

EFECTOS DE LA PRIVACION MATERNA EN EL LACTANTE, ENFERMO HOSPITALIZADO*

DR. JOAQUÍN A. DE LA TORRE**

LA PRIVACIÓN materna que también ha sido designada como hospitalismo,¹ retardo ambiental,² privación de afecto³ y privación emocional,⁴ es un problema con implicaciones pediátricas importantes, con trascendencia en el conocimiento del desarrollo psicológico del niño, con proyecciones muy amplias sobre terrenos antropológicos, sociales, educativos, legales, administrativos y otros y ha venido a revolucionar, no sólo la atención del niño hospitalizado o de aquel abandonado e internado en instituciones, sino también la política seguida para la adopción, para el cuidado del niño en "guarderías" y para el trabajo social. Nos ha parecido un tema que amerita ser revisado en base de algunas observaciones realizadas en el Servicio de Medicina del Hospital Infantil de México, discutiendo brevemente los estudios que nos parecen más importantes al respecto y refiriéndonos en particular a ciertos rasgos clínicos observados como resultado de la hospitalización del lactante.

El lactante humano, mas que cualquier otra especie animal, requiere para su supervivencia del cuidado del adulto por un tiempo prolongado. La investigación científica ha aclarado conocimientos fisiológicos que han resultado en el abatimiento de la mortalidad en múltiples padecimientos; menos aparentes se han hecho, sin embargo, las necesidades fundamentales que tiene el niño para contactos físicos amables, sonidos agradables, tonos de voz humanos diversos, juego antigravitacional, estímulo visual y para todo aquello que constituye la sutil comunicación interpersonal, en suma, para todas las acciones y actitudes que de ordinario sigue una madre cariñosa para con su hijo.⁵ La evidencia clínica y experimental sugiere que estos aspectos no son menos importantes para la sobrevida del lactante y para

* Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina presentado en la sesión ordinaria del 1° de diciembre de 1965.

** Académico numerario, Hospital Infantil de México.

su desarrollo y crecimiento normales, que lo son la ingestión calórica y vitamínica adecuada.

Los conceptos de privación materna han evolucionado extendiéndose y profundizándose en su significado. La primera observación pediátrica sistematizada apareció en el año de 1908 con los trabajos de Chapin⁶ sobre lactantes "atróficos" que habían permanecido en instituciones por largo tiempo. En 1915 presentó ante la American Pediatric Society el resultado de sus observaciones practicadas en 10 asilos para niños situados en diversas regiones de los Estados Unidos de Norteamérica⁷ y pudo informar que en ellas, menos en una, todos los niños menores de 2 años habían muerto. Knox en la discusión de este trabajo describió un estudio hecho por él en la ciudad de Baltimore, que comprendía 200 lactantes hospitalizados en diversas instituciones; de ellos el 90% murió antes de un año y el 10% que sobrevivió lo hizo porque, por una u otra causa, habían salido de esos lugares y sido puestos bajo el cuidado de padres adoptivos o parientes. Estudios posteriores realizados por Brennemann⁸ Backwin⁹ continuaron enfatizando la alta mortalidad pobre progreso ponderal y frecuencia de las infecciones cruzadas en estos niños, pero también reconocieron ciertos trastornos psicológicos. Durante los últimos años de la década de los 30 comenzaron a aparecer trabajos en la literatura psiquiátrica y psicológica; Powdermaker¹⁰ y Levy¹¹ seguidos por Lowrey,¹² Bowlby,¹³ Bender¹⁴ y otros, hicieron cuidadosas descripciones de los efectos del internamiento en los niños de poca edad, todos aceptando que esta experiencia influyó importante y desfavorablemente sobre el desarrollo de su personalidad, lo cual vino a corroborarse durante los primeros años de 1940 cuando con motivo de la guerra, hubo oportunidad de estudiar el efecto de la separación de sus madres en estos niños.¹⁵ Los trabajos de Spitz y Spitz y Wolf¹⁶ comparando el curso seguido por niños alojados con madres delincuentes, cada una de las cuales atendía a su hijo, con respecto a niños atendidos por enfermeras, demostró que en este último caso los pacientes exhibían un cuadro clínico que podía llegar hasta lo que calificó con el nombre de "depresión anaclítica" y en un trabajo presentado en la Cuarta Conferencia Internacional de la Psiquiatría Infantil en Lisboa en el año de 1958,¹⁷ se reveló que de 91 niños que habían podido ser seguidos posteriormente, 37.5% habían muerto antes de los 2 años de edad y en 21 de los 91 observados hasta la edad de 4 años, 20 no podían vestirse sin ayuda, 15 tenían hábitos de limpieza inadecuados, 6 no tenían control esfinteriano y desde el punto de vista del lenguaje, 6 no podían hablar ni una sola palabra, 5 tenían un vocabulario de pocas palabras y uno solamente podía formar frases. Las perspectivas trágicas de los efectos de relegar al niño a ciertas instituciones, que se deriva de dicho estudio, son aterradoras. Sin embargo se ha puesto en duda la legitimidad de su metodología¹⁸ y estudios recientes por Heuyer¹⁹ y por Launay y colaboradores,²⁰ hacen dudar sobre la relación entre las secuelas tan graves mencionadas y la privación materna, sugi-

riendo una encefalopatía no diagnosticada; en cualquier caso se trata de un grado tal de privación, que no puede tomarse como representativo de las condiciones pediátricas ordinarias. Sobre la misma posible línea del retardo mental en los casos de privación materna puede citarse el trabajo de Goldfarb²¹ que en 1943 investigó el coeficiente de inteligencia de 15 niños que habían crecido en instituciones, encontrándolo más bajo que el de aquellos alojados en hogares sustitutos.

El reconocimiento definitivo de la importancia de la privación materna surgió en 1951 cuando Bowlby presentó, a petición de la Organización Mundial de la Salud, su monografía²² en la que revisaba los diversos estudios sobre el tema, así como informes sobre sus propios trabajos. Su axioma: "Es esencial para el lactante, una amorosa, íntima y continua relación con la madre, en la cual ambos encuentren satisfacción y alegría" adquirió la categoría de una verdad definitiva; sin embargo algunas de sus otras conclusiones se prestaron a discusión y desacuerdo entre los estudiosos del problema.²³ La evidencia reunida por Bowlby apoyaba la hipótesis de que como resultado de la ruptura prolongada de las relaciones madre-hijo durante los 3 primeros años de edad, se produciría una huella característica en la personalidad del niño, apareciendo emocionalmente retraído y aislado, no desarrollando ligas con otros niños o con adultos, de tal forma que la privación prolongada tendría una conexión específica con el desarrollo de un carácter psicopático sin efectos, fácil de llevar a una conducta delincuente persistente y extremadamente difícil de corregir.

En los años subsecuentes, la investigación sobre el problema ha proseguido y los conceptos de privación materna, frustración emocional temprana y efectos perjudiciales del internamiento del niño en instituciones, han ganado amplia popularidad.²⁴ Sin embargo en la literatura médica pediátrica de nuestro país no hay prácticamente ningún trabajo al respecto.

Como resultado de la experiencia clínica, del estudio sistemático de los casos, de la observación posterior de los pacientes y de las investigaciones psicoanalíticas, se han involucrado en el concepto de "privación materna" a 3 condiciones, que aisladamente o en combinación, parecen tener consecuencias similares. Estos 3 grupos que han sido explorados por la investigación son:

- a) Privación que acontece cuando un lactante o un niño pequeño vive en una institución o en un hospital en el que no hay un sustituto valedero para la madre y en consecuencia recibe un cuidado materno insuficiente y no tiene la debida oportunidad para la interacción con una figura materna.
- b) Privación que acontece cuando un lactante o un niño de poca edad vive con su madre o con un sustituto permanente de ella, pero que sin embargo recibe un cuidado insuficiente por parte de la madre y tiene una interacción inadecuada.
- c) Privación que tiene lugar por la propia dificultad del niño para relacionar-

se con la figura materna, no obstante que ésta exista y que esté dispuesta a proporcionar el cuidado necesario.

La forma de privación materna que nos compete en este trabajo es aquella que se refiere al lactante hospitalizado; dentro de las consecuencias de ella se pueden discernir dos aspectos; aquél que se manifiesta de modo inmediato y directo con la hospitalización y que se refiere a ciertos síntomas de naturaleza orgánica y a cambios psicológicos obvios, y los efectos remotos sobre la personalidad, inteligencia y comportamiento social. De estos dos grupos hemos escogido para exponer en este trabajo, solamente las manifestaciones que aparecen en determinados niños después de un período relativamente corto de hospitalización.

En el curso del presente año hemos sistematizado ciertas observaciones en cinco enfermos internados en el Servicio de Medicina I y II del Hospital Infantil, las cuales ejemplifican algunas de las características clínicas que queremos enfatizar. La edad de los pacientes oscilaba entre 8 y 14 meses. Las causas que motivaron su hospitalización fueron en uno, anomalía laríngea congénita y bronconeumonía de repetición, en otro, pielonefritis y diarrea; tres más padecían gastroenteritis aguda, producida en un caso por *Shigella flexneri* y en dos por germen no determinado. Todos ellos eran desnutridos oscilando la pérdida de peso entre el 20 y el 40% del peso teórico para su edad. La desnutrición estuvo condicionada tanto por el problema infeccioso como, en cuatro casos, por deficiente alimentación. El cuadro clínico que después mencionaremos se hizo aparente en el período de convalecencia, o sea en el curso de la tercera semana de hospitalización en los enfermos con gastroenteritis y en la cuarta semana en el paciente con pielonefritis y en el de laringomalacia y bronconeumonía.

El período de sujeción forzada para la administración de líquidos por vía endovenosa fue de 4 a 6 días en los enfermos con diarrea. El paciente con bronconeumonía estuvo en cámara de oxígeno y humedad durante 11 días.

El cuidado que recibieron durante su estancia en el hospital fue idéntico en su fase inicial, al de los demás pacientes, tendiendo exclusivamente a la atención de sus necesidades físicas y al cumplimiento de las órdenes médicas. El personal de enfermería, sobrecargado de trabajo, sólo tenía oportunidad de estar con el paciente en el momento de alimentarlo, cambiarlo, bañarlo o proporcionarle el tratamiento médico prescrito. Uno de los pacientes fue visitado por su madre diariamente, un enfermo no fue visitado por sus familiares, otro solamente de manera esporádica en no más de una ocasión cada diez días y los otros dos recibieron visitas diarias durante la primera semana y después dos veces por semana. En todos los casos muy pocas madres tomaban en sus brazos al niño. Los pacientes estuvieron colocados en su cunas situadas en cubículos para dos enfermos o en cubículos individuales. Las cunas permiten suficiente movilidad una vez que el niño no está sujeto por necesidades de tratamiento.

Previamente a la hospitalización, las madres habían reconocido los síntomas agudos del padecimiento que motivó su internamiento, pero en ningún caso describieron variaciones de su comportamiento como las presentadas durante la fase de convalecencia.

El cuadro clínico tuvo como rasgos salientes la presencia de emaciación, palidez, desinterés en lo que los rodeaba; relativa inmovilidad, con movimientos realizados de manera lenta y deliberada; a veces pobre respuesta a los estímulos, aún aquellos dolorosos, aunque en ocasiones había al contrario respuesta exagerada a estímulos mínimos; había llanto desesperado por breve tiempo, al tocar al niño o al acercar el rostro, pero pronto el niño recobraba su actitud pasiva. Hubo estancamiento ponderal, no obstante que teóricamente la ingesta hubiera debido promover un mejor aumento de peso; el alimento se aceptaba sin gusto, pero sin rehusarlo; el sueño fue escaso; los pacientes permanecían indiferentes ante la atención del adulto; el tono muscular era pobre; los reflejos profundos eran normales y el aspecto del niño era de profunda infelicidad.

En muchos otros pacientes encontramos solamente parte del cuadro clínico anterior, comportándose ellos de manera no muy alejada de lo normal y sólo reconociendo cambios en ciertos terrenos, por ejemplo, indiferencia al medio, desinterés en el alimento, respuesta pobre a los estímulos, etc., pero a medida que el período de hospitalización avanza, si las condiciones lo favorecen, el conjunto del panorama clínico se va redondeando y haciendo más evidente. Dado el corto tiempo de hospitalización de la inmensa mayoría de nuestros pacientes, sólo excepcionalmente hemos visto las formas más avanzadas de estos procesos, con apatía, estupor, retraimiento, dificultad del paciente para vencer procesos infecciosos adquiridos o no en el Servicio, pérdida de peso y descenso en el coeficiente de desarrollo y, casi siempre, en enfermos con grave desnutrición.

Se ha visto que el tiempo que requiere la separación materna para que se presente el cuadro, varía de un caso a otro; en algunos ya hay síntomas pocos días después de hospitalizados, otros requieren mucho mayor duración de la fase de aislamiento. No cabe duda que la respuesta del niño a la separación como causa potencial de un trauma psíquico, es un proceso complejo, en el que intervienen no sólo la naturaleza y duración de la separación, sino también, como ya dijimos, la edad, la categoría de las relaciones afectuosas previas de la madre con el hijo, el grado de desarrollo del niño, su salud física, sus conflictos emocionales, su capacidad de integración, la reacción ante la hospitalización de las figuras importantes que se hallan a su alrededor, la naturaleza de los eventos mismos que tienen lugar en el hospital, así como de otras variables tales como su capacidad biológica para resistir la separación. De la interrelación entre estos elementos, dependerá que las manifestaciones tengan o no lugar y variará la rapidez de aparición.

La mayoría de los estudios indican que la separación real o simbólica de la

madre durante los primeros dos o tres meses de vida, rara vez trastorna al lactante de manera importante. La separación después de este momento, cuando el niño ya tiene la capacidad de desarrollo para establecer una relación objetiva con la madre, puede ser mas agresiva, apareciendo ya a partir del tercer mes de vida ciertos trastornos con motivo de la privación materna. La segunda mitad del primer año, cuando el niño, empieza a estar involucrado en la diferenciación de sí mismo respecto de la madre y en el desarrollo de una imagen corporal primitiva, rodeada del contexto de una relación de extrema dependencia, es un período de particular vulnerabilidad.

Muchos de los trabajos verificados con relación a la privación materna se han realizado en niños supuestamente sanos, en los que hubo un tiempo prolongado de separación de la madre; pero en el caso del lactante hospitalizado existen, además de la ausencia de la figura materna y de las relaciones naturales con ella, la enfermedad y los procedimientos que se aplican al niño para lograr la curación y que, a diferencia del niño abandonado en el orfelinato en el cual hay solamente indiferencia y soledad, se traducen por agresiones directas inmediatas, cuyo significado está más allá de su capacidad de comprensión y por medidas que no sólo lo aíslan en un espacio reducido, sino que se acompañan de sujeción forzada dentro de cámaras opacas, con ataduras que por días lo mantienen fijo e inmóvil. A lo anterior hay que agregar el padecimiento que altera su equilibrio anímico y disminuye su resistencia. El niño hospitalizado se halla en un ambiente extraño y atemorizante, malinterpretará lo que sucede a su alrededor, separándolo de la realidad las fantasías y temores. No solamente las molestias y el miedo son situaciones contra las que debe luchar, sino que también confronta la preocupación del abandono o del aniquilamiento²⁵ e interpreta los acontecimientos como un castigo. Es natural por tanto, que aún sin el elemento de la separación de la madre, haya tendencia en el lactante, hacia la regresión a una actitud inmadura como una maniobra protectora y que reaccione a la hospitalización con hostilidad, apatía, retraimiento, depresión, tristeza, anorexia y falta de interés en lo que lo rodea.²⁶

Como mencionamos, el desarrollo de estos síntomas es un fenómeno complejo y es muy posible que su aparición en nuestros enfermos haya sido gestada, no sólo por las condiciones previas de manejo, sino por razones de orden físico como pueden haber sido las fallas nutricionales a que se hallaron sujetos. Sin embargo, un factor no excluye al otro, sino que mas bien lo complementa y se ha sugerido que el desarrollo de kwashiorkor está en relación con el trauma psicológico de la separación de los padres, aunado a la deficiencia de proteínas en la alimentación.²⁷

Existen experimentos que apoyan fuertemente la hipótesis de que en el síndrome de privación materna juega un papel importante la privación a la estimulación sensorial. Uno de los más tempranos fue realizado por Vetulani²⁸ en 1931 el cual en ratones siguió su crecimiento desde la sexta a la veintidós semana de

vida, conservándolos en jaulas individuales o en diversos grupos, observando que después del período descrito los animales que se conservaron de manera aislada pesaban menos y parecían irritables. En 1932 Goodman²⁹ observó que cuando los párpados de gatos y perros de poca edad eran suturados, la corteza cerebral en la zona occipital se adelgazaba, se encontraban las circunvoluciones más estrechas y había menos gránulos de Nissl. Brattgard³⁰ en 1952 mantuvo a un grupo de conejos durante 10 semanas en la obscuridad encontrando que las células retinianas estaban carentes de nucleoproteínas. En 1943 Wolf³¹ tratando de determinar la edad en que la privación a los estímulos podría tener su máximo efecto, selló los ojos los ojos y oídos de ratas albinas con parafina, encontrando que solamente cuando los animales eran privados de la luz o del sonido durante el período en que normalmente son amamantados (25 días), su comportamiento posterior en presencia de "stress" se veía modificado. En 1947 Riesen³² observó el comportamiento de chimpancés que habían crecido en la obscuridad hasta que tenían 16 meses de edad, después de cuya fecha eran traídos a la luz para ser vigilados, encontrando que el reconocimiento para los alimentos se encontraba definitivamente retardado. Hebb³³ notó que los perros que crecían en aislamiento, aunque no tuvieran trastornos físicos, presentaban evidentes respuestas sociales atípicas. Thompson y Melzack³⁴ usaron terriers escoceses para sus experimentos; un grupo fue confinado en cajas individuales de tal manera que el perro aislado detrás de paredes opacas no podía ver ni siquiera a la persona que lo alimentaba. Se les tuvo en aislamiento hasta que tenían 7 a 9 meses y después de esa fecha se les dejó en libertad, observando en todos ellos un comportamiento anormal que se prolongaba por varios años e igualmente menos inteligencia, ya que en la solución de diversos problemas, se encontraba que realizaban 50% más de errores que el grupo control. Experimentos en el chimpancé (35) revelan que si se le cubren los brazos con manguillos para prevenir la estimulación táctil, cuando le se retiran puede tener dificultad para integrar su sentido de tacto.

Los estudios brevemente mencionados indican cómo la insuficiencia de estímulos tiene un efecto significativo sobre los animales y parece útil citarlos como una muestra de la clara importancia de la estimulación sensorial en el desarrollo de la personalidad. Estos trabajos nos dan una explicación de por qué, particularmente en el niño hospitalizado el concepto de privación materna se correlaciona con las ideas de frustración y privación emocional. La aceptación de la importancia de la estimulación sensorial nos permite trabajar constructivamente para la corrección de los síntomas adversos, tomando como base, que aunque exista la separación física de la madre y la separación psicológica, al proporcionar los estímulos indispensables se está contribuyendo a contrarrestar los efectos dañinos de la hospitalización.

Es posible que los factores emocionales alteren determinados mecanismos fisio-

lógicos y produzcan así ciertos síntomas y en este sentido cabe citar las observaciones de Engel y colaboradores³⁶ mostrando una cercana asociación entre la secreción gástrica y las condiciones emocionales del lactante; la producción y secreción de diversas hormonas de la pituitaria anterior, influenciadas por los centros hipotalámicos, que a su vez reciben vías de centros neurales superiores, particularmente de zonas de la corteza que se han relacionado con el comportamiento y las emociones³⁷ y finalmente la liberación de ácidos grasos a través de la acción del sistema nervioso simpático.³⁸

Los problemas del hospitalismo se ven intensificados por las medidas que tienden a salvaguardar al niño de las infecciones cruzadas o a facilitar el trabajo de médicos y enfermeras dentro del hospital. Se aísla a los niños en cubículos, se limita el número de visitas de los padres y el tiempo que pueden estar con sus hijos, no se les instruye sobre la importancia que tiene que cuando estén a su lado lo tomen, lo acaricien y lo alimenten, el número de enfermeras es insuficiente para algo más que no sea atender al niño en sus necesidades más imperiosas, no hay la oportunidad de pasearlo o sacarlo de la cuna simplemente para romper la monotomía de su aislamiento. El tiempo que los médicos le destinan a cada paciente en nuestro servicio después de los primeros días no excede de cinco minutos diarios, todo ello resultando en que el lactante recibe un mínimo de estimulación sensorial, que es el único canal para iniciar una respuesta emocional; en muchos casos ni aún durante la alimentación tiene la oportunidad de contacto humano, ya que por necesidad o por comodidad, se prolonga indebidamente la alimentación gota a gota por gastroclisis.

La comunicación verbal entre los médicos y las enfermeras rápidamente está desapareciendo, de tal manera que muchas enfermeras desconocen el diagnóstico exacto del paciente, la razón de los tratamientos, el propósito de la hospitalización y la importancia de las manifestaciones de la enfermedad. Los médicos difícilmente pueden atender a sus pacientes durante el día cuando su horario está saturado de conferencias y clases y en la noche y en el fin de semana el trabajo el trabajo se multiplica. Muchas veces la responsabilidad de un enfermo se divide entre dos o tres médicos, que en diferentes días y a diferentes horas se supone que tienen que vigilarlo. La presente "rutina de trabajo" de los hospitales modernos de enseñanza favorece el hospitalismo.

Basta destinar a una persona para que durante dos horas al día, una hora en la mañana y otra hora en la tarde, se dedique a tomar al niño en brazos, alimentarlo, sacarlo al sol, llevarlo al jardín o al aula recreacional con otros niños, para obtener resultados dramáticos: en el término de una semana generalmente vemos cómo cambia radicalmente su actitud, mejora su apetito, se interesa en lo que pasa a su alrededor, empieza a aumentar de peso, muestra mayor actividad y en no más de 4 semanas el paciente se ha transformado en un niño que sonríe, que reac-

ciona a las caricias y juegos de quien lo cuida, que come satisfactoriamente y que avanza claramente en su desarrollo.

CONCLUSIÓN

Se ha presentado, más que una exploración estadística, conceptos referentes a un problema que nos parece vital, no sólo porque se refleja en síntomas, sino porque traduce la importancia de los factores psicológicos sobre la supervivencia inmediata y salud futura del lactante y porque revela la necesidad de no separar artificialmente en el manejo de los niños, intelecto, cuerpo y emociones. Es una llamada de atención sobre la necesidad de que en la estructuración de la atención médica pediátrica se le de su legítima posición al paciente como ente, de que se revisen políticas de servicio y forma de funcionamiento, sobre la base no sólo de gran equipo o hermosos edificios, sino de relaciones humanas satisfactorias. En las palabras de Frank³⁹ "La capacidad para sentimientos de amor, afecto, sensibilidad y para el respeto de otros, es la dimensión básica de una sociedad humana y debe desarrollarse en el niño si va a operar en las vidas de los adultos".

En el año de 1948 en el discurso presidencial ante la American Pediatric Society, Powers⁴⁰ hacía notar: "Muchos hospitales comenzaron como casas de caridad para el cuidado de los indigentes, los viejos y los enfermos. A través de los siglos han alcanzado sus más altos niveles y hay grandes instituciones para el cuidado de los enfermos de todo tipos, de todas las edades, de todas las clases económicas, para el estudio de la enfermedad y del desarrollo humano, para el entrenamiento de estudiantes de medicina, enfermeras y otro personal profesional y técnico. Sin embargo, muy frecuentemente, los hospitales y los llamados "centros médicos" están tan despersonalizados, tan mecanizados, que muchos pacientes y sus familiares sienten agudamente que estas instituciones existen con el fin de que haya rutinas, procedimientos, administración y personal, más que por el cuidado de los enfermos, que se hallan incómodos, solitarios, desconcertados y ansiosos..."

REFERENCIAS

1. Spitz, R. A.: *Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. En: *Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. 1. New York, Internat. Univ. Press, 1945.
2. Gesell, A. y Amatruda, C. S.: *Development diagnosis*. 2a. Ed. New York, Hoeber, 1954.
3. Lowrey, L. G.: *Personality distortion and early institutional care*. *Am. J. Orthopsychiat.*, 10: 576, 1940.
4. Bakwin, H.: *Emotional deprivation in infants*. *J. Pediat.*, 35: 512, 1949.
5. Ribble, M. A.: *The rights of infants: early psychological needs and their satisfaction*. New York, Columbia Univ. Press, 1943.
6. Chapin, H. D.: *A plan for dealing with atrophic infants and children*. *Arch. Pediat.*, 25: 491, 1908.

7. Chapin, H. D.: *A plea for accurate statistics in infant's institutions*, Tr. Am. Pediat. Soc, 27: 180, 1915.
8. Brennehan, J.: *The infants ward*. Amer. J. Dis. Child., 43: 577, 1932.
9. Bakwin, H.: *Loneliness in infants*. Amer. J. Dis. Child., 63: 30, 1942.
10. Powdermaker, F.; Levis, T. y Touraine, S.: *Psychopathology and treatment of delinquent girls*. Amer. J. Orthopsychiat., 7: 58, 1937.
11. Levy, D.: *Primary affect hunger*. Amer. J. Psychiat., 94: 643, 1937.
12. Lowrey, L. G.: *Personality distortion and early institutional care*. Amer. J. Orthopsychiat., 10: 576, 1940.
13. Bowlby, J.: *The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character*. Int. J. Psycho-Anal., 21: 154, 1940.
14. Bender, L. y Yarnell, H.: *An observation nursery*. Amer. J. Psychiat., 97: 1158, 1941.
15. Burlingham, D. T. y Freud, A.: *Infants without families*. London, Allen & Unwin, 1943.
- 15a. Edelston, H.: *Separation anxiety in young children: study of hospital cases*. Genet. Psychol. Monogr., 28: 3, 1943.
16. Spitz, R.: *The psychogenic diseases in infancy: an attempt at their etiologic classification*. En: Psychoanalytic study of the child. New York International Universities Press, 6: 255, 1951.
- 16a. Spitz, R. A.: *La première année de la vie de l'enfant*. París. Presses Universitaires de France, 1959.
- 16b. Spitz, R. A.: *Hospitalism. A follow-up report on investigations described in Vol. I, 1945*. Psychoanalyt. Study Child., 2: 113, 1946.
- 16c. Spitz, R. y Wolf, K. M.: *Anaclit depression*. En: Psychoanalytic Study of the Child. New York. International Universities Press, 2: 313, 1946.
17. Citado por Lebovici, S.: *The concept of maternal deprivation: A review of research*. En: Derivation of maternal care. A reassessment of its effects. Public Health Papers 14, World Health Organization, Ginebra, 1962.
18. Pinneau, S. R.: *The infantile disorders of hospitalism and anaclitic depression*. Psychol. Bull., 52: 429, 1955.
19. Heuyer, G.: *L'hospitalisme*. Bull. Psychol., 6: 67, 1952.
20. Launay, C.; Verliac, F.; Trelat, E.; Lyard, D.: *Carence de soins maternels dans le petite enfance*. Semaine Hôp. Paris, 30: 537, 1956.
21. Goldfarb, W.: *Infant rearing and problem behavior*. Amer. J. Orthopsychiat., 13: 249, 1943.
22. Bowlby, J.: *Maternal care and mental health*. World Health Organization: Monograph Series, No. 2, 2a, ed. Ginebra, 1952.
23. Andry, R. G.: *Paternal and maternal roles and delinquency. Deprivation of maternal care. A reassessment of its effects*. Public Health Papers 14, World Health Organization, Ginebra, 1962.
- 23a. Wootton, B.: *A social scientist's approach to maternal deprivation. Deprivation of maternal care. A reassessment of its effects*. Public Health Papers 14, World Health Organization, Ginebra, 1962.
24. Widdowson, E. M.: *Mental contentment and physical growth*. Lancet, 260: 1316, 1951.
- 24a. Rudinesco, J. y Appell, G.: *Les repercussions de la stabulation hospitaliere sur le developement psycho-moteur des jeunes enfants*. Semaine hop. Paris, 26: 2271, 1950.
- 24b. Moncrieff, A. y Walton, A. M.: *Visiting children in hospital*. Brit. M. J., 1: 43, 1952.
- 24c. Wallgren, A. J.: *Clinical conference*. Staff Meeting at the Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden. J. Pediat., 46: 458, 1955.
- 24d. Martin Du Pan, R. y Roth, S.: *The psychologic development of a group of children brought up in a hospital type residential nursery*. J. Pediat., 47: 124, 1955.
- 24e. Robertson, J.: *Young children in hospital*. London, Tavistock Publications, 1958.
- 24f. Elmer, E.: *Failure to thrive. Role of the mother*. Pediatrics, 25: 717, 1960.
- 24g. Rothman, P. E.: *A note on hospitalism*. Pediatrics, 30: 995, 1962.
- 24h. Gray Patton, R. y Gardner, L. I.: *Growth failure in maternal deprivation*. Springfield. Charles C. Thomas Publisher, 1963.
25. Jessner, L.; Blom, G. E. y Waldfogel, S.: *Emotional implications of tonsilectomy*

- and adenectomy on children. En: Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 7, New York, Int. Univ. Press, 1952.
26. Prugh, D. G.; Staub, E. M.; Sands, H. K.; Kirschbaum, R. M. y Lenihan, E. A.: *Study of emotional reactions of children and families to hospitalization and illness.* Am. J. Orthopsychiat., 23: 70, 1953.
 - 26a. Robertson, J.: *Some responses of young children to the loss of maternal care.* Nurs. Times, 49: 382, 1953.
 27. Geber, M. y Dean, R. F. A.: *Psychological factors in the etiology of Kwashiorkor.* W.H.O. Bull., 12: 471, 1955.
 28. Vetulani, T.: Citado en W. C. Allce: *Handbook of Social Psychology.* Worcester, Clark University Press, 1935.
 29. Goodman, L.: *Effect of total absence of function on the optic system of rabbit.* Am. J. Physiol., 100: 46, 1932.
 30. Brattgard, S.: *The importance of adequate stimulation for the chemical composition of retinal ganglion cells during early post-natal development.* Acta Radiol. Suppl., 96, 1952.
 31. Wolf, A.: *The dynamics of the selective inhibition of specific function in neurones.* Psychosomatic Med., 5: 27, 1943.
 32. Riesen, A.: *The development of visual perception in man and chimpanzee.* Science, 106: 107, 1947.
 33. Hebb, O.: *Motivating effects of exteroceptive stimulation.* Am. Psychol., 13: 110, 1958.
 34. Thompson, W. R. y Melzack, R.: *Early environment: how do environmental influence at the beginning of life shape the behavior of an animal?* Scientific American, 194: 38, 1956.
 35. Nissen, H. W.; Chow, K. L. y Semmes, J.: *Effects restricted opportunity for tactual, kinesthetic, and manipulative experience on the behavior of a chimpanzee.* Am. J. Psychol., 64: 485, 1951.
 36. Engel, G. L.; Reichsman, F. y Segal, H.: *A study of an infant with a gastric fistula: I. Behavior and rate of total HCl secretion.* Psychosom. Med., 18: 374, 1956.
 37. Harris, G. W.: *Central nervous system control of gonadotrophic and tyrotrophic secretion (Resumen).* First International Congress of Endocrinology. Periodica, Copenhagen, 1960.
 - 37a. Jordan, W. K. y Merritt, H. H.: *Medical progress, Neurology.* New Engl. J. Med., 260: 644, 1959.
 38. Bogdonoff, M. y Este, E. H.: *Energy dynamics and acute states of arousal in man.* Psychosom. Med., 23: 23, 1961.
 39. Frank, L. K.: *Children in a world of violence.* Progr. Educ., 17: 393, 1940.
 40. Powers, G. F.: *Humanizing hospital experiences.* Am. J. Dis. Child., 76: 365, 1948.