Cuadro 2).

Considerando el valor calórico de una colación tipo compuesta de leche 200 gramos, agregados del tipo del cacao 30 gramos y pan 40 gramos lo que representa alrededor de 336 calorías llegamos a la conclusión de que con excepción de los grupos B y C que son los que más se aproximan al valor calórico tipo, los demás resultan de un valor calórico po-

CUADRO 1

DE	Nº ESCUELAS	Nº TOTAL DE ALUMNOS	GRUPOS			
			A	B	C	D
1	20	8.353	—	2.237	935	5.181
2	21	8.380	245	3.445	1.748	2.942
3	15	5.298	—	1.107	814	2.095
4	22	6.421	—	2.144	280	2.571
5	24	8.738	—	2.579	1.867	4.573
6	23	7.289	426	1.866	334	4.663
7	23	9.433	—	6.027	2.583	3.300
8	24	9.579	—	4.092	2.388	3.223
9	25	9.383	—	6.118	1.900	1.466
10	22	9.841	—	5.508	1.334	3.429
11	21	8.395	—	4.352	820	3.653
12	23	8.522	—	6.952	567	1.576
13	16	7.270	—	2.484	—	4.996
14	23	7.517	429	4.874	689	1.971
15	28	10.984	595	3.215	425	7.474
16	21	8.156	—	4.369	2.136	1.651
17	21	8.380	—	989	1.648	5.752
18	25	10.008	—	8.492	—	1.192
19	21	11.510	429	3.678	436	6.690
20	20	7.890	—	4.337	—	3.553
20	438	171.347	2.124	78.865	20.904	71.951

CUADRO 2

GRUPOS	CALORIAS PROMEDIO	Nº DE ALUMNOS
<b>A</b>	102	2.124
<b>B</b>	260	78.865
<b>C</b>	297	20.904
<b>D</b>	187	71.951

bre. El grupo A, si bien de menor valor en calorías, tiene la enorme ventaja de ser completo en su constitución; no ocurre esto con el grupo D, a pesar de tener mayor valor calórico.

La ayuda alimentaria fue dada en la mayor parte de las escuelas durante todo el año escolar, entre los meses de marzo y diciembre o marzo y noviembre, en un pequeño número, solamente durante los meses de invierno. Alcanzaban a 270 alumnos, los que no recibían ningún tipo de ayuda alimentaria.

Con respecto a las entidades que costean la ayuda alimentaria escolar, sin excepción, fue costeada por la Asociación Cooperadora de la escuela, ayudada por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires en 96 escuelas y por el Concejo Deliberante en 24 escuelas.

El costo de la ayuda alimentaria difiere notablemente de una a otra escuela. Fundamentalmente se debe al tipo de ayuda alimentaria, pero en muchas escuelas llama la atención el hecho de que no coincide la me-

jor ayuda alimentaria con el mayor costo, y por otra parte escuelas con menores gastos alimentan mejor a sus niños, ello teniendo en cuenta, por supuesto, el número de alumnos. Es posible que incida en ello los gastos correspondientes al personal encargado de la ayuda alimentaria, que no se tuvo en cuenta en el cuestionario, o quizás a datos erróneos.

Comparando los resultados de las tres encuestas realizadas en un lapso de ocho años, la situación no ha variado mucho. Sigue existiendo un porcentaje importante de escuelas de la Capital que proporcionan a sus niños, a través de las Cooperadoras Escolares, una ayuda alimentaria insuficiente e incompleta, mientras que otro grupo de niños, dentro de la misma Capital, tiene el privilegio de disfrutar de una ayuda completa y suficiente.

En la encuesta realizada en el año 1956 por el doctor Carlos A. Campos, se hacía incapié en la necesidad de uniformar la ayuda alimentaria escolar teniendo en cuenta lo dispar de la misma. Con ese objeto se pidieron informes a diversas compañías, sobre alimentos en polvo que, una vez reconstituidos con agua fría o caliente, reprodujeran en la forma más perfecta a la leche en lo que respecta a su valor calórico y su contenido en proteínas, mejorada con el agregado de vainilla o cacao. Algunas compañías enviaron material, con el que se realizó ensayos entre niños sanos en edad escolar. La aceptación fue total.

## CONCLUSIONES

De el estudio de los datos anteriores se concluye que, de los 171.841 niños que concurrían a 438 escuelas correspondientes a 20 distritos de la Capital Federal, solamente una parte de ellos, 101.893 (59,45 %), recibían ayuda alimentaria aceptable, aunque en 2.124 era insuficiente, mientras que 71.951 (41,98 %) niños tenían una alimentación incompleta a base de pan o productos de panadería. Se recuerda la sugerencia hecha en la encuesta realizada en el año 1956, sobre la necesidad de uniformar la ayuda alimentaria, preparándola a partir de leche en polvo edulcorada y mejorada con agregados de vainilla o cacao, imitando la copa de leche.

# ENFOQUE ACTUAL DE LA DEFICIENCIA MENTAL

*Conferencia dictada en el Seminario de estudio y actualización de Oligofrenia organizado por la Escuela Diferencial N° 5*

Por el Doctor JULIO WOSCOBOINIK

Intentaremos brevemente y con las limitaciones propias del deseo de decir lo máximo posible en pocas palabras, de desglosar algunas preocupaciones actuales en el estudio de la oligofrenia.

En verdad, serán desarrolladas en el transcurso de las clases, y estas líneas tienen solamente la pretensión de un anticipo, de avivar y despertar inquietudes, aunque atenten contra la inercia...

Hay un viejo y siempre nuevo problema dentro del estudio del deficiente mental. Y es, cuánto suma cada uno de los siguientes factores: Herencia y Medio ambiente.

Puede ser un niño deficiente mental por herencia, por una alteración genética, por una alteración en sus cromosomas y genes.

Pero también cuando éstos son normales, normales los cromosomas del espermatozoide y el óvulo de los padres, el medio que rodea al huevo dentro del útero puede proveerle poco oxígeno por una mala implantación de la placenta, lesionarlo por la presencia de tóxicos, de virus, de gérmenes, de drogas.

Y puede ser deficiente el niño, por un pasaje defectuoso desde el útero al ambiente por traumatismos del parto, como pueden ser

partos prolongados y distócicos, por circulares de eordón, por forceps, etc.

Puede ser deficiente posteriormente, ya sea por falta de cuidados, por enfermedades de tipo encefalítico, por falta de alimentos, por falta de afecto, por carencias afectivas, por un ambiente socio-cultural malo para su desarrollo.

El progreso de la ciencia ha logrado disminuir notablemente todas las causas de deficiencia mental: pero hay dos, los dos extremos de la ecuación que hemos anotado que, hoy, constituyen el problema fundamental a que se abocan tanto los hombres de ciencia como la sociedad y los gobiernos. Son estos: la Genética y el Medio social.

En 1934, Folling publicó el hallazgo de ácido fenil pirúvico en la orina de diez enfermos deficientes. He aquí el hallazgo de un defecto enzimático (la incapacidad de hidroxilación de la fenilalanina a tirocina) ligada a un gen recesivo. Dietas especiales con un contenido muy reducido de fenil alanina, han dado algunas esperanzas de prevenir o disminuir la lesión cerebral, siempre y cuando se descubra muy precozmente, casi al nacimiento.

La importancia de este descubrimiento estriba, en que nos pone en el principio de un largo y espinoso camino: el posible despistaje de otras deficiencias de causas genéticas, enzimática o metabólica.

Así, actualmente englobamos como "*deficiencia mental familiar*" a todos aquellos niños de inteligencia inferior y que no presentan en su historia clínica ninguna otra causal que tener padres de inteligencia inferior o defectuosa. "Esta categoría —afirma Hermann Yanett— desde un punto de visto sociológico, representa el componente más importante de la población mentalmente defectuosa. Constituye el grupo mayor, pues comprende del 35 % al 45 % de los deficientes internados en instituciones y quizás alrededor del 60 % al 70 % de los deficientes mentales que viven en sociedad".

Son niños que no presentan ninguna alteración neurológica ni física distintiva y cuyo estado mental es clasificado frecuentemente como "moron" (51 a 75 CI).

Otro cuadro que ahora se ha revelado como una deficiencia cromosómica es el mogleismo, según estudios realizados en Francia. Y debemos recordar que, de acuerdo con estadísticas de Estados Unidos, los mogleicos constituyen del 2 % al 3 % de los nacimientos.

Con estos ejemplos he pretendido solamente, darles una visión de la importancia extraordinaria que, en los momentos actuales, se le está dando a la genética. Idea de la cual, también lo brinda el hecho que el enorme capital en dólares que se destinaba en Estados Unidos a combatir la poliomielitis, ha pasado, después del descubrimiento de la vacuna Salk y Sabin, a engrosar los fondos de las instituciones dedicadas a la genética.

Lo referente al medio ambiente, a lo socio-cultural, como causa o condicionante de deficientes mentales, está más a nuestro alcance modificar.

Si consideramos que los peligros del huevo ya anidado en el útero es patrimonio de una buena puericultura del embrión y del feto a través del cuidado y atención de la mujer embarazada, es en parte función de las instituciones de salud pública, la preocupación en este sentido.

La sociedad toda está comprometida en el cuidado y prevención de una buena salud mental de sus hijos.

En el año 1938, Seymour y Whitaker hicieron el siguiente experimento:

Tomaron 25 niños de 6 ½ años de condición económica pobre y los compararon con niños testigos de igual origen social. El grupo experimental recibía cada mañana en la escuela el desayuno, seleccionado en lo que respecta tanto a la cantidad como a la calidad. Mientras que el grupo testigo tomaba su desayuno habitual de té y pan en sus hogares. La diferencia entre los dos grupos comenzó a manifestarse en los tests conocidos alrededor del 10º día, pero la superioridad del grupo experimental disminuyó cuando se suspendió el desayuno. Resultados más positivos obtuvieron aún Poull y Kugelmass, en 1938, al comparar lo CI de niños deficientemente nutridos, antes y después de ser sometidos a un régimen alimenticio. Tanto en los deficientes mentales, como en los normales, se notaron importantes adelantos en el CI, siendo mayor el total de ganancias para los niños más pequeños. Los autores sacan en conclusión, escuchad bien, que la prolongada desnutrición *puede acarrear efectos irreversibles* sobre el desarrollo mental y agregan los autores que el retardo mental de origen nutricional es más fácil ser dominado si se lo toma en la primera infancia. Acota Harold Jones: "si los futuros experimentos, conducidos junto con estudios longitudinales, confirman estos descubrimientos, las implicaciones pueden adquirir gran importancia

para el desarrollo del niño de zonas económicamente atrasadas.

En íntima relación con esta observación, Harrell, ya en 1946, toma 55 niños de un orfanato. A un grupo les da 2 mg. diarios de vitamina B mientras que el grupo testigo recibe un placebo. Los niños y celadores del orfanato desconocían cómo se dividían los grupos y la naturaleza del tratamiento. El grupo experimental señaló progresos significativamente mayores en cierto número de funciones mentales y en realizaciones educativas. Este experimento, luego se confirmó en 20 pares de niños.

También son muchos los estudios realizados en relación al CI y las posibilidades económicas, status social y profesión de los padres entre los que se pueden citar los de Goodenough, en 1928, y los de Termann y Merrill en 1937, tomando en cuenta la ocupación de los padres y el coeficiente intelectual.

Las muestras realizadas en más de 1.000 niños no dejan lugar a dudas de la extraordinaria relación que hay entre los factores citados.

CI medio de niños en edad pre-escolar, clasificados según la profesión del padre:

Profesiones	Good.	Termann
1 - Prof. liberales .....	116	116
2 - Semi-prof. y cargos direct. .	112	112
3 - Empl. de ofic. y expertos .	108	108
4 - 2 menores de ofic. y semi expertos .....	105	104
5 - Ligeramente especializados .	104	95
6 - No calificados .....	96	94

Abonan también estas observaciones los estudios de los niños salvajes, como aquel que estudiara Gesell de una niña hallada a orillas de un bosque de la India. Vivió en sociedad de lobos y fue loba.

También el salvaje de Aveyron que Itard cita en 1800 y otro caso menos conocido que observaran en Chile 2 pedagogas, Berta Riquelme y Lucila Capdeville, y al que bautizaron con el nombre de Vicente Kau-Kau, porque esas eran las únicas palabras que pronunciara al ser hallado.

Si nos atenemos al resultado de estas investigaciones, especial nivel de vida, nutrición y nivel mental, podemos destacar cuán plausible ha sido el criterio de las autoridades de Sanidad Escolar de instalar, aquí, en Nueva Pompeya, esta escuela diferencial que, amén de la educación les brinda a los niños tan humildes, alimento, agua y jabón, atención médica, ropa, afecto y amor. Amor que hace posible ver casi a diario, a la salida de clase, niños que lloran porque no desean dejar la escuela, niños con fiebre que no desean regresar a sus hogares. Fue un riguroso y paciente profesor de Psiquiatría de la Universidad del Colorado, doctor Rene A. Spitz, quien en 1954 nos da un profundo estudio de las necesidades de cariño de la infancia, de las repercusiones, a veces irreversibles en el nivel mental por su carencia o ausencia absoluta.

En la referente a la carencia total, el material de estudio consistió en 91 lactantes residentes en un orfanato. Estos habían sido criados a pecho hasta los 3 meses y en este período los lactantes eran iguales a cualquier otro niño normal. Fueron destetados a los 3 meses, entonces se los confió a los cuidados de una niñera que atendía 10 niños a la vez y a veces más. En lo que respecta a la parte material, la atención que recibían era perfecta: alimento, alojamiento, atenciones de higiene, eran iguales o incluso mejores que otros institutos. Pero al ocuparse la niñera al mismo tiempo de 10 niños, estos recibían sólo la 10 parte de las provisiones maternales afectivas, lo que se puede considerar una total carencia afectiva.

Una vez separados de la madre, fueron pasando por distintas etapas: Primero se volvieron llorones, se aferraban al observador; luego el llanto se transformó en chillido. Hubo pérdida de peso, estacionamiento del desarrollo; más adelante, un rechazo del contacto, insomnio estaban boca abajo en la cama, tendencia a enfermar, retraso motor, rigidez de la expresión facial. Después del tercer mes de separación, el llanto cesó y fue reemplazado por gemidos extraños. El retraso aumentó y el rostro era vacío, inexpresivo, con aire generalmente de idiota, y presentando con frecuencia una coordinación ocular defectuosa.

El nivel de desarrollo ofreció una disminución continua y al final del segundo año alcanzó en los tests una media de 45% de lo normal. Es el nivel de la idiotéz, afirma Spitz. Estos niños fueron observados hasta la edad de 4 años y a esa edad cierto número de ellos no llegó a caminar, ni a ponerse de pie, ni a hablar.

Un 37% de los 91 niños murió por enfermedades intercurrentes.

Por el contrario, en otra institución donde los niños eran criados por sus propias madres, durante 4 años de observación, de 200 niños no falleció ninguno.

Conclusión: "La depresión enaclítica y el hospitalismo nos demuestran —dice Spitz— que la ausencia de relaciones objetales causadas por la carencia afectiva, *detiene el desarrollo en todos los sectores de la personalidad*".

Dramática experiencia ésta que nos debe hacer meditar y reflexionar.

¿Si por razones psíquicas y por ende afectivas, se puede paralizar un miembro o incluso producir una ceguera, como es la parálisis y la ceguera histérica, porque una razón psíquica no puede inhibir, paralizar el el pensamiento?

El niño que padece una inhibición del pensamiento es desgraciado. Adivina que se ha extraviado pero no encuentra su camino. Cuanto más avanza en edad, más profundamente se ahonda el abismo entre él y sus compañeros. Como no aprende nada está prisionero de un círculo vicioso "porque estoy convencido de mi imbecilidad no me tomo la molestia de reflexionar. Porque no reflexiono no comprendo y, porque no comprendo nada, estoy convencido de mi imbecilidad".

Loosli Usteri, que trabajó con Claparedé en Ginebra, agrega: "La vida de estos niños es un martirio. Son colocados en clases especiales y la Humanidad los considera como seres inferiores. La confianza en ellos mismos se apaga de manera irreversible. El niño tonto lo parece porque se cree imbécil y se porta como si lo fuera. Es un producto de un training (entrenamiento) defectuoso. Es, más que nada, un niño descorazonado".

Y penetramos así al otro gran capítulo, el de las pseudo oligofrénias, que tanto preocupan a psiquiatras y pedagogos. Este capítulo apasionante no podremos encararlo hoy, pero señalemos cuántas veces los estados neuróticos y psicóticos (como el autismo precoz de Kanner), las dislexias, los niños sobreprotegidos, los epilépticos, los defectuosos sensoriales (vista, oído), algunos niños extrapiramidales o espásticos, los diversos y complejos problemas de conducta, pueden aparecer como defectuosos mentales sin serlo.

Esto nos lleva al estudio de otro aspecto fundamental: definir la oligofrenia, discriminar en su etiología, ver si puede el sólo síntoma de deficiencia rotular un niño sin más que uno o dos tests realizados. Nos lleva a meditar sobre el valor de estos, su aplicación. Nos lleva a pensar si es lo mismo un oligofrénico hereditario, si un lesionado en el momento del parto, que una secuela de encefalitis a los 4, 5 o 10 años.

Lewis, en 1949, clasifica las oligofrenias en patológicas y subculturales; Trengdfeld, en primarias (genéticas) y secundarias (debidas a factores exógenos). Strauss, en igual forma.

Para los autores soviéticos, que reniegan de los tests, por ejemplo Pevxner, en su libro Oligofrenia 1959, afirma que el desarrollo del niño anormal es el resultado de un proceso complejo en donde el disturbio de una determinada función depende: 1) del lugar que ocupa dicha función en el desenvolvimiento general psíquico del niño y 2) por la fase del desarrollo en que ese disturbio se produce.

El concepto evolutivo de la personalidad humana como activo proceso dinámico es confirmado por el estudio de la corteza cerebral. Poliakov, en 1949, estudia la maduración de las distintas áreas cerebrales y ve que éste no es un proceso parejo. Se observarán cambios en las distintas áreas cerebrales no sólo en tiempo, sino en sus propias y variadas estructuras. Según estudios embriogénicos la parte inferior de las áreas parietales estarían en relación con la gnosia y la praxis. El crecimiento se hace de lo simple a lo complejo.

Todo esto, plantea Pevzner, dificulta la clasificación y obliga a afinar una definición de oligofrenia y de deficiencia mental. Para él, oligofrenia es una forma anómala del desarrollo psíquico causado básicamente por defectos genéticos o residuales de una injuria orgánica del SNC especialmente en la corteza y que se produjo durante la vida intrauterina o muy precozmente en la infancia y que no tiene tendencia a progresar.

Hay en la oligofrenia un disturbio de la plasticidad y movilidad de los procesos nerviosos asociados, a malformaciones de todo el SNC alto, que es lo que ellos denominan la *inercia de los procesos nerviosos*, caracterizada por gran dificultad para desalojar viejos estereotipos y formar nuevas conexiones. Rigidez mental en percepción, memoria, atención, pensamiento, imaginación. Y así, de acuerdo a este criterio, los soviéticos distin-

guen tres formas patogenéticas, según el grado mayor o menor de la movilidad de su SN y de la predominancia de la excitación o de la inhibición dentro de los procesos. El primer grupo sería el correspondiente al 50.74 de nuestras clasificaciones; el 2º de 49 a 25 y el 3º de 0 a 20.

Para los americanos, según una definición de Yannet, que nos acerca al fin último de nuestras aspiraciones como médicos y pedagogos, dice: "la deficiencia mental es un estado de desarrollo mental incompleto, del que cabe esperar que produzca una incapacidad para la adaptación social".

Personalmente, creo que sería más operante hablar de un coeficiente de adaptación social que de coeficiente intelectual. Considero que nos permitiría preparar mejor para la vida a los niños. Para ello es imprescindible, no sólo la creación de 20 escuelas diferenciales, por las que está bregando apasionadamente Sanidad Escolar, sino los talleres y granjas escuelas.

Estimo que el trabajo de pedagogos, psiquiatras, médicos, foniatras, kinesiólogos, debe ser hecho con criterio de equipo, con reuniones semanales de estudio y replanteo.

La tarea pedagógica, actualmente es árdua y a veces desesperante. Cuando la maestra se dé cuenta que dentro del engranaje que vela por el futuro del deficiente mental ella es, tal vez, el eslabón más importante; y cuando vea estimulada su labor observando como llegan a la escuela egresados, ex alumnos, vestidos de carteros, o como carpinteros, granjeros, ceramistas, etc. etc., el pesimismo, que a veces asalta en esta tarea, será vencido para siempre.

Con el pensamiento puesto en la abnegada maestra de escuela diferencial y en su homenaje hemos planeado este curso.

Un sabio proverbio chino impulsó nuestra ambiciosa pretensión:

"DALE A UN HOMBRE UN PEZ Y LE DARAS COMIDA PARA UN DIA, ENSEÑALE A PESCAR Y LE DARAS COMIDA PARA EL RESTO DE SUS DIAS".

## CANJE - ECHANGE - EXCHANGE

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia médico-social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistiques, etc.; en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc.; particularly those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.

Wir bitten um Austausch von Büchern, Broschüren, Zeitschriften, Statistiken, u. s. w: im besonderen von solchen die Gesetze, Dekrete, Statuten, enthalten welche Schulsanitäre Probleme regeln, und solche die Probleme des Kindes vom Standpunkt der Hygiene, der medizinischen und sozialen Fürsorge und der Erziehung behandeln.

# REVISTA DE SANIDAD ESCOLAR

Publicación Autorizada por Expte. N° 64.933/52

AÑO IX

JUNIO

N° 22

## Sumario

	Pág.
Reacciones neuróticas en el estudiante .....	1
Investigación de la sensibilidad a la difteria en un grupo de escolares expuestos al contagio de la enfermedad .....	4
Centros pilotos de gimnasia médica correctiva o gimnasia de capaci- tación .....	9
Epilepsia .....	13
La Escuela Rural como centro de medicina preventiva .....	19
Patologías diagnosticadas en el personal del Ministerio de Educación y Justicia de la Nación y del Consejo Nacional de Educación — 1961 ..	21
Viruela - Amenaza constante .....	29
La Orientación Vocacional .....	31
La alimentación del niño en edad escolar .....	33
Enfoque actual de la Deficiencia Mental .....	36

REDACCION: División Educación Sanitaria. Dirección Nacional de Sanidad Escolar

SAAVEDRA 15, 3er. Piso — Tel. 48 - 8071

BUENOS AIRES — REPUBLICA ARGENTINA

TARIFA REDUCIDA

CONCESION 4994

IMPRESO EN LOS TALLERES GRAFICOS DEL  
MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA