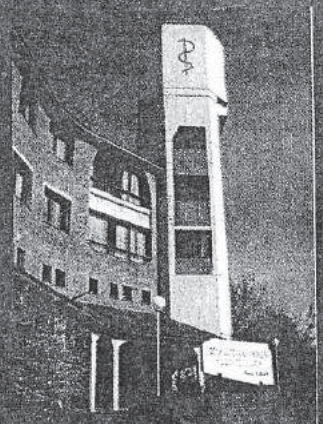
Este libro es un amplio consejero médico y pedagógico para padres y para todo aquel que se relacione con niños. Es, no sólo una obra de consulta para preguntas candentes sobre diversos casos de enfermedad, sino también una exposición fundamental del desarrollo infantil, el cuidado necesario de los niños y su educación. Todo surge de varios años de experiencia en el campo clínico y en la práctica ambulatoria con niños en el Hospital Comunal de Herdecke, considerando como base la moderna medicina académica y a la imagen del hombre sobre la que se fundamenta la Pedagogía Waldorf y la Medicina de Orientación Antroposófica.



Consultorios Médicos y Odontológicos
San Rafael.
Ramallo 2606 - Buenos Aires.

En esta obra se ha intentado exponer la interrelación entre educar y curar. El concepto de que ambos están estrechamente ligados es fundamental en pediatría, ya que un reconocimiento precoz de posibles daños y un trabajo positivo sobre las alteraciones ya surgidas, permiten lograr una profilaxis integral de futuras enfermedades.

La primera parte de la obra está centrada en las consideraciones de las situaciones patológicas más usuales. En la segunda parte se expone el desarrollo infantil, brindándose sugerencias para apoyarlos. La tercera parte trata los aspectos terapéuticos de la pedagogía, señalando también caminos para la superación de situaciones típicas de conflicto y de crisis que en la educación se ponen de manifiesto. En el apéndice se hallará una descripción de los procedimientos de aplicación externa para cuidados de enfermos en el hogar.

ISBN 987-9066-23-5

EPIDAURO

PEDIATRIA para la FAMILIA

Las enfermedades y sus síntomas

Consejos para una sana evolución

El valor terapéutico de la educación

WOLFGANG GOEBEL
MICHAELA GLÖCKLER



EDICIONES EN ALEMAN

300.000

EJEMP. VENDIDOS

2° EDICION EN CASTELLANO

EPIDAURO

Dedicado al médico y pedagogo
Eugen Kolisko
1893 - 1939

WOLFGANG GOEBEL
MICHAELA GLÖCKLER

PEDIATRIA para la FAMILIA

Las enfermedades
y sus síntomas

Consejos para
una sana evolución

El valor terapéutico
de la educación

EPIDAURO

TITULO ORIGINAL EN ALEMÁN: Kinder SprechStunde
Editado por Urachhaus Verlag, 7° edición, 1988.
TITULO EN CASTELLANO: Pediatría para la Familia
TRADUCCION: Erika K. de Jellinek
2° EDICION EN CASTELLANO JULIO 2000.
EDITADO POR EPIDAURO
TODOS LOS DERECHOS EN IDIOMA CASTELLANO RESERVADOS.

HECHO EL DEPOSITO QUE MARCA LA LEY 11.723

I.S.B.N. 987-9066-23-5

EPIDAURO DE FUNDACION SAN RAFAEL
RAMALLO 2606 - BUENOS AIRES

INDICE

Pág.

COMENTARIOS PREVIOS A LA EDICION EN IDIOMA ESPAÑOL 15

INTRODUCCION 17

AFECCIONES INFANTILES Y SUS SINTOMAS 23

I. ESTADOS DE DOLOR 24
1. Dolor de cabeza 25
A Por aumento de fiebre. 25
B Por meningitis 25
C Por jaqueca 27
D Por defectos de la visión 27
E En la escuela 27
F En casa durante el fin de semana 28
G Al acostar al lactante 29

2. Dolores de la dentición 29
3. Dolores de oídos 30
4. Dolor de ojos (conjuntivitis) 32
5. Dolor de garganta 33
6. Dolor en el pecho 35
7. Dolor de vientre 36
A Flatulencias 37
B "Apendicitis" 38
C Empacho 39
D Parásitos intestinales 41
E Infecciones de vías urinarias 44
F La hernia inguinal 45
G La afección aguda en la cavidad abdominal 45
H Dolores de vientre en infecciones gripales 45
I Hepatitis A 46
J Dolores abdominales por otras causas 47

8. Dolores al moverse 50

Pág.

A Fractura de clavícula del recién nacido 50
B Niños pequeños que cojean 50

9. Otros problemas 51
A Fimosis 51
B Hidrocele 52
C Posición alta de los testículos 52

10. Algunos comentarios sobre primeros auxilios y prevención de accidentes 53
A Falta repentina de aire, amenaza de asfixia 54
B El niño ahogado 55
C Conducta en accidentes de tránsito 55
D Estado de colapso 56
E Intoxicaciones 56
F Escaldaduras y quemaduras 57
G Heridas pequeñas, accidentes e imprevistos 58

11. Dolores anímicos 60

II. LA FIEBRE Y SU TERAPEUTICA 62
1. Ejemplos típicos 62
2. Evaluación y terapéutica general 64
3. ¿Las convulsiones febriles son peligrosas? 66
4. Conceptos antroposóficos respecto a la fiebre 68

III. TRASTORNOS RESPIRATORIOS 71
1. El resfrío 71
2. Infecciones catarrales y gripales 73
3. Adenoides 76
4. Fiebre del heno 77
5. Sintomatología de vías respiratorias inferiores 78
A Formas de manifestación de la tos 80
B El Pseudocrup (laringitis estridulosa) 82
C ¿Mi hijo tiene asma o una bronquitis espástica? 83

Pág.

D Pulmonía o Neumonía 85

6. La respiración como expresión de vivacidad anímica 88

V. VOMITOS, DIARREA Y CONSTIPACION 90
1. Vómito, diarrea y constipación en la lactancia 91
A Vómito ocasional 91
B El espasmo o hipertrofia del píloro 91
C Frecuentes vómitos torrenciales 92
D Diarrea 92
E Diarrea estival 94
F Constipación 95

2. Vómitos y diarreas en la primera infancia 96
A La infección gastrointestinal simple 96
B Vómitos acetonémicos 96

3. Constipación crónica 98
4. Observaciones sobre el proceso digestivo 99

V. MANIFESTACIONES CUTANEAS Y ENFERMEDADES DE LA PIEL 100
1. Los lunares del lactante 100
2. Xantocromía (coloración amarillenta de la piel) 101
3. Acné miliar 102
4. Costra láctea 102
5. Granitos en las mejillas en las primeras semanas de vida 102
6. Dermatitis seborroide 103
7. Eczema endógeno crónico, dermatitis atópica o neurodermitis 103
8. Piel "marmolada" 105
9. Enrojecimiento de las mejillas 105
10. Palidez 106
11. Onfalitis (inflamación del ombligo) 106
12. Pústulas purulentas y ampollitas en el lactante pequeño 107

Pág.

13. ¿Qué hacer con las paspaduras? 108
14. Micosis 109
A Aftas en el ámbito bucal y del pañal 109
B El hongo del pie (pie de atleta) 111

15. Algunas inflamaciones cutáneas purulentas 112
A Erisipela 112
B Impétigo contagioso 112
C Foliculitis 113
D Forúnculos y carbunco o ántrax 113
E Inflamaciones en la mano (panadizos y paroniquias) 113

16. La así llamada "intoxicación de la sangre" o septicemia 114
17. Herpes febril en los labios 114
18. Quemaduras de sol 115
19. Picaduras de insectos y parásitos cutáneos 115
20. Verrugas 118
21. Reacciones alérgicas de la piel 119
A Dermatitis producida por hierbas silvestres 120
B Urticaria 120
C Estrófulo 120
D Erupción del recién nacido 121

VI. LAS LLAMADAS ENFERMEDADES INFANTILES 121
1. Sarampión 122
2. Rubeóla 125
3. Escarlatina 126
4. Terciana o fiebre Pappataci 128
5. Otras infecciones con erupciones cutáneas 128
6. Difteria 129
7. Mononucleosis infecciosa 129
8. Varicela 130
9. Estomatitis herpética o ulcerosa 131
10. Paperas (Parotiditis epidérmica) 131
11. Tos convulsa o coqueluche (Pertussis) 133
12. ¿Qué sentido tienen las enfermedades infantiles? 135

Pág.

13. Aspectos éticos de base 146

VII. PROFILAXIS 147
1. A nivel anímico 147
2. Medidas de higiene 150
3. Fortalecimiento y cambio de clima 151
4. El ritmo 153
5. Las vacunas preventivas 153
A Vacuna Antitetánica 156
B Vacuna Antidiftérica 157
C Vacuna Anti-coqueluche (o tos colvulsa) 158
D Vacuna Antipoliomelítica 159
E Vacuna contra la Rubeola 161
F La vacunación contra las Paperas 162
G Vacuna Antisarampionosa 164
H Vacuna Antituberculosa 166
I Vacuna Antivariólica 167
J Vacuna Antigripal 167
K Decisiones críticas con respecto a las vacunas 167

VIII. SIDA SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. UNA ENFERMEDAD DE NUESTRA ERA. 170
1. ¿Qué problema le plantea esta enfermedad a la humanidad? 172
2. ¿Cómo se puede prevenir el SIDA? 175

IX. EL TRATO CON NIÑOS IMPEDIDOS Y CON ENFERMEDADES CRONICAS 176

X. PLANEAMIENTO FAMILIAR ¿SABEMOS QUE ESTAMOS HACIENDO? 183
1. La secuencia de los hijos y la relación entre padres e hijos 183
A El niño espera ser educado 185
B El niño espera una perspectiva para su desarrollo 185

Pág.

C El no-nacido es un ser humano 186

2. Regulación de la concepción 186
3. Genética humana y métodos de diagnóstico prenatal 190

CONDICIONES BASICAS PARA UN DESARROLLO EN SALUD 193

I. LOS PRIMEROS MESES DE VIDA 195
1. Impresiones después del parto 195
2. Los horarios de las primeras mamadas 198
3. La atención de las primeras percepciones sensoriales 198
A Ruidos y sonidos 198
B Aire, humedad ambiente y olores 200
C La luz solar 201
D Calor y frío 203
E Gravedad: la posición del lactante 205

4. La técnica del pañal y sus consecuencias 206
5. El lavado, el baño, el cuidado del bebé 209
6. ¿Para qué sirve el tul sobre la cuna? 210
7. ¿Cuáles son los medios de transporte adecuados? 210

II. ENTRE LA LACTANCIA Y LA PRIMERA INFANCIA 211
1. La jornada cotidiana 211
2. ¿A partir de cuándo el niño duerme solo? 212
3. El cambio de pañal 212
4. La vestimenta y los primeros zapatos 213
5. ¿Es conveniente la natación y la gimnasia del lactante? 217
6. ¿El corralito y la camita con barrotes son cárceles? 218
7. La creación del cuarto del niño 219
8. ¿A dónde ir de vacaciones? 222
9. Juguetes acordes con cada edad 223

Pág.

III. DESARROLLO INFANTIL Y AMBITO SOCIAL 230
1. Aprender a ver 232
2. Aprender a caminar 236
3. Aprender a hablar 242
4. Aprender a pensar 246
A La inteligencia "intrínseca" del cuerpo 247
B Influencia del lenguaje sobre el pensamiento 249
C Primeros destellos de actividad puramente intelectual 250

5. Aprender a caminar, a hablar, a pensar.
Etapas de desarrollo en la infancia y la adultez 253

6. El tema del grupo de juegos 256
7. Las posibilidades del jardín de infantes 257
8. ¿Cuándo mi hijo está "maduro" para el jardín de infantes? 259
9. ¿Mi hijo está maduro para la escuela? 259
A La transformación corporal 260
B Comienzo del cambio de dientes 260
C El pensamiento del escolar 261
D La madurez escolar a nivel social 262
E La habilidad y la capacidad de expresión lingüística 262

IV. LOS TEMAS DE LA ALIMENTACION 263
1. La lactancia 263
2. Lactancia mixta 268
3. Alimentación de niños no amamantados 269
A Preparaciones con leche 273
B Alimentación complementaria con verduras, frutas, papillas y yoghurt 281

4. Para la comprensión de cada alimento individual:
a) la cuestión cualitativa - b) la cuestión de la dieta 285

A Las infusiones adecuadas 288
B La leche 290
C Las grasas 291

Pág.

D Los cereales 291
E La papa 294
F Verduras y ensaladas 296
G Fruta 297
H Azúcar y miel 298
I Huevos, carne y pescado 301
J Prevención a través de la luz solar 304
K La sal y el agua mineral 304

V. ¿EL FLUOR PROTEGE DE LAS CARIES? 305

VI. RAQUITISMO 308
1. ¿Cómo prevenir el raquitismo? 309
2. Problemas de la prevención del raquitismo 311
3. Consideraciones del raquitismo según un estudio del hombre 312

EDUCACION COMO TERAPEUTICA 315

I. MOTIVOS PEDAGOGICOS FUNDAMENTALES 317
1. Aspectos del elemento maternal y paternal en la educación 317
2. La identificación y los cuidados del temperamento infantil 326
3. Los niños ¿necesitan una educación religiosa? 336
A El niño pequeño es religioso 336
B ¿En qué forma el adulto puede recuperar la comprensión y la vivencia del mundo espiritual? 339
C La educación religiosa en la práctica: 343
a) La celebración de las fiestas anuales 343
b) Orar con los niños 349
c) La actitud ante la muerte 351
4. La voluntad en el campo de tensión de castigo y recompensa 353

Pág.

5. La iniciación en la vida sexual, ¿un problema para niños o adultos? 361
A Sobre la comprensión de la sexualidad 361
B Sobre la práctica de los diálogos de esclarecimiento sexual 367

6. Educación para la libertad 372
A Los objetivos de la pedagogía Waldorf 372
B Problemas escolares 385
a) El niño inquieto (el llamado Síndrome Hipercinético) 385
b) El manejo del sinistrismo 389
C El problema de la legastenia 396
D ¿Qué es la euritmia? 401
E Poder envejecer —una cuestión de educación— leyes del curso de la vida humana 404

7. ¿Es posible aprender a ser un buen educador de niños? 410

II. PERTURBACIONES QUE LINDAN LO PATOLOGICO EN EL DESARROLLO INFANTIL 417
1. Problemas del sueño 417
A Dificultades para dormir toda la noche. 417
B Dificultades para conciliar el sueño 423
C Pavor nocturno 424
D Sonambulismo 425

2. "Mi hijo no come nada" 425
3. Incontinencia nocturna 427
4. Encoprosis 431
5. Chupar el pulgar 431
6. Mordisquear y pelliscarse las uñas 433
7. Compulsiones inofensivas 434
8. Golpes en la almohada y balanceo 434
9. Inquietud motriz y tics 435

Pág.

10. Masturbación 438
11. Insolencia 439
12. Obesidad y delgadez 439

III. INFLUENCIAS PERJUDICIALES DESDE EL ENTORNO 442
1. La televisión y el video en la infancia 442
2. Las historietas 449
3. Sobrecarga de los sentidos (torrente de estímulos) 451
4. Entrenamiento intelectual prematuro 452
5. Juegos de computadora 454
6. Traumas anímicos 455
A La ira 456
B La depresión 456
C Superficialidad 457
D Pasividad 457
E El conflicto del divorcio 457
F Falta de relación 458
G El miedo 458

7. Alcohol y drogas 460
8. El problema de la contaminación ambiental radiactiva 464
A ¿Qué es la radiactividad? 464
B Posibilidades para contrarrestar los daños producidos por la radiactividad 468
a) Fortalecimiento a través de medidas externas 468
b) Fortalecimiento por el ejercicio de la vida del pensamiento 469

APENDICE 473

INDICE TEMATICO 493

BIBLIOGRAFIA 504

COMENTARIOS PREVIOS A LA EDICION EN IDIOMA ESPAÑOL

En la presente obra se ha intentado exponer la interrelación entre educar y curar. El concepto de que ambos están estrechamente ligados es fundamental en pediatría, ya que un reconocimiento precoz de posibles daños y un trabajo positivo sobre las alteraciones ya surgidas, permiten lograr una profilaxis integral de futuras enfermedades.

El temario del libro se encuentra estructurado de manera tal, que en la primera parte se consideran las situaciones patológicas más usuales; en la segunda parte se expone el desarrollo infantil, brindándose sugerencias para apoyarlo; la tercera parte trata los aspectos terapéuticos de la pedagogía, indicándose también caminos para la superación de situaciones típicas de conflicto y de crisis en la educación. Siguiendo este orden el libro da una imagen global del desarrollo humano en su aspecto físico, anímico y espiritual.

Quien quiera hallar respuesta a cuestionamientos específicos, podrá encontrar rápidamente lo que busca con la ayuda del índice general y temático. En el apéndice se hallará una descripción de los procedimientos de aplicación externa (compresas, envolturas, baños) para el cuidado de enfermos en el hogar.

La selección y extensión de los temas tratados emergieron de las siguientes preguntas: ¿Qué preocupa a los padres cuando deben recurrir a un médico? ¿Qué necesitan como complementación o fundamentación después de la charla con el médico y cómo llevan a la práctica lo conversado con él? ¿En qué medida pueden hacerse cargo de la atención del hijo enfermo si no tienen acceso a un médico? A estas preguntas se suman otros temas a los que frecuentemente no se les otorga la debida importancia para la salud física y anímica en la vida posterior: por ejemplo la educación religiosa o el manejo a destiempo de juguetes y medios de comunicación técnicos. También se han incluido en la temática las grandes amenazas del presente, tales como la contaminación radiactiva o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Los consejos terapéuticos elegidos se refieren preponderantemente a medidas de tipo general. De esta manera se pretende evitar que las propuestas de tratamiento restrinjan la libertad de decisión del médico ante el caso concreto y que promuevan un uso indiscriminado de medicamentos.

Los preparados y las recetas mencionados en ningún caso deberían contribuir a postergar una consulta médica necesaria.

.Este manual no debe ser mal interpretado como autoridad. Desea ser un interlocutor y provocar y apoyar el juicio propio del lector.

Nuestro libro está basado en veinte años de experiencia en un consultorio pediátrico en el Hospital de Herdecke, Alemania Federal. Allí se practica la medicina integrando los conceptos y las experiencias de las ciencias naturales con los de la antroposofía. En muchas partes del libro también hemos incluido citas del Nuevo Testamento, ya que la pregunta acerca del sentido de una enfermedad y el intento de contestarla constituyen factores que pueden tener gran influencia sobre el desarrollo de la curación. Los autores le deben a la antroposofía de Rudolf Steiner las nociones fundamentales para la necesaria integración de medicina, pedagogía y valores religiosos.

Tenemos la esperanza de que las experiencias asentadas aquí puedan contribuir a despertar nuestra responsabilidad compartida sobre el futuro. Pues el mundo de mañana dependerá de cómo dejemos crecer hoy a los niños y de qué podamos darles.

En este contexto queremos agradecer muy calurosamente a los amigos argentinos que han participado activamente en la adaptación del manuscrito a las condiciones latinoamericanas. Nuestro especial agradecimiento para quien se hizo cargo de la edición castellana, J. Wolfram Schneider. También queremos expresar nuestra gratitud a Erika K. de Jellinek que se ocupó de realizar la traducción. No en último término nuestro agradecimiento para Angela Tomassini, por la excelente colaboración y la dedicación con la que ha supervisado los trabajos de traducción y redacción final. Al respecto, agradecemos especialmente a los médicos del Therapeutikum San Rafael de Buenos Aires y a todos aquellos amigos que con ejemplar esmero y amor colaboraron con los editores.

Herdecke y Buenos Aires, Agosto de 1989.

Michaela Glöckler
Wolfgang Goebel

INTRODUCCION

La medicina y la pedagogía tienen un objetivo común: estimular el sano desarrollo del ser humano en crecimiento. Al observarlo detenidamente es posible comprobar que más allá de esta meta, se ocupan de dos procesos de la vida del hombre que tienen un profundo parentesco entre sí: curar y aprender. El hecho de contraer una enfermedad, tener que enfrentarla y superarla, son tres pasos que también encontramos en todo proceso de aprendizaje: se nos da una tarea, debemos luchar con aquello por aprender y el verdadero objetivo del aprendizaic, o sea adquirir la nueva capacidad. A ambos niveles se hacen experiencias que se corresponden entre sí. Se percibe por ejemplo la incapacidad de resolver un problema matemático encomendado, como un estado patológico que puede manifestarse como malestar o dolor de cabeza. Por el contrario, el hecho de comprender algo se experimenta como alivio, como restablecerse, como recuperar la salud. Todos conocemos la sensación de iluminación, cuando repentinamente se nos "aclara" una idea. Así como el símbolo de un organismo sano es el constante enfrentamiento con tendencias patológicas y el esfuerzo por superarlas, de igual manera la característica de un alma sana es que pueda aprender y se dedique constantemente a lograr comprender mejor las interrelaciones universales.

Tal reflexión conduce a comprender más profundamente la enfermedad. Esta se manifiesta como un tipo de "aprendizaje orgánico", que —como todo proceso de aprendizaje— estimula al hombre en su desarrollo. La toma de conocimiento de este hecho conduce a nuevos interrogantes: ¿No será acaso que las enfermedades surgen precisamente porque algo no aprendido o superado a nivel psíquico por propia iniciativa, es "recuperado" en forma compulsiva a nivel corporal? Y una educación que estimule la capacidad de aprendizaje y la actividad individual ¿no podrá al mismo tiempo significar una eficaz profilaxis contra la enfermedad? Interrogantes como éstos son inseparables de una pregunta de mayor alcance sobre la significación de las enfermedades para el destino del respectivo individuo.

Para un entendimiento más profundo de este punto deseamos señalar el significado de lo que en esta obra representan palabras como "destino", "Yo", "espíritu", "alma", "cuerpo" y "constitución" del hombre.

Con *destino* se ha de caracterizar todo aquello que atañe al hombre en el transcurso de su biografía, ya sea en sentido positivo o negativo. A ello también pertenece la vivencia de su cuerpo, toda su percepción y reacción anímica, toda experiencia proveniente del entorno, pero también el hecho de que se experimente a sí mismo como Yo. Para ello resulta característico de la vivencia del Yo, que pueda adoptar una actitud positiva frente a su destino y considerarlo como fructífero para sí mismo, como también que pueda rechazarlo. Este constituye un rasgo esencial característico de la personalidad humana, o sea del *Yo*: la posibilidad de auto-identificación, la capacidad de ocuparse y de ponerse en claro consigo mismo. Aquí la aceptación del propio destino como campo de desarrollo individual, brinda la facultad de la auto-percepción, que puede conducir a una íntima coincidencia consigo mismo y así a la paz interior. Mientras el Yo no lo logre, se encontrará en desacuerdo consigo mismo. Puede convertirse en "duro" y "reservado", o bien en inestable. Afirmación y negación son sus posibilidades para manifestarse. A través de su cuerpo se vivencia a sí mismo como íntegro y único frente al entorno. A través de él le son dadas las posibilidades del egoísmo, la exclusividad, la antipatía, el "no". Frente a esto, en la actividad del pensar puede trascender los límites de su personalidad e interesarse "por todo el mundo", decirle que "sí". Cuanto más el Yo se llene de pensamientos con respecto a las verdades permanentes de la vida, tanto más intensa será su conciencia de la propia naturaleza espiritual.

Con el término *espíritu* aquí no sólo se caracteriza el pensamiento humano. En él observamos más bien aquello que actúa directamente dentro de la correlación de la naturaleza y en el hombre. Comentaremos esto brevemente.

En la vida humana el pensamiento y la voluntad son divergentes. Nadie debe realizar de inmediato aquello que piensa, y más de uno hace algo sin haberlo pensado con anterioridad. En los procesos de la naturaleza esto es diferente. En ellos, una ley intelectualmente perceptible sólo se manifiesta donde también actúe al mismo tiempo. Por ejemplo las leyes pendulares sólo pueden ser investigadas en el balanceo del péndulo. Frente a esto, el hombre se encuentra en una posición singular. Por ejemplo puede realizar actos en el mundo, sobre los que no se ha hecho un examen de conciencia o no en forma suficiente. De esta manera, —consciente o inconscientemente— también puede causar destrucción y grave daño. Por el

otro lado, tiene la posibilidad de desprenderse con su razonamiento de todo lo activo y reflexionar sobre cuáles son los pensamientos que desea convertir en actos. También puede imaginar leyes y verdades, sin convertirlas en actos. Con ello, al mismo tiempo se está dando la posibilidad de la distancia con respecto a su entorno y a la duda frente a todo lo real. Puede poner en duda aun lo espiritual, porque conscientemente es capaz de colocarse fuera de sus posibilidades de acción. Pero si en sus pensamientos, conceptos, ideas e ideales reconoce su indestructibilidad y su actividad potencial, entonces podrá tomar conciencia de su conexión espiritual con el mundo. Porque el pensamiento de su "Yo" es tan eterno e indestructible como las leyes pendulares arriba mencionadas. En la naturaleza, lo espiritual es legítimamente no libre. En el hombre aparece en la polaridad de la función pensante y volitiva, en forma consciente y creadora. Vale decir que como *espíritu* se caracterizan las verdades objetivas, activas e indestructibles que habitan todo acontecer y existencia y que en última instancia son de naturaleza esencial.*

Frente a esto, el *alma* del hombre abarca todo lo percibido en forma individual. Los pensamientos pueden ser pensados por cada hombre de la misma manera — son de naturaleza suprapersonal. Pero aquello que cada individuo siente al pensarlos, el sentimiento, por ejemplo, que en él despierta el ideal de la libertad, tendrá un matiz absolutamente personal. En cierto modo, la vida psíquica representa el horizonte vivencial de toda una vida terrenal. Es el ámbito de desarrollo de la personalidad humana y mediador entre las experiencias corporales, relacionadas consigo mismo y las de carácter espiritual-suprapersonal. Por su naturaleza se compone de los sentimientos de simpatía y antipatía, que como fuerzas primarias recorren todas las sensaciones psíquicas.

* Karl R. Popper y John C. Eccles, en su libro "El Yo y su cerebro" trataron el interrogante de la actividad y con ello la realidad del espíritu. Si el hombre reconoce que con la ayuda de su pensamiento —inicialmente abstracto— puede modificar el mundo y por lo tanto actuar, entonces tendrá la posibilidad de atribuir al mundo de sus pensamientos una "existencia tan verdadera" como al mundo de sus experiencias sensoriales. Pero para avanzar más profundamente en el conocimiento de esta realidad del pensamiento, se requieren métodos de investigación adecuados a este modo de ser específico, y que por su precisión respondan a los métodos de las ciencias naturales. Este es el caso del método de investigación filosófica fundado por R. Steiner. A través de la toma de conocimiento de la naturaleza del pensamiento se conduce a la comprensión de lo esencial, lo divino en la naturaleza y el hombre.

El *Yo* como centro de la vida anímica, por su actividad mental participa del orden universal. En su actividad sensorial se vivencia como individualidad. En su accionar siempre manifiesta en qué punto preciso de desarrollo se encuentra. Por esta razón tiene tres campos de acción: uno espiritual, uno anímico y uno corporal. Como él mismo es activo y eficaz en las tres regiones, podemos considerarlo el espíritu del hombre. Cuando decimos *alma*, nos referimos más al desarrollo individual de este espíritu humano. Frente a éste, el *cuerpo* sería un tercer lugar de acción del espíritu y alma del hombre. Se nos presenta en tres formas o estados: Durante la vigilia sirve como instrumento para el despliegue de la voluntad y del accionar. Durante el sueño demuestra sólo la manifestación de vida. En la muerte, durante unos pocos días todavía conserva la forma que había tenido en vida. Luego se desmorona irrevocablemente; ya que en ausencia de vida, alma y espíritu no tiene consistencia propia. Por lo tanto, el cuerpo sería el resultado de la acción conjunta de las leyes de la naturaleza con aquéllas de la vida anímica y espiritual del hombre.

A través de tal concepción del cuerpo, también el concepto *organismo* experimenta una ampliación. El lector observará que en este tratado los vocablos organismo, organización, correlación de órdenes universales y cuerpo casi son usados como sinónimos. De esta manera pretende orientar el enfoque hacia lo organizativo, lo plasmador en cada caso, o sea aquello que dispone los fenómenos individuales al servicio de una correlación superior. Aquello no sólo debe buscarse en el organismo viviente, sino también en los nexos entre órdenes universales, característicos por ejemplo del estado de agregación sólido, líquido o gaseoso respectivamente. La mirada también puede apuntar al propio Yo-hombre, que puede vivenciar su vida espiritual como un organismo dominado por él.

En la vida, el alma y el Yo están individualmente ligados al cuerpo. La característica de esta estructura, o sea el tipo de su sinergismo, es lo que llamamos *constitución*. Los llamados tipos de constitución (por ejemplo pícnico - leptosómico - atlético) son sus manifestaciones parciales. El equilibrio inestable de la constitución puede ser perturbado a causa de unilateralidades de todo tipo. Por esta razón, se tornará susceptible a los agentes patógenos. También puede ser debilitada por exceso de esfuerzo físico o estados anímicos consuntivos. Es posible fortalecerla mediante un modo de vida que responda a las necesidades físicas y psico-espirituales. En diversos puntos de esta obra, el lector encontrará el concepto "terapéutica constitucional". Esta definición aborda las posibilidades de la medicina antroposófica y la homeopatía, para contrarrestar unilateralidades constitucionales mediante la adecuada aplicación de preparados medicinales de origen mineral, vegetal y animal. Por esta vía es posible eliminar una predisposición o prevenir una enfermedad o bien amortiguar daños ya ocasionados.

Para el lector no familiarizado con la *antroposofía*, en este punto deseamos exponer de qué se trata. El Dr. Rudolf Steiner (1861-1925) fundó y desarrolló la antroposofía como ciencia del espíritu y del alma del hombre. Su meta fue la de equiparar a las ciencias naturales modernas una ciencia igualmente exacta, referida a la dimensión anímica y espiritual de la existencia. Es especialmente fascinante la antropología antroposófica surgida de la integración de las ciencias naturales y las espirituales. Ella brinda la posibilidad de entender la interrelación de cuerpo, alma y espíritu del hombre y hacer efectivas estas nociones en todos los campos de la vida cultural. De tal manera tampoco resultará sorprendente, que en todas partes del mundo mientras tanto existan iniciativas de concretar estas nociones antropológicas. En Europa Central ya existen cientos de jardines de infantes, escuelas, instituciones pedagógico-terapéuticas y consultorios médicos que trabajan según estos nuevos criterios. También este libro puede considerarse como una introducción a los aspectos prácticos de la antroposofía.

Hoy en día vivimos en una época en que se hace cada vez más necesario que el hombre tome conciencia de sus condiciones existenciales y sus posibilidades futuras. Una cultura marcada por la amenaza nuclear, la destrucción ambiental y el crecimiento irrestricto de la economía, para continuar con su sano desarrollo y resolver sus problemas requiere una nueva respuesta al interrogante respecto al sentido de la existencia humana y terrenal. Un cambio cultural positivo puede tener lugar cuando cada vez mayor cantidad de hombres reflexione respecto a las condiciones de su esencia humana y llegue a las respectivas conclusiones. El pensamiento humano puede acceder a todos los órdenes del mundo. Por lo tanto, el hombre está capacitado para esclarecer su propia situación y su responsabilidad respecto a la tierra. Y a este esclarecimiento también pertenece la toma de conciencia de que las enfermedades no constituyen acontecimientos carentes de sentido, circunstancias que en realidad ni siquiera deberían existir. Por el contrario, se insertan en la vida como grandes

educadores y conducen a conocimientos y facultades de decisiva significación para el desarrollo del hombre.

Bibliografía:
Popper, Karl R./Eccles, John C.: "Das Ich und sein Gehirn" (El Yo y su cerebro), Editorial Pieger & Co., München/Zürich 1977.
Steiner, Rudolf: "Theosophie" (Teosofía), Dornach 1973, N° 9 de la Edición completa. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1988.
Steiner, Rudolf: "Die Philosophie der Freiheit" (La filosofía de la libertad), Dornach 1978, N° 4 de la Edición completa. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1986.

La alegría es un don del destino,
que da pruebas de su valor en el presente;
el sufrimiento —por el contrario— es fuente
de comprensión,
cuya significación se proyecta hacia el futuro.

RUDOLF STEINER

I. ESTADOS DE DOLOR

Cuanto más pequeño es el niño, tanto más difícil resulta localizar su dolor. Por ello, nuestro deseo es tratar el conjunto de las afecciones dolorosas más frecuentes, señalando la medida en que la madre está capacitada para detectar su causa. Comenzaremos con la descripción de dos ejemplos generales para caracterizar la conducta frente a situaciones de dolor infantil.

1. Un niño se ha caído y sus manos y rodillas han sufrido excoriaciones serias. Apretando los dientes mientras le flaquean las piernas, se aleja de sus compañeros de juego en dirección al hogar, acelerando el paso a medida que se acerca. Bajo la mirada materna comienza entonces a llorar a grito pelado. Literalmente desahoga su pequeña alma repleta.

2. Un bebé de cinco meses había pasado el día ya con cierto desasosiego, había mamado poco y por la noche, luego de la última mamada, comienza a llorar. Esta situación es nueva para la madre; siempre había podido acostar a su bebé serenamente. Vuelve a levantarlo, como para estimular un nuevo eructo — pero con escaso resultado. Ya cambió el pañal y además, la deposición hoy fue completamente normal. Aunque el bebé no parece afiebrado, por si acaso la madre le toma la temperatura —desde luego en forma rectal— y constata 38° y alguna línea más. Vuelto a acostar, de inmediato recomienza el llanto a voz en cuello, todavía más fuerte que antes. Ahora la preocupación de la madre crece, ¿quizás todavía tenga sed? El té azucarado que le ofrece es rechazado. Vuelve a alzarlo, lo mece en sus brazos, también sin resultado. Da pequeños saltitos con él en brazos, esto siempre solía disfrutarlo mucho, pero ahora los gritos se tornan insoportables. Entonces la madre, llena de ansiedad, decide llevar su niño al médico. Una vez allí, entrega vacilante su paquete que está a grito pelado. Por el momento hay que desistir de una revisación. El médico camina por la habitación, balanceando reposadamente al bebé en su brazo, al compás de su paso sereno, casi al mismo ritmo que su propia respiración. Lentamente cede la tensión, también la de la madre. El llanto enmudece. El aire acumulado se disipa en forma de eructo profundo. La cabecita cae agotada. Algunos sollozos más y luego un gran suspiro.

Ahora es posible revisar minuciosamente el abdomen. No hay reacción

dolorosa, tampoco en los oídos. Se examinan brevemente los demás órganos que podrían ser sospechosos, sin indicio de enfermedad.

Un lego con cierta experiencia también hubiera palpado de inmediato la encía, que adelante, detrás del labio en la mandíbula inferior, presenta un lugar ligeramente hinchado. En el interín, la madre se ha dado cuenta de qué se trata.

Durante la noche, los gritos vuelven a repetirse dos veces más, pero ahora la madre no pierde la calma. Por la mañana, ambos duermen un poco más. Al cambiar al bebé, todo vuelve a ser como siempre —sólo que ahora la madre está contenta, porque acaba de asomarse el primer dientecito!

Ambos ejemplos demuestran que las manifestaciones de dolor por parte del lactante también dependen del entorno en que se presentan. Por lo tanto, como adultos estamos obligados a apoyar al niño a través de nuestra serenidad y confianza. Si somos capaces de soportar el acontecimiento, entonces el niño enfrentará al dolor de otra manera que si dejamos que cunda el pánico. Ansiedad, temor y manifestaciones ruidosas de compasión de inmediato se trasladan al niño, reforzando su sensación de dolor.

1. Dolor de cabeza

A Por aumento de fiebre

Un caso frecuente: Un niño durante la mañana ya se queja de dolores de cabeza y no se siente bien. Hacia la noche tiene 39,5° de fiebre. En este caso los dolores de cabeza aparecen antes o durante el aumento de fiebre, como síntoma pasajero. Esto puede ocurrir en el marco de una infección de tipo gripal o de otra enfermedad. Una vez que la fiebre ha alcanzado su punto culminante, por lo general cede el dolor. Escalofríos, dolores articulares y abdominales y náuseas también pueden ser síntomas adicionales.

B Por Meningitis

Si el dolor de cabeza se mantiene más allá del punto máximo de fiebre y es acompañado por náuseas o vómitos, debe controlarse lo siguiente:

1. Si el niño, teniendo las piernas estiradas, puede sentarse en la cama, estirando al mismo tiempo los brazos; o si constantemente tiene que apoyarse por atrás (el llamado síntoma del trípode, véase láminas 1 y 2).

2. Si –también en posición sentada– puede tocar con la boca la rodilla de la pierna recogida (llamado síntoma del beso a la rodilla, véase lámina 3).

Si puede realizar ambas pruebas, la meningitis quedará prácticamente excluida. Si no es capaz de hacer una de ellas, o es demasiado pequeño para estos exámenes, habrá que llamar al médico. Sin embargo, pueden presentarse errores de apreciación, cuando los padres enfrentan al niño con estas tareas en actitud de pregunta temerosa, de ruego o dándole abundantes explicaciones. En estos casos el niño puede proceder al bloqueo o bien llorar y resistirse, como si no fuera capaz de realizarlas. Si en un caso dudoso se ha consultado al médico, éste determinará si se trata de un estado de irritación de las meninges por la fiebre alta, o si existe la sospecha de meningitis. Esta sintomatología ocasionalmente también puede ocultar una inflamación de los ganglios cervicales profundos o una contracción muscular.

Las meningitis provocadas por virus* (llamadas meningitis asépticas) –como por ejemplo en paperas– por lo general son benignas, si bien resultan molestas para el niño. Si se debe considerar la posibilidad de una meningitis purulenta o bacteriana**, en el hospital o el consultorio del pediatra habría que proceder sin pérdida de tiempo a las demás investigaciones necesarias, extrayendo líquido cefalorraquídeo mediante la punción con aguja fina (punción lumbar). A continuación se podrá iniciar de inmediato el tratamiento específico con antibióticos, que con gran frecuencia logra prevenir daños permanentes.

Pero este tipo de terapéutica se aplicará entonces con internación del paciente.

* Los virus son parásitos celulares muy pequeños, sólo visibles a través del microscopio electrónico, incapaces de multiplicarse fuera de la célula viva.

** Bacterias son "organismos unicelulares mínimos" visibles en el microscopio óptico, que pueden ser cultivados en un medio orgánico y en el organismo viviente estimulan la supuración. Los antibióticos sólo actúan en inflamaciones bacterianas, mientras los virus no responden a ellos.

Una vez excluida la posibilidad de meningitis, se ofrece al niño algunos sorbos de infusión de hierbas con glucosa y a continuación se procede según lo indicado en el tratamiento de la fiebre (véase pág. 62). Dolores de cabeza de más de ocho horas de duración o vómitos sin tendencia a la mejoría: todos los casos deberían ser consultados con el médico.

C Por jaqueca

Dolores de cabeza sin fiebre pueden tener múltiples causas y requieren la clarificación del médico. Cuando se presenten en forma de ataques irregulares, con o sin náuseas y vómitos, pueden representar una jaqueca infantil. El médico indicará su tratamiento, que es individual, según la constitución global. Sin embargo, por lo general ha dado buen resultado no recargar la digestión de estos niños: conviene dar grasas de fácil digestión, no sólidas, no demasiadas proteínas, pero abundantes verduras y ensaladas. También hay que tener cuidado con los dulces. En línea general es preferible dar cuatro a cinco comidas frugales que tres opulentas. Se recomienda el sueño regular, no demasiado prolongado y levantarse siempre a la misma hora, aun en días domingo. También es imprescindible suficiente actividad física y abundante aire puro. En presencia del ataque de jaqueca, el sueño reparador y suficiente en una habitación oscura constituye el remedio más sano para dominarla. Durante el ataque no se suministra alimento, a lo sumo galletas integrales y té con limón. Paciencia y tranquilidad en todo sentido favorecen la declinación de la jaqueca.

D Por defectos de la visión

Si el dolor de cabeza sólo aparece con la lectura, se recomienda consultar un oftalmólogo. Por lo general oculta una miopía, hipermetropía o algún otro defecto de la visión.

E En la escuela

Si el niño se queja de dolor de cabeza antes, al final o después de asis-

tir a la escuela, como primera medida habría que conversar con el maestro, luego quizás con el médico. En este contexto conviene tener presente que no es infrecuente que los niños —particularmente entre los nueve y los doce años— padezcan dolores de cabeza o de vientre en clase. Ello ocasionalmente está relacionado con la circulación sanguínea que a esta edad se encuentra en pleno período de estabilización, y que no mantiene el mismo ritmo que el crecimiento en altura previo a la pubertad. Esto da origen a que el organismo —por razones de economía— ante una carga unilateral* realice una redistribución de la sangre. Si entonces la cabeza del niño es menos irrigada por la sangre, el dolor aparecerá allí. Pero si la cabeza se encuentra satisfactoriamente irrigada, en ocasiones será subabastecido el intestino, por lo que allí se presentarán espasmos y dolores cólicos (compárese también con "Enfermedades escolares" de W. Holzapfel, Stuttgart 1976).

F En casa durante el fin de semana

Si los dolores de cabeza aparecen preponderantemente en el hogar y en particular durante el fin de semana, como primera medida habrá que reflexionar sobre la situación familiar. ¿Se debe quizás a que en días domingo no se mantiene el ritmo acostumbrado para levantarse, comer, actividades y acostarse? En este tipo de dolor de cabeza una y otra vez se ha demostrado que un transcurso regular del día —también durante los fines de semana— es muy beneficioso. Habrá que evitar particularmente las golosinas entre las comidas. También habrá que cuidar la regularidad de las evacuaciones, como así también tratar el exceso de gases. También resulta importante que al quejarse el niño de dolores de cabeza, no se convierta de inmediato en centro de atención de la familia. Más bien deberá darse cuenta de que entonces será llevado a la cama y se lo mantendrá "alejado"; porque si este acontecimiento del dolor de cabeza del niño se convierte en algo demasiado atractivo para él, entonces probablemente cada situación de desgano se proyecte a la cabeza, reclamando al adulto

* En este caso se habla también del llamado "reflejo del buzo". Puede aparecer en cualquier reacción de stress y como tal fue inicialmente investigado en buzos de profundidad: en situaciones de gran stress el cuerpo abastece en primer término los órganos vitales como cerebro, corazón y riñones, inhibiendo la irrigación sanguínea periférica e intestinal.

como acompañante. Pero en ningún caso habrá que administrar la tableta analgésica tan recomendada por la vecina, sin previa consulta médica.

G Al acostar al lactante

Manifestaciones de dolor al acostar al bebé y demás situaciones generales de carácter irritable, podrían presagiar molestias de la dentición, dolores de oídos o de cabeza. Los desencadena la posición horizontal, por la creciente abundancia de sangre en las venas del ámbito cefálico. Los dos diagnósticos citados en primer término pueden confirmarse mediante la revisación, mientras las cefalalgias sólo se pueden conjeturar una vez eliminadas las demás causas posibles. En los tres casos puede haber fiebre, pero en la otitis media constituye la regla general.

2. Dolores de la dentición

Un borde de la mucosa de color claro uniforme en la encía excluye la posibilidad de que se trate de dolores de la dentición. Por el contrario, si ese borde se encuentra edematizado, hinchado por inflamación o hay un creciente enrojecimiento, o si trasluce el dientecito incipiente, serán evidentes síntomas a favor. En este caso puede ser muy beneficioso hacerle morder un mordillo. También ha dado buenos resultados el masaje de la encía con *Agua Dentífrica Weleda* diluida. Es frecuente que los dientes aparezcan en la serie del abecedario según el siguiente esquema:

G E F C B B C F E G

G E F D A A D F E G

A y B representan los dientes incisivos centrales, C y D dientes incisivos laterales, F colmillo o canino, E y G molar. Al médico que se interesa por el desarrollo global de su paciente, también le importará saber —para determinadas preguntas que en la vida posterior le formulará al paciente— a qué edad apareció cuál diente y si hubo anomalías de posición o formación.

Es por ello que al final del presente libro hemos agregado un carne dental al carnet sanitario, que puede ser llenado por los padres y compl tado por los odontólogos.

3. Dolores de oídos

Los dolores de oídos se reconocen por el gesto de rechazo del niño a presionar el cartílago delante del conducto auditivo externo ("dolor d tragus", véase también lámina 5).

Por el contrario, si el niño se refriega reiteradamente el ámbito de oreja con la mano, sería un indicio de trastornos bucales y no un dolor c oídos. La existencia de un resfrío previo apoyaría el diagnóstico de la ot tis media. Los dolores son particularmente intensos en la llamada "otit gripal", en la que súbitamente se forman ampollas en la membrana d tímpano. Cuando éstas se abren, eliminan una gota de secreción much veces de color sanguinolento. Los dolores se mantienen durante apro> madamente un día. La otitis media purulenta puede provocar secreció de pus hacia el exterior. En ausencia de tratamiento, esto ocurre en 1C 20% de los casos. Luego de la irrupción del pus, el dolor desaparece rápid mente. Sin perforación por lo general cede al cabo de uno a dos días. se mantiene durante más tiempo, con frecuencia posteriormente ha qued do afectado también el otro oído. En todos los casos nombrados se l gra una buena acción analgésica mediante una bolsita de manzanilla cebolla (véase pág. 475). Dentro de un plazo de tres días la fiebre d bería descender marcadamente. Si se mantiene durante más tiempo, médico volverá a revisar al paciente, para poder evaluar la posibilid de complicaciones. Los medicamentos antifebriles no son oportun para la curación. Las supuraciones del oído medio hacia afuera por general duran entre cinco y diez días. Los oídos que supuran más tier po no necesariamente han de acarrear daños auditivos. Pero desde lu go requieren controles periódicos. En el lactante ocasionalmente oc rre que un oído comienza a supurar aun sin síntoma previo y se cu de la misma manera. Según nuestra experiencia, sólo en pocas ocasion resulta necesaria la punción de la membrana del tímpano, para la ev cuación de pus (paracentesis). Los oídos que se secan demasiado pro to tienden más a recidivas, particularmente cuando se cierra el orifici dando lugar a que el pus se acumule detrás. En estos casos por lo ger

ral la temperatura vuelve a ascender a más de 38°, por lo que se recurrirá al médico.

Por lo general, una perforación en la membrana del tímpano suele cicatrizar bien. En las raras excepciones en que se produce la supuración crónica del oído, casi siempre hay debilidad congénita de las mucosas. En base a nuestras experiencias (compárese también con la bibliografía citada), consideramos la otitis media como una afección que sólo en casos excepcionales requiere un tratamiento antibiótico. Al ayudar al organismo con constituyentes adecuados a defenderse activamente de la enfermedad, esto tendrá como resultado el fortalecimiento de la organización auditiva global. Entonces aparecerán con menor frecuencia las recidivas, o sea repeticiones de la enfermedad.

La presencia de una otitis media siempre requiere la intervención del médico. Se tratarán simultáneamente las vías respiratorias superiores, o sea el resfrío o los "pólipos" existentes (vegetaciones adenoideas de las amígdalas). El vómito no es parte de la otitis media simple y constituye un motivo para consultar al médico.

Un oído que supura en forma totalmente benigna es consecuencia de algunas lágrimas o el agua del baño que se ha introducido en el conducto auditivo y ablandan el cerumen en forma tal, que se licúa y se asemeja al pus. De la misma manera, una mancha marrón "sanguinolenta" sobre la almohada a veces sólo se debe a un oscuro tapón ceruminoso ablandado, que se ha derramado hacia el exterior.

Durante la higiene de las orejas sólo habrá que limpiar el pabellón auricular y la parte visible del conducto auditivo mediante un hisopo de algodón. Una intervención más profunda perturbaría el proceso de autolimpieza del epitelio del conducto auditivo, que aumenta a partir de la membrana del tímpano hacia afuera, por lo general transportando también el cerumen viejo. Como la mucosa de las vías respiratorias y del conducto auditivo profundo es abastecida por un nervio común a ambos, una limpieza demasiado profunda puede dar lugar a una irritación que provoque tos o estornudos.

Bibliografía:

Buchheim, F.L. y otros: "Therapy of acute Otitis media: Myringotomy, Antibiotics or neither?" (Terapia de la otitis media aguda: Miringotomía, antibióticos o nada), Lancet, 24.10.81, pág. 883.

Büttner, Gottfried: "Die Behandlung der Otitis media ohne Sulfonamide und ohne Antibiotika in einer Allgemeinpraxis" (La terapia de la otitis media sin sulfonamidas ni antibióticos en un consultorio de clínica médica) Beiträge zu einer Erweiterung der Heilkunst. Gesellschaft anthroposophischer Arzte, Stuttgart, 1973, fascículo 4, pág. 125.
Linden, Wilhelm zur: "Geburt und Kindheit" (Nacimiento e Infancia), Freiburg, 12ª ed., 1986. Trad. esp.: Madrid, Editorial Rudolf Steiner, 1987.

4. Dolor de ojos (conjuntivitis)

Ante la aparición de dolor en uno o ambos ojos, en todos los casos debe consultarse al oftalmólogo, excepción hecha de la llamada conjuntivitis, que pertenece a los problemas más frecuentes en el ámbito ocular. Se la reconoce por el enrojecimiento de la conjuntiva (vale decir la mucosa que cubre la parte blanca de los ojos y la parte interior de los párpados), acompañado por fotofobia, sensación de cuerpo extraño, acaso también prurito. Los dolores intensos no pertenecen a este cuadro y de inmediato dan lugar a la consulta oftalmológica. Las causas pueden ser múltiples: viento frío, alergias, infecciones, sarampión, etc. En el recién nacido, la inflamación generalmente se remonta a la profilaxis gonorreica obligatoria según Credé (con una gota de solución de *Argentum nitricum* en cada ojo). Para el diagnóstico casero se diferencian las siguientes manifestaciones:

A **En el recién nacido**, inflamaciones purulentas unilaterales o en ambos ojos. Quien desee evitar la realización de la citada profilaxis según Credé inmediatamente después del alumbramiento, mediante su autorización puede liberar a la partera de su obligación.
Tratamiento: *Calendula D4 colirio**, luego del examen médico, Con frecuencia se mantienen durante meses las aglutinaciones del conducto lagrimal que llega hasta la nariz. Estas y las aglutinaciones congénitas se reconocen por el lagrimeo sin causa y el exudado de gotitas de pus en la comisura palpebral del lado de la nariz. En ocasiones alivia un cauteloso masaje por presión del dedo meñique limpio sobre la región del conducto dorsonasal. Rara vez se requiere el cateterismo de este fino conducto por parte del oftalmólogo.

* La denominación de los medicamentos mencionados corresponde a la utilizada por Weleda A.G. de Suiza y sus filiales.

B **Enrojecimiento bilateral con secreción purulenta** después del período puerperal, tendencia a la aglutinación de los párpados, intenso enrojecimiento de la conjuntiva y fotofobia.
Tratamiento: Limpieza de los párpados con agua hervida tibia (con pañuelo de papel). ¡No usar infusión de manzanilla, ya que contiene sustancias irritantes en suspensión y existe riesgo de alergia! *Calendula D 4 colirio*, 3 a 4 gotas por hora en cada ojo (efecto de enjuague). Si no hay mejoría al cabo de dos a tres días, consultar al oftalmólogo.

C **Enrojecimiento bilateral y lagrimeo sin secreción purulenta:** en la mayoría de los casos se trata de sensibilidad al viento, polvo o humo o un síntoma colateral de la fiebre del heno.
Tratamiento: *Mercurialis D 4 colirio*, en la misma dosificación arriba mencionada. Ante fiebre del heno, se podrá aplicar un colirio de *Citrus medica y Cydonia* ambos *al 0,1%*, una gota varias veces por día.

D **Enrojecimientos unilaterales con o sin pus:** en este caso se impone precaución, ya que puede tratarse de algún cuerpo extraño o síntomas colaterales de una queratitis (inflamación de la córnea transparente). Lo más conveniente es consultar de inmediato al oftalmólogo.

5. Dolor de garganta

Un niño afiebrado está lloriqueando en su cuna. Al preguntársele dónde le duele, señala el vientre. Hoy no ha comido y sólo ha tomado unos pocos sorbos de té.

Ante cualquier dolor que se presenta con sitofobia (rechazo a la comida), luego de examinar el vientre, los padres revisan todo el ámbito bucal mediante el mango de una cuchara o el dedo, en la medida en que se atrevan (es fácil aprovechar con habilidad el reflejo faríngeo para observar la faringe y las amígdalas: se presiona fugaz pero enérgicamente con el mango de la cuchara o la espátula de madera la parte posterior de la lengua hacia abajo. ¡Es importante soltarla de inmediato!) ya que la inflamación de garganta es la causa más frecuente de esta situación (véase lámina 4). Puede tener aspectos y evoluciones muy diversos. El hallazgo más frecuente es una angina virósica: punteado rojo vidrioso, como granos de sémola en el borde del paladar, amígdalas más o menos enrojecidas, fiebre hasta

por encima de los 40°, con lengua saburrosa y tendencia al vómito. Estas infecciones por lo general son benignas.

Si se encuentra punteado blanco sobre las amígdalas que presentan un color rojo intenso, por lo general se tratará de una *amigdalitis purulenta* (la llamada Angina lacunaris o folicular); las bacterias que intervienen con frecuencia son estreptococos. Por suerte esta angina ha perdido gran parte de su gravedad. En la gran mayoría de los casos hemos logrado tratarla sin antibióticos. En ningún caso se presentaron complicaciones cardíacas ni articulares; sólo en muy contados casos, y transitoriamente, en el riñón.

Placas más espesas, que se propagan también sobre las amígdalas muy enrojecidas, deberían ser clarificadas rápidamente por el médico. Por lo general esconden una *mononucleosis infecciosa*, con menor frecuencia una difteria.

Las *micosis* (estomatomicosis) se adhieren más a la mucosa de las mejillas, sin causar dolor (véase pág. 109; estomatitis ulcerosa, pág. 131).

La terapéutica casera de la *amigdalitis* consiste en envolturas calientes con limón, sorbos de infusión de salvia bien caliente con miel y limón, gárgaras con infusión concentrada de salvia. Ocasionalmente es conveniente una cura sudorífica (véase pág. 485). La desinfección de la boca no tiene sentido alguno. Los medicamentos de uso interno deberían ser indicados por el médico según el resultado de su examen. En *amigdalitis crónicas* o resfríos frecuentes de este tipo, también ha dado excelente resultado una cura de dos semanas con baños de mostaza en los pies (véase pág. 484).

El *absceso de las amígdalas* (absceso tonsilar), muy poco frecuente por cierto, que se aloja sobre o detrás de las amígdalas, se anuncia en el marco de una angina a través de temperaturas elevadas, muchas veces fluctuantes, intensa sensación de malestar y la incapacidad de abrir bien la boca. Requiere tratamiento médico inmediato.

Distinta es la situación en la *linfadenitis de cuello* (vulgarmente inflamación de los ganglios cervicales). Aquí se palpa una hinchazón tuberosa, dolorosa a la presión, en el ámbito cervical lateral, orientada más bien hacia afuera; se dispone de suficiente tiempo para observarla (sobre envolturas del cuello, véase pág. 477). Existen dos procesos terapéuticos: es posible que los nódulos involucionen lentamente, dejando ganglios linfáticos algo aumentados de tamaño que muchas veces permanecen palpables durante meses y que gradualmente disminuyen sus dimensiones. (En casi todos los niños es posible palpar ganglios linfáticos cervicales que pueden aparecer en el marco de infecciones benignas y sin sintomatología patológica alguna. Por esta razón sólo se justifica la consulta médica cuando se observa un creciente aumento indoloro de tamaño a lo largo de varias semanas.) En otros casos, los padres observan un creciente tamaño y endurecimiento diario de ganglios dolorosos y finalmente también el enrojecimiento de la piel que cubre la zona, con adherencia a los ganglios linfáticos. Esto constituye un síntoma de que se ha formado un absceso que se abrirá solo, o bien tendrá que ser abierto quirúrgicamente. En este caso sólo queda una fina cicatriz pequeña. En ambos procesos curativos es el propio organismo el que se ocupa activamente de la curación. Esto tiene como consecuencia que por lo general los niños han adquirido una buena disposición defensiva frente a afecciones purulentas para el resto de su infancia. Por lo tanto, según nuestra experiencia, ¡vale la pena superar la enfermedad prescindiendo de la terapia antibiótica, aunque a veces sea necesaria la internación hospitalaria!

Dolores en la nuca y la región cervical también pueden provenir de una *contractura muscular* que afecta a un sector de músculos tensionados, con un cuadro de dolor similar a la ciática. Los trastornos se mantienen durante varios días, experimentando un manifiesto alivio al aplicar calor localizado. Para ello se utilizan métodos que estimulen la circulación: *ungüento de Arnica,* envolturas con aceite caliente cuyo accionar es reforzado con un paño de lana (preferentemente lana pura de oveja) o una bolsa con agua caliente.

6. Dolor en el pecho

El dolor al respirar o toser por lo general radica en una irritación de la mucosa de la tráquea. Se trata con aspiración de vapores calientes y té antitusígeno con miel y envolturas de aceite sobre el pecho (véase pág. 480). Para tales envolturas de aceite es muy eficaz el aceite de oliva, cuyo accionar puede ser mejorado mediante un agregado de 10% de aceite de lavanda o de eucalipto. No obstante, para esos aditivos deberían emplearse puros aceites esenciales de origen vegetal.

Los dolores en la pared toráxica pueden aparecer al respirar, cuando en el marco de una afección gripal particular se producen irritaciones mus-

culares localizadas, que recuerdan el reumatismo muscular. Entonces el paciente no puede respirar profundamente, pero sin que se produzca falta de aire ni tos. Si estos puntos se encuentran cerca del corazón, con cierta frecuencia los pacientes hablan de dolor del corazón. Por lo general su aparición es repentina y punzante. También aquí aplicamos envolturas calientes de aceite. Otro tipo de dolores en el costado izquierdo, al respirar, radica en la aglomeración de aire en el intestino, debajo de la bóveda diafragmática izquierda. También aquí el paciente tiene dificultades para la respiración profunda, pero ocasionalmente también siente una vaga presión en el costado izquierdo, en la región del corazón. En este caso, la infusión de alcaravea y otras medidas que provoquen la desinflamación, resultan de gran alivio. También se puede masajear suavemente el vientre con la mano cálida, en el sentido de las agujas del reloj, tratando así de movilizar el aire estancado. A veces los dolores pueden ser eliminados si el mismo paciente se aplica una compresión abdominal leve, mientras se encuentra acostado sobre el lado derecho con las piernas recogidas.

Los dolores que emanan del corazón son extremadamente infrecuentes en la infancia. Un intenso malestar general, una enfermedad grave previa, taquicardia o el deseo de ponerse en cuclillas, así como la tendencia a acostarse, son síntomas de una severa perturbación y siempre dan lugar a la consulta médica.

Dolores en el tórax con fiebre alta y respiración forzada y escalonada, son indicios infrecuentes pero evidentes de una *pleuritis*. Por lo general esta situación es precedida por una neumonía. El tratamiento se realiza en la clínica.

Una *punzada costal* generalmente se produce por un acalambramiento muscular en la pared abdominal lateral, al caminar con el estómago lleno. Es posible reprimir este dolor reteniendo la respiración, por lo que se aumenta la presión hacia la prémula abdominal, al apretar con los antebrazos a lo ancho del epigastrio, mientras se adopta la postura de cuclillas.

7. Dolor de vientre

Precisamente en la edad del lactante, los padres observan los síntomas más diversos que los inducen a sospechar que su bebé padece de dolores de vientre. "Mi bebé está tan acalambrado", "siempre vuelve a llorar, pero en los intervalos está quieto", "su barriguita está tan tensa y dura", "está tan pálido", "dentro de la pancita gorgotea", "ya vomitó dos veces", "no quiere comer nada", "desde ayer no ha movido el vientre", etc. Problemas de este tipo se presentan con frecuencia en el consultorio. Sin embargo, cuando los padres realizan algunos controles con toda serenidad, muchas veces pueden aprender a diferenciar entre perturbaciones benignas y peligrosas, y por lo tanto dominarlas ellos mismos.

A Flatulencias

Ejemplo: un lactante de pocas semanas de edad llora después de cada mamada, con menor frecuencia mientras mama. Si no ha tomado en exceso o demasiado poco, si el alimento no ha estado demasiado frío o demasiado espeso para el biberón y si el eructo ha sido abundante, entonces por lo general el motivo de su malestar reside en flatulencias o un excesivo movimiento intestinal. Los posibles síntomas adicionales son: una pequeña regurgitación, un vientre ligeramente más tenso, la expulsión forzada de materia fecal dura, normal o a chorros. Sin embargo, la llamada "hora del llanto", entre las 18 y las 21 horas, no está relacionada con las flatulencias.

A este cuadro no pertenece el vómito (quiere decir más de una a dos bocanadas), el rostro pálido, el vientre tenso, diarrea (o sea varias evacuaciones líquidas entre comidas), perturbaciones del desarrollo, la aparición repentina de gritos de dolor fulminante. Estos acontecimientos en todos los casos deben ser esclarecidos por el médico.

Aun en niños amamantados con leche materna no es infrecuente que se presenten flatulencias, aunque la madre cuide minuciosamente su alimentación y por ejemplo no coma demasiada cebolla, repollo o legumbres. En niños no criados a pecho habría que conversar con el médico con respecto al eventual intento de cambiar la alimentación (véase también pág. 265).

En todos los casos, las siguientes alternativas tienen un efecto calmante y tranquilizador:

1. Calor: en forma de compresa abdominal localizada, caliente y húmeda o seca (véase pág. 481 y sig.). Además también han dado buen resultado unos suaves masajes abdominales con *aceite de melisa o de oliva*. La madre coloca un poco de aceite en su mano caliente y fricciona lentamente el abdomen del niño sin presionar, pero con buen contacto cutáneo, en el sentido de las agujas del reloj, alrededor del ombligo. Con

frecuencia los trastornos ya desaparecen a los pocos minutos. Luego es imprescindible abrigar bien al niño — preferiblemente con una camiseta de lana que cubra el abdomen. En ocasiones resulta oportuno colocar un rato una pequeña bolsa con agua caliente sobre la región.

2. Algunas cucharadas de las de té, con infusión bien caliente de hinojo para uso interno, inmediatamente antes de la mamada (por lo general los llamados remedios carminativos en forma de gotas no son más eficaces).

3. Posición boca abajo después de las comidas o llevarlo durante diez minutos en un paño anudado sobre el hombro. También ha dado muy buen resultado sentar al niño después de comer, "cabalgando" sobre el muslo de la madre, de manera que pueda apoyar cómodamente su torso y cabeza sobre el abdomen y pecho materno. Entonces la madre toma en su mano derecha el pie derecho del niño, el izquierdo en su izquierda, comenzando con presión suave hasta vigorosa de las yemas de sus pulgares y dedos a amasar y masajear los piecitos y pantorrillas de su bebé. Hemos hecho la experiencia de que así como al adulto le puede hacer bien un pequeño paseo para activar la digestión después de comer, tales masajes de pies y piernas tienen un efecto similar en el lactante pequeño. La estimulación del sentido del tacto y el hecho de que los pies encuentren una resistencia en las manos de la madre, debe tener un positivo efecto reflejo para el proceso digestivo. Mediante este método muchos lactantes ya han sido rápidamente liberados de su problema.

4. Control de las cantidades de alimento (véase pág. 274).

5. El trajín cotidiano, el stress del período de exámenes, comidas ingeridas con apuro, la constante distracción o insatisfacción de la madre, sí tienen un efecto que intensifica los trastornos del lactante.
Como consuelo podemos anticipar que luego de ocho a doce semanas, tales dolores abdominales desaparecen finalmente por sí solos.

B "Apendicitis"

Por lo general recién a partir de la primera infancia, los dolores constantes de vientre que aumentan a lo largo de varias horas y que van concentrándose en la parte inferior derecha del cuerpo del niño, inducen a suponer una apendicitis. En la mayoría de los casos, simultáneamente aparecen desgano, náuseas, lengua saburrosa, rechazo frente a la bolsa con agua caliente y dolores al caminar y saltar.

Medidas a adoptar:

1. Mantener al niño en ayunas, tampoco darle de beber.
2. Medir la temperatura axilar duante cinco minutos (controlar la colocación del termómetro y cubrir al niño, incluyendo el hombro, con una manta) y un minuto y medio rectal, y registrar ambos valores.
3. Consultar con el médico.

En niños pequeños, la apendicitis con frecuencia es de diagnóstico difícil. Ocasionalmente sólo brindan ligeros síntomas patológicos no característicos o comienzan con "abdomen agudo" altamente dramático (véase pág. 45).

Aun para el médico el diagnóstico muchas veces no es fácil, teniendo en cuenta que se desea evitar una operación innecesaria. Debemos poner en guardia a los padres contra el consejo de realizar —en lugar de la operación— un tratamiento con baños fríos y medicamentos. Este proceder es altamente riesgoso para la vida y aun en caso de sobrevivir puede conducir a graves daños. Describiremos aquí un ejemplo de este caso. Un adolescente soportó valientemente este tratamiento, inclusive la perforación del apéndice purulento hacia la cavidad abdominal. Igualmente debió ser operado al cabo de varias semanas, en un estado muy avanzado de debilidad, porque su uréter derecho se había adherido y el riñón corría agudo peligro. Los supuestos éxitos del tratamiento no quirúrgico sin duda radican principalmente en una confusión con innumerables irritaciones dudosas o probables del apéndice o de los ganglios linfáticos abdominales.

C Empacho (también llamado "cólico umbilical")

En la primera infancia y primer período escolar es frecuente que los niños padezcan reiterados dolores abdominales que aparecen en forma de ataques. Se los lleva al médico, que deberá establecer y combatir el dolor. El empacho no es un verdadero diagnóstico. Antes bien es una palabra

que caracteriza una irregularidad psicovegetativa. Se descartan las flatulencias o espasmos intestinales como causantes del dolor. A lo sumo, de manera similar a lo que sucede en la jaqueca, aquí se trata de contracciones de vasos sanguíneos (espasmos vasculares con la correspondiente congestión de otros vasos). El médico podrá establecer el diagnóstico de empacho no sin antes descartar afecciones más serias. Es por eso que el empacho es un "diagnóstico por exclusión". ¿Cuáles son entonces los síntomas clásicos del empacho? A partir del bienestar total, los niños repentinamente padecen fuertes dolores de vientre, altamente agudos, que pueden durar entre unos pocos minutos hasta dos horas. Aquí se trata de un dolor continuo, sin presentar oscilaciones del tipo de las contracciones de parto, por lo que tampoco puede ser causado por espamos o flatulencias. La afección es particularmente frecuente en niños entre los tres y trece años, con tendencia a la constipación y que en general también son algo inestables en su sistema vegetativo. Muchas veces son acontecimientos atemorizantes o amenazantes (dificultades escolares, separación de los padres), o bien expectativas placenteras, los que contribuyen a desencadenar un empacho. En general, el vómito no forma parte del síntoma, pero sí temperaturas rectales hasta 38,2° . Los ataques pueden repetirse varias veces al día, pero también volver tras varios días, semanas o meses. El aspecto del niño es pálido (cosa que confirmaría los espasmos vasculares como causantes), pero al finalizar el ataque de dolor se recuperan de inmediato. Muchas veces en estos niños también se observan otros síntomas de excitabilidad vegetativa no armónica: irregularidades respiratorias, tendencia al desmayo, reflejos musculares muy vivaces y otros. Pero como estos dolores abdominales recidivantes también pueden ocultar afecciones graves, como irritación del apéndice o parásitos intestinales, quisiéramos insistir en la recomendación de hacer controlar los trastornos a intervalos regulares por un médico experimentado y no conformarse únicamente con el diagnóstico del empacho.

Terapia:

Ha dado buen resultado el siguiente proceder: se sienta al niño sacado sobre las rodillas, con su espalda recostada contra el propio pecho, haciendo un leve masaje de los pies, talones y pantorrillas. En el ataque agudo da buen resultado una compresa abdominal caliente y húmeda con infusión de aquilea o *tintura de Oxalis al 20%*, o simplemente con agua caliente (para su realización véase pág. 481). Para la prevención de tales ataques se recomienda la aplicación de estas envolturas abdominales en forma de tratamiento durante dos meses, siempre al mediodía y por la noche luego de las comidas. Es importante transmitir al niño, simultáneamente con esta medida terapéutica, una sensación de seguridad y protección afectuosa, permitiéndole sentir por momentos la absoluta dedicación del adulto. Como aquí se trata de una perturbación anímico-vegetativa, también resulta lógico que una y otra vez se vuelvan a encontrar personas que, por el mero contacto con determinadas zonas de reflejo y a través de palabras afectuosas, muy rápidamente puedan eliminar tales trances. De todas maneras es importante que el adulto no dramatice el episodio ni lo tilde de "imaginario" o "sólo de origen anímico". También resulta eficaz la aplicación de una bolsa con agua caliente o una almohadilla eléctrica sobre la zona afectada.

D Parásitos intestinales

Los parásitos intestinales son fenómenos frecuentes, particularmente en la infancia. Esto se debe a que el alimento ingerido no es totalmente destruido y asimilado por la actividad de las grandes glándulas digestivas como suele ocurrir en el individuo adulto. Por esta razón, el alimento ingerido todavía conserva algo de su vitalidad primitiva, por lo que atrae los parásitos, que en ese medio encuentran su fuente de alimentación adecuada. Vale decir que si los niños padecen con mayor frecuencia de parásitos intestinales (a pesar de buenas medidas de higiene y una terapia que siempre vuelve a ser exitosa), esto remite al pediatra a que el paciente requiere un apoyo constitucional en el ámbito de los órganos digestivos. Para ello se dispone de diversos preparados provenientes de la medicina antroposófica, pero que deben ser escogidos individualmente por el pediatra para cada caso.

a) Oxiuros vermiculares:

Los *oxiuros* son animalitos delgados, de aproximadamente uno a dos centímetros de longitud, fácilmente destructibles, que habitan en el intestino recto y depositan allí sus huevos durante la noche. El prurito que ello ocasiona, a veces también un eczema que se presenta en el ano, condu-

ce a que los niños se rasquen. Pero por esta vía, o sea a través de las uñas de las manos y las toallas, la infección se transmite al entorno. La comprobación de la presencia de estos huevos se logra fácilmente por la mañana, en el ano todavía antes de su higienización, a través de una cinta autoadhesiva, colocando la muestra sobre un portaobjetos y realizando el consiguiente análisis microscópico.

Síntomas: intenso prurito anal, particularmente después de acostarse por la noche, como así también inflamación de la vulva y la piel alrededor del ano. **Terapia:** *Allium/Cuprum sulfuricum comp.*, tres veces por día cinco a quince gotas, según la edad, durante tres a cuatro semanas. Además, lavado de manos minucioso y regular, con jabón, cepillo para uñas y toallas individuales.

b) Lombrices o ascárides:

Las *ascárides* ya son considerablemente menos frecuentes. Tienen aproximadamente 20 cm de largo (los machos son obviamente más pequeños que las hembras) y pueden ocasionar dolores abdominales. La transmisión tiene lugar a través de lechuga y verduras crudas, cuyo cultivo haya sido abonado con aguas negras. Las larvas se desarrollan 30 a 40 días en el huevo, a través de su ingreso en el intestino penetran inicialmente a la vena porta, hígado y corazón, en el pulmón, donde luego de ocho días rompen los alvéolos pulmonares y a través de los bronquios llegan a la faringe y vuelven definitivamente al intestino, para allí terminar de desarrollarse. Durante esta complicada peregrinación pueden producirse múltiples síntomas, también alérgicos. Los huevos de las ascárides recién pueden comprobarse en la materia fecal, una vez terminado el ciclo de su desarrollo.

Síntomas: en general carecen de síntomas o son poco definidos: palidez, apetito cambiante, dolores abdominales recidivantes con o sin cólicos, a veces estados asmáticos, muy rara vez obstrucción intestinal por aglomeración de centenares de lombrices.

Terapia: Aparte de *Allium/Cuprum sulfuricum comp.* citado con respecto a los oxiuros vermiculares, aquí se recomienda también una pizca grande de *Cuarzo al 50 %* tres veces por día. En el ataque masivo y una vez

detectados abundantes huevos de ascárides en la materia fecal, recomendamos una cura con un medicamento químico, indicado por el médico pediatra, seguido por un tratamiento posterior con los medicamentos citados por nosotros, para la estabilización del intestino y la prevención de un nuevo ataque.

Por estas y otras razones, sería altamente conveniente renunciar a la utilización de excrementos humanos como abono de tierras de cultivo.

c) Tenias:

La tenia ingresa al intestino en su estado larval, tras el consumo de carne cruda vacuna o de animales de caza. Puede llegar a una longitud de hasta 10 metros.

Síntomas: perturbaciones gastrointestinales con bulimia o falta de apetito, como también náuseas con eructos, vómitos, diarreas o constipación. En estado avanzado se presenta pérdida de peso y dolores generalizados en toda la región abdominal. Los niños también se quejan con frecuencia de dolores de cabeza o hasta tienden a las convulsiones.

Sin embargo, muchas veces también se detecta la presencia de tenias por la excreción de articulaciones de las mismas, en forma de cinta, en la materia fecal.

Terapia: Aparte de la quimioterapia indicada por el médico tratante, nosotros recomendamos un tratamiento constitucional.

d) Lamblias intestinales:

Estos parásitos minúsculos pertenecen a los unicelulares y viven en el intestino delgado del hombre, donde provocan estados inflamatorios que pueden conducir a diarreas. Pero con frecuencia también aparecen únicamente trastornos inofensivos como por ejemplo cólicos umbilicales o empacho. La transmisión tiene lugar de un individuo a otro, pero también a través de alimentos, como por ejemplo las ensaladas de hoja.

Terapia: aparte de la terapia indicada por el facultativo, para el tratamiento posterior o como medida preventiva de una reiteración de la afec-

ción, recomendamos la aplicación, en forma de cura, de infusión de aquilea, como también la toma de *Ferrum sidereum D 6/Pancreas D 1 trit.* durante seis semanas.

La prevención de las parasitosis intestinales y hasta el cambio constitucional de aquellos niños con tendencia a contraerlas, incluso la definitiva curación de un episodio único, depende mucho de los cuidados higiénico-dietéticos. Entre los primeros evitar que los objetos con los que el niño juega estén en contacto con la tierra, estos habrán de ser lavados periódicamente. Debe extremarse el cuidadoso lavado de las verduras y hortalizas incluidas en la alimentación; reducir el consumo de carnes en los niños de corta edad y evitar la ingestión de dulces no naturales (golosinas, azúcares excesivos, confituras, etc.). Introducir tempranamente en la alimentación raíces y tallos crudos y condimentar con hierbas aromáticas todo alimento. Es importante incluir permanentemente ajo y perejil en las comidas, así como semillas de zapallo (desecadas en el horno y molidas), especialmente para la terapia contra las tenias.

E Infecciones de vías urinarias

Dolores de vientre o de espalda, acompañados por fiebre, palidez y debilidad generalizada, o bien ardor al orinar, pueden remitir a una infección de las vías urinarias. Aquí puede tratarse ya sea de una *cistitis* (inflamación de la vejiga) o de una *pielitis* (inflamación de la pelvis renal). En ocasiones el ardor es tan intenso, que los niños retienen la orina. Entonces los niños orinan durante el sueño. En este caso es importante saber que durante la evolución de la enfermedad el ardor desaparece antes que la inflamación. En trastornos de este tipo debería hacerse un análisis de orina. Infecciones leves o crónicas con frecuencia se ocultan tras prolongados estados de falta de apetito, diarreas crónicas, con o sin fiebre.

Aun las infecciones más leves de vías urinarias pueden ser detectadas en base al análisis de orina, y si aparecen con mayor frecuencia, pueden acarrear graves secuelas para el riñón. Por esta razón, la apreciación y tratamiento de este grupo de enfermedades siempre quedarán a cargo del médico. Como primera medida casera puede colocarse un paño calentado al vapor —bien exprimido— sobre la vejiga y/o una bolsa con agua caliente. Pero ¡cuidado con las quemaduras! (Véase también compresa vesical, pág. 483).

F La hernia inguinal

La hernia inguinal se descubre observando y palpando la región inguinal del niño. Allí se forma una protuberancia de una magnitud que puede variar entre el tamaño de una avellana hasta el de una naranja (véase lámina 12). Por lo general contiene una sección del intestino. En las niñas con frecuencia se trata de un ovario que se ha deslizado hacia adelante. En el varón, la hernia puede llegar hasta el escroto. Toda protuberancia dolorosa en este ámbito requiere la inmediata evaluación facultativa: aparte de una estrangulación de la hernia también puede producirse una rotación o inflamación escrotal. Habría que solicitar al médico que enseñe a los padres la forma más o menos fácil de empujar la hernia hacia dentro, como así también la colocación de un vendaje herniario que quizás sea necesario. A diferencia de las *hernias umbilicales*, que por lo general retroceden por sí solas —aun sin tela adhesiva—, en las hernias inguinales la curación no quirúrgica es menos frecuente. (véase Hidrocele, pág. 52)

G La afección aguda en la cavidad abdominal

Dolores de vientre intensos, ya sea en forma de cólico o continuos, acompañados por vómitos, palidez y un hallazgo palpatorio en la cavidad abdominal —por lo general con una tensión dolorosa de las paredes abdominales ("vientre duro como una tabla")— son síntomas del "abdomen agudo".

Estos niños requieren una inmediata apreciación médica calificada. Lo más conveniente será dirigirse directamente a un hospital en que esté garantizada la posibilidad de intervenciones de cirugía infantil.

Mientras no se cuente con experiencia respecto al *vómito acetonémico* en niños, existe una posibilidad de confusión (véase pág. 96).

H Dolores de vientre en infecciones gripales

Aparte de escalofríos, desgano, dolores de cabeza y articulaciones, también los dolores de vientre pueden indicar el comienzo de una gripe. En esta fase también puede aparecer el vómito. Por lo general, los dolores desaparecen al aumentar marcadamente la fiebre. La diferencia con respecto a la apendicitis es la siguiente: en la cavidad abdominal no existe dolor localizado a la presión; la diferencia de temperatura entre el ano y

la axila no es mayor que medio grado, o sea cinco líneas. El súbito aumento a más de 38,5° es atípico para la apendicitis. Una fuente de calor sobre el vientre resulta agradable, mientras que en la apendicitis no. En estos casos, el hecho de tener los brazos y piernas fríos remite a que el ascenso de la temperatura todavía no ha concluido. Por supuesto que en casos de duda es necesario consultar con el médico.

I Hepatitis A

La mayoría de las infecciones de hepatitis A transcurren sin síntomas. Especialmente en los niños pequeños prevalece el desarrollo benigno. Una vez declarada la enfermedad, se la reconoce a más tardar tres o cuatro días después de aparecida la coloración amarilla de las conjuntivas y de la piel (ictericia). Además, la materia fecal adopta un color blanquecino y la orina un color marrón. El hígado hinchado comienza a doler y aparece un intenso cansancio y apatía, luego de un estadio previo no específico de la enfermedad, con pronta fatiga, falta de apetito, eventuales aumentos de temperatura, como también náuseas y dolores del epigastrio.

La enfermedad se transmite mediante infección por roce (materia fecal). Buenas precauciones higiénicas constituyen la mejor prevención. Una vez que el niño haya contraído la enfermedad, si de alguna manera es posible debería ser aislado del resto de la familia. En todos los casos se lavará la vajilla en forma separada, se cambiará la ropa con frecuencia, que será muy bien lavada y secada al sol. Porque el virus de la hepatitis A que provoca la enfermedad es muy resistente contra los desinfectantes, la desecación y las temperaturas altas y bajas. Pero como la enfermedad es contagiosa dos a tres semanas antes de su declaración y sólo una semana después de aparecida la ictericia, no resulta oportuno hospitalizar a los niños con hepatitis A. De todas maneras con ello no se impediría el contagio de los familiares, el que ya se habría producido o bien los componentes de la familia ya estarían inmunes.

El apoyo más importante para una buena curación de la hepatitis es el reposo absoluto hasta la total desaparición de la ictericia, seguido por dos a tres semanas de sumo cuidado corporal. Han dado buenos resultados las compresas calientes húmedas con infusión de aquilea (compárese pág. 481), como también la toma de una a dos tabletas de *Fragaria vesca folium al 20%* y *Vitis vinifera folium al 20%*, tres veces por día.

Es importante que los niños que deban guardar cama de esta manera durante un tiempo prolongado experimenten este período como algo "agradable". Habrá que leerles, darles juguetes nuevos, divertidos, estimularlos para que pinten, hagan manualidades, toquen flauta o guitarra, y actividades similares. También los trabajos en telar o la confección de alfombras o tapices han dado buenos resultados. De ninguna manera podemos aprobar la costumbre —hoy en día muy difundida— de colocar un televisor o un pasacassette al costado de la cama, en vez de la presencia de una persona o una actividad llena de sentido (compárese con pág. 442 y sig.).

J Dolores abdominales por otras causas

Un dolor muscular después de un esfuerzo excesivo de tipo deportivo o por juegos de esparcimiento, puede dar lugar a preocupaciones infundadas.

Dolores abdominales con diarreas, compárese con pág. 92.

Cuando el niño se queja de dolor de vientre, como primera medida se observará la boca: no es infrecuente encontrar una amigdalitis (compárese pág. 34), de la que también participan los grandes ganglios linfáticos del ámbito abdominal.

En niños muy sensibles puede ocurrir que horas o medio día antes de producirse el llamado vómito acetonémico, aparezca dolor de vientre en forma de cólico, compárese pág. 96 . Aquí alivian fomentos abdominales calientes con *tintura de Oxalis al 20%* o infusión de aquilea, acaso en forma de cura. La sed injustificada y la creciente excreción de orina durante varios días, quizás seguidos por dolor de vientre, son síntomas sospechosos de *diabetes mellitus*.

Dolor de vientre antes de ir a la escuela o en clase es indicativo de exceso de esfuerzo o de tensiones psíquicas, y en primer lugar debería ser conversado con el maestro. A veces el médico puede contribuir a esclarecer el problema o colaborar mediante medidas inofensivas. Tranquilizantes o analgésicos químicos por lo general no son convenientes. También otras perturbaciones del equilibrio entre carga por un lado y capacidad de carga o de compensación por el otro, pueden conducir a dolores de vientre. Las causas pueden variar entre una fiesta de cumpleaños con sus tortas y emociones, y la intoxicación alimenticia de origen bacteriano, entre el ataque de furia de uno de los padres o del maestro y la impacien-

cia nerviosa, entre la ambición del niño y los celos ocultos. Por otra parte resulta sorprendente cuántas cargas aguantan los niños cuando enfrentan un hecho con "ganas", o sea bien dispuestos, con interés y amor.

Se recomienda recapitular mentalmente el transcurso cotidiano del niño, para ver en qué medida uno mismo debe incluirse en el advenimiento de este dolor de vientre. Para dilucidar lo sugerido he aquí dos ejemplos:

1. Madre: "Ahora tengo que alimentar a Esteban."
   Niña: "Mamá, ¿puedo comer una manzana?"
   Madre: "No debes pensar siempre en comer algo cuando le doy de comer a Esteban."
   Niña: "Mamá, ibas a seguir leyéndome el cuento, ¿recuerdas?"
   Madre: "Por favor, déjame en paz, ahora tengo que terminar, después tengo que cambiar a Esteban y cuando él duerma, tengo que ir de compras. ¿Podrías cuidarlo entonces?"
   Niña: "Mamá, me duele la barriga. . ."
   Madre: "Oh, ¡Dios mío, otra vez! Pero eso sí que es terrible. . ."

2. Madre: "Este comilón otra vez tiene hambre; por favor, Claudia, busca el biberón que se está calentando, para Esteban." Claudia lo hace.
   Madre: "Y ahora busca en la cocina la manzana pelada. A ver si la encuentras. Esa manzana es para tí." Claudia lo hace.
   La madre canturrea: "Ahora hay algo para comer. . ." El bebé toma de su biberón, Claudia come su manzana.
   Madre: "¿Me dejas un mordisco?" Claudia lo hace.
   Madre: "Cuando terminen de comer, iré rápido a hacer unas compras."
   Claudia: "Yo también quiero ir."
   Madre: "Hoy no, porque ya se hizo tarde. Pero puedes cuidar a Esteban, para que el sol no le dé directamente en la cara. Si llora, le tocas el timbre a Doña Rosa, la señora de al lado, yo le avisaré. Cuando las agujas del reloj estén juntitas, entonces justo estaré en el almacén, pensando en ustedes. El cuento que te prometí te lo contaré entonces a la tarde, durante el paseo."
   Claudia está contenta porque observa cómo la aguja larga va cubriendo lentamente la corta, y porque Esteban está tranquilo en su cuna y no llora.

FOTOGRAFIAS



1



2



3

Lámina 1: Prueba de meningitis: con toda seguridad esta niña no tiene meningitis; puede estar sentada con las piernas estiradas, flexionando las caderas y la espalda hacia adelante y extendiendo los brazos hacia adelante, sin dolor.

Lámina 2: Prueba de meningitis: al ser invitada a sentarse, manteniendo las piernas estiradas, la niña se apoya por atrás, con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás. Tampoco es capaz de estirar los brazos hacia adelante sin sentir dolor de espalda y cabeza. Aquí es probable que la niña padezca meningitis.

Lámina 3: Prueba de meningitis: luego de la invitación adicional a acercar la rodilla al mentón o besarla, la niña no lo logra ni siquiera con la ayuda de los brazos, por la aparición de dolores de espalda y cabeza. La inflamación o por lo menos irritación de las meninges es aún más probable y requiere la inmediata revisación por parte del médico.

Lámina 4: Examen de la garganta: en niños afiebrados, los padres pueden controlar la boca antes de llamar al médico. ¿La lengua está saburrosa o se observan manchitas o pustulitas o capas sobre las mucosas? Finalmente el niño deberá decir "ah", mientras con el mango de una cucharita se presiona aproximadamente 2/3 de la lengua breve y enérgicamente hacia abajo. A raíz de la arcada momentánea pueden observarse fugazmente las amígdalas y la pared faríngea posterior. ¿Se encuentran enrojecidas o saburrosas o sólo cubiertas por mucosidad? En ausencia de voz o disnea (dificultad para respirar), como también en niños en estado grave, este examen se dejará a cargo del médico.

Lámina 5: Prueba de inflamación en el ámbito auditivo: en presencia de fiebre, una presión fugaz sobre el pequeño cartílago delante del conducto auditivo anterior permite confirmar cualquier otitis. Los niños hacen una mueca de dolor e inclinan la cabeza hacia el lado opuesto o —en la edad del lactante— comienzan a llorar (el llamado dolor del tragus). ¡Jamás presionar los cartílagos de ambas orejas a la vez, sino examinarlas por separado!



4



5



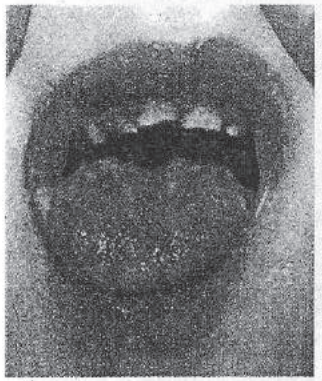
Sarampión



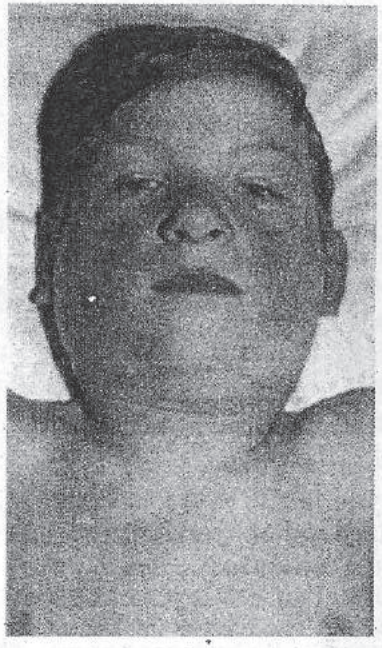
Varicela

Lámina 6: La característica de la erupción del sarampión son las manchas irregulares que descienden rápidamente desde la cabeza y que tienden a unirse. En todos los casos previamente se ha presentado conjuntivitis, resfrío y tos. Luego de un breve intervalo, la fiebre ahora alcanza su punto máximo.

Lámina 7: En la varicela, en el término de dos a tres días la piel presenta una imagen parecida a un planisferio astronómico. Al lado de los incipientes nodulitos rojos se encuentran pústulas frescas y costras más antiguas. También es afectado el cuero cabelludo y con frecuencia las mucosas bucales, las intestinales y genitales.



Estomatitis ulcerosa



Paperas

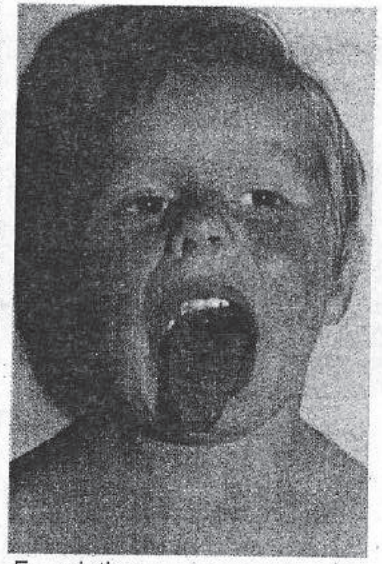
Lámina 8: Gran cantidad de aftas dolorosas en la boca, con enrojecimiento de las mucosas, permiten un fácil diagnostico.

Lámina 9: En paperas, la hinchazón dolorosa a la presión afecta la parte posterior de las mejillas hasta debajo de las orejas, de las que se separan los lóbulos.



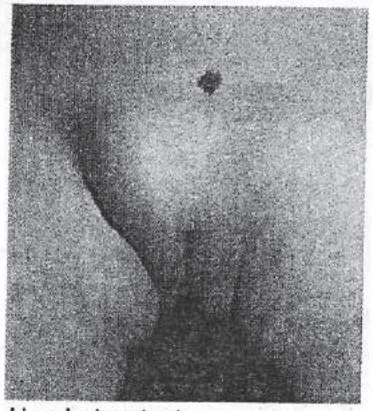
Escarlatina

Lámina 10: La característica de la escarlatina es una erupción fina, como una "piel de gallina" enrojecida, preferentemente en la región inguinal, con frecuencia muy fugaz.



Escarlatina

Lámina 11: En la escarlatina, en primer término una espesa capa blanca cubre la lengua, que desaparece a los dos días, quedando la superficie de color frambuesa, cubierta de "globitos" muy finos.



Hernia inguinal

Lámina 12: Hernia inguinal: se observa una ligera convexidad encima del pliegue inguinal derecho. En las niñas es frecuente que un ovario se interne en el saco herniario. Es por ello que aún en ausencia de trastornos es conveniente la pronta intervención quirúrgica.

En el primer ejemplo, la madre no es capaz de identificarse plenamente con su actividad, de alguna manera corre a la zaga de sus obligaciones, luchando —sin éxito— por un espacio de tiempo libre. Probablemente esté rendida de cansancio. Quizás también esté sometida a las críticas de algún familiar. Sus relaciones con sus hijos son como cuerdas psíquicas de las que los niños pueden tirar. Una vez producido el anuncio del dolor de vientre, puede intentarse pedagógicamente volver a dominar la situación, por ejemplo de la siguiente manera:

Niña: "Mamá, me duele la barriga."
Madre: "¿Te duele la barriguita? Entonces llena rápido la bolsa con agua caliente; ya sabes, más o menos calentito, y acuéstate en tu cama, yo iré en seguida a verte."
Y luego:
Madre: "Bueno, ahora sí que estás bien abrigadita. ¿Ya te sientes mejor? Ahora mismo le pido a Doña Rosa que los cuide a los dos..."

Sin la colaboración por propia iniciativa de la madre, no será posible. Recién entonces podrá volver a poner límites. Pero no debería desistir de su intención originaria — excepción hecha de casos de verdadera enfermedad. Los niños dicen: "Me duele la barriga", pero su interior quiere decir: "Hoy todavía no me has prestado suficiente atención" o "estás trabajando tan precipitada y sin ganas" o "no encuentro nada en tí que yo podría imitar", o bien "tú estás construyendo un muro". La madre del segundo caso se diferencia de la primera por su iniciativa y fantasía, ella se acerca a su niña, creando seguridad y protección que trascienden el ámbito corporal. La primera madre, dispuesta a aprender en base al dolor de vientre, recomienza una vez más por el calor corporal, pero lo satura con la proximidad y el calor del alma. Entonces la bolsa de agua caliente pronto será innecesaria.

El interrogante con respecto a si la niña sólo "simula" el dolor de vientre, puede ser contestada tranquilamente con un No, a menos que ella tempranamente haya conocido modelos de conducta deshonesta. Los niños vivencian su entorno tan intensamente, que situaciones "indigestas" de orden anímico pueden repercutir de inmediato en el cuerpo, una vez excedida determinada medida. Si entonces los dolores existentes se utilizan más o menos conscientemente para conseguir algo, depende totalmen-

te del entorno en el cual se desarrollan estos problemas. Pero de ningún modo son moralmente evaluables.

8. Dolores al moverse

Las causas y formas de manifestación son tan diversas, que es poco lo que podemos transmitir que tenga validez general. Aparte de la cuestión si hubo un accidente previo o los dolores aparecieron en forma espontánea, lo decisivo es que los padres intenten hacerse una imagen tan completa como sea posible de la historia previa al hecho. Antes de la consulta médica también habría que medir la temperatura. Resulta importante observar la aparición nueva o transitoria de edemas o recalentamientos locales en zonas de dolor. El tipo y momento en que se producen estos síntomas pueden ser datos útiles para el médico que realice una revisación posterior. Porque estos síntomas muchas veces corresponden a graves afecciones fundamentales como reumatismo, osteomielitis y otras. Aquí no se tratan estas enfermedades, porque de todos modos requieren una exhaustiva revisación médica y, además, afortunadamente no forman parte de las afecciones frecuentes.

A Fractura de clavícula del recién nacido

Un recién nacido que reacciona con dolor al cambiarlo de posición o al moverle los hombros, no es infrecuente que haya sufrido fractura de clavícula durante el parto. El cuadro puede inicialmente pasar inadvertido durante la revisación médica, pero más adelante se pone claramente de manifiesto por una hinchazón en la zona de la curación. El hueso siempre se vuelve a unir por sí solo, y los trastornos ceden a los pocos días. Se cuidará de cambiar la postura del bebé, para que la cabecita no se deforme. Si aparte hay tortícolis, se recomienda leer el capítulo sobre la postura del lactante (pág. 205).

B Niños pequeños que cojean

Antes de consultar al médico tendría uno mismo que mirar detenidamente los pies del niño pequeño. Quizás así se encuentre una callosidad, piel dura o una lesión en el pie, acaso un clavo o algo parecido que se haya introducido a través de la suela del zapato. ¿Quizás también haya un caso de renguera en el entorno? También dolores musculares como secuela de un esfuerzo desacostumbrado pueden ser causas de un renguera pasajera.

9. Otros problemas

A Fimosis

El 70% de todos los varones padecen fimosis al nacer, quiere decir que no es posible retraer el prepucio por encima del glande. Sin tratamiento alguno, según una estadística danesa, en la pubertad sólo alcanzan al 4%. Por lo tanto, en la gran mayoría de los casos primeramente se puede esperar. Las excepciones conforman los casos de niños que una y otra vez presentan postitis (inflamación del prepucio) dolorosa, que entonces a su vez conduce a un estrechamiento cicatrizal. Asimismo, por la distensión inapropiada o por ligeros estados crónicos de irritación del prepucio, puede producirse también un estrechamiento cicatrizal. En estos casos se recomienda acortar quirúrgicamente el prepucio (circuncisión), con anestesia total. Con respecto a los detalles del procedimiento debe consultarse al cirujano o al urólogo experimentado con niños.

Puede ser de utilidad la inspección de los genitales realizada por la madre. Por medio de ella podrá notar si el niño tiene una piel prepucial elástica que permite la fácil retracción, o si por el contrario es tensa, si el extremo distal del pene es muy agudo y el orificio uretral es reducido o puntiforme.

En el primer caso, con tranquilidad puede esperar a que el niño sea más grande, para que él solo aprenda a higienizarse. En el segundo caso, durante el baño, una vez que la piel se encuentre ablandada por acción del agua, la madre en varias oportunidades puede ir retrayendo la piel cuidadosamente hasta que el orificio permita la exposición del glande, colocando vaselina en la zona para que los tejidos no vuelvan a adosarse, al final de cada intento. Luego podrá repetirse una vez por semana hasta el año de edad, aproximadamente.

Las aglutinaciones parciales del prepucio con el glande pueden conducir a la retención de esmegma y finalmente a la inflamación purulenta. En este cuadro muchas veces el sector adherido del prepucio se desprende por

sí mismo o lo hace el médico mediante una sonda abotonada. Pero tales aglutinaciones también pueden perdurar durante años sin trastorno alguno, por lo que entonces no hay motivo para la intervención. La limpieza regular del glande se recomienda recién en el período de pubertad o cuando se forma una cantidad considerable de esmegma.

Ocasionales erecciones con o sin fimosis ya se producen desde el período de lactancia. A veces los niños manifiestan dolor o sensaciones de tensión, que originariamente no guardan relación con la masturbación (véase pág. 438). Aparecen particularmente de mañana durante el sueño.

B Hidrocele

Con esta denominación se conoce una bolsa llena de líquido al costado o por arriba del testículo. Al descender la glándula germinal desde la cavidad abdominal a través del conducto inguinal hasta el escroto, el testículo arrastra el peritoneo, vale decir, el delgado revestimiento de la cavidad abdominal. Dentro de este envoltorio también puede ascender o descender en los llamados testículos pendulares. Antes de que esta prominencia termine de adherirse totalmente, todavía pueden conservarse restos en forma de ampollas, que entonces por un estímulo cualquiera se llena de líquido.

En el período de lactancia estos "hidroceles" por lo general desaparecen por sí mismos, razón por la que en general habría que dejarlos estar, pero teniendo la precaución de no apretarlos durante el cambio de pañal. Si perduran, serán operados en la primera infancia, particularmente si al mismo tiempo existe una hernia inguinal.

C Posición alta de los testículos

Cuando en el escroto no es posible palpar el testículo, se habla de posición elevada de testículo.

Cuando durante el baño caliente un testículo desciende al escroto y sólo vuelve a subir con frío o durante el lavado, se trata de un llamado *testículo pendular*, que no requiere intervención quirúrgica. Todas las demás formas requieren la evaluación del médico.

Son muchos los pediatras y cirujanos que recomiendan un tratamiento hormonal previo a la operación. Esta terapia produce una activación hormonal de los órganos de procreación, similar a la que el propio organismo inicia en la prepubertad. De allí que este tratamiento también es acompañado por modificaciones anímicas, que pueden conducir a alteraciones agresivas al ser. Si bien se estimula el descenso de los testículos al escroto (cuando no lo impiden motivos de orden mecánico, como recesos en el tejido), muchas veces este descenso es de poca duración. Se afloja todo el tejido, hecho que algunos cirujanos consideran positivo con miras a una eventual operación. Generalmente el pene aumenta algo de tamaño, en cuyo caso luego del tratamiento ya no vuelve a sus dimensiones anteriores. Nosotros no recomendamos este tipo de tratamiento, por tratarse de una intervención innecesaria en la regulación hormonal, con efectos secundarios para el estado corporal y anímico del niño. En su lugar, antes de la operación se puede intentar un tratamiento constitucional con medicamentos antroposóficos u homeopáticos. Cuando estos no tienen éxito, actualmente resultan importantes para la operación los siguientes puntos de vista. En base a experimentos con animales, análisis de semen y de tejidos provenientes de testículos humanos en ocasión de una operación, los cirujanos pediatras consideran que toda auténtica posición alta de testículos debería ser operada antes de los dos años de edad. Suponen que de lo contrario existe el riesgo de una posterior hipofunción que, en caso de posición alta unilateral, también podría afectar el otro testículo, ya descendido. Por otro lado, en ciertas circunstancias, una operación prematura puede significar una intervención esencialmente más profunda en la estructura corporal-anímica del niño, y también tener sus secuelas. Los citados estudios tampoco permiten predecir la eficacia de la operación en cada individuo. Es por ello que según cada caso y en base al criterio individual, también habría que poder desviarse de las recomendaciones generales. Con esta restricción, por regla general recomendamos la operación, siempre que el tratamiento constitucional en el segundo año de vida haya sido infructuoso. Hemos hecho muy buenas experiencias con esta intervención, *sin* aflojamiento previo del tejido a causa del tratamiento hormonal.

10. Algunos comentarios sobre primeros auxilios y prevención de accidentes

Los accidentes en la primera infancia por lo general no ocurren por des-

cuido del niño, sino porque se entrega a su afán de exploración, sin poder diferenciar todavía lo peligroso de lo inofensivo. La presencia de un adulto que domine objetivamente la situación, hará que el niño, sorprendido y a veces en estado de shock, vuelva más rápidamente en sí. Por lo tanto, la acción rápida y una actitud serena constituyen las premisas más importantes para poder ayudarle con eficacia. Los reproches o exageradas manifestaciones de compasión le hacen más difícil superar el trance. Tampoco corresponden en la situación aguda ni cuando el niño mayor haya actuado con negligencia o hasta con premeditación.

A Falta repentina de aire, peligro de asfixia
Por ejemplo:

1. Cuando el vómito se introduce en la tráquea (la llamada aspiración). En general esto sólo ocurre en el lactante pequeño o en niños con obnubilación.
2. Cuando "traga" fragmentos de juguetes o pedacitos de nuez, vale decir cuando estos se introducen en la tráquea en lugar de la faringe; rara vez también en lactantes, cuando son "alimentados" por sus hermanos.

Tratamiento:

Cuando el niño se pone de color azulado y es evidente que ya no puede respirar, se lo coloca cuanto antes cabeza abajo en posición vertical, tratando de presionar bruscamente con golpes sobre el tórax. Cuerpos extraños esféricos pueden ser expulsados así hacia el exterior. Si no hay mejoría entonces, el niño deberá ser transportado de inmediato al hospital (véase pág. 81). Aun cuando el niño se haya tranquilizado luego de algunos ataques de tos, pero todavía se escuche un murmullo respiratorio secundario, o bien si después de varias horas todavía persiste una respiración más profunda que la habitual, es imprescindible que el niño sea llevado a un hospital en que pueda realizarse una broncoscopía.

Prevención:

A niños pequeños sólo deben dárseles nueces molidas, y sólo bolitas grandes para jugar y ningún juguete de tamaño pequeño o al que pueda mordérsele una parte. Tampoco es conveniente hacer demasiado alboroto

o bromas durante las comidas. Si el niño pequeño se atraganta, puede llegar a ser peligroso.

Por otra parte, habría que saber que niños pequeños pueden estrangularse por descuido mediante una soga, cordón o cadena. ¡Cuidado con las bolsas de polietileno! no las deje en la cuna o el corralito al alcance del bebé. En este sentido habrá que tener mucha precaución al crear el entorno del niño y su vestimenta.

B El niño ahogado

Dejar que el agua se escurra, colocando al niño brevemente de manera que la cabeza esté más abajo que el resto del cuerpo; pero si la respiración espontánea no vuelve prontamente, no perder tiempo sino proceder de inmediato a la respiración boca a boca y procurar cuanto antes la inhalación de oxígeno. Pueden hacerse masajes en el corazón, cuya técnica debe aprenderse minuciosamente en un curso de primeros auxilios.

C Conducta en accidentes de tránsito

1. Si el herido todavía respira, habla o se mueve, acostarlo bien abrigado sobre un costado, quedándose con él hasta que llegue el auxilio. Por lo general se presenta palidez y vómito por shock.
2. Si el herido está inconsciente pero respira todavía, dejarlo acostado donde esté, hasta la llegada de ayuda experta. Mantenerlo abrigado en el lugar del accidente y hacer lo posible por quedarse con él.
3. Si el herido no respira se le hace inmediatamente respiración boca a boca. Si tampoco se palpa el pulso ni los latidos del corazón, se realizarán además masajes cardíacos en la medida en que se domine esta técnica.

Hemorragias a chorros o que fluyen deben presionarse con telas lo más limpias posible, pero no hay que ligarlas. Hemorragias pequeñas se detienen espontáneamente.

Partes muy doloridas del cuerpo: dejarlas en la posición en que se encuentren, particularmente ante dolor de espalda. Un cambio de posición puede ser perjudicial.

En casos más benignos se invita al niño a movilizar todas sus articulaciones, ayudándole con cuidado. Esta manera es la más eficaz para detectar rápidamente cualquier lesión.

En todos los casos descritos se procurará un inmediato translado hacia la unidad de primeros auxilios más próxima.

D Estado de colapso

Por el hecho de estar de pie durante períodos prolongados, respirar aire viciado, en infecciones gripales, por dolor o por ver sangre, pueden producirse desmayos. Acostar a la persona inconsciente en el suelo, aflojando prendas de vestir y cinturones ajustados y elevando las piernas. Si es posible colocar un pañuelo perfumado debajo de la nariz o friccionar la cabeza con agua fresca. En hileras angostas de sillas se deja al desmayado en su lugar, inclinando su tórax hacia adelante y bajándole la cabeza todo lo que fuera posible (gracias a esta presión del abdomen, la sangre fluye hacia el corazón y retorna a la cabeza). Recién al cabo de algunos minutos es posible acompañar al paciente entre dos personas hacia el exterior de la sala.

E Intoxicaciones

En casos de somnolencia inusual o excitación ¡siempre habrá que pensar en una intoxicación! Ante una sospecha en este sentido, se transporta al paciente cuanto antes al hospital o por lo menos se llama al médico. También puede consultarse directamente por teléfono a una de las instituciones asesoras para intoxicaciones con que cuentan las ciudades importantes.

En todos los casos se intenta localizar en el entorno algún envase vacío o empezado de medicamentos, botellas con solventes, alcohol y similares. Este material probatorio y algo de la sustancia del vómito o eventuales fragmentos de plantas deben llevarse al hospital.

En caso de ácidos o lejías ingeridas por error, no debe provocarse el vómito, ya que entonces el líquido cáustico perjudicaría por segunda vez el esófago. Esto también rige para tinturas, barnices, pesticidas, nafta, solvente y una serie de detergentes cáusticos. En estos casos se da a beber *abundante agua* para diluir a aquellos. En el caso de píldoras o alcohol y

todos los venenos no cáusticos, se provoca el vómito cuanto antes. Si no es posible llegar de inmediato al hospital más próximo, habrá que intentar hacerlo en la casa. Para ello se recomienda proceder en el siguiente orden:

1. Dar para beber abundante agua (1/2 a 1 litro), si es posible mejorar el sabor con el agregado de jugo de frutas.
2. Para provocar el vómito en niños pequeños, acostarlos boca abajo sobre la falda, los más grandes colocarlos en posición lateral.
3. Apretar con la mano las mejillas entre las mandíbulas, mientras con el dedo índice de la otra se roza el paladar y el anillo faríngeo; o bien introducir el mango de una cuchara en la garganta, hasta provocar el vómito.

Lesiones oftálmicas por cáusticos debidas a lejías o ácidos (por ejemplo salpicaduras de cal): como primera medida enjuagar bajo el chorro de agua durante diez minutos manteniendo bien abierta la hendidura palpebral. Después rápidamente trasladar al niño al hospital.

Caustificaciones *cutáneas* por ácido concentrado: en este caso primeramente secar con sumo cuidado, luego se enjuaga minuciosamente bajo el chorro de agua y se hace un último lavado con leche o con jabón. A continuación el tratamiento es el mismo que el de las quemaduras cutáneas.

Prevención: ¡Todo líquido peligroso, veneno o medicamento debe guardarse bien cerrado y fuera del alcance de los niños!

F Escaldaduras y quemaduras

De inmediato verter agua fría encima de las partes afectadas del cuerpo y continuar echándoles agua o sumergiéndolas durante varios minutos, hasta que ceda el dolor. Recién entonces desvestir al niño y controlar dónde se han producido daños. Con suerte y si uno ha procedido con premura, también es posible prevenir las secuelas de una escaldadura —como la formación de ampollas o la destrucción de tejido (necrosis)—, gracias a la facilidad con que se escurre el agua, aun a través de la ropa y dentro del calzado.

En quemaduras que excendan el 5% de la superficie total del cuerpo, en la infancia se requerirá la internación hospitalaria, ya que en el transcurso

de los próximos días pueden producirse perturbaciones generales. (Como orientación sea dicho que la palma de la mano del niño corresponde aproximadamente al 1% de su superficie corporal.) Una vez formadas las ampollas, primeramente se las cubre con una tela limpia, si es posible esterilizada. El médico tomará la decisión con respecto al tratamiento a seguir. Quemaduras más pequeñas son tratadas en forma casera, manteniendo la herida permanentemente húmeda con agua fresca (la acción todavía puede mejorarse con el aditivo de *tintura compuesta de Arnica al 2,5%* y *Urtica urens al 47,5%*, aproximadamente una cucharada sopera en 150 ml de agua).

G Heridas pequeñas, accidentes e imprevistos

a) La caída de la cama o del cambiador:

¿Qué hacer cuando el bebé va rodando de la cama de la madre y cae al piso alfombrado? Llora de inmediato, no vomita, al palpar la cabecita –en el acto y al cabo de media hora– no se perciben superficies hinchadas planas ni chichones en el ámbito cefálico. Una vez superado el susto, el bebé vuelve a estar contento: en este caso no es imprescindible la consulta médica. Por el contrario, si la caída se produce del cambiador, de la sillita alta o de un banco, golpeando con la cabeza sobre baldosas u otro piso duro, como medida preventiva, estos niños deberían ser vistos por el médico. Pero si aparece pérdida del conocimiento, vómito y una hinchazón plana, en forma de almohada, en el ámbito cefálico, sin pérdida de tiempo habría que llevar al niño al hospital más próximo.

b) Contusión, machucón:

Presionar de inmediato con el puño, trocitos de hielo o un paño mojado en agua fría durante cinco minutos sobre el lugar afectado. Una uña machucada debe permanecer tres a cinco minutos bajo el chorro de agua fría.

c) Hemorragia nasal:

Dejar al niño sentado en una silla, erguido, con la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante y apretar fuertemente ambas aletas nasales entre

sí, en la región en que no lo impida el hueso. Soltar al cabo de cinco minutos (¡por reloj!), hacer que el niño se suene la nariz y esperar si se reinicia la hemorragia. Al inclinar la cabeza hacia atrás –tal como erróneamente ocurre con frecuencia– no se sabrá qué cantidad de sangre se escurre a través de la faringe, por lo que el proceso queda fuera de control. Si la hemorragia no se ha detenido dentro de diez minutos, es imprescindible concurrir al médico. Esto también rige si la hemorragia fuera causada por una caída sobre la nariz, si el dorso de la nariz se hincha notablemente o si aparece una deformación de la nariz.

d) Dientes totalmente arrancados:

Concurrir de inmediato al dentista con el niño, *llevando el diente.*

e) Lesiones leves:

Pequeñas heridas sangrantes: primeramente deben sangrar un poco, luego se vendan con un apósito adhesivo o gasa esterilizada.

La *rodilla excoriada* debe limpiarse cuidadosamente con agua hervida, con la ayuda de una gasa esterilizada o una tela planchada. Previamente habrá que lavar minuciosamente las propias manos y secarlas con una toalla limpia. Si es posible, dejar secar la herida al aire y a continuación cubrirla con una gruesa capa de polvo cicatrizante. Para proteger la herida de la vestimenta o de una nueva lesión, por lo general se necesita un vendaje. Alcanza con cambiarlo dos a tres veces por semana, siempre que no haya filtrado la supuración, comience a oler, lastime o aparezcan síntomas de inflamación.

Heridas con tendencia a *segregar suero* también se tratan con polvo cicatrizante; aquellas con gran tendencia a segregar se cubren transitoriamente con una gruesa capa de pomada cicatrizante, para evitar que la herida se pegue a la venda.

Astillas, espinas y garrapatas siempre deberán ser prontamente extraídas de la piel. En el caso de las garrapatas se recomienda echar una gota de aceite sobre la garrapata, y al cabo de una breve espera girarla en el sentido contrario al del reloj, mediante una fuerte presión con un copo de algodón. Si esta extracción no se logra completamente, debe recurrirse al médico.

En *heridas* muy *abiertas o punzantes,* o *mordeduras de animales* y especialmente *humanas,* es fundamental que luego de detener la primera hemorragia se concurra de inmediato al médico.

En *picaduras de insectos* en el ámbito bucal posterior o faríngeo se administran bebidas frías o helados y se concurre de inmediato al médico.

f) La *profilaxis con suero antitetánico* se indica en niños no vacunados que presenten heridas sucias, o bien cuando un niño ha sido picado por un insecto que tiene constante contacto con la tierra, como por ejemplo la avispa. Para más detalles se recomienda consultar el capítulo dedicado a la vacunación antitetánica (pág. 156).

g) Después de haber *tragado cuerpos extraños,* como por ejemplo bolitas, monedas, agujas y otros, en los días siguientes habría que buscarlos detenidamente en la materia fecal, disolviéndola con un poco de agua. En el caso de objetos metálicos y por la aparición de trastornos, ocasionalmente puede ser necesaria una radiografía.

h) En el *accidente* que ocurre en la *escuela o el jardín de infantes,* es importante que el adulto que ha sido testigo de lo ocurrido se mantenga sereno y objetivo, sin formular reproches. Tal dominio de sí mismo es percibido como muy grato por el niño y al mismo tiempo sirve como ejemplo.

11. Dolores anímicos

Hay niños que lloran desconsoladamente o tienen miedo al darse cuenta de que los padres se proponen salir a la noche. Otros niños son testigos de injusticias y castigos o hasta se convierten ellos mismos en objeto de litigio entre los padres, como por ejemplo en una situación de divorcio. Otros a su vez perciben cómo en el jardín de infantes o la escuela se convierten en marginados al no ser integrados en las relaciones amistosas o grupos ya existentes. Ellos hasta pueden sentirse expuestos a verdaderas torturas por parte de tales grupos. También las burlas por vestimenta, aspecto o incapacidades pertenecen a este tipo de sufrimiento. En los niños mayores pueden aparecer tormentos de conciencia, sentimientos de

pudor, una tristeza insondable, desesperanza y estados de desconsolación. Todas estas experiencias deben considerarse como dolor *anímico.* Es vivenciado por niños de todas las edades, y con él comienza una parte de la propia biografía, que como una sombra acompaña todas las experiencias alegres y positivas. Y este dolor siempre remite a la separación de algo. El alma es impedida de integrarse armónicamente en el entorno, de abrirse con alegría a los seres humanos ligados a ella. En la infancia, el dolor tiene una profundidad mucho mayor que en el adulto, que ocasionalmente suele creer que los niños no tienen problemas reales. Pero el adulto está en condiciones de poder distanciarse de los problemas, de reflexionar sobre ellos, de superarlos. ¡A diferencia de los niños! Según la edad, están más o menos expuestos a los acontecimientos, y su pesar es de una vehemencia totalmente diferente, ya que en realidad no pueden entender su causa, ni comprenderlo, ni liberarse de él. En primer lugar sólo les alivia el olvido o la distracción del problema. Cuando son mayores, la conversación con el adulto se sitúa en el primer plano. Entonces dependerá mucho de la actitud de este frente al hecho.

En este caso sin duda no será de gran provecho la manifestación unilateral de compasión o el reproche con respecto al acontecimiento que desencadenó el dolor; pero sí será eficaz que el adulto dé a entender al niño —con o sin palabras—, que ha percibido su profundo dolor y lo toma muy en serio. En este contexto compárese también el capítulo sobre niños con enfermedades crónicas.

Antes de cumplir la primera década de edad, el niño todavía no está en condiciones de elaborar conscientemente la angustia anímica. Pero si vivencia que el adulto acepta su problema, lo maneja y no lo reprime, entonces tendrá la vaga sensación de que su pesar sí tiene algún sentido y al mismo tiempo representa un desafío. Siente que, si bien tales cosas graves pueden ocurrir, se encuentran reservadas dentro de un mayor aliento vital; y que aun vivencias negativas, al poder ser elaboradas, más adelante tienen consecuencias positivas. Si un niño angustiado vive la experiencia de observar a un adulto que ha luchado hasta conseguir una profunda confianza en los designios providenciales, entonces consciente o inconscientemente en el alma del niño se implantará el ansia de llegar él también a ser como aquel. Con mayor facilidad aprenderá más adelante a transformar su actitud temerosa frente al mundo. También aquí rige lo que ya hemos notado en el enfrentamiento con el dolor físico: es tarea del adulto recibir en su

conciencia —en lugar del niño— la parte de la carga de la que este todavía no puede hacerse cargo, dominarla y elaborarla. En última instancia, la panacea universal para todo dolor anímico es el interés cálido y verdadero en el ser afectado, vale decir el amor.

II LA FIEBRE Y SU TERAPEUTICA

1. Ejemplos típicos

1.1. El niño de cuatro años durante todo el día había estado jugando afuera. Por la noche, al quitarle la madre el saco, se da cuenta de que su hijo está algo pálido y tiene las manos frías. A la hora de la cena come poco y excepcionalmente va a la cama de buen grado. Hacia las 21 horas duerme algo inquieto y se revuelca entre las cobijas. A las 23 horas, al volver los padres para controlarlo, sienten que está "hirviendo". Hasta habla durante el sueño, pero se despierta rápidamente y se sorprende porque los padres le permiten acostarse en la cama grande y fresca de ellos. El termómetro asciende a 40 grados. Algunas preguntas de los padres son contestadas de manera diferente a la habitual, como si ya fuera algo mayor y más maduro. La voz es dulce, pero más tenue y algo temblorosa. Los padres ya conocen esta situación, como también saben que el niño delira con facilidad. Se suceden los procedimientos habituales: compresas frías en las pantorrillas, algo de té. Luego se acuestan. El niño se duerme de inmediato. En el mejor de los casos, a la mañana la fiebre se ha sosegado y vuelto a descender.

1.2. Otro niño durante el día ya no se había sentido bien, lloriqueaba, sentía frío y finalmente vomitó el almuerzo que había comido sin ganas horas antes. Ahora le duele la cabeza y el vientre y él mismo pide la bolsa de agua caliente sobre el abdomen. Este niño luego quizás duerma un poco y a continuación tendrá 38,5° de fiebre. Ahora ya no tiene frío y se siente algo mejor. Acepta algunos sorbos de la infusión de hierbas que se le ofrece, pero no desea más. Al día siguiente la fiebre asciende a 39°. Luego,

en presencia del médico, la madre recuerda que desde hacía tres días su hijo ya no estaba del todo bien y algo lloró. Se observa una ligera inflamación en la garganta y se procede a comprar el remedio indicado por el médico. No se le dan ni medicamentos antipiréticos (antifebriles) ni antibióticos. La fiebre todavía se mantiene dos días más. A la semana siguiente el niño ya puede volver al jardín de infantes (véase también Infecciones gripales, pág. 73).

1.3. Otro niño había estado tosiendo en forma creciente durante dos días; al tercer día ascendió bruscamente la temperatura. Está disneico y sus labios presentan un color algo azulado, las aletas nasales se mueven al compás de la respiración. El médico que concurre ausculta al niño, conversa con los padres sobre la enfermedad y les da sus indicaciones. Su evaluación del pronóstico de la enfermedad en este caso es favorable; viene diariamente para auscultar al niño y se maneja sin medicamentos antifebriles ni antibióticos. La fiebre todavía se mantiene entre dos y cinco días. Finalmente el niño expulsa gran cantidad de flema. Luego, el pequeño paciente se recupera aceleradamente. Esta enfermedad permanece en la memoria del niño como un acontecimiento particular en su vida. Los padres se sienten bastante agotados a raíz de la gran cantidad de fomentos torácicos y de pantorrillas que debieron hacer aparte de la terapia medicamentosa. En la ficha médica figura como diagnóstico: bronconeumonía; vale decir, pulmonía que afecta a los bronquios (véase también pág. 85).

1.4. Otro niño repentinamente tiene cólicos abdominales a intervalos regulares. Luego comienza a vomitar y esto se repite hasta que al cabo de un día una fiebre muy alta reemplaza esta situación. Ahora retiene la infusión de hierbas con glucosa y mejora algo de ánimo. Se trataba de una infección gripal con vómitos acetonémicos (véase pág. 96).

Los ejemplos citados nos han puesto en evidencia algunos episodios febriles típicos; otros dos se encuentran en la pág. 65. Ahora bien, ¿qué pueden hacer los padres? Por de pronto se requiere cierta seguridad en la evaluación de los estados febriles. La certeza es una cuestión de experien-

cia, de conocimiento y de confianza. En ausencia de seguridad, se produce temor, que siempre es negativo para el niño. Es por ello que el que no se siente seguro debería recurrir al asesoramiento facultativo. Una de las vivencias que brindan mayores satisfacciones, en la actividad del médico pediatra, es ver cómo al transcurrir el tiempo crece la seguridad de los padres, por lo que requieren su consejo cada vez con menor frecuencia. A continuación resumiremos las referencias y las reglas prácticas más importantes para el tratamiento de estados febriles.

2. Evaluación y terapéutica general

Lo más eficaz que el organismo infantil puede hacer para superar una enfermedad es reaccionar con fiebre. La elevación de la temperatura corporal permite acelerar todos los procesos metabólicos, lo que no sólo sirve para la eliminación de bacterias y virus*, sino que también ayuda al alma a remodelar y reordenar algo dentro de su cuerpo. Siempre se trata al niño y no al síntoma. No existe un esquema terapéutico válido para todos los episodios.

2.1. Si un niño no es como suele ser habitualmente, si "hay algo que no nos gusta", habrá que observarlo más detenidamente: sus movimientos, ojos, mímica, aletas nasales y respiración. Se palpa la temperatura en la frente, la nuca, abdomen y extremidades; se explora el vientre. Se mide la fiebre en el recto durante uno a dos minutos, ante dolores de vientre también en la axila (cinco minutos). Si se desconoce la situación observada o hay motivos para la preocupación, se llamará al médico. Este hará algunas preguntas adicionales (por ejemplo apetito, vómitos, deposiciones).

* En los últimos años han aparecido cada vez más trabajos sobre la función fisiológica de la fiebre, favoreciendo la salud y contrarrestando la enfermedad. También se han hecho experimentos con animales y se ha comprobado que cada virus y cada bacteria necesita una temperatura óptima para su proliferación y para causar daño al organismo. Asimismo hay también un grado óptimo de fiebre (generalmente entre 39° y 40°C) que es el mejor para impedir la proliferación y matar los virus y bacterias. Compare a este respecto los trabajos de Fr. Jauck, en la Revista de Medicina General, cuaderno N° 3 - 1985 y H. Hensel, en "Tempo Medical" N° 5, Marzo 1985.

2.2. Si la piel en las extremidades se encuentra fresca —particularmente en las pantorrillas— y el termómetro indica por ejemplo 38,5°, se puede estar seguro de que la temperatura aumentará aún más, ya que esto significa que el cuerpo todavía no puede derivar calor hacia la periferia. Las pantorrillas y los pies recién se calientan mucho una vez que se haya detenido el aumento de la fiebre y el cuerpo por sí mismo intente desprenderse del calor. Hasta entonces ¡no habrá que hacer fomentos fríos en las pantorrillas! Mientras tanto, el niño será bien arropado y cubierto y se le ofrecerá un poco de infusión de hierbas caliente.

2.3. Si se siente que la piel de las pantorrillas está caliente, en temperaturas superiores a los 39° se indican envolturas frías en las pantorrillas. Este procedimiento apoya al cuerpo en su intento por desprenderse, a través de la piel, del exceso de calor (descripción en el Apéndice, pág. 483).

Se indican lavados con un paño o esponja con agua fresca, siempre que le resulten gratas al niño. Además, ahora hay que cuidar que no se produzca acumulación de calor. El niño deberá estar suficientemente cubierto, aunque no tanto como durante el aumento de fiebre.

2.4. *En fiebre superior a los 40°, con piel fresca, como también ante un ataque convulsivo, siempre debe llamarse al médico. Si no se consigue dar con él, se administra un supositorio antipirético y —previa consulta telefónica— se concurre al hospital.*

2.5. Durante el ascenso de la fiebre, los niños se sienten mal y vomitan con facilidad. Muchas veces tienen dolor de cabeza o vientre, que cede una vez que la fiebre ha alcanzado su punto máximo. Por lo tanto no habría que instarlos a aceptar comida, a lo sumo darles algo de infusión de hierbas caliente si lo piden.

2.6. Alimentación en presencia de fiebre alta sin diarrea: mucho líquido (infusión de hierbas o leche mezclada con agua por partes iguales, con un poco de azúcar, eventualmente diluida con un jugo cítrico, tibio

o fresco), dieta liviana sin papa, poca grasa y proteína. Tampoco nueces, chocolate o similares. En esta fase el niño no puede aumentar de peso. Lo que pierde, lo recuperará rápidamente una vez superada la enfermedad.

3. ¿Las convulsiones febriles son peligrosas?

Para este tema daremos dos ejemplos:

3.1. Un niño juega afuera como siempre. Quizás ese día haya virado el viento o haya estado demasiado desabrigado. En el camino de regreso repentinamente se pone pálido, pierde el conocimiento y queda rígido. La madre preocupada observa algunos movimientos de chasquido que hace con la boca, lo alza y lo lleva rápidamente a la casa. Aquí el niño se distiende, pero todavía conserva la palidez llamativa. Luego vuelve en sí. Parece sentir frío y cálidamente envuelto y cubierto, en seguida se duerme en su cama. La madre llama al médico y le informa que su hijo estaba frío al tacto, de manera que no podría tener fiebre. Pero siguiendo el consejo del médico de cabecera, le toma la temperatura y se sorprende ante los 39° (véase pág. 64). El médico encuentra al niño dormido y, luego de la revisación, opina que por el momento no hay nada serio que esperar y opta por dejarlo dormir. Por si acaso deja indicado un medicamento específico para el caso de una (infrecuente) repetición de la convulsión. De haberse encontrado ante una meningitis, habría dispuesto la internación hospitalaria. En este caso sólo habla de "convulsión febril" y desea volver a ver al niño al día siguiente.

Unas dos semanas más tarde indica un electroencefalograma. En el momento de la convulsión el niño probablemente haya tenido sólo 38 - 38,5° de temperatura.

3.2. Otro niño teniendo ya más de 40° de fiebre comienza repentinamente a tener movimientos convulsivos en la cara. Si el espasmo no cede en menos de 5 minutos, o si la coloración del niño es azulada, debe ser trasladado cuanto antes al hospital.

En la gran mayoría de los casos la convulsión febril no reviste gravedad (véase también pág. 70). Sólo en dos de cada cien niños que alguna vez

han tenido una convulsión febril, esta es el primer síntoma de una posterior enfermedad por ataques. Muchos padres creen que una enfermedad que se manifiesta en forma de ataques podría ser desencadenada por una convulsión febril. Sin duda alguna esto es un error. Antes bien, ante la disposición a una enfermedad por ataques, en ocasiones esta se anuncia inicialmente a través de una convulsión febril. Con lo cual queda en claro que mediante medicamentos antifebriles en ningún caso se puede prevenir una posterior enfermedad por ataques. La manifestación de tal enfermedad no guarda relación alguna con las infecciones febriles de la infancia. En consecuencia, tanto para niños que tienden a convulsiones febriles, como también para los que padecen una enfermedad en forma de ataques, recomendamos una terapia preventiva acorde con la respectiva constitución del paciente. Ni siquiera empleamos supositorios ni tabletas antifebriles en todos los casos afectados por ataques. La convulsión febril es un acontecimiento frecuente en los primeros años de vida, debido a que el cerebro infantil —por su inmadurez— todavía reacciona con mayor sensibilidad a los ascensos de temperatura que más adelante (de allí que se hable del umbral de convulsión más bajo en la infancia). A ello también se debe que inmediatamente después de una convulsión febril el electroencefalograma puede reflejar alteraciones patológicas leves hasta medianas, las que, sin embargo, involucionan totalmente en el término de 14 días. Para niños con esta convulsión febril simple recomendamos el siguiente proceder en casos de infecciones febriles:

a) prestar atención a que siempre estén bien abrigados (para que la fase de la sensación de frío que acompaña el aumento de fiebre no transcurra bruscamente);

b) influir sobre la capacidad de reacción del organismo mediante el respectivo medicamento constitucional, de procedencia antroposófica u homeopática (compárese con pág. 21);

c) ante fiebre alta, no intranquilizar o preocupar al paciente con cualquier medida, sino empezar por refrescar con un paño mojado la cabeza, que es la primera parte que comienza a calentarse. Por lo demás, rige lo dicho en el Capítulo 2.

4. Conceptos antroposóficos con respecto a la fiebre

Si queremos comprender la fiebre, debemos observarla en relación con las demás formas de expresión del calor. Aquí el calor demuestra ser no solamente algo que puede ser "medido" con el termómetro, sino que también es expresión de actividad anímica y espiritual. Percibimos cierta "calidez" al contemplar una persona amada. De la misma manera, al "chispazo" de una idea y en el entusiasmo por un ideal, el calor puede hacerse sentir hasta en la punta de los pies. También en la ira o cuando nos avergonzamos puede el calor y el rubor invadirnos espontáneamente el rostro, aun en contra de nuestra voluntad. El susto o el miedo y hasta ante presencia de odio, envidia, disconformidad y preocupación, prácticamente se "congela" la circulación sanguínea en las arterias. En ciertas circunstancias quedamos "helados" y pálidos. Hablamos de un "ambiente glacial", de una "amabilidad tibia" y del "calor humano" con el que se nos acerca alguien interesado y comunicativo.

Nuestra potencialidad física y espiritual depende de un estado óptimo de calor de aproximadamente 37°, que el cuerpo mantiene gracias a su capacidad de termorregulación. Al transpirar nos despojamos del exceso de calor, así como en el frío intentamos aumentar nuestra temperatura mediante el temblor muscular y el castañeteo de los dientes. No somos capaces de concentrarnos para pensar y actuar mientras sentimos frío o transpiramos.

También en la naturaleza todos los procesos están determinados por cierto grado de calor, que determina si una materia es por ejemplo sólida, líquida o gaseosa. Sólo el calor compenetra todos los ámbitos existenciales y puede dar lugar a la transición de un estado de agregación a otro. En el organismo humano, el calor regulado por la circulación sanguínea coopera decididamente en la determinación de los procesos metabólicos. De la existencia de un ámbito térmico adecuado depende si algo "continúa fluyendo", se "deposita", si una sustancia es eliminada por exhalación o por combustión.

Contemplado de este modo, el calor no sólo es expresión de nuestras actividades corporales y anímicas, sino también su mediador. Las emociones son capaces de provocar un aumento de la circulación sanguínea. A la inversa, el calor resultante de los procesos metabólicos puede elevar la capacidad de rendimiento. Podemos considerar la totalidad de los procesos térmicos, tanto físicos como anímicos, como "organismo térmico",

porque en ellos existe una acción recíproca y una compenetración como en el organismo viviente. La naturaleza uniforme del calor –vivenciado anímica y físicamente por el Yo– hace que por el calor pueda sentirse como una integridad compacta. El calor corporal, anímico y espiritual le permite actuar en estas tres regiones. Es por ello también que podemos decir que el organismo térmico es portador de la naturaleza del Yo del hombre (R. Steiner). Como toda enfermedad también es acompañada por una alteración del organismo térmico, el Yo siempre es afectado y "comprometido" directamente.

La fiebre es una modificación de la estructura térmica, que transcurre en forma de crisis y puede ser provocada por las causas más diversas. En niños son las fiestas de cumpleaños, los viajes prolongados, un frente de tormenta, un enfriamiento previo, la erupción de un diente o un "agente patógeno". Todo ello puede –aunque no necesariamente debe– conducir a la fiebre. Por otra parte existen características individuales: el niño que "nunca" tiene fiebre, el que tiene prolongados accesos de fiebre ligera, el niño con ataques breves, altamente febriles. Existen familias enteras cuyos niños sin excepción son los primeros en caer "aplastados", mientras los compañeritos todavía juegan en los charcos. Más adelante intercambian los roles, y alguna vez el que ha enfermado más tarde, padece más intensamente la infección. En el adulto también existen otras diferencias: por ejemplo, alguien que trabaja duramente, pero con buen ritmo y disposición, padece con mucho menor frecuencia una infección gripal que alguien que cada tanto necesita "relajarse" un poco. ¿Es que el primero es capaz de movilizar una actividad térmica más compenetrada por el Yo? ¿Puede ser que la fiebre también sea un intento de fortalecer transitoriamente la intervención de lo anímico-espiritual en el cuerpo, o de crear un sustituto por insuficiente actividad anímica?

El siguiente ejemplo es notorio: "Igualito al abuelo", se comenta frente al recién nacido. Quizás más adelante se compruebe que "ahora se parece más a la madre". Finalmente, luego de una enfermedad febril, los padres descubren un nuevo rasgo en su hijo, que ya no permite comparaciones con la parentela. Entonces se alegran por poder ver más claramente la personalidad de su hijo. La fiebre ayuda al Yo a "adecuar" mejor el cuerpo heredado a su propia actividad. De manera tal, que dentro de él pueda expresarse mejor de acuerdo consigo mismo. Quien encuentre lógica esta interrelación, acompañará los episodios febriles de sus hijos con

otro grado de interés y ya no los considerará una desgracia. Más bien le parecerán una oportunidad que tiene la voluntad del niño, para individualizarse a partir de su propio calor —o sea del representante de su Yo— con su cuerpo.

Externamente esto se manifiesta de modo tal, que la pérdida de peso, que acompaña a toda afección febril, luego es rápidamente recuperada. Se tiene la impresión de que durante la enfermedad el niño ha catabolizado algo de su cuerpo heredado, volviendo a plasmarlo ahora bajo la conducción de su propia organización térmica. En nuestro consultorio hemos hecho esta experiencia en incontables oportunidades. Nos ha demostrado cómo una gripe altamente febril, o una pulmonía bien superada o aun el sarampión, han iniciado una fase nueva, más estable, en el desarrollo infantil.

Este efecto de la fiebre en el cuerpo es absolutamente comparable con una pedagogía positiva en el ámbito anímico: el niño ha aprendido algo por su propio esfuerzo. Sería antipedagógico, por ejemplo, decir constantemente: "Debes hacer esto o aquello", "deja esto, no debes hacer aquello". Lamentablemente, muchos padres, basados en el asesoramiento médico, hacen algo que responde a tal pedagogía: apenas la temperatura se eleva a 38,5°, le dan al niño un supositorio antifebril. Y al diagnosticarse un proceso inflamatorio, de inmediato se le agrega un antibiótico. Estos casos no permiten ningún margen, ninguna posibilidad para que el organismo maneje por sí mismo la enfermedad, no le queda ninguna posibilidad para comprometerse libremente. A ello se agrega que, en el caso grave, a ese organismo le faltará "elasticidad" y "entrenamiento" para confrontarse con desafíos más difíciles que las infecciones febriles.

Es innegable el hecho de que en ciertas enfermedades se producen violentas reacciones dramáticas, tales como las convulsiones febriles ya descritas, y que también puede haber procesos patológicos que conducen a daños en el desarrollo. En el enfrentamiento con estos procesos reside el verdadero objetivo de la medicina. Tal como hemos visto, no hay que equivocarse con respecto al verdadero riesgo de una convulsión febril simple. Además, debe tenerse en cuenta lo siguiente: de cien niños, aproximadamente cinco tienen un único espasmo febril durante toda su infancia. Estos cien niños han tenido quizás un total de quinientas infecciones altamente febriles. Entonces aproximadamente quinientas veces debería haberse manipulado químicamente una enfermedad para prevenir quizás cinco convulsiones febriles. Al fin y al cabo, en el primer ejemplo de convulsión febril hemos visto que la fiebre muchas veces recién se observa después de la convulsión. En estos casos de todos modos sería tarde para el supositorio.

Quien para proceder a la terapéutica se orienta según la situación del desarrollo del niño, rechazará tanto la administración indiscriminada de supositorios antifebriles, como el eludirlos por principio. Porque toda terapéutica antifebril que no evalúe correctamente la actividad propia del niño, ha de tener efectos negativos para su desarrollo. Así como un niño "necesita" elevar su temperatura para aumentar su actividad metabólica y poder "trabajar" en su condición física, de la misma manera en otro niño ha de evitarse que una reacción febril excesiva lo debilite demasiado.

Es hermoso observar cuando en el seno de una familia retorna la confianza en las fuerzas propias del niño que, luego de una primera convulsión febril, supera su próxima infección con fiebre hasta 40° sin presentar convulsiones. Ha "aprendido" a manejar la fiebre. Tenemos la esperanza de que esa colaboración crítica entre padres y médicos, orientada individualmente hacia cada niño, vaya ganando mayor terreno.

III. TRASTORNOS RESPIRATORIOS

1. El resfrío

El resfrío en lactantes de muy corta edad no es de carácter inofensivo, por lo que debe ser controlado y tratado por el médico: en vista de que los niños a esta edad para llorar sólo pueden respirar por la boca, un resfrío puede conducir a graves dificultades respiratorias hasta la cianosis (coloración azulada de la piel). Esto se manifiesta más claramente durante el acto de mamar del pecho materno. El lactante hambriento se prende con firmeza, succiona algunos sorbos, se atraganta con las mucosidades nasales o hace vanos movimientos respiratorios, suelta el pezón, grita —por lo que retoma su color rosado— y se vuelve a prender; esto se repite hasta el agotamiento. Por lo tanto debe despejarse la nariz. Para ello se cuenta con las siguientes posibilidades: el ambiente del cuarto humedecido con vapor de agua impide que se sequen las mucosas nasales, de

manera que la mucosidad pueda ser expulsada más fácilmente por el estornudo y la deglución. En casos de calefacción central o por loza radiante, lo más conveniente es colocar fuentes adicionales de agua para evaporar o tender paños mojados en la habitación, que deben ser cambiados con frecuencia (indicaciones en el capítulo: "Aire, humedad ambiente y olores", pág. 200). En lactantes bien abrigados con ropa de lana y bien cubiertos (acaso también con una bolsa de agua caliente en los pies), el aire fresco que entra por la ventana abierta tiene un efecto muy sedante. Gotas o cremas nasales oleosas sólo deberían aplicarse en el vestíbulo nasal. Para la mucosa nasal interna sólo se prestan medicamentos solubles en agua. A veces alcanza una cuidadosa irrigación nasal por goteo, con una solución fisiológica de sal de cocina al 1%, preparada en forma casera. Para ello se disuelve y hierve una cucharadita de las de té con sal de cocina en medio litro de agua, y se coloca un poco de ella en un vasito limpio. (Se conserva unos dos días. Hervir diariamente la pipeta usada).

En niños mayores, el uso de gotas nasales vasoconstrictoras es discutible: un resfrío tiene sus causas, su evolución regular y debería curarse por sí solo. La constricción de los vasos sanguíneos de la mucosa provocada por vía medicamentosa, y la consiguiente relajación perturba el proceso natural. La aplicación frecuente de tales gotas puede conducir al resecamiento y daño de la mucosa nasal, lo que más adelante puede dar origen a la llamada ocena (fetidez patológica de la membrana pituitaria). En el estado agudo recomendamos inhalaciones de infusión de manzanilla (compárese pág. 485). Además, en niños mayores ha dado muy buen resultado aspirar con la nariz una solución de aproximadamente 2% de sal de cocina en agua tibia de una taza, escupiéndola luego por la boca. Como la solución salina es más concentrada que la mucosidad nasal, produce el deshinchamiento de la mucosa en forma natural, al tiempo que así se elimina el exceso de secreción, limpiando y liberando la entrada de los senos paranasales. Si bien éste no es un procedimiento muy agradable, su efecto es extraordinariamente eficaz. Ante una mucosidad seca y lesionada en el vestíbulo nasal se recomienda una crema cicatrizante sin cortisona, en venta en farmacias.

Después del primer resfrío de un lactante a veces se mantiene una especie de ronquido durante meses. Si ello no molesta al niño, se dejarán las cosas como están. Con el tiempo desaparecerá por sí solo. Por lo general los intentos terapéuticos suelen ser vanos.

El lactante muy pequeño se libera de grumos o costras mediante el estornudo. En general no significa un incipiente resfrío, en contraposición con lo que ocurre más adelante. Estas costras secas en la nariz muchas veces provienen en menor medida de inflamaciones de las mucosas que del aire seco del ambiente.

2. Infecciones catarrales y gripales

Por lo general el resfrío aparece al comienzo o dentro del marco de una llamada infección catarral (catarro significa "flujo"). Este puede estar acompañado por inflamaciones y mucosidades en los senos maxilares, etmoidales y en los senos frontales, o bien de las "trompas" pertenecientes al oído medio, de las propias cavidades timpánicas y ocasionalmente de los huesos del peñasco del tímpano detrás de los oídos. En todos los casos está afectada la garganta con su "aparato linfático": las amígdalas en el paladar y la parte superior de la faringe, como también los cordones de tejido linfático en la pared lateral y posterior de la faringe. Estos órganos linfáticos son los puntos más importantes del enfrentamiento entre el cuerpo y el mundo que lo rodea. En la infección catarral con frecuencia también se produce la inflamación de la mucosa de la tráquea (traqueítis) y de los bronquios (bronquitis). Si se encuentra afectada la entrada de la tráquea, o sea la laringe, se produce la afonía; si el trastorno abarca sectores más profundos, se produce tos. En estas infecciones la fiebre más o menos elevada persiste durante uno a tres días. Existen transiciones fluidas hacia la infección gripal: a ellas nos referimos cuando al comienzo de la afección aparecen dolores adicionales en las articulaciones y de cabeza. Ocasionalmente estas infecciones también son acompañadas por un doble pico de fiebre, típico de las enfermedades virósicas. O sea que un ascenso breve —muchas veces todavía no observado— de la temperatura durante unos dos días, después de un día de intervalo es seguido por otro pico, más elevado, durante unos tres días. Ante fiebre superior a 38,5°, que persiste durante más de tres días, habrá que suponer que la infección originaria se ha transformado en una afección más seria, por lo que no habría que dejar de consultar al médico.

Entre las múltiples infecciones gripales que se presentan en el consultorio pediátrico, las afecciones de la verdadera influenza apenas llaman la atención. A veces se las reconoce por su proceso algo más intenso (véase

también Vacuna Antigripal, pág. 167). Los padres deberían saber que la gran mayoría de estas infecciones catarrales ceden con un cuidado adecuado, sin tratamiento alguno, al cabo de pocos días y sin presentar complicaciones. Todos los tipos de tratamiento que durante esos días sólo reprimen los síntomas —como los medicamentos antifebriles, antitusígenos, que combaten el resfrío y los antibióticos contra la posible proliferación de gérmenes—, significan una innecesaria sobrecarga adicional para el organismo. Un niño sano puede por sí mismo combatir estas infecciones, adquiriendo así su propia defensa antiinfecciosa (véase también pág. 70).

Resulta prácticamente típica la queja de los padres de principiantes en el jardín de infantes: "Sólo estuvo unos pocos días en el jardín de infantes ¡y ya está de nuevo enfermo!" A ellos respondemos para su consuelo: durante un invierno o quizás también el siguiente los niños presentan estos síntomas y luego lo *han aprendido;* ya no necesitan padecer las infecciones en esta medida y con esta frecuencia. Se ha fortalecido su sistema de inmunización, vale decir su posibilidad de defensa antiinfecciosa. De manera que tiene lugar un proceso de aprendizaje que apunta a la estabilidad sanitaria. De tal "selva infecciosa" sobresalen las enfermedades infantiles conocidas, como si fueran algunas especies vegetales particularmente vigorosas. Ocasionalmente también son capaces de poner fin a una serie de infecciones. Es frecuente que los hermanitos menores también se contagien en el hogar. Esto a veces es motivo de preocupación, porque estos niños todavía poseen pocas fuerzas para su defensa. Pero en realidad, de ahí en más son los más estables, los más sanos, por haber debido enfrentarse con especial intensidad a las infecciones. Todo padre de tres o más niños puede atestiguarlo. No obstante, como causa de infección no sólo ha de tenerse en cuenta la incapacidad de las defensas o las posibilidades de contagio. Muchas veces los niños contraen una enfermedad un día después de haberse caído por la escalera, o de un cumpleaños, o de un prolongado viaje en automóvil o una salida al cine. En el primer caso, los padres preocupados suelen preguntar si podría haber alguna conexión entre estos fenómenos. Desde luego que el médico debe determinar si hay una lesión en el ámbito cefálico que pueda tener secuelas inesperadas. Sin embargo, en la mayoría de los casos sólo se trata de la respuesta del organismo a una vivencia que en primera instancia le había exigido un esfuerzo excesivo. Entonces recurre a la enfermedad para equilibrarlo. En base a estos hechos es posible hacerse una imagen que ayuda

a comprender mejor muchos acontecimientos que aparecen en la infancia. Normalmente, el niño pequeño vive psíquicamente entregado a su entorno, identificándose con él (compárese Parte II de este libro, capítulo sobre el desarrollo del niño pequeño). Cada una de las citadas vivencias, también un estallido de ira o un castigo incontrolado, impulsan al niño a volver dolorosamente sobre sí mismo. Esto representa un desgaste de la vivencia psíquica en el cuerpo, una restricción que conduce a la sensación de frío anímico, a la que la constitución infantil no sabe enfrentar. En tales situaciones resulta igualmente provechoso tanto el calor físico como el psíquico. Toda medida tendiente al bienestar corporal del niño fortalece su simpatía hacia su entorno. Así es que al acercarse cariñosamente al niño, también se ejerce una acción de abrigo y fortalecimiento físico. Si observamos los hechos de esta manera, podremos proceder de otra forma al tratamiento de las infecciones: los síntomas no serán reprimidos en forma medicamentosa, sino que se acompaña el proceso patológico brindando alivio. El acontecer es considerado como una invitación a hacer algo para fortalecer y armonizar la constitución infantil.

Medidas y aplicaciones externas útiles:

Aire fresco, no demasiado seco, en la habitación.
Salpicar un poco de aceite esencial de eucalipto sobre una tela o un platito colocado sobre el radiador de la calefacción.
Inhalaciones de vapor, véase Apéndice pág. 485.

Si el niño siente escalofríos, envolverlo bien, acaso haciéndolo transpirar copiosamente con un té caliente de hierbas y mucho abrigo. Luego se sentirá bien en la fresca cama de los padres.

Niños enfermos pueden dormir mucho, no deberían estar expuestos a excitaciones y no jugar con juguetes mecánicos (compárese también con el capítulo sobre juguetes, en la Parte II, pág. 223). Un enanito de lana que se asome por debajo de las cobijas o escale las montañas por encima de estas, alcanza para un par de horas. Para la terapéutica antifebril, véase el capítulo respectivo (pág. 62). Fricciones del tronco —por ejemplo con una mezcla de 1 parte de aceite esencial de lavanda y 9 partes de

aceite vegetal, mencionado en la pág. 35 — por lo general resultan muy gratas.

En el sentido de apoyo a las fuerzas físicas, recomendamos el uso de algunos medicamentos de origen vegetal y mineral, por lo general en forma de dinamización homeopática, también para prevenir complicaciones.

3. Adenoides

En la infancia, la disnea crónica en el ámbito nasal posterior por lo general es consecuencia de una proliferación del tejido linfático en la bóveda faríngea. El médico experimentado en el ámbito otorrinolaringológico puede hacerlas visibles mediante un instrumental específico con espejos. Si bien esto resulta desagradable para el niño, en casos excepcionales también es posible palparlos con el dedo, sin espejo. No se recomienda explorarlos radiológicamente, a causa de la carga innecesaria que representan los rayos. Sin embargo, la sintomatología clínica es inequívoca. En casos pronunciados la típica expresión algo somnolienta de estos niños, la boca abierta, la nariz tapada y sus frecuentes trastornos auditivos permiten observar de inmediato la presencia de *adenoides* que constituyen la causa de sus perturbaciones.

Estas proliferaciones linfáticas tienden a achicarse con el correr del tiempo, pero con frecuencia dan origen a que a la edad de cinco años no lleguen a alcanzar la esperada estabilidad frente a las infecciones. Esta región mal aireada constituye un medio de cultivo ideal para agentes patógenos de todo tipo. Una y otra vez vuelven a aparecer la otitis media, inflamaciones de los senos paranasales o bronquitis. A veces los niños no oyen bien, porque las vegetaciones obstruyen la entrada de la trompa, impidiendo así la aireación de la cavidad timpánica. Esta situación también puede tener como consecuencia una demora en el desarrollo del lenguaje. Siempre se justifica un intento de tratamiento conservador. Es posible emprenderlo en forma casera, por ejemplo con dos o tres baños de agua de mar por semana, dos inhalaciones diarias de vapor, la ingestión tres veces por día de una taza de infusión de equiseto (cola de caballo) y compresas sinapizadas en la planta de los pies. Para éstas se prepara una papilla con harina de mostaza, se la pone sobre una compresa del tamaño aproximado de la palma de una mano, colocándola debajo del metatarso hasta que comience a arder. A continuación se ponen medias de

lana. Esto se realiza durante cuatro a seis semanas. También se recomienda cantar y tararear mucho con el niño. Si no se observa mejoría alguna, habría que recurrir al médico. Con frecuencia también unas vacaciones en alguna playa marina tienen un efecto curativo. En casos graves no podrá evitarse la operación, que se indicará siempre que los trastornos estorben al niño física y psíquicamente. Esta intervención muchas veces tiene lugar en forma ambulatoria. Sin embargo, no es infrecuente que estas proliferaciones se reproduzcan.

4. Fiebre del heno

En la mayoría de los casos de fiebre del heno estamos en presencia de una alergia contra la floración de hierbas o árboles. Muchas veces son pelos de origen animal o sólo secreciones de ácaros domésticos contenidas en el polvo de la casa, que dan origen a una irritación de las conjuntivas y las mucosas nasales. Al fin de cuentas, las bacterias y los hongos pueden provocar los mismos síntomas. Los pacientes a menudo muy atormentados por esta molesta irritación nasal, particularmente en presencia de trastornos asmáticos secundarios, anhelan tratamientos con efectos de larga duración. Es conocida la eficacia del aire marino, pobre en alergenos. La permanencia frecuente a orillas del mar también ejerce un efecto de fortalecimiento generalizado. Aquí hemos de presentar tres tipos de tratamiento medicamentoso:

a. La llamada hipo o desensibilización consta de inyecciones regulares de extractos de alergenos especialmente preparados; de aplicación subcutánea en dosis crecientes. Previamente se realizan tests con el paciente, para determinar ante qué sustancia es alérgico. En alergias vegetales definidas es posible obtener buenas respuestas, no así cuando se trata de varios alergenos o el inevitable polvo doméstico. Una desventaja de este tratamiento realizado por lo menos a través de tres años, es la frecuencia de las inyecciones y cierto riesgo, cuando el paciente tiene una reacción alérgica. En tales casos puede producirse una reacción exagerada que llegue hasta el shock circulatorio, que requiere entonces un tratamiento médico intenso. Con frecuencia también ocurre que durante o después de la hiposensibilización se produce el llamado cambio de alergeno; vale decir que

los síntomas reaparecen, porque el paciente ahora es alérgico a otra sustancia.

b. Otra posibilidad consiste en la administración diaria regular de una cucharada de miel de primera calidad – en lo posible que no haya sufrido deterioros por calentamiento. En este caso, la miel debe darse durante todo el año.

c. Inyecciones o inhalaciones regulares de *Citrus/Cydonia*. Por lo general, se realiza un tratamiento constitucional simultáneo. Muchos pacientes están conformes con esta terapéutica y regresan al año siguiente, para fortalecer aún más la mejoría experimentada. Al igual que las otras dos, esta terapia debe realizarse en forma consecuente y regular. Se recomienda comenzar ya en primavera con *Citrus/Cydonia*, para prevenir la aparición de los síntomas.

Recomendamos el segundo y tercer tipo de tratamiento.

5. Sintomatología de vías respiratorias inferiores

Para la mejor comprensión ilustraremos primeramente los ruidos respiratorios patológicos y su origen.

Tos:

La tos es una reacción defensiva del cuerpo contra la mucosidad, la irritación inflamatoria de la tráquea o los bronquios y rara vez también contra un cuerpo extraño aspirado con la respiración.

Tos en forma de "ladrido" (tos perruna):

La tos que en la inhalación aparece con falta de aire y parece un aullido o ladrido, a consecuencia de la hinchazón de las cuerdas vocales (estridor), indica la presencia del llamado Pseudocrup de laringe (véase pág. 82).

Disfonía hasta la afonía:

La irritación inflamatoria de las cuerdas vocales también es producida por excesivo esfuerzo de la voz. La disfonía crónica puede producirse por nodulitos en las cuerdas vocales, diagnosticados por el otorrinolaringólogo.

Gemido al inhalar, falta de aire, retracción de los espacios intercostales y del hoyuelo medio del cuello:

a) si se mantiene después que el paciente se haya atragantado, significa que pequeños fragmentos de alimento producen una oclusión refleja de las cuerdas vocales: se trata de calmar al paciente y golpear su espalda.

b) Pseudocrup (véase pág. 82).

c) Falta de calcio, ocasionalmente a la edad de tres meses hasta un año y medio, en casos de raquitismo. Véase en el capítulo respectivo, bajo Tetania (pág. 308). ¡Consulta médica urgente!

Ruido ronco al inhalar y exhalar:

Si este síntoma aparece conjuntamente con la voz disneica, importante aumento de fiebre, dolor de garganta e intenso malestar, muchas veces acompañado por abundante flujo de saliva como por la pronta coloración azulada de labios y uñas, se tratará de una hinchazón inflamatoria de la epiglotis. Este cuadro requiere el inmediato tratamiento hospitalario (véase pág. 82).

Inhalación con ronquido:

La lengua fláccida reposa sobre la faringe inferior; el síntoma aparece en posición lateral.

Ruidos de la flema en la inhalación:

Estos son benignos, siempre que no exista fiebre muy elevada con movimiento de las aletas nasales al respirar. En alguna parte de la faringe se ha aglutinado la mucosidad.

Silbido fino, de tono muy agudo, en la exhalación:

Por lo general relacionado con una prolongación de la exhalación frente a la inhalación. Se trata de una bronquitis espástica o similar al asma (véase pág. 83).

Movimiento de las aletas nasales:

Los costados de la nariz se inflan al inhalar y se acercan en la exhalación.

Esto significa falta de aire, vale decir que el abastecimiento de aire está obstaculizado o debido a alguna enfermedad hay partes del pulmón incapacitadas para la respiración. En conexión con la respiración más profunda, fiebre alta, tos y labios oscuros, en ausencia de ruidos respiratorios particulares, el movimiento de las aletas nasales con frecuencia remite a una pulmonía (véase pág. 85).

Movimiento respiratorio unilateral notoriamente disminuido del tórax:

El foco de la enfermedad reside en la parte de menor movimiento. Por lo general se trata de una pleuritis o un cuerpo extraño aspirado con la inhalación (aunque esto ocurre rara vez).

Con la ayuda de estos conceptos fundamentales, hemos de observar entonces cada cuadro sintomático individual con su terapéutica.

A Formas de manifestación de la tos

Tos que persiste una a dos semanas después de una infección catarral o gripal: generalmente puede considerarse normal y se continúa el tratamiento como hasta entonces. Al igual que en los demás casos, por lo general no se indican medicamentos antitusígenos. Sí se recomienda una infusión sedante de un tercio de hojas de salvia, un tercio de flores de tusílago y un tercio de hojas de Plantago lanceolata. De esta mezcla se hierve una cucharadita de las de té por taza y se da a beber al niño tan caliente como lo tolere, mezclado con un poco de miel y limón. El efecto de este té corresponde al de un buen jarabe antitusígeno.

Una tos que dure más de dos semanas requiere mayor control. Durante una semana habría que tomar la temperatura de mañana y por la noche y en caso de no cambiar la situación deberá consultarse con el médico.

Una tos que aparece en forma de ataques crecientes, permite sospechar que se trata de tos convulsa. Sin embargo, resulta decisivo que los ataques aparezcan a intervalos mayores a la media hora, tengan un sonido muy duro, entrecortado, con frecuencia acompañados por una inhalación que suena como un aullido. Durante esos ataques, la cara hasta puede tomar un ligero color azulado. Al final el niño expectora con gran esfuerzo la mucosidad transparente. Ataques de tos que aparecen con mayor frecuencia o bien una tos espasmódica no remiten a la tos convulsa, sino más bien a favor de una tos irritativa bronquial. (Para el tratamiento de la tos convulsa véase el capítulo de Las enfermedades infantiles, pág. 121.)

Tos, resfrío y un poco de fiebre durante diez a trece días después del contagio de sarampión: este cuadro hace suponer que el niño también ha contraído sarampión. Por lo tanto habría que aislarlo de los demás niños expuestos al contagio de sarampión, siempre que los respectivos padres de estos no manifiesten expresamente lo contrario. Asimismo no habría que acudir al consultorio médico sin previo aviso, ya que en caso contrario todos los niños presentes allí contraerían de inmediato la enfermedad. Por lo demás, véase el capítulo Las enfermedades infantiles.

Una tos que se mantiene durante horas y sólo de noche, *sin* provocar otro estorbo: a menudo sólo se trata de ligeros estados de irritación de la tráquea. Entonces se recomienda un tratamiento como el indicado contra el catarro (véase pág. 73). Los niños muchas veces sufren menos que los padres, que son perturbados en su sueño.

Repentino ataque de tos, particularmente de día, sin preaviso, ocasionalmente con arcadas, disnea, inhalación con sonido de aullido o ruido al inhalar y exhalar, con silbido espástico, particularmente en la exhalación: este caso remite a sospechar la aspiración de algún cuerpo extraño. Muchas veces se trata de pedacitos de maní, perlas de algún collar, fragmentos de juguetes de material plástico. Particularmente peligrosas son las bolitas pequeñas, ya que pueden obstruir toda la tráquea: en este caso se presiona con fuerza el tórax del niño, con la espalda contra el propio pecho del adulto —eventualmente cabeza abajo—, comprimiendo y sacudiéndolo bruscamente con ambos brazos. Entonces, el aire restante en el pulmón expulsa el cuerpo extraño esférico cual proyectil hacia el exterior. En objetos delgados y filosos como agujas, este procedimiento no tiene sentido y sólo resulta peligroso. En el caso de nueces o similares vale la pena el intento, preferentemente en posición colgada cabeza abajo. En caso de sospechar la presencia de un cuerpo extraño en el pulmón, siempre se llamará al hospital más próximo. Como prevención, a los niños pequeños sólo pueden dárseles nueces, avellanas o semillas molidas y mezcladas, por ejemplo con el "müsli" (ver pág. 491) u otras comidas o frutas ralladas. Por lo menos hasta la edad de cinco años habría que pres-

cindir totalmente del maní. (Compárese también con el capítulo Primeros Auxilios, pág. 53.)

B El Pseudocrup (laringitis estridulosa)

Una tos en forma de ladrido, con aullido al inhalar (estridor), será indicativo de pseudocrup. Por lo general, el ataque se inicia durante el sueño nocturno, entre las 23 y 1 horas. Esta es una característica típica del pseudocrup. Es más raro que esta tos comience de día. A veces previamente se ha realizado un paseo con viento frío, un cumpleaños infantil o un cambio de tiempo húmedo a seco. Los ataques de pseudocrup son más frecuentes al comenzar el invierno y evidentemente también en presencia de smog. Los niños en la edad del aprendizaje del lenguaje, cuyas cuerdas vocales se esfuerzan mucho, están especialmente expuestos. En la mayoría de los casos tienen el temor de asfixiarse, de manera que se comienza por alzarlos en brazos y tranquilizarlos. Si ya se conoce la situación, se controla la gravedad de la disnea de inmediato o después de unos diez minutos. Si se está acompañado, en el interín la otra persona buscará unos paños mojados que tiende alrededor de la cama, una olla con agua caliente que coloca en un lugar seguro en el piso, o bien un vaporizador de agua. También la ducha caliente abierta en el baño puede servir como fuente de vapor de agua. Entonces se mide la fiebre y se administran medicamentos indicados ocasionalmente por el médico (y guardados como reserva de emergencia) junto con algunos sorbos de infusión de hierbas dulce. Un colega recomienda dar mucho de beber, ya que desde que practica esta medida no ha debido internar ningún niño. Finalmente se vuelve a acostar al niño en la cama. Durante esa noche, un adulto dormirá en la misma habitación o la contigua, con la puerta abierta.

Al presentarse este ataque de pseudocrup por primera vez, lo mejor es envolver al niño y transportarlo en automóvil al hospital de niños más próximo o al médico. Allí se aprende entonces la siguiente división según etapas, que en el futuro permitirá evaluar fácilmente la gravedad del ataque: etapa 1, tos en forma de ladrido; etapa 2, ligero estridor (véase más arriba) en reposo, más intenso en estado de agitación; etapa 3, mayor estridor en reposo, aspiración de las aletas de la nariz al respirar, retracción intercostal y del hoyuelo medio del cuello, tensión de la musculatura auxiliar de la respiración; etapa 4, los síntomas desde etapa 1 a 3 han aumentado, y a ellos se agrega gran ansiedad del niño, coloración azulada de labios y uñas de las manos, aceleración del pulso a 150 por minuto o aún más, eventualmente colapso.

Las etapas 1 y 2 pueden ser tratadas sin vacilar en forma casera. Si la etapa 3 perdura durante más de diez minutos o se transforma en la etapa 4, se traslada al niño de inmediato al hospital de niños más próximo. Allí se intentará lograr la mejoría con medidas más intensas. Ante un empeoramiento creciente y en la etapa 4, de inmediato se procederá a la intubación, o sea que se introduce un tubo de material plástico en la tráquea, a través de la nariz o la boca, venciendo así el estrechamiento. Una y otra vez sorprende el éxito inmediato de esta medida. En la *epiglotitis* descrita en la pág. 79, esta intervención siempre debe ser realizada en forma inmediata, porque en caso contrario el riesgo sería excesivo. Por suerte, hoy en día casi siempre puede evitarse la traqueotomía antiguamente practicada con frecuencia.

La terapia medicamentosa —por supuesto— es asunto del médico interviniente y de su experiencia. Ciertamente, nunca hemos usado supositorios que contienen corticoides y tampoco los consideramos convenientes.

Calmantes o sedantes más potentes en ningún caso pertenecen al tratamiento medicamentoso casero, ya que pueden encubrir el verdadero estado del paciente. Resulta mucho más importante que el entorno permanezca tan tranquilo y objetivamente comprometido como sea posible. Entonces también el niño se tranquilizará más fácilmente. Por el efecto dramáticamente explosivo de esta afección, en estos casos es aún menos factible que en otros asumir la responsabilidad de un asesoramiento y tratamiento por vía telefónica. Si se llega a un estado de riesgo es conveniente la internación.

Habría que excluir con certeza la posibilidad de raquitismo.

C ¿Mi hijo tiene asma o una bronquitis espástica?

Con frecuencia nos encontramos ante este interrogante en el consultorio pediátrico cuando un niño tose mucho o padece frecuentes bronquitis. Es por eso que trataremos la bronquitis espástica y al asma algo más detenidamente.

En la bronquitis espástica o, mejor dicho, obstructiva, se presenta una dificultosa exhalación prolongada, y el niño yace decaído, con el tórax y las aletas nasales inflados. De la nariz proviene durante la exhalación una mezcla de suaves silbidos y finísimo burbujeo que recuerdan al hervor del agua o a la respiración asmática del anciano. Esta enfermedad, que se presenta con o sin fiebre, consiste en un trastorno respiratorio de las ramificaciones bronquiales más delgadas, o sea de una contracción de la musculatura de estos bronquiolos. Este estado muchas veces es desencadenado por una infección benigna de vías respiratorias superiores, como secuela de un resfrío o una angina que en su descenso pueden afectar también las vías respiratorias. Es importante saber que ¡de ninguna manera todos los niños en los que una bronquitis se convierte en obstructiva más adelante serán asmáticos!

Antes bien la bronquitis obstructiva afecta generalmente a lactantes gordos en invierno y en la media estación y se va perdiendo luego con el correr de los años.

Ante la primera aparición de estos síntomas patológicos habría que consultar al médico para aprender a evaluar este cuadro. Existen sintomatologías leves que apenas afectan el estado general. Al contrario, los lactantes se encuentran muy animados y dispuestos a las bromas. En otros casos, su respiración produce un fuerte silbido, apenas pueden beber y presentan una coloración ligeramente azulada. Desde luego que estos niños deberían someterse al tratamiento médico y quizás aún a la internación en el sector pediátrico del hospital. Aparte del aire puro y húmedo, el remedio casero más importante es la envoltura sinapizada. Quien alguna vez haya vivenciado su efecto beneficioso, no escatimará esfuerzos para hacerla. Es una medida de acción intensa, que debería emplear sólo quien domine la técnica de su aplicación y cuente con el consentimiento del médico. Esta medida se aplica en niños a partir del cuarto mes de vida, cuya piel no sea demasiado sensible y en los que no existe *predisposición* alérgica. El efecto de la mostaza en polvo consiste en una intensa activación de la circulación sanguínea en la piel del tórax y la consiguiente estimulación refleja de la respiración, licuación de la secreción (expectorante) y descontracturación del músculo bronquial. (Descripción de la envoltura con harina de mostaza, ver pág. 478.)

Una vez que un niño ha desarrollado asma, se encuentra afectado por una enfermedad crónica seria, que requiere un minucioso tratamiento a

largo plazo. El asma puede desaparecer durante la pubertad, con o sin terapia. Sin embargo es frecuente que se prolongue también en las edades posteriores. Aparte de la terapia medicamentosa (recomendamos un tratamiento constitucional homeopático o antroposófico), el niño afectado y su entorno deben aprender a vencer el miedo, o bien a manejar el miedo. Porque así como una fuerte emoción anímica puede desencadenar tanto un ataque de asma como un resfrío, de igual manera el hecho de que lo tranquilicen y ciertos ejercicios respiratorios y de relajación —aprendidos por el mismo niño— pueden contribuir a aliviar un ataque de asma. Aquí muchas veces se requieren detalladas conversaciones con los padres de niños en la primera infancia, y más adelante también con los propios pacientes. Si al aceptar y manejar la afección se logra este "triunfo interior" sobre la enfermedad, se contribuye decisivamente en el alivio de los trastornos. Este triunfo sobre el miedo también constituye un aporte esencial para dominar la enfermedad misma. Desde luego que el tratamiento de un ataque agudo de asma es asunto del médico. Es él quien debe decidir si es posible dominar la situación con medicamentos homeopáticos o antroposóficos, con la administración de copiosas cantidades de líquido, y acaso también con baños calientes de pies; o si prefiere aplicar los medicamentos antiasmáticos con que hoy en día cuenta la pediatría (broncoespasmolíticos, cortisona). Nosotros intentamos prescindir en lo posible de tales medicamentos, ya que causan considerables efectos secundarios sobre la totalidad del metabolismo hormonal, como también sobre el sistema circulatorio del corazón. Y además, porque en general hemos hecho buenas experiencias con los citados medicamentos constitucionales.

D Pulmonía o Neumonía

Si en una infección gripal o una bronquitis a los tres días la fiebre todavía continúa elevada, mientras empeora notoriamente el estado general y aparece fatiga, movimiento de las aletas nasales y labios de color rojo oscuro, es que hay una pulmonía en plena gestación. Por lo general este diagnóstico todavía tiene mucho de alarmante para los padres, si bien ya en la edad del jardín de infantes y también más adelante en la mayoría de los casos su evolución no se presenta particularmente riesgosa. Sólo en lactantes y niños muy debilitados resulta de cuidado. El tratamiento es

asunto del médico de cabecera o del pediatra. En niños de riesgo o condiciones inestables para el cuidado del paciente, se recomendará la internación hospitalaria. Cuando el médico interviniente cuenta con la respectiva experiencia, en muchos casos se manejará sin antibióticos. En el hospital y en tratamientos ambulatorios desde hace años sólo empleamos antibióticos en casos de extrema gravedad. Según nuestra experiencia, la terapéutica sin antibióticos de la neumonía tiene la ventaja de que prácticamente no se producen repeticiones de la enfermedad. Este hecho induce a creer que a raíz de tal enfermedad el organismo adquiere un nuevo estado de equilibrio, que le permite reaccionar con más elasticidad que hasta entonces ante los influjos del entorno. Por el bloqueo del proceso normal de la enfermedad mediante la aplicación del tratamiento antibiótico, se le quita al organismo la posibilidad de un enfrentamiento intensivo con sus propias fuerzas; de esta manera, una vez que la sintomatología haya cedido, aquél no será capaz de enfrentar las infecciones futuras con fuerzas nuevas. Esto lo sugiere la frecuente repetición de las mismas enfermedades, o sea el mayor índice de recidivas. Quien en la enfermedad sólo ve algo que debe ser eliminado cuanto antes, sin duda preferirá el tratamiento antibiótico en todos los casos, aun cuando los niños enfermen con más frecuencia. Pero quien pueda reconocer en la enfermedad un proceso de aprendizaje del organismo, producido por él mismo para *activar* sus fuerzas para el enfrentamiento, preferirá una terapéutica que no lo debilite y reprima, sino que acompañe y alivie el proceso patológico. Esta terapia concomitante tiene la cualidad de apuntar a la salud futura y a la individualidad del niño, a cuyas fuerzas y posibilidades apunta a amoldarse este tratamiento.

Como terapéutica casera se trata de las mismas medidas aplicadas en la infección gripal, pero adaptadas al estado general debilitado: cuando la tos ocupa el primer plano, particularmente en niños delgados, han dado excelentes resultados las fricciones del tórax con una mezcla de 1 parte de aceite esencial de lavanda y 9 partes de aceite vegetal, reiteradamente mencionado, o con bálsamos que contengan otros aceites esenciales como alcanfor, eucalipto o similares.

En casos de una presencia importante de líquido en el ámbito pulmonar, se recomiendan envolturas húmedas calientes, por ejemplo con infusión de equiseto (cola de caballo) ó envolturas gruesas con queso blanco (véase pág. 480).

Si en forma secundaria se presenta respiración asmoide en el sentido de lo ya mencionado, se indicarán envolturas sinapizadas.

Tratamiento antifebril: consúltese el capítulo referido a la fiebre (pág. 62).

También es muy importante prestar atención a la vestimenta y las condiciones atmosféricas: en la gran mayoría de los casos, lo correcto sería una camiseta de lana, de manga larga, que cubra los riñones y los codos. Si no se dispone de ella, también se puede poner un saco tejido de lana que se *ajuste* bien al cuerpo. Aun en el verano más caluroso es necesario cubrir el cuerpo, por ejemplo con una sábana o una camisa de algodón que cubra bien los codos. Por el contrario, pies y pantorrillas bien pueden asomarse alguna vez por debajo de la cobija, mientras el niño esté despierto y se sienta bien. Sería equivocado abrigar el tórax sólo con una camiseta sin mangas, mientras el resto del cuerpo está cubierto con acolchados de abrigo. Una enfermedad de este tipo puede dar lugar al reemplazo de todos los tejidos sintéticos por naturales, como por ejemplo lana, algodón, hilo de seda; esto se debe a la sencilla razón de que en los tejidos naturales el niño puede manipular con mucho mayor flexibilidad y sin estorbos su equilibrio térmico e hídrico. El aire siempre debería ser renovado, pero sin producir corriente. Previa consulta con el médico, en los casos de bronquitis espástica o en enfermedades pulmonares crónicas puede ser oportuno un neto tratamiento de aire libre. Pero en ningún caso el niño debe tener escalofríos y mucho menos sentir frío. Si por lo demás se lo mantiene bien abrigado, el refrescante aire frío en la cara no puede dañarlo. Para los niños inquietos, que a pesar de la fiebre constantemente se destapan, se levantan o quieren correr por la habitación, sería particularmente beneficioso que ahora pudieran reposar en tranquilidad (compárese también con pág. 219).

En estos momentos es de gran ayuda tener una camita equipada con rueditas, que pueda colocarse cerca de la madre cuando esta desarrolla sus tareas domésticas (véase lámina 27). También aquí habría que preferir objetos simples para jugar, que permitan desplegar plenamente la fantasía del niño, y estimulen su instinto de imitación. (Compárese con el capítulo sobre El desarrollo infantil y el juguete, en la Parte II, pág. 223).

6. La respiración como expresión de vivacidad anímica

Si observamos los procesos respiratorios, en el recién nacido ya aparece la delicada alternancia de agitación y quietud. En el lactante y el niño pequeño se percibe la amplia exhalación y relajación al dormirse, y la inhalación profunda al despertar. En la vida cotidiana del niño encontramos la contracción por dolor, la alegría desbordante, la profunda inhalación plena de esperanza, la resignación frustrante, la vivacidad ágil, la rigidez repentina, todo sustentado por la vibración respiratoria con una dinámica que se adapta a las emociones más íntimas. No hay nada que nos brinde una referencia tan vívida sobre el momentáneo estado psíquico del otro, como cuando observamos su respiración. En la vigilia el alma vive replegada y retraída en el cuerpo, dispuesta para la sensación y el movimiento, la vivencia, el espíritu de acción, el amor y el odio. Durante el sueño deja tras de sí un "resto" que descansa pacíficamente: el cuerpo yace fláccido y pesado, la respiración ya sólo tiene lugar como parte de los procesos vitales en un leve ir y venir. Ya no sustenta ninguna vida anímica consciente ni transmite manifestaciones anímicas.

Si contemplamos las posibilidades anteriormente descritas de las modificaciones patológicas de la respiración, observaremos perturbaciones de la circulación de aire que impiden que tenga lugar la alternancia libre del alma con su entorno.

Pero además también hay otras perturbaciones que influyen en la respiración: por ejemplo, la ligera acidificación o alcalinización de la sangre, por lo general en conexión con enfermedades cardíacas, pulmonares o renales. También los trastornos del sistema nervioso y los medicamentos pueden modificar el tipo de respiración, como por ejemplo los barbitúricos, que disminuyen la profundidad de la respiración. Así como hemos podido hablar de un organismo térmico en relación con la actividad del Yo (compárese pág. 68), del mismo modo al equilibrio aéreo del cuerpo, regulado a través de la respiración, podemos considerarlo un organismo aéreo articulado en sí mismo. Por un lado, a través del intercambio gaseoso y diversos sistemas de regulación (sistemas buffer) de la sangre, está relacionado con el metabolismo todo. Y por el otro lado, otorga a la vida metafísica del alma la posibilidad de manifestarse en lo corporal-físico. Porque las leyes de la vida y vivacidad anímica (simpatía/antipatía, dinámica de alegría y dolor, risa y llanto) corresponden a la dinámica del aire y a la obediencia a sus propias leyes (presión y vacío, concentración

y dilución, tendencia a expandirse en todas direcciones y –bajo determinadas condiciones de presión– poder volver a concentrarse adecuadamente). Lo que el Yo vivencia dentro de su alma se manifiesta directamente en forma de alteraciones térmicas y actividad del aire, por lo cual también actúa sobre el acontecer del cuerpo, ya sea como estímulo o inhibición. Y a la inversa, los citados trastornos corporales pueden perturbar y modificar masivamente nuestra vida anímica. La llamada "correlación cuerpo-alma", por lo tanto, se nos presenta como un encadenamiento totalmente concreto de las leyes que actúan tanto en el calor como en el aire.

Por un lado demuestran ser portadores de vivencias meramente anímicas y espirituales, mientras que por el otro regulan los procesos metabólicos. En este contexto, Rudolf Steiner fue el primero en señalar esta interrelación en su libro "Sobre los enigmas del alma" y sus conferencias "El puente entre la espiritualidad universal y lo físico del hombre". preparando así el camino hacia una nueva exploración de la relación entre cuerpo, alma y espíritu. Porque así como una ley natural en un caso puede ser captada por medios meramente mentales y en otro puede quedar experimentalmente demostrada en su accionar; de igual manera la vida anímica consciente, emancipada del cuerpo, puede diferenciarse del inconsciente que actúa en el cuerpo, permitiendo al mismo tiempo reconocer su concordancia. Mirado de esta manera, el mundo material y la vida anímica sólo resultan ser campos de acción diferentes de la actividad espiritual (compárese con pág. 19). Y así como en el transcurso de la vida un hombre puede desarrollar en forma cada vez más completa sus facultades espirituales y anímicas, manifestándolas a través de su cuerpo; así esa capacidad espiritual y anímica, también puede adoptar una forma de existencia que responda a la esencia del pensamiento: la existencia de la vida después de la muerte y previa al alumbramiento (compárese también con pág. 140 y 187). Aquí el hombre se vivencia a sí mismo como "pensamiento divino" (compárese con Rudolf Steiner: Pensamiento humano y cósmico, N° 151 de la Edición completa). Observados de esta manera, aquí se fusionan los resultados de las investigaciones antroposóficas de Rudolf Steiner con los de la investigación de las ciencias naturales en nuestra época, para conformar un criterio moderno respecto a la esencia del hombre y del mundo.

Es parte de la esencia de la vida anímica, que siempre desea sólo transi-

toriamente bastarse a sí misma, volviendo luego a abrirse a los requerimientos del entorno. Es por ello que la vida del alma, caracterizada más arriba como ligada al aire, también constituye el fundamento para la vivencia compartida: al escuchar, compartir la alegría y el sufrimiento, vivenciamos de igual manera el poder vibrar libremente o la contracción en relación con determinada dinámica aérea. Por otra parte, en el sonido, la palabra, el tono, nos llega —portado por el aire— aquello que otros desean comunicarnos.

En cada aliento también podemos encontrar —en pequeña escala— el equilibrio pendular entre vigilia y sueño: en el acto de abandono que representa la exhalación percibimos el adormecer, mientras que en la inhalación, que de alguna manera aisla el aire proveniente del entorno, la vigilia. De igual modo también vemos la gran alternancia entre nacimiento y muerte, contenida en la respiración: con el primer aliento, la vida anímica —portadora de la conciencia— se inserta en el cuerpo recién nacido del niño, hasta ese instante todavía pesado, oscuro. En el mismo momento la piel toma un color rosado, los ojos se abren, resuena su voz por vez primera. En la última exhalación — infinitamente tenue y prolongada— del moribundo, vivenciamos su abandono definitivo del cuerpo que ha quedado inservible.

IV. VOMITOS, DIARREA Y CONSTIPACION

Para la mejor comunicación, en primer término comentaremos algunos conceptos básicos:

Vómito:
Se echa afuera entre una cuarta parte y la totalidad del alimento ingerido.

Regurgitación:
Una a dos bocanadas se escurren hacia el exterior de la boca.

Diarrea:
Aquí lo que interesa es la frecuencia (por ejemplo seis a diez veces por día), cantidad (algunas salpicaduras o una taza llena), color (amarillo, gris, verde, marrón, negro, sanguinolento, etc.) y consistencia (líquido, mucilaginoso, grumoso, pastoso). Así por ejemplo el caso de dos deposiciones blandas por día todavía no constituyen diarrea.

Fiebre:
Por fiebre se entiende una temperatura rectal superior a 38°C.

1. Vómito, diarrea y constipación en la lactancia

A Vómito ocasional

En la lactancia aparece por exceso de alimento, demasiado aire en el abdomen, excitación, ingestión de alimento conservado durante demasiado tiempo, por resfrío, irritación del paladar y/o faringe, por la dentición o similares. En cada caso se intentará determinar la respectiva causa y como primera medida se administrará sólo un poco de infusión de hierbas. Menos frecuentes, pero sumamente alarmantes son las siguientes perturbaciones:

B El espasmo o hipertrofia del píloro

El pilorespasmo se reconoce porque el niño —aproximadamente a partir de la tercera semana de vida— vomita con grandes arcadas, en especial cuando la sintomatología aumenta con los días y en casos pronunciados se produce pérdida de peso. No tiene diarrea ni fiebre. ¿Qué hacer? Como primera medida controlar el peso dos a tres veces por semana, dar comidas más frecuentes y menor cantidad por vez, permitir a la madre más reposo dentro de su quehacer cotidiano, dar al bebé suficiente tiempo para el eructo. Si se detienen los aumentos de peso o hay pérdida del mismo, hay que acudir al médico sin más demora. Algunos niños se tranquilizan con envolturas calientes del abdomen o bolsas con agua caliente. Otros necesitan medicamentos o en última instancia la operación que afortunadamente no representa una intervención importante. Pero de todos modos convendría que en estos casos, de ser posible, la madre se interne conjuntamente con su hijito. Con posterioridad puede agregarse un tratamiento constitucional en estos niños.

C Frecuentes vómitos torrenciales

Si el niño en las primeras semanas de vida vomita a menudo en forma de torrente o en general tiende a regurgitar con frecuencia, también durante las mamadas, esto hace sospechar una insuficiente válvula de cierre de la entrada del estómago. Entonces el alimento se derrama con el peristaltismo del estómago, retornando al esófago. ¿Qué hacer? Por indicación médica, acostar en posición oblicua, vale decir que se eleva la cabeza, colocando las piernas a un nivel más bajo. Por otra parte, puede espesarse la alimentación, por ejemplo con cereal precocido. Lo mejor es colocar la cuna o el colchón de la cama en posición inclinada. Debe prestarse atención si se observan hilos sanguinolentos de color marrón en el material vomitado. Estos significarían una alteración inflamatoria del esófago, que ya ha sido atacado por el jugo gástrico, por lo que se avisará de inmediato al médico. La función de la entrada del estómago por lo general se recupera en el transcurso de varias semanas. Gracias a la posición inclinada del bebé, sólo en escasas oportunidades se requiere la intervención quirúrgica.

D Diarrea

Como posibles causas de una afección de diarrea deben considerarse las siguientes: leche conservada durante demasiado tiempo, otros alimentos que se encuentren "justo en el límite de conservación", enfriamientos locales o generalizados, infecciones virósicas, infecciones bacterianas (por ejemplo bacterias coli, que sólo en lactantes tienen efectos patógenos, o salmonellas, que también afectan al adulto).

Aquí desistimos conscientemente de la explicación minuciosa de estas causas posibles. La madre sólo debe obtener certeza con respecto a qué hacer en el caso de una enfermedad leve y cuándo es necesario acudir al médico.

La diarrea en la lactancia, con o sin vómito y fiebre, en primera instancia siempre es motivo para la consulta médica, porque con sorprendente rapidez el lactante puede llegar a un estado de deshidratación y decaimiento. En el bebé amamantado por la madre, esta situación no se presenta casi nunca. Pero cuando se produce, en todo caso se continúa amamantando y se reemplaza la cantidad perdida por leche materna o infusión liviana de hierbas. En el niño alimentado a biberón, luego de la consulta se obedecen las indicaciones del médico, por ejemplo según el siguiente esquema:

Primer día: sorbos de té durante el período comprendido entre dos comidas, en forma de infusión de hinojo con 5% de glucosa (vale decir 5 gramos de glucosa en 100 ml de infusión; una cucharadita de las de té contiene aproximadamente 3 a 5 gramos de glucosa) y unos pocos granitos de sal fina. Se administra esta infusión en cantidades pequeñas según necesidad, o bien cada hora, siempre que el niño esté despierto. En todo caso por la noche, para la tercera comida, el niño comerá un poco de papilla* de arroz (en proporción de 3 a 4 gramos de harina de arroz en 100 ml de agua y 5% de glucosa). La adición de la glucosa en esta pequeña concentración no es perjudicial, por ser bien tolerada por el intestino. Gracias a este agregado, el niño se debilita más lentamente. Por otra parte, investigaciones recientes han demostrado que el agregado de azúcar tiene significación decisiva para la regeneración de la mucosa intestinal.

Segundo día: papilla de arroz como el primer día, en el lactante mayor de tres meses mezclado con zanahoria hervida en el biberón o como papilla (preparación véase pág. 268), también con el agregado de 5% aproximadamente de glucosa. La zanahoria hervida se da en cantidades crecientes y puede sumar varios vasitos por día. En lactantes de menos de cuatro meses, que todavía no están acostumbrados a la zanahoria, se continúa con papilla de arroz, preparándola también algo más espesa. Durante este día no se dan todavía productos lácteos. Los vómitos deben haber cedido durante el segundo día, con deposiciones menos frecuentes; al dar zanahoria, deberían tener un aspecto más aglutinado, siendo característico que "las zanahorias salen tal cual han entrado". Sin zanahoria, las deposiciones por lo general continúan grumosas y algo mucilaginosas y tienen poca sustancia (las llamadas "heces de hambre").

Tercer día: en una evolución sin problemas, cuando la fiebre esté cediendo podrá comenzarse nuevamente con algo de leche. En caso de deposiciones más sólidas o cuando ya no haya movimiento intestinal, a cada comida compuesta por zanahoria y papilla de arroz se le agrega aproximadamente de una cuarta a una tercera parte de leche de vaca hervida o la leche en polvo acostumbrada y bien tolerada. Si todavía hay deposiciones blandas o con niños muy sensibles se inicia una de las llamadas

* La papilla es un preparado hecho en base a harina super fina cocida en agua o leche. (N. del E.)

alimentaciones curativas: todos los días se sustituye una cuarta o tercera parte de la comida de zanahoria con papilla de arroz por la alimentación curativa en lugar de leche. Finalmente se concluye con la alimentación que el niño ha tolerado bien antes de la afección. Es verdad que con posterioridad a las diarreas, por cierto tiempo los niños a veces no toleran determinados azúcares de la alimentación (por ejemplo la lactosa). Esto habrá entonces que contemplarlo con respecto a la dieta, bajo la vigilancia del médico.

Síntomas y advertencias adicionales: Si la lengua se seca y aparecen sombras alrededor de los ojos o la fiebre asciende a 40 grados, debe consultarse al pediatra de confianza o al hospital de niños más cercano. Al primer aumento de fiebre los niños no siempre toman la cantidad habitual de líquido y también reaccionan más fácilmente con vómitos. Pero ¡por eso todavía no debería cundir el pánico! Lo decisivo es la impresión general: ¿El niño sólo está irritado o se encuentra totalmente alterado, o sea seriamente enfermo? En este último caso lo mejor es dirigirse al hospital, en el primero se continúa observando con ojo crítico. Eso sí, si aparecen vestigios de sangre en la deposición, habría que comunicárselo de inmediato al médico.

Las perturbaciones alimentarias crónicas durante la lactancia siempre llevan a la consulta médica. Al observar los padres con atención si las cantidades evacuadas diariamente en su conjunto suman más que una taza grande llena, pueden cooperar en forma eficaz con el diagnóstico del médico. Sería útil, además, que los padres puedan determinar el cambio de olor de las deposiciones de su hijo, siendo fácil percibir la diferencia entre una materia fecal ácida o alcalina, fermentada o putrefacta. Estos datos ya permiten elaborar pautas sobre la eventual existencia de una intolerancia de gluten o de determinados tipos de azúcares.

E Diarrea estival

La diarrea estival es una afección diarreica de tipo virósico, que ya puede afectar a los lactantes en sus primeras semanas de vida. Aparece preferentemente en los meses calurosos de verano, cuando la circulación sanguínea del niño está expuesta a mayores cargas, aumentando las posibilidades de infección a través del continuo contacto con barro y agua.

Para la prevención recomendamos no llevar a los lactantes a piletas de natación ni exponerlos a la radiación solar directa. Los niños pequeños tampoco deberían andar desnudos al aire libre, ya que esto conduce a una excesiva radiación solar, perjudicando el sistema circulatorio y nervioso. En todos los casos los niños siempre —cuanto más pequeños sean, tanto más imperiosamente— deberían llevar cubierta la cabeza y por lo menos el tronco con una delgada prenda de algodón, para protegerlos del sol.

Una vez aparecida la diarrea estival, dura aproximadamente una semana. Comienza con agudas diarreas acuosas y un ligero aumento de la temperatura (hasta 38°) en los primeros tres días. Para el tratamiento rigen las mismas medidas que indicamos para los vómitos y diarreas en la lactancia y en la primera infancia. Lo importante es que los niños beban únicamente agua hervida.

F Constipación

Tal como se señala en la página 264, los niños de pecho pueden tener diez deposiciones diarias o una sola en diez días. La leche materna es tan bien aprovechada por el organismo del lactante, que muchas veces la materia fecal ya sólo consta de secreciones y exfoliaciones. En realidad, los niños de pecho nunca presentan problemas. Otro es el caso de los niños con alimentación artificial. Estos deberían mover el vientre cada uno o dos días. Si al segundo día todavía no hay nada en el pañal, se recomienda dar unas gotas de jugo de limón inmediatamente antes de la leche (si se lo agrega antes de tiempo la leche comenzará a cortarse y entonces ya resultaría difícil que el niño la tome). Si esto no alcanzara, se puede usar harina super fina de avena como aditivo transitorio, cuyo efecto laxante todavía puede ser ligeramente aumentado con el agregado de un poco de miel. Si entonces en el ano sólo se ha formado un tapón de materia fecal difícil de expulsar por el bebé, es posible activar la evacuación estirando ligeramente el esfínter anal con unas gotas de aceite sobre la yema del dedo meñique, y a continuación apretando suavemente con las manos ambas pantorrillas y rodillas del lactante contra su cuerpo. En esta forma se le ayuda a presionar, y en general el éxito no tarda en producirse.

2. Vómitos y diarreas en la primera infancia

A La infección gastrointestinal simple

Si los vómitos y diarreas aparecen sin fiebre importante, sin cólicos y con un abdomen blando, se acuesta al niño en la cama y se procede aproximadamente igual que con el lactante.

El primer día se hace un intervalo con solamente infusión de hierbas, acaso se le da un poco de papilla de arroz o sopa de avena arrollada ligeramente salada.

Al segundo día el vómito ya debería haber cedido. Se da infusión de hierbas, zanahoria hervida, manzana rallada, acaso un poco de banana* pisada, papilla de arroz o avena y bizcocho mojado en agua.

A los tres días, cuando la diarrea debe de haber mejorado, para comer se da puré de calabaza o zapallo con un poco de papa o papilla de sémola con caldo, tostadas o galletitas secas, eventualmente con queso blanco, también yoghurt descremado, según el estado del paciente. ¡Nada de golosinas ni chocolate, ni papas fritas, ni pollo, ni limonada! Muchas recidivas ocurren ese día porque los pequeños pacientes ven comer "cosas ricas" a los demás.

Si al cuarto día todavía no se tolera una dieta liviana, habría que consultar al médico.

El niño recién podrá volver a "comer de todo", cuando durante tres días no haya tenido ni vómitos, ni diarreas, ni fiebre.

B Vómitos acetonémicos

La cubierta abdominal se encuentra blanda y no está sensible a la presión, aunque antes de los ataques de vómitos pueden aparecer intensos cólicos abdominales, a veces horas antes del vómito mismo. Por causas desconocidas, en niños de unos dos a diez años de edad, especialmente predispuestos, aparece una perturbación transitoria del metabolismo de las grasas, durante la cual se produce acetona y sustancias similares. Personas con el olfato muy desarrollado ya perciben el olor a manzana al entrar en la habitación en que se encuentra el niño. ¿Qué hacer? La primera vez se concurre al médico. Más adelante, los mismos padres están

* Quitarle el filamento con pequeñas semillas que tiene en el centro. (N. del E.)

capacitados para evaluar la situación. En este momento el niño necesita con urgencia azúcar y líquido, para que el metabolismo recobre su equilibrio. El siguiente procedimiento ha dado muy buenos resultados: cada diez minutos uno a dos sorbos de infusión de hierbas con el agregado de 5 a 10% de glucosa (vale decir una a dos cucharaditas de las de té en 100 ml de té). Para ello se presta la infusión de hinojo o manzanilla, mientras no sirve el té de malva ni el de menta. Sobre el abdomen se hace una envoltura caliente con manzanilla u *Oxalis* (véase aplicaciones externas, pág. 475). No hay que alarmarse si el niño todavía vomita varias veces, sino que se lo debe tranquilizar, diciéndole que ahora pronto se sentirá mejor, y que siga tomando despacio el próximo sorbo de té. Porque algo retiene el niño de ese té. Al cabo de una a dos horas lentamente se puede ir aumentando la cantidad de bebida, hasta que retenga el té endulzado con glucosa, por tazas. En muchos lugares se da una bebida Cola con grisines salados. Nosotros preferimos no recomendar esta variante, por desconocer su composición. Además, las bebidas Cola, por su contenido de fosfatos y cafeína, no son indicadas como bebidas estimulantes para niños, particularmente para los que presentan tendencia al vómito acetonémico y de todas maneras son vegetativamente más inestables que otros. En el interín se controla cuidadosamente el abdomen, para verificar si continúa estando blando. Una vez detenidos los vómitos se agregan bizcochos, pero nada más durante ese primer día. Al día siguiente se dará una dieta liviana, libre de grasas. Al tercer y cuarto día se continuará con alimentación pobre en grasas. Los medicamentos están de más. Si a pesar de todo, los vómitos se mantienen durante más de 16 horas, se consultará al médico. Desde luego también si el niño presenta ojeras y la lengua seca.

El vómito acetonémico no tiene relación alguna con la diabetes, más allá del hecho de que en ambos se produce acetona.

Vómitos ocasionales, más bien crecientes, por lo general acompañados por dolores de cabeza, hacen necesario un examen neurológico por parte del médico.

El vómito a continuación de un accidente que haya interesado la cabeza siempre requiere la inmediata concurrencia al hospital.

Vómitos como consecuencia de un susto: tranquilizar y abrigar al niño. En casos graves acudir al médico.

3. Constipación crónica

La constipación crónica muchas veces tiene su origen en fisuras anales que alguna vez han producido dolor al niño. También deben tenerse en consideración causas constitucionales, con menor frecuencia también orgánicas y finalmente anímicas. Por lo tanto aquí —al igual que en la enuresis (incontinencia de la orina)— en primera instancia se requiere la consulta con el pediatra. Aquí esbozamos los lineamientos terapéuticos para el caso de no existir ninguna de las raras causas orgánicas, que sin embargo requieren esclarecimiento.

Como primera medida debe evacuarse el intestino grueso, completamente abarrotado. Lo mejor y más benigno es un enema con infusión de manzanilla (véase Apéndice, pág. 486). En último caso también se pueden emplear los pomo-enemas listos para usar, en venta en farmacias o bien supositorios para el mismo fin, aunque a menudo no conducen al ablandamiento del contenido intestinal que se persigue. Lo importante es que primeramente se evacúe la totalidad del intestino grueso y no sólo el recto. Resulta fácil convencerse del efecto del enema, palpando el abdomen. Como toda medida purgante por vía rectal puede convertirse en hábito, es conveniente consultar con el médico la frecuencia con la que se ha de proceder.

La medida siguiente reside en una combinación razonable de alimentos. Si con el müsli un niño ya ingiere todos los ingredientes saludables, entonces a veces un pancito con miel y una infusión de menta bien pueden sustituir la leche acostumbrada. O sea que, existiendo ya una dieta rica en residuos (a la que también pertenece el pan integral), la recomendación apunta a intentar una vez pasar a la alimentación más pobre en residuos, particularmente cuando los gases y los dolores de vientre son frecuentes. Por otro lado, el "niño de pastas, pan blanco y chocolate" primeramente tendrá que conocer la naturaleza en el aspecto más fortalecedor de la alimentación. El cacao, las bananas, manzanas, té negro y leche son alimentos constipantes. Las sustancias laxantes son las ciruelas pasas remojadas en agua, el suero que queda una vez separada la manteca de la leche, yoghurt, agua mineral y semillas de lino. Estas últimas, una vez molidas, constituyen una panacea de aplicación universal para los niños. Se puede dar una cucharadita de las de té dos veces por día, mezclada con un poco de miel y tres gotas de jugo de limón, o darlas junto con yoghurt o caldo antes de la comida.

No obstante, una parte importante del tratamiento reside en observar

la situación familiar. Allí donde ya se conoce el problema desde la generación precedente, la primera falta de evacuación actúa de manera diferente sobre la constelación familiar, que cuando los padres no están sensibilizados frente al problema. En ambos casos, sin embargo, siempre rige el lema: ¡No hay nada más constipante para el intestino que preocuparse por la evacuación! Por el contrario, el vivo interés en el entorno tiene un efecto laxante. Vale decir que cuando el día todavía no promete ninguna meta esperada con gran expectativa, debería aparecer una, aunque sólo sea una pequeña sorpresa que se desee dar a otro. Esto también rige para el lactante y el niño pequeño, sólo que aquí la tensión y la sorpresa se consiguen más por el tipo de dedicación. Quien observa en sí mismo una tendencia hipocondríaca, por prestar constante atención y manipular sus evacuaciones, debería leer el libro de von Feuchtersleben "Zur Diätetik der Seele" (La dietética del alma).

4. Observaciones sobre el proceso digestivo

La particular susceptibilidad del conducto gastro-intestinal infantil frente a las perturbaciones indica que los órganos digestivos deben adquirir su capacidad funcional. ¿Qué es lo que debe "aprenderse"? ¿Qué es lo que produce la digestión? Debe estar en condiciones de destruir todo lo que representa la particularidad de un alimento; vale decir que la digestión será tanto mejor, cuanto menos quede de lo que era el pescado o rabanito. Sólo tras su destrucción total pueden contribuir a la conformación de sustancia humana. Es así que el alimento, como parte del medio ambiente, debe "morir" para que pueda servir al despliegue de fuerzas humanas. Por ejemplo, si sólo un poco de proteína no característica se introduce en la sangre humana, el cuerpo ya debe reaccionar en forma altamente aguda con fiebre o síntomas alérgicos. Si aparecen intolerancias alimentarias (como por ejemplo con respecto al gluten de cereales, albúmina láctea o determinados azúcares), entonces el organismo ya no está en condiciones suficientemente favorables como para "humanizar" la respectiva porción del "mundo".

Aquí es posible apoyar al organismo, si se vuelve a andar por el camino desde el alimento más liviano hasta el que se digiere con mayor dificultad. He aquí el ideal de toda dieta. Ante ciertas enfermedades puede hacer falta excluir determinados alimentos. Pero la meta debería ser, lle-

gado el caso, volver a aprender a digerir las comidas de las que había tenido que abstenerse. Cuanto más capacitado esté nuestro metabolismo para transformar todo alimento en sustancia humana, tanto más fuertes seremos y contaremos con tanto más voluntad. Por ejemplo si estamos frente a una relativa escasez de enzimas, de manera que determinada etapa de la digestión no tiene lugar de modo satisfactorio, entonces naturalmente en primer término convendrá abstenerse del respectivo alimento. Pero entonces, mediante una prudente carga gradual se podrá estimular la síntesis de la enzima, mientras que en caso de no ser utilizada ésta continuaría disminuyendo.

V. MANIFESTACIONES CUTANEAS Y ENFERMEDADES DE LA PIEL

En este capítulo discutiremos las afecciones cutáneas más importantes, a excepción de las enfermedades e infecciones infantiles. Lo que observamos sobre la piel es expresión del estado general de la totalidad del individuo. El estado de nutrición, metabolismo hídrico, circulación sanguínea, hígado, riñón, glándula suprarrenal, tiroides y sistema nervioso participan de las manifestaciones múltiples. Es posible reconocer directamente las actividades del organismo viviente y de lo anímico-espiritual en algunos síntomas, y sospecharlas en muchos otros. De esta manera sabemos que en perturbaciones metabólicas del riñón e hígado puede depositarse ácido úrico y bilirrubina en la piel, y que esto puede provocar prurito. Asimismo todos conocemos el fenómeno de la palidez por un susto o en presencia de temor, la aparición del sonrojo que produce la sensación de vergüenza, como así también el leve rubor que cubre el rostro ante emociones particularmente gratas.

A continuación sólo trataremos aquellos síntomas y enfermedades en que una evaluación previa por parte de los padres facilite la decisión sobre si se requiere la consulta médica o no. Por lo demás, también se contemplarán aquellas afecciones cutáneas para las que puedan darse consejos con respecto al cuidado y terapéutica.

1. Los lunares del lactante

Lunares o nevos vasculares:

Manchas rojas superficiales congénitas a nivel cutáneo son indicativas

de dilataciones benignas de la fina red vascular subcutánea. Si su ubicación es centralizada o simétrica en la frente, los párpados, cejas o en la nuca, por lo general desaparece en el curso del primer año de vida. Los lunares unilaterales, por el contrario, son permanentes.

Angiomas:

Estos aparecen como formaciones blandas, rojas, redondas, que sobresalen del nivel de la piel. Los angiomas se forman y crecen por lo general en el primer año de vida y desaparecen lentamente a partir del segundo año.

Manchas de color café con leche:

Por lo general, estas manchas, que llaman poco la atención, tienen varios centímetros de diámetro, son de bordes irregulares y permanecen como marcas personales inalterables. Si se observan más de cinco manchas de este tipo o si cubren grandes superficies de la piel, se discutirá el tema con el médico.

Manchas oscuras de pigmentación:

También estos fenómenos cutáneos con o sin vello, son permanentes. Su extensión y forma variables no permiten una apreciación conjunta. Las manchas de pigmentación que se transforman o crecen deben ser sometidas a la evaluación por parte de un médico especialista.

2. Xantocromía (coloración amarillenta de la piel)

La coloración amarillenta de la piel, excluyendo la parte blanca del ojo, en los lactantes por lo general es inofensiva: proviene de la inclusión de zanahoria en la alimentación. Si la parte blanca del ojo también está afectada, se trata de ictericia. Esta aparece en casi todos los recién nacidos en mayor o menor grado, ya que la actividad hepática todavía no está en condiciones de satisfacer el catabolismo de la hemoglobina fetal que se inicia luego del alumbramiento. En los casos graves, el tratamiento consiste en

baños de luz (recién nacidos que se encuentran ubicados cerca de una ventana son menos afectados) y en casos pronunciados debe realizarse en el hospital durante toda la noche o complementarse con una transfusión recíproca. Esta última es necesaria casi únicamente ante la incompatibilidad de grupos sanguíneos entre madre e hijo, con rápida desintegración sanguínea. La ictericia en edades mayores es índice de una afección hepática y requiere el inmediato esclarecimiento facultativo.

3. Acné miliar

Aquí se trata de granitos blancos, duros, del tamaño de la punta de un alfiler, en el recién nacido. Por lo general se encuentran alrededor de los ojos, contienen un componente de queratina y desaparecen por sí solos. Lo mismo rige para las placas de inclusión amarillentas, del tamaño hasta de una lenteja, en el ámbito bucal, sobre la cresta dental o en el límite entre el paladar óseo y el blando, que los padres descubren y a veces suelen confundir con el hongo del "muguet" (Candida albicans).

4. Costra láctea

Así se llaman las escamaciones ásperas, grasientas, adheridas en placas sobre el cráneo y en las cejas. Aparece en los primeros meses de vida y puede ser ablandada con aceite y luego desprendida cuidadosamente con un peine fino. No hay que temer lesionar la fontanela. Más adelante este cuadro desaparece por sí solo.

5. Granitos en las mejillas en las primeras semanas de vida

Si en las primeras semanas de vida aparecen granitos duros al tacto sobre un engrosamiento de la piel de las mejillas, entonces —al igual que la costra láctea— a menudo se trata de fenómenos dentro del marco de la llamada dermatitis seborroide (compárese más adelante), una expresión de la transformación hormonal similar a la que tiene lugar en la pubertad. Se los debe diferenciar de pustulitas purulentas (véase allí, pág. 107). Estos granitos contienen sebo y no son purulentos ni contagiosos. Por lo general se curan con una grasa o ungüento lenitivo preparado por el farmacéutico. (Granos que aparecen más adelante, véase bajo Eczema, Pústulas purulentas).

6. Dermatitis seborroide

Con este nombre se define una inflamación cutánea producida como consecuencia de la producción irregular de sebo. Se trata de una excesiva actividad vital de la piel, que se caracteriza por una gran producción de grasas, con intensa formación de escamas. En esta enfermedad, los granitos duros recién descritos se convierten en un estado de irritación más intenso. De esta manera pueden aparecer focos de inflamación en el ámbito del pañal, en pliegues de la piel y en el ombligo, extenderse lentamente y en algunos casos aún afectar todo el cuerpo. Ante tal dermatitis seborroide generalizada la piel requiere un muy buen tratamiento, para que no se produzca la supuración de las zonas lesionadas. Los niños no sienten prurito y por lo general están de buen ánimo. Para el médico no siempre resulta fácil diferenciar la enfermedad de una micosis. También es probable que ambas enfermedades se superpongan. La dermatitis seborroide muchas veces se cura antes del cuarto mes de vida. Para el tratamiento se prestan baños de aceite y pomadas con agregado de azufre. (Véase Formación de escamas en la cabeza, pág. 102).

7. Eczema endógeno crónico, dermatitis atópica o neurodermitis

La palabra "endógeno" sólo indica que proviene del interior del organismo; "atópico" significa que la inflamación cutánea no está circunscripta a una zona. En más de la mitad de los niños existe un factor familiar y en muchos una mayor predisposición alérgica, por ejemplo contra la leche y otros alimentos. A menudo también existe un trasfondo de disfunciones leves del sistema hepático-biliar, de los riñones o del aparato digestivo. Hay una relación con la fiebre del heno y el asma. La aparición de esta enfermedad ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. Nosotros consideramos que ello en primer lugar no se debe a una secuencia de crecientes cargas del medio ambiente a través de sustancias tóxicas e irritantes, sino a una defectuosa individualización del cuerpo heredado por parte de la esencia espiritual-anímica del niño. Por lo tanto, la terapéutica constitucional de orientación antroposófica tiene como principal meta el fortalecimiento de la organización del Yo (compárese también con "Sobre el sentido de las enfermedades infantiles", página 135 y sig.).

En vista de que esta afección cutánea por lo general se presenta con fuerte prurito, se convierte en una prueba de resistencia para toda la fa-

milia. Las alteraciones de la piel se encuentran preferentemente en los pliegues de la articulación, aunque también pueden afectar el rostro, cuello, tronco y aún el cuerpo entero. Aparecen nodulitos duros, parcialmente superpuestos, que luego forman manchas en relieve, que pueden impresionar como lesiones, supuran y que a veces se rascan hasta sangrar y cubrirse de costras. Los niños tienden a la piel seca. Como aquí en la mayoría de los casos es imprescindible el asesoramiento médico, en este lugar sólo quisiéramos transmitir algunas experiencias en el trato con esta enfermedad. En estos casos mucho depende de que los padres logren tratar al niño con total objetividad. Las madres muchas veces están al borde de la desesperación, porque el niño que se rasca no sólo está sufriendo, sino que recurre al chantaje para obtener todo lo que desea: no duerme en su propia cama, siempre quiere lo contrario de lo que quieren imponerle los demás, y se convierte en el tirano de toda la familia. ¡Y eso que precisamente estos niños deberían ser tratados en la forma más "normal" posible! En presencia de prurito intenso, con toda serenidad se procederá a hacer un baño de inmersión, a continuación se volverá a aplicar crema sobre la piel, cubriendo luego todos los sectores afectados por la picazón con ropa interior de algodón, preferentemente un mameluco enterizo que incluya también las manos. Seguidamente se vuelve a integrar al niño en la vida cotidiana, sin prestarle mayor atención (compárese con el capítulo Enfermedades Crónicas, pág. 176). Hemos hecho buenas experiencias con baños de infusión de equiseto (que sirve también para compresas). Para ello se hierve un puñado de hojas de "cola de caballo" en un litro de agua durante cinco minutos, a continuación se deja reposar durante unos quince minutos más y se utiliza la infusión como compresa o aditivo del baño no demasiado caliente. Para la piel seca ha dado buenos resultados un ungüento que contenga 1 parte de *oleolado de equiseto al 10%* y 3 partes de *PH 5 Eucerina.*

Ante prurito intenso habría que aplicar con frecuencia por ejemplo el siguiente ungüento refrescante: 1 parte de *cocción de equiseto al 10%* y 1 parte de *Eucerina anhidra.*

Estas fórmulas fueron creadas como ayuda transitoria hasta que tenga lugar el asesoramiento detallado con el médico pediatra.

La terapéutica deberá ser indicada tanto para aplicación externa como interna en forma totalmente individual. Hemos tenido que aplicar ungüentos con cortisonas sólo cuando los padres o el niño

no podían tolerar la sobrecarga de dedicación que implica la otra terapia.

8. Piel "marmolada"

La coloración azulada de la piel en los labios y uñas de las manos o bien en los pies, o una piel marmolada (mezcla de extensas regiones del cuerpo rojas o azuladas) puede significar que el niño ha pasado o tiene frío. Tales manchas también pueden observarse en el ascenso de fiebre. Después de una comida opulenta, los niños son más sensibles en este sentido. Según la situación, se pone al niño ropa de lana y se lo cubre o envuelve con mantas abrigadas. En conexión con respiración rápida o pulso demasiado acelerado o demasiado débil, con un estado general debilitado, la piel azulada remite a una afección pulmonar o cardíaca, que entonces justifica la consulta médica.

Si un niño pequeño ha quedado durante demasiado tiempo inmóvil, expuesto a temperatura muy baja, pueden aparecer congelamientos muy dolorosos de primer grado. Se presentan como hinchazones rojizas de consistencia pastosa, particularmente en la región de las articulaciones interfalángicas. Entonces la aplicación de excesivo calor externo es igualmente errónea como las fricciones con nieve que se practicaban antiguamente. Lo mejor es dar al niño una infusión de hierbas caliente con miel y envolverlo bien en frazadas de lana o acolchados de pluma.

9. Enrojecimiento de las mejillas

Las mejillas muy enrojecidas pueden tener varias causas: fiebre, dentición, escarlatina, aire frío, excitación. Ocasionalmente se deben a una exposición demasiado prolongada al frío, durante el paseo en un día ventoso. Particularmente en lactantes muy "mofletudos" de aproximadamente medio año de vida, de este modo pueden producirse congelamientos leves cuyos efectos se mantienen visibles durante varias semanas. Debajo del color rojo algo oscuro de la piel de la mejilla se palpan concreciones de tejido endurecido. Esa piel queda entonces hipersensibilizada contra el frío durante un tiempo prolongado, debiendo ser protegida con pomadas grasas que se pueden cubrir con un poco de gasa.

Una creciente hinchazón unilateral dolorosa requiere el inmediato tratamiento médico.

10. Palidez

Si las mucosas de los párpados estirados hacia abajo, los labios, lóbulos de la oreja y uñas de la mano presentan un color igualmente rosado que en los demás niños, a pesar de la palidez no hay anemia. Pero si éstas también se encuentran pálidas y además hay decaimiento y desgano, habrá que concurrir al médico.

11. Onfalitis (inflamación del ombligo)

En la etapa del recién nacido, en la tercera semana de vida un ombligo todavía puede estar húmedo o bien volver a supurar y aún sangrar un poco. Si la piel circundante está roja e hinchada, se acudirá de inmediato al médico. Si sólo hay algunos granitos irritados en los alrededores, todavía se podrá esperar un poco. Generalmente se trata de un granuloma de ombligo semejante al que se desarrolla en heridas de lenta cicatrización. Donde colgaba el cordón umbilical queda una herida de 2-3 mm. El médico procederá a cauterizar. El tratamiento casero posterior se hará según la indicación del médico, o bien: una a dos veces por día limpieza con alcohol al 70% u otro desinfectante para la piel, dejar secar o secar con gasa, luego entalcar. Por lo general se prescinde del ombliguero, yà que los pañales de gasa están igualmente limpios y se cambian más a menudo. Con este tratamiento también desaparecen los pequeños granitos en la región circundante. Tanto los desinfectantes como el alcohol pueden irritar al cabo de varios días, por lo que no habría que usarlos durante más de tres a cuatro días. Si entonces el ombligo todavía supura, quizás tenga que tratarlo el médico. Al cambiar el pañal también se puede controlar el olor del ombligo y de este modo descubrir una alteración inflamatoria. Tratamiento posterior con aceite.

Por lo general, por razones comprensibles las madres no están dispuestas a manipular mucho el ombligo. Sin embargo, el temor de introducirse en el abdomen es infundado. Secreciones, costras o restos de talco pueden irritar el ombligo y también conducir a leves pérdidas de sangre. Entonces, a partir de la tercera semana de vida ¡puede limpiarse tranquilamente el ombligo con algodón o hisopos embebidos en aceite!

12. Pústulas purulentas y ampollitas en el lactante pequeño

Al contrario de los nodulitos más bien punteagudos, duros y amarillentos en la alteración seborreica de la mejilla, las ampollitas de tamaño generalmente no mayor a unos pocos milímetros, llenas de pus de color amarillo-verdoso, pertenecen al grupo de las afecciones cutáneas purulentas. Las tratamos aquí, porque en el período de lactancia tienen otro aspecto y requieren otro tratamiento. En el pus se observan estafilococos. Las pustulitas aparecen diseminadas o en grupos por lo general sobre el cuero cabelludo duro, en las axilas o en el ámbito del pañal. Sin embargo también pueden presentarse en todas las demás partes del cuerpo. En casos infrecuentes en que en el término de pocas horas brotan pústulas purulentas de varios centímetros de diámetro, debe llevarse al niño de inmediato al médico. En las pustulitas pequeñas también es conveniente el tratamiento médico, aunque —siempre que el estado general del niño sea bueno y no exista fiebre— la situación no es tan dramática. Puede aprovecharse el tiempo hasta la consulta médica para controlar el cuidado del niño con respecto a una posible propagación de gérmenes: el cambio diario y completo de la ropa del niño y su entorno, incluyendo todas las toallas que utilizan los padres. Limpieza total del estante o cajón de tocador del niño; acaso también cambio de artículos de tocador, uso de pomadas sólo de envases nuevos mediante espátula de madera que se descarta después de cada uso. Lavado profundo de las propias manos, con jabón y cepillo de uñas, antes y después de realizar la higiene del niño. Tales fenómenos cutáneos no sólo aparecen en condiciones insuficientes de higiene, sino también en familias que hacen uso indiscriminado de desinfectantes. De esta manera se destruye la flora cutánea normal, provocando un aumento de predisposición hacia la proliferación de gérmenes. Resulta importante saber que a causa de la debilidad constitucional de las defensas del lactante, esta enfermedad puede ser transmitida muy fácilmente a otros lactantes pequeños. Además puede producirse una mastitis en la madre. Por lo tanto, en este período los padres deben cuidarse de tener las uñas bien cortas, para hacer posible la limpieza profunda y cuidar que sus cabelleras no rocen al niño, convirtiéndose de esta manera en verdaderos "depósitos de bacterias". Al seguir las indicaciones del médico, por lo general alcanza el tratamiento con medidas externas desinfectantes y desecantes.

13. ¿Qué hacer con las paspaduras?

En el uso diario del idioma llamamos así a todos los fenómenos cutáneos inflamatorios en el ámbito del pañal. Un repentino enrojecimiento intenso (paspadura simple) alrededor del ano, que por lo general no excede los pliegues de los glúteos, muchas veces proviene de una deposición que ha quedado durante más tiempo dentro del pañal o de heces algo más cáusticas, por ejemplo a causa de jugo de naranja o manzanas, o cuando por la dentición la digestión está algo perturbada o simplemente a causa de una incipiente diarrea. Tratamiento: usar poca agua, preferentemente limpiar con aceite, cremas desecantes, bien adherentes y grasas (por ejemplo pomada de óxido de zinc con aceite de hígado de bacalao), cambio frecuente de pañal.

Pequeños granitos rojos con un delgado aro de escamas blancas en el borde son sospechosos del hongo del "muguet" (Candida albicans). Muchas veces aparecen primero alrededor del ano o de los genitales, uniéndose luego hasta que finalmente pueden afectar todo el ámbito del pañal hasta el ombligo. Al final se observa una superficie intensamente roja que supura con facilidad (compárese con el capítulo "Micosis", pág. 109).

Aquí no hace falta tratar la dermatitis amoniacal, ya que los lectores de este libro cambian los pañales de sus niños con suficiente frecuencia. Este tipo de dermatitis del pañal se produce por la descomposición de la orina y la irritación cutánea que provoca el amoníaco que contiene.

También la dermatitis seborreica ya mencionada puede afectar el ámbito del pañal. Se emplea la citada pomada grasa, cubriendo a continuación con pomada de óxido de zinc. También aquí se recomienda la limpieza con aceite.

Irritaciones cutáneas en los pliegues inguinales durante las primeras semanas de vida pueden provenir de una limpieza insuficiente o bien de una limpieza demasiado ruda de estos lugares de piel todavía muy delicada. Tratamiento: limpiar suavemente con algodón embebido en abundante aceite y luego tratar con un ungüento graso neutro, libre de otras sustancias activas. ¡El talco hace grumos e irrita! En la misma zona al cabo de cierto tiempo también pueden aparecer engrosamientos cutáneos más duros, grisáceos, a lo largo del pliegue. Entonces se ha incrustado la capa superficial de la piel con la sustancia utilizada para la limpieza. Con baños y el uso de aceite esta capa desaparece en el término de una semana.

Si aparecen irritaciones cutáneas en forma de cinta alrededor del ombligo o en los muslos, su origen reside en los bordes de la bombachita de goma o los pañales descartables. Tratamiento con ungüentos secos y modificar la manera de acomodar el pañal (compárese con el capítulo respectivo en la Parte II).

En las primeras semanas de vida ocasionalmente se observan manchas más o menos tupidas de colonias de granitos o bien erupciones en forma de ampollitas, preferentemente en el ámbito del pañal, pero también en el tórax. No siempre permiten clasificarlas como purulentas o del tipo fungus. Nuestra experiencia nos prueba que se observa una rápida declinación del brote, con sólo prescindir de los suavizantes para la ropa, volviendo a enjuagarla sin éstos.

En general aconsejamos a todos los padres el lavado convencional de la ropa, sin suavizantes, a más tardar cuando aparezcan irritaciones cutáneas en el cuerpo. Más allá de esto, cuando el lavarropas trabaja con cantidades demasiado escasas de agua, a veces se hace necesario enjuagar los pañales a mano.

14. Micosis

Con el triunfo de la vestimenta de fibras sintéticas, algunas de estas enfermedades cutáneas han experimentado un increíble auge. Otras recién lo han logrado gracias a la ayuda de los tratamientos antibióticos. Lo que antiguamente era considerado como enfermedad de determinadas profesiones con exposición a la humedad o bien como enfermedad de ciertos estratos socialmente débiles, o aparecía en pacientes particularmente debilitados, constituye hoy en día un fenómeno muy común, conocido por todas las familias, pero sobre el que no se suele hablar voluntariamente. En este contexto, por el uso mundialmente creciente de antibióticos antimicóticos, es posible calcular cuál es el efecto global de éstos a favor de la declinación de las enfermedades micóticas. De todos modos, el hongo —ya sea fomentado o combatido— se encuentra en pleno avance.

A Aftas en el ámbito bucal y del pañal

En la boca se observan saburras blancas, delgadas o más gruesas, reticuladas o bien grumosas, especialmente en los bordes de la lengua que rozan las paredes internas de las mejillas. A veces la saburra afelpada llega hasta

los labios. Una saburra blanca, localizada en la lengua, y que no afecta la mucosa de las mejillas, todavía no indica que se trata de aftas.

Los fenómenos cutáneos en la región anal inicialmente consisten más bien en nodulitos puntiformes, muchas veces húmedos, que se expanden rápidamente en forma de manchas que se unen entre sí, y en cuyo borde se presentan delgados aros de escamas hacia el interior. Al comienzo el hongo por lo general coloniza la boca y luego se traslada a través del conducto intestinal hacia la región anal. Por lo tanto, también se lo puede comprobar en la materia fecal. Con el tratamiento simultáneo con un antibiótico de amplio espectro o en niños muy debilitados, se fija persistentemente en esta zona. Entonces las deposiciones tienen olor a levadura.

Por lo general se puede contar con que un tratamiento localizado en la boca y en el ano conduce al éxito si se tiene la debida paciencia. Esto también es válido para los casos que anteriormente sólo habían sido tratados con antibióticos (por lo general con Nistatina), con éxito transitorio. El principio es sencillo: pincelaciones estabilizantes de la mucosa bucal, con las que simultáneamente se extrae parte de las saburras micóticas. Aplicamos por ejemplo *Solución de Ratanhia comp.* diluida, en la que se moja un hisopo de algodón, ensayando primeramente en uno mismo, para saber hasta qué concentración todavía resulta agradable sobre la mucosa (también puede usarse *Agua Dentífrica Weleda* diluida). El hecho de que el hongo no desaparece tan rápidamente como con Nistatina, no necesariamente constituye una desventaja, ya que a su vez las recidivas son menos frecuentes.

Para la micosis en el ámbito del pañal rige lo siguiente: los hongos crecen donde encuentran un medio húmedo y oscuro, algunos más bien en el calor, otros más en el fresco. Entonces es fácil imaginar qué hacer. Si los hongos son rodeados de aceite, que a veces todavía está mezclado con un aceite esencial, se "sentirán" trasladados a un arbusto seco de flores labiadas, aromáticas, y pierden las ganas de proliferar. De modo que no se limpiará la piel con agua, sino simplemente con aceite de girasol (aceite de girasol porque en estas cantidades es considerablemente más económico que el aceite especial para bebés), aplicando a continuación un aceite que contenga una cantidad conveniente de aceite esencial, como por ejemplo el oleolado de lavanda, de caléndula o manzanilla, o sus mezclas. (Aceite de tomillo y eucalipto son demasiado irritantes y por lo tanto no aptos para este uso.) Esto se cubre con una capa aislante de *Sulfur/Chamomilla comp., ung.*

Lo importante ahora es cambiar a los niños tantas veces como sea posible, también una a dos veces por noche. Porque cuanto más pequeño el niño, tanto menos formado está su ritmo vesicular y con tanto más frecuencia orinará en el pañal. La humedad de la orina y sus productos de descomposición actúan en contra de todas las medidas curativas, aparte de ser fomentadas por el uso de polietileno o los pañales descartables. Porque el polietileno sólo protege a los adultos de la humedad - ¡pero no la piel del niño! Por lo tanto, recomendamos pañales de gasa y para absorber la humedad pantaloncitos de lana no tratada, de tejido abierto (véase instrucción de tejido en el Apéndice, pág. 489). En este período sólo habría que lavar o a lo sumo bañar brevemente al niño, para que no se ablande la piel haciendo penetrar más profundamente los hongos.

Luego de cada aplicación de agua se debe secar minuciosamente la piel. A este efecto también puede emplearse un secador de cabello. A continuación se cubre bien con aceite. Al cabo de tres a cuatro días puede esperarse la mejoría, aun cuando al comienzo todavía broten algunos focos nuevos. Hasta la curación total pasan entre dos y tres semanas. Si contra toda expectativa no se produce mejoría, habrá que rever el diagnóstico. En todo caso finalmente lo resolverá el llamado "tratamiento abierto": a lo ancho de la mitad de la cuna se fija una pequeña varilla de madera, se viste sólo el tórax del niño, la colita reposa sobre algunos pañales. Por encima de la cuna y la varilla se coloca una frazada de manera tal, que no pueda ser quitada por el niño y que el espacio por debajo de la misma quede bien cálido. Por lo general ahora habrá que sobrecalentar bien la habitación, acaso con el agregado de una bolsa de agua caliente debajo del colchón, para que no se pueda producir un enfriamiento.

B El hongo del pie (pie de atleta)

Los hongos que atacan la epidermis del pie se reconocen por la descamación grumosa y en forma de laminillas entre los dedos o en la afección de aspecto seco de la piel dura en la planta de los pies.

Principios terapéuticos: tanto aire y tan poca agua como sea posible (pero tanta como sea necesaria, por la aislación social que sufriría en caso contrario). Luego de la ducha puede realizarse un baño de pies con infu-

sión de salvia o simplemente de agua y sal gruesa (proporción: 2 litros de agua y una cucharada sopera de sal), friccionando las partes afectadas y su entorno con los aceites arriba mencionados o simplemente con un aceite para masajes que no contenga sustancias irritantes, sino sólo aditivos naturales en forma de aceites esenciales. Luego del agua, usar el secador de cabellos para que la zona quede bien seca, o si no hay fisura, deshidratar con topicaciones de alcohol yodado. Caminar descalzo tantas veces como sea posible, o en medias o sandalias abiertas. Evitar las medias de fibras sintéticas. Limitar en lo posible el tiempo de uso de botas, zapatos o zapatillas con forro de fibras sintéticas. Lo más indicado es usar zoquetes o medias de algodón de distintos grosores y cambiarlos no sólo diariamente, sino cada vez que estén húmedos. Casi siempre se puede prescindir de la consulta médica.

15. Algunas inflamaciones cutáneas purulentas

A Erisipela

Manchas intensamente rojas y calientes, que se extienden en grandes superficies nítidamente delimitadas por bordes irregulares, con fiebre y decaimiento, deberían ser de inmediato objeto del control médico. En estos casos rara vez es posible evitar los antibióticos.

B Impétigo contagioso

Aquí aparecen pústulas aisladas con prurito, que se extienden rápidamente hasta formar superficies y por lo general están cubiertas por gruesas costras amarillas. El hecho de que el paciente se rasque favorece la propagación. Por lo general la afección comienza en puntos de irritación de la piel, por ejemplo, en presencia de un resfrío, debajo de la nariz. La enfermedad aparece preferentemente en niños pequeños en verano, es muy contagiosa y difícil de dominar sin tratamiento desinfectante. Los preparados con mercurio, aplicados antiguamente, se han dejado justificadamente de lado. El tratamiento médico resulta imprescindible. En las recidivas también debe tenerse presente, como posible fuente de infección, la arena —¿quizás vieja?— en el cuadro de arena en que juegan los niños.

C Foliculitis (también llamada estafilodermia o estafilodermatitis)

Se la reconoce por las pequeñas pústulas purulentas, en cuyo centro a veces se observa un cabello. Es más frecuente encontrar estas inflamaciones en piel grasa, con una transpiración más copiosa, con carga de suciedad, alimentación demasiado grasa (carne de cerdo y embutidos), en irregularidades digestivas incluyendo la constipación, en una higiene inadecuada de la piel y en la pubertad.

D Forúnculos y carbunco o ántrax

Inflamaciones purulentas mayores, situadas a más profundidad en la piel, se llaman forúnculos, las muy grandes carbunco. Si la inflamación aparece en las axilas, en el lugar de las glándulas sudoríparas, se habla de hidradenitis. Estas supuraciones deben tratarse en forma similar a los nódulos linfáticos que forman abscesos en el cuello o la ingle, que ya hemos tratado en el contexto de las inflamaciones de la garganta. Al iniciarse una supuración, el médico extirpará tales abscesos. Las ventajas de este proceder sin antibióticos ya fueron descritos en relación con la inflamación de los ganglios linfáticos cervicales.

Si tales inflamaciones aparecen en forma múltiple o reinciden, cosa que ocurre más en la primera infancia y la edad escolar, habría que iniciar una terapéutica constitucional.

En estas inflamaciones el propio cuerpo genera su valla protectora que encierra el pus. Una inflamación de tejido que se extiende sin la formación de esta valla protectora se llama flemón. Ocurre raras veces y debe ser tratada en forma hospitalaria.

E Inflamaciones en la mano (panadizos y paroniquias)

A causa de determinadas fisuras en los dedos y la palma de la mano, allí se produce fácilmente una proliferación basada en la inflamación purulenta hacia la profundidad. En crecientes inflamaciones palpitantes en la mano ¡debe concurrirse de inmediato al cirujano! Las demoras en el primer día ya pueden dar origen a daños permanentes o aún hacer perder el dedo. Con el avance de los llamados panadizos paraungueales se procede de igual manera.

En el lactante pequeño se producen fácilmente inflamaciones del lecho

de las uñas, ya sea por sí solas o por un prematuro corte de las uñas. Por lo general se curan con una pomada medicinal (por ejemplo: *Mercurialis comp.).* En su lugar también puede emplearse manteca o una compresa con pan blanco ablandado en un poco de leche. Pero en todo caso también aquí el médico debería echar un vistazo si la inflamación se extiende sobre la última falange. El vendaje se hará como sigue: Se aplica una porción de la pomada medicinal sobre el dedo afectado. Luego se cubren todos los dedos con un trozo de gasa limpia, atándolo en la muñeca. Esto se cubre con una especie de bolsita-mitón, sujetado a la muñeca con un nudo flojo. Este vendaje se cambia una a dos veces por día. A esta edad no se permite el apósito adhesivo (es posible estrangular el dedo como así también tragar el apósito). Por lo general, tampoco más adelante resulta conveniente el apósito adhesivo para las supuraciones.

16. La así llamada "intoxicación de la sangre" o septicemia

La linfangitis purulenta es ampliamente conocida y justificadamente temida cuando no es tratada de inmediato. A raíz de una lesión por lo general pequeña, a la que no se ha prestado especial atención, o bien luego de rascar tales lesiones hasta volver a sangrar, súbitamente se forman franjas rojas, por ejemplo en la parte interna del brazo o la pierna. Rápidamente se hinchan también los ganglios linfáticos axilares. En esta situación es necesario acudir de inmediato al médico. Por lo general se entablilla el miembro afectado y se hacen fomentos húmedos desinfectantes. En esa ocasión a menudo también se realiza un refuerzo de la vacuna antitetánica. En presencia de fiebre debe actuarse con suma precaución.

17. Herpes febril en los labios

Estos no son purulentos, sino causados por el mismo virus que también produce la estomatitis ulcerosa (véase pág. 131). No se debe exigir al médico que los haga desaparecer como por arte de magia. Se los puede tratar con pomadas desecantes o con extracto de melisa, pero hay que esperar hasta que desaparezcan por sí solos.

18. Quemaduras de sol

La quemadura de sol puede tratarse con una solución que contenga árnica y ortiga, por ejemplo: *Arnica/Urtica urens, sol.,* descrita en el párrafo dedicado a quemaduras, siempre que no exista una alergia contra ámica. En caso de emergencia también sirve una infusión de ortiga, preparada en la casa. Se siente extraordinario alivio al cambiar los fomentos húmedos muy a menudo o volver a pasar una y otra vez un copo de algodón embebido en esa infusión sobre los lugares afectados.

En este punto también deseamos señalar el peligro de una sobredosis de luz solar. Al igual que cualquier otro medio de curación, también la luz solar puede resultar dañina si la exposición es excesiva. La sensibilidad al sol de la piel infantil es mayor que la del adulto. Así por ejemplo es posible haberla expuesto a una sobredosis de sol aun cuando todavía no se observan indicios de quemadura. A veces los síntomas de una insolación dan testimonio de ello: a la noche o al día siguiente los niños tienen escalofríos y fiebre hasta 40 grados, vomitan y tienen dolores de cabeza. Ante estos síntomas siempre debe consultarse al médico, ya que también puede tratarse de una meningitis.

¿Cómo se reconoce el límite en que la luz solar se convierte en dañina? Este límite puede ubicarse aún por debajo del umbral de la quemadura solar o la insolación, particularmente cuando se había aplicado un bronceador con filtro para rayos ultravioletas. En este caso sólo el propio sentido común puede dar la respuesta precisa, que deberá ser adquirida a través de la atención minuciosa. Puede servir la siguiente regla: a pleno sol siempre debe cubrirse al niño con un sombrerito con ala y una remera para proteger el cerebro y la médula espinal. ¡Jamás hay que dejarlo dormir al sol! Cuando el niño parece cansarse se lo debe colocar a la sombra. Para el niño son mucho más saludables breves períodos diarios de exposición al sol a lo largo de varias semanas. Siempre ha de tenerse en cuenta que demasiado sol disminuye la actividad mental (la fruta seca es durable, ¡pero ya no contiene jugo!).

19. Picaduras de insectos y parásitos cutáneos

Picaduras de abejas y avispas: En la picadura de abeja se extrae inmediatamente el aguijón. Si está disponible, se apretará rápidamente una cebolla recién cortada sobre la picadura. En caso contrario, fomentos húme-

dos, acaso con *Arnica/Urtica urens sol.*, diluida. Si el insecto ha picado dentro de un vaso sanguíneo o existe alergia, pueden aparecer reacciones de tipo general. ¡En este caso acudir de inmediato al médico! En la picadura de avispa, recordar la vacuna antitetánica.(véase pág. 156).

Picaduras de mosquito a veces no son inmediatamente reconocidas como tales por parte de los padres. Entonces el médico podrá saber que la noche pasada el niño tenía puesto un camisón o piyama de manga corta y de qué lado estaba acostado. Durante las vacaciones en un lugar plagado de mosquitos se recomienda colocar un mosquitero en la cama del niño. Sobre las zonas afectadas por picaduras de mosquitos (u otros insectos) puede aplicarse un poco de *Arnica/Urtica urens, jalea.* En caso de escoriaciones (lesiones por rascado) se utiliza *Calendula, herba al 10% ung.* o *Arnica/Echinacea comp., jalea.*

La **sarna** es causada por ácaros y se observa como puntos inflamados de la piel, en algunos de los cuales se reconocen delgados conductos de varios centímetros de largo. Casi nunca puede verse el animalito mismo. Por lo general otros componentes de la familia también están afectados por la enfermedad. Durante varias semanas pueden persistir focos eczematosos a causa de vestigios de los excrementos de estos ácaros. El tratamiento a seguir lo indicará el médico.

Picaduras de pulgas hoy en día constituyen una excepción, ya que la pulga del hombre se encuentra prácticamente extinguida. Pero a veces alguna pulga de perro o de algún gato se extravía y anida en el hombre. Pequeños puntos en serie, por ejemplo en la cintura, despiertan la sospecha. Si en la casa hay pulgas, habría que fumigar con piretro, por ser éste relativamente innocuo. Pero antes hay que sacudir enérgicamente la ropa usada y la ropa de cama por encima de la bañadera llena con agua.

Los **piojos** se han convertido en un insecto perjudicial muy frecuente. Su presencia se advierte por la picazón en el cuero cabelludo cubierto de cabello. Con cierta experiencia se encontrarán en seguida las liendres y muchas veces aun los insectos de diferentes tamaños, que ostentan una sorprendente agilidad. El tratamiento se inicia de inmediato y en la familia entera. También aquí preferimos los preparados con piretro, contra

los que casi no hay reparos. Se tratan las cabezas según las indicaciones y una vez seco el cabello se vuelven a controlar todos los componentes de la familia por si acaso quedaran liendres. Esto se hace preferiblemente a partir del nacimiento del cabello desde la nuca hacia arriba, con la ayuda de una aguja de tejer separando pequeñas (3 mm) mechas para controlar así sistemáticamente los sectores cercanos al cuero cabelludo. Habría que buscar en la totalidad de la cabeza, dedicando al comienzo por lo menos cinco minutos a cada una. Luego se llamará a los maestros de los niños afectados, para llegar a un acuerdo con ellos respecto al procedimiento a seguir. Asimismo se habla francamente con los padres de los amiguitos. Sólo de esta manera es posible frenar las vías de propagación y evitar el nuevo contagio ya que, aun cuando los niños propios ahora ya no son portadores, al día siguiente pueden volver a traer a la casa un piojo del compañerito de banco. Tal nuevo contagio también puede tener lugar a partir de la propia cama o ropa, si no se ha tenido la suficiente precaución de cambiar toda la ropa y de guardarla durante dos días en un cuarto sobrecalentado. (Las larvas que se encuentran en camino, en el calor rápidamente comienzan a caminar hasta morir.) Lo más conveniente es hacer revisar ya al día siguiente a los grupos de niños o clases enteras por la autoridad sanitaria o por padres experimentados. Si hay varios niños afectados, habría que considerar el cierre transitorio del aula, en combinación con la autoridad sanitaria. Si resulta difícil tomar esta decisión, se harán minuciosos controles semanales de todas las cabezas infantiles hasta extinguir la plaga. Los afectados recién podrán retornar a la escuela cuando cuenten con una certificación que atestigüe que se encuentran "libres de liendres", vale decir, cuando ya no se encuentran liendres sobre sus cabezas. Esto se debe a que un niño puede estar libre de piojos, pero seguir teniendo algunas liendres vacías o muertas en el cabello. Entonces a las dos semanas habrá una nueva alarma de pediculosis en el aula. Entonces, en primer lugar la sospecha recaerá sobre el portador de liendres, que ha vuelto a transmitir los piojos; y en segundo término, los padres de este niño tampoco saben (sin microscopio) si todavía se trata de las liendres viejas o si ya son nuevas.

Es posible eliminar las liendres por medio de un peine específico para ese fin. Esto resulta más fácil después de un lavado de cabeza con el agregado de vinagre. Un pequeño trozo de gasa introducida en el peine, permite recoger las liendres y los cabellos afectados y eliminarlos cómodamente

con él. Debe tratarse así la totalidad de la cabellera, sujetando pequeños mechones directamente a ras del cuero cabelludo, ya que muchas liendres se adhieren allí mismo. En niños que se resisten demasiado, simplemente se cortarán los cabellos portadores de liendres. Esto no es menos engorroso, pero sí indoloro.

Picaduras de vinchuca

Este insecto, de forma y tamaño semejante a la cucaracha, aunque presente una estructuración en su parte media, es el transmisor de la enfermedad de Chagas, muy diseminada en la Argentina. No sólo están expuestos a ella los habitantes de casas de adobe con techo de paja en las provincias cálidas, sino que también puede encontrarse este insecto en las grandes ciudades y en regiones frías del sur del país.

La picadura de este insecto no difiere de la de otro y en ella no radica el peligro, sino en las lesiones por rascado que la víctima realiza ante la picazón. El insecto al picar deposita al mismo tiempo sus excrementos y en ellos se encuentra el microorganismo infectante, el cual ingresa al organismo a través del torrente sanguíneo, por los capilares presentes en las lesiones por rascado.

La vinchuca permanece en lugares húmedos y oscuros, preferentemente altos (techos, grietas, parte posterior de cuadros y adornos colgados en las paredes, etc.), ya que no vuela, sino que se lanza y llega hasta la víctima a través de un planeo en el aire. Se recomienda revisar las habitaciones donde se duerme (en especial cuando son desconocidas) y en lo posible evitar el rascado de picaduras. La enfermedad de Chagas no presenta síntomas agudos, sino que se diagnostica cuando aparecen —después de años— los síntomas de afecciones orgánicas (cardiovasculares o neurológicas en la Argentina), provocadas por el Trypanosoma cruzi o por exámenes complementarios en un chequeo general o pedidos especialmente por tratarse de personas provenientes de zonas endémicas.

20. Verrugas

Las verrugas pueden aparecer como eminencias que sobresalen en los dedos de las manos o ser planas en el pie. Son contagiosas y muchas veces se adquieren en la pileta de natación. Es posible eliminarlas por cauterización en forma quirúrgica. Los apósitos contra callos no sirven, pero por lo general sí una tintura cáustica indicada por el médico. Nosotros preferimos *Bismutum/Stibium ung.* La mayoría de las verrugas responden a ella, pero el tratamiento requiere paciencia durante uno a tres meses.

Molusco epitelial (o acné varioliforme)

Estos aparecen por lo general en cantidad, particularmente en las partes blandas de la piel. Tienen aproximadamente el tamaño de una cabeza de alfiler, son duros, queratinizados y se encuentran sobre la piel, como nodulitos con una depresión central. Es posible hacerlos apretar o extirpar o bien tratarlos con la pomada arriba citada. Su propagación tiene lugar por contacto, también en piletas de natación. En la actualidad, esta forma de verruga se encuentra en creciente aumento.

21. Reacciones alérgicas de la piel

La gran variedad de sustancias sintéticas que se encuentran en detergentes, suavizantes para la ropa, cremas para manos, cosméticos, aprestos textiles y otros artículos, han conducido a una profusión de reacciones cutáneas de origen alérgico. La sintomatología de estas es tan multifacética, que casi puede decirse que no existe afección cutánea que no pueda ser imitada por un hecho alérgico. Ante la correspondiente sospecha es posible determinar si al desistir de determinada sustancia ceden los síntomas cutáneos. También es sabido que alimentos tales como frutillas o plantas medicinales como árnica ocasionalmente producen reacciones alérgicas en la piel. Un grupo particular de alergias cutáneas son aquellas causadas por la ingestión de determinados medicamentos modernos (en especial antibióticos y sustancias que contienen sulfonamidas); pertenecen a los efectos secundarios indeseados de ciertas drogas y con frecuencia determinan el retiro del mercado de ese medicamento. Además, el cuerpo también puede reaccionar en forma de alergia ante un agente patógeno. En tales casos, en el marco de una gripe u otra infección se produce una llamada erupción infectoalérgica. También aquí la sintomatología es multifacética. Manchas delgadas hasta medianas, a veces abultadas y superficiales como la urticaria provocada por la ortiga. Puede afectar cualquier parte de la piel. En todas las erupciones cutáneas de tipo alérgico ha dado excelente resultado el baño con infusión de equiseto (véase pág. 485).

A continuación sobre una piel muy seca se aplicará una pomada humectante, por ejemplo de la siguiente composición: 2 partes de *Ortiga, infusión al 10%* y 3 partes de *Eucerina anhidra.*

Una piel normal o más bien grasa, únicamente con prurito intenso, se tratará después del baño con un polvo antipruriginoso.

Según el cuadro general, luego también puede estimularse la actividad del hígado y riñón u otras funciones metabólicas, con dietas adecuadas y/o medicaciones constitucionales que deberán ser instituidas por el médico de cabecera.

A Dermatitis producida por hierbas silvestres

En verano, luego de un paseo o trabajo en el jardín, por el roce inconsciente con determinada planta, p. ej. la ortiga, puede aparecer un cuadro clínico que recuerda fuertemente al de la quemadura, con enrojecimiento y formación de ampollas. El tratamiento es el mismo que en quemaduras de sol.

B Urticaria

La mayoría de las personas conoce estos síntomas debidos a la ortiga o a una picadura de tábano, y los llama urticaria. Son abultados, pálidos sobre un fondo enrojecido o bien rojos sobre un fondo normal, diseminados en forma irregular y muy cambiante. Existe un prurito muy marcado. Sin embargo, los pacientes no se rascan: sólo se frotan. Los síntomas pueden tener una duración muy diversa, a veces al día siguiente ya han desaparecido, en otros casos persisten durante varias semanas. Por lo general se ignoran sus causas, aunque se tiene la seguridad de que se trata de una reacción alérgica, o sea de determinada intolerancia del organismo. Las formas más leves se tratan en la casa con un polvo antipruriginoso. ¡Ante síntomas generalizados se requiere tratamiento médico!

C Estrófulo

En la primera infancia es frecuente encontrar algunos pocos puntos pequeños, abultados, de la piel, parecidos a la urticaria, rojizos o pálidos, cuyo origen es el mismo que el de la urticaria.

D Erupción del recién nacido

Así se denominan unos nodulitos amarillentos, esparcidos en forma irregular, del tamaño de una cabeza de alfiler, rodeados por una aureola relativamente grande, de bordes rojos irregulares. La localización de las diferentes zonas varía en el término de pocas horas, y todo desaparece por sí solo a los pocos días. Su causa es desconocida.

VI. LAS LLAMADAS ENFERMEDADES INFANTILES

En la Argentina es costumbre hacer vacunar a todos los niños en el curso de los primeros dos años de vida contra tuberculosis, tétano, difteria, poliomielitis, sarampión, paperas y tos convulsa o coqueluche, y antes de la pubertad también contra rubéola. Por otra parte, a nivel mundial existen planes de vacunación para exterminar el sarampión, tal como se ha logrado con la viruela (objetivo de la Organización Mundial de la Salud). En otoño de 1984, a este respecto un diario alemán publicó lo siguiente: "Debemos hacer que los padres abandonen la idea errónea de que las enfermedades infantiles existen para ser padecidas." Nosotros albergamos la esperanza de que las explicaciones que exponemos a continuación de las llamadas enfermedades infantiles y la problemática de la decisión respecto a las vacunas, contribuyan a formar un juicio crítico con referencia a la sugestiva publicidad en contra de la superación de las enfermedades infantiles. Porque son precisamente las afecciones febriles en la infancia, y en primer lugar las llamadas enfermedades infantiles, las que constituyen una oportunidad de desarrollo para el organismo infantil. En la confrontación con estas infecciones no sólo se produce un fortalecimiento del organismo infantil y una superación de influencias heredadas, que no concuerdan con la personalidad del niño (compárese con el capítulo "El sentido de las enfermedades infantiles", pág. 135), sino que también se estimula la formación de una buena situación de defensa, vale decir de un sistema inmunológico funcional.

No está demostrado que por ejemplo el sarampión hoy en día sea más peligroso que antes. Aparte de los hábitos sociales y alimentarios, una razón por la cual en muchos países actualmente en verdad es más peligroso es el tratamiento con medicamentos antifebriles en los primeros días

de la enfermedad. Porque la fiebre constituye el único arma de que dispone el organismo para la confrontación con los virus (gérmenes patógenos). Pero esto no lo explica la publicidad a favor de las vacunas. Es nuestro propósito describir para los padres el desarrollo de las enfermedades infantiles, tal como transcurre cuando no es perturbado por medidas antifebriles o tratamientos antibióticos, sin conducir a complicaciones graves. Pero también se pone en evidencia que se requiere un cuidado experimentado (mantener reposo absoluto, ambiente grato en el cuarto del paciente, ocupación suficiente y razonable del niño, tener en consideración cierto período de convalescencia a continuación de la enfermedad), como sustento de un transcurso positivo. También es nuestro propósito representar el sentido de cada una de las enfermedades infantiles, tal como surge de una observación espiritualizada del hombre.

Sin embargo, por el tipo de nuestra explicación dada y la minuciosidad con que tratamos la problemática de las vacunas, el lector no será perturbado en su libertad de decisión. Antes bien es nuestro deseo darle elementos de juicio para que pueda decidir en bien del niño, una vez evaluados todos los factores.

1. Sarampión

Se encuentra al niño afectado de sarampión con la cara hinchada, llena de manchas rojas; apenas puede mirar con sus ojos enrojecidos, de los que sólo se ve una estrecha hendidura, tan decaído y reacio a la luz que ahora trata de esconderse debajo de las cobijas; en lugar del saludo sólo nos responde con un ataque de tos con profundos gorgoteos de flema. Cuatro días antes del episodio había comenzado con un resfrío inofensivo, los ojos ligeramente enrojecidos y una tos floja. Más tarde apareció una fiebre leve, y ayer en el consultorio del médico en realidad ya se sentía bastante mejor. El médico había mirado el interior de la boca del niño, reconociendo los finos puntos y franjas blancas en la mucosa de la mejilla, como primer síntoma del sarampión. Por la tarde, el niño había tenido las extremidades frías y por la noche fiebre alta. Al mismo tiempo brotó una erupción que, habiendo comenzado con manchas de hasta un centímetro de diámetro detrás de las orejas y sobre la cabeza, rápidamente se extendió hacia abajo, uniéndose y cubriendo entonces también brazos y piernas (lámina 6). Ahora que el niño da la impresión de estar seriamente enfermo, los padres lamentan no haber vuelto a consultar una vez más al médico; pero según sus indicaciones, recién a los tres días debían volver a llamarlo, en el caso de que la fiebre no hubiera cedido hasta entonces o por un hecho particular, como dolores de oído o vómitos. La tos en sí podría durar todavía una semana o más. Alrededor del tercer día debía producirse una marcada mejoría del estado general.

Aproximadamente así transcurre este acontecimiento único en la vida del niño. Tiene una imperiosa necesidad de descansar, que debe ser absolutamente respetada. Estos pequeños pacientes tampoco deberían mirar hacia la luz o un empapelado de colores vivos y sobre todo no estar expuestos a ninguna "música ambiental". También resulta importante que durante aproximadamente una semana después del descanso de la fiebre se mantenga un período de estricta convalecencia en la casa. Recién al quinto día después del comienzo de la erupción podrán volver los amiguitos a visitar a nuestro paciente, pero todavía deberían evitar todo alboroto. El sarampión es contagioso desde el primer día del resfrío, o sea el noveno después del contagio hasta aproximadamente el cuarto día de la erupción. Todos los niños que en ese lapso tuvieron contacto con el paciente, se encuentran contagiados, pudiendo entonces permanecer en la proximidad del paciente.

Con respecto al tema del contagio citaremos un episodio que conocemos bien del consultorio: nuestro paciente de sarampión fue llevado rápidamente a la consulta médica, ya que los padres no se sentían seguros si realmente se trataba de sarampión. Luego de media hora de espera, responden a la respectiva pregunta del médico, admitiendo que dos semanas antes su hijo había tenido contacto con un paciente de sarampión. Sin embargo, no pensaron que la gran cantidad de niños que estaban en la sala de espera en realidad no habían sido llevados al consultorio para contagiarse de sarampión. Por lo tanto, he aquí nuestro insistente ruego a los padres: si en las últimas tres semanas su hijo ha tenido contacto con una enfermedad infantil, ¡anúnciese primeramente por teléfono, indicando los respectivos datos!

El contagio del sarampión tiene lugar a través de la llamada "infección por gotitas de saliva", vale decir por la propagación de finas gotitas, cargadas con virus, que también pueden introducirse con el viento a través de una puerta o ventana abierta o ser transmitidas durante el juego al aire libre, depositándose sobre las mucosas de otros niños. Casi todos los ni-

ños son susceptibles a este tipo de contagio. Sólo unos pocos inicialmente no contraen sarampión, aunque luego, probablemente en la edad adulta, alguna otra enfermedad particularmente grave. Es raro que el sarampión se manifieste levemente. En parte de estos niños es posible rastrear un contagio precoz alrededor del quinto mes de vida. En aquel momento, el niño todavía contaba con la protección por los anticuerpos transmitidos por la madre, por lo que no podía desarrollar un sarampión típico, pero sí evidentemente pudo adquirir una protección leve, parecida a la de una vacunación con sustancia viva. Retomaremos este ejemplo en el capítulo dedicado a las vacunas.

Las complicaciones más frecuentes del sarampión son pulmonía, otitis media purulenta o sinusitis. Por lo general, contando con la experiencia necesaria, éstas se pueden curar mediante antifebriles, antitusígenos o antibióticos, sin dejar secuelas. También la convulsión febril al comienzo de la enfermedad por lo general constituye un acontecimiento que no produce consecuencias adversas. Por el contrario, sí resulta temible la posibilidad de que después del sarampión se produzca una encefalitis. El enturbamiento de la conciencia, con un nuevo aumento de fiebre y eventuales convulsiones una vez que haya cedido la erupción, son motivos de sospecha. En general, la erupción cutánea ya se ha vuelto pálida. Estadísticamente, entre mil a dos mil episodios de sarampión, habrá que contar con un caso de tal complicación. Entonces se requiere la internación hospitalaria conjuntamente con la madre. También aquí rige la conveniencia de recuperar cuanto antes la serenidad y la calma, acompañando con ellas al niño.

Sin embargo quisiéramos reiterar que a comienzos de la década del 60 la frecuencia de la encefalitis sarampionosa en Europa todavía era de 1 : 14500. Dado que más adelante —hasta nuestros días— fue registrada con 1 : 1000 ó bien 1 : 2000, en nuestra opinión se impone el interrogante respecto a si ello no está signado por la administración de antibióticos que en el interín se había hecho rutinaria.* Si se reflexiona sobre el papel esencial que juega precisamente la fiebre durante la confrontación con los virus patógenos, no resulta fácil ignorar simplemente esta cuestión. Porque en el interín ha sido ampliamente demostrado mediante ensayos en animales, que los virus ya no pueden reproducirse y mueren a temperaturas entre 39 y 40°. Pero si se hace descender artificialmente la fiebre, los virus pueden proliferar más libremente y llegan con facilidad al cerebro.

* Compárese también la investigación estadística durante una epidemia de sarampión en Africa, de B.C. Witzenburg: "Colaboraciones para una Ampliación de la Medicina", N° 28, 1975.

Según los conocimientos actuales, en aproximadamente el 15% de los niños con encefalitis sarampionosa hay que contar con un desenlace fatal, mientras aproximadamente en una cuarta parte de los pacientes de encefalitis quedarán daños neurológicos permanentes, en parte de tipo grave.

Los niños que hasta ese momento hayan podido vencer sin perturbación sus infecciones, adquiriendo así cierta práctica en el enfrentamiento con una enfermedad infecciosa, también vencerán el sarampión mejor que los otros. Para la problemática de la decisión respecto a las vacunas, compárese con el capítulo Profilaxis.

2. Rubéola

Esta enfermedad benigna se manifiesta dos a tres semanas después del contagio, en forma de erupción que a simple vista se asemeja a la del sarampión. Sin embargo, las manchas están diseminadas en forma más regular sobre el cuerpo, prefiriendo el tronco, y apenas se unen entre sí. La fiebre que aparece simultáneamente puede ser elevada, pero no es de carácter problemático. Son característicos los ganglios linfáticos hinchados en el ámbito cervical y del occipucio. La rubéola es contagiosa desde una semana antes a diez días después de la erupción cutánea. La disposición al contagio de esta enfermedad no es tan grande como la del sarampión. Sin vacuna, hasta la edad de veinte años enferma aproximadamente del 80 al 90% de todos los niños y jóvenes o bien han adquirido una inmunidad activa sin manifestación patológica. Con esta descripción se caracteriza el hecho de que un individuo enfrenta al agente patógeno sin contraer la enfermedad, haciéndose inmune. Este hecho puede quedar demostrado mediante una determinación de anticuerpos en sangre. El 20% de la población adulta todavía es susceptible a contraer esta enfermedad. Cuando una mujer que no posee anticuerpos contrae rubéola en los primeros cuatro meses de gestación, el niño que ella espera puede nacer con malformaciones. También puede morir en el vientre materno,

por lo que se produciría un aborto o un parto con feto muerto. Para prevenir esto se ha desarrollado una vacuna recomendada a todas las jóvenes en desarrollo que no han tenido rubéola. Compárese la vacuna contra rubéola en el respectivo capítulo sobre Profilaxis.

3. Escarlatina

En cierto sentido, el comportamiento de esta enfermedad es polar al del sarampión: después de un período de contagio de sólo dos a cuatro días, la fiebre aumenta rápidamente a 39 o 40°, con intenso malestar, vómitos y escalofríos. La lengua se cubre con una espesa saburra blanca, el paladar posterior y las amígdalas toman un color rojo irregular, a menudo incluyendo las mucosas nasales. Ciertamente no aparece una intensa conglutinación como en el sarampión. Mediante frontis faríngeo se comprueban estreptococos beta-hemolizantes del Grupo A. En el caso clásico también las mejillas presentan un color rojo oscuro, dejando libre un triángulo pálido alrededor de la boca. Es característico que la erupción brote sobre el tronco, eventualmente sólo alrededor de los pliegues inguinales, en el abdomen inferior y en los muslos. A la distancia la erupción parece una superficie roja que empalidece fluidamente hacia las zonas aledañas. Al observar la situación de cerca, se perciben las pequeñas manchitas rojas individuales, que también podrían definirse como "piel de gallina" roja (lámina 10). Mientras la cara del paciente con sarampión tiene un aspecto hinchado y "chorrea", en la escarlatina está más bien definida y "seca". Al cabo de dos a tres días, la lengua se pela hasta formar la llamada "lengua aframbuesada"; sobre la mucosa color rosa pálido aparecen unas finas papilas (lámina 11). Después de uno a tres días más, la fiebre retrocede. El último síntoma de la escarlatina es la piel que se descama aproximadamente dos semanas después.

Actualmente, la evolución de la enfermedad casi siempre es benigna, aun cuando se desista del tratamiento antibiótico. En ocasiones todavía quedan algunos granitos con costras purulentas alrededor de la boca o una otitis media. Tales remanentes deberán ser tratados por el médico. Las inflamaciones cardíacas y renales, antiguamente tan temidas, como así también las afecciones articulares durante o después de la escarlatina, han ido desapareciendo casi por completo en los últimos años. No obstante, debe considerarse la escarlatina en su forma clásica como una enfermedad

acompañada por un intenso catabolismo, o sea una tendencia a la participación o aun "lesión" orgánica. De allí surge la recomendación de cumplir con un prolongado período de convalecencia (tres semanas) después de esta enfermedad, durante la cual todavía hay que cuidar mucho a los niños, sin exponerlos a ningún riesgo. En este período se controla el corazón y se analiza la orina. La evolución de esta enfermedad ya no suele ser tan grave como antiguamente; una vez transcurridas tres semanas a partir de su comienzo, los niños afectados pueden abandonar su aislamiento en el hogar, aun sin realizar nuevos controles de frontis faríngeos. Los niños no afectados de la misma vivienda no deberían salir de su casa durante una semana y recién entonces volver a la escuela o jardín de infantes, donde los colaboradores consultarán a la autoridad sanitaria escolar con respecto al retorno a su lugar de trabajo.

Si la escarlatina es tratada con penicilina, la cuarentena se acorta de tres a una semana. Los componentes no afectados del núcleo familiar, que preventivamente toman penicilina, pueden retornar a su lugar de trabajo a los tres días, en vez de hacerlo a la semana.

Al finalizar el respectivo período de aislación se recomienda un baño muy escrupuloso. A toda persona "extraña" que entre en contacto con el paciente aislado, se le aconseja ponerse un guardapolvo limpio al entrar en la habitación del enfermo, quitándoselo al abandonarla, lavarse minuciosamente las manos y secarlas con una toalla limpia o descartable. Se recomiendan gárgaras con *Bolus Eucalyptis comp.*.

Al contrario de lo que ocurre en el sarampión, la escarlatina puede repetirse, o sea que la recidiva es posible. La experiencia nos demuestra que esto ocurre con mucho mayor frecuencia luego de un tratamiento antibiótico.

Después de una buena convalecencia de sarampión o escarlatina, los padres muchas veces pueden observar que en sus hijos se ha producido un cambio positivo: puede aparecer un rasgo más individualizado del rostro, una nueva capacidad, nuevos intereses, mayor estabilidad en la salud. He aquí un ejemplo:

Una niña de nueve años de edad, después de su segunda afección de escarlatina, que había transcurrido de manera muy intensa, exclamó llena de asombro: "¡Pero si todo el mundo parece recién lavado!" Repentinamente percibía todos los colores con mucho mayor intensidad que antes. Se sentía renacida. Por supuesto que tales observaciones pasan desaperci-

bidas si no se les presta atención. Los padres con una predisposición positiva hacia las enfermedades infantiles pueden advertirlas y disfrutarlas.

Nosotros decidimos el eventual tratamiento médico conjuntamente con los padres, pero también aquí sólo recomendamos el tratamiento de apoyo, que no reprima los síntomas patológicos.

4. Terciana o fiebre Pappataci

Las citadas enfermedades infantiles con síntomas cutáneos —sarampión, rubéola y escarlatina— tenían en común el hecho de que la enfermedad transcurría durante la erupción. Por el contrario, en las tercianas o fiebre Pappataci, el exantema diseminado, de finas manchas, señala la terminación de la enfermedad. Tres días antes el niño cayó enfermo con una fiebre en acelerado ascenso hasta los 40 grados. Esta fiebre alta se mantiene sin mayores oscilaciones durante tres días. Luego declina tan rápidamente como ascendió, y en ese momento aparece la erupción. Los demás síntomas patológicos no son característicos ni dramáticos. A causa del brusco ascenso pronunciado de la fiebre se produce fácilmente la convulsión febril, que por lo general transcurre en forma benigna. En este caso las medidas químicas en forma de medicación antifebril sólo pueden producir alivio durante unas horas, obligando al niño a renovar fuerzas para volver a producir otro ascenso de la temperatura.

5. Otras infecciones con erupciones cutáneas

También después de otras afecciones, como por ejemplo la infección gripal, al finalizar la enfermedad pueden aparecer delgadas erupciones en forma de manchas. Es típico el llamado telefónico en el consultorio pediátrico: "Anteayer mi hijo tuvo fiebre, resfrío, etc., ayer estuvo algo mejor, hoy tiene una erupción pero ya está sin fiebre." Si no sobreviene otra afección —y en realidad esta es la regla general—, la madre no necesita acudir con su hijo al médico. De alguna manera, la erupción representa la señal inequívoca de que la enfermedad ha llegado a su fin.

Esta sucesión de síntomas se encuentra en neta oposición con los del sarampión, rubéola y escarlatina. Aquí las erupciones aparecen conjuntamente con la fiebre alta e indican la incipiente culminación de la enfermedad.

6. Difteria

En la actualidad, esta enfermedad es muy infrecuente. A comienzos de este siglo todavía se definía la difteria como el "angel de la muerte" de los niños. Dos a cinco días después del contagio los pacientes contraen una típica amigdalitis purulenta con crecientes saburras de color blanco sucio que se superponen. Llama la atención la total postración, comparada con las demás formas de angina: los pacientes están más bien pálidos, no llegan a tener fiebre alta, presentan el pulso acelerado pero blando y presión sanguínea más bien baja. A ello se agregan ganglios linfáticos hinchados, síntomas inflamatorios en otras mucosas y un característico aliento dulzón. El cuadro clínico aparece como una intoxicación interna, que afecta especialmente los sistemas circulatorio y nervioso. Como complicaciones aparecen: debilidad del miocardio, colapso, parálisis, causadas por la toxina producida por los bacilos diftéricos. El tratamiento de la difteria casi siempre tiene lugar en forma hospitalaria. Si bien la inoculación del suero antidiftérico en realidad constituye una terapia, la tratamos en el capítulo dedicado a las Vacunas (ver pág. 153).

7. Mononucleosis infecciosa

En este lugar también contemplamos esta enfermedad, porque aparece en forma creciente en niños de edad escolar y pre-escolar. Antiguamente recibía el nombre de "angina del estudiante" o "enfermedad del beso", ya que la transmisión es por el contacto salival (aunque esa no sea la única vía de llegada de microgotas de saliva, ya que puede bastar que el portador estornude o tosa muy cerca y provoque el contagio (situación muy frecuente entre los niños). Aparte de una amigdalitis con fiebre alta, con saburras blancas en general muy diseminadas, se producen hinchazones pronunciadas de los ganglios linfáticos del cuello, como también de otras regiones del cuerpo, como del bazo y del hígado. A poco de iniciada la enfermedad, en la sangre se encuentran formas irritativas particulares de los leucocitos ("bacilos de Pfeiffer"). Rara vez brota una erupción cutánea. La fiebre muchas veces se mantiene durante más tiempo que en las enfermedades descriptas hasta ahora; a veces vuelve una y otra vez. Aun cuando se observa una participación orgánica similar a la de la difteria y los pacientes parezcan gravemente enfermos, no quedan daños permanentes. El período de contagio (hasta la aparición de fiebre) es variable,

pero por lo general dura aproximadamente una semana. Todavía no se ha logrado definir durante cuánto tiempo la enfermedad todavía continúa siendo contagiosa. Afortunadamente no requiere asilamiento alguno, aunque durante las visitas habría que desistir de besar al enfermo.

8. Varicela

Esta enfermedad es de muy fácil transmisión y su diseminación es difícil de controlar. Este hecho reviste importancia sólo para ambientes hospitalarios, donde se encuentran niños internados con distintas patologías, con debilidad de las defensas o bajo tratamientos específicos, razones por las que la enfermedad puede tener evoluciones graves.

En el hogar, por el contrario, la varicela por lo general es un acontecimiento benigno. El período de incubación varía entre 13 y 21 días. Es contagiosa desde dos días antes hasta una semana después de la aparición y la incrustación de las pustulitas. La predisposición hacia la varicela es aún mayor que en el sarampión. También los recién nacidos pueden contraerla si la madre todavía no la ha pasado. Entonces inmediatamente después del contagio debe ser tratada por el médico. En pocos días aparecen manchas diseminadas de modo irregular que rápidamente se transforman en ampollitas con contenido líquido, para luego cicatrizar con una costra. A raíz de las diferentes etapas de desarrollo de cada una de las manifestaciones cutáneas, se va formando la imagen de un planisferio celeste, con "astros" de variadas dimensiones (lámina 7).

Las ampollitas también aparecen sobre la cabeza, entre la cabellera, las palmas de las manos, en la boca y los genitales. A veces hay dolor de vientre que remite a la afección también de la mucosa intestinal. Sin embargo, en la piel exterior las ampollitas no son dolorosas. Sólo que —a causa del prurito— los niños suelen rascarse hasta abrirlas. Puede aparecer fiebre, aunque durante poco tiempo. En este caso se recomienda guardar cama, en caso contrario no es necesario. El tratamiento generalmente se limita a entalcar los puntos afectados, eventualmente con polvo antipruriginoso. Un baño tibio con infusión de manzanilla o *Pino Emulsión para Baño Weleda* por la noche también brinda alivio. Por las delgadas colonias purulentas, durante la curación muchas veces se forman pequeñas cicatrices, pero por lo general desaparecen con el correr del tiempo. Algunos pocos individuos, a raíz de algún debilitamiento, más adelante

tienden a una recidiva por el mismo virus: el Herpes zóster o "culebrilla". Su característica son las ampollas con forma de hoyitos, que sólo aparecen en determinada área cutánea semicircular y responden a un nervio cutáneo. Con frecuencia hay dolor y fiebre alta y duradera. Es posible que los niños se contagien del Herpes zóster de la abuela y caigan enfermos de varicela.

9. Estomatitis herpética o ulcerosa (antiguamente estomatitis aftosa)

Entre uno y cuatro años de edad, a menudo se producen aftas o enrojecimientos de la mucosa en la totalidad del ámbito bucal, por lo general con fiebre alta que dura varios días. Se denominan aftas los cráteres del tamaño hasta de una lenteja, planas, grisáceas, en la mucosa bucal (lámina 8). Estas aftas son muy dolorosas y causan mal aliento. Muchas veces los niños rechazan todo tipo de alimento y cuesta exhortarlos a beber. Siempre que el niño ya sepa hacer buches o tolere los tópicos, los trastornos se alivian con *Ratanhia comp., sol.* diluida. También alivia la miel pura, de manera que después de comerla los niños pueden beber unos sorbos.

Hay que contar con una duración de la afección de siete a nueve días. Los niños recuperan rápidamente la pérdida de peso. Las evoluciones especialmente graves con sitofobia (rechazo de alimentos) total, requieren tratamiento hospitalario.

10. Paperas (Parotiditis epidémica)

Previo contagio dos a tres semanas antes, al igual que en la rubéola, tampoco aquí ni lejanamente todos los casos son detectables: parte de los niños no es susceptible, parte se protege en forma oculta en el sentido de la inmunidad activa sin manifestación patológica, y los que la han contraído (que son capaces de contagiar desde una semana antes hasta dos semanas después del inicio de la hinchazón) la padecen de muy diferentes maneras. Un niño durante una semana entera parece un conejo con sus grandes mejillas, infladas a raíz de la hinchazón de las glándulas salivales, como las del hámster (lámina 9). Por lo general la evolución transcurre con fiebre elevada e intenso malestar. Otro niño vomita y tiene dolores de vientre en forma de cólicos, porque está más atacado el páncreas. Un

tercer niño tiene una breve hinchazón de una o ambas mejillas, que se repite a los pocos días, eventualmente sin fiebre. Otro niño —y este caso ya se incluye entre las complicaciones— se queja de fuertes dolores de cabeza persistentes, por lo que ni siquiera quiere sentarse en la cama. En este caso es probable la participación de las meninges, o sea que se trata de una llamada meningitis de parótida. Es un acontecimiento muchas veces no diagnosticado, que en la infancia afortunadamente casi siempre transcurre sin consecuencias. Muchas veces es posible evitar la internación hospitalaria; la punción lumbar casi siempre. Un tratamiento antibiótico no tendría sentido, por tratarse de una enfermedad virósica. Para reconocer esta complicación, compárese también con el capítulo Dolores de cabeza, pág. 25. Si jóvenes del sexo masculino contraen la enfermedad después de la pubertad o bien adultos, no es infrecuente que sufran una orquitis (inflamación de los testículos) muchas veces unilateral, que es muy dolorosa y puede conducir al deterioro de la función de ese testículo. (Sin embargo, nadie se convierte en eunuco, ni aun cuando la inflamación sea bilateral.) Una ovaritis, también posible en las paperas, por lo general carece de consecuencias. Muy rara vez durante esta enfermedad se produce sordera (se considera en un caso entre quince mil), y con frecuencia aún menor una auténtica encefalitis. Los datos con respecto a la frecuencia de tales complicaciones siempre deben evaluarse con sentido crítico. Las diferencias entre estas estadísticas pueden ser variables según la raza, situación geográfica o la civilización, tener relación con el carácter de la enfermedad o con un tratamiento inapropiado. (Con respecto a la vacuna actualmente disponible, véase pág. 162.) Las complicaciones y contagios todavía pueden aparecer dos semanas después del inicio de la afección. Para el tratamiento casero pueden aplicarse pomadas y compresas con aceite caliente que dan alivio. Pero esta envoltura debería calentar las mejillas y no el cráneo. Ante dolores de vientre se recomiendan envolturas calientes, húmedas, con infusión de manzanilla o aquilea. Se ha de cuidar una dieta libre de grasas, sin intentar bajar la fiebre alta, sino requerir el consejo del médico de cabecera. Tal como ya se manifestara, la fiebre tiene un efecto que debilita la acción de los virus, previniendo así simultáneamente las posibles complicaciones.

Una y otra vez los padres informan que precisamente con posterioridad a las paperas sus niños se han vuelto más independientes.

11. Tos convulsa o coqueluche (Pertussis)

Con esta enfermedad concluimos la serie de las enfermedades infantiles. En base a una regla empírica, la evolución cronológica de la tos convulsa podría describirse aproximadamente como sigue: diez a quince días antes de los primeros ataques típicos de la tos, el niño comienza a toser de la manera más inofensiva; se había contagiado otros diez a quince días antes; luego de otros diez a quince días habrá alcanzado la culminación de la típica tos convulsa y luego seguirá tosiendo intensamente otros diez a quince días más. Desde el comienzo de la tos hasta su evidente declinación pasarán entonces cuatro a seis semanas. La tos convulsa es contagiosa desde el comienzo de la tos hasta aproximadamente cuatro semanas (en casos raros hasta seis semanas). Se trata de un contagio a través de finísimas gotitas exhaladas con la respiración. Por lo general la tos convulsa no se contagia más allá de los dos metros de distancia. El período inicial, todavía no característico, de resfrío con tos, al comienzo con ligero aumento de la temperatura, se llama fase catarral; a continuación la típica fase de la tos convulsa (vale decir la etapa "espasmódica"). ¿Qué aspecto tiene tal ataque típico de tos convulsa? Por lo general se inicia de noche a intervalos de media a una hora; es desencadenado por la flema viscosa, transparente, que se aglutina lentamente en los bronquios y que luego es expulsada mediante fuertes sacudidas forzadas, duras, entrecortadas. Entre las sacudidas de la tos el niño no inhala, de alguna manera llega con la tos —a fuerza de sacudidas— hasta el "fondo" de sus posibilidades de exhalación, hasta que realmente ya no tiene más aire. Mientras tanto la lengua va formando como un tubo alrededor del flujo de aire, la cara se infla y adopta un color azulado. Luego de algunos segundos —que para los preocupados espectadores siempre resultan demasiado prolongados— finalmente el niño logra una larga inhalación acompañada por un sostenido aullido entre las cuerdas vocales acalambradas. Lo mismo se repite una a dos veces más; finalmente, el niño expulsa la mucosidad transparente, posiblemente junto con el último alimento ingerido y, muy agotado, pronto vuelve a dormirse. Antes se le puede ofrecer un poco de alimento líquido, ya que éste ya habrá ingresado en el intestino cuando llegue el próximo ataque dentro de por lo menos media hora. El ataque mismo no dura más que medio minuto. Cualquier intento de sacudir o alzar al niño sólo empeora la situación y, nunca contribuye para que esta sea más breve. Al comenzar el ataque, la sensibilidad del niño

ha alcanzado su punto máximo. Si se pretende facilitar la próxima inhalación, se apoyará un poco la cabeza en la frente, acompañando al niño con palabras tranquilizadoras: "Saca todo, bien; ahora vuelve a tomar aire y sigue tosiendo con fuerza" o algo similar. El niño siente que ahora todo esto debe ser así y no cunde el pánico. A menudo alcanza la mera presencia serena. Los niños pequeños a veces se apoyan para elevarse de la posición boca abajo, atraviesan su ataque tosiendo y luego vuelven a acostarse. Lo mejor es que la madre o el padre duerman al lado de la cama del niño, para eventualmente limpiar el vómito y cambiar el pañal colocado debajo de la boca para que pueda escupir. Si hay fiebre, habría que llamar al médico, ya que ésta no pertenece a la fase convulsiva.

La tos convulsa en niños durante los tres primeros meses de vida resulta inquietante, ya que éstos tienen dificultades para llevar a cabo correctamente su ataque de tos. Por otra parte, en estos casos es más frecuente una complicación cerebral. Habría que extremar esfuerzos para evitar el contagio a esa edad. En la práctica esto equivale a que ante la aparición de la enfermedad en jardines de infantes o el vecindario, se debe prevenir a las madres de lactantes pequeños cuyos hermanos todavía no hayan tenido tos convulsa. Entonces el médico de cabecera o el pediatra podrán tomar las medidas pertinentes. En lactantes pequeños recién contagiados puede ser interceptado mediante la administración de un antibiótico específico y eventualmente una inyección de un concentrado de anticuerpos de origen humano. Niños entre el tercer y el sexto mes también padecen la enfermedad con grandes dificultades, pero por lo general ya saben toser mejor. Más allá del primer año de vida las complicaciones son extremadamente infrecuentes. Entonces no rigen las medidas preventivas, mientras en el primer año de vida se manejan según la experiencia y las circunstancias. En niños de por sí sanos hemos podido renunciar a las medidas preventivas de los antibióticos y anticuerpos hasta más allá de los tres meses de edad.

La predisposición del recién nacido frente a la tos convulsa es casi del 100%, aun en niños de pecho. Cuando las madres se internan con su bebé, nosotros contamos con una mejoría del pronóstico de la tos convulsa en el lactante. En raquitismo o una alimentación pobre en calcio, esta enfermedad resulta esencialmente más peligrosa. En el primer año de vida siempre se recomienda el control médico al comienzo de la tos convulsa.

El tratamiento constituye un problema en sí; mediante tranquilizantes

y antitusígenos se aumenta la peligrosidad de la enfermedad en la lactancia y también más adelante. Los ataques perderán frecuencia y también fuerza, intensidad, la mucosidad quedará más fácilmente en el pulmón, pudiendo llegar hasta la pulmonía y falta de oxígeno en el cerebro. Frente a esto, un tratamiento medicamentoso acompañante, tal como lo practican desde hace 60 años los médicos de orientación antroposófica –en parte adoptando probadas experiencias homeopáticas–, parece más racional y menos peligroso. De todos modos, en niños débiles habrá que contemplar la administración de antibióticos durante una pulmonía adicional. Estos medicamentos no inciden de manera alguna en la evolución de la tos convulsa. Además, no podemos influir en el curso de la enfermedad misma.

A continuación de una tos convulsa - particularmente en niños que antes de padecerla habían sido caprichosos y moderados para comer - es frecuente observar que repentinamente desarrollan un extraordinario apetito.

12. ¿Qué sentido tienen las enfermedades infantiles?

En el consultorio cada tanto se presentan interrogantes cuya respuesta requiere mucho tiempo, por la gran interrelación que ha de tenerse en cuenta. A ellos también pertenece la pregunta con respecto al sentido de cada una de las enfermedades infantiles. Una y otra vez los padres nos plantean estas preguntas, conscientes de que a este respecto existen criterios que parten del conocimiento antroposófico del hombre. Por esta razón, la deseamos satisfacer aquí con una descripción algo más detallada.

Al referirnos al organismo térmico y aéreo (compárese págs. 68 y 88) ya hemos intentado señalar la orientación en la que ha de buscarse la amplia comprensión de las interrelaciones entre procesos corporales y anímicos. Alguna que otra persona, al referirse a la interrelación entre la actividad del Yo y los efectos del calor, se habrá cuestionado por qué motivo los animales de sangre caliente no son capaces de desplegar tal actividad del Yo dentro del calor propio de su cuerpo. Por ejemplo un león siempre se comportará como un típico león y jamás llegará a introducir en su especie una revolución cultural, con nuevos hábitos de conducta. Si deseamos definir la actividad espiritual que nos enfrenta en la vida y el comportamiento de cada una de las especies animales, aquí sólo podremos

hablar de una "actividad grupal". Es que esta, contrariamente a la actividad del Yo del hombre individual, está determinada en elevadísima medida por el organismo, brindando sólo un escaso margen para nuevos procesos de aprendizaje y adaptación. Porque un animal no está en condiciones —como el hombre— de pasar por un desarrollo anímico individual. Es por ello que en él las enfermedades —si es que aparecen— por lo general conducen rápidamente a la muerte; o bien son tan leves, que no afectan mayormente al animal en su vida habitual. Por esta razón, en el animal tampoco podemos hablar de un sentido o una tarea de determinadas afecciones, porque el animal no está capacitado para experimentar transformación alguna de su vida interior. Por el contrario, el acto de reunir experiencias por el padecimiento constituye un hecho específicamente humano. Como el hombre atraviesa un creciente desarrollo personal, en él también podemos buscar el sentido de las formas individuales de afecciones que lo aquejan. Cada una de estas enfermedades concierne a otros ámbitos y procesos del organismo humano y de la esencia anímico-espiritual ligada a él.

Como complemento de lo expresado con respecto al organismo térmico y aéreo hemos de contemplar ahora la totalidad de los movimientos de líquidos (organismo hídrico) y de las tendencias de cristalización (organismo sólido o cuerpo físico). Por sí sola surge la pregunta si también estos ámbitos se encuentran compenetrados por una particular parte esencial del hombre, que todavía puede ser diferenciada del Yo y del alma. Llama la atención que no contemplemos nuestra vida anímica consciente relacionada directamente con los movimientos líquidos y las tendencias de cristalización de nuestro organismo. Pero también sabemos que en el ámbito de los líquidos tienen lugar las elementales actividades de la vida del organismo. Sin agua, la vida resulta imposible. Por lo tanto, Rudolf Steiner define la totalidad de todos los procesos vitales del organismo, cuidadosamente coordinados entre sí, como cuerpo vital o bien —según una definición más antigua— "cuerpo etéreo". Este cuerpo vital evidencia estar exactamente tan ligado a los procesos de líquidos como lo está el alma al aire y el Yo al calor. Más adelante nos referiremos en más detalle al modo de funcionar del cuerpo vital al describir la correlación entre actividad vital y capacidad intelectiva (compárese con pág. 260). Por ejemplo, estamos ante una perturbación patológica de este ámbito cuando durante las paperas se modifica la irrigación sanguínea de la glándula salival y la formación de la secreción salival, y entonces aparece la hinchazón. También cuando en el sarampión aparecen edemas del tejido subcutáneo o en la rubéola los ganglios linfáticos se hinchan de manera característica.

En los componentes sólidamente estructurados del organismo, las organizaciones térmica, aérea e hídrica encuentran apoyo, como también su forma exterior. Ellos permiten que el hombre se manifieste como cuerpo constituido en sí mismo. Así como está conformado, es capaz de manifestar en mayor o menor grado sus posibilidades anímicas y espirituales. Rudolf Steiner denomina la totalidad de estos principios plasmadores que responden a las tendencias de cristalización de la naturaleza exterior, como cuerpo físico o sea organismo. Así como afuera, en la naturaleza, puede observarse el sinergismo de las leyes de lo sólido (mecánica, física del estado sólido), del estado líquido (hidráulica, química, etc.), del estado gaseoso (aerodinámica) y del calor (termodinámica), de igual manera también se reencuentra este fenómeno en el organismo humano. Pero por cierto aquí las citadas correlaciones de los diferentes órdenes no sólo actúan naturalmente, sino al mismo tiempo como portadores de las funciones vitales y de aquellas de la actividad psíquica y espiritual.

El siguiente esquema ilustrará lo antedicho:

Organización del estado sólido:
proporciona forma y figura (cuerpo físico)
presencia del hombre en el espacio

Organización del estado líquido:
proporciona procesos temporales y vida (cuerpo vital)
presencia del hombre en el tiempo (desarrollo, biografía)

Organización aérea:
proporciona actividad anímica y capacidad motriz (cuerpo anímico)
manifestaciones anímicas individuales del hombre

Organización térmica:
proporciona intensidad y despliegue volitivo (organización del Yo, "espíritu")
actos del hombre como expresión de su Yo que actúa conscientemente

Como el hombre es capaz de manifestar su esencia de esta forma cuádruple, Rudolf Steiner define estos cuatro principios de organización también como los cuerpos suprasensibles del hombre. Tal estructuración elemental permite una comprensión más diferenciada de las perturbaciones patológicas. Por ejemplo, la hinchazón, disnea o fiebre no sólo aparecen como síntomas molestos de enfermedad, sino al mismo tiempo también como intento del hombre de modificar algo orgánico-esencial en sí mismo. Consideradas de esta manera, las enfermedades son procesos que hacen posible tal tarea. Aparecen y desaparecen como procesos independientes que transcurren según determinadas leyes, que transitoriamente despliegan una especie de vida propia dentro del organismo humano, y conduciendo la cohesión vital del respectivo individuo a una crisis de la cual no puede salir sin su propia actividad y esfuerzo. Observada de esta manera, toda enfermedad infantil también tiene su inicio, su culminación y su final. La enfermedad se introduce con sus propias leyes, ajenas al organismo, en la vida física y anímica. Al desaparecer aquella, por lo general queda como remanente una estructura de los cuerpos suprasensibles, específicamente modificada por el tipo de enfrentamiento transcurrido. Con este hecho está relacionada una experiencia física, profundamente inconsciente, que en mayor o menor medida aparece en la conciencia. Por lo tanto, las enfermedades son "figuras temporales" que inicialmente enfrentan con hostilidad el desarrollo del hombre, cuestionando su propia figura como toda su vida propia. Allí donde hubo un intercambio aéreo bien ordenado, al prosperar la enfermedad crepita la flema. La piel —normalmente de aspecto suave y rosado— se hincha y quizás tome un intenso color rojo. Pero cuando la enfermedad comience a ceder, este hecho representa una "victoria" para la salud del niño, o sea un fortalecimiento. Ha enfrentado la enfermedad, así como enfrenta anímicamente los difíciles procesos de aprendizaje para dominar una materia de estudio. El punto principal de este enfrentamiento difiere entre una enfermedad y otra. En las afecciones intensamente febriles es sobre todo el Yo, en su propio calor, el que se inserta por la fuerza en la actividad vital, interviniendo en los procesos metabólicos más allá de la medida normal. En la tos convulsa, por el contrario, en primer término se reconquistan los órganos respiratorios y sus funciones. En las enfermedades acompañadas por una importante hinchazón linfática y glandular, se produce una reanudación de la actividad vital. En la varicela, las ampollitas llenas de líquido albergan

sustancia propia del cuerpo, que ha de ser expulsada del ámbito vital. Aquí se modifica la forma física a partir de la formación de ampollitas, hasta que aparecen las pequeñas cicatrices mencionadas. Con ello la orientación de los síntomas patológicos apunta más hacia afuera —la enfermedad aparece sobre la piel— o más hacia adentro — se manifiesta en la sangre o se producen perturbaciones orgánicas individuales. Esta diferencia resalta más marcadamente en la comparación entre la viruela maligna, hoy en día extinguida, y la difteria.

En la varicela, luego de un breve período agudo, altamente febril, desde la cabeza hasta las plantas de los pies aparecen —extendiéndose rápidamente— ampollas llenas de líquido o de pus. En combinación con dermatorragias, esto pronto significa la total destrucción del organismo, vale decir su muerte. De otro tipo —aunque de similar peligrosidad— es la forma manifiesta de la difteria. La piel externa se encuentra más bien pálida, la fiebre no tan elevada indica la debilidad de la defensa. La garganta se presenta hinchada desde adentro y una ojeada a la faringe permite observar que allí se encuentra localizado el enrojecimiento y los incipientes exudados blanquecinos de las amígdalas, similares a membranas. El pulso es acelerado y blando. También están afectados la circulación y el corazón. La impresión general es la de una intoxicación grave.

En comparación con estos cuadros clínicos contradictorios, el sarampión tiene una tendencia más bien similar a la varicela, ya que se manifiesta más en el ámbito de las vías respiratorias y de la piel, vale decir hacia afuera. El caso típico de la escarlatina, por el contrario, presenta un cuadro más parecido al de la difteria, ya que como ésta, también puede afectar los órganos internos. En la rubéola, la sintomatología patológica queda totalmente limitada a la hinchazón de los ganglios linfáticos y una erupción cutánea en forma de manchas, similar a la del sarampión. En la mononucleosis infecciosa, el acento vuelve a residir más en la participación orgánica, aunque menos seria que en la escarlatina manifiesta o la difteria.

En contraposición con la viruela maligna, la varicela, es una enfermedad innocua. Pero ambas tienen en común la apertura de una brecha en la continuidad de la forma externa del cuerpo. Similar es lo que ocurre en la estomatitis ulcerosa, que por lo general se limita exclusivamente a la mucosa bucal. Pero también es cierto que tiene una secuela benigna aunque molesta que vuelve una y otra vez durante toda la vida, en forma de herpes labial.

Todo enfrentamiento con una enfermedad de este tipo constituye una unilateralidad que incita a la actividad del Yo a reordenar el obrar conjunto de los cuerpos suprasensibles. Si sólo se observan los "agentes patógenos", considerando su aparición como el origen de la enfermedad y su desaparición como su curación, se abren algunos interrogantes: ¿Qué relación tiene la enfermedad con la esencia de precisamente este individuo? ¿Por qué afecta así justamente sólo a él y a otro no o de manera totalmente diferente? ¿Qué relación tiene el agente patógeno con la esencia de la enfermedad? Aun conociendo al agente patógeno, nadie puede juzgar cómo será la evolución de la enfermedad y qué persona la ha de contraer. Al contemplar más detenidamente la anamnesis (historia clínica) de diferentes individuos, se observará que ninguna es igual a otra. Uno ha padecido sarampión muy intensamente y la escarlatina en forma leve, el otro al revés. Uno no contrae tos convulsa, el otro nunca ha tenido paperas, etc. Precisamente, el recurrir de un modo individual a las posibilidades de enfermar queda en evidencia algo de la esencia del respectivo individuo, que por lo general pasa inadvertido.

Sólo queda por ver de qué modo nace una predisposición específica a determinada enfermedad. R. Steiner ha investigado esta cuestión desde el punto de vista de la ciencia espiritual antroposófica. Quisiéramos esbozar dos de los resultados de estas investigaciones, que conciernen al ejemplo de la varicela y por el otro lado el de la difteria, como formas patológicas polares.

En la bibliografía citada al final de este capítulo, Rudolf Steiner describe cómo en la muerte el Yo se despoja de su cuerpo físico, y cómo entonces en los tres primeros días y noches (durante los cuales en algunos lugares se "vela" al difunto) se desprende lentamente el cuerpo vital. Como este abarca la forma temporal durante la totalidad de la biografía, desde el vientre materno hasta el último aliento, siendo de naturaleza ideal (compárese con pág. 261), el Yo vivencia su desprendimiento como una grandiosa retrospección sobre la totalidad de la vida terrenal. En cierto modo se encuentra frente a una imagen evocativa que una vez más le vuelve a presentar cada detalle de su biografía. Este desprendimiento del cuerpo vital concluye al cabo de los citados tres días y noches, y se vuelve a insertar de igual manera en el mundo de los pensamientos, así como las materias del cuerpo físico se reintegran en la totalidad de la tierra material. A continuación se produce el desprendimiento del cuerpo anímico, que durante la vida terrenal había actuado dentro del organismo aéreo. Este es un proceso más prolongado, que abarca aproximadamente una tercera parte de la duración total de la vida del respectivo individuo, correspondiente al tiempo en que no estaba despierto sino que dormía. Ese período de vida posterior a la muerte es caracterizada en diferentes revelaciones religiosas y obras literarias como período de purificación o también como "purgatorio". Aquí el Yo vuelve a vivenciar una vez más todo lo que ha pasado anímicamente durante su vida. Pero esto no ocurre de la misma manera como sucedió en vida, sino de modo tal, que el Yo debe experimentar todo aquello que los demás han vivenciado ante él: un hombre que por ejemplo había desenmascarado públicamente a otro con justificada ira, ahora —después de su muerte— no revivirá su satisfacción y la "legitimidad" de su ira, sino que conocerá en todos sus detalles las sensaciones que había percibido el otro durante aquel acontecimiento. Las experiencias del período de purificación no sólo sirven para una objetivización de vivencias anímicas pasadas, sino que al mismo tiempo también constituyen el punto de partida para los designios providenciales en la próxima vida terrenal. Si por ignorar el contexto global se ha sido injusto con alguien, en ese momento el Yo se propone equilibrar este acto en una vida futura. Incluye en la totalidad de sus designios providenciales la posibilidad de reencontrar a este hombre en determinadas circunstancias y hacerle algún bien. Este tipo de formación del destino también tiene sus consecuencias para las futuras predisposiciones ante las enfermedades. Por ejemplo si un hombre ha vivido su vida pasando junto a los demás hombres y objetos de manera mayormente insensible, después de la muerte percibe esto como una carencia. Entonces experimenta cómo esa conducta suya ha incidido sobre los demás hombres y qué dolores ha desencadenado en ellos. Esta experiencia se graba profundamente en su ser. En vida había tenido motivos para su retraimiento. Ahora le aparecen con un nuevo enfoque. Los observa objetivamente, viendo el carácter deficiente y limitado de su egocéntrica perspectiva "terrenal". Las tradiciones religiosas aquí también hablan de un "juicio" que puede interpretarse como un enfoque "correcto". Esta nueva comprensión es la que queda grabada y que en el camino ulterior entre la muerte y un nuevo nacimiento puede conducir a cierta predisposición hacia la enfermedad en una futura vida terrenal. En el caso de insensibilidad manifiesta, el individuo será sensibilizado para contagiarse por el virus de la viruela. Entonces la enfer-

medad misma aparece en la vida como lucha para vencer una vivencia unilateral anterior. El proceso de desintegración corporal provocado por la viruela, representa algo así como un "querer salir de sí mismo". De esta manera se vence a nivel corporal una insensibilidad anterior, y el Yo adquiere la fuerza para entrar en una nueva relación alterna con su entorno. Si el hombre muere en el enfrentamiento con esta enfermedad, el Yo dispondrá de esta fuerza para la próxima vida. Aquí la curación reside en la vivencia y el padecimiento de la enfermedad misma y en la liberación del Yo de la maraña de unilateralidades que le hubieran hecho imposible su desarrollo ulterior. Esta ventaja es independiente de la duración del período de vida que le queda por vivir.

Con respecto a la difteria, Rudolf Steiner señala cómo una vida intensamente influenciada por afectos y emociones, ahora conduce a una predisposición a ciertas enfermedades, en la que el enfrentamiento con la enfermedad se traslada totalmente al interior del cuerpo. Como si las fuerzas que antes en los afectos se descargaban demasiado hacia afuera, ahora se estancaran en el interior y debieran ser vencidas allí mismo. También aquí, al final de la lucha se encuentra la curación, aun cuando el respectivo individuo pueda hacer entrar en acción las nuevas posibilidades así adquiridas recién en una vida terrenal futura. Precisamente enfermedades tan trascendentes y determinantes del destino, como lo son la difteria y la viruela maligna, aparecen entonces como resultados de una decisión prenatal propia.

Algo similar, aunque no tan trascendental, es lo que ocurre con la predisposición a determinadas enfermedades infantiles. A través de éstas, tal como ya lo hemos descrito, el Yo no sólo es capaz de reordenar la estructura de sus cuerpos suprasensibles y hacer del cuerpo una mejor expresión de su propia voluntad, sino que al mismo tiempo también representan la posibilidad de hacer una experiencia y vencer algo que había quedado como remanente no superado durante una vida anterior.

Tales pensamientos ayudan a los padres a asistir a su hijo de otra manera en el enfrentamiento con la enfermedad. Este enfoque de la enfermedad corresponde a aquel que encontramos en el Nuevo Testamento a partir de numerosos relatos de curaciones. Para finalizar nuestras reflexiones sobre el sentido de las enfermedades infantiles, quisiéramos explicar lo antedicho más detenidamente:

Hemos llamado "sano" al hombre que puede enfrentar los acontecimientos del mundo lleno de interés y ábiertamente; el que es capaz de tomar parte de sus problemas, y el que dentro del marco de sus posibilidades pugne por una solución digna del hombre. Frente a esta, observamos dos posibilidades de aberración: el hombre que se retrae cada vez más del mundo, que comienza a cavilar y cree poder encontrar sólo dentro de sí mismo la única verdad para cambiar el mundo; por el otro lado, el hombre que queda esclavizado totalmente por el ajetreo de la vida cotidiana, que se niega a sí mismo en forma creciente y es impulsado por los acontecimientos como una hoja en la tormenta. Quien se considera a sí mismo como norma para todas las cosas, pierde la cohesión con todo el medio social. Quien se entrega demasiado a este, pierde la capacidad de discernimiento y seguridad interior. Aquí ha quedado desequilibrado lo que pertenece a las características positivas del Yo, por un lado como capacidad de entrega, y como perseverancia interior por el otro. Pero el hecho de que el Yo pueda servirse libremente de sus posibilidades según la situación dada, es parte de la salud. Schiller definía este manipuleo elástico del Yo con sus facultades como "juego". Por lo tanto, sólo podremos hablar de enfermedad a partir del momento en que el Yo se escape de sí mismo o se contraiga tanto en sí mismo que ya no sea capaz de revertir esta circunstancia por sus propias fuerzas, en que ya esté perturbada su relación con el mundo de manera que no pueda tomarse en serio ni respetarse a sí mismo ni al mundo. Dicho de otra manera: tanto el Yo que se expone a sí mismo, como también el que se retrae con egoísmo, han perdido la capacidad de amar. Porque en la capacidad de amar se fundamenta la salud del Yo: por un lado en la facultad de comprometerse con interés en las necesidades del mundo y permitir que los hombres y acontecimientos del entorno vivan dentro de su propia alma; y por el otro lado en la capacidad de contenerse y permitir que los demás hombres se liberen. Tal relación portadora de amor hacia el entorno, por un lado es un signo de salud anímica y corporal, y por el otro constituye la meta del desarrollo del hombre en sí.

El Cristianismo en su quintaesencia ha definido precisamente esta meta como su "nuevo mandamiento" (S. Juan 13, 34). Las innumerables posibilidades de enfermedad y aberración a las que estamos expuestos, demuestran cuán difícil resulta cumplirlo y cuán largo es el camino hasta alcanzar esa meta. El alma oscila permanentemente entre los peligros del egoísmo y la abnegación moral, abocada a la búsqueda de su carácter hu-

mano. Es posible percibir este hecho como una especie de fatalidad a la que el hombre está expuesto; como también puede formularse el interrogante: ¿Hasta qué punto se puede responsabilizar a un hombre por sus aberraciones?, "¿No será que debemos ser y actuar de acuerdo con lo que somos?", "¿Quién puede cambiar su forma de ser?" Aquí el interrogante sobre la libertad humana vuelve a ocupar el primerísimo plano. Resulta muy fácil imputar la culpa por la propia incapacidad y sus problemas a las circunstancias, las condiciones físicas o a los demás hombres, a cualquiera menos a sí mismo.

Por el otro lado, se requiere valentía para hacerse cargo de sus actos y de todo su "modo de ser" y responder por todas las consecuencias de su conducta hasta más allá de la muerte. Tal decisión cada uno la puede tomar solamente por sí mismo. No se la puede aliviar nadie; en este sentido es totalmente libre. Pero si observamos la gran cantidad de relatos que en el Nuevo Testamento tratan de curaciones, notamos que la lucha por esta decisión juega aquí un papel determinante. Así es que Jesús pregunta: "¿Quieres sanar?" o "¿Qué es lo que quieres que yo te haga?" Evidentemente no depende de que El sólo vea la enfermedad de un hombre y la quite como por encanto o la reprima, sino de que el propio enfermo esté dispuesto a emprender algo para modificar su situación. El impulso para ello lo recibirá de la toma de conciencia de que él mismo también es responsable por su situación y por lo tanto también la verdadera curación sólo puede producirse a través de su activa voluntad de cambio. En esta realidad también reside la solución de la aparente contradicción entre destino —que siempre se percibe como "necesidad" o "fatalidad"— y libertad. La libertad, considerada como margen individual para hacer o dejar de hacer algo, está ligada también a la capacidad de *poder* hacer o dejar de hacer algo. Se refiere más al *manejo* de nuestras posibilidades, y no a su realización. Porque ellas siempre son adquiridas de manera más o menos laboriosa.

¿Quién se encuentra "libre" con respecto a las condiciones en que debe aprender algo? ¿Cuántas no-libertades están relacionadas por ejemplo con la preparación de un examen? ¿Quién ha aprendido a calcular, sin respetar las leyes de la matemática? Pero una vez aprobado el examen y aprendido el cálculo, se ha ampliado el ámbito del Yo. Así también ocurre con toda necesidad providencial. En cierto modo ella sólo produce las condiciones requeridas para adquirir determinada capacidad. Pero una

vez adquirida, el Yo ha conseguido un nuevo grado de libertad, que lo hace humanamente más rico y completo. Por lo tanto, la libertad individual presupone "necesidades individuales", vale decir un destino personal. Reconocer esta verdad constituye el objetivo central del Cristianismo, cuya sustancia puede resumirse en el foco de interés de ambos ideales: libertad y amor.

Quien toma conciencia de que cada niño que nace trae consigo su destino, sus planes individuales de aprendizaje, desarrollará una actitud serena de vida, plena de confianza. Este individuo hará todo para ayudar a su hijo en sus procesos de aprendizaje y no intentará impedirlos.

Bibliografía:

Bock, Emil: "Wiederholte Erdenleben. Die Wiederverkörperungsidee in der deutschen Geistesgeschichte" (Vidas terrenales repetidas. La idea de la reencarnación en la historia espiritual alemana), Stuttgart 1975.

Hertl, M.: "Kinderheilkunde und Kinderkrankenpflege für Schwestern" (Pediatría y asistencia del niño enfermo para enfermeras), Stuttgart 1979.

W. Holzapfel: "Krankheitsepochen der Kindheit" (Enfermedades características de la niñez), Stuttgart 1984. Trad. esp.: México, Editorial Antroposófica, 1981, 3° ed.

Poppelbaum, Hermann: "Mensch und Tier" (Hombre y animal), 7° ed., Dornach 1975. Trad. esp.: México, Editorial Antroposófica, 1969.

Rittelmeyer, Friedrich: "Wiederverkörperung" (Reencarnación), Stuttgart 1931, Vergriffen.

Schad, Wolfgang: "Säugetiere und Mensch. Zur Gestaltbiologie vom Gesichtspunkt der Dreigliederung" (Mamíferos y hombre. La biología de la figura desde el punto de vista de la estructuración ternaria), Stuttgart 1982.

Steiner, Rudolf: "Reinkarnation und Karma – Wie Karma wirkt" (Reencarnación y Karma – Cómo obra el Karma), Dos artículos del año 1903, Dornach 1978. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1990.

Steiner, Rudolf: "Die Offenbarungen des Karma" (Las manifestaciones del Karma), Dornach 1975, N° 120 de la Edición completa. Trad. esp.: Buenos Aires, Editorial Kier, 1982.

Steiner, Rudolf: "Theosophie" (Teosofía), Dornach 1973, N° 9 de la Edición completa. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1988.

Wachsmuth, Günther: "Reinkarnation" (Reencarnación), 2° ed., Dornach 1983.

13. Aspectos éticos de base

De lo manifestado en la Introducción y el capítulo precedente respecto al sentido de las enfermedades infantiles, se desprende que no puede haber ni una vida indigna de ser vivida ni una enfermedad sin sentido. Sólo con la conciencia humana, nuestros deseos y posibilidades personales de comprensión, que muchas veces son limitados, resulta imposible plantear el interrogante por su sentido. No obstante, si se lo logra, conduce a respuestas capaces de brindar consuelo y fuerza en todas las situaciones de vida. Una ética que tome en serio el alma y el espíritu del hombre no permite ni prohibe nada. Antes bien, siempre pregunta por los motivos que conducen a una acción y el modo en que nos conectamos con las consecuencias de nuestro accionar (comp. pág. 186 y 190 y sig.). Miedo, preocupación, amor, confianza, recelo o esperanza son los que representan la realidad ética porque motivan nuestra acciones. Pero las consecuencias resultantes de las respectivas acciones constituyen el destino del niño y el de sus padres. Una encefalitis puede ser causada tanto por una lesión del cráneo seguida por infección bacteriana, como por sarampión u otro virus. Nadie puede prevenir con certeza una encefalitis mediante una vacuna contra uno sólo de los muchos gérmenes patógenos posibles. Pero la forma en que acompañemos al niño lo fortalece si lo hacemos con nuestros mejores esfuerzos o lo debilita si estamos reñidos con el destino, con recelo o temores. Y de esta manera el destino ejerce su acción entre los hombres. Cada decisión que tomamos tiene tanto consecuencias positivas como negativas. No hay nada que sea únicamente bueno. Es por eso también que un antiguo proverbio francés dice: "Chaque médaille a son revers" (Cada medalla tiene su reverso). Debemos convivir con las consecuencias de nuestro accionar y anhelar hacer funcionar siempre los aspectos positivos; en la medida en que esto se logre surgiran las alegrías, cuando se malogre, los padecimientos. Es por eso que una ética cristiana que respete la libertad del prójimo no puede quitar sus decisiones a nadie. Su acción jamás es el juicio ni la condena. Antes bien intentará crear fundamentos para un juicio independiente y brindar sustentos para que la conciencia humana se amplíe y profundice de manera tal, que los acontecimientos de la vida puedan ser interpretados razonablemente, aumentando así la posibilidad de transformar el mal en bien a través de la comprensión y el amor.

VII. PROFILAXIS

En la actualidad las vacunas ocupan el primer lugar en la conciencia de los padres, como medida preventiva de enfermedades. Sin embargo deseamos comenzar por enumerar algunas otras medidas, antes de dar información detallada con respecto a la vacunación.

1. A nivel anímico

La profilaxis a nivel anímico se aplica ante todo en el adulto. En la infancia sólo tiene significación en el sentido del "ejemplo". La primera medida preventiva de enfermedad, la mejor y más disponible en todo momento es: trabajar con entusiasmo. La alegría en el trabajo produce cierta calidez anímica que mantiene sano al organismo. Por lo tanto resulta decisivo organizar y considerar el trabajo cotidiano de manera que se lo pueda disfrutar.

Si el trabajo es agitado o desgastante, es posible reservarse cinco minutos tres veces al día para reflexionar con toda serenidad sobre el tipo de la propia actividad. De esta manera se puede intentar encontrar un elemento que tranquilice u ordene su transcurrir, que ayude a superar mejor los cometidos a cumplir. Por supuesto que ello puede parecer extraordinariamente dificultoso o casi imposible, como por ejemplo en el trabajo fabril a destajo, en la producción en serie. No obstante, hay que tener en claro que por una disposición negativa hacia la actividad, aun aquí sólo se acentúan las consecuencias dañinas. En la malasangre, el disgusto, en el hecho de no poder captar las interrelaciones, en el ajetreo y el estrés reside algo desgastante que afecta la salud. Si durante un período prolongado tales influencias no resueltas se introducen en la noche, el sueño perderá su acción reconfortante. Entonces el individuo pierde defensas contra las enfermedades infecciosas y comienza a "catabolizar" (es decir, comienza un proceso destructivo). En la actualidad, a este hecho se le viene otorgando creciente atención aun por parte de los científicos, comprobándose a través de análisis de sangre la mejor situación de defensas que presentan individuos no estresados que trabajan con entusiasmo (por ejemplo en G. Gaus y B. Kubaneck: Psychosoziale Faktoren und Immunkompetenz (Factores psicosociales y competencia inmunológica) en "Der Internist", 1984, N° 25, pág. 667).

Todos conocemos este tipo de "higiene anímica" a raíz de la propia observación. Hombres en plena actividad —y no por un afán de notoriedad personal sino por interés en su entorno— nos simpatizan y nos place tomarlos como ejemplo. Tienen el aspecto de estar satisfechos, sanos y de alguna manera irradian frescura anímica. También para los niños resulta muy grato tener a su alrededor a un adulto satisfecho, contento con su actividad. Por el contrario, siempre resulta chocante alguien que realiza un "trabajo a reglamento" sin ganas, o cuando existe un trasfondo de otras causas, no relacionadas con el trabajo, tales como la ventaja o la ganancia o la reflexión "¿Qué van a decir ahora de mí?".

Con respecto a enfermedades leves tales como tos y resfrío, cualquiera podrá verificar estas palabras. Pero ¿qué ocurre en el caso de enfermedades más serias y contagiosas, como por ejemplo la difteria? ¿Este tipo de profilaxis será una protección segura? Si *yo* tengo esta capacidad de autodominio y la predisposición positiva con respecto a la vida, ¿también podrán actuar en mi hijo? ¿Alcanzará su capacidad de imitación para ello?

El interrogante respecto a la seguridad pone en evidencia dónde radica este problema: simplemente es el miedo el que predomina en el fondo. Seguramente alguno de nosotros ha tenido la suerte de conocer a una hermana religiosa o diaconisa encanecida ejerciendo su profesión, que se ocupaba afectuosamente de cuidar a enfermos infecciosos graves, sin contagiarse jamás. También habrá quien haya presenciado que hombres intrépidos se enfrentaban sin temor a alguna enfermedad tan infecciosa como la viruela, sin estar vacunados. El amor al prójimo y la fe en los designios providenciales constituyen apoyos inquebrantables en todas las situaciones de vida. Si bien estas cualidades no evitan las enfermedades, sí ayudan a superarlas mejor. Muchas veces vemos cómo colaboran en este sentido las madres internadas con sus niños gravemente enfermos. Entonces por supuesto también se pone en evidencia que nadie es capaz de dar respuestas a tales interrogantes para ninguna otra persona. Cada uno debe aprender a manejar su propio miedo ante determinadas enfermedades.

Emparentadas con las medidas profilácticas a nivel anímico están las llamadas "ejercitaciones", como meditación, yoga, el método de Schultz, pero también los juegos deportivos, el deporte y el entrenamiento físico como el aerobismo. Por el sólo hecho de la repetición durante un tiempo prolongado, su práctica fortalece el organismo. Sin embargo, lo decisivo

es la actitud con la que se practican. El riesgo de este tipo de medidas preventivas reside en el realce del egoísmo físico y la finalidad en sí. Hay personas que ya no pueden pasear sin pensar constantemente en el oxígeno y la significación del movimiento físico para la salud. Aquí ocupa el primer plano el hecho de hacer algo que los beneficie, pero no el interés en las condiciones climáticas, en las flores que acaban de abrirse en el parque o si hoy ha vuelto al estanque la mamá pata con sus patitos.

Es por ello que recomendamos examinar todas estas prácticas con respecto a los argumentos con que se brindan y divulgan. Porque aquí no sólo se debe satisfacer el egoísmo físico, sino también determinados objetivos y egoísmos grupales. Esto atañe particularmente a las prácticas sectarias, como la meditación trascendental o la secta Moon.

Aquí, a la par de la influencia positiva, frecuentemente descrita, sobre el bienestar anímico y corporal, simultáneamente aparece el riesgo de perder la independencia interior y la fuerza del Yo. Es por estas razones que en la bibliografía citamos dos libros que exponen estos procedimientos grupales y señalan los problemas para el desarrollo de la personalidad que surgen por su causa. Pero el verdadero desarrollo sólo se alcanza con valentía y por la superación de crisis y problemas, y no renunciando a la disposición interna para asumir conflictos y aprendizajes (regresión a estados anteriores de desarrollo infantil) y por la conexión sin reservas a un grupo y su estrategia formadora de criterios.

Sin embargo, si los ejercicios espirituales son empleados para avanzar en el conocimiento del mundo y del hombre, para así poder cumplir las propias obligaciones con mayor responsabilidad; y si los ejercicios corporales y anímicos se practican para llegar a ser más confiables y tener más fuerza de voluntad, entonces también tienen el efecto secundario de contribuir decisivamente a mantener la salud. Los que viven de esta manera necesitarán menos sueño que otros, serán más independientes de la alimentación y hablarán poco o nada sobre sí mismos y aun sobre la cuestión de su propio bienestar. Con ellos es fácil encontrarse envuelto de inmediato en conversaciones interesantes, aun cuando, como médico tratante, se esté empeñado en apoyarlos en la superación de alguna enfermedad grave.

Bibliografía:
Bühler, Walther: "Meditation als Erkenntnisweg-Bewußtseinserweiterung mit der Droge" (Meditación como camino del conocimiento – Ampliación de la conciencia con la droga), Stuttgart 1980.
Hammerstein, Oliver von: "Ich war ein Muni" (Yo fui un Muni), dtv.. 1588
Rittelmeyer, Friedrich: "Meditation. Zwölf Briefe über Selbsterziehung" (Meditación. Doce cartas para la autoeducación), 10° ed., , Stuttgart 1980
Schulte, Therese: "Transzendentale Meditation und wohin sie führt. Abschiedsdisput einer TM-Lehrerin" (Meditación trascendental y a dónde lleva. Manifiesto de despedida de una maestra de M.T.), Stuttgart 1980.
Steiner, Rudolf: "Die Hygiene als soziale Frage" (La higiene como cuestión social), Una conferencia, 7. 4. 1920. Dornach 1963.

2. Medidas de higiene

Una segunda forma de profilaxis radica en la comprensión de los procesos de contagio y el conocimiento de los factores que impulsan la enfermedad. Esto resulta particularmente positivo en la prevención del raquitismo, la profilaxis de las caries y por ejemplo en la tos convulsa del lactante (compárese con los capítulos respectivos). Por supuesto que esto presupone cierto grado de perseverancia y prudencia.

Aquí mismo hemos de hacer mención de la higiene en sentido bacteriológico: comprende la aislación de pacientes que eliminan gérmenes patógenos, la desinfección de ambientes, el uso de vestimenta protectora, llegado el caso también guantes, barbijos y anteojos, como así también el cumplimiento de reglamentos de desinfección de los objetos usados por el paciente. Sin la aplicación consecuente de este tipo de higiene bacteriológica no hubieran sido posibles los logros de la cirugía moderna, ni tampoco hubiera descendido la mortalidad hospitalaria materno-infantil de los elevados porcentajes del siglo pasado. No obstante, toda madre sabe que algún día tiene lugar la transición entre el lactante mantenido al mayor nivel de higiene posible encima del cambiador, y el niño que se arrastra en el mismo piso que los demás pisan con los zapatos de calle. ¿Qué es lo que tiene un efecto profiláctico duradero? ¿Que el niño sea protegido de los gérmenes o que aprenda a convivir con ellos? El problema se prolonga directamente en la cuestión del tratamiento, o sea si toda

enfermedad bacteriana ha de ser tratada con antibióticos o sólo aquella de la que se sabe que el niño por sí solo no sería capaz de superar el enfrentamiento. Para la orientación tranquilizadora citamos la siguiente experiencia: el primer hijo de una familia en general no enferma con frecuencia, ya que se cría solo. A lo sumo cuando los padres están afectados por alguna infección, él también contrae un resfrío. Luego ingresa en el jardín de infantes y podemos comprobar que se avecinan por lo menos dos inviernos seguidos pletóricos de infecciones. Es como si trajera "cualquier" infección al hogar y durante el invierno está más en casa que en el jardín de infantes. Con el segundo hijo todavía sucede algo similar, pero con el tercero la situación ya varía: ya como lactante es constantemente contagiado por sus hermanos mayores y en efecto padece las infecciones y a veces también las clásicas enfermedades infantiles a muy temprana edad, a veces en forma bastante seria que constituye una carga para los padres. Pero por regla general, este tercer hijo será el más sano y fuerte de todos. Tal experiencia que se vuelve a repetir una y otra vez, habla por sí sola y puede ser un consuelo para más de una familia numerosa.

3. Fortalecimiento y cambio de clima

No hay duda: una predisposición generalizada a las infecciones puede ser disminuida cuando por ejemplo todas las mañanas se realizan lavados con agua fría. Desde luego que parte de las curas climáticas también deben entenderse en el sentido de que se va creando cierta robustez frente a condiciones climáticas rigurosas. En tales medidas se puede diferenciar directamente entre lo que pretenden provocar y aquellas otras consecuencias que acarrean. Por ejemplo lo que atañe a aplicaciones de frío, sin duda se las dejaría de lado si se supiera que fomentan la posterior predisposición a la arteriosclerosis. La legendaria salud de los niños criados en el campo no fue producto de las duchas frías, sino del hecho de que, estando bien abrigados, eran expuestos a cargas de bajas temperaturas. Naturalmente esto no significa que la aplicación de frío no pueda ser una terapia indicada en determinados casos. Nosotros no recomendamos el fortalecimiento sistemático en la infancia, ya que por menosprecio de circunstancias individuales y la cuestión con respecto a cómo influye en la salud a edad avanzada, puede llegar a causar mucho daño. Practicado precisamente en la edad del crecimiento, este "curtirlo a cualquier precio" re-

presenta una medida que apunta a la intervención directa en la estructura orgánica del niño.

Si en vez de una ducha fría por la mañana se le da por ejemplo un baño de agua tan tibia como le resulte agradable al niño, y con agregado de *Romero, Emulsión para Baño Weleda*, con el correr del tiempo esto también tiene un efecto vigorizante y estabilizador. En todo caso habrá ocurrido una individualización acorde con la vivencia de este niño.

Las curas climáticas se interpretan de otra manera. Por lo general son más terapia que profilaxis. En la improvisación privada de tales curas hoy en día se cometen muchos errores. Una cura climática debe cumplir con los siguientes criterios. A la primera estadía en un clima fuertemente estimulante (por ejemplo, de mar o de montaña), la cura debe durar por lo menos seis semanas. El niño debe acostumbrarse gradualmente al clima a través de crecientes cargas de aire. Hasta la aclimatación completa pasan tres a cuatro semanas. El resto del tiempo está dedicado a la estabilización. Las curas más breves conducen más bien al debilitamiento y a la llamada "infección del retorno".

Para la verdadera cura climática se requiere ropa de lana abrigada en cualquier época del año. La cara, manos y pies pueden exponerse en primer término. El enfriamiento de manos y pies indica que se ha alcanzado el límite de carga en ese momento. Por lo menos hasta la edad escolar, los niños no deberían hacer tales curas climáticas sin la presencia de una persona de su intimidad. En casos aislados esto todavía es válido para niños considerablemente mayores. Por lo demás, si los padres no los acompañan, deberían asegurarse que el ambiente totalmente diferente de la clínica donde tiene lugar la cura resulte estimulante al desarrollo del niño.

En cuanto a pruebas únicas de coraje, como por ejemplo caminar descalzo en la nieve, sin dudas son algo positivo, siempre que los padres no alberguen expectativas y no se manifieste decepción por "cobardía". Sin embargo, tales pruebas de valentía, realizadas por sí, no tienen relación alguna con el fortalecimiento.

La sesión de sauna, que se popularizó en muchos lugares una o dos veces por semana, es una medida muy útil para reactivar vigorosamente un organismo sobreprotegido que se mueve poco y sólo en ambientes climatizados. Sin embargo, un niño que se mueve desde la mañana hasta la noche y juega mucho al aire libre, no necesita ninguna de estas cargas estimulantes adicionales.

Resumiendo respecto a esta temática, quisiéramos mencionar que también aquí el niño y sus necesidades deberían constituir el centro de atención según el cual se han de interpretar los criterios para evaluar si una medida resulta beneficiosa o más bien dañina.

4. El ritmo

Todo tipo de regularidad rítmica durante la jornada del niño fortalece su constitución, cuando lo que se pretende es alcanzar un equilibrio entre las diversas actividades y los respectivos intervalos de descanso. En este punto no nos detendremos particularmente, ya que en diversos párrafos se hace referencia a esta influencia curativa (véanse págs. 211, 375 y 429).

Sin embargo, llamaremos la atención sobre las múltiples publicaciones sobre la investigación del ritmo que en la actualidad encuentran creciente consideración. Porque la vida, desde el ser unicelular hasta el mamífero más complejo, adapta con precisión los respectivos ritmos entre sí. Si estos ritmos portadores de vida, estas organizaciones temporales se desequilibran en su coacción armoniosa, entonces la enfermedad se instala en el hombre y la destrucción y muerte en la naturaleza.

5. Las vacunas preventivas

Como se trata de una tema cargado de prejuicios, quisiéramos insistir, ya al comienzo, en que nuestras consideraciones no pretenden dar los lineamientos comprometidos con la pediatría antroposófica. Las decisiones sólo pueden emanar de la responsabilidad individual de cada médico durante el diálogo concreto con su paciente. Tampoco es nuestro deseo imponer nuestro criterio a favor o en contra de la vacunación. Más bien anhelamos ayudar a los padres a poder arribar a una decisión difícil pero individual que convenga a su hijo.

Los principios de la inmunización artificial son fácilmente comprensibles. ¿Por qué se vacuna?

1. Porque se ha de proteger al individuo de los peligros de ciertas enfermedades infecciosas.
2. Porque la humanidad se siente amenazada por enfermedades infecciosas epidémicas.

¿Qué sucede a causa de la vacunación preventiva?

Las vacunaciones preventivas sirven para prevenir determinadas enfermedades infecciosas. Mediante la inoculación, el rasguño con lanceta o ingestión de sustancias inmunizantes, se estimula al organismo para formar anticuerpos. Estos son similares o iguales a aquellos que se forman en el organismo durante la superación de una enfermedad infecciosa. De esta manera, las vacunaciones proveen una prevención más o menos intensa de la enfermedad, durante un período que depende de cada caso individual. Por lo tanto es un proceso de inmunización artificial activa. Sustancias inmunizantes provenientes de agentes provocadores debilitados pero capaces de reproducirse, son denominadas "vacunas de células vivas"; las elaboradas en base a productos de disociación o metabólicos de los provocadores son las "vacunas de células muertas". Aparte de estas existe la llamada inmunización pasiva, que también se caracteriza como administración de suero o vacunación pasiva. Aquí se inoculan anticuerpos de otras personas o animales a un individuo en situación de riesgo (en este libro definimos ambos métodos simplemente como vacunación). Estos anticuerpos ajenos son prontamente catabolizados en el organismo, de manera que la prevención significativa tiene una duración máxima de dos meses. En las vacunaciones activas por el contrario, la inmunización se mantiene durante años.

Por la vacunación puede disminuirse significativamente la mortalidad por enfermedades infecciosas, así como puede reducirse la predisposición.

En contraposición con otras medidas preventivas de la medicina, una vacunación no pretende ni puede fortalecer la salud de un individuo, como podemos esperarlo por ejemplo de estadías en balnearios marinos o en la alta montaña. La vacunación tiene sentido cuando es capaz de evitar un riesgo para determinado individuo vacunado o para todo un grupo de la población. Pero sólo se justifica cuando a raíz de la vacunación no aparecen nuevos riesgos esenciales (daño vacunal). El sentido de una vacunación puede apreciarse según la siguiente evaluación comparativa:

Por un lado: peligrosidad de la enfermedad. Bajo esta definición entendemos la frecuencia de una evolución grave de la enfermedad con sus complicaciones, la aparición epidémica de la enfermedad y la mortalidad por su causa.

Por el otro lado: las cualidades de la inmunización vacunal, vale decir la duración de su efecto y su eficacia, escasez de complicaciones; o sea

todos los daños conocidos en la actualidad, que pueda provocar la vacunación.

Una vacunación es considerada valiosa cuando la respectiva enfermedad tiene frecuentes evoluciones de riesgo, cuando la inmunidad que garantiza es eficaz y duradera. Las complicaciones vacunales son riesgos que se corren únicamente cuando la respectiva enfermedad es de mucho riesgo.

Debe recalcarse que la siguiente descripción de las respectivas vacunas sólo puede tener una significación limitada en el tiempo (situación 1987). Esto se refiere principalmente también a las recomendaciones oficiales de la vacuna que en los últimos quince años han sufrido importantes cambios. Por ejemplo en Alemania, al comienzo de este período, existía una recomendación oficial a favor de la llamada vacuna cuádruple o quíntuple. Hace aproximadamente cuatro años, estas se convirtieron en una vacuna doble (a saber: antitetánica y antidiftérica). Por otra parte, se introdujo la inoculación de vacunas de células vivas contra sarampión, paperas y rubéola a nivel oficial. En el interín, en base a recomendaciones oficiales también se pudo volver a aplicar la vacuna triple (de células muertas) contra difteria, tétano y tos convulsa. Este cambio en las consideraciones parece inevitable, ya que en las recomendaciones oficiales siempre se ponen de manifiesto —con cierta demora— las nuevas experiencias respecto a la peligrosidad o eficacia de inmunizantes aplicados o la peligrosidad de nuevas olas epidémicas. Volvemos a recalcar que las decisiones respecto a una vacunación siempre deben ser tomadas de común acuerdo entre los padres y el médico en forma individual para cada niño.

En la Argentina, las circunstancias son otras. Aquí es obligatoria la vacunación contra la poliomielitis, difteria, tétano, sarampión, tos convulsa y tuberculosis. Se requiere un comprobante de todas estas vacunaciones para ingresar al jardín de infantes y la escuela. Por otra parte, también es posible llevar una certificación extendida por un médico, que explique las causas de la no vacunación de ese niño. Porque existen muchas razones por las que una vacunación también podría convertirse en un riesgo para el niño (por ejemplo los alérgicos presentan un índice mucho más elevado de complicaciones a causa de vacunas, que los no alérgicos). Por esta razón, opinamos que —a pesar de las disposiciones vigentes— también existen vías para no aplicar a un niño vacunas que la madre y/o el médico consideran inoportunas.

A Vacuna Antitetánica

Ante una lesión sucia, los médicos de todo el mundo optan preventivamente por la inmunización pasiva, vale decir que se inocula un concentrado de anticuerpos, obtenido de donantes humanos altamente inmunizados. Las sustancias proteicas de origen equino y vacuno aplicadas antiguamente pero de relativa peligrosidad, ya no están en uso. En vista de que el cuerpo cataboliza estas sustancias en el término de varias semanas, tal inmunización pasiva sólo tiene sentido ante una lesión aguda. En el caso de la afección del tétano, en la actualidad se emplean dosis elevadas de sustancias de origen humano que con frecuencia logran salvar la vida.

Es preferible la inmunización activa que estimula al organismo a formar anticuerpos. Para una inmunidad de unos diez años se requieren tres inyecciones a intervalos de un mes y un año.

En lesiones producidas a más de cinco años de la última vacunación, se "refuerza" con una única inoculación de material inmunizante; en heridas muy sucias o pacientes muy lastimados (quemaduras) ya antes.

Si tal "refuerzo" fue realizado una o dos veces más, con toda seguridad que en los próximos diez años no se requiere ninguna vacuna antitetánica adicional. La vacuna es de las más innocuas que existen. Seguramente el índice de inmunidad es bueno, si bien en ocasiones habría afecciones tetánicas leves, aun en pacientes vacunados. La eficacia de la vacuna antitetánica ha quedado demostrada hacia fines de la Segunda Guerra Mundial, cuando los aliados dejaron de tener casos de tétano entre sus soldados, mientras que entre las tropas alemanas todavía se producían casos fatales. La afección no atenuada es una de las más graves que se conocen, ya que es fatal en aproximadamente una tercera parte hasta la mitad de los pacientes afectados. No obstante, el tétano es una enfermedad poco frecuente, por lo que se requieren muchas vacunas en gran cantidad de individuos, para salvar a uno solo de por vida de esta afección. Podemos ofrecer un ejemplo: en una población de mil habitantes, en el término de sesenta años habría que aplicar ocho mil vacunas, para que entre esas mil personas se pueda prevenir con seguridad un único caso grave. Curiosamente, la afección del tétano no produce inmunidad. Hasta padres moderados hacen vacunar a su hijo una vez que hayan sufrido un ataque de tétano con él. En nuestros ámbitos de vida, el riesgo de contraer tétano en el primer año de vida es extraordinariamente pequeño. Por esta razón recomendamos la vacunación no antes de un año de edad, a partir del sexto control preventivo*, y no —como es habitual— a los tres meses de edad. Lo preferimos así, porque el cuerpo del niño de un año de edad es esencialmente más estable y también se pueden observar más claramente sus reacciones.

B Vacuna Antidiftérica

Los antiguos pediatras experimentados suelen recalcar una y otra vez que a partir de la introducción de los anticuerpos pasivos y de la vacunación activa, la difteria ha dejado de infundir temor. En el caso de la difteria es verdad que la vacunación pasiva hasta entonces todavía había tenido carácter de terapia agresiva, ya que esta sustancia inmunizante era de origen equino o vacuno. Por lo tanto existía el riesgo de reacciones alérgicas ante una proteína extraña. Por otra parte existe un estudio clínico de relevancia, que no logró demostrar una mejoría en los desarrollos de enfermedades en casos de mediana gravedad**. Esperamos que el problema desaparezca a la brevedad, ya que en el interín ha sido desarrollada una sustancia inmunizante pasiva, de origen humano, que sin duda implicará menor riesgo y quizás mayor eficacia. Con respecto al índice de prevención de la vacuna antidiftérica activa, en la actualidad no podemos decir nada con certeza, pero parecería que entre los pocos casos fatales de los últimos años no hubo pacientes con su plan de vacunación completo. Los adultos eran afectados aproximadamente con la misma frecuencia que los niños.

Al igual que con la vacuna antitetánica, la aplicación consiste en tres inyecciones y puede inocularse en combinación con otras. La vacuna antidiftérica no es tan innocua como la antitetánica, aunque la sola presencia de fiebre todavía no constituye un factor de riesgo. Es sumamente raro que aparezcan complicaciones, como por ejemplo cuando al mismo tiempo existe o está por declararse otra enfermedad. Entonces las complicaciones pueden ser similares a las de la difteria. La inmunidad que provee la vacu-

* Un niño sano que crece normalmente es citado por el pediatra cada dos meses, por eso en el primer año de vida generalmente se realizan seis controles (llamados preventivos). (N. del E.)

** Adolf Bingel: "Wirkt das Diphtherieheilserum bei der menschlichen Diphtherieerkrankheit spezifisch durch seinen Antitoxingehalt oder unspezifisch?" (La acción del suero antidiftérico en la afección humana de la difteria ¿es específica por su contenido de antitoxinas, o no específica?), DMW, 28.1.1949, p. 101.

nación es considerada satisfactoria durante aproximadamente unos cinco años. Entonces se vuelve a reforzar una vez más con otra inyección. Después de los doce años de edad se recomienda la vacunación con una sustancia inmunizante más débil. Por el mismo motivo que en la vacuna antitetánica, en períodos no epidémicos recomendamos a los padres que deseen vacunar a sus hijos contra la difteria, aplicarla recién al año de edad.

C Vacuna Anti-coqueluche (o tos convulsa)

Existen países que a nivel oficial recomiendan la vacuna activa contra la tos convulsa. Desde hace cierto tiempo se sabe que al aplicar casualmente una vacuna durante una incipiente tos convulsa, esta podía tener una evolución particularmente grave, con complicaciones cerebrales. En tales casos entonces sólo se permitía la inoculación de sustancia inmunizante pasiva. El Profesor Ehrengut, de Hamburgo, siempre se manifestó contrario a la vacunación activa, por ser esta relativamente riesgosa, sin ser suficientemente eficaz, y porque la inmunidad recién se producía cuando la afección de todos modos ya no era tan peligrosa. Porque cuando se comienza a los cuatro meses de edad, vacunando una vez por mes —a causa de las razones de riesgo, con dosis pequeñas, tal como fue indicado—, se requieren tres intervalos de cuatro semanas cada uno. El niño ya tiene seis meses de edad cuando recién es capaz de hacer frente a un contagio. Para entonces ya casi ha pasado la mayor parte del período de riesgo; y tal como lo manifestáramos en el párrafo dedicado a la tos convulsa, este se ubica dentro de los tres primeros meses de vida y sólo en mucho menor medida también durante el segundo semestre.

En contra de la creencia generalizada, la predisposición del lactante pequeño es muy grande, aun cuando sea amamantado por la madre (aproximadamente el 96%). La afección puede dejar secuelas parecidas a las de la encefalitis, en el desarrollo de estos niños pequeños. Una sustancia inmunizante administrada a través de la nariz ya en el recién nacido, debería suplir esta carencia en el primer semestre de vida. Sin embargo, esta sustancia inmunizante no ha logrado imponerse hasta el presente. Entonces, como en el primer semestre por inoculación no se logra inmunidad ante tos convulsa, debemos saber cómo proceder en su lugar: se deberían extremar las medidas de precaución para no permitir la presencia de niños afectados por tos en la misma habitación, hasta que el lactante

tenga seis meses. Si se observa que un niño afectado por tos convulsa ha entrado en contacto con el lactante a una distancia menor a los tres metros, habría que consultar al médico en el término de los próximos dos días. Porque en ese momento todavía es posible interceptar el contagio mediante inyecciones de anticuerpos (hiperinmunoglobulina) o, mejor aún, un tratamiento preventivo con antibióticos (ver pág. 134). Si se desaprovecha ese momento o el bebé ya empieza a toser, ya no se podrá procurar alivio por estos medios. Los lactantes afectados por tos convulsa en en el primer semestre de vida, frecuentemente deben ser internados —si es posible conjuntamente con la madre— para su tratamiento.

D Vacuna Antipoliomielítica

Entre nosotros se usa preferentemente la vacuna de célula viva, conocida como oral. Curiosamente, también la antigua vacuna de célula muerta se cuenta entre las oficialmente recomendadas, aun cuando no se ignora que su eficacia es menor que la de la vacuna oral. Especial atención merecen las causas de las epidemias de poliomielitis, cada vez más graves hasta que se introdujo la vacunación. Se ha podido comprobar que el peligro de epidemia crecía con el grado de civilización de los respectivos países. Una teoría sobre las circunstancias en el antiguo Egipto brinda una imagen clara: esta enfermedad ya existía entonces, pero aparentemente no en forma epidémica. Resulta fácil suponer que el Nilo contenía numerosos virus poliomielíticos, razón por la cual todos los individuos la contraían tempranamente, aun encontrándose bajo la protección materna, por lo que no se producían epidemias. La frecuencia de las últimas epidemias de poliomielitis hizo suponer que al cabo de dos años de duración de una epidemia aparecía un intervalo, por la única razón de que el resto de la población había quedado inmunizado en el interín. Una vez que volvían a existir suficientes niños y jóvenes que debido a nuestras condiciones higiénicas no podían desarrollar defensas, transcurrían unos 16 años hasta la próxima epidemia. Con respecto a la frecuencia de los casos individuales de parálisis, también durante una epidemia, por lo general se manejan ideas erróneas. Cuando durante un verano en una ciudad de aproximadamente 600.000 habitantes enfermaban cuarenta personas, ya se consideraba este hecho como una epidemia de consideración. Habría que tener presente esta relación, al pensar que la mayo-

ría de los individuos restantes durante el mismo período también se habían protegido de la poliomielitis, a través de la llamada inmunidad oculta sin manifestación patológica. El carácter traicionero de esta afección y sus secuelas permanentes fueron las causas de que se haya dedicado particular atención a esta enfermedad. Las familias afectadas por la poliomielitis eran objeto de un aislamiento y proscripción totalmente innecesarios, debido al considerable temor del resto de la población, hecho que —aparte de la enfermedad en sí— acarreaba sufrimiento adicional. La consecuencia lógica en los países civilizados era una vacuna con el objetivo de exterminar totalmente la enfermedad. Ya que en los países civilizados esto se ha logrado aproximadamente, ahora ya no se puede retroceder. La declinación de la participación de la vacuna oral al cabo de cierto tiempo puede tener como consecuencia una epidemia de alcances desconocidos, ya que por algún tiempo podemos suponer que la predisposición hacia esta enfermedad se está extinguiendo. Un perjuicio en forma de parálisis debido a la vacuna constituye un acontecimiento extremadamente infrecuente. El temor en este sentido es injustificado. Aparte de la inmunización individual, esta vacuna también cuenta con una significación social: cuanto más individuos participen de ella, tanto más improbable será una epidemia de poliomielitis; por lo tanto, esto quiere decir que el inoculado contribuye también a proteger al no vacunado. Esto se opone a las circunstancias de la vacunación antisarampionosa. Un mayor riesgo de contraer poliomielitis puede aparecer donde convive un grupo mayor de individuos "higiénicamente impecables", no vacunados. Tal "hueco" en la malla protectora que cubre la vacuna puede provocar un efecto como un remolino en el agua. Para este caso existió un ejemplo en Holanda, donde una cantidad desproporcionada de individuos pertenecientes a cierta secta contrajo poliomielitis. Lamentablemente no se conocen con exactitud las demás condiciones de vida que pueden haber estimulado aún más la aparición de esta infección.

No obstante, resulta importante saber que la razón principal de la predisposición entre los habitantes de países civilizados radica precisamente en que estos individuos presentan un sistema nervioso debilitado por exceso de cargas sensoriales (sol, tránsito, industria, medios de comunicación masiva, grandes tiendas) y por estimulación por el excesivo consumo de azúcares. El hecho de sacar las conclusiones del caso habría que tomarlo exactamente tan en serio como la vacunación realizada más bien por

motivos sociales. Fue mérito del Dr. Wilhelm zur Linden, quien realizó denodados intentos para llamar la atención en gran escala sobre el hecho de que un sistema nervioso debilitado favorece la aparición de la poliomielitis. Hasta se manifestó en contra de la vacunación, por considerar mucho más importante exterminar las condiciones previas para la infección. El consideraba absurdo vacunar mientras se continuaba perjudicando al sistema nervioso a causa de las mencionadas influencias de la civilización.

E Vacuna contra la Rubéola

Desde hace algunos años contamos con una vacuna de células vivas contra la rubéola. Persigue exclusivamente el objetivo de inmunizar a las niñas con miras a un futuro embarazo, para que sus hijos no puedan ser dañados por una afección de rubéola que la madre haya padecido en el primer período del embarazo. Para la embarazada, el hecho de contraer rubéola y enterarse de que no posee anticuerpos representa una gran carga anímica. Esta situación de ninguna manera es infrecuente, según lo confirman año tras año los preocupados llamados al consultorio del pediatra. Desde luego debe saberse que esta es sólo una de las muchas posibilidades de exponer a los niños a daños, aun dentro del vientre materno. Pero lo cierto es que pertenece a las causas más frecuentes de malformaciones de diversos tipos. Estas se producen con frecuencia cuando la infección tiene lugar durante la fase de diferenciación embrional, entre la quinta y la doceava semana del embarazo. Estos datos con respecto a malformaciones efectivamente ocurridas en niños nacidos en término oscilan entre ocho y sesenta por ciento. La vacunación se recomienda a la edad de entre 10 y 15 años o en combinación con la vacuna contra sarampión y paperas, a los dos años de edad; no obstante, si se la aplica en forma tan precoz, requerirá un refuerzo a más tardar ocho años después.

Desde el punto de vista epidemiológico sería más aconsejable practicar la inoculación tan tarde como fuera posible, ya que así no se inhibiría la infección natural. Si la vacunación precoz, realizada al año y medio de vida, se impone sobre todo también en varones, para los no vacunados significaría que llegarían a adquirir más adelante y con menor frecuencia la inmunidad a través de la inmunización oculta sin manifestación patológica, o por la afección misma. De este modo, para mujeres no vacunadas

aumenta en gran medida el riesgo de contraer rubéola durante la primera fase del embarazo. Si no se repara en gastos, previo a la vacuna puede determinarse el índice de anticuerpos, conociendo así la necesidad o no de la vacuna a inocular. Sin embargo, este método resulta impracticable en gran escala. De la vacuna antirubeólica única se pretende que mantenga la inmunización durante todo el período fértil de la mujer. Sin embargo, con respecto al resultado recién se podrá dar testimonio una vez transcurridos unos veinte a treinta años. Pero como en ese lapso también se habrá modificado la epidemiología de la rubéola, gracias a las vacunaciones cada vez más frecuentes, por lo que el contacto con el virus vivo de personas vacunadas será menos frecuente, este pronóstico continúa siendo inseguro.

F La vacunación contra las Paperas

Desde hace unos pocos años también existe una vacuna con células vivas contra las paperas. Su objetivo sólo puede ser evitar los daños permanentes causados por esta afección. En forma similar a lo que ocurre en el coqueluche, también se hacen escuchar argumentos como: "No debe olvidarse que el coqueluche y las paperas constituyen una gran carga para la familia, debido a las muy prolongadas perturbaciones de la tranquilidad en el hogar", etc. A tales argumentos sólo se puede responder preguntando si constituye un ideal manipular el organismo infantil en la forma menos molesta para su entorno. La meningitis como secuela de las paperas, por su actual evolución tampoco puede ser el argumento concluyente a favor de la vacunación, ya que en la inmensa mayoría de los casos infantiles cede sin dejar secuelas. (Compárese con la descripción de la afección de las paperas, pág. 131). Los motivos a favor de la inoculación sólo pueden radicar en los daños permanentes, que residen en la esterilidad como secuela de la orquitis y las perturbaciones auditivas, infrecuentes pero trascendentales.

Resulta bastante dificultoso estimar el riesgo real de una inflamación de testículos sin y con vacunación. Aparte de ciertas tendencias de la afección y la predisposición del individuo para las paperas, según los conocimientos actuales habría que meditar con respecto al siguiente razonamiento: supongamos que en un niño de un año y medio de edad se presenta la cuestión de la vacuna contra paperas. En la gran mayoría de los casos sin vacuna habría que contar con un contagio en la infancia hasta los quince años de edad. (Un 70 - 90% de los adultos tienen anticuerpos y en la actualidad todavía están inmunizados aun sin la influencia de la vacunación.) Supongamos que el niño no pertenece a este 70 - 90% y en su adultez conserva su predisposición a las paperas; entonces vuelve a presentarse el interrogante si en caso de un contagio virósico realmente contraería la enfermedad y caería enfermo, o si se inmunizaría sin manifestación patológica. Si enfermara en verdad, sólo en 10 - 14% de los casos habría que contar con una orquitis unilateral. De estas orquitis sólo una tercera parte conduciría a una incapacidad funcional unilateral. Ni aun el médico es capaz de asegurar algo más preciso. Ante la toma de decisión a favor o en contra de la vacuna, el lego debería estar informado sobre este hecho, ya que la simple declaración "Las paperas pueden dejar como secuela una orquitis con esterilidad permanente" no caracteriza adecuadamente el verdadero riesgo.

Por lo general, un daño permanente del oído interno también es sólo unilateral, siendo muchas veces diagnosticado tardíamente. Es por ello que los datos con respecto a la frecuencia tampoco son precisos. Se cuenta con una complicación entre 15.000 casos no complicados de paperas. Durante la totalidad de nuestra actividad pediátrica durante veinte años, nos hemos encontrado con un solo niño en estas condiciones. Si ahora se opta más a menudo a favor de la vacunación, debe contarse con que el pico de la afección en los no vacunados se inclinará más hacia la edad adulta, donde tales complicaciones son más frecuentes. Esto significa que en los próximos años trataremos con más complicaciones y entonces estas no serán atribuibles a una creciente peligrosidad o predisposición hacia las paperas, sino sólo a la vacunación. Entonces las condiciones son inversas a lo que ocurre en la poliomielitis: en esta alcanza que aproximadamente un 70% de la población se inmunice precozmente, para que también en el resto de la población —que no está vacunado— disminuya el riesgo de contraer la enfermedad. En las paperas, por el contrario, el riesgo de complicación aumenta cuando otros han sido vacunados.

Una encefalitis poco frecuente (no se dispone de datos con respecto a su frecuencia ¡no confundir con la frecuente meningitis, que no deja secuelas!) puede acarrear daños posteriores en forma de perjuicios permanentes de tipo nervioso y cerebral. Su evolución parece ser más favorable que la del sarampión.

Un paciente de estas características todavía no se nos ha presentado.

Desde luego que todavía no pueden hacerse aseveraciones con respecto a la duración de la inmunidad vacunal. Sin embargo se cuenta con una inmunidad de por vida. Todavía queda por demostrar si esta esperanza se comprobará con la decreciente frecuencia de los contactos con virus vivos.

G Vacuna Antisarampionosa

La vacuna de células vivas, que recomendamos hoy en día, por lo general recién se administra al año y medio de edad, ya que antes todavía se debe contar con una ligera disminución de la eficacia a raíz de los anticuerpos aún presentes en la sangre del niño. El motivo a favor de la vacunación es la peligrosa encefalitis del sarampión, vale decir la encefalitis que parecería presentarse como complicación en un caso entre mil a dos mil niños. Si se puede confiar en las cifras, esta complicación ha ido en aumento en los países civilizados. La vacuna antisarampionosa de célula viva, por el contrario, es considerada innocua, siempre que sea realizada por manos expertas. Se cuenta con que desaparezcan las afecciones atípicas de sarampión, una vez superadas las secuelas de la vacunación con célula muerta. Con la técnica actual de vacunación se aspira a una inmunización de por vida.

Pero existe un caso modelo, por el cual resulta fácil observar que la mejor inmunización está dada por la superación del sarampión clásico. En la afección débil del sarampión, esta protección también es más débil. Es así que un lactante de cinco meses, contagiado por sus hermanos, en ese momento puede no dar todavía señales de la enfermedad (por los anticuerpos de la madre, aún presentes), pero en el próximo contagio a los siete años de edad ya puede padecer un sarampión leve. La cuestión es ¿qué es lo que sucedería si este individuo recién a los cuarenta años vuelve a tener contacto con el sarampión? ¿Tendería entonces a una afección grave del sarampión? El actual equilibrio epidemiológico presupone que hasta ahora lo clásico es que las afecciones sarampionosas tengan lugar en la infancia y que los hombres en el curso de su vida tienen grandes chances de volver a reforzar su inmunidad a través de contactos cercanos con el sarampión. La inseguridad también surge con respecto a la situación de los recién nacidos hasta ahora totalmente inmunes. Un autor norteamericano ya había observado índices disminuidos de anticuerpos

en escolares vacunados. Entonces ¿alcanzarán los anticuerpos de una mujer de treinta años de edad, para transmitir a su hijo una inmunidad suficiente para su primer semestre de vida? De todas maneras, con la vacunación no se pretende hacer del sarampión una enfermedad grave del recién nacido o del adulto, que entonces quizás aparezca con menor frecuencia pero de modo tanto más dramático y peligroso. En la actualidad ya en la infancia se debe contar con evoluciones más graves, debido a que el promedio de contagios se presenta más tardíamente. Contrariamente a lo que ocurre en la vacuna antipoliomielítica oral, esta resulta entonces "antisocial". La vacuna antisarampionosa sólo estaría capacitada para cumplir con el cometido de sus defensores, si la Organización Mundial de la Salud lograra erradicar completamente esta enfermedad en el lapso de unos pocos años. Si así no fuere, se producirían circunstancias totalmente incalculables.

El siguiente ejemplo ha de demostrar la complejidad de las interrelaciones y lo poco indicativo de cada caso aislado respecto a qué valor y qué significación tendrá la vacunación para la salud de un individuo: supongamos que de dos niños con la misma disfunción cerebral, uno haya padecido sarampión, mientras el otro ha sido vacunado. Entonces ¿cuáles padres tendrán mayor preocupación porque su hijo puede ser afectado por cualquier otra encefalitis, como por ejemplo como secuela de una varicela o una gripe? En verdad, los padres del niño vacunado, con cierta razón por lo general estarían más atemorizados, aun con respecto a otras infecciones.

Todos estos interrogantes no pueden ser contestados en forma generalizada, ya que —debido a las condiciones providenciales de cada individuo— en el hombre no existen verdaderas posibilidades de comparación. Con ello rozamos el problema global de la vacunación: ¿Se ha de evaluar tal afección sólo con el enfoque de las complicaciones raras, pero muy trascendentales, o no será preferible considerar también lo positivo: que la gran mayoría de los individuos salen airosos de este tipo de desafío, conjuntamente con su familia, quedando luego fortalecidos en cuerpo y alma? *

Por supuesto que de una apreciación realista también forma parte el

* En el tifus se ha podido comprobar este efecto fortificante, mediante una posterior comparación entre mellizos de los cuales sólo uno lo había contraído (Goswa-

hecho de que en los países civilizados de Oriente y Occidente la afección del sarampión ya ha declinado marcadamente, y que sólo Europa Central todavía se permite el "lujo" de contraer esta enfermedad. En todo caso, en los países en que la vacunación es obligatoria o donde se ha cumplido voluntariamente pero en forma generalizada, el sarampión ha declinado totalmente y por lo tanto también la encefalitis sarampionosa. Y este es sin duda un hecho en sí positivo. Pero también puede preguntarse: ¿Existen influencias civilizadoras y terapéuticas que puedan estimular o inhibir el advenimiento o la evolución de la encefalitis sarampionosa? A raíz de la escasa frecuencia de las complicaciones no es posible aportar muchos datos al respecto. No obstante, para aquellos padres para los que, por las causas citadas, la vacunación se ha convertido en un problema, la necesidad de un adecuado cuidado pediátrico, alimentación, pedagogía y terapia se tornará aún más urgente. Cuanto mayor sea la cantidad de premisas que se puedan crear para un sano desarrollo y fortalecimiento del Yo del niño, de tantas más posibilidades dispondrá para superar su afección.

H Vacuna Antituberculosa

El criterio a favor de la vacunación es la represión de la epidemia popular de la tuberculosis, que siempre vuelve a aparecer en forma endémica. Su objetivo principal reside en la prevención de los graves daños que produce la tuberculosis en los primeros años de vida. Originariamente se suponía una duración de la inmunidad de unos 18 años; sin embargo, a medida que la enfermedad se iba haciendo más rara, se advirtió que los vacunados sólo habían adquirido una inmunidad adicional gracias al reiterado contacto con pacientes afectados, y que al cabo de 5 años la inmunidad se volvía dudosa.

Entre los expertos todavía no se han calmado las disputas sobre el sentido o contrasentido de una vacunación generalizada de todos los recién nacidos. Sin duda, la vacunación aún hoy tiene su significación en recién nacidos cuyas familias conviven directamente con un paciente tuberculoso. En estos casos también deben tenerse en cuenta reglamentaciones especiales de aislamiento.

mi, H. K., Studies on Twins, I y II. Typhoid favours cotwins. Acta Gen. Méd. Gemell, 17, pág. 402, 68).

I Vacuna Antivariólica

Ya que la viruela se ha extinguido a nivel mundial, ha sido derogada esta única vacuna legalmente obligatoria. La vacuna antivariólica constituía una de las vacunas más riesgosas entre nosotros y conducía a numerosos daños vacunales. Sin embargo, para la contención de esta grave afección la vacuna resultó ser de invalorable utilidad.

J Vacuna Antigripal

El desarrollo de esta vacuna preventiva presenta problemas interesantísimos, ya que cada año se necesita una nueva sustancia inmunizante que deberá ser calibrada según las características de los virus gripales que aparezcan en alguna parte del Lejano Oriente. Por lo tanto, la vacunación se impone con dificultad, ya que puede ocurrir con frecuencia que en la estación fría, poco después de una vacunación antigripal, en el individuo vacunado aparezca una infección gripal de otro tipo.

Para la apreciación de esta vacuna, que compromete grandes esfuerzos médicos y medios de investigación, debe sin embargo plantearse el interrogante respecto a si ante la evidencia de una verdadera eficacia entonces no habría otros virus que asuman la función que hasta entonces ejercían los virus gripales.

K Decisiones críticas con respecto a las vacunas

En base a los diversos razonamientos planteados más arriba, en nuestro consultorio pediátrico nos manejamos de la siguiente manera con respecto a la vacunación:

1. En ningún caso insistimos cuando los padres no desean la vacunación.

2. Intentamos esclarecer a los padres con respecto a los argumentos a favor y en contra de la vacunación, en el sentido de las características aquí presentadas de cada una de ellas.

3. Cuando los propios padres no pueden decidir por sí mismos, entonces

les aconsejamos la vacuna antitetánica preventiva a la edad de aproximadamente un año y la vacuna antipoliomielítica oral alrededor de la misma época. Por otra parte, realizamos la vacunación antidiftérica preventiva siempre que, una vez asesorados, los padres la deseen.

Recomendamos la vacunación antituberculosa preventiva cuando en la familia o su entorno inmediato exista un riesgo concreto. Además la aplicamos a pedido, luego del asesoramiento respectivo. Nunca hemos aconsejado la vacunación contra coqueluche ni tampoco la aplicamos. Realizamos a pedido la vacunación contra la rubéola en niñas adolescentes. Nosotros la recomendaríamos a la edad entre los 16 y los 18 años. Pero como la recomendación oficial en Alemania determina un período anterior, ello no incide demasiado. No aplicamos la vacuna con células vivas contra sarampión, paperas ni rubéola a la edad de un año y medio, salvo casos particulares. Desde luego que el paciente es libre de hacerla aplicar en la entidad sanitaria oficial o por otro colega, sin perjuicio de la buena relación. Nosotros desaconsejamos directamente la vacuna antigripal. Vacunamos al recién nacido de una madre afectada por hepatitis B, con la sustancia recientemente desarrollada contra esta enfermedad.

4. Empleamos sustancias inmunizantes pasivas en riesgo de tétano a raíz de heridas sucias, ante sospecha de difteria o riesgo de tos convulsa. En ciertas circunstancias también utilizamos gamaglobulina en riesgo concreto de hepatitis A.

Luego de todo lo expuesto, el lector no ha de sorprenderse si se encuentra con médicos antropósofos todavía mucho más cautelosos con las vacunas, o bien otros que quizás todavía manejen el tema con mayor generosidad. Es que los puntos de vista presentados al final del capítulo anterior y al comienzo del presente, no son determinantes ni obligan a un "Debes. . ." ni a un "No debes. . .".

Para finalizar todavía quisieramos aclarar un problema más, que una y otra vez vuelve a aparecer en conexión con el tema de las vacunaciones.

Ejemplo clásico: una madre ha escuchado algo sobre la significación que puede tener para el desarrollo del niño el hecho de superar una enfermedad infantil, y entonces pregunta con preocupación si esto todavía puede llegar a compensarse en sus hijos vacunados.

Luego de todo lo anteriormente expuesto, la respuesta sólo puede ser: "Por supuesto, siempre y cuando se preocupe porque el niño sea suficientemente estimulado a través de la educación, para una intensa actividad interior propia y un amplio despliegue de su propio Yo." Rudolf Steiner lo formuló alguna vez en conexión con una pregunta por la vacunación antivariólica preventiva: "La vacunación no hará daño a nadie que luego, en la vida posterior a la vacunación, reciba una educación espiritual." Con educación espiritual se desea expresar precisamente que la esencia espiritual del hombre reciba suficientes estímulos para desplegar su propia actividad, y que una educación materialista unilateral no llene su camino de obstáculos que no le permitan poner en claro su naturaleza espiritual indestructible. Y con esto volvemos una vez más a tocar el objetivo fundamental de nuestro libro: comprender la interrelación entre aprendizaje corporal y anímico, entre desarrollo corporal y anímico-espiritual. Así como el buen ánimo y la alegría por el trabajo constituyen una buena prevención antigripal, de la misma manera la enfermedad a su vez puede ser una compensación por descuidos y negligencias anímicas. Si entonces mediante la vacunación se evita la aparición de una enfermedad, se habrá logrado fortalecer al cuerpo, sin brindar nada para el desarrollo del alma. Por una sana vida vegetativa ésta quizás se vuelva más perezosa e irreflexiva que una que debió realizar gran esfuerzo durante la vivencia de la enfermedad. Vale decir que la compensación por la campaña preventiva de vacunación residiría entonces en una educación conscientemente conducida, que a cualquier edad estimule específicamente la actividad propia del niño, manteniendo siempre presente en todas esas medidas la integridad del desarrollo.

Esperamos que todos estos conceptos contribuyan para demostrar a los padres que al fin y al cabo son ellos los que también asumen la responsabilidad de la decisión a favor o en contra de la vacunación. Porque en última instancia son ellos quienes se hacen cargo de los destinos de los niños.

La vacunación tampoco se trata de una actitud médica en determinada situación patológica, sino de medidas preventivas, fundamentadas en un concepto de salud y enfermedad que merece ser discutido y no debería ser aceptado ciegamente. En ningún caso el médico puede dar seguridad absoluta de que la vacuna —o la enfermedad— no perjudicarán al niño. Su misión, conjuntamente con los padres, es buscar la solución ade-

cuada a cada caso aislado y secundar al niño tanto como este lo necesite para superar la enfermedad o en salud, estimulando su desarrollo y brindándole todo su apoyo. De este modo también queda contestada la pregunta que se nos formula una y otra vez: "Si ustedes toman tan en serio el destino del niño y la acción estimulante que ejerce la enfermedad, ¿por qué entonces hacen el tratamiento?" Si bien desde el punto de vista abstracto este interrogante es comprensible, pasa por alto la realidad de vida. Siempre y en cada caso estamos llamados a actuar según nuestro leal saber y entender y enfrentarnos a una situación vital concreta. Asimismo siempre estamos empeñados en intervenir en la forma más beneficiosa y estimulante posible en cada circunstancia. Pero las ideas de los objetivos que nos orientan dependen de las relaciones de interpretación con que hemos aprendido a contemplar los acontecimientos de la vida cotidiana. Quien tiene en su punto de mira la integridad de la vida humana y no sólo el desarrollo corporal, sino igualmente el anímico y espiritual, tendrá más dificultades en la decisión respecto a las medidas que beneficien o inhiban determinada situación, que aquél que sólo contemple un único de estos aspectos.

VIII. SIDA – SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA UNA ENFERMEDAD DE NUESTRA ERA.

La inmunodeficiencia adquirida (Acquired Inmune Deficiency Syndrome - AIDS) es, desde fines de los años 70, un problema que se discute de manera creciente en todo el mundo. Como se trata de una enfermedad virósica no fue fácil identificar al causante de la enfermedad, razón por la cual en los antiguos libros de enseñanza de medicina general y pediatría, se discuten aún diferentes causas de esa enfermedad. La identificación del causante de la enfermedad recién se logró en el año 1984. Una vacunación o terapia eficaz no existe hasta ahora. ¿Qué es lo que convierte al SIDA en una enfermedad especial, en particular, en una enfermedad típica de nuestro tiempo?

1. El SIDA tiene, en la forma en que se presenta, un parentesco con las grandes epidemias populares de la edad media y de la era moderna. Sin duda, la forma en que se transmite el virus del SIDA nos plantea el uso de otras medidas de prevención de las que se emplean para enfermedades transmitidas a través de las vías respiratorias y de la alimentación. El SIDA sólo se contagia a través del contacto de sangre con sangre y en especial durante el acto sexual, ya que en el líquido seminal se encuentra una elevada concentración de los virus. A ello se suma que el líquido seminal tiene transitoriamente un efecto debilitador sobre el sistema inmunizante (este es un proceso fisiológico importante para la concepción o fecundación). El mayor peligro de contagio se presenta por eso en las relaciones entre homosexuales. Porque a ello se agrega que el líquido seminal es absorbido en un órgano (intestino grueso) que no está constituidó para tolerar esa sustancia. Igual que otras sustancias líquidas, pasará a través de la mucosa intestinal al resto del organismo y allí desarrollará en forma generalizada su efecto debilitante sobre el sistema de inmunización natural.

2. Particularmente susceptibles al SIDA son las personas que cambian frecuentemente de pareja en sus relaciones sexuales. Como antes de la identificación del virus no se sabía que también la sangre conservada (para transfusiones) puede contener el virus, muchas personas resultaron contagiadas durante operaciones o a consecuencia de transfusiones de sangre en emergencias.
   Como el virus también estaba en la globulina conservada (en los factores de coagulación) para hemofílicos, alrededor de 90% de todos los hemofílicos son HIV-positivos (HIV es el virus causante de la inmunodeficiencia humana). También hay una cantidad de niños cuyas madres habían enfermado y que en consecuencia ya estaban contagiados dentro del vientre de la madre, o se contagiaron al nacer, al entrar en contacto con la sangre materna.

3. El desarrollo de la enfermedad es crónico e impredecible. Muchas personas están contagiadas y llevan el virus en su sangre sin signos visibles de su enfermedad. Otras personas se enferman de gravedad ya pocas semanas después del contagio. Evidentemente tienen aquí roles importantes un factor individual y otro de constitución física. No solamente el virus, sino también el sistema de inmunidad previa-

mente dañado —razón por la cual resultó débil— son las causas de la infección.

4. La enfermedad evoluciona de manera variable, con recaídas y un cuadro de inflamaciones cambiantes (por ejemplo, pulmonía, estados gripales graves, otitis, enfermedades gastro-intestinales, estados febriles de origen inexplicable). A ello se suman síntomas de deficiencia del sistema nervioso central, así como tumores en la piel y mucosa, entre otros.
   Lo angustiante de toda esta sintomatología es la profunda desorientación terapéutica. El tratamiento más eficaz en la actualidad es la aplicación de medicamentos viroestáticos (que frenan la proliferación del virus). Además, el tratamiento se concentra en combatir infecciones bacterianas adicionales, así como en medidas de fortalecimiento general del paciente. A ello se suman los recursos de la medicina antroposófica que tienen como objetivo fortalecer al sistema de inmunidad.

En la discusión sobre la prevención y curación de esta enfermedad deseamos incluir puntos de vista que quizás puedan ser de utilidad para los afectados por la enfermedad y para todos aquellos que se esfuerzan por lograr una comprensión de la inmunodeficiencia y se sienten llamados a prestar ayuda.

El SIDA es una enfermedad de nuestra época. Sin microscopio electrónico y sin los procedimientos más modernos de análisis de la albúmina, la constitución y la estructura de este virus jamás podrían haber sido explicadas. A ello se suma que la vía de infección interesa a una parte del cuerpo que, como ninguna otra en nuestro siglo, ha pasado a ser el centro de atención (comparar a este respecto los capítulos "La iniciación en la vida sexual" y "Regulación de la concepción").

A ¿Qué problema le plantea esta enfermedad a la humanidad?

En los capítulos de este libro referentes a la educación religiosa, la manera de aprender a caminar, hablar y pensar, las enfermedades crónicas, el sentido de las enfermedades infantiles y otras, ya se ha dicho mucho sobre el concepto de la enfermedad como tal y sobre el sentido de estar enfermo.

El cuerpo sano del ser humano se debe entender efectivamente en el sentido del primer libro de Moisés, como hecho "a imagen y semejanza de Dios". El hombre erguido, que con su libertad de movimiento dispone de todas sus posibilidades físicas, es soberano. Las enfermedades significan siempre limitaciones de esa perfección, son impedimentos y deformaciones. Así como se puede decir que el cuerpo sano es la imagen del hombre futuro, divino (por ejemplo, el físico erguido es precursor de la futura rectitud moral, que como regla general aún no es tan perfecta), así cada enfermedad puede ser la imagen de un problema que se le plantea al organismo en el camino hacia la salud. Si uno está afectado por una enfermedad muy grave, entonces este hecho puede ser considerado realmente como una especie de aleccionamiento personal por la mano de Dios, algo así como una "hora de lección privada ante el buen Dios". Porque en esa situación especial que se vive y sufre individualmente se puede experimentar y aprender algo que nadie más podrá experimentar de esa manera. Así el enfermo, en su senda de desarrollo personal, se acerca nuevamente a Dios y en la lucha por recuperar la salud adquiere una experiencia más que lo hace otra vez más semejante a Dios. Todo enfermo aprende a valorar y reconocer la salud y con ella la semejanza con Dios, de una manera más consciente que el sano. La lucha contra la enfermedad permite desarrollar aptitudes que hacen madurar al hombre y en consecuencia, lo hacen más perfecto.

¿Entonces, qué es lo que representa el SIDA? Afecta, como ya se ha dicho, al sistema inmunológico del hombre. El sistema inmunológico representa a la totalidad de los procesos defensivos y funciones protectoras del cuerpo, necesarios para la conservación de la especie o de la individualidad personal. Por eso, en los decenios pasados, el sistema inmunológico ha sido definido repetidas veces como el "YO biológico" del ser humano. Cada persona tiene su propia albúmina (las sustancias decisivas del sistema inmunológico son albuminoideas), por lo cual llega a ser también biológicamente una personalidad única. Si ese sistema comienza a debilitarse, entonces el organismo pierde su identidad y estabilidad biológicas. Los síntomas de la enfermedad consisten en que la estructura del cuerpo se disuelve lentamente a consecuencia de inflamaciones, úlceras, tumores y trastornos del sistema nervioso. La personalidad humana ya no puede expresarse en ese cuerpo, ya no se puede realizar. El cuerpo da prácticamente la impresión de un abandono orgánico de sí mismo o también de

un "desprendimiento". También por esa característica es el SIDA una enfermedad de nuestra época: nunca la humanidad ha demostrado conscientemente tanto egoísmo como en la actualidad. Sin consideración hacia el espacio vital de nuestro planeta, sin consideración hacia las costumbres de otros pueblos, se lleva adelante la política económica y se acrecienta el bienestar de los poderosos. También el comportamiento sexual refleja ese egoísmo. En primer plano está la autocomplacencia con la pareja cambiante, no la dedicación afectuosa y la fidelidad a la otra persona. En todas partes vemos esa culminación de ambiciones egoístas en la vida individual y social. De repente aparece una enfermedad que es el reverso, totalmente opuesto, de todo ello. ¿Existe aquí una relación? A través de la investigación psicosomática de los últimos decenios se ha revelado que el sistema inmunológico del hombre es tanto más eficaz en sus funciones, cuando más idealista, alegre y valiente es el hombre. Estrés, tristeza, desgarramiento interior, discordias, dudas y angustia por la existencia, hacen que las fuerzas defensivas vayan disminuyendo. *

En este libro ya se ha señalado repetidas veces (por ejemplo en pág. 148) que una madre dedicada con abnegación al cuidado de su familia generalmente no se contagia de gripe u otra enfermedad parecida. Cuanto más espiritualmente sincera y activa —y hasta desinteresada— es una persona, tanto más vigoroso y desarrollado es su sistema inmunológico. Hay aquí una polaridad: cuanto más altruista y activa sea la actitud del hombre que se pone a disposición del mundo que lo rodea y no piensa sólo en sí mismo, tanto más "egoísta" y eficiente en su función será su sistema inmunológico. Como la actitud conscientemente egoísta ante la vida (a saber, la mentalidad orientada sólo por la propia seguridad y comodidad, el bienestar propio y el "milagro económico"), es el destino actual de todos nosotros, las personas afectadas por el SIDA son portadoras de los síntomas de una enfermedad colectiva de nuestra sociedad. Los enfermos de SIDA son "representantes" de todos nosotros. El SIDA es una enfermedad de representantes. Es la expresión de nuestro excesivo egoísmo, que ya no tiene suficientemente en cuenta la importancia de la naturaleza, de otros pueblos y de todo el espacio vital de nuestro planeta Tierra. Por eso, todo nuestro amor y nuestra atención deberían estar dedicados a quienes padecen esa enfermedad, ya que están sufriendo algo que

* "Depression, Stress, INMUNITY", en "The Lancet", Junio 27 de 1987.

es nuestro propio problema. Por otra parte, esa enfermedad debería ser un llamamiento para todos nosotros, para que produzcamos un cambio fundamental aquí, en esta situación.

B ¿Cómo se puede prevenir el SIDA?

Una posibilidad externa de prevención es evitar los posibles factores de contagio. Está relacionada con el temor al contagio y puede servir para proteger al individuo solamente, pero no para hacer que la sociedad cambie la actitud egoísta ante la vida. De lo expuesto en A. se puede inferir con claridad que nuestra sociedad necesita una forma de prevención totalmente diferente: a saber, un fortalecimiento de la autodefensa física mediante el trabajo en pro de una actitud positiva frente a la vida, que tenga como objetivo el bien de todo nuestro espacio terrestre y no busque solamente el beneficio personal. A ello puede contribuir lo expresado en "Educación para la libertad", que se menciona en este libro, así como el trabajo por una cosmovisión que incluya a la existencia espiritual del hombre. La autodefensa del cuerpo es fortalecida de manera natural por procesos febriles infecciosos, especialmente en enfermedades infantiles. Se debilita por sobreexigencias anímicas de diverso tipo. En este sentido cabe señalar nuevamente la influencia perniciosa de la televisión en los niños (ver a este respecto la página 442).

Esperamos que con los criterios expuestos más arriba haya quedado en claro una cosa: el SIDA no es una enfermedad de ciertos grupos marginales de nuestra sociedad, sino un problema con el cual todos debemos sentirnos identificados. Los realmente enfermos son los portadores de los síntomas de un mal por el cual todos sufrimos. Son representantes de nosotros y nos exhortan a hacer todo lo que pueda servir de ayuda en esta situación. Es por eso un compromiso humano naturalmente comprensible, hacer que los enfermos en nuestro medio sientan esa realidad. Esto significa que los niños afectados por la enfermedad deben ser aceptados y atendidos con un cariño especial en el jardín de infantes y en la escuela. A los adultos atacados por la enfermedad debemos tratarlos comprendiendo que sufren en su cuerpo algo, por lo cual todos debemos trabajar espiritualmente: para apartarnos cada vez más de nosotros mismos y nuestros deseos egoístas, abriendo nuestras mentes ante las miserias de nuestra época. Si ocurre esto, entonces es precisamente la enfermedad SIDA la que podrá

contribuir a que nuestra cultura pueda experimentar un progreso en el sentido de una mayor humanización. En el cristianismo no solamente vive la doctrina de la transmutación del alma, ya existente en el budismo. Lo nuevo de esta religión es el compromiso de establecer la fraternidad y el amor humano en general. Aquí la propuesta es la de ponerse al servicio del futuro de la humanidad y del bien de la tierra. Si se sigue ese camino, el mismo significará también fortalecimiento y salud para el cuerpo.

Bibliografía:
Klaus Dumke: "AIDS, die tödliche Befruchtung" (Sida, la concepción mortal), Stuttgart, 1988.

IX. EL TRATO CON NIÑOS IMPEDIDOS Y CON ENFERMEDADES CRONICAS

Hay niños que nacen ciegos o pierden la vista a raíz de un accidente. Por lo tanto, su ámbito de experimentación ha quedado disminuido por una dimensión: la luz y los colores, la imaginación del mundo concreto les son desconocidos. Tanto más intensa y agudamente desarrollarán el resto de sus percepciones: escuchan y palpan con mucho más precisión y lucidez que los videntes. Las vivencias sensibles que de allí emergen permiten que su vida emocional esté mucho más abierta a todo lo interior que se transmite en el sonido del lenguaje, en cada manifestación sonora desde el interior. Las disposiciones de ánimo y tenues emociones del alma son percibidas más claramente por el no vidente, mientras que el vidente muchas veces literalmente las pasa por alto.

Otros niños no pueden oír. Antes se pensaba que los sordomudos al mismo tiempo eran retardados mentales. Después se descubrió que la limitación en su capacidad de expresión anímico-espiritual proviene de que los niños no habían aprendido a pensar en base al lenguaje. Desde que existe el lenguaje de los sordomudos, pueden desarrollar una inteligencia normal. El mundo anímico del sordo está compenetrado por un profundo silencio. Para él las cosas portan su esencia en la superficie, y tiene dificultades para llegar a la introversión. Por lo tanto, su riesgo reside en volverse desconfiado, porque siente que existe un tipo de percepción anímica directa que le permanecerá oculta. Le resulta difícil entregarse plenamente.

Hay otros niños incapaces de percibir olores o que no distinguen colores. ¿Cuál es la dimensión de vivencias que les queda oculta, y cuáles son las posibilidades anímicas que tienen particularmente desarrolladas? ¿Cómo experimenta el mundo un niño condenado a una silla de ruedas? ¿Un niño que cojea, que no puede caminar o que en el lugar de un brazo sólo presenta un muñón con algunos dedos? En niños con limitaciones de su libertad de movimiento es frecuente encontrar una energía anímica superior al promedio. Como si hubiera un reflejo de voluntad incapaz de convertirse en actividad corporal, quedando entonces disponible como potencial anímico. Este fenómeno también aparece en niños con faringe abierta o el llamado labio leporino. Las fuerzas necesarias para la conformación del esqueleto, debido a una disposición genética o alguna otra, no han encontrado la posibilidad de comprometerse con el cuerpo, por lo que quedan en reserva para alguna actividad anímica. Es por ello que estos niños no siempre son fáciles de educar. Muchas veces no saben bien qué hacer con sus posibilidades anímicas todavía no bien compenetradas por la personalidad. Tienden a excederse y a "romper todas las barreras".

Otros niños deben lidiar con daños congénitos o adquiridos de los órganos internos. Es así que una niña de once años de edad llega al consultorio por detención del crecimiento, palidez y cansancio. El médico constata que los riñones ya casi no funcionan: en esta niña se trata de una degeneración renal congénita, que en los próximos dos o tres años conducirá a la total incapacidad funcional. ¿Cómo será la vida con un riñón artificial? ¿Cuál es el sentido de tal enfermedad?

¿Cómo se trata a los niños que presentan un defecto cardíaco o diabetes juvenil, o la forma infantil del reumatismo, asma, psoriasis, cáncer? Para dominar estos graves interrogantes podemos retomar un motivo fundamental: la educación y la superación de una enfermedad están relacionados entre sí. Es así que en cada enfermedad se oculta una tarea, está dada una posibilidad de desarrollo, que sólo a través de ella puede ser captada y aprendida de esta manera. En aprender a reconocer este cometido consiste el primer paso para una superación del problema. Pero como este objetivo siempre debe ser vivenciado y descubierto en forma individual, sin permitir generalizaciones —por ejemplo no se puede decir que todos los no videntes deben resolver determinada tarea—, en este lugar

quisiéramos desarrollar algunos conceptos fundamentales que en el caso individual pueden servir de orientación.

Por supuesto primeramente hay que vencer el susto, el temor y la preocupación. Es necesario preguntarse con total serenidad: ¿Qué es lo que un niño enfermo o impedido experimenta y vivencia de manera diferente y quizás única en el mundo, precisamente a causa de su limitación? ¿Cómo puedo ayudarle a aprender algo esencial a partir de sus vivencias? Al lograr tal reflexión, será mucho más fácil que se nos ocurran ideas para ayudarle a superar la situación.

El próximo razonamiento importante es que los niños en la edad preescolar vivencian por ejemplo su impedimento sólo en la medida en que los adultos se lo hagan sentir. Muchas veces recién lo advierten a raíz de consideraciones excesivas que se tienen con ellos o a través de conversaciones en su presencia, sobre el tema del cuadro clínico, o bien por exceso de contemplaciones en relación con manifestaciones de pesar y de compasión. Si por el contrario se hace, en forma sobria y natural, todo lo necesario para el cuidado del caso individual, tratando al niño en todo lo demás igual que a los otros, entonces se vivenciará a sí mismo como "normal". Es capaz de identificarse con su situación, puede adaptarse a ella, sin tener la sensación de que en realidad debería ser diferente de lo que es. De esta manera puede echarse la base de la seguridad interna que necesitará muy especialmente más adelante. Si entonces aparecen vivencias de shock y por ejemplo un niño bizco o cojo es objeto de burlas en la calle, o en un vehículo público la gente cambia de asiento por creer que aquel eczema es contagioso, entonces será de máxima importancia que también aquí los padres transmitan a su hijo la seguridad de que todo "está bien": el niño entre dos y cuatro años todavía puede ser distraído con un cuento o una actividad o mostrándole alguna cosa de su interés. Más adelante se puede decir: "Es que aquel muchacho no te conoce bien; si él supiera quién eres, no lo haría." O bien: "Sabes, cada persona tiene algo de lo que los demás pueden burlarse y que a ellos no les gusta tanto, pero esto no nos preocupa". A niños mayores también se les puede contar el cuento del patito feo, que relata cómo lo poco vistoso y feo, cuando se lo ha soportado durante cierto tiempo y aprendido a sobrellevarlo, se convierte en algo particularmente atractivo y valioso. También se puede hablar de los dolores que soporta la ostra en el mar cuando la penetra un cuerpo extraño, entonces segrega el nácar para

hacerlo innocuo y liso, y al final ¡tenemos las brillantes perlas con su blanca belleza! Según la situación y el grado de madurez, con los niños en edad escolar se podrá hablar abiertamente sobre el impedimento y por lo menos en la convivencia una y otra vez volver a poner de relieve que se conoce y admira —por ejemplo en el caso del diabético— su capacidad —adquirida durante el manejo de su enfermedad— para cumplir con determinadas reglas y su disciplina. En tales conversaciones de vez en cuando reaparece también el interrogante sobre la justicia, de por qué razón otros niños llevan una vida tanto más fácil, etc. Estas preguntas sobre por qué uno vive rodeado de alegrías y bienestar y el otro en la miseria más amarga; sobre la razón por la que una persona puede viajar por países exóticos y aprender a admirar muchas bellezas, mientras que en otro todo esto es inhibido por circunstancias exteriores o interiores, no sólo son un desafío para el enfermo o impedido, sino también para el sano. Nadie está exento de este enfrentamiento con las preguntas respecto al propio destino. En el capítulo sobre enfermedades infantiles ya nos hemos referido en detalle a este tema.

Para finalizar, quisiéramos referirnos a una pregunta que todo niño grave o muy gravemente impedido nos plantea: ¿Cómo se puede comprender y aceptar un destino en el que el hombre ni puede aprender una profesión u oficio, ni fundar una familia, ni tomar de alguna manera su vida en sus propias manos? Todo lo manifestado hasta ahora con respecto al Yo humano y su destino tendría que volver a ser puesto en duda, si aquí la respuesta fuera: "En los impedimentos graves no se encuentra sentido alguno, aquí no hay desarrollo alguno. Los niños con estos impedimentos en realidad ni siquiera deberían nacer." En este punto quisiéramos formular otra pregunta: "¿Cuáles son los puntos de vista que nos pueden conducir más adelante ante un problema de tanta gravedad?". Aquí se pone claramente de manifiesto que para comprender tales destinos debe agregarse el pensamiento de la repetición de las vidas terrenales, vale decir de la *reencarnación* del espíritu del hombre. A este tema ya nos hemos referido reiteradamente (véase pág. 140). Antes de entrar con más detalle en el tema, quisiéramos mencionar dos ejemplos que evidencian con qué naturalidad los niños pueden expresar esta idea, aun cuando jamás hayan escuchado una palabra al respecto por parte de los adultos.

Una niña de ocho años, que padecía de leucemia grave y cuya madre

sabía que iba a morir pronto, un día consolaba a esta con las palabras: "No estés triste, ¡si yo voy a volver!".

La prima de cuatro años y medio vino de visita. Hacía ocho meses que había fallecido su primito de dos años y medio y en ambas familias mucho se habló sobre la terrible desgracia. Por la tarde, la madre de la hermanita de dos años que había perdido a su hermanito, escuchó que la prima comentaba entusiasmada: "¡Pero qué grande estás! ¡Cuando vuelva tu hermano, cómo se va a alegrar de que hayas crecido tanto!".

¿Cómo llegan los niños a decir estas cosas? En el primero de los ejemplos, en la casa ni siquiera existía una educación religiosa previa. Tales vivencias coinciden con las de alguna gente, cuando ha fallecido una persona cercana y saben de inmediato que esta todavía se encuentra presente de manera anímico-espiritual. También la experiencia de las madres que observan y se sorprenden de la extraordinaria diferencia entre sus hijos en cuanto a capacidades y talentos, les sugiere la idea de la reencarnación. Por cierto que aquí también se formulan reparos. Alguien quizás diría: "Todo esto me parece de alguna manera como demasiado simple, como una expresión de deseos". Otro podría objetar: "Yo recién podré pensar y tomar en serio algo así, cuando esté comprobado". La idea que cuestiona tan directamente la autocomprensión humana como la de la continuidad de su propia esencia, jamás nos parecerá contestada a satisfacción mediante pruebas exteriores o las perspectivas más tentadoras. Aquí lo decisivo es que las propias experiencias de vida sean de naturaleza tal, que permitan a uno mismo considerarla valedera y admitir esta idea. Y para esto un criterio esencial para aceptarla reside en la comprobación dentro de la propia realidad de vida. Y es sólo esta última la que quisiéramos expresar aquí: ¿La idea de la reiteración de las vidas terrenales resulta útil para comprender los destinos y acompañarlos positivamente, tal como ocurre con los individuos más gravemente impedidos? Si así fuera, entonces se vivenciaría directamente la eficacia y con ella la realidad de este pensamiento. Observamos dos ejemplos bajo este punto de vista:

Imaginémonos un niño incapacitado para hablar y para caminar. Postrado o sentado en una silla de ruedas, depende totalmente de la ayuda que proviene de su entorno. Durante toda su vida recibe, expresa sonidos de placer o malestar, pero no "hace" nada. Otro niño, bajo las indicaciones de un instructor, está en muy buenas condiciones de realizar trabajo corporal. Su cabeza es muy angosta y larga, su figura maciza, su lenguaje

torpe, la mirada bonachona y franca. En el asilo en que vive, todos los días hace las mismas tareas domésticas y también ayuda en el jardín. Realiza estas simples actividades con alegría, en craso contraste con la manera como muchas veces haría esas mismas tareas un individuo "sano" que hubiera preferido hacer otra cosa.

Entonces, si se enfrenta a estos destinos con las preguntas: ¿Qué es lo que el hombre puede aprender en una vida como ésta? ¿Cuáles capacidades han de prepararse aquí para una vida terrenal ulterior?, la atención se orientará hacia un rumbo extraordinariamente productivo. En el primero de los dos ejemplos nos puede invadir el pensamiento de que allí a lo largo de toda la vida se está haciendo una experiencia, o sea aquella de que en la vida no sólo existe el "dar", sino también el "recibir". Que todas las posibilidades que tengamos se las debemos a otros hombres, al mundo en el que aprendemos o actuamos. Que nuestro propio Yo recién comienza donde decidimos en qué deseamos aplicar lo adquirido. Si renace un niño que en su vida anterior no pudo sino sólo recibir y estar entregado a su entorno, entonces durante toda su vida actual no podrá cometer el error de creer que quizás no necesitaría de los demás hombres. No tenderá a apoderarse en forma egoísta de lo que le sea útil, dejando de lado aquello que no necesite. Ingratitud, soberbia y sobreestimación de su propio Yo sin duda no formarán parte de sus características.

El segundo niño, que durante toda su vida trabajó con alegría y regularidad, con ello realizó un incomparable entrenamiento de la voluntad. Porque no hay nada que fortalezca más la voluntad que una actividad regular y plena de simpatía. Así como el músculo sólo se fortalece sobre el trapecio, gracias al entrenamiento diario, de igual manera la totalidad de la vida volitiva del hombre requiere el entrenamiento constante para fortalecerse (compárese pág. 376). Ante la falta de ánimo y debilidad volitiva que hoy en día se observa fácilmente en muchos hombres, resulta gratificante imaginar con qué ahinco podrá dedicarse a sus tareas en su próxima vida aquél que haya pasado tan extraordinario entrenamiento de la voluntad.

Los pedagogos, pedagogos terapeutas, médicos y terapeutas que trabajan con este enfoque de vida tienen más posibilidades de secundar a niños impedidos y crónicamente enfermos y a sus padres, que los que no lo tienen. Por lo tanto, la idea de la reencarnación no es en absoluto un tipo de "ideología de revancha". Mediante el conocimiento de los propios erro-

res y fallas, más bien brinda la posibilidad de echar mano al impulso para corregirlos y de este modo elaborar la continuidad del desarrollo de sí mismo y del mundo. Michael Bauer una vez llamó a este aspecto: "La idea de la reencarnación es un postulado del amor. Quien verdaderamente desea ayudar no se cansará ya en una sola vida terrenal." En primer plano no se encuentra lo funesto, sino la voluntad de crear algo con sentido, en base a la situación dada.

Esto por lo general lo percibe y asume mucho mejor el enfermo que el sano. Una y otra vez experimentamos que pacientes afectados por una enfermedad crónica o un impedimento ni siquiera parecen padecer tanto por ese motivo. Es como si en su interior sintieran que este sufrimiento forma parte de ellos, que en la actualidad es expresión de su personalidad. En ocasiones hasta llegan a ser precisamente ellos los que consuelan a su entorno solidario. Tal "victoria" sobre la enfermedad es el índice de la comprensión instintiva que todo hombre manifiesta en el subconsciente con respecto a sus necesidades providenciales. También observamos que la rebeldía y la disconformidad aumentan el sufrimiento. Desde luego que este aparecerá más bien en individuos que debido a toda su educación hayan sido llevados a la conclusión de que enfermedad y padecimiento en realidad constituyen síntomas circunstanciales sin sentido, que acarrea la vida, y que fundamentalmente deberían ser eliminados. Nosotros consideramos una tarea esencial de la educación contribuir a un enfoque de la vida que haga de la vida cotidiana –con toda su multiplicidad– un ingenioso campo de experimentación.

Bibliografía:

Bock, Emil: "Wiederholte Erdenleben" (Vidas terrenales repetidas), Stuttgart 1975.

Brown, Christie: "Mein linker Fuß" (Mi pie izquierdo), Berlín, 11° ed., 1980.

Debus, Michael: "Vom Tod zur Wiederverkörperung. Die Frage der Identität" (De la muerte a la reencarnación. La cuestión de la identidad), Stuttgart 1980.

"Die Welt des Nigel Hunt. Tagebuch eines mongoloiden Jungen" (El mundo de Nigel Hunt. Diario de un joven mogólico), München 1974.

Hertl, Michael y Renate: "Kranke und behinderte Kinder in Schule und Kindergarten" (Niños enfermos y discapacitados en la escuela y el jardín de infantes), dtv (79).

Holzapfel, Walter: "Das Seelenpflegebedürftige Kind" (El niño necesitado de cuidados anímicos), Vol. I y II, Dornach 1982

Keller, Helen: "Die Geschichte meins Lebens" (Historia de mi vida), Editorial de Robert Lutz, Stuttgart, 21° ed. (ed. org. 1910). Trad. esp.: Buenos Aires, Editorial Leviatan.

Klein, Gerhard: "Beim Schicksal zu Gast" (Huésped del destino), Stuttgart 1972.

König, Karl: "Der Mongolismus" (El mogolismo), Stuttgart, 4° ed., 1980.

Linderberg, Nita: "Sich selber fremd" (Extraño de sí mismo), Stuttgart 1981.

Lusseyran, Jacques: "Blindheit – ein neues Sehen der Welt" (Ceguera, un nuevo ver el mundo), Stuttgart 1970.

Steiner, Rudolf: "Reinkarnation und Karma – Wie Karma wirkt" (Reencarnación y Karma - Cómo obra el Karma), Dos artículos del año 1903, Dornach 1978. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1990.

Steiner, Rudolf: "Die Offenbarungen des Karma" (Las manifestaciones del Karma), Dornach 1975, N° 120 de la Edición completa. Trad. esp.: Buenos Aires, Ed. Kier, 1982.

Weihs, Thomas: "Entwicklungsstörungen im Kindesalter" (Disturbios del desarrollo en la niñez), Stuttgart 1980.

X. PLANEAMIENTO FAMILIAR ¿SABEMOS QUE ESTAMOS HACIENDO?

1. La secuencia de los hijos y la relación entre padres e hijos

El hecho de crecer en el seno de una familia con ocho hermanos hace que surja otra situación biográfica inicial que la del hijo único. La situación del "rezagado" o el mayor está acompañada por experiencias de vida típicas para tal ubicación. El menor, que será malcriado y al que se le permite todo, "el del medio" que se escabulle más fácilmente por todas partes, y "los grandes", que ya deben ser razonables y asumir responsabilidades. Todos ellos más adelante cuentan con mayor o menor placer las alegrías y sinsabores de sus experiencias específicas.

Un padre de cinco hijos cierta vez nos describió su situación domésti-

ca de esta manera: "El primer hijo había sido recibido por los padres con inmensas expectativas. En ocasión del segundo, se comparaba todo lo que este tenía 'diferente'. El tercero ya no fue estudiado tan minuciosamente y por otra parte 'rompía todos los moldes'. Los dos rezagados finalmente pudieron desarrollarse sin molestia alguna." A esto todavía se agrega la cuestión de la relación entre varones y niñas, que asimismo también conduce a un sinfín de experiencias especiales dentro del conjunto social. Además, a ello se agregan las preferencias particulares de los padres hacia uno u otro sexo. Tales preferencias también pueden ejercer una influencia no desdeñable sobre el desarrollo anímico de los hijos. Quien haya sido educado como niña, o sea para la posterior función de mujer y madre, o bien como varón, o sea posterior hombre y "jefe de familia", deberá soportar otras consecuencias que un individuo a quien no le ha tocado este tipo de preparación. De todos modos, en la vida social se moverá con más libertad aquél que en primer lugar haya aprendido a percibir la personalidad del otro y recién en segundo término su sexo.

La multifacética secuencia aquí enumerada de posibilidades del desarrollo hoy en día se produce de otra manera que antes: estamos en condiciones de intervenir en mayor medida arbitrariamente en la manera en que se forma o no se forma la familia. Antes, "planeamiento familiar" era algo totalmente diferente que en la actualidad. La decisión de fundar una familia por lo general estaba ligada a las condiciones económicas y con la perspectiva de una cantidad desconocida de hijos. Se condenaban embarazos extramatrimoniales; el aborto era un crimen. El hecho de tener la mayor cantidad posible de hijos garantizaba cierta previsión para la vejez. Los puntos de vista de política demográfica, médicos y sociales no se discutían públicamente. En la actualidad esto es distinto. Motivos políticos, sociales, económicos, meramente personales y también médicos determinan el planeamiento familiar. Queda librado al criterio de cada quien, cuál decisión tomar y qué consecuencias asumir. Pero así también deberá hacerse cargo de la responsabilidad que antes era asumida por instituciones que regulaban la vida social humana. El hecho de no sentir tal responsabilidad es una de las causas de la creciente brutalización de nuestras circunstancias sociales. La conciencia de la ausencia de inhibiciones personales hace que muchas personas actúen arbitrariamente, en lugar de compartir la responsabilidad y la cooperación dentro de la vida social. Sólo un nuevo enfoque frente a la educación y autodisciplina logrará hacernos salir de esta crisis (cf. cap.: Educación para la libertad, pág. 372). Porque si el individuo decide vivir con las consecuencias de su planeamiento, y desea auténticamente "planificar", todo ello dependerá de cómo ha aprendido a pensar y sentir respecto a su propio desarrollo, sobre la existencia de los no nacidos y su entorno social.

A la multiplicidad de puntos de vista que normalmente intervienen en el planeamiento familiar, quisiéramos agregar tres que no suelen ocupar el primer plano:

A El niño espera ser educado

¿Los padres están educando a sus hijos con alegría? ¿Están anímica y materialmente dispuestos a intervenir en el desarrollo de un ser humano al que inicialmente ni conocen y con demasiada frecuencia consideran "su" hijo? Así como es natural el sentimiento de una madre que desea "tener" un hijo – quizás hasta "para ella sola", tener un ser humano "que la necesite realmente"– no es menos cierto que tal actitud con frecuencia lleva a conductas educativas erróneas (malcriándolo, siendo incapaz de dejarlo en libertad, actitud de reproche hacia el/la joven: "¡qué desagradecido eres!", etc). La verdad que ningún ser humano puede ser propiedad de otro, jamás puede "pertenecer totalmente" a otro. Esto es reconocido a más tardar cuando en el otro ser nace el deseo de libertad personal y desarrollo independiente.

B El niño espera una perspectiva para su desarrollo

El esfuerzo por superar positivamente la propia vida en la actualidad también determina el ambiente doméstico de la casa paterna. ¿Cuál es la imagen que aquí se han hecho los padres de la vida de su época? El intento por contestar estas preguntas es tan importante para la vida familiar, como la buena disposición para realizar los incontables sacrificios, grandes y pequeños, que exige la vida cotidiana. Resulta decisivo para la propia seguridad de vida, elaborar una imagen histórica que comprenda precisamente nuestra actual crisis cultural, la confrontación con el materialismo y el perfeccionamiento tecnológico, como un oportuno factor esencial del desarrollo de la conciencia de la humanidad.*

* Comp. con Rudolf Steiner: Geschichtserkenntnis (Themen aus dem Gesamtwerk)

C El no-nacido es un ser humano

¿Cuál es la opinión de los padres respecto a la vida prenatal? ¿El niño nace como "una hoja en blanco" o inicia su existencia terrenal con determinadas expectativas y capacidades para las cuales se ha preparado a través de experiencias adquiridas durante una vida terrenal previa? (Comp. con págs. 140, 179, 181, 188, 191, 231). En el transcurso de los últimos siglos la filosofía y la teología han deliberado mucho sobre la vida después de la muerte. Por el contrario, mucho menos se ha planteado y elaborado el interrogante respecto a la situación del no-nacido. Esto podrá estar relacionado con que en el año 533 de nuestra era fue determinado mediante Decisión del Concilio, que el hombre es creado recién en el acto de la concepción y no posee vida prenatal; si bien algunos Santos Padres, como Orígenes y otros, se resistían airadamente contra esta resolución, logró ser aceptada por la mayoría. (Comp. R. Riemeck: Dogma - Glaube - Macht. Geschichte der Konzilien, Stuttgart 1985).

Quien comience a formarse ideas concretas sobre la vida prenatal - por ejemplo a través de la lectura de las conferencias de Rudolf Steiner: "Inneres Wesen des Menschen und Leben zwischen Tod und neuer Geburt" (Esencia interior del hombre y la vida entre la muerte y la reencarnación)* - también planteará la cuestión del planeamiento familiar de manera diferente a como solía hacerlo antes.

2. Regulación de la concepción

En la actualidad estamos en condiciones de conocer los procesos de la procreación y concepción tan ampliamente, que podemos intervenir decisivamente ya sea para inhibir o estimular. Las respectivas leyes actuales han aliviado algo la situación de la mujer, aumentando sus posibilidades de decisión. Desde luego, hoy en día todavía no existe la posibilidad de hacer transcurrir todo a pedido según una planificación hasta el más mínimo detalle. Pero los experimentos de fertilización in vitro (extracorpórea), las posibilidades del tratamiento de la esterilidad, la interrupción del embarazo, el diagnóstico precoz de malformaciones congénitas y los métodos anticonceptivos han ampliado tanto nuestra libertad de decisión como también el margen del accionar individual. Sin duda todo ello ha de adquirir aún mayores dimensiones en el futuro. Este libro no pretende implantar nuevas pautas o aun dogmas con respecto a lo que aquí es éticamente defendible "en general", lo que "todavía está" o "ya no está" permitido. Sólo quisiéramos contribuir con algunos puntos de vista al diálogo sobre estas cuestiones, tales como surgen de un concepto que incluye la vida previa al nacimiento y posterior a la muerte. Para ello nos fundamos en los resultados de las investigaciones de Rudolf Steiner. En la bibliografía mencionada describe cómo después de la muerte la vida se articula en dos grandes etapas. La primera mitad se encuentra bajo el signo de la elaboración de experiencias de la vida terrenal pasada. Para ello, el período de purificación sólo constituye el primer paso (véase pág. 141). La segunda mitad ya está totalmente dedicada a la preparación de la nueva vida terrenal. A través de generaciones, el Yo del hombre se siente atraído, dentro de su eterna esencia individual, por determinadas características particulares de cierta región de la tierra, de un pueblo y determinado patrimonio recibido como legado. De esta manera, Johann Sebastian Bach nació en el seno de una familia que desde hacía varias generaciones había producido músicos. Allí encontró las condiciones físicas necesarias para poder desarrollar y expresar sus facultades. De esta manera, cada individuo elige el torrente genético más apropiado para él y aguarda el instante indicado para su corporización. Pero en la actualidad no es fácil encontrar el cuerpo apropiado ni el momento oportuno. En la vida mucho depende de quiénes se han conocido durante la infancia, con quiénes se ha ido a la escuela y con quiénes se ha compartido la formación profesional. Padres y madres sensibles sienten claramente si un niño desea encarnarse en ellos o no. Lo presagian sueños, presentimientos, determinada sensación de que allí hay alguien más que también forma parte. También ocurre con bastante frecuencia que el instante de la concepción es vivenciado conscientemente por uno o ambos padres, hasta tal punto que llegan a ver con el ojo interior a la niña o al niño, que más tarde en realidad tiene ese aspecto. Las investigaciones de Rudolf Steiner también demuestran que las ansias de ser dado a luz y cumplir con determinados desig-

(El conocimiento de la historia —temas tomados de la edición completa—). Stuttgart, 1982. Ed. de Bolsillo N° 8.

* En este punto también señalaremos la recopilación de explicaciones de Rudolf Steiner respecto a la vida prenatal, publicadas por Max Hoffmeister bajo el título "Die Übersinnliche Vorbereitung der Inkarnation" (La preparación metafísica de la encarnación), en la editorial Die Pforte, Basilea, 1979.

nios providenciales se entremezclan con el amor sensual entre los padres, fortaleciendo y modificando su atracción recíproca. Una vez madurada la decisión de la encarnación y si la pareja de padres colabora, recién puede producirse la fecundación. Sin embargo, demora hasta aproximadamente la tercera semana del embarazo, que el Yo del hombre pueda ligarse plenamente con el embrión y entonces con su propio cuerpo vital —todavía contraído en su período prenatal (véase pág. 136)—, intervenir en los procesos de crecimiento y diferenciación del feto. Cuando —por la amenorrea— la madre advierte que está embarazada, ese momento descrito ha pasado ya.

Al observar, desde el punto de vista del nonato, las posibilidades de prevención de la concepción y de la interrupción del embarazo, se advertirá una situación nueva: un anticonceptivo hormonal o mecánico por de pronto induciría al nonato a aguardar. (Aquí no ha de pasar desapercibida la diferencia que surge entre el anticonceptivo hormonal que en general logra evitar la concepción, y los de tipo mecánico, que con frecuencia no lo logran). Pero si el nonato tiene motivos para desear pertenecer a determinada generación, luego de cierto tiempo se verá obligado a escoger otra pareja de padres, de características similares. Si bien esto tendrá consecuencias fatídicas para los padres inicialmente elegidos (así como cada uno de nuestros actos frente a los demás hombres o cosas tiene consecuencias que algún día se volverán hacia nosotros y necesitan ser elaboradas), no constituye una intervención tan profunda en la vida del nonato como lo sería la interrupción de un embarazo ya iniciado. Algunas mujeres hasta pueden expresar este hecho después de una interrupción de embarazo. Muchas veces manifiestan haber tenido la sensación de que una fuerza positiva las hubiera abandonado. De alguna manera se sienten "vacías y huecas". Algunas hasta dicen: "Si de antemano hubiera sabido cómo es, no hubiera interrumpido mi embarazo." Desde luego que aquí lo que motivó a los padres a interrumpir el embarazo juega un rol decisivo. Quien haya hecho interrumpir la gestación por encontrarse en una situación desesperada de vida o por razones de salud, en su futuro recordará ese episodio con otra actitud que aquél que lo ha hecho por motivos meramente personales. De la misma manera también serán diferentes las respectivas ayudas para superar anímicamente las sensaciones después del aborto. También en el caso opuesto a la interrupción de embarazo —vale decir en la fertilización in vitro, con la consiguiente implantación

embrional para la iniciación de un embarazo normal— los motivos que han impulsado a los padres son significativos para el ulterior destino de la madre y el hijo. Ellos pueden preguntarse cuáles otros sino los motivos egoístas del deseo de tener hijos han sido los que los han impulsado a tal decisión. Esta forma de concepción ¿es favorable para el niño? Fuera del vientre materno el nonato es obligado a vivenciar circunstancias de vida y desarrollo reñidas con la manera humana de procrear. Lo que es natural para la especie de los peces, o sea echar óvulos y semen al agua para que se fecunden en ese medio, constituye un experimento con consecuencias desconocidas para la esencia del niño, cuya organización del Yo vive en el calor vital del organismo y también desea ser concebido con el calor materno compenetrado por el Yo. (Compárese con el cap.: fiebre, pág. 62).

Cuanto mayor sea la cantidad de métodos anticonceptivos, de interrupción de embarazo y fecundación artificial disponibles, tanto más urgente se hará investigar las propias motivaciones interiores que hacen que se recurra a uno u otro método. Porque son estos motivos los portadores del valor moral de las acciones. Aquí la escala no puede ser si un método es permitido o no, si es considerado éticamente más o menos valioso. Hoy en día se trata de una responsabilidad que se asume por el propio desarrollo y el del otro ser humano. Es hermoso ver cómo en la actualidad cada vez más personas llegan a comprender esto y vivencian que la moralidad surge del hecho de que cada individuo pueda modificar sus motivaciones interiores de vida, desde un accionar egocéntrico hacia un enfoque humanitario.

Para concluir mencionaremos el método anticonceptivo más antiguo: la abstinencia sexual voluntaria. Cuando no existe deseo de tener hijos, tampoco se ejerce particular atracción hacia los nonatos. En contraposición con éstos, en los métodos anticonceptivos hormonales y mecánicos aquella vuelve a establecerse una y otra vez. Además, a través de la decisión a favor de la abstinencia pueden liberarse por ejemplo fuerzas sociales que actúen dentro del entorno humano en el que un nonato intenta corporizarse, y para las cuales sin duda también cuenta con posibilidades perceptivas. Desde luego que con los citados puntos de vista sólo hemos rozado la respectiva temática. Sin embargo esperamos que nuestras observaciones puedan contribuir a aportar conceptos acordes con la realidad en un terreno en que hoy en día se discuten preponderantemente deseos personales y enfrentamientos ideológicos. Nosotros esperamos que contri-

buyan a ampliar el margen de decisión en la medida de una dimensión de conciencia que nos demuestre cuánto el propio accionar se entremezcla con las acciones y sufrimientos de los demás seres humanos.

Bibliografía:
Bauer, Dietrich/Hoffmeister, Max/Görg, Hartmut: "Gespräche mit Ungeborenen. Kinder kündigen sich an" (Conversaciones con no nacidos), Stuttgart 1986.
Debus, Michael: "Die Reform des Paragraphen 218" (La reforma del Párrafo 218), Stuttgart 1978.
Hassauer, Werner: "Die Geburt der Individualität. Menschwerdung und moderne Geburtshilfe" (El nacimiento de la individualidad), Stuttgart 1984. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1990.
Verbrugh, Hugo S.: ". . . wiederkommen. Erfahrungen des Vorgeburtlichen und der Reinkarnationsgedanke" (. . . regresar. Experiencias de la prenatalidad y la idea de la reencarnación), Stuttgart 1982.
Hoffmeister, Max: "Die übersinnliche Vorbereitung der Inkarnation" (La preparación espiritual de la encarnación), Basel 1979.

3. Genética humana y métodos de diagnóstico prenatal

En la actualidad conocemos toda una serie de enfermedades genéticas y malformaciones congénitas que ya podemos diagnosticar en la primera mitad del embarazo. El análisis del líquido amniótico, realizado entre la 16ª y 18ª semana del embarazo (amniocentesis, cultivo de células y análisis de cromosomas) permite determinar antes de la 22ª semana —o sea hasta cuando se autoriza la interrupción del embarazo en casos de enfermedad grave—, si el feto en desarrollo está afectado o no. Las objeciones éticas contra este y otros métodos de diagnóstico prenatal por lo general son combatidas con el siguiente argumento: a raíz de la nueva posibilidad del diagnóstico precoz de enfermedades graves, serían muchos más los padres que arriesgarían un embarazo; la cantidad de niños verdaderamente afectados y las interrupciones de embarazos relacionados con aquellas ascienden a lo sumo al 3%; por lo tanto, esta posibilidad a la larga favorecería a los propios niños, ya que el riesgo de que un feto sano sea perjudicado por la punción del líquido amniótico sólo alcanzaría el 1%. Tal argumentación radica en una imagen del hombre reducida al aspecto materialista. No deja de ser cierta, pero es unilateralmente semi-cierta. Porque resulta en verdad imposible registrar estadísticamente una vida

humana individual. Es así que sólo pocos hombres mueren realmente en el momento en que se ha cumplido su expectativa de vida, estadísticamente calculada. Cada vida y destino humano sólo puede ser evaluado y observado a partir de sus condiciones particulares especialísimas. Si se pudieran registrar y seguir de cerca los destinos de los niños sanos que incluye el índice de perjuicio del 1%, sin duda no se podría hablar de esta manera. Y si se recomienda el diagnóstico prenatal para evitar que nazcan niños con enfermedades genéticas, con malformaciones o de alguna manera severamente impedidos, entonces ello se basaría en la opinión de que tal vida sería indigna de ser vivida por ningún ser humano. Pero este criterio sólo se puede mantener desde un punto de vista fundamentado íntegramente en las condiciones de este lado del mundo, orientado hacia el rendimiento. Si se admite la existencia prenatal del hombre y el sentido que radica en padecer una biografía como gravemente impedido o enfermo (compárese pág. 179), entonces esa decisión no resultará tan fácil. Si bien no se llegará a la condena ética del diagnóstico prenatal, simultáneamente con el aumento del campo de acción y del saber, se sentirá una mayor responsabilidad. Con la responsabilidad entonces también está ligada la disposición de comprometerse algún día con las consecuencias de los propios actos. Cuando una madre evita dar a luz a un niño mogoloide, entonces son cuatro las personas que han entrado en una relación personal con este niño, hecho que naturalmente continuará existiendo y tendrá sus consecuencias: la madre, el padre, el pediatra asesor o científico en genética humana y el ginecólogo que interrumpió el embarazo. Consideramos esencial incluir esta reflexión en el momento de la decisión. Agudiza la conciencia y el sentido de responsabilidad y toma muy en serio al ser humano que permanece en estado nonato, que había buscado condiciones providenciales tan difíciles y ahora debe emprender otros caminos para su realización. Sin embargo, en este punto no dejaremos de mencionar que hoy en día ya hay cada vez más familias que adoptan un niño impedido. Y también existen madres que llevan a término su embarazo de un niño mogoloide, aun cuando el especialista en genética humana les haya dado un diagnóstico prenatal. Ellas sienten una vinculación elemental con la esencia y el destino de ese niño y actúan en concordancia. Del mismo modo en que es posible desarrollar una conciencia de las futuras secuelas de una acción, así también pueden comprenderse las situaciones y experiencias actuales predispuestas desde mu-

cho tiempo atrás. Nosotros, los humanos, estamos endeudados recíprocamente de múltiples maneras y al mismo tiempo debemos agradecernos otro tanto. La pregunta muchas veces desesperada "¿Por qué justo a mí me toca un hijo impedido o malformado?" adquiere así una profundidad novedosa; y acarrea otras nuevas: ¿Por qué me necesitas precisamente a mí, por qué estoy vinculado contigo, qué puedo hacer para tu destino futuro? ¿Cuánta experiencia de vida y comprensión te debo a ti y a tu sufrimiento? Actualmente vivimos en una época en que se ha producido una desproporción entre conocimiento y factibilidad por un lado, y moralidad por el otro. Aquí la investigación precisa de los órdenes providenciales y de la esencia anímica y espiritual del hombre puede ayudar a reestablecer el equilibrio perturbado (compárese también pág. 135). También nuestra relación con los experimentos con animales, que realizamos por causas "humanitarias", ha de cambiar cuando sepamos más sobre la esencia de los animales. Entonces también ante ellos volveremos a aprender a sentirnos responsables. Y así también con respecto a la tierra como nuestro espacio común de desarrollo.

En nuestra opinión, no sólo los expertos deben plantearse estos interrogantes, atañen a cada uno de nosotros. No hace falta haber estudiado para poder reflexionar sobre la existencia prenatal del hombre, sobre el destino de la tierra y el sentido de la vida. Sin embargo, es considerable la tendencia a dejar la decisión a favor o en contra referente al diagnóstico prenatal, la fecundación in vitro, los experimentos de reproducción y las técnicas de manipulación genética en manos de los expertos, la iglesia o el estado. Frente a ello nosotros consideramos esencial que todos cuantos tomen contacto con estas cuestiones, también se deberían ocupar activamente de ellas. Sólo así puede llegar a desarrollarse un sentido de la responsabilidad basado en el conocimiento personal, como fundamento de una nueva moralidad. Esta deberá emanar de cada uno y no conducir a normas colectivas que cercenen las libertades individuales. Pero a la preparación de tal sentido de responsabilidad pertenece el esfuerzo por adquirir el conocimiento de los propios actos. Sin duda, por desconocimiento del contexto global y por apreciaciones equivocadas de lo factible, se cometerán incontables errores a lo largo de este camino. Tanto más importante será que cada individuo desarrolle el suficiente valor como para responder por las consecuencias de sus actos, aun cuando recién esté presintiendo su inicio.

CONDICIONES BASICAS PARA UN DESARROLLO EN SALUD

Toda educación es autoeducación y en realidad
nosotros, como maestros y educadores, sólo
constituimos el entorno del niño que se autoeduca.
Debemos brindar el entorno más favorable
para que a nuestro lado el niño se autoeduque
tal como necesita educarse
a través de sus designios internos.

RUDOLF STEINER

I. LOS PRIMEROS MESES DE VIDA

Al nacer, cada niño trae consigo el pedido: ¡Ayúdame a llegar a ser un ser humano! Para el adulto, esto significa preguntarse: ¿Cuáles son las condiciones que hacen posible un sano desarrollo del ser humano? Muchas recomendaciones, consejos y conceptos educativos provienen de recuerdos de la propia infancia, con sus experiencias gratas y desagradables. Quien haya sufrido una educación severa quizás permita más libertad a su hijo. Quien hubierà deseado más severidad acortará más las riendas.

Frente a esto, quisiéramos partir con nuestras recomendaciones sobre el propio niño. Toda educación, todo comportamiento puede ser examinado según las siguientes preguntas: ¿En qué punto se encuentra el niño en el momento? ¿Cuál es la próxima etapa en su desarrollo? Porque sobre el niño no gravita la carga de nuestras experiencias, simplemente sólo desea "llegar a ser hombre". No quiere ser campo de experimentación para tales o cuales conceptos ideales. Quiere aprender paso a paso a manejar la luz, el sonido, alimento, calor y frío. Desea crecer y adquirir paulatinamente el conocimiento de la habitación en que vive, de la casa, del entorno inmediato, de los hombres, condiciones culturales, etc. Ni quiere tener todo a la vez, ni que se le prive de algo. Para desarrollar el adecuado sentido para esto, se requiere un vistazo a las etapas del desarrollo infantil. Porque sobre esta base resulta más fácil percibir en cuál punto se encuentra el propio hijo en este preciso instante. Con frecuencia hay padres que nos preguntan: "¿Cómo tengo que proceder para hacerlo correctamente?, a cada uno que pregunto me dice algo diferente." En este trance sólo sirve el desarrollo de la propia capacidad de apreciación. Nadie vive tan cerca ni con tanta responsabilidad junto al niño como sus padres. En última instancia sólo ellos pueden decidir qué es lo correcto para su hijo. Lo que los demás pueden aportar son sólo puntos de vista y experiencias, que pueden estimular la observación más minuciosa del niño y su entorno, contribuyendo así a la formación de un criterio.

1. Impresiones después del parto

El embarazo y el parto ya han pasado. "¿Quién eres?", preguntan los ojos de la madre a este ser desconocido que le han colocado entre sus brazos. En los próximos días ella percibe, preocupada y feliz, cada peque-

ña actitud del niño: los movimientos de succión durante el sueño, el bostezo, el tenue juego de los deditos. La respiración –a veces casi imperceptible– cada tanto es interrumpida por un grupo de ondas respiratorias más profundas o un pequeño ronquido al estirarse. Cuando la madre se inclina muy de cerca hacia el niño, aparecen algunas respiraciones más profundas o aceleradas, porque siente su proximidad y responde contento. Si mientras el niño duerme lo tiene consigo, a través de los párpados cerrados a veces podrá observar el movimiento del globo del ojo. (En prematuros esto también es visible estando los ojos abiertos.) En este período las transiciones entre sueño y vigilia todavía son fluidas.

La mirada del niño todavía no se detiene sobre las cosas, pero indica una vivencia anímica, a la que ahora por vez primera se agregan impresiones sensoriales de luz. Nosotros, como adultos, sin querer buscamos en los ojos la personalidad y sentimos que todavía no se encuentra presente allí. Al estar abiertos, buscan algo en el entorno de la madre, en el que la mirada se detiene por momentos, hasta que vuelven a cerrarse por cansancio. Pasado cierto tiempo, los ojos vuelven a abrirse e intentan reencontrar ese algo. El ritmo del ver y no ver constituye parte esencial de la primera experiencia del ser. En esa oportunidad podemos percibir claramente que la certeza de nuestra existencia terrenal sólo la debemos a nuestras percepciones sensoriales. Gracias a la actividad perceptiva, en el transcurso de los próximos meses el niño va tomando conciencia cada vez más nítida de su propio Yo. Más adelante, entre los dos y tres años de vida, al decir "yo" resume esta actividad como vivencia.

El deseo de vivenciarse en el entorno a través de los sentidos gobierna todos los impulsos del recién nacido: disfruta la sensación de saciedad, al sentir hambre anhela ansiosamente el pecho materno y domina en forma magistral el arte de succionar. Duerme con total entrega o absorbe toda la luz, sonidos, ruidos, frío y calor que lo rodean. Su vivencia anímica está totalmente ligada a este ritmo de abrirse y cerrarse, de deseo y satisfacción. Es así como surge "su tiempo" mucho antes de que él mismo tenga conciencia de ello. Entonces sus movimientos todavía son totalmente reflejos e incontrolados. La madre siente que a través de sus cuidados envolventes es capaz de calmarlo y liberarlo de estos movimientos que muchas veces impresionan como de desamparo.

Recomendaciones para el parto

Quien da a luz en una clínica, debería empeñarse con todas sus fuerzas para que se le permita tener al niño consigo por lo menos durante el día. Precisamente los primeros días de vida son decisivos para la relación entre madre e hijo. Es muy conveniente que el padre del niño o una abuela –en todo caso una persona íntimamente cercana a la madre– esté presente durante el parto, colabore y también sienta felicidad.

Es cada vez mayor el auge del método de colocar al recién nacido inmediatamente después del alumbramiento sobre el vientre de la madre. Por la inmensidad de la dicha, muchas veces se olvida cubrirlo con un paño de abrigo. El niño se encuentra mojado y su temperatura desciende rápidamente.

El llamado barniz caseoso representa buena protección para la piel del recién nacido. Al lavar los restos de sangre debería permanecer la mayor parte posible de ese ungüento protector.

Inmediatamente después del alumbramiento, por lo general el niño succiona con más fuerza que horas más tarde, hecho que durante mucho tiempo había caído en el olvido.

Se realizan grandes esfuerzos para volver a lograr que el parto –aun en la clínica– transcurra de la manera más humana posible, tal como siempre se había practicado en el parto casero. El aparato técnico allí disponible no necesariamente debe ocupar el primer plano a costa del ambiente adecuado. El equipo de trabajo experto en la sala de partos ha de acompañar el acontecimiento en forma discreta, manteniendo un equipo quirúrgico y un pediatra disponible en segundo plano, para el caso de emergencia. Si mantienen viva la conciencia de la significación del parto, todos los participantes pueden celebrar también la llegada del niño.

Bibliografía:

Hassauer, Werner: "Die Geburt der Individualität. Menschwerdung und moderne Geburtshilfe" (El nacimiento de la individualidad), Stuttgart 1984. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1990.
Leboyer, Frédérik: "Geburt ohne Gewalt" (Nacimiento sin violencia), München 1981.
Sichtermann, Barbara: "Leben mit einem Neugeborenen" (Vivir con un recién nacido), Ediciones de bolsillo Fischer 1981.

2. Los horarios de las primeras mamadas

Con frecuencia encontramos opiniones como: "Déjalo, ya nos avisará cuando tenga hambre" o "El niño no debe ser malcriado, necesita un ritmo fijo." Ciertamente, el recién nacido ya vive dentro de un ritmo, pero es el de la respiración viviente: con horarios libres para las mamadas ("free feeding") se ha encontrado que el intervalo medio entre las mamadas muchas veces es mayor que cuatro horas. Esto tiene como consecuencia que en tales casos al día siguiente las mamadas se trasladan por aproximadamente una hora, como si el niño, en vez de mantener un ritmo de 24 horas, siguiera uno de 25,6 horas. Entre las seis y las diez semanas, el niño cambia por sí mismo su horario: duerme toda la noche y de día mantiene un ritmo de cuatro horas. Por lo general es posible no dar trascendencia a esta pequeña diferencia de ritmo, sin perjuicio, poniéndolo al pecho aproximadamente cada cuatro horas. Sin embargo no tendría sentido —ni tampoco sería conveniente para la producción láctea— si, sólo para mantener determinado ritmo, ya en las primeras semanas siempre se volviera a insistir en despertar al niño para obligarlo a mamar.

Lo importante es que al comienzo la madre no saltee la sexta mamada o sea la nocturna. Para que pueda afrontar esta carga, el padre, la abuela u otro colaborador deberían tratar de ayudar a la madre durante este período en todo lo que fuera posible. Rara vez resulta necesario —por razones de salud de la madre— renunciar a una mamada y que, de noche, una tercera persona dé al niño alguna infusión de hierbas o leche (más detalles al respecto véase pág. 164).

Hoy en día, por inseguridad a veces los recién nacidos se ponen al pecho con demasiado frecuencia. No cualquier chasquido o desperezo significa hambre. Cuando madre e hijo se acostumbran a que siempre se vuelve una vez más a beborrotear otro sorbito más, entonces se crean dependencias innecesarias. No es infrecuente que las dificultades surgidas de esta manera conduzcan al pediatra.

3. La atención de las primeras percepciones sensoriales

A Ruidos y sonidos

Al entrar en una habitación en la que se encuentra un lactante, de inmediato cambia nuestro comportamiento. Sin que el bebé haga siquiera un movimiento, aun los niños más traviesos y violentos se acercarán silenciosos y en puntas de pies a la cuna. A la inversa, un lactante que llora a gritos es capaz de movilizar de inmediato todo su entorno con fuerza irresistible. Entre ambos extremos se desarrolla el ámbito vital del lactante, en el que por regla general la madre ejerce el papel principal. La calidez de la palabra y los sonidos, la alegría y ternura de la madre se encuentran en delicada alternancia con todos los sonidos a través de los cuales el niño se manifiesta ante ella. Todos los sonidos no humanos que le llegan, inicialmente son desconocidos y molestos. Con bastante frecuencia se observa la reacción en la respiración del lactante dormido o en una aceleración de los latidos del corazón o del pulso. No sólo la maquinaria de construcción frente a la ventana, también la máquina de coser o el lavarropas a dos ambientes de distancia, pueden ser percibidos por el lactante. Por lo tanto no sólo debemos medir los sonidos y ruidos en el entorno del niño según su efecto durante la vigilia, sino también juzgar si son adecuados para la respectiva edad. En el ámbito acústico, la vida humana se desarrolla entre el silencio absoluto y toda la gama de sonidos humanos, instrumentales y técnicos. Más adelante, el niño podrá percibir diferenciadamente los sonidos tanto más finamente cuanto más sensible y cauteloso haya sido el trato de su entorno con su vivencia acústica. Cuando el pediatra debe asesorar por teléfono a una madre cuyo bebé tiene fiebre, muchas veces lo primero que uno tiende a hacer es rogarle que apague la radio que está vociferando al fondo. En la época de vida anterior al aprendizaje del lenguaje y del pensamiento, no tiene ningún tipo de distancia con respecto a las impresiones que lo invaden desde su entorno, y particularmente a las percepciones acústicas. Porque esta posibilidad de distanciamiento recién podrá desarrollarse lentamente como consecuencia de llamar a las cosas por su nombre y reflexionar sobre ellas. Vale decir que durante su primer año de vida el niño está totalmente incapacitado para "desconectarse" íntimamente, y debe soportar con todo su cuerpo, extremadamente sensible, todo lo que le llega como sensación. Las modificaciones más o menos delicadas en el ritmo del pulso y la respiración son un indicador sensible para estas vivencias compartidas. Es natural que un ambiente dedicado a hacer música no enmudecerá repentinamente, pero tendrá el cuidado de mantener la debida distancia del niño y la selección y el modo de ejecutarla se adecuará un poco a él. Sonidos mecánicos y un ruido de fondo proveniente de radio, televisión,

video o cassette deberían mantenerse tan lejos del niño pequeño como fuera posible.

La intensidad del efecto de ruidos y sonidos sobre el lactante puede notarse también cuando se lo observa durante el juego. Si se le pone una matraca en la mano o se ata un sonajero con un elástico a la cuna, el resultado se manifestará en los movimientos del niño: sus movimientos de pataleo tienden más hacia el interior y el sacudirse. Es muy distinto cuando se le da un simple sonajero de madera para jugar. Entonces sus movimientos se adecúan a la percepción acústica y es sorprendente en qué medida se tornan más voluntariosos u ordenados. No obstante, en ambos casos los niños presentan el aspecto de excitación alegre al escuchar el sonido. Sólo que este último da la impresión de que el niño descansa más en sí mismo y que puede dominar íntimamente sus sensaciones sensoriales.

Otro es el efecto de una simple serie de sonidos que la madre o el padre canta o susurra junto a la cuna. El niño escucha extrañado, sus movimientos se hacen más sueltos, y cuando esté cansado pronto se dormirá; el niño se abre ante los sonidos, y de esta manera también puede entregar su alma más fácilmente y con menos tensión al sueño.

B Aire, humedad ambiente y olores

Existe total unanimidad con respecto a que el aire para respirar debe ser puro. Pero cuando en las grandes ciudades abrimos la ventana debemos aceptar lo que entre. El aire puede ser fresco, pero no debe haber corriente de aire. También por esta razón conviene el tul encima de la cuna del niño. Si la ventana ha de estar entornada, o por lo general cerrada y sólo abierta por períodos breves, dependerá no sólo de la temperatura, sino también de la humedad o sequedad interior o de los ruidos exteriores, y se decidirá según el caso. También interviene la cuestión de la energía. Aparte de la época más calurosa, en este contexto resulta una buena solución abrir la ventana de par en par varias veces al día —cuando el niño no esté en el cuarto—, para cambiar el aire y a continuación volver a cerrarla. En todos los casos habría que evitar que el niño tenga que respirar constantemente olores provenientes de la cocina o humo de cigarrillo, etc. Esto también perjudica a los adultos, aunque éstos no son tan afectados por sus impresiones sensoriales como los niños pequeños. Hay

que recalcar además que la mayoría de los tipos de calefacción de los departamentos modernos es inadecuada para los niños, primordialmente porque reducen el porcentaje de humedad ambiente. El problema se resuelve con una breve pero frecuente ventilación del cuarto. O bien produciendo vapor mediante un pequeño disco calentador ubicado fuera del alcance del niño, sobre el que se coloca una olla con agua, a calor mínimo. En infecciones de vías respiratorias es posible mejorar cualitativamente la humedad, agregando al agua algunas gotas de aceite esencial de eucalipto. Resfríos crónicos, tos y afonía en muchos casos aumentan también por los modernos hábitos de calefacción.

C La luz solar

El recién nacido ya abre los ojos en la semipenumbra y parecería buscar algo. Pero cuando se deja que la plena luz entre en la cuna, sus ojos se vuelven a cerrar de inmediato. Al cabo de pocas semanas esta situación cambia, ya que cuando está despierto, aun en la habitación más luminosa el niño mira en diversas direcciones. Ahora también ya ha llegado el momento de dejarlo dormir bajo el cielo azul, protegido del viento y de la radiación solar directa. Se comienza con quince a veinte minutos por día, según las condiciones climáticas, aumentando gradualmente hasta dos horas o más. Desde luego siempre hay que controlar al niño cada tanto, aun cuando duerma. Algunas personas consideran antipática la idea de colocar ya al niño de tres a cuatro semanas bajo la luz del cielo, aun cuando el niño se encuentre bien abrigado y tenga cubierta la cabeza con un gorrito. La regulación térmica todavía no está plenamente desarrollada y cuando el tiempo está fresco o húmedo, el niño necesita estar envuelto en una piel de oveja o protegido por una manta de lana. Esta medida de precaución es necesaria para cualquier niño. Gracias a su particular estructura, la luz azulada del cielo tiene efecto plasmador. A la par de la leche materna, es uno de los activadores más importantes de una sana formación ósea*. Cuando un lactante tiene expuesta su carita, con la frente descubierta, al cielo azul hasta dos horas diarias, con el tul adecuadamente descorrido, ya no se puede producir raquitismo.

* La intensidad de la radiación ultravioleta natural aumenta con la cuarta potencia de la longitud de onda decreciente; vale decir que el cielo azul contiene mucho

El hecho de que en ciudades industrializadas o en condiciones de vivienda estrechas u oscuras esto con frecuencia no puede ser cumplido durante varios meses, constituye la causa que a menudo obliga a adoptar medidas medicamentosas para la prevención del raquitismo. Sin embargo, cuando —como en América Latina— hay suficiente luz, esto no es necesario. En este punto también quisiéramos mencionar que obedece a una mala costumbre agregar vitamina D al alimento, como por ejemplo a la leche, como profilaxis del raquitismo. Este hábito perturba la formación natural de vitamina D por parte del organismo infantil, provocando un excedente de esta sustancia. Esto conduce a una aceleración y concreción prematura de la constitución ósea, que no deja de generar consecuencias negativas para el desarrollo posterior (compárese con el capítulo sobre Raquitismo, pág. 308).

Sin duda resulta más saludable para la activación de las fuerzas del organismo del niño, permitirle formarse su requerimiento individual de vitamina D por exposición a la luz solar. No hay nada tan estimulante para el cuerpo y el alma como el adecuado esfuerzo propio. Si se intenta aliviar la tarea al cuerpo o al alma, entonces fácilmente se produce una comodidad o desaliento que a la larga socavan la disposición para el rendimiento y la alegría de vivir. Quisiéramos prevenir claramente de realizar baños de sol de cuerpo entero en la primera infancia. También aquí se produciría un exceso de acción lumínica plasmadora y osificante, estimulando prematuramente las tendencias de concreción del organismo y debilitando el sistema nervioso. Lo que el adulto observa en su sistema nervioso tras un baño de sol imprudente (embotamiento sensorial) y su contextura cutánea (quemaduras o resecamiento), vale por supuesto en mucho mayor grado para el organismo infantil, que para colmo de males todavía se encuentra en la sensible fase del crecimiento. Obviamente se puede exponer a pleno sol radiante la colita paspada de un bebé durante varios minutos, varias veces por día. Pero también aquí el pecho y la ca-

más radiación preventiva del raquitismo que el amarillo. Por otra parte, nosotros personalmente consideramos la polarización de la luz del cielo como altamente significativa. Es conocido que da a las abejas su sentido de orientación en el espacio, aun cuando el sol esté cubierto por nubes, y con cierta atención también la percibe el hombre como el llamado haz de Haidinger. Una estructura de todo el cielo orientada hacia el sol, sin dudas tiene un efecto totalmente diferente sobre el niño que una superficie que sólo irradia el color azul (véase Haidinger en la Bibliografía).

becita del niño deberían estar cubiertos por una delgada tela de algodón. En la estación calurosa esto no conduce a un calentamiento adicional, sino muy por el contrario, protege del exceso de calor. Precisamente el manejo de la luz puede enseñarnos a prestar atención a la medida exacta entre exceso y escasez.

D Calor y frío

La regulación térmica del recién nacido todavía es imperfecta y está muy expuesta a trastornos. En bebés que nacen en un ambiente demasiado frío, después de varias horas todavía se presenta una tendencia a la hipotermia, aun cuando hayan sido envueltos y abrigados inmediatamente después de nacer. Por lo tanto, en el primer período de vida no se puede exagerar el cuidado para mantener al niño rodeado de calor uniforme. También la pediatría todavía continúa aprendiendo en este sentido. Hoy en día ya se comienza a vestir a los prematuros dentro de la incubadora o por lo menos a acostarlos sobre una piel de oveja. Antes se los colocaba desnudos sobre una tela de algodón, rodeados por la cálida brisa de la incubadora, pero perdían mucho más calor que ahora que están vestidos. Por lo tanto es correcto que en toda situación de vida la madre esté atenta para que su hijo no tome frío. Aquí sea dicho sólo como ejemplo que una estufita con ventilador en el baño es esencialmente menos conveniente que un radiador de calor. La piel marmolada del niño indica la diferencia. Por otra parte, al aire libre es normal que las mejillas y las manos estén frescas, aun en el lactante abrigado. En la cuna, por el contrario, tanto manos como pies siempre deberían estar calientes.

En las primeras semanas de vida puede ser necesario colocar una bolsa con agua caliente en la cuna (¡cuidado con el exceso de calor! 40°C sobre la piel del niño al ratito ya son excesivos y producen "quemaduras"). En una habitación fresca, o cuando se prefiere no usar un plumón, se puede envolver al bebé vestido en una bolsa de dormir de lana tejida o en una frazada adecuada.

Si un niño con frecuencia tiene las manos frías sin motivo especial, en la mayoría de los casos una camisetita de lana con mangas largas ya es la solución. Esta por lo general se la puede dejar puesta al cambiarle el pañal, aun cuando en el borde inferior ya esté algo húmeda. Recomendamos ropa de lana interior (dondequiera ésta pueda ser fabricada de una

calidad suficientemente suave); de lo contrario, pullóveres, saquitos y mantas, como también ositos y pantaloncitos, todo de lana, precisamente porque la lana de oveja posee una propiedad única: es capaz de absorber humedad hasta el 30% de su propio peso, sin que se la note húmeda. Por la buena aislación térmica, la humedad puede evaporarse a través de la lana, sin que en la piel se haga notar el *frío por evaporación*. Por esta razón también la transpiración que segrega la piel es bien absorbida y conducida hasta el exterior, a la vez que no se almacena el calor, tal como ocurre en todos los tejidos de fibra sintética. Es por eso también que los beduinos en el desierto visten ropas de lana o piel de oveja. Un rechazo a la lana existe en personas que la sienten áspera sobre la propia piel. Por lo tanto se trata de encontrar calidades suficientemente suaves o bien colocar debajo una delgada batita de algodón. El algodón permite que pase bien la humedad, aunque no la retenga tanto como la lana, por lo que se presta para ropa interior. Pero lo cierto es que la lana debe lavarse en una solución de jabón neutro, para que no se apelmace y se vuelva áspera.

La objeción de que la lana no puede hervirse, carece de importancia. Porque la pura lana sin blanquear también se limpia a 30° en una solución jabonosa y no comienza a "oler". Además, es duradera y resistente: una camiseta tejida a mano de lana gruesa (véanse las instrucciones de tejido en el Apéndice, pág. 490) todavía puede servir para otro niño, siempre que haya sido lavada correctamente. Lo importante es que se consiga auténtica lana 100%, no blanqueada. Por supuesto que resulta oneroso comprar prendas confeccionadas de este material. Pero como se necesita poca cantidad de ellas, y por tener que cambiarlas menos, esto pronto se compensa. La ventaja resultante para la salud es impagable. Para quien sepa tejer, éste de por sí no es un problema. Para la piel hipersensible han dado buenos resultados batitas y gorritos de seda cruda. Este tejido se acerca a las cualidades de regulación térmica de la lana y resulta sumamente agradable en el uso.

La ropa de algodón es adecuada únicamente en la estación más calurosa, siempre que no aparezcan oscilaciones térmicas de consideración. Por el contrario, las fibras sintéticas son desfavorables en todos los casos, ya que no absorben humedad y acumulan calor.

Hemos tratado tan detenidamente el tema lana, porque durante la revisación en el consultorio pediátrico demasiadas veces encontramos lac-

tantes demasiado desabrigados. Rara vez también encontramos lo contrario: un niño sobrecalentado, debajo de incontables capas de lana, al que el gorrito le llega a cubrir hasta las cejas, sin permitir siquiera que la frente disfrute del fresco. Precisamente por estos extremos —sobrecalentamiento por un lado, enfriamiento por el otro—, es fácil poner en claro el ideal: "cada cosa a su debido tiempo". Demasiado calor sobreprotege el organismo e impide la formación de una adecuada autorregulación. Demasiado poco calor o hasta la exposición al frío, acarrean reflejos y formas de regulación que no corresponden a circunstancias normales, sino provocan reacciones excesivas. En ambos casos se impide la formación de maneras elásticas, sensibles de reacción a estímulos de calor y frío (véase pág. 151).

Bibliografía:
Separata de: Die Menschenschule Nr. 2/1978, "Wärme und Bekleidung in der Entwicklung des Kindes", (Calor y vestimenta en el desarrollo de los niños), Basel 1978.

E Gravedad: la posición del lactante

Por la manera en que transportamos a un recién nacido, sabemos que todavía no es capaz de mantener su cabeza y tronco erguidos en contra de la gravedad (sólo en la posición boca abajo el lactante ya puede levantar brevemente su cabeza, véase lámina 14). Por el contrario, no es tan conocido el hecho de que en los primeros tres meses la gravedad también puede afectar directamente en forma deformante el cuerpo del niño. Un niño que gira la cabeza siempre hacia el mismo costado, porque de allí provienen la luz y las personas que se acercan a su cuna, desarrollará un aplanamiento del cráneo de ese lado. Esta deformación también puede expresarse sobre el tronco hasta la pelvis. Si esto no se advierte a tiempo, luego del tercer mes el daño sólo será parcialmente corregible. En casos raros también una tortícolis muscular, una fractura de clavícula ocurrida durante el alumbramiento o un cefalohematoma pueden ser causas de la preferencia por la posición unilateral. Es por ello que preventivamente se coloca al niño en forma alternada hacia uno u otro lado. También después de las comidas es oportuno colocar al lactante de costado para así permitir que el alimento que asciende con el eructo pueda escurrirse fácilmente. Sólo hay que proveer un apoyo para la espalda (almo-

hada, toalla enrollada) para que el niño no pueda rodar hasta la posición boca arriba.

Cuando el niño ya no pueda darse vuelta y prefiera el lado de la luz, habrá que invertir de inmediato la posición de la cuna para que ahora la luz provenga del otro costado. En los casos de tortícolis y cefalohematoma se requiere el apoyo de pañales enrollados, para evitar por lo menos temporariamente que la cabecita vuelva al "costado prohibido". Desde luego que en estos casos también se requerirá la consulta médica.

Con respecto a la posición boca arriba y boca abajo: bajo la influencia norteamericana, hace veinte años, se popularizó la posición boca abajo para el lactante. Supuestamente los niños se desarrollan mejor desde el punto de vista estatomotor, la espalda será vigorosa, las cavidades cotiloideas quedan más descargadas y se forman con más facilidad. Pero en el interín también se ha sabido de casos de deformaciones luego de la posición boca abajo, como "los pies tipo Charlie Chaplin" o la caja torácica aplastada.

Si se continúa observando de cerca el desarrollo de los niños colocados de diferentes maneras, se advierte que los que adoptan la posición boca abajo inicialmente llevan una ventaja en cuanto a movilidad. Pero a su vez los adeptos a la posición boca arriba demuestran ser más observadores y practican un juego diferenciado de los dedos (lámina 16). En ciertos niños también hemos podido observar que los que seguían la posición boca abajo llegaban más rápidamente a pararse, mientras que los antiguos seguidores de la de boca arriba les llevaban ventaja en cuanto a lucidez y habilidad.

De allí surge la recomendación de no manejar la posición en forma dogmática. En las primeras semanas lo adecuado será la posición lateral alternada. Si un niño alguna vez sólo se tranquiliza boca abajo, por supuesto se lo dejará dormir así. Cuando está despierto, es fácil que el niño esté acostado de espaldas, para estudiar los rostros, los objetos y el juego de sus manos. Si entonces se duerme exclusivamente de espaldas, se intenta "conversar" alguna vez con él boca abajo. Si prefiere dormirse boca abajo, se fomentará la posición de espaldas durante la vigilia.

4. La técnica del pañal y sus consecuencias

En las primeras semanas de vida recomendamos envolver al niño en un

pañal de gasa y un chiripá. Encima, en lugar de una bombachita de látex, se colocará una tejida a mano, en lo posible de lana virgen (¡compárese con pág. 204!). Porque la lana tiene la propiedad de absorber humedad hasta un 30% de su propio peso, sin que se la note húmeda al tacto. Como los riñones del lactante pequeño funcionan permanentemente, siendo la vejiga todavía pequeña y el ritmo de evacuación irregular, continuamente gotea un poco de orina al pañal, razón por la cual apenas se lo ha cambiado ya vuelve a estar húmedo. Por eso no tiene sentido ponerle bombacha de plástico o una capa de plástico entre los pañales, ya que esto tiene como consecuencia que la humedad se mantenga junto a la piel y no pueda evaporarse. Si se envuelve al niño en una pañoleta de algodón o lana que reemplace el osito, entonces puede dejarse de lado la bombachita de lana tejida (véase las instrucciones de tejido en el Apéndice, pág. 489). Ese paño absorbe la humedad y cuando ya se sienta mojado, ha llegado el momento de cambiarlo por otro seco. Desde luego que las características de la pañoleta difieren según la estación del año. En los meses más calurosos constará de un delgado pañal de algodón; en los más frescos de un paño grueso de muletón o bombasí, o bien de un paño de lana. En invierno también se puede cubrir el pañal de algodón con una pañoleta de grueso tejido de lana. ¿Por qué recomendamos la pañoleta en los primeros tres meses de vida y no un osito? En ese período de vida el juego motor del lactante se caracteriza por una plenitud de movimientos involuntarios y reflejos. Transcurren casi tres meses antes de que la mirada del lactante pueda descansar serenamente sobre un objeto, o sea que mire fijamente. A continuación comienza el dominio de los movimientos de manos, la capacidad de sentarse y finalmente el movimiento voluntario de piernas cuando el niño ya tiene un año. Entonces al permitir que el lactante mueva las piernas libremente en los primeros meses de vida, los niños tendrán dificultades para aprender a dominar primeramente el ojo y la mano. Sin embargo se sustenta el esfuerzo del niño por gobernar los movimientos reflejos bruscos cuando la pañoleta le brinda cierto refuerzo en la región pelviana y de las piernas. Así se frenan los pataleos más descontrolados, el niño encuentra sostén donde todavía no puede dominar el movimiento. Su mirar se tornará más firme y lúcido y aprenderá más fácilmente a manejar sus manos. Para la estimulación de la movilidad de las piernas, en las primeras ocho semanas de vida alcanza que el niño patalee un rato libremente en ocasión

de los diversos cambios de pañal, que a esta edad son por lo menos cinco por día.

Pero lo cierto es que la envoltura con pañoleta jamás debería estar tan apretada como para perder totalmente la libertad de movimiento de las articulaciones de la cadera. Porque una técnica demasiado apretada de envoltura puede tener consecuencias negativas para la conformación de la cavidad cotiloidea. Esto ha de tenerse presente en especial en la cavidad cotiloidea inmadura (más frecuente en presentación de nalgas y pies falciformes, es decir en forma de hoz), o sea la llamada displasia de cadera, la cadera dislocada a causa de blandura de ligamentos. En este caso, con el tiempo la cabeza de fémur puede deslizarse más allá del borde de la cavidad cotiloidea, produciendo luxación. La displasia de cadera debe ser diagnosticada y tratada cuanto antes por el médico pediatra. Si se la pasa por alto recién se advierte la luxación una vez producida, por el contoneo cuando el niño aprende a caminar, se requerirá la corrección quirúrgica, generalmente seguida por varias otras intervenciones. Una posición o carga errónea de las articulaciones conduce a la artrosis precoz, que en la vida posterior puede aparecer como un impedimento doloroso y penoso. Por lo tanto, en niños nacidos con presentación de extremidad pélvica, desde el comienzo se requiere una envoltura ancha del pañal y floja de la pañoleta, ya que tienden con mayor frecuencia a displasia de cadera. Para ello se utiliza un paño adicional de algodón plegado en forma de venda, que se introduce entre las piernas por encima del pañal, con lo que se consigue cierta separación de los muslos.

En general, los niños de tres a cuatro meses comienzan a patalear y se liberan de esta envoltura de la pañoleta. Entonces esta podrá ser reemplazada por una bolsa hecha de tela de lana o algodón, o bien por un osito. Pero al observar que el pataleo desinhibido del niño le perjudica en su concentración en lo que observa y en su voluntad de mover sus manos coordinadamente, entonces sí habría que envolverlo por encima del osito —sobre todo en la estación fría— en una manta tejida, para que las piernas encuentren cierto sostén.

El movimiento voluntario de las piernas recién se practica y aprende en el segundo año de vida.





Lámina 13: Las extremidades del lactante pequeño se encuentran ligeramente flexionadas (disminuyendo a partir del nacimiento hasta aproximadamente el tercer mes).

Lámina 14: La posición boca abajo ya le permite estirar el cuello y girar la cabeza hacia un costado, de manera que el recién nacido ya puede mentener la nariz libre de la superficie de apoyo (hasta aproximadamente seis semanas).



Lámina 15: El lactante está acostado de espaldas, abiertamente entregado a su entorno. Cuando el tiempo no es caluroso, como prevención del raquitismo alcanza la radiación del rostro y la frente con la luz del cielo. La luz solar directa sólo está permitida durante ratos breves.



Lámina 16: Ha comenzado el juego de las manos (a partir de los cuatro meses).



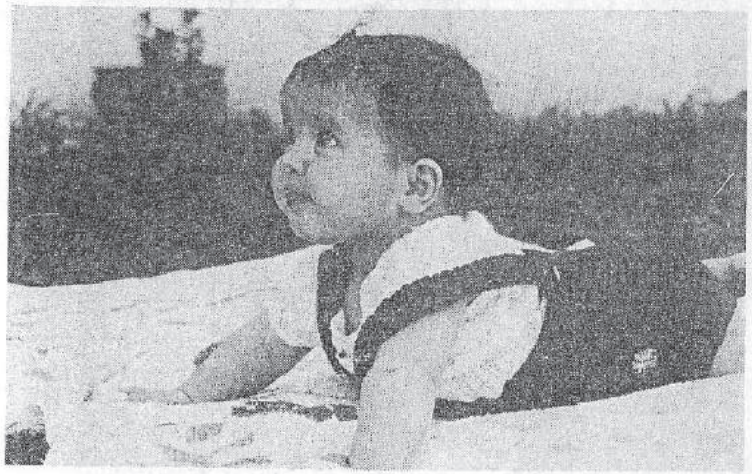
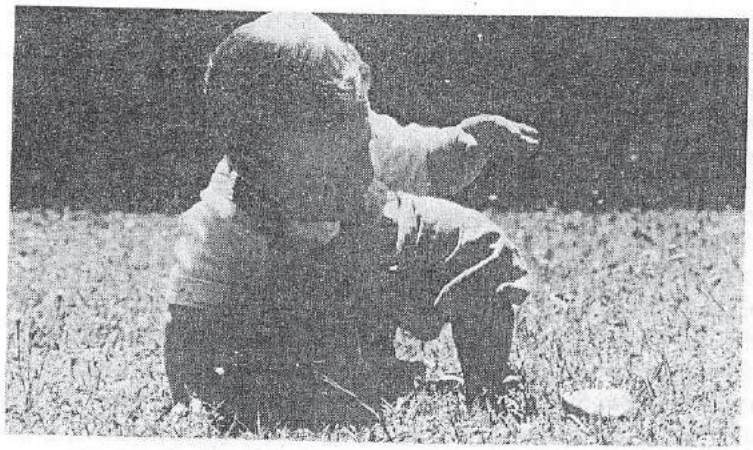


Lámina 17: Lentamente comienza a alzarse de la superficie de apoyo: los codos comienzan a apoyar. Los dedos todavía se encuentran flexionados (tres a cuatro meses).

Lámina 18: Con los brazos estirados y las palmas de las manos abiertas ha alcanzado una especie de estado "cefalópodo". Los movimientos, la mirada y los balbuceos son ahora muy intencionados (aproximadamente seis meses).



Lámina 19: Mientras el niño esté sentado con inclinación hacia adelante, todavía no está en condiciones de mantenerse. Aquí, en la posición erguida, absolutamente recta, ya tiene las manos totalmente libres para el juego (a partir de los diez meses).



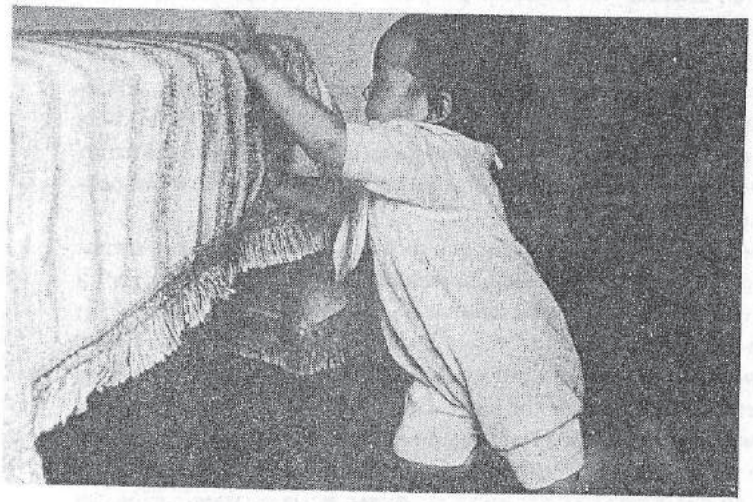


Lámina 20: Se inventan las primeras formas de desplazamiento, porque se ha de alcanzar alguna cosa. De aquí surge el primer intento de gateo (diez meses).

Lámina 21: Hay algo que atrae intensamente hacia arriba. Las manos ya son hábiles y fuertes (un año).



Lámina 22: Ahora los pies aprenden su función. Pronto las manos estarán totalmente libres (un año).



Lámina 23: Los intentos y vivencias se practican incansablemente. Resulta difícil ver, tocar y mantener el equilibrio al mismo tiempo.

5. El lavado, el baño, el cuidado del bebé

La piel del lactante —como también la nuestra— tiene una fina película de grasa, que por sus cualidades no es reemplazable por ninguna otra. No tiene ningún sentido quitarla diariamente y reemplazarla por otras grasas. Por lo tanto, en la mayoría de los casos alcanza un breve baño dos veces por semana, con lavados diarios de cara, los pliegues de la piel y el ámbito del pañal. Salvo en zonas de clima caluroso, en las que el breve lavado diario puede ser beneficioso para el bebé. En todas las zonas donde llega sustancia escupida, orina o materia fecal, alcanza la limpieza con agua limpia sin el agregado de jabón y sin frotar mucho. Los restos de cremas solubles en grasa, o de materia fecal, se quitan con aceite. Para ello puede usarse tranquilamente aceite de girasol. Para los fines de limpieza resulta más económico. De los aceites para el cuidado de la piel infantil se prestan mejor los adicionados con extractos de caléndula o manzanilla, por ejemplo, *Weleda*. También los pliegues en el cuello, axilas, detrás de las orejas y en el ámbito del pañal deberían cuidarse con una delgada capa de aceite. Demasiado talco en esos lugares tiende a formar grumos al entrar en contacto con la humedad, y entonces resulta irritante. El talco está indicado en superficies de fácil irritación como en la región de la espalda o del tórax donde se forman pequeñas pústulas a causa del calor. Las "nubes de talco" pueden provocar la tos del lactante y resultan peligrosas para el pulmón.

Durante el baño en invierno hay que señalar muy especialmente el riesgo de un enfriamiento. Es por eso que recomendamos precalentar la ropita del bebé, como también la toalla, delante de una estufa o chimenea, o bien con una bolsa de agua caliente. Ni aun en verano es necesario el baño diario en la primera infancia. Tampoco habría que llevar a los niños pequeños ni a los lactantes a la pileta de natación. La contaminación y los aditivos de cloro constituyen una carga para el metabolismo infantil, que a esta edad todavía se enfrenta intensamente con el entorno a través de la piel. También más de una diarrea estival tiene su origen en la contaminación del agua o en excesivas oscilaciones de temperatura relacionadas con el baño. Pero cuando los niños en la época calurosa comienzan por sí mismos a chapotear con agua y disfrutan al introducirse en ella, este será el momento adecuado para permitírselo. No obstante, al sol siempre habría que cubrir la cabecita con una gorra de baño o con un gorrito que calce bien.

6. ¿Para qué sirve el tul sobre la cuna?

Recomendamos canastos o cunas totalmente forradas con tela de color liso, con un velo o tul de color rosa pálido liláceo. Este protege de irritantes corrientes de aire y permite que entre una agradable luz atenuada en la que los niños pueden dormir plácidamente. Protege de la radiación directa del sol frente a la ventana abierta y naturalmente tampoco deja pasar la radiación ultravioleta. Esto debe tenerse presente cuando se necesita la luz como prevención del raquitismo. En este caso se descorre el velo de manera que proteja del sol, pero que la luz azulada del cielo pueda llegar a la cabecita. No interesa si se sujeta un canasto de ropa sobre un caballete oscilante de hechura casera, sobre cuatro ruedas o si se consigue algún otro tipo de instalación que pueda utilizarse como cochecito o cuna, lo decisivo es que debe tener lugar al lado de la cama de la madre. Muchas veces no se piensa en ello, lo que tiene como consecuencia que la madre deba levantarse incontables veces cada noche. El colchón para la cuna debe ser preferentemente de una sola pieza, chato y bien relleno, si fuera posible de crin. No se usa almohada, a lo sumo una muy plana con relleno de mijo, fácil de hacer en forma casera. Se adapta a la redondez de la cabecita y no puede obstruir las vías respiratorias, como lo hace una suave almohada de plumas.

7. ¿Cuáles son los medios de transporte adecuados?

La evolución de los cochecitos para bebé depende, como la de los automóviles, de la moda. Ninguno de ellos es de andar verdaderamente suave, y por lo tanto adecuado, mientras sus ruedas no estén infladas con aire. Muchas veces no tenemos presente a qué sacudidas exponemos a los niños, que en otros momentos son transportados en brazos con sumo cuidado. Además, como sólo pueden rodar sobre asfalto, este hecho también es causa de una nefasta carga por gases de escape. Con ruedas infladas con aire y una buena suspensión, por el contrario, también se podría ir de paseo a campo traviesa. En todo caso —esté como esté acondicionado el cochecito— durante el paseo el niño siempre debería poder mirar al adulto que lo lleva. Quien conduce a su hijo *de frente hacia* el bullicio del tránsito, lo expone a un sinnúmero de sensaciones que quedan desconectadas y por lo tanto no pueden ser elaboradas (compárese con pág. 451). Si se ha comprado, sin reflexionarlo bien, un "cochecito panorámico", recomendamos cubrir las paredes laterales transparentes con una tela de color liso.

En las primeras semanas de vida, lo más adecuado es el "moisés", y recién cuando el niño pueda erguir con seguridad la cabeza, o sea a partir del cuarto mes, también la mochila. Aunque por cierto en invierno los lactantes deben estar equipados con suficiente abrigo. Todos estos medios de transporte padecen de la desventaja de que la madre tiende a llevar a su niño a todas partes, aun al ambiente verdaderamente antiinfantil del supermercado o de un circo con luces muy fuertes, música y ruidos. Aparte —particularmente aquí— existe el riesgo de contagio de coqueluche o tuberculosis. El ambiente adecuado para el niño es aquél que le permite crecer de acuerdo con las posibilidades que disponga en cada momento. De esta manera, antes de saber gatear y explorar un cuarto, se sentirá mejor sobre el brazo de la madre o en su cuna. Todo lo demás son compromisos que se deben asumir según la situación de vida, pero de los cuales habría que saber que no estimulan sino cargan el desarrollo infantil. También los viajes en automóvil deberían ser controlados según su necesidad. Esto no contradice que el lactante sea "muy sufrido" y que sea asombroso cuánto pueda soportar con aparente paciencia.

II. ENTRE LA LACTANCIA Y PRIMERA INFANCIA

1. La jornada cotidiana

La transición entre el lactante y el niño pequeño tiene lugar cuando aprende a caminar. Entonces adquiere la posibilidad de acercarse a las cosas. Sus manos se liberan del andar cuadrúpedo, pudiendo así palpar, bajar hasta su altura y contemplar los objetos más variados. Ahora todo el transcurso del día también adquiere otras características. El niño corre de un cuarto a otro, es capaz de seguir a la madre desde la cocina al comedor y ocupa su lugar junto a la mesa del comedor familiar. Esto también crea una tarea para el resto de la familia, ya que debe aprender a no convertir constantemente al pequeño en centro de atención, sino integrarlo tan objetivamente como sea posible, tratando de que la vida y las conversaciones de los adultos continúen sin molestias. También cambian las costumbres del sueño. En el primer año de vida, los niños duermen de

mañana y de tarde —también al aire libre o junto a la ventana abierta—, en el segundo año sólo por las tardes. Entonces será importante que tomen sol antes o después de la siesta y no duerman precisamente durante el rato más propicio para hacerlo. Entonces, junto a la ventana abierta o bajo el cielo azul los niños a menudo ya no se quedan quietos. Desde luego que de noche se dormirán tanto más rápidamente, cuanto más temprano hayan tenido su siesta. Cuanto más puntual y naturalmente se mantengan los horarios de comida y de sueño, tanto menos reaccionará el niño con mal humor o con berrinches. No hay nada que el niño pequeño quiera más que hábitos fijos. La vivencia de una secuencia de actividades repetida regularmente no sólo fortalece la experiencia en sí misma, por el hecho de reconocerla (comp. pág. 234), sino que también es la mejor base para la educación de la voluntad (véase pág. 376).

2. ¿A partir de cuándo el niño duerme solo?

Esta pregunta no tiene una respuesta de validez generalizada. La premisa para poder dejar que el niño pequeño duerma en su propia cama y en su propio cuarto es que duerma bien toda la noche y ya no necesite nada. Si esta condición todavía no está dada, la cama del niño en todo caso debería estar en la habitación contigua, de manera que a través de la puerta abierta la madre o el padre estén en condiciones de percibir los movimientos del niño y estar rápidamente presentes si le sucede algo. Desde luego que la separación del niño del dormitorio de los padres también depende de las respectivas condiciones habitacionales. Si estas lo permiten, según nuestra experiencia es conveniente no permitir que los niños duerman en el dormitorio de los padres más allá del primer año de vida. Si hay un hermano mayor, es una ventaja poder hacerlos compartir el cuarto.

3. El cambio de pañal

En cuanto el niño se mueva libremente en el espacio, convendrá utilizar un "chiripá" o bombachita impermeable, contrariamente a lo que ocurre en los primeros meses. Entonces también los pañales descartables resultan prácticos, sobre todo para viajes y paseos. Como ahora el niño ya no moja tantas veces, pero sí más copiosamente el pañal, él mismo se

encarga de no quedar demasiado tiempo mojado. El problema del enfriamiento por un lado y la irritación cutánea por el otro, ahora ya no ocupan el primer plano. Por otra parte, ahora muchas veces ya se prevén las "horas críticas", pudiendo así cambiarlo de inmediato.

En esta época, la educación para la higiene todavía no debería tener importancia. Lo menos complicado para ponerla en práctica es tener una sillita alta de madera, cuyo asiento tenga una abertura para que pueda colocarse la bacinilla debajo. Lo más conveniente son las sillitas plegables, que fuera de las horas de comida también pueden usarse en el suelo (lámina 24). Gracias a estas sillas no resulta difícil quitar rápidamente el pañal después de la comida y durante los próximos diez minutos "mantener una animada charla de sobremesa" con los demás integrantes de la familia. Con suerte, tendremos éxito y el niño se habituará así desde ya a un horario fijo para sus deposiciones, que se mantendrá más tarde sobre la bacinilla o el inodoro. Sin embargo, delante del niño habría que hacer tan poco bombo por este éxito, como cuando la deposición ha ido a parar al pañal.

Muchas veces se pregunta cuándo se puede dejar de usar pañales. Desde luego que esto varía en cada niño. En el momento en que la madre haya determinado las horas en que por regla general su hijo orina o mueve el intestino, podrá empezar a permitirle andar sin pañales en los períodos intermedios. Esta es la manera más natural de abandonar los pañales. Si a pesar de ello en ocasiones se ensucia, los niños lo advierten rápidamente, ya que les resulta desagradable sentir que la orina chorrea por las piernas. Entonces de inmediato habría que volver a sentarlo en la bacinilla, para que se dé cuenta de que el hecho está relacionado con ella. A continuación se lavará y cambiará al niño, y por lo demás no se prestará gran atención al episodio (lámina 30).

4. La vestimenta y los primeros zapatos

Los *zapatos* ejercen enorme atractivo para el niño pequeño. Le gusta calzarlos y quitárselos. Más adelante identifica por los zapatos a la persona pertinente e intenta con gran entusiasmo interpretar el "papel" de aquella. Se prueba diferentes zapatos, uno tras otro. Por supuesto que la madre deberá reconocer que ahora llega "papá" o la "hermana".

Sin embargo, al comienzo resulta difícil ponerse los zapatos. Los niños

encogen los dedos de los pies hacia la planta, en vez de introducirlos en el zapato. Es por eso que para "principiantes" los zapatos deben abrirse bien hasta la delantera.

Durante cierto tiempo se creía que los zapatos tenían una función de sostén para el pie del niño pequeño. Esto es tan erróneo como la idea de que necesitan zapatos para aprender a caminar o que las plantillas podrían formar el pie. Los pies se desarrollan mejor caminando descalzo, en medias o escarpines que sólo cumplen la función de abrigo e impiden que el niño resbale sobre el piso pulido. Al aire libre es conveniente caminar sobre pasto y en el interior sobre una alfombra de fibra sisal, rafia, lana o cerda porcina, ya que sobre estos la planta del pie tiene algo para palpar y agarrarse activamente. Por el contrario, los zapatos acostumbran mal al pie y lo vuelven pasivo. El pie plano es normal en el período de la primera infancia. El arco del pie recién se desarrolla en el quinto año de vida, resultado del acuerdo logrado con la fuerza de gravedad. Pero quien no camina tampoco desarrollará arco alguno. Posteriormente, en los pies planos verdaderos, como consecuencia de una debilidad del tejido celular, hoy en día casi todos los médicos ortopedistas coinciden en que las plantillas sólo se justifican cuando, por un extremo defecto de postura, haya motivos para temer un trastorno en la postura global del esqueleto. En los demás casos la mejor terapéutica está dada por el citado estímulo para la actividad propia. Si se desea practicar con los niños el caminar sobre los dedos de los pies, que es sumamente beneficioso para la formación del arco, resultará muy convincente declarar este como "vuelo de pájaro" y correr a través de las casa con las manos que aletean en alto, naturalmente en puntas de pies. Esto da mejores resultados que la orden expresa, por la que los niños pronto pierden interés.

Sobre las características de los zapatos de calle para el niño pequeño, las opiniones difieren mucho. El ideal está muy lejos de aquello que habitualmente se ofrece en las zapaterías. Desde el punto de vista del material, lo más saludable serían zapatos de cuero, sin forro, con los cuales en invierno se pueden usar zoquetes gruesos de lana. La punta delantera de la suela debería tener un parche de goma para evitar resbalones, y un taco chato. Forros de material sintético o de piel de oveja por lo general sólo cubren la parte superior y posterior del zapato y ni lejanamente abrigan como las citadas medias de lana, que cubren la totalidad del pie. En el caso del forro de fibra sintética se agrega el hecho de que no absorbe

la humedad de los pies, de manera que existe tendencia a hiperhidrosis y micosis de los pies. Por supuesto que los zapatos deben comprarse con amplitud suficiente como para que quepan las medias gruesas con toda comodidad. Una y otra vez se escucha que las suelas de los zapatos deben ser tan blandas como sea posible. Nosotros no podemos aprobar este criterio ni con miras al desarrollo del pie ni al estado de uso de los zapatos: un zapato tiene por objeto aumentar el radio de movilidad en suelos y condiciones climáticas adversas. En charcos, barro, campo abierto, ripio o pedregullo lo mejor son suelas y tacos gruesos. Sobre asfalto resulta agradable la suela blanda. Pero por cierto no puede brindar protección contra la dura repercusión que sufren todas las articulaciones, incluyendo la columna vertebral. En resumen: el calzado sirve para proteger al pie de influencias desfavorables del entorno. La forma y función sana del pie no está dada por el zapato sino por su propia actividad.

Para finalizar, permítasenos una observación respecto a las *botas de goma:* en especial en América Latina se han convertido en una calzado infantil muy popular, ya que brindan una segura protección de la humedad y el agua. Para los juegos al aire libre habría que elegirlas tan grandes como para que admitan cómodamente unas medias gruesas de lana. Estas absorben la transpiración del pie, evitando así los pies malolientes, y previniendo la micosis. Pero eso sí: estas botas de goma verdaderamente sólo deben usarse con tiempo lluvioso y húmedo, ya que no permiten un andar armónico y por el otro lado ni siquiera las mejores medias de lana logran normalizar la regulación térmica y de la humedad, perturbada por la goma. Lo ideal sería, por ejemplo, que tanto en el jardín de infantes como en el hogar estuviera disponible un par de zapatitos livianos de buen calce, para poder cambiarse. En lo demás, desde luego que con tiempo caluroso, el caminar descalzo en un suelo blando o arenoso, es lejanamente lo mejor.

Con respecto a la *vestimenta* se aprovecharán las experiencias de los primeros años de vida. Quien hasta entonces haya reconocido las ventajas de la lana pura, también a esta edad dará a su hijo una camisita de este material, prescindiendo de la fibra sintética. Para la noche se recomienda una bolsa de dormir tejida de lana pura no blanqueada, que acompañará al niño desde el primer hasta el cuarto año, a veces aún hasta el sexto año de vida. Porque es la época en que los niños se destapan de noche y todavía no han adquirido la capacidad de volver a cubrirse por sí mismos.

Dentro de esa bolsa de dormir pueden cambiar de postura durante el sueño a su libre albedrío, quedando siempre dentro del calor uniforme.

La ropa diurna se compra según su utilidad, vale decir según la libertad de movimiento, resistencia al desgaste, sus características de abrigo y absorción de humedad. Más allá de ello, la simpatía del niño hacia una prenda de vestir de su agrado es capaz de ayudar a provocar un verdadero ánimo festivo.

En cuanto al colorido de la vestimenta, gracias a Rudolf Steiner disponemos de indicaciones esenciales al respecto. En su libro "La educación del niño a la luz de la antroposofía", advierte que para los niños no sólo tiene significación el color que observan. Mucho más eficaz es el especial efecto fisiológico del llamado color complementario. Todos conocemos el fenómeno de que, luego de observar largamente una superficie roja, volviendo luego la mirada hacia una pared blanca, allí observaremos durante cierto tiempo un intenso color verde. Lo mismo ocurre con el azul, cuando al cabo de cierto tiempo el ojo produce el color complementario amarillo sobre la pared blanca. Estos "colores contrarios" son producidos mientras el ojo percibe el color. A raíz de la conexión particularmente íntima que existe en la primera infancia entre la vida anímica y la corporal, también esta producción del color contrario es un proceso de mayor intensidad que en la edad adulta. Como tal actúa durante la conformación de la constitución conjuntamente con las otras influencias a esta edad. Si se trata de un niño hiperactivo, que quizás tenga tendencia a querer "llevarse el mundo por delante", muchas veces se podrá observar que una vestimenta mantenida en tonos de rojo tiene un efecto armonizante. Así el niño es inducido a producir constantemente dentro de sí el verde complementario, de acción sedante. A la inversa, un niño que vive más retraído dentro de sí mismo, ya sea por pereza o sólo por un sereno recogimiento, puede ser estimulado con un color azul preponderante en su vestimenta. Produce dentro de sí el amarillo activo como color contrario, que estimula la vivacidad.

Quien dude de estos efectos fisiológicos de los colores, puede experimentarlos en sí mismo. Sólo ha de considerar que se produce una modificación en la percepción de los colores cuando, a la edad aproximada de nueve años, la sensación del Yo del niño —al comienzo totalmente relacionada con su entorno— se convierte más en una vivencia del Yo, más relacionada consigo mismo y consciente de su soledad (compárese

pág. 381). Como adultos, nos tranquilizan o estimulan el rojo o el azul, o sea sus respectivos colores contrarios, según cómo orientemos nuestro Yo. Si nos exponemos pasivamente a la impresión del color, sentiremos más el efecto del color contrario. Pero si observamos activamente, tendrá preponderancia la acción de la calidad del color fuertemente absorbido por la conciencia.

5. ¿Es conveniente la natación y la gimnasia del lactante?

El niño sano, sea de actitud vivaz o más bien flemático-tranquilo, se mueve exactamente en la medida que conviene para su organización. Se sobreentiende que a través de la postura o también durante el cambio del pañal o en el corralito, los padres pueden crear situaciones que estimulen el movimiento. Frente a ello, toda manipulación tendiente al estímulo específico de la actividad muscular o la capacidad motriz ya es de por sí un proceso que se introduce artificialmente en el proceso natural de desarrollo. Aun cuando se trate de un niño discapacitado, con el que se ha de practicar intensamente, todo el arte de la terapia radica en encontrar la forma adecuada de que esos ejercicios se asemejen todo lo posible al trato natural con el niño. Sin embargo, el niño sano no requiere estímulo adicional alguno. La natación del lactante, tan en boga en los últimos años, puede considerarse bajo el siguiente punto de vista: ¿En cuál etapa se encuentra el niño y cuál es el próximo paso de su desarrollo? ¿De dónde proviene el lactante, hacia dónde se dirige y qué relación tiene con este tipo de natación? Hasta el alumbramiento flotaba en el líquido amniótico. Pero su primer año de vida lo domina totalmente el intento de entenderse con la fuerza de gravedad. Esta confrontación culmina de alguna manera con el advenimiento del andar erguido. Frente a esto, el chapoteo regular al modo de nadar de los cuadrúpedos, transmite experiencias totalmente diferentes, que también deben ser elaboradas, y que no guardan relación con aprender a erguirse. A esto se agrega que en el agua la piel del lactante pierde la sustancia grasa y otras pertenecientes al cuerpo, con mayor facilidad que la de los niños mayores o los adultos, a la vez que absorbe menos materias valiosas. Al reconstituir el ámbito cutáneo y elaborar las sustancias absorbidas, el agua hace que el organismo pierda fuerzas inútilmente, aparte del inevitable enfriamiento y sus consecuencias, aun en el baño con agua caliente. El único punto de vista

a favor de la natación del lactante es que la madre siente placer al ocuparse de su hijo en compañía de otras madres y dentro de una atmósfera alegre.

De ninguna manera esos lactantes más adelante se convertirán en hombres más valientes o mejores nadadores, por haberlos llevado a la pileta de natación en su primer año de vida. Al contrario: quien vence conscientemente el temor al agua y aprende a entregarse confiado al medio mojado, habrá reunido mayor valentía que un niño que ya está acostumbrado a él.

6. ¿El corralito y la camita con barrotes son cárceles?

Para el lactante, el corralito como campo de acción se encuentra entre el entorno conocido de su camita y la habitación, todavía demasiado espaciosa para él (lámina 26). Naturalmente debería ser un buen corralito hecho de madera, con barrotes y un piso que en lo posible se encuentre diez centímetros elevado del piso. Si esto no se da, se podrá hacer otro revestimiento bajo, alrededor de la parte inferior de los barrotes del corralito, para interceptar la corriente de aire que recorre el suelo. Las articulaciones de los vértices se envolverán con cintas o vendas para que el niño no pueda apretarse los deditos. Colocamos el corralito en la casa de manera tal, que el niño pueda ver los principales lugares de trabajo y reposo de la madre. A la edad aproximada de medio año ya se puede acostar al niño cambiado dentro del corralito, siempre que esté despierto, juegue y desee ver ocasionalmente a la madre. Esta simplemente cumple con sus tareas domésticas con toda naturalidad, o se sienta alguna que otra vez con alguna pequeña tarea en su proximidad. De esta manera tampoco se introduce la mala costumbre de que la madre siempre acuda cuando oye que el niño lloriquea o protesta. Así el niño participa de la vida de la madre y no a la inversa. Al mismo tiempo su hijo puede entregarse plenamente a su instinto de imitación, porque la madre siempre tiene algo que hacer y sabe en qué orden hacerlo. Puede orientarse por el andar erguido de la madre, y realizar sus primeros intentos para pararse, sosteniéndose en los manuables barrotes del corralito. La mayoría de los niños están contentos en su corralito durante las horas matutinas de vigilia. Cuando se canse, la madre lo cubrirá o lo colocará en su camita. Como ha observado mucho a la madre, también en este sentido se siente "satisfecho" y lo acepta de buen grado. En las horas vespertinas, por el contrario, prefiere salir. De

esta manera surge espontáneamente que entonces se impondrá el paseo o alguna otra salida.

Una vez que el niño ha encontrado su primera forma de movilidad para trasladarse, por supuesto llegará el día indicado en que sentirá el corralito como limitación. Ahora la actitud de la madre es decisiva: cuando se convierte en castigo tener que quedarse en el corralito, entonces se habrá convertido en cárcel. Pero si constituye el lugar de estar que por el momento brinda la mayor seguridad —porque de otra manera la madre no podría realizar sus tareas—, entonces será un límite requerido por el asunto en sí. De todas maneras resulta desfavorable para la situación de imitación en que está el niño, que la madre interrumpa constantemente su actividad y tenga que levantar a este ser que gatea con agilidad en el piso, para alejarlo de este o aquel objeto y volver a ponerlo a buen recaudo. Pero quien a pesar de todo no puede decidirse por un corralito, debería elegir por lo menos una camita rodante con barrotes (preferentemente con la parte de la cabecera y la de los pies, maciza), por encima de cuyo borde el niño en el segundo año de vida todavía no pueda subirse. Porque para ello todavía existen otros dos motivos, de los cuales uno se trata en el capítulo dedicado a trastornos del sueño, y el otro consiste sencillamente en que, en caso de enfermedad, el niño pueda ser conducido con su camita a la proximidad de la madre. Porque es imposible exigir de un niño pequeño que dentro de su camita se quede solo en su habitación, mientras la madre está ocupada en el resto de la casa. Pero dentro de su cuna con barrotes y cerca de la madre, por lo general está bastante contento (lámina 27). Por otra parte, hasta tiene cierta libertad de movimiento y no está expuesto —como cuando está a la altura del piso— a corrientes de aire y suciedad. Si entonces los niños se cansan dentro de la camita, se acuestan por sí mismos y la madre no está constantemente ocupada en transportarlo de aquí para allá para no perderlo de vista.

7. La creación del cuarto del niño

No todo niño tiene la posibilidad de tener un cuarto propio. Pero cuando se puede instalar una "habitación infantil", pueden tenerse en cuenta aspectos que estimulen el desarrollo del niño.

He aquí dos ejemplos:

1. Una habitación de cielorraso blanco, empapelado estampado en muchos colores con dibujos de pequeños payasos, pelotas y veleritos que siempre se repiten, un práctico piso de cloruro de polivinilo, una alfombra igualmente práctica de fibra sintética. Las cortinas con colores vivos, fuertemente contrastantes, en la pared un almanaque que publicite una empresa productora de alimento para bebés. Los muebles son de plástico lavable de color anaranjado. Se advierte que la habitación es producto de un asesoramiento especializado y que su instalación ha sido costosa.

2. El cielorraso y las paredes están pintados con un cálido color pastel claro, un rincón y el cielorraso de declive están revestidos con una económica madera perfilada. Una alfombra de fibra sisal cubre el piso de linóleo; encima hay una pequeña alfombra más, hecha de retazos de telas y una piel de oveja. Un antiguo ropero al que se le ha removido el barniz, en el rincón una mesita de madera no laqueada con sillitas para niños, una cama sencilla, un estante de madera para los juguetes, unos cuantos cajones para deslizarse, sentarse encima o también para construir. En la pared está colgado un cuadro que a la madre le agrada especialmente, y encima de la cama del niño una representación de un ángel de la época del Renacimiento. El color y la consistencia de las cortinas permite que aun a la hora de la siesta pueda producirse la cálida penumbra necesaria, sin contraste fuerte con el color de las paredes. En general, todos los colores del ambiente se mantienen de manera que el que entra se siente gratamente acogido. Para mantener el orden resulta importante que no haya baúles o canastos que alberguen el caos de los juguetes. Si la madre se acostumbra durante los primeros años a colocar alegremente los juguetes en su lugar sobre el estante una vez al día —sin exhortación alguna hacia el niño—, entonces por simple imitación, más adelante él sentirá placer al restablecer el orden.

Para la vida posterior resulta significativo si el niño durante sus primeros años de vida desarrolla sus actividades en ambientes adecuadamente instalados para ellas. Quien se sienta inseguro con respecto a la elección de colores y amoblamiento, puede orientarse según los siguientes lineamientos: para todo ha de preguntarse si los objetos expresan exteriormente lo que son por dentro. Una mesa de madera no laqueada corresponde exactamente, en el espesor de las placas y soportes, en la veta, encolado y sus proporciones, a sus cualidades interiores y a la finalidad exterior con que debe cumplir. Por el contrario, una mesa revestida esconde la calidad quebradiza de las placas aglomeradas, simulando en la superficie algo que no posee en su interior.

¿Y el empapelado? Los dibujos tradicionales pretenden ser "alegres" e "infantiles". Si los tomamos en serio, ¿qué quedará de ellos? Porque ¿dónde en el mundo real existe la infinita repetición uniforme, y para peor de imágenes irreales? ¿Dónde flotan innumerables gatitos, pelotitas y caperucitas rojas en el espacio, ni que hablar de la representación caricaturesca (véase pág. 223 con respecto a la cara de la muñeca)? Por el contrario, una pared de color uniforme fusiona todo el ambiente en una integridad. Un dibujo imprime un elemento a este límite del espacio, que no tiene relación alguna con él. Combinaciones de colores llamativos insensibilizan respecto a la cualidad de cada color individual. Esto se puede evidenciar si se comparan una vez las impresiones en una playa de estacionamiento con las recogidas durante un paseo por el bosque, donde se observan delicadas tonalidades verdes, lilas y marrones. En el primer caso, los colores pretenden imponerse, en el otro incitan al alma a elevarse, de manera que en la percepción pueda desplegarse activamente. Hay gran diferencia entre el hecho de que un niño a la edad en que las percepciones sensoriales todavía tienen intensa incidencia en la formación orgánica, constantemente deba percibir caricaturas, vivos colores agresivos, superficies lisas, o si puede vivenciar tenues tonos cuidadosamente armonizados entre sí, que le permitan respirar anímicamente. También puede convertirse en una grata costumbre volver a mirar una vez más el cuadro con el ángel, antes de ir a dormir por la noche.

A quien alguna vez haya advertido la relación que existe entre la configuración del entorno y la circunstancia anímica, no le sorprenderá que en nuestras grandes urbes anti-infantiles, con sus ruidos, sus calles inadecuadas para el juego, sus estrechos departamentos en edificios elevados, con sus radios y televisores permanentemente encendidos, se desarrollen cada vez más niños que en su vida futura tiendan a la *drogadicción* (comp. pág. 460 y sig.) y la *criminalidad*. Esto puede evitarse con éxito a través de una concepción interior de la vivienda y del cuarto del niño, que complazca sus necesidades. Porque la moralidad es el resultado de nuestra re-

lación interior con el entorno. Si esta relación se delinea amorosamente, de modo que el niño pueda encontrarse cálidamente con la belleza y la bondad, entonces estarán echadas las bases morales o la orientación que conservará durante toda su vida. La *moralidad* siempre es el resultado de nuestra circunstancia interior ante el entorno. Si esta relación está perturbada porque el medio ambiente ha sido antiestético, no auténtico o deprimente para el niño, entonces también estará perturbada su relación moral con el mundo. A través de "sermones morales" jamás se ha podido estructurar una orientación moral. Pero sí vivenciando la belleza de la naturaleza o pudiendo desarrollarse en un entorno auténtico, estéticamente grato y cuidado con amor.

Para finalizar, una importante referencia práctica: es de extraordinaria importancia que la madre disfrute el estar en la habitación del niño, pero el cuarto de este quedará reducido solamente a su función de dormitorio. La madre siempre desarrollará sus actividades interesantes en otra parte y nunca trasladará pequeños quehaceres de costura o similares al cuarto del niño. Niños pequeños quieren y deben poder jugar en la cercanía de la madre.

8. ¿Adónde ir de vacaciones?

Los padres jóvenes muchas veces tienen el deseo de volver a retomar sus hábitos vacacionales previos tan pronto como sea posible. Sin embargo, estos por lo general no coinciden con lo que conviene al niño pequeño. Porque cada cambio de ambiente significa que el niño es arrancado de su espacio vital, en el que se encuentra mucho más arraigado que el adulto. Es que el sentimiento infantil de la propia dignidad se apoya en la percepción de rostros y objetos familiares, y no está tan sujeto al razonamiento como el del adulto.

Nosotros no tomamos conciencia de que para un niño pequeño que todavía no sabe pensar, el traslado a un entorno desconocido significa lo mismo que una pérdida transitoria de sí mismo. Porque en los objetos que le son familiares se vivencia a sí mismo, y cuando repentinamente deja de tenerlos, experimenta una perturbación central de su propio ser. Por esta razón resulta tan decisivo que, cuando deba tener lugar un traslado, lo acompañe por lo menos el rostro conocido e invariable de la madre o el padre, y que por lo menos a ese nivel pueda mantener imperturbada la

percepción de sí mismo. Cuando motivos de salud o el clima desfavorable del lugar de residencia obligan a procurar un frecuente cambio de ambiente, lo mejor será visitar el mismo lugar varias veces seguidas. También conviene elegir uno que cuente con condiciones de vida y vivienda previsibles, en los que el niño pueda integrarse. Esto también vale para las vacaciones. Entonces, cuando al año siguiente se vuelve al mismo lugar, el niño ya se aclimatará esencialmente más pronto y disfrutará con desbordante alegría el revivir y reconocer todo.

Se recomiendan los viajes de fin de semana para salir de los grandes centros industriales, particularmente cuando tienen un destino determinado, por ejemplo para visitar a los abuelos o cierta región rural. De no ser así, una caminata resulta la mejor solución para el niño.

Pero cuando un viaje de los padres se hace necesario por algún motivo en especial, el niño deberá ser atendido dentro de su casa por una persona de su confianza, o bien poder acompañar a los padres en el viaje. Unicamente en casos de extrema emergencia habría que someter al niño a la separación simultánea de la "persona de referencia" y de su ambiente (véase pág. 318).

9. Juguetes acordes con cada edad

La oferta y variedad de juguetes en la actualidad constituye un problema particular. Se suele colmar a los niños con los productos industriales más imaginativos que se suponen especialmente adecuados para la mente infantil. Sin embargo, quien alguna vez haya observado a un niño sumido en su juego, experimentará la poca relación que tiene su actividad con aquello que se ofrece en el mercado del juguete (láminas 26 y 29). El juego es la tendencia del niño a actuar dentro de su entorno. Hace lo que observa que hacen los demás. Un niño de dos años revuelve con un palito sobre el suelo con mucho entusiasmo, para cocinar una sopa como su madre. Como ella quiere girar las perillas cuando atiende los aparatos en la cocina. También quiere hacer "clic" cuando el padre ha sacado una fotografía en su presencia. Quiere investigar los platos, que antes de comer siempre suenan tan lindo al ser sacados del aparador. Quiere participar activamente en lo que hacen los adultos. Vivencia en su propia actividad, no en la contemplación de una perfecta muñeca de plástico o una absurda caricatura de algún animal. En una muñeca sin rostro, la fantasía

infantil crea y agrega lo que falta. La muñeca ríe, llora, está enojada o cansada. Por el contrario, las caras eternamente sonrientes o las muecas grotescas de las muñecas crean reproducciones irreales que paralizan la fantasía.

Entonces ¿cuál es el juguete adecuado? Por ejemplo una muñeca en su variante más simple, adecuada a la edad: un pequeño trozo de seda, cuyo centro está rellenado con lana, parte de la cual está comprimida con un cordel para formar la cabeza, mientras las puntas atadas de la tela hacen de manos. Más adelante, la muñeca puede estar hecha de madera, que se pueda parar y acostar, y luego se la puede hacer de una franela suave, etc. (véase indicaciones en la pág. 486). Un juguete adecuado es cualquier objeto que incite al niño a una animada actividad y que por sí mismo represente tan poco, que el niño con su fantasía constantemente tenga que volver a equiparlo y definirlo. Juguete puede ser un dado, al que se observa cómo se mueve y cuántas cosas es capaz de hacer. Lo mismo la punta de una almohada, que se puede doblar y aun introducir dentro de sí misma. Juguete es una lata que se puede abrir y cerrar, y en la que se pueden introducir y volver a sacar cosas. Juguete también es un pedacito de madera con el que se puede golpear la mesa y estudiar el ruido que hace. Más adelante será una canilla de agua o una tapa de botella con la que se puede sacar agua y formar un pequeño lago; también una olla golpeada con una cuchara resulta interesante; una pelota tejida con lanas multicolores y rellena de lana que se pueda rodar, tirar, empujar y envolver; pequeños trozos de telas de colores, con los que se pueden cubrir y volver a descubrir muchas cosas.

¿Por qué es tan importante que el padre, la madre, tíos y tías no regalen esos perfectos juguetes inventados para los niños? Porque estos no dejan margen alguno para la fantasía infantil, porque por lo general el material, color y forma atentan de modo insoportable contra el sentido de realidad y la sensibilidad estética. Se trata principalmente de dar al niño la posibilidad de desarrollar su cuerpo sanamente a través de su propia actividad y la libre creatividad de su fantasía. En su trabajo "La educación del niño a la luz de la antroposofía", Rudolf Steiner sostiene lo siguiente: "Es que el niño no aprende a través de la enseñanza, sino por imitación. Sus *órganos corporales crean sus formas a través de la intervención del entorno físico.* Se va conformando sanamente la visión, cuando se colocan los colores y condiciones lumínicas correctamente en el entorno

del niño; en el cerebro y aparato circulatorio se forman los fundamentos corporales para un sano sentido moral cuando el niño observa moral en su entorno. Cuando antes de su séptimo año de vida el niño sólo ve actos de torpeza en su entorno, el cerebro adoptará esas formas, que en su vida futura sólo lo harán capaz de realizar torpezas. Si los hombres pudieran echar una mirada dentro del cerebro que está estructurando sus formas, sin duda darían a sus hijos únicamente aquellos juguetes adecuados para estimular vivamente la actividad creativa del cerebro. Todo juguete que sólo consista en formas muertas, matemáticas, tiene acción devastadora y siniestra sobre las fuerzas formativas del niño; por el contrario, todo aquello que activa la imaginación de lo vivo actúa correctamente."

La relación entre actividad corporal y formación del cerebro también está científicamente comprobada. Así por ejemplo la gimnasia según Bobath trata los daños cerebrales de la primera infancia a través de la quinesiterapia o terapia motriz. Los trastornos del lenguaje y legastenia se contrarrestan mejor a través de ejercicios de destreza, equilibrio y orientación.

Todo lo que el niño haga corporalmente con interés y lo que transcurra a la vez en su fantasía actúa sobre la estructuración integral más delicada del cerebro, que en el momento del alumbramiento todavía se encuentra en un estado muy inmaduro. Los puntos de vista para estimular el desarrollo muchas veces están en fuerte contraposición con consideraciones económicas y el rastreo de nuevas posibilidades de mercado en el ámbito vital del niño. Cuando en este sentido la familia por sí misma no llega a comprender lo que conviene a sus hijos, habrá aún más generaciones que acarrearán profundos daños durante toda su vida, sin saber muchas veces a qué atribuir la falta de fantasía, falta de frescura y productividad anímico-espiritual, vacío interior y hastío. Es por eso que recomendaríamos que tanto las abuelas como tías se dediquen ya sea al tejido y provean a sus queridos nietos con envolturas de abrigo, o elaboren objetos sencillos que puedan apoyar convenientemente la propia actividad del niño.

Para finalizar, todavía deseamos mencionar una recopilación clasificada por edades, de los juegos más importantes y su significación para la salud. Parte de ella proviene del libro de Rudolf Kischnik: "Was die Kinder spielen" (Lo que juegan los niños), 4ª edición, 1976, Stuttgart y del trabajo del profesor de deportes de Stuttgart, Jochen Nitzhold. Además remitimos al excelente libro: "Lieber spielen als Fernsehen!" (¡Mejor vivir

que mirar televisión!), de Karin Neuschütz que en breve estará disponible en traducción al idioma español.

Para terminar, damos una descripción de los juegos más importantes para los niños mayores:

6 a 8 años:

Carreras, juegos de persecución y corridas (pisar sombras, jugar a la mancha, etc.), pasear y retozar libremente en terreno natural donde sea posible trepar árboles, haya zanjas o troncos para saltar por encima y donde se puedan practicar diversos ritmos: por ejemplo el galope del caballo, saltos de rana, pasitos cortitos como la gallina (estas cosas primero deben ser enseñadas por los adultos ¡a quienes no les debe dar vergüenza, sino que han de divertirse también!), arrojar piedras al agua o en forma horizontal haciéndolas saltar sobre la superficie, juegos con pelota, hacer rodar pelotas o bolos e ir a buscarlos luego. También dar volteretas (vueltas carnero), rodar de costado sobre una pradera, hacer carreras gateando, caminar descalzos, competir levantando piedras y ramas con los pies, cazar objetos de todo tipo —particularmente pelotas y aros de diferentes tamaños—, hamacarse, carreras en circuitos, tobogán, ir en calesita, sube y baja, fabricar y caminar sobre zancos (también organizar carreras), impulsar aros o ruedas con un palo, juegos de bolitas y bochas, saltar la soga, juegos de persecución con una sola pierna, rondas, etc.

Cada uno de estos juegos requiere del cuerpo del niño cierto esfuerzo, capacidad de reacción y su habilidad de manera específica. Por ejemplo todos los ejercicios de salto y balanceo representan la mejor gimnasia para los pies. Cualquier pie plano desaparece cuando los niños caminan diariamente, por ejemplo durante un cuarto de hora, alternadamente sobre los talones, las puntas y los cantos externos de los pies. Por ejemplo se puede introducir que en el departamento durante cierto tiempo solamente, todo el mundo camine sobre puntas de pies o los talones.

Muchos de los citados juegos y actividades se pueden practicar intensamente en el club, en el jardín de los amigos o durante las vacaciones en la playa. Sólo hay que decidirse a ir allí con los niños y renunciar a la cálida charla con los amigos durante una o varias horas. Porque cuando los adultos también tomen parte activa de estos juegos, los niños los disfrutarán mucho más aún.

Para la espalda la mejor gimnasia es el juego intenso con la pelota. Por atajarla, agacharse y levantarla, arrojarla y las corridas ligadas a todo ello,

se activan de manera uniforme todos los músculos dorsales y se esfuerzan sanamente. Niños que durante un tiempo prolongado jueguen diariamente con la pelota, no desarrollarán deformaciones dorsales; o las mejorarán si ya estuvieran desarrolladas. El cuerpo del niño en crecimiento requiere suficiente uso, de lo contrario no puede desarrollarse correctamente. Sin el proceso del caminar no se desarrolla ningún arco plantar sano; sin la suficiente actividad corporal no hay tejido conjuntivo ni esqueleto sano. Los daños del aparato motor, actualmente tan frecuentes, afectan principalmente la espalda, debido a la falta de movimiento. Además, estos juegos resultan muy gratificantes, estimulan la comunicación social y constituyen la mejor alternativa frente al consumo perjudicial de la televisión, durante el cual los niños están sentados, inmóviles, siempre con la mirada absorta clavada en una única dirección (compárese pág. 442 y sig.).

Aquí se trata de la salud del niño para toda la vida. Esto constituye la sana formación del cuerpo y su agilidad, pero también el entrenamiento y fortalecimiento de la capacidad volitiva, relacionada con él. La habilidad, la perseverancia y una fuerte capacidad volitiva son los fundamentos de toda capacidad de rendimiento humano, en particular de la atención y concentración. Muchos problemas escolares tienen su origen exclusivamente en la carencia de movimiento corporal o la consiguiente falta de educación volitiva.

8 a 10 años:

Ejemplos: 1, 2, 3 ¿quién tiene la pelota?

En este juego, seis a diez niños se paran en una hilera, cinco pasos delante de ellos —y dándoles la espalda— está la persona que arrojará la pelota por encima de su propia cabeza hacia los demás, que la reciben y esconden. Luego llaman: 1, 2, 3 ¿quién tiene la pelota? El que la arrojó se da vuelta y dice un nombre. Si es el correcto, podrá quedarse; si estuvo errado, debe retornar a la hilera. A cada niño le toca el turno una vez. Gana el que haya acertado más nombres.

Juegos de diálogo, como por ejemplo "el gato y el ratón":

Hay una gran ronda de niños tomados de las manos. Dentro de la ronda hay un niño que hace de ratón, fuera de la ronda uno que hace de gato. Antes del juego se desarrolla el siguiente diálogo:
Gato: "Ratoncito, ratoncito, ven aquí, te daré un pedacito de azúcar."
Ratón: "¡No lo quiero!"
Gato: "Ratoncito, ratoncito, ven aquí, te daré un pedacito de queso."
Ratón: "¡No lo quiero!"
Gato: "Ratoncito, ratoncito, sal de allí; si no, ¡te sacaré los ojos!"
Ratón: "¡Trata de hacerlo!"

El ratón puede correr por donde quiera, el gato no. Los niños que forman la ronda no deben soltarse las manos. Si el gato logra tocar al ratón, este estará capturado. Si no lo logra, entonces será el turno de otros dos niños.

Juegos de atención, como por ejemplo el "huevo podrido":

Aquí los niños están parados en círculo y un niño gira alrededor de este por afuera con un pañuelo en la mano, dejándolo caer furtivamente detrás de uno de los niños. Los niños que lo adviertan no deben delatarlo. Cuando el niño detrás del cual ha caído el pañuelo lo descubre, podrá levantarlo e intentará apresar al que lo tiró. Si lo logra, este debe ir al centro del círculo como el "huevo podrido". Si no lo logra y si puede encontrar su lugar en el hueco de la ronda, el niño que ha levantado el pañuelo deberá correr alrededor del círculo y tirar el pañuelo detrás de otro. Quien llegue a ocupar el centro del círculo como "huevo podrido", deberá abandonar el juego. Los que quedan al final son los vencedores.

11 a 12 años:

Juegos más complejos de captura y escondidas, juegos de campo traviesa como el "poli-ladron". Son muy buenos deportes el ping-pong, badmington, quemado, natación prolongada. También las largas caminatas en la naturaleza deberían hacerse con más perseverancia y durar varias horas (por ejemplo cada fin de semana). Una vez más pueden ponerse de acuerdo varias familias, de modo que cada fin de semana otra familia vaya a caminar en la naturaleza con un montón de niños, siempre que el terreno lo permita.

A esta edad los niños también saben construir buenos barriletes y remontarlos.

13 a 15 años:

Travesías en la alta montaña, deportes acuáticos (remo, navegación a vela, surf, buceo), caminatas prolongadas en la playa durante las vacaciones. En período escolar, deportes como arco y flecha y otros deportes tales como los diversos juegos de pelota, hockey sobre césped o hielo, volleybol, pelota al cesto. Es muy lamentable que todos estos juegos hayan desaparecido del campo de juego a favor del fútbol. Porque el *fútbol* entrena la capacidad de pisar de manera unilateral, la postura al correr no tiene soltura ni es relajada. No es casual que el fútbol sea especialmente recomendado por los psicólogos para desahogar agresiones acumuladas e impulsos instintivos insatisfechos. Desde luego que el fútbol también tiene aspectos sociales positivos y está ligado con un intenso movimiento corporal. Como un juego entre otros, no hay nada que objetar al respecto. Pero siendo considerado el juego de los juegos y entrenándose en forma unilateral desde la primera infancia, también conduce a efectos unilaterales sobre la vida anímica. También en otras oportunidades en la vida posterior se dejará vía libre a las propias agresiones, y se tendrán mayores dificultades para dominarse a sí mismo. Porque el despliegue de fuerzas ha sido entrenado, pero el dominio de la fuerza no tanto.

Con estos pocos ejemplos hemos de remitir al desarrollo corporal y anímico (sobre todo a la vida volitiva ligada al esfuerzo corporal, la perseverancia, la agilidad y el dominio sobre sí mismo). Es nuestro fervoroso deseo que aun en las grandes ciudades del presente se vuelvan a arbitrar los medios y las vías para conservar el mundo de los juegos para los niños, y donde este ya se haya perdido, para reencontrarlo y reactivarlo.

Bibliografía:

"Arbeitsmaterialien aus dem Waldorfkindergarten" (Material de trabajo de los Jardines de Infantes Waldorf), Editorial Freies Geistesleben, Stuttgart. Fascículo 1. Jaffke, Freya: "Spielpeug, von Eltern selbstgemacht" (Juguetes confeccionados por los padres).

Fascículo 3 Jörke, Renate: "Färben mit Pflanzen" (Teñir con plantas).
Fascículo 4 "Singspiele und Reigen" (Juegos con canciones y rondas).
Fascículo 5 "Kleine Märchen" (Cuentos de hadas).
Fascículo 6 "Rhythmen und Reime" (Ritmos y rimas).
Fascículo 7 Kraul, Walter: "Spielen mit Wasser und Luft" (Jugando con el agua y con el aire).
Fascículo 9 Picht, Johanna v.: "Zwerge" (Gnomos).
Britz-Crecelius, Heidi: "Kinderspiel – lebensentscheidend" (El juego del niño – decisivo para la vida, Stuttgart, 4ª ed., 1982.
Fasold, Hans: "Spielzeug aus Astholz" (Juguetes de ramas), Serie 59, Freiburg.
Kügelgen, Helmut von (Edr.) : "Plan und Praxis des Waldorfkindergartens" (Plan y práctica del Jardín de Infantes Waldorf), Stuttgart 1973.
Neuschütz, Karin: "Das Puppenbuch" (Libro de muñecas), Stuttgart 1983.
Sternke, Gertraud: "Wir arbeiten Puppen für unsere Kinder" (Confeccionando muñecas para nuestros hijos), Stuttgart 1982.

III. DESARROLLO INFANTIL Y AMBITO SOCIAL

¿El hombre es producto de la herencia y el medio ambiente? ¿Cuál lo forma más que el otro? Estos interrogantes siempre vuelven a plantearse y se discuten tan comprometidamente entre legos como entre especialistas. La genética, sociología, psiquiatría infantil, pediatría social y otros campos del saber siempre vuelven a aportar sugerencias nuevas a raíz de los resultados de investigaciones más recientes. En el capítulo sobre enfermedades infantiles (véase pág. 121) nos hemos referido en más detalle al Yo del hombre y a su actividad para "adecuar" mejor su cuerpo heredado. Al considerar este planteo, la herencia y el medio ambiente realzan un nuevo aspecto: se convierten en campos de actividad del Yo, que se requieren para corporizarse de acuerdo con las propias capacidades. Observado de este modo, la realización selectiva de determinadas características que radican en la masa hereditaria ya no pueden evaluarse como expresión de una casualidad genética. Entonces, el hecho de que el primer hijo de una familia se convierta en portador de ciertas características en relación al cabello enrulado, que el segundo tenga cabello lacio y en el tercero hasta aparezca la cabellera rala del abuelo, no sería "casual" sino "planeado". El propio Yo del hombre, activo ya antes del alumbramiento, toma la decisión a favor de determinada pareja de padres y de

cuál masa hereditaria conviene al desarrollo de su personalidad.

Algo similar rige para el trato con los factores del medio ambiente o las influencias del entorno. Un niño absorbe con avidez todo lo que pueda estimular su musicalidad manifiesta tempranamente, mientras otro demuestra particular interés por todo lo técnico. Con esto retornamos al interrogante de la reencarnación. ¿De dónde proviene esta extraordinaria variabilidad de las "condiciones iniciales", esta capacidad de adquirir consecuente y activamente lo necesario y en otro caso la entrega más pasiva dejándose formar por las impresiones? Quien observe con este enfoque a los niños en el transcurso de su desarrollo, notará con demasiada evidencia que el hombre no comienza su vida como una hoja en blanco. Facultades y habilidades, objetivos y predisposiciones patológicas se introducen en ella como resultado de vidas terrenales previas.

De la herencia y del entorno se rescata aquello con lo que existe un parentesco, lo demás de alguna manera "se pasa por alto". Entonces, la tarea de la educación y la creación consciente del entorno reside en orientar este proceso de echar mano correctamente, en proteger del exceso, de la carencia, de lo prematuro y lo tardío. Por otra parte, también ha de evitar que sólo se desarrolle aquello a que el niño está dispuesto. Es que el fruto de la vida terrenal no reside precisamente sólo en aprovechar determinados dones "innatos", sino en una elevación, ampliación y continuo desarrollo de la estructura de la personalidad. La posibilidad ilimitada de aprender radica exactamente tanto en la esencia del hombre como en el riesgo de detenerse. La actividad del Yo requiere las influencias estimulantes y de apoyo, provenientes del entorno social. Condiciones desfavorables pueden paralizar su voluntad y poner en peligro su objetivo de vida. Tal enfoque podrá dar lugar a la impresión de que el hombre no es un ser creado "por Dios", sino que se crea "a sí mismo". Este criterio es un error. Todos los seres y condiciones evolutivas sobre la tierra son creaciones divinas. A ellas también pertenecen las condiciones de desarrollo del hombre, que lo incitan a ser consciente no sólo de su esencia como "creación, sino también a vivenciar que está llamado a actuar como continuador o consumador de esta creación humana, o sea como "señor de la creación". Ya en el Antiguo Testamento se advierte esta aparente contradicción en las palabras: "Dios creó al hombre a su imagen" y "Seréis como Dios".

Por lo tanto, en los próximos capítulos deseamos señalar, aparte de la

descripción de las principales etapas de desarrollo, también tales posibilidades de inhibición y estimulación.

Bibliografía:
Hofmeister, Kurt; Müller, Friedrich; Schwidder, W.: "Alles über dein Kind" (Todo sobre su niño), Vol I y II. Reinbek/Hamburg 1971.
Pikler, Emmi: "Friedliche Babys – zufriedene Mütter" (Bebés apacibles – Mamás satisfechas), Freiburg 1982.
Plattner, Elisabeth: "Die ersten Lebensjahre" (Los primeros años de vida), Stuttgart 1987.

1. Aprender a ver

En el capítulo "Impresiones después del parto" (pág. 195), ya hemos conocido la mirada inquisitiva del recién nacido, que apenas puede mantener un rumbo y mucho menos fijarlo. En el curso de las próximas semanas, los períodos en que los ojos permanecen abiertos se van alargando. Por lo general, durante y después de las mamadas la mirada del niño sigue fija sobre la cabeza de su madre. Pero también puede observarse que los ojos reiteradamente buscan una orientación aun sin que allí haya algo determinado para ver. Por el contrario, en general es un pedazo de pared o una tela distante, que no brinda nada llamativo. Al intentar girar la cabecita, los ejes de los ojos permanecen todo lo posible en la dirección elegida. Este reflejo innato, que se denomina "fenómeno de ojos de muñeca", pone en evidencia cómo el lactante aprende a orientar la visión. Es una transición entre el movimiento totalmente desorientado, flotante, de los globos de los ojos durante el sueño o en el prematuro, y la relación de los ejes visuales con el entorno. Si nosotros introducimos nuestra propia cabeza en la dirección de la mirada, inicialmente el niño parecería mirar a través de nosotros, todavía sin quedar impresionado por lo sustancial. Recién más tarde advierte la cabeza y reacciona con la mirada, aceleración respiratoria y movimiento exterior. Los ojos comienzan a retener nuestra cabeza, y si ahora la movemos lentamente, el niño la seguirá con su mirada. Pero cuando nos quedamos quietos, tal como suele hacerlo la madre (porque siente que es como si el niño "bebiera" su apariencia con los ojos), entonces es posible percibir la propia imagen reflejada en las pupilas del niño, ligeramente trasladada hacia abajo. Esto significa que la mirada del niño no se fija firmemente sobre la cabeza, ojo, nariz o boca, sino ligeramente desviada hacia arriba o el costado, como rozando los límites de la cabeza.

Lo sorprendente es que anímicamente al mismo tiempo toma parte de lo que está viendo. En el caso de la madre reacciona con serena y alegre atención. Ante personas inseguras, excesivamente cansadas o agitadas se inquieta, o bien se advierte una fugaz mueca, entre enojada y temerosa, sobre la zona de la boquita. Si bien el niño todavía no tiene percepción sensorial claramente determinada, "ve" algo: percibe el estado anímico del adulto. Esto también podemos observarlo al acercarnos a la cuna de un niño dormido, advirtiendo repentinamente cómo una leve sonrisa (generalmente unilateral) se desliza ligeramente sobre el rostro del niño. Entonces no es posible dejar de notar que aun durante el sueño, con ojos cerrados, el niño percibe algo.

Entonces la visión orientada y la percepción del estado anímico aparecen simultáneamente, aun antes de que sea posible una auténtica percepción concreta. Así uno también podría preguntarse si el niño no será capaz de percibir también algo meramente anímico-espiritual que esté oculto a nuestra mirada totalmente fijada en lo concreto. A través de este razonamiento puede resultar comprensible por qué razón los pintores de la Edad Media todavía introducían rasgos de nobleza esencial en los retratos de los hombres, pintando aureolas por encima de las cabezas de ángeles, vírgenes y santos. Cuando en el consultorio una vez una madre preguntó: "¿Por qué la mirada de mi hijo siempre pasa de largo, por encima de mi cabeza?", le sorprendió y agradó la respuesta: "En este momento se interesa por el aspecto de su aureola." En esta relación insinuada también puede reproducirse la razón por la cual los niños a esta edad se interesan particularmente por lo brillante, resplandeciente, de color luminoso o rojo vivo. Estos objetos irradian un color similar a la sensación que el niño tiene cuando percibe a una persona de ánimo luminoso.

Después de algunas semanas, por lo general en la quinta, aparece la tan ansiada primera sonrisa consciente. Es la radiante sonrisa del niño que ha encontrado los ojos de la madre. A partir de la observación del entorno se ha producido la transición a la mirada a los ojos, a las pupilas ubicadas en su centro.

Pero esto no significa otra cosa que el hecho de que el niño ahora ha encontrado el lugar en el ámbito sensorial-concreto en que lo anímico-espiritual se manifiesta directamente dentro de lo terrenal. Nadie que observe

esto, puede sustraerse de la sensación de felicidad que a través de la mirada se manifiesta en este encuentro recíproco entre alma y alma. Aquí tiene lugar un acto que puede traducirse como: Aquí estás tú – aquí estoy yo– aquí estamos nosotros. Una esencial condición básica de la existencia humana se está consolidando: la búsqueda y la percepción del otro ser. Al percibir a la madre se encendió la sonrisa. De aquí en más siempre se volverá a buscar su mirada. Tampoco en años posteriores, el niño estará satisfecho si no siente que la mirada comprensiva, amorosa de la madre o del padre se detiene en él por lo menos una vez al día. Tampoco en la escuela puede desplegar plenamente su actividad, si no encuentra ningún maestro que lo mire con auténtico interés.

- Simultáneamente con esta experiencia de interrelación humana, ahora el niño también comienza a dedicar su atención a otras cosas. Aquí hay "algo claro" que pasa cuando lo llevan en brazos al lado de la ventana. Allí súbitamente aparece "algo que se mueve" en el campo visual, que desaparece de repente cuando uno se alegra, y retorna cuando uno queda quieto. Y de pronto se le agrega "un segundo móvil", y quizás ahora el movimiento de ambos provoque una percepción táctil al tocar una de las pequeñas manitos a la otra. Ahora las dos manos propias se palpan entre sí e involuntariamente comienzan un juego, que por su repetición cotidiana adquiere cierto orden a través de la contemplación, fortaleciendo la autopercepción. Al palpar alrededor de la boca durante la mamada y en la vivencia de las afectuosas manos y brazos de la madre, se despierta la autovivencia a causa del otro. La mirada también tiene un evidente carácter táctil. En forma creciente ordena las impresiones y el juego móvil de las manos. Y aquí ya resulta importante *qué* cosas aparecen ante la vista del niño.

No es indiferente si los contenidos de las percepciones coinciden o no: es así que una cara de luna hecha de felpa no tiene nada que ver con un carillón, y el material de una matraca de celuloide no tiene relación alguna con los ruidos que se producen en su interior y las imágenes que lleva pintadas. Una varillita de madera, por el contrario, siempre queda igual, aun cuando a veces suene. En este sentido, el niño acepta verdad y no-verdad y siente placer. Aquello que el adulto no fue capaz de discernir, más adelante también podrá reconocerlo sólo con dificultad. Así se origina la duda con respecto al grado de confiabilidad de lo sensitivamente dado. Las impresiones sensoriales se degradan hasta ser sólo imágenes no esenciales

o equívocas. Precisamente porque a esta edad las impresiones todavía se sumergen profundamente en el inconsciente, habría que dar máximo valor a estas interrelaciones (compárese también con pág. 220).

Aproximadamente a los cinco meses de edad, el niño diferencia las caras conocidas de las desconocidas. A partir de entonces los anteojos y peinados adquieren un carácter comprometido con las voces respectivas. El niño puede reencontrarse en un rostro que le es familiar; en el de un desconocido no puede. Comienza a extrañar. No obstante, el extraño puede observar cosas esenciales precisamente a raíz de esta actitud recelosa del niño: el rechazo del lactante en forma de mal humor o porque se vuelve hacia la madre o por gritos espontáneos depende de la distancia con respecto a la persona extraña y a la madre. Un niño quizás todavía tolere a un extraño a un metro de distancia, estando alzado en brazos de la madre, pero ya no a 80 centímetros. Pero si la distancia hasta la madre es mayor, por ejemplo estando sobre el cambiador, entonces aumentará el espacio en el cual el niño ya no quiere tolerar a ese extraño. Si el desconocido se sienta o la madre permite que el niño se incorpore, entonces la distancia vuelve a acortarse. Si el extraño distrae al niño y comienza a jugar, la distancia se acortará todavía más, porque a través de la actividad surge confianza.

Pero si la madre dice: "No necesitas tener miedo de este hombre", entonces se terminó todo: si bien el niño entiende el contenido de las palabras, advierte que este sí es un extraño. A veces también se logra interrumpir brevemente este "espacio hostil a los extraños", tomando simplemente al niño en brazos, vale decir permitiéndole la regresión a estados previos de desarrollo.

Para nuestras observaciones es importante que el espacio visual del niño tenga una estructura totalmente viva, que se pueda expandir o contraer según la simpatía o antipatía del niño, y depende decisivamente de la fuerza conductora de la madre. A ello se agrega que sus límites puedan expandirse con el estado de lucidez del niño y estrecharse con el cansancio. También se amplían en impresiones aisladas de colores intensos a otros estímulos sensoriales; es así como el niño reconoce a su padre cuando éste entra solo por la puerta, pero en medio de un grupo de personas recién cuando se acerca al niño. Esto también pone en evidencia que la atención y el interés no se practican mediante una multiplicidad de impresiones, sino a través de la percepción de procesos individuales previsibles.

Para finalizar, hemos de mencionar una experiencia más, que puede comprobarse en todo niño en determinado momento. Hasta ahora hemos llamado la atención a la mirada inquisitiva del niño, que busca y encuentra. Pero también llegará el momento en que conscientemente dirija esa mirada hacia otro lado. La transición a este estado de cosas caracteriza el placer del juego a las escondidas, donde el niño pequeño verdaderamente cree que el otro no está, al cerrar o cubrirse los ojos. O bien, cuando por la alegría de ver a la madre o al padre, su alma prácticamente se desborda y no puede mantener la mirada. Pero llega el día en que desvía la mirada por vergüenza. La aparición de un adulto puede convertirse en advertencia de haber hecho algo que quizás no haya estado bien. De esta manera, la mirada desviada se convierte en expresión de vergüenza, en la sensación de haberse excluido. Y esta sensación es una fuerza que requiere un cauteloso cuidado. Porque es el propio Yo el que se avergüenza de las consecuencias de sus propias acciones y cuyo error quisiera reparar. También en la vida posterior, el rubor de la vergüenza siempre es señal de que el Yo quisiera esconderse de la mirada del otro y ahora no quisiera ser visto en su estado de "ser así". Quien haya tenido que ver con niños sabe en cuánto se puede equivocar un adulto: en un sentido, cuando se pretende quitar de la vida del niño todo cuanto haya de difícil, pero también todo compromiso y en el caso extremo cuando la falta de vergüenza se convierte conscientemente en objetivo pedagógico. O bien en el otro sentido: cuando la personalidad del niño es introducida entre las piedras del molino de las ideas morales dogmatizadas por padres justicieros.

El "espacio visual" y "espacio hostil a los extraños", esbozados aquí, son aspectos parciales del "espacio anímico" infantil. Dentro de él ya se vivencia conscientemente. Es por ello que su "expansión" y "contracción" depende también del estado de ánimo y atención del respectivo momento.

Bibliografía:
Schad, Wolfgang: "Die Scham als Entwicklungsraum des Ich" (El pudor como espacio de desarrollo del Yo) en "Die Drei", Stuttgart 1979.

2. Aprender a caminar

En el vientre materno el niño ya se había movido constantemente. Ya la fecundación había sido un acontecimiento en el que un óvulo, en lento movimiento, había sido alcanzado por una célula espermática, de movimiento vertiginoso, fundiéndose ambos para constituir una unidad. Y entonces siguió un fluir, girar, replegarse e invertirse, un integrarse y ligarse, un diferenciarse y desplegarse el uno hacia el otro de los órganos. Por lo tanto, antes del alumbramiento se habla de movimientos de crecimiento y conformación del organismo. Después del nacimiento esto inicialmente continúa. Porque el niño sigue creciendo. Pero el juego motor externo se desprende de semana en semana cada vez más de aquellas formas de movimiento determinadas únicamente por los órganos.

En un examen médico puede hacerse la siguiente observación: inicialmente el recién nacido, al estar acostado tranquilamente de costado, mantiene todas sus articulaciones en una leve flexión floja. Todo el niño todavía parece ligeramente enrollado. Brazos y piernas están flexionadas, las manos insinúan un puño flojo. Si se tocan sus mejillas con el dedo, gira la cabecita hacia el estímulo e intenta succionarlo. Si estando boca arriba se gira la cabeza del niño hacia un costado, puede estirar el brazo del mismo lado sobre la base en la que descansa, haciendo ángulo con el brazo opuesto a la altura de la cabeza, pero sin levantarlo de la base. Si se deja al niño boca abajo suspendido sobre la mano, a menudo la cabeza todavía colgará por debajo de la línea horizontal de la espalda. Si en el aire se lo gira a la posición de costado, la pierna de arriba se doblará más que la de abajo. Si se permite que la planta del pie roce la base o una pared, entonces estirará la pierna que se encuentra más adelante, doblando la posterior, de manera que al repetir lo mismo del otro lado dará la impresión de que camina. Al acostarlo sobre el vientre, libera su nariz levantando la cabeza y girándola hacia un costado (lámina 14). Si en posición boca arriba se deja caer ligeramente la cabeza hacia atrás, los bracitos se separan bruscamente y de igual modo volverán a unirse con ligero ademán de palpar. Si en la cercanía de la cabeza se golpea sobre la superficie de apoyo, los brazos se separan repentinamente hacia afuera sobre la superficie. Si se alza al niño, en la penumbra se abren sus ojos. Al colocar el propio dedo en la mano del niño, se cerrará el puño a su alrededor y no podrá soltarlo. Si se deja al niño desnudo en un ambiente cálido, descansando sobre una superficie, hará alternativamente movimientos de pataleo e incoherentes, que inicialmente no responden a ninguna explicación razonable. Al observar más detenidamente, en este juego de movimientos aparecerán rudimentos del andar del cuadrúpedo.

No antes de aproximadamente los dos meses y medio empieza a desaparecer la mayoría de estos reflejos innatos. Ahora el niño comienza por sí mismo a cerrar el puño, a succionar, a levantar la cabeza, deja de llorar automáticamente, patalea arbitrariamente en forma alternada pero desaparecen los movimientos incoherentes. La pérdida de las facultades innatas significa un paso esencial hacia la antropomorfosis. Porque el animal —gracias a su reflejo motor— tiene la posibilidad de aprender a caminar pronto después del alumbramiento. Un potrillo ya puede mantenerse junto al tropel a dos horas de haber nacido. El hombre en su estado de lactante todavía está activo en la conformación de su cerebro y del resto de su cuerpo, y se somete a un esforzado proceso de erguimiento y aprendizaje para empezar a andar, que durante un año entero lo ocupa totalmente. También es cierto que entonces finalmente "se para sobre sus propios pies", orientando sus pasos hacia donde desea. No tiene que obedecer ciegamente a sus instintos orgánicos, vale decir seguir sus impulsos naturales. Al comparar el desarrollo de los animales entre sí, se manifiesta claramente una ley: cuanto más rápidamente se desarrolla un animal, tanto más pendientes de los órganos serán todas sus facultades. Cuanto más lentamente transcurra este proceso, tanto más podrán ampliar los animales —a través de procesos de aprendizaje— el margen de sus posibilidades en su período de desarrollo e individualización. Como el hombre debe aprender por sí mismo todo lo "que lo hace hombre", su libertad también abarca todas estas cualidades. Su "margen" personal de posibilidades se amplía con cada nueva facultad que adquiere. Es por ello que el hombre madura físicamente a través de 16 a 20 años, en un acto único de inhibición comparado con los animales. De esta manera adquiere la facultad de aprender durante toda la vida, vale decir de poder llegar a ser "más libre". De allí también se explica que una permanencia demasiado prolongada de los reflejos innatos caracteriza una perturbación del desarrollo, obligando al médico a reconocerla tan tempranamente como fuera posible.

A los tres meses de edad el niño ya puede mantener erguida la cabeza, o sea que tiene "control sobre la cabeza". En posición boca abajo puede levantar algo la cabeza y los hombros por encima de la superficie de apoyo (lámina 17). De mes en mes el niño es capaz de elevar más la cabeza desde la superficie de base, utilizando primero los antebrazos y luego las manos cerradas como apoyos. Finalmente, en el sexto mes también abre

los puños, mantiene los codos totalmente estirados y "se para" como "cefalópodo" sobre las manos. El adulto también puede advertir esta función de apoyo de los brazos en sí mismo, cuando se traslada a tientas con los brazos estirados hacia adelante, en la oscuridad o en el juego de la gallina ciega.

Acostado boca arriba, a los tres meses aparecen las manos adelante dentro del campo visual y en el curso de los próximos tres meses aprenden a palpar (lámina 16). En este juego todo lo que sea movible es conducido hacia la boca y examinado. Mientras el sentido del tacto madura lentamente desde el simple cierre del puño, pasando por el manejo de los dedos en forma de pinza, hasta que es capaz de asir concretamente con el pulgar enfrentado, el niño conquista el espacio que tiene por delante. En los movimientos defensivos se puede observar la medida en que ya está dominando su cuerpo: mientras a un niño de tres meses ya no le gusta que le toquen la cabeza, uno de medio año reacciona intentando alejar la mano que pretende tocarle el tórax. En forma similar, la tendencia a erguirse también se inicia desde la cabeza, descendiendo a través del cuerpo. Se tiene claramente presente este proceso al observar cómo una madre lleva a su niño: en el recién nacido ella apoya la cabeza, en el bebé de tres meses la zona del hombro. Al medio año de edad lo lleva de manera tal, que la segunda mano sólo sostenga la mitad de la espalda, a los ocho meses sólo necesita apoyar la pelvis y las piernas y con once a trece meses lleva al niño sentado sobre uno de sus brazos, teniendo ya libre el otro brazo para hacer otra cosa. Aproximadamente a los diez meses, los niños aprenden a estar sentados, perfectamente erguidos, sobre la superficie de apoyo (lámina 19). Recién ahora están maduros para estar bien sentados. Anteriormente todavía se sentaban inclinados hacia adelante, manteniendo la cabeza encima del centro del triángulo de apoyo formado entre los pies y la pelvis.

La postura flexionada, inicialmente preponderante del lactante a la edad de cinco a seis meses, ha cedido a un creciente placer al estirarse: ahora el niño disfruta estando acostado boca arriba, estira los bracitos y piernas, al patalear ambas piernas golpean simultáneamente sobre la base. Al ser alzado, también la cabeza sigue rígidamente el plano de la simetría. Esta tendencia a estirarse, que aparece ahora, le permite abrirse hacia el entorno y no debe ser confundida con el deseo de erguirse. Tal como ya fue descrito, en esta etapa la fuerza para erguirse se ha introducido des-

de arriba hacia las manos, el centro de la espalda y la región pelviana. El estiramiento, por el contrario, compromete todo el cuerpo. Es posible advertirlo por el hecho de que los niños también estiran las piernas debajo de una frazada y —a excepción de impulsos por brincar— todavía no demuestran disposición para pararse.

Ni el aislamiento simbolizado por la flexión, ni el estirarse y abrirse son portadores de los impulsos por la libre movilización humana. El niño debe estos a una tercera forma de movimiento, que se puede distinguir a partir del tercer mes y se combina con la fuerza por erguirse que penetra desde arriba. Se trata del movimiento giratorio en el ámbito del tronco.

A los diez meses de edad, al estar sentado, las manos han quedado totalmente libres para el juego. Ahora el movimiento preponderante de agarrar también alterna con el soltar conscientemente, para luego tirar el objeto. Sólo los pies todavía no le "pertenecen" y el niño permite tranquilamente que se los toquen. A través del apoyo sobre una rodilla, pronto sigue el intento por elevarse a lo largo de los barrotes o muebles hasta estar parado recostándose contra ellos (láminas 21 y 22). Lamentable es su aspecto durante las contadas semanas en que llega a elevarse hasta estar parado pero no sabe cómo volver a sentarse.

A esta edad se ha desarrollado un primer método de movilización, todavía imperfecto: rodar, deslizarse, empujarse para avanzar en posición boca abajo o sentado, o gateando (lámina 20). La forma que el niño elige inicialmente dependerá de la primera movilización exitosa, que adoptará entonces en primer término. También será determinada por las características del suelo. En este proceso individual de aprender a andar, lamentablemente se introducen molestos accesorios artificiales como el andador, el balancín y otros. Nosotros no recomendamos su uso, ya que de este modo se le proporciona al niño un nuevo margen de movimientos que no ha descubierto por sus propios medios y que perjudica su actividad propia. Además, al emplear estos aparatos durante semanas, también aparecen problemas como por ejemplo la tendencia a la postura del pie equino y el andar en puntas de pies, que durante meses impiden una pisada y flexión normal del pie.

Hay niños que aprenden a gatear recién después de aprender a caminar, unos que no se deslizan, otros que a los diez meses caminan, niños que lo hacen recién al año y medio. Aquí con frecuencia aparece la pregunta sobre qué será "mejor". No deseamos ni podemos contestar esto en forma

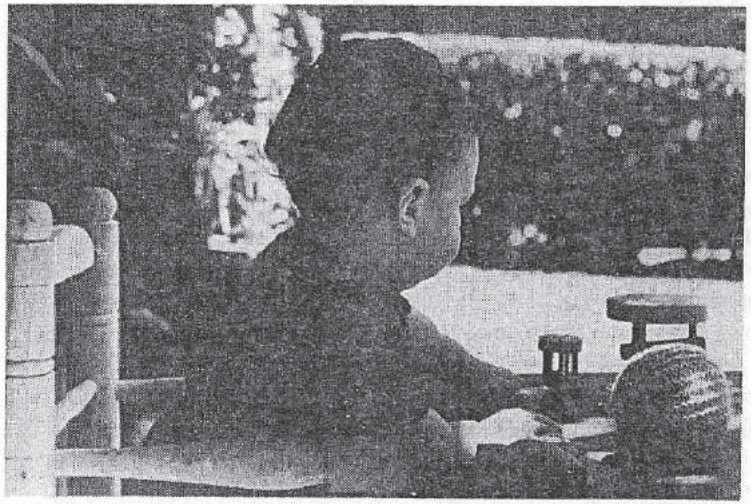
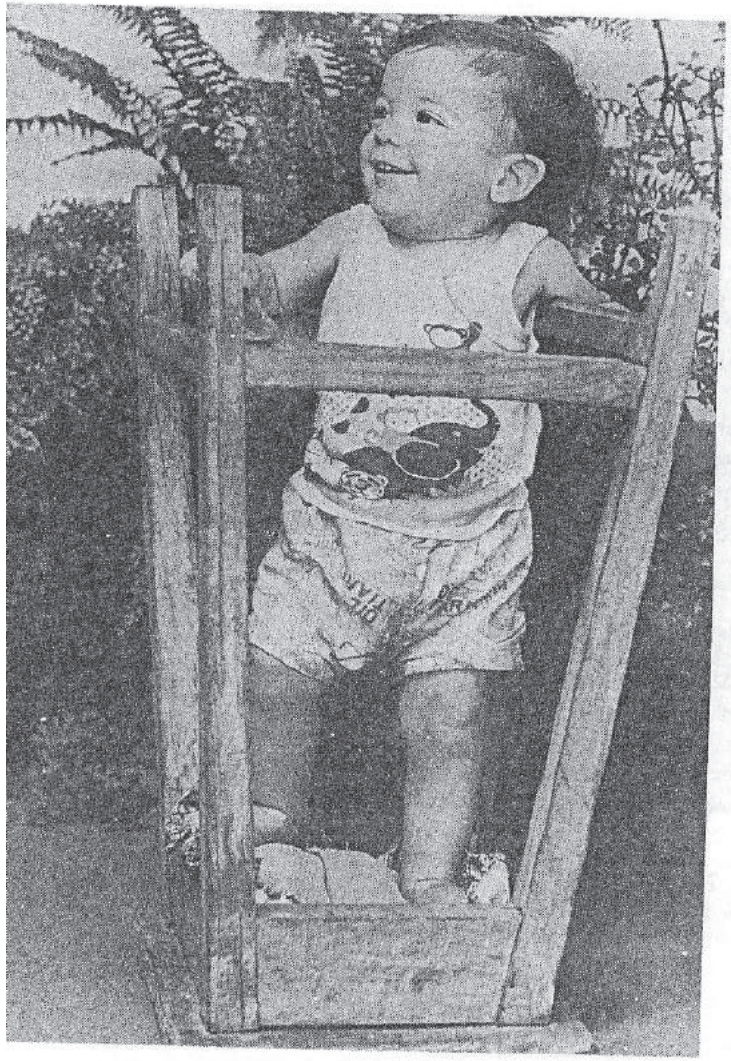


Lámina 24: La práctica sillita alta también permite aprovechar el sol primaveral.



ıa 25: El niño de diez a doce meses de edad no sólo se divierte
ɔ de este banquito invertido, sino que también puede observar
eas domésticas de la madre.

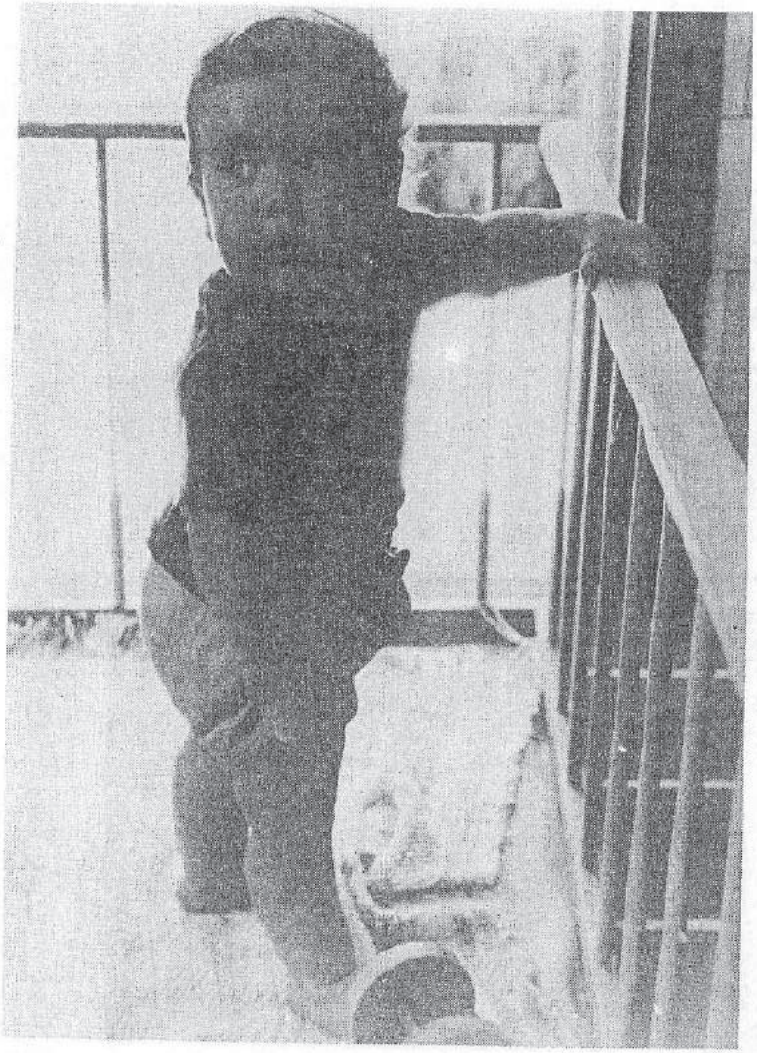


Lámina 26: Las horas matutinas soleadas dentro del corralito. No es una cárcel, sino un espacio protegido en el que el niño puede estar activo.



Lámina 27: Una cuna rodante, también para días de enfermedad.

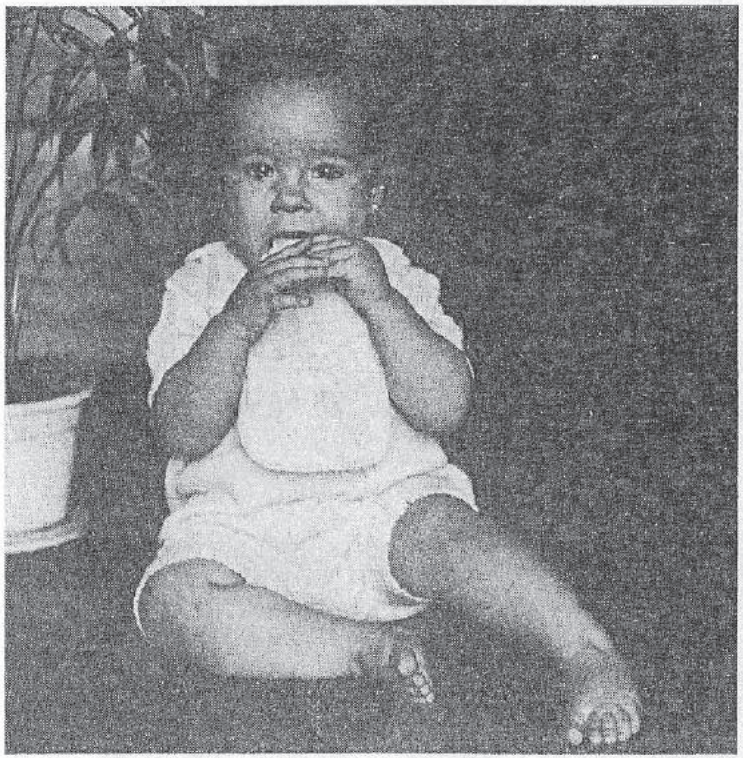


Lámina 28: Se aprende a comer correctamente recién en el segundo año de vida.



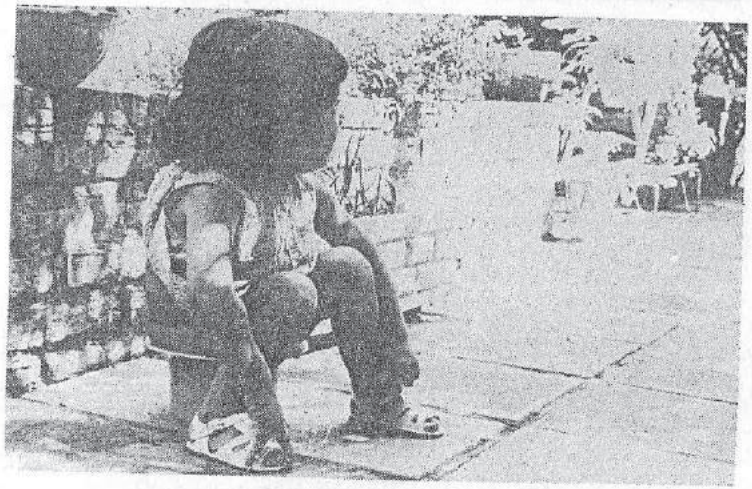


Lámina 29: Estática experimental. Ahora se aprende el equilibrio exterior.

Lámina 30: Así la niña, sin ningún problema, se queda sentada en su pelela.

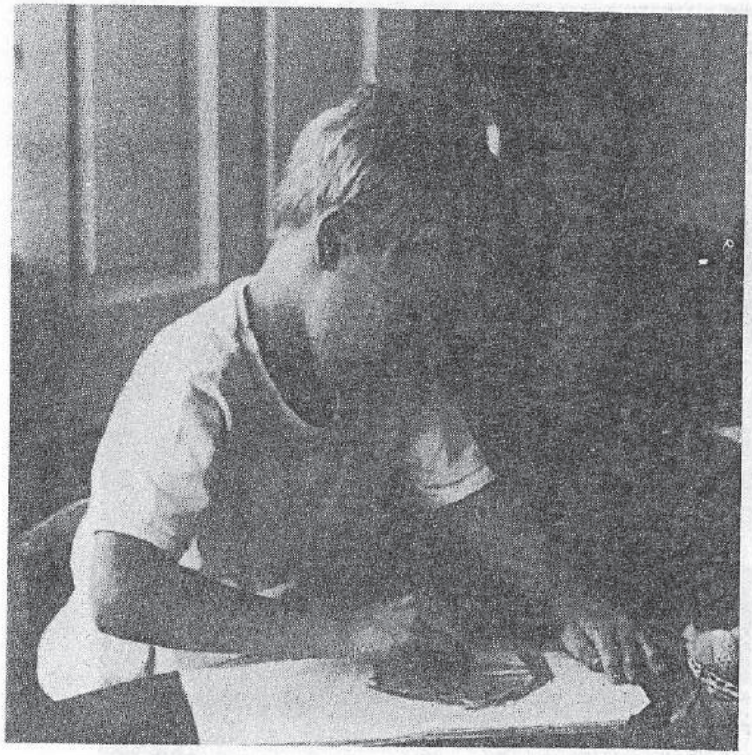


Lámina 31: El niño comienza a pintar. Los crayones en bloquecitos, más fáciles de sostener, son los adecuados para este tiempo.



Lámina 32: Dar el pecho, práctica natural del dar y recibir, crea un vínculo elemental entre madre e hijo. Protege al niño de infecciones y trastornos digestivos, y además ¡es simple, práctico y económico!





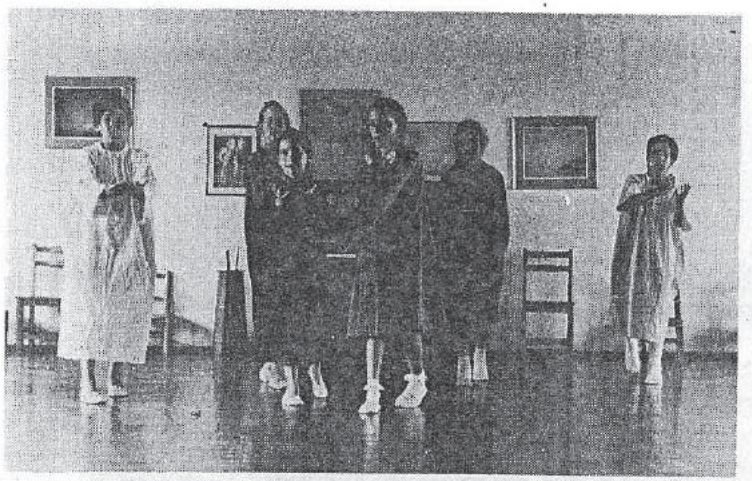
Láminas 33 y 34: A partir del tercer año de vida el niño puede establecer una relación constante yo-tú. El grupo de juegos le permite afirmar esta nueva capacidad.





Lámina 35: Con el *dibujo de formas* los niños captan con participación vital y emotiva las formas en sus curvaturas, alargamientos, ritmos y movimientos.

Lámina 36: El niño *vive* en los colores.





Láminas 37 y 38: Los niños en su clase de *euritmia* vivencian los elementos del lenguaje y la música a través de los movimientos artísticos, integrando su ser anímico-espiritual en el cuerpo.





Láminas 40 y 41: Niños sentados frente a una pantalla de televisión: inmóviles, pasivos, meramente receptivos, encerrados en una habitación a oscuras. En contraste, los otros niños: jugando al aire libre, activos, participativos, relacionándose creativamente.

generalizada, porque nosotros, los hombres, nos diferenciamos del animal precisamente porque atravesamos un desarrollo personal, que tanto en sentido corporal como anímico-espiritual siempre alterna entre el "demasiado temprano" y el "demasiado tarde". Hacer lo correcto en el momento oportuno constituye el arte más elevado de la vida, y cada persona persigue consciente o inconscientemente esta meta. La precocidad muchas veces está ligada a la falta de libertad interna. El hombre está más intensamente impregnado por los dones dispuestos dentro de él, y los despliega sin adquirir mucho de nuevo. Los que se desarrollan tardíamente han luchado por adquirir capacidades con paciencia y fatigoso esfuerzo, y pueden manejarlas más libremente. Muchas veces demuestran más comprensión por problemas de los demás. De todas maneras, el "margen" de 10 a 18 meses de edad para aprender a caminar, es considerado "normal".

Después de haber aprendido a caminar, todavía ha de vencerse una serie de otras tareas, como subir escaleras, saltar, brincar y muchas más. También el andar mismo todavía atraviesa una cantidad de modificaciones hasta que el andar esparrancado o patullante del niño pequeño (lámina 23) se haya convertido en el estrecho y elástico del niño de nueve años. Todas estas formas de movilidad, al igual que el andar erguido, se aprenden por imitación. Ninguno de estos movimientos espontáneos constituye una facultad innata. De allí también surge la forma en que se puede estimular el desarrollo motor del niño: a través del buen ejemplo. Si nos movemos de manera ajetreada o con pereza, si pisamos fuerte o blandamente, todo ello es percibido, elaborado e imitado por el niño. Así el niño también percibe la actitud anímica del adulto, que se manifiesta en sus movimientos, aprendiendo así a hacer valer sus propias sensaciones anímicas en el conjunto de sus movimientos (véase pág. 376).

Bibliografía:
Kipp, Friedrich A.: "Die Evolution des Menschen" (Evolución ascendente y antropogénesis), Stuttgart 1980. Trad. esp.: México, Editorial Antroposófica.
Portmann, Adolf: "Biologische Fragen zu einer Lehre vom Menschen" (Preguntas biológicas para una teoría del ser humano), Basel 1969.

3. Aprender a hablar

Las primeras formaciones verdaderas de sonidos aparecen como por casualidad aproximadamente entre las ocho a diez semanas de edad, poco después de la primera sonrisa consciente. Se trata de delicados sonidos de exhalación, mezclados con sonidos guturales formados con la saliva palatina. El niño los advierte al escucharlos e intenta su repetición. Estos sonidos tenues sólo surgen en momentos de buena disposición de ánimo, o sea al mamar o durante el cambio del pañal, pero nunca se producen en niños internados en instituciones.* La madre se siente dichosa y espontáneamente trata de imitar estos "ajó", "ajó". Esto a su vez provoca vivo asombro en el niño, y así surge un diálogo que con pequeñas variantes se repite a diario. En el cuarto mes, este tipo de formación de sonidos llega a su fin. Con frecuencia entonces se produce un intervalo, durante el cual el niño sólo escucha.

Alrededor del medio año de edad se entonan otros sonidos: fuertes sonidos vocales de "da - ba - la", que se asemejan a la trompeta y se alternan con sonidos labiales que acompañan el pataleo rítmico-simétrico del niño. Sin embargo, por sí mismos estos sonidos no conducen al desarrollo del lenguaje. Esto requiere que se hable en el entorno del niño. Entonces, de este ejemplo el niño sacará las formaciones de sonidos durante los próximos meses, y así se va acercando gradualmente al lenguaje. Al mismo tiempo se pone en evidencia que desde el comienzo habla con "frases enteras" y se refiere a interrelaciones por ejemplo cuando articula "mamá". Porque esto significa: "Mamá, ven acá", "mamá ¿dónde estás?", "mamá, quiero que me alces" y mucho más. "Auto" y "vauvau" también constituyen interrelaciones de frases y acciones completas. Cada vez toma contacto con mayor cantidad de palabras, que refieren actividades y características relacionadas, aunque todavía no visibles para el niño. Estas aparecen de a poco en frases de dos o tres palabras: "papá auto", "sopa caliente", "mamá casa".

He aquí un ejemplo:

A una niña de un año y medio, que hubiera querido salir de compras con la madre, se le ha dicho: "Tú no puedes acompañarla, en la ciudad hay mucho ruido, allí hay mucha gente, muchos autos que hacen puf-

* Ruhrmann, G.: Schritte, in der kindlichen Sprachentwickling (Pasos en el desarrollo del lenguaje). Tübingen, Conferencia inaugural, 25.5.65.

puf, hay mal olor y bochinche." La hermana mayor ha de cuidar a la hermanita mientras tanto. Por la noche ésta informa a la mamá, que la pequeña durante la tarde ha dicho varias veces: "Mamá cidad, olor, puf-puf, chinche". También formaciones de palabras como "lobo" (por globo), "obu" (por ómnibus) demuestran que siempre son unidades íntegras las que los niños expresan por imitación.

Cuando los adultos imitan estos intentos y comienzan a hablar con sus hijos en su "media lengua", entonces los privan del ejemplo. De esta manera, el niño se detiene en la formación de monosílabos. Pero cuando los adultos hablan en presencia del niño como suelen hacerlo entre ellos, entonces el pequeño tendrá amplias posibilidades de adquirir, a través del oído, todos los matices de la lengua materna. Por lo general, la articulación de la primera palabra se produce a comienzos del segundo año de vida. Aquí llama la atención el hecho de que los hijos de familias de docentes o universitarios muchas veces empiezan a hablar relativamente tarde. Es probable que al comienzo no puedan orientarse en el copioso vocabulario de los padres. Pero al cabo de algunos meses recuperan la demora y entonces en general a lo largo de su vida conservan una ventaja en facilidad de palabra y capacidad de expresión. Si los padres disponen de un vocabulario reducido, entonces al comienzo el niño no podrá aprender más palabras que las que provea el ejemplo a seguir. Con frecuencia estos niños comiezan a hablar antes, pero la desventaja de su escaso vocabulario sólo podrá ser compensada a la edad escolar, a través de los respectivos estímulos. Sin embargo, difícil de corregir resulta cuando el lenguaje de los adultos de alguna manera es artificial, muy elaborado o distante, o se caracteriza por ser algo diligente, elevado, rebuscado, selecto u otra forma de "falso". En el alma del niño se graba la sensación de que a través del lenguaje se trata de hacerle creer algo que la respectiva personalidad no vivencia también internamente, perjudicando así su fino sentido de lo verdadero y no verdadero en la expresión. Lo mismo ocurre también con estados de ánimo y con sentimientos que acompañan el lenguaje de los adultos.

De alguna manera vibran a la par del lenguaje y deben ser también elaborados por el niño. Este ya percibe la intención con la que se habla, aun antes de entender individualmente el sentido de cada palabra. Experimenta directamente alegría o seriedad, frialdad, severidad o ternura en la expresión, y vive con esas impresiones

imitándolas, aun cuando no entienda con precisión de que se trata.

El aprender a hablar normalmente no requiere una práctica específica. También habría que evitar corregir la mala pronunciación de palabras articuladas. El lenguaje siempre quiere expresar algo espontáneo. Al interrumpir el flujo del lenguaje por una corrección, se destruye esa espontaneidad. Lo único que los niños aprenden de esta conducta, es a interrumpir más adelante ellos también la palabra de sus padres. No hay motivo alguno para no permitir que el pequeño durante algunos años diga "pogama" o "estalega", "chobinche" o "loozógico". El adulto mismo es muy dueño de pronunciar estas palabras con particular claridad y podrá estar seguro de que a los catorce años su hijo ya no cometerá estos errores.

Casi todo niño presenta una pasajera tendencia al tartamudeo, cuando su afán por comunicarse excede su posibilidad de expresión. En estos casos ayuda mucho tener paciencia y pasarlo por alto. Cuando existen evidentes fallas de articulación, como el ceceo, el balbuceo o tartamudeo, será particularmente importante no practicar ni ejercitar en forma unilateral antes de la edad escolar. Porque a raíz de una prematura toma de conciencia del proceso de articulación se perturba el proceso de imitación. En este período, la medida de mayor eficacia en todos los casos es: hablar bien y con claridad y sobre todo bastante *lentamente* en presencia del niño. También canciones infantiles, versos y rimas alegres estimulan el placer por el sonido del lenguaje y por las propias posibilidades de expresión, como así también leerle o todavía mejor contarle cuentos.

A ello se agrega la falsa idea, tan difundida, de que un defecto de articulación sólo es corregible mediante ejercicios lingüísticos. Tal como hemos observado, el desarrollo motor más bien precede al aprendizaje del lenguaje. El habla puede ser considerada como un tipo de metamorfosis de los movimientos corporales. La laringe realiza en pequeña escala los mismos movimientos que el cuerpo en grande. Es por ello que en todo defecto de articulación también se podrán observar trastornos —ya sea graves o leves— en el desarrollo del movimiento. Si se logra trabajar en estos y recuperar habilidades mediante determinados juegos como arrojar la pelota, caminar sobre zancos, balancearse, enhebrar perlas y similares, se advertirá con asombro que repentinamente también los sonidos problemáticos pueden ser mejor articulados. En este contexto son muy recomendables las recopilaciones de versos y juegos para los dedos que realizó Alfred

Baur (véase Bibliografía). Particularmente favorable aquí es también la acción de la euritmia para la primera infancia (véase pág. 400).

Vale decir que con un niño que padece un defecto de articulación sólo se hará algo más intensamente lo que hace bien a todo niño para su desarrollo del lenguaje. Por lo general recién en edad escolar los niños por sí mismos están dispuestos a trabajar para combatir los defectos de articulación que todavía puedan haber conservado. En ese momento entonces también se podrán aplicar sin problemas determinados ejercicios lingüísticos y programas de entrenamiento.

Al final todavía quisiéramos referirnos al tema de la crianza bilingüe. Por ejemplo en la Argentina viven muchos niños, uno de cuyos padres habla español mientras el otro habla un idioma diferente. De manera que el niño no puede criarse con *una* lengua materna, sino que desde el comienzo siempre escucha dos. Tales niños aprenden a hablar algo más tarde, inicialmente confunden las palabras de ambos idiomas y luego aprenden con sorprendente rapidez a expresarse en ambos idiomas por separado. Más adelante son envidiados por sus conocimientos lingüísticos soberanos, ya que también el aprendizaje de nuevos idiomas muchas veces les resulta más fácil. No obstante, si en la adultez se les pregunta si procederían del mismo modo con sus propios hijos, con frecuencia dicen: —No, mi hijo debe tener *una sola* lengua materna, debe criarse dentro del idioma nacional y luego aprender el otro recién cuando se sienta seguro en éste." Uno de estos, dueño de buena auto-observación, agregó luego: —"Yo no me siento totalmente cómodo en ninguno de los dos idiomas. Por ejemplo sueño en español, pienso en alemán, y hablo según corresponda a la situación." Como el pensamiento se orienta esencialmente según el idioma, tal como lo demostrará el capítulo siguiente, también nosotros recomendamos dejar vivir al niño inicialmente (vale decir por lo menos hasta que se refiera a sí mismo diciendo "yo") dentro de *un* idioma único. Porque cada idioma, a través de su fraseología y gramática, es inherente a una "lógica lingüística" específica, que influye en el pensamiento y su seguridad interna. La identificación con tal estructura lógica demuestra ser un tipo de "sostén" para razonar y por lo tanto contribuye para fortalecer la personalidad.

En la práctica, en tal situación de vida no resulta tan fácil criarse con un idioma único. Es por eso que brindamos algunas sugerencias: aunque en la casa haya hermanos mayores o amigos que con frecuencia también

hablen el otro idioma, se ha de cuidar de dirigirse al hermanito menor siempre en el idioma nacional. Entonces la mera audición del otro idioma no tendrá un efecto tan perturbador para su desarrollo. Lo decisivo es que todo lo que se diga directamente al niño, se haga en un mismo idioma. Lo mismo rige cuando en la casa no se habla español y sí en la calle o con las visitas. Porque por suerte el niño se siente comprometido con la lengua materna, que es la que le sirve de ejemplo. Pero si la mucama que habla español constituye la principal persona de referencia, entonces los padres también deberían dirigirse a su hijo en este idioma durante las horas que comparten con él, aun cuando no lo dominen plenamente.

Bibliografía:
Baur, Alfred: "Das Fingertheater" (Teatro de dedos), Schaffhausen 1974.
Baur, Alfred: "Bli, bla, blu", Stuttgart 1984.
Baur, Alfred: "Die kleine Plaudertasche" (La pequeña parlanchina), Schaffhausen 1977.
Garff, Marianne: "Es plaudert der Bach" (Habla el arroyo), Basel 1968.
Lenz, Friedel: "Mahle, mahle Grützchen" (Muele, muele los granitos), Freiburg 1965.

4. Aprender a pensar

¿Qué significa pensar? Es la capacidad que nos permite relacionar, dar sentido y orden a todo lo que vivenciamos. También nuestra capacidad de diferenciar entre lo "sensorial" y lo "no sensorial" o "suprasensorial" o metafísico, reside en la experiencia de que por un lado, podemos comprender lo que vemos, y por el otro también aquello que "no vemos", por ejemplo la matemática, que sólo podemos concebir en forma conceptual con el intelecto. Nuestra vida intelectual es una estructura de interrelaciones, con la que podemos abarcar todo y a través de la cual nosotros mismos nos sentimos integrados en el contexto del mundo. Porque cuando realizamos pensamientos, nos experimentamos a nosotros mismos como cocreadores de las condiciones de vida e integramos nuestros actos dentro de un contexto mayor. Sentimos algo del orden mundial dentro de nosotros mismos y experimentamos cómo cada vez podemos movernos con mayor libertad y autonomía dentro de él. A continuación hemos de describir las etapas características del pensamiento de manera tal, como el adulto las puede vivenciar en el niño.

A La inteligencia "intrínseca" del cuerpo

Mucho antes de que un niño "sepa" que lo que sostiene su mano es un trocito de madera, lo está manipulando. Lo palpa, mira, prueba su sabor, lo escucha, tiene sus experiencias con él con respecto a la capacidad de tomarlo en la mano, su tendencia a caer, su facilidad para rodar y su consistencia. Con frecuencia puede observarse que el niño lo abandona conscientemente fuera de su campo visual y luego no se cansa de "redescubrirlo" una y otra vez. En esta actividad de sus manos y sentidos experimenta con alegría la "duración" (la llamada constancia del objeto), que en realidad no es otra que la duración de su propio Yo. Si nosotros, como adultos, deseamos hacernos una idea de ese trocito de madera, lo describimos según su posición, forma, consistencia, tipo y condición, relación con el entorno, con nosotros mismos, etc. Nuestra experiencia es *intelectual,* mientras la del niño es *sensorial.* Nosotros somos capaces de diferenciar lo sensorial de lo conceptual y relacionarlos entre sí. Para nosotros el mundo se divide en "yo" y "tú", "mío" y "tuyo", conceptos que todavía no pueden ser diferenciados por el niño ya que siempre se siente activamente involucrado con el acontecer. El niño todavía vivencia lo sensorial y lo conceptual en forma indiferenciada. Aquí radica la clave para la comprensión de la vida interior en la primera infancia: lo que nosotros podemos manipular como actividad espiritual abstracta, en forma separada de la actividad sensorial, en el niño todavía se encuentra ligado en un mismo acontecer de la vivencia. Por lo tanto, en la infancia también los sonidos, olores y percepciones gustativas son incomparablemente más intensos y "saturados de realidad" que más adelante. (Todavía advertimos este carácter particular de nuestros recuerdos de infancia, son de una intensidad totalmente diferente a la de los recuerdos de épocas posteriores.) Por lo tanto, el primer paso en el desarrollo intelectual es la percepción espontánea del "sentido", de lo "sensato" de los objetos y acciones dentro del entorno.

Cuando colocamos la tapa sobre una olla o abrimos la puerta cuando alguien desea salir, al colocar las cosas en el lugar que les corresponde,

al cerrar las ventanas cuando llueve, al limpiar algo que está sucio, etc., estamos ante una lógica de las acciones y una lógica de los hechos. Como el niño percibe activamente, siempre se siente directamente involucrado en el acontecer y todavía no distanciado como el adulto por su juicio objetivo. "Jugando" así en su actividad, el niño puede imitar la razón de ser que contiene su entorno.

Este hecho también permite comprender cómo es que el niño llega a adquirir lo que nosotros llamamos "capacidad de imitación": gracias a sus percepciones toma contacto con un proceso como tal. El pensar que todavía persiste dentro de este —vale decir la capacidad, sentido y la relación entre las percepciones individuales— capacita al cuerpo a compartir este proceso simultáneamente de manera inteligente, de modo que a continuación esta co-realización pueda convertirse en una post-realización autónoma. Quiere decir que la habilidad recientemente aprendida sigue existiendo como "recuerdo corporal". Es así como ahora, en el juego, el movimiento de revolver —una vez aprendido— siempre se vuelve a repetir una y otra vez. La elevada coincidencia de lo imitado con el ejemplo puede atribuirse a la universalidad del pensamiento que contiene. Las imperfecciones en todo caso se deben a unilateralidades perceptivas y las limitaciones del instrumento corporal todavía no entrenado. Hablar en este contexto sólo de "inteligencia motriz" conduce a error. Existe *una* inteligencia *única*, contenida en todo como orden universal. Pero en el primer año de vida todavía actúa únicamente en función del cuerpo. Por lo tanto, toda percepción se convierte en experiencia sensorial directa y colabora —a través de la activa co-realización del niño— simultáneamente con el crecimiento y la conformación del cuerpo.

En la medida en que la actividad intelectual se desprende de esta actividad orientada hacia el cuerpo y comienza a actuar anímicamente, decrece entonces también la capacidad de imitación. Pero hasta entonces ya han tenido lugar los mayores logros: aprender a andar, a hablar y a pensar. Reflexionemos sobre qué pasaría si a partir del alumbramiento los niños ya pudieran pensar y preguntar críticamente frente a todos los procesos de aprendizaje y adaptación que se le exigen: Pero ¿yo en realidad quiero aprender esto? Sin duda no estarían en condiciones de adaptar su cuerpo de manera intuitiva tan inteligente a los procesos del andar y del hablar ni de "incorporarse" estas capacidades.

B Influencia del lenguaje sobre el pensamiento

Con el comienzo del aprendizaje del habla se inicia una nueva etapa en el desarrollo del pensamiento. También aquí los niños inicialmente todavía viven en la reproducción, no pudiendo comprender directamente el contenido intelectual transmitido mediante sonidos y palabras. El lenguaje como ejecución activa de vivencias y la contemplación como actividad meramente interior sólo se separan gradualmente entre sí. He aquí un ejemplo:

Un niño recoge palitos en el mojado camino del parque. Súbitamente se detiene, porque uno de los "palitos" se ha movido en el suelo. Y advierte pensativo: "Ete no es palito." La denominación y diferenciación emana de la percepción, de la vida misma. Pero ahora ya es posible buscar la palabra dentro de la incipiente "vida interior" anímico-espiritual. El niño percibe el hecho de que aquí se trata de una lombriz, aunque todavía no pueda nombrarla. En esta fase del desarrollo intelectual se introduce la nominación mediante la palabra y la formación de frases, entre la espontánea vivencia sensorial en la percepción inicial y la posterior comprensión meramente intelectual. En esta fase intermedia, todo el entorno del niño comienza súbitamente a "hablar": la maderita rueda hacia otro lado, la varilla suena, la puerta cruje y hace "bam" cuando el viento sopla repentinamente a través de la casa. El agua hace "gluglu" en el desagüe y simplemente desaparece. Todo parece vivir y decir algo de determinada manera. Este tipo de vivencia totalmente "fisionómica" o sea el hecho de vivenciar todo como si hablara, todavía continúa en los próximos años dentro de la actividad específica de la fantasía infantil: las botas del abuelo se parecen al hombre alto del vecindario con su cara gruñona, la estufa se mueve amenazante en la oscuridad. Las manzanas saben reír amablemente, y las peras a veces tienen caritas muy cómicas. El pan cortado se convierte en una simpática "mulita" o en una casa. La madera verde, medio ovalada, en la pieza del niño, hace de regadera, luego de auto, otra vez se convierte en la torre de una iglesia en la que suena el "dong-dong". Si se habla en voz baja, todo se hace todavía más misterioso. Así se puede escuchar mucho mejor todo lo que las cosas nos transmiten. También los dedos pueden entretenerse y contarse historias.

En esta época las palabras también pueden ser mágicas: cuando después de la cena los pequeños todavía se quedan junto a la mesa, queriendo postergar siempre por cinco minutos más el momento de acostarse,

muchas veces la solución está en un "ven, juguemos al taxi" susurrado, y ya está uno sentado sobre el hombro, en viaje alrededor de la mesa y las sillas hacia el baño. Y el próximo no ve el momento en que también a él lo dejen ir en taxi. El pensamiento es vivenciado como movilidad anímica.

C Primeros destellos de actividad puramente intelectual

En el párrafo anterior ya se ha puesto claramente en evidencia que en las etapas aquí descritas del desarrollo intelectual ya no se trata de fases que comienzan y terminan en forma separada entre sí. Aquí se trata mucho más de acentos que, si bien aparecen en forma consecutiva, continúan actuando en los próximos años. Sólo que cada vez se les agrega un elemento nuevo, por lo que lo anterior ya deja de ser exclusivo, actuando por lo tanto con particular intensidad. Lo característico de este primer destello de actividad puramente intelectual es el advenimiento de la capacidad del recuerdo. En el segundo año de vida el niño todavía se siente parte de su entorno. Cuando se refiere a sí mismo se llama por su nombre, como lo ha observado por parte de la madre. Cuando se golpea en un canto de la mesa, siente dolor allí donde se ha golpeado y a veces hasta devuelve el golpe. Cuando se lleva al niño que llora a una habitación contigua, donde esa mesa desaparece de su campo visual, rápidamente se secarán las lágrimas. Si en seguida se permite que vuelva a ver por un instante "esa mala mesa", espontáneamente recomenzará a llorar. El recuerdo todavía se encuentra adherido a la percepción sensorial de los objetos, ya que el pensamiento todavía no tiene conciencia de sí mismo y todavía "comparte" cada percepción sensorial tal como ya fue descrito. Es por eso que a esta edad todavía se puede hablar de una "memoria localizada". Sin embargo, con el destello de la conciencia del Yo comienza a desprenderse la capacidad del recuerdo de la percepción sensorial y a convertirse en algo anímico independiente. Este momento muchas veces es experimentado por los niños con grato asombro. Con frecuencia aparece conjuntamente con una repentina sensación de abandono, una percepción sensorial intensa o bien en conexión con una negación, por la que también se refuerza la sensación de diferenciarse del entorno. Es así como Ramón, de dos años y tres meses, llega a la cocina donde la madre justamente se encuentra cocinando. Toma el canasto vacío en ambas manos y lo

quiere llevar afuera. La madre le dice: "Dejálo aquí, papá en seguida lo va a necesitar." El niño coloca el canasto en el piso y contesta, irguiéndose vigorosamente: "No, ¡yo, llevarlo a papá!" Esta primera vivencia del Yo también caracteriza el instante en que el niño comienza a diferenciar entre sí mismo y su entorno. Ahora ya no se conforma con percibir y denominar todos los objetos, sino que quiere complementar lo acontecido también con la actividad intelectual producida en su propio interior. El apasionado "¿por qué?" de esta edad apoya este proceso. Ahora el niño siempre quiere repetir una y otra vez, en palabra y pensamiento, aquello que ha percibido externamente.

En tres pasos vemos cómo se interioriza la vivencia de interrelaciones sensoriales: primero le echa mano en la ejecución activa, imitándola espontáneamente, por lo que es "comprendida". Luego rescata el sentido de la palabra que lo denomina y crea las interrelaciones. En último término aparece la capacidad de la propia comprensión interna directa: ya no se nombra a sí mismo como lo llaman los demás, sino que toma contacto directo con el pensamiento del propio Yo. La razón de por qué esto sea consecuencia de la propia actividad intelectual surge del hecho de que el recuerdo comienza como pura actividad intelectual interior en el momento de pronunciar "yo" por vez primera. A partir de entonces, la estructura de las correlaciones de pensamientos crece año a año, atravesando nuevas metamorfosis durante el cambio de dientes (pág. 260) y en la pubertad, hasta que finalmente alcanza la madura capacidad de abstracción conceptual del adulto (pág. 382). Todo lo que como estructura de correlaciones intelectuales siempre sigue diferenciándose y formándose, no es otra cosa que parte de la organización de vida gradualmente liberada al dejar de ser necesaria para el crecimiento corporal (compárese pág. 137 y sig.). El haber descubierto esta correlación es uno de los resultados de mayor trascendencia obtenidos por Rudolf Steiner, tanto para la pedagogía como para la medicina.

De esta manera salta a la vista el fenómeno de que el pensamiento recién adquiere su "mayoría de edad" una vez terminado el crecimiento. Así también resulta plausible que hombres que han aprendido a ser intelectualmente creativos, aumenten su vivacidad espiritual hasta una edad muy avanzada. Esto es posible, porque el organismo en proceso de envejecimiento siempre vuelve a liberar nuevas fuerzas de crecimiento y regeneración, que han dejado de ser necesarias. En la muerte, esta estructura

intelectual se eleva como suma de las fuerzas vitales y de crecimiento, abandonando el cuerpo, y brindando con grandiosa luminosidad la imagen total de todos los recuerdos conscientes y "olvidados", ante los ojos del individuo. Esta "ojeada retrospectiva" que transcurre en imágenes, también es descrita por hombres que alguna vez han estado muy cerca de la muerte, pudiendo así vivenciar el desprendimiento de su organización de vida.

Cuanto más pequeños son los niños, tanto más está todavía ligada la actividad del pensar con las fuerzas de crecimiento del cuerpo. Por eso, el pensamiento no se vive aún de manera tan abstracta como sucede posteriormente. Es aún muy imaginativo y lleno de fantasías. Por eso se cultiva y fomenta mejor mediante la narración de cuentos. En los cuentos —en especial los de los Hermanos Grimm— se relatan procesos de desarrollo que corresponden a la evolución de los ideales de la humanidad. En la lucha con el mal se descubre lo bueno. Acontecen procesos de formación y transformación semejantes a los procesos de vida y de crecimiento. También las imágenes de las fábulas hablan por sí solas, no requieren una explicación y siguen trabajando en el alma de los niños. Quien tuvo la oportunidad de escuchar muchos cuentos en su niñez, tendrá como adulto una mayor facilidad para comprender la idea del desarrollo del "Yo" y de la autoeducación. Descubre, en su propia persona, el camino del hijo del rey que a través de aventuras llega hasta el casamiento con la princesa, nuevamente como una búsqueda de su ser superior, con el que se tendrá que unir, siendo éste el objetivo de su desarrollo interior.

La razón por la cual las historietas no favorecen el pensar y en cambio más bien lo corrompen, se explica en otro lugar (compárese pág. 449).

Quien cuenta con frecuencia los mismos cuentos, sabe con el tiempo exactamente cuales son las verdades que están ocultas en los mismos. Algunos contenidos parecen "crueles", pero solamente cuando no se comprende a fondo la naturaleza ilustrativa de los pensamientos que sirven de base. Los niños pequeños son en ese sentido más desprejuiciados y entienden a la "lucha con el dragón" simplemente como una prueba por la que hay que pasar en el camino hacia el bien.

El miedo sólo puede surgir cuando se hace el relato del cuento en forma dramática. Contado con serenidad, el niño se siente en los sucesos narrados como anímicamente "en casa". Porque expresan *realidades de la vida anímica*, donde el mal y el vencimiento del mismo tienen un rol importante. Negarlos o pasarlos por alto no favorece al desarrollo, en cambio sí toda ayuda para aprender a manejar y dominar esa realidad. Por esa razón no podemos reconocer como válido el argumento de que se deba privar a los niños de los cuentos, por las crueldades que éstos contienen. No obstante, recomendamos solamente aquellos cuentos donde vence el bien. El final trágico de una crisis de desarrollo recién podrá comprenderlo un niño cuando su vida anímica haya alcanzado la correspodiente madurez. Es por eso que muchos cuentos de Andersen no son adecuados para niños.

Bibliografía:
König, Karl: "Die ersten drei Jahre des Kindes" (Los primeros tres años del niño), Stuttgart 1963.
Piaget, J.: "Das Erwachen der Intelligenz" (Psicología de la inteligencia), Obras escogidas I, Stuttgart 1975. Trad. esp.: Buenos Aires, Ed. Psique, 1960.

5. Aprender a caminar, a hablar, a pensar
Etapas de desarrollo en la infancia y la adultez

El adulto que contemple las etapas del desarrollo infantil a través del aprendizaje del caminar, del lenguaje y del pensamiento, tendrá mucho tema para reflexionar. Ante sus ojos transcurren, una tras otra, las imágenes del desarrollo humano. ¿Qué es lo que observa?

1. El niño se incorpora, se para sobre sus propios pies y va comenzando gradualmente a conducir sus propios pasos. Aprende a poner su juego de movimientos al servicio de sus propios impulsos volitivos.

2. El niño comienza a hablar. En esta época —antes de referirse a sí mismo diciendo "yo", con lo cual empieza el pensamiento consciente— es incapaz de mentir. Al principio, aprender a hablar significa decir únicamente la verdad.

3. El niño empieza a pensar. Inicia su propia vida interior consciente y disfruta el nombrarse diciendo "yo". Esta alegría es la que brilla en los ojos del niño entre 2.1/2 y 4 años.

Ante semejante desarrollo pueden aparecer numerosas preguntas:

En la vida posterior, ¿qué es lo que emerge a partir de este esbozo de desarrollo humano? De adulto, ¿quién vuelve a decir "yo" con tanto entusiasmo? ¿Quién sabe con tanta certeza quién es, como parece saberlo el niño pequeño? Nosotros ¿no nos sentimos a menudo precisamente repletos de aquello que no consideramos nuestro, con lo que no podemos identificarnos? ¿Vivimos en nuestra conciencia auténticamente una vida interior consciente? ¿No es que mucho más frecuentemente reflejamos sólo las condiciones exteriores y nos alegramos por poder dominar de alguna manera nuestra vida? O bien: ¿Dónde ha quedado el sentido de la verdad? ¿Cuánta mentira se esconde detrás de frases hechas, gentilezas y convencionalismos? Por ejemplo, quién desea saber realmente cómo se encuentra el otro cuando pregunta: "¿Cómo te va?". O bien: ¿Cuál es el adulto totalmente *independiente*? ¿Quién no se siente dominado por mano ajena, disconforme con su destino, o tiene la impresión de no poder conducir sus propios pasos como quisiera?

En el Evangelio según San Juan se lee que Jesús dijo: "Yo soy el camino, y la verdad, y la vida" (San Juan 14, 6). En el niño pequeño vivenciamos la verdad de estas palabras a través de su desarrollo hasta el instante en que pronuncia "yo soy". Misteriosamente, en el momento en que se vislumbra la conciencia del Yo comienza a abrirse paso la crisis que tarde o temprano en la vida posterior aparece como crisis existencial: Yo no conozco mi camino, no sé bien qué es lo que quiero realmente. O bien: Yo me vivencio a mí mismo dentro de un mundo social lleno de no verdades y concesiones. O si no: Yo sé todo lo que no soy, pero ¿dónde he de buscar la vida de mi propia esencia?

Quien atraviesa esta crisis existencial y sale de ella triunfante, luego la caracteriza como el verdadero nacimiento del Yo. Vale decir que la define como aquello que tantas veces se encuentra descrito en la literatura como "nacer de nuevo", y que en el Evangelio según San Juan está representado en el diálogo nocturno entre Jesús y Nicodemo (San Juan 3, 1-21). Este triunfo interior, este nacer de nuevo, está caracterizado por encontrar la incorporación consciente con el testimonio de la fuerza de Cristo. Esta

había actuado inconscientemente en la infancia del niño, otorgándole la capacidad de incorporarse sobre sus propios pies y caminar, de aprender a expresar la verdad y tener su propia vida interior intelectual. Caminar, hablar y pensar constituyen el fundamento de toda manifestación esencial humana. Una vez que en la vida posterior se haya realizado conscientemente la incorporación de estas fuerzas que habían actuado a nivel inconsciente durante la propia infancia, entonces se habrán encontrado simultáneamente tres motivos para el desarrollo interior:

1. El destino para aceptar el propio camino de la vida y a partir de él aprender todo cuanto pueda servir para el propio desarrollo.

2. Buscar la verdad dentro de la vida social con el prójimo, y no transigir en el propio interior. Esto es tan importante, porque precisamente la vida exterior con frecuencia requiere de nosotros la capacidad de adaptación y la disposición para transigir.

3. Preocuparse por la vida interior, su desarrollo anímico interior y espiritual, y compartir la respectiva responsabilidad.

Más alla de ello, esta triple incorporación de las fuerzas del Yo superior al Yo de Cristo, ligado con todas las almas humanas, también puede buscarse a través de la vía artística. Esto ocurre siempre cuando se practica un arte del movimiento, una práctica lingüística o vocal o una disciplina del pensamiento, en las que se cultivan las citadas cualidades. Por ejemplo esto es posible en el arte del movimiento que es la euritmia (véase capítulo "¿Qué es la euritmia?"), en la formación del habla y en la forma activa de la filosofía. El aprendizaje de la euritmia acústica y tonal permite una formación consciente del Yo en la totalidad del juego motor del hombre, según las leyes de la palabra creadora universal. Mediante el cultivo de la formación del habla*, vale decir a través de la elaboración consciente de las posibilidades y cualidades acústicas de expresión, se fortalece y se va formando la sensibilidad para la verdad. Mediante la con-

* Véase Rudolf Steiner/Marie Steiner von Sivers "Sprachgestaltung und dramatische Kunst" (Formación del habla y arte dramático), Dornach, 1969. N° 282 de la Edición completa.

cientización de los propios movimientos y procesos intelectuales, por ejemplo a través del trabajo en un libro como "La filosofía de la libertad" de Rudolf Steiner, se reconoce el pensamiento en su naturaleza espiritual viva.

Rudolf Steiner repetía una y otra vez en sus disertaciones: "Aun el más sabio puede aprender del niño." Al observar el desarrollo infantil es posible corroborar esta verdad: porque allí transcurren los más elevados ideales del desarrollo humano, al igual que en la imagen de la naturaleza, delante de nuestros ojos. Aquello que el niño hace y vivencia inconscientemente con su cuerpo, se convertirá en la más elevada fuerza moral, si el adulto aprende a manejarlo a nivel consciente.

6. El tema del grupo de juegos

Para muchas madres de un hijo único aparece el interrogante de cómo pueden vencer el aislamiento en que se encuentran. Con frecuencia con ésta también está vinculada la otra cuestión, de cómo aprenderá su hijo a integrarse y afirmarse socialmente, al criarse en una situación individual. Aquí el grupo de juegos para lactantes y niños pequeños parece ser de ayuda decisiva. Allí las madres tienen oportunidad de discutir sus problemas, de ayudarse entre sí para superarlos y también de descargarse en la organización de su tiempo. Los niños encuentran compañeros de juego (véase láminas 33 y 34).

Cuando en estos encuentros los padres proyectan realizar algo en conjunto, como hornear, cantar o ejecutar música, más allá de ellos se crea una atmósfera estimulante y activa para los niños. Es menos estimulante para ellos cuando los adultos se limitan a permanecer sentados al fondo de la sala para supervisar, tomar café, tejer o conversar.

Sin embargo, la formación de capacidades sociales requiere otras condiciones previas, que no brinda el grupo de juegos. Para aprender a adquirir y cultivar relaciones humanas, los niños necesitan un ejemplo, y éste no puede ser ofrecido por bebés ni niños pequeños. Porque la capacidad para entrar en una relación constante de yo-tú recién comienza aproximadamente en el tercer año de vida, cuando el niño se refiere a sí mismo diciendo "yo". Por lo tanto, antes de este momento la convivencia con pocas o una única persona de referencia constante en el trato cotidiano resulta el mejor estímulo para el compromiso social. También una comunidad habitacional fija puede aportar más en este sentido, que un grupo de juegos.

Sin embargo, las "reuniones de madres o padres" pueden ser consideradas, en otro sentido, como contribución al desarrollo de capacidades sociales. Porque pueden servir para ocuparse conjuntamente del interrogante con respecto a cómo vencer el aislamiento generalizado, en el que hoy en día se encuentra mucha gente. Porque no sólo la madre vive aislada dentro de su pequeña familia, sino también la vecina con sus tres hijos, la abuela en el asilo de ancianos, y muchas personas de por sí solitarias. Si tales problemas sociales extendidos también se convierten en tema de conversación de estos encuentros, en tales ocasiones seguramente se encontrarán también puntos de partida para vencerlos.

Bibliografía:

Grunelius, Elisabeth M.: "Erziehung im frühen Kindesalter" (La educación en la temprana infancia), Freiburg 1974.
Münchinger, A. B.: "Kleinkindertreff" (Encuentros de pequeños), Rowohlt 1982.

7. Las posibilidades del jardín de infantes

Según la Reglamentación de Jardines de Infantes, en la Argentina oficialmente se sugiere el ingreso de niños que hayan cumplido los tres años de edad. Por parte de los padres, el deseo de encontrar un lugar de atención para sus hijos muchas veces ya existe con anterioridad. Pero éstos sólo serán casos para guarderías o jardines maternales. Si bien la ubicación fuera del hogar, de niños menores de tres años siempre representa hacer concesiones, por motivos laborales u otros muchas veces resulta inevitable. Es cierto que algunas alternativas han dado buenos resultados: el ejercicio profesional alternado de los padres o la unión de dos madres para la atención de sus hijos serían alternativas positivas, como también una mujer que venga a la casa y realice tareas domésticas mientras atiende al niño. Quizás también una familia con hijos, que todavía disponga de "mayor capacidad"; o una madre sustituta por horas durante el día, a cuya casa se lleva el niño. Pero no siempre es posible encontrar tales soluciones, y entonces la guardería constituye la introducción al período del jardín de infantes. Más adelante, estos niños por lo general llamarán la aten-

ción de la maestra jardinera. Dan la impresión de ser más desinhibidos y menos introvertidos. De acuerdo con la parte responsable de los padres, la maestra jardinera posiblemente asesore entonces con respecto a las posibilidades de estímulo específicas con un sentido de pedagogía terapéutica. En estos casos, el período del jardín de infantes todavía puede ayudar a nivelar bastante lo que haya sido provocado en años precedentes.

Si la madre puede estar en casa todo el día, la pregunta sera otra: *¿Cuándo* debe ingresar mi hijo al jardín de infantes y *por qué* ha de hacerlo? La respuesta sólo puede ser rastreada individualmente. En un ambiente favorable, con la compañía de una parte de los padres, en su casa y con otros niños para compartir el juego, sin duda el jardín de infantes no es necesario. Si a pesar de todo es recomendable o no, depende del transcurso del día doméstico, de las posibilidades pedagógicas de los padres, del concepto del jardín de infantes en cuestión y no en último término de la personalidad de la maestra jardinera. Por ejemplo, un hogar totalmente tecnificado daría la pauta a favor del jardín de infantes cuando allí se hornea, se lava, y se cocina. Por el contrario, la educación antiautoritaria o programas de entrenamiento intelectual precoz en el jardín de infantes, serían un índice para que el niño quede en su hogar. Por otra parte, nosotros recomendamos el ingreso al jardín de infantes cuando durante la conversación con los padres resulta que el día en el hogar transcurre de manera muy arrítmica. O bien, cuando reina una atmósfera tensa o se percibe una actitud autoritaria frente al niño. Muchas veces en tales casos entonces también se logra que durante su conversación con la maestra jardinera los padres acepten sugerencias con respecto a la manera en que podría modificarse el entorno doméstico para estar más acorde con el niño.

Si el niño presenta una enfermedad o discapacidad o si todavía no ha dejado el pañal, nosotros no consideramos esta circunstancia como impedimento para enviarlo al jardín de infantes. Desde luego que aquí se requerirá una exhaustiva conversación previa con la maestra jardinera y acaso también con el médico pediatra. Precisamente en el contexto social, la integración de un niño discapacitado o enfermo al jardín de infantes es extraordinariamente importante. No sólo para el respectivo niño, sino también para los niños sanos, que de este modo aprenden a tener consideración y a tratarse entre sí.

8. ¿Cuándo mi hijo está "maduro" para el jardín de infantes?

1. Está maduro para ingresar en el jardín de infantes el niño capaz de emprender diligencias en forma autónoma; por ejemplo cuando por sí mismo alguna vez ya haya abandonado la casa y vuelto a encontrarla, o cuando —estando en la casa de un compañero— él mismo desea volver a su casa y no espera hasta ser buscado. En algunos niños estas tendencias son tan marcadas que realmente "desaparecen" un buen día, provocando gran preocupación entre sus familiares, y luego reaparecen con toda naturalidad, contando dónde estuvieron. Mientras un niño todavía dependa fuertemente de la "falda" de su madre y nunca se haya atrevido a caminar un rato sin su compañía, este momento no ha llegado. Pero bien es cierto que en estos casos la madre debe analizar si no es ella misma la que por su actitud impide que el niño adquiera esta independencia necesaria.

2. Otra señal de madurez para el jardín de infantes se presenta cuando son capaces de escuchar relatos e historias desde el comienzo hasta el fin. Con ello se demuestra que la vida imaginativa ahora se maneja directamente a través de la palabra, por lo que dentro del grupo los niños también pueden cumplir con los requerimientos que se presentan.

Según nuestra experiencia, estos dos índices de madurez para el jardín de infantes por lo general se observan a la edad de tres años y medio. Si a los cuatro años todavía no se advierten, será conveniente conversar una vez con el médico pediatra. (Con respecto a las posibilidades de programación del período del jardín de infantes, véase pág. 373).

9. ¿Mi hijo está maduro para la escuela?

En la mayoría de los países, la edad para mandar al niño a la escuela oscila entre los cinco y los siete años. El Prof. Moore, de los Estados Unidos, por el contrario, recomienda la edad entre ocho y once años, en base a extensas investigaciones de madurez. Nosotros consideramos decisivo que la pedagogía proceda en forma adecuada a la edad. Entonces, por un lado, una etapa pre-escolar adaptada al niño o, por el otro, un estímulo específico para cada edad, realizado en el hogar, pueden brindar resultados equivalentes. En estas condiciones previas, para algunos niños sería

positivo si a la edad de cinco años fueran extraídos del ambiente doméstico, que quizás de todas maneras le brinde menos estímulos para su desarrollo. No obstante, existen índices de madurez que indican la conveniencia de hacer ingresar a los niños precisamente con seis a siete años.

A La transformación corporal

Desde la primera infancia hasta la edad escolar tiene lugar una impresionante transformación corporal. En el niño pequeño, la proporción entre las medidas de la cabeza, las del tronco y las extremidades está notoriamente desviada a favor de la cabeza. Toda la figura es redondeada, las extremidades cortas, en el segundo año de vida hasta se produce todavía la deformación de las piernas en O. Los dedos de las manitos son cortos y escondidos debajo de blandos acolchados. El tronco todavía no presenta cintura, el ángulo costal encima del estómago es ancho y la pancita arqueada hacia el frente, como si no tuviera suficiente espacio en el tronco. Otro es el caso en el escolar. Brazos y piernas ya se estiraron, ahora el niño puede tocar su oreja derecha con las puntas de los dedos de su mano izquierda y viceversa. Entonces ya se insinúa la cintura entre la cavidad torácica y la abdominal, y el ángulo costal encima del estómago ahora termina en un ángulo puntiagudo, el abdomen está retraído. La cabeza, el tronco y las extremidades se encuentran camino a las proporciones del adulto, aunque éstas recién se alcanzan a través de la próxima gran transformación corporal durante el período de la pubertad.

B Comienzo del cambio de dientes

La aparición del primer molar permanente o uno de los incisivos indica que ha concluido la formación del esmalte de estos dientes, como la sustancia más dura del cuerpo, y que la actividad formadora de dientes, dentro del organismo, está llegando a su fin en ese lugar. Esta circunstancia se tiene poco en cuenta dentro de la pedagogía. Tal como ya fue mencionado, la filosofía antroposófica responde a la pregunta sobre qué es lo que ocurre con las actividades formadoras de órganos, después de que un órgano o una sustancia corporal haya terminado de conformarse. Estas fuerzas luego serán necesarias únicamente para la actividad regeneradora y el mantenimiento orgánico. Sin embargo, esto ni siquiera rige para el

esmalte dental, ya que éste no tiene posibilidad de regeneración, tal como lo hemos comprobado en penosas consultas al dentista. La fuerza plasmadora que aquí se libera por la formación orgánica y sustancial, ahora está a disposición del Yo para su actividad intelectual (comp. pág. 377). Entonces permite configuraciones imaginativas continuas, que pueden ser registradas por el pensamiento, vale decir que pueden ser recordadas.

C El pensamiento del escolar

En el capítulo referido al aprendizaje del pensamiento hemos visto que el niño pequeño inicialmente posee una memoria localizada. Luego se orienta marcadamente según las repeticiones en el ámbito lingüístico y de los hábitos. Y recién entonces se desarrolla la forma del recuerdo, que se vivencia totalmente en el interior y que faculta al niño a accionar, sin estímulo externo, su memoria o sus recuerdos meramente en sus pensamientos. Esta última forma es una capacidad del recuerdo desprendida de la realidad sensorial, que anuncia el comienzo de la facultad de abstracción. La aparición del *afán de aprender* indica que ahora estas fuerzas vuelven a estar a disposición del pensamiento. Por lo tanto, el niño está en condiciones de dirigir sus recuerdos a su libre albedrío, independientemente de determinadas situaciones. También puede hacerlo en respuesta a determinadas preguntas. Es así como puede repetir una historia que le había sido contada hace algunos días en el jardín de infantes. Es significativo que al mismo tiempo disminuya la *capacidad de imitación*. Antes había sido expresión de que el niño podía "comprender" principalmente por reproducción. En este contexto nos hemos de referir algo más detenidamente a la imitación infantil*. Este acontecimiento complejo recién resulta individualmente comprensible cuando se incluye el pensamiento como actividad metamorfoseada del crecimiento. Cuanto más fuerza de crecimiento todavía esté activa en la diferenciación de las estructuras orgánicas del cuerpo, tanto mejor podrá imitar el niño. Porque la capacidad del cuerpo de echar mano directamente a un proceso a través de las percepciones sensoriales, y de inmediato internalizarlo y reproducirlo, es producto de su inteligencia que todavía actúa en forma cor-

* En los últimos años se ha publicado copioso material con respecto a la imitación. Piaget diferencia dos fases en la adaptación: la de la asimilación y la de la acomodación.

poral. Es por eso que una notoria dificultad de imitación ya puede constituir un síntoma precoz de posteriores impedimentos graves a nivel anímico y espiritual y ser indicativo por ejemplo de autismo. Es por esta razón que el cuerpo infantil, previo al cambio de dentadura, está muy expuesto a las influencias de su medio ambiente, hasta en el tipo de diferenciación de sus órganos. Cuando el niño debe imitar muchas cosas que carecen de sentido o son caóticas, o debe vivenciar acciones muchas veces interrumpidas, incoherentes, este hecho tiene consecuencias para su desarrollo corporal (compárese pág. 442), ya que cada órgano sólo madura de manera correcta cuando es adecuadamente exigido. La terminación de esta fase extremadamente impresionable y maleable ha llegado con la disminución de la capacidad de imitación al momento de la madurez escolar. La metamorfosis de las fuerzas del pensamiento ha entrado en una etapa decisiva de su consumación con el cambio de dentadura arriba citado. Ahora deberá trasladarse a los procesos conscientes de aprendizaje, cosa que previamente ha podido llevarse a cabo a nivel inconsciente, a través de la capacidad de imitación.

D La madurez escolar a nivel social

Cuando un niño está en condiciones de integrarse en el grupo mayor de niños pertenecientes a una clase, ha alcanzado la madurez escolar a nivel social. A esta también pertenece la capacidad de mantener quietos durante cierto tiempo brazos y piernas, y ser "todo oídos". Por lo general, la madurez social aparece más tarde que la intelectual, vale decir que el pensamiento del escolar. La mayoría de los niños recién la adquiere plenamente durante el primer o segundo año escolar.

E La habilidad y la capacidad lingüística

Estas capacidades con frecuencia todavía no se encuentran suficientemente formadas, ya sea porque para ello los niños tienen su propio proceso de desarrollo, o porque la educación no ha podido brindarles suficientes estímulos en este sentido. Sin embargo, en general el escolar está en condiciones de relatar historias con oraciones completas, de dominar la totalidad de los sonidos y de cantar. En la conversación es capaz de diferenciar lo que desea expresar.

En cuanto a la habilidad corporal, muchas veces ya es capaz de arrojar con una sola mano una pelota al aire y recogerla, mantener el equilibrio, saltar en una pierna hacia la derecha, la izquierda, adelante, atrás y al costado, caminar y estar parado en puntas de pies, como también realizar hábilmente con los dedos actividades delicadas (por ejemplo manualidades con pajitas, trabajos en telar, enhebrar perlitas y similares). Del mismo modo domina las actividades cotidianas más importantes del hogar, como poner la mesa, lavar y secar los platos, barrer y quitar el polvo pasando la franela. También sabe vestirse y desvertirse en forma autónoma, cerrar y abrir ganchitos y botones, como también atarse los cordones del calzado.

IV. LOS TEMAS DE LA ALIMENTACION

1. La lactancia

Desde hace unos ochos años, en los países civilizados se ha vuelto a amamantar. Sólo nos resta desear que este desarrollo continúe divulgándose y vuelva a recuperar su antigua significación también en los países no industrializados, donde el hecho de no amamantar al hijo en parte había llegado a ser símbolo de "status". Es nuestro deseo enumerar las razones a favor del dar el pecho al niño, para que la madre pueda participar con mayor facilidad del trabajo de esclarecimiento en su medio, en pro del amamantamiento (véase lámina 32).

- Dar el pecho crea un vínculo elemental entre madre e hijo. Echa los cimientos para la experiencia social de que nosotros, los hombres, nos necesitamos y estamos aquí el uno para el otro. Constituye el símbolo natural del dar y recibir.

- Amamantar activa la regeneración de la matriz.

- Los niños amamantados padecen menos infecciones y las resisten mejor.

- Los niños amamantados están ampliamente protegidos contra los peli-

grosos trastornos digestivos, acompañados por enteritis, septicemia y meningitis.

- Dar el pecho es simple, práctico y económico.

Con respecto a las preguntas prácticas: ¿Cómo se aprende a amamantar? ¡Del propio niño! Aparte de algunas maniobras que la partera u otra madre experimentada puede mostrar a la madre.

¿Cuántas veces al día debe hacerse? En las primeras semanas, tantas veces como el niño tenga hambre y lo haga saber; por lo general luego se instituye por sí mismo un ritmo de cuatro horas.

¿Cuántos minutos se debe dejar al niño "prendido"? Entre cinco y diez minutos de cada lado. Mayor duración no tiene sentido, porque a los cinco minutos ya ha extraído aproximadamente las dos terceras partes de la cantidad disponible de leche. Si al comienzo cada lado sólo es requerido cada seis a ocho horas, no debe extrañarnos que la secreción de leche no funcione como es debido. Más adelante, cuando haya suficiente leche, desde luego se puede prender al bebé en forma alternada en cada mamada.

¿Con qué frecuencia se debe *pesar* al bebé? Quien tenga una balanza en el hogar, debería pesar a su niño una vez por semana, siempre envuelto en el mismo paño (¡cuidado con los enfriamientos!). Si no se registra aumento de peso, habrá que consultar al médico. A quien no disponga de una balanza pero tiene un niño sano, le alcanzará hacer controlar su peso una vez por mes en el consultorio del pediatra. Si la madre desea controlar las cantidades de las mamadas, puede pesar al niño antes y después de cada mamada y registrar la diferencia como su rendimiento personal. Esto también se recomienda cuando el aumento de peso es insuficiente, a más tardar un día antes de la consulta al pediatra (véase Aumento normal de peso, pág. 491).

¿Cuántas deposiciones puede tener el niño de pecho? El dicho pertinente dice: tanto una vez cada diez días, como diez veces por día. Alguna vez la deposición también puede ser de color verde. En los casos normales, el bienestar del niño de pecho es totalmente independiente de la frecuencia y constitución de su deposición.

De ninguna manera las flatulencias que muchos lactantes padecen en los tres primeros meses de vida, dependen de la frecuencia de las deposiciones (compárese pág. 90).. A las madres cuyos niños amamantados tienen deposiciones poco frecuentes, les gusta dar a sus hijos jugo de naranja por gotas, que acelera la frecuencia. Sin embargo, esto no es necesario.

¿Durante cuántos meses se debe amamantar? Nosotros recomendamos dar únicamente pecho durante cinco meses y luego, durante los próximos cuatro meses pasar gradualmente a una creciente alimentación con papillas. Opinamos que dar el pecho durante más de nueve a diez meses liga demasiado intensamente a madre e hijo. Los pueblos primitivos que amamantan durante más tiempo fomentan de esta manera una fuerte conciencia tribal. Pero ésta no es la meta de nuestro desarrollo cultural moderno.

No es infrecuente encontrar el chupeteo del pezón materno durante el segundo año de vida como motivo de consulta al pediatra. A menudo esto ya no se puede llamar amamantar y muchas veces está ligado a múltiples "reclamos" y griteríos nocturnos. Es que a veces el niño sencillamente necesita una señal inequívoca por parte de la madre, de que ha llegado el momento de ser algo más independiente.

¿Qué puede comer la madre? Una alimentación normal, que no sea constipante y no contenga alimentos particularmente flatulentos. Debería tomar mucha leche, eventualmente leche de almendras (agua con un agregado de 7% de puré de almendras). En todo caso es imprescindible evitar tanto el alcohol como la nicotina. Una tacita de café está permitida a las madres con baja presión sanguínea, como así también de vez en cuando un pedacito de fruta de cualquier tipo, siempre que el niño no reaccione con flatulencias o paspaduras. Si aparecen tales reacciones, la madre puede dejar pasar cierto tiempo y luego emprender otro intento. Ha quedado demostrado que los efectos de estos alimentos sobre el bienestar del niño varían mucho según edad y estado general de la madre y el niño, y que de ninguna manera es posible establecer reglas respecto a la renuncia total de frutas o café.

Problemas y perturbaciones posibles

El color ligeramente azulado de la leche materna no significa que sea pobre en sustancias nutrientes.

Si la piel del niño es amarilla no hay motivo para dejar de amamantar, aun cuando en ocasiones el colorante amarillo en la sangre del niño de pecho ascienda más que en el que no lo es.

La única razón contra el pecho es una tuberculosis de la madre o eventualmente una mastitis (ver también página siguiente).

Un problema serio presentan los vestigios de insecticidas dentro de la leche materna. La incorporación de éstos a través de plantas y animales al hombre y hasta dentro de la leche materna, es conocida desde la década del 50. Lamentablemente este hecho no ha conducido a una revolución contra herbicidas y pesticidas para uso agrícola. A pesar de este inconveniente, nosotros recomendamos dar el pecho, ya que aun los preparados a base de leche en polvo pueden estar contaminados (si bien en menor proporción), y las ventajas de la lactancia pesan incomparablemente más. Pero por cierto, a muy temprana edad, la madre puede hacer el esfuerzo por conseguir alimentos tan libres de remanentes tóxicos y cultivados de manera tan saludable como sea posible.

Grietas o fisuras del pezón se tratan con lanolina o una pomada indicada por el facultativo. Fricciones de los pezones con jugo de limón no diluido no sólo tienen acción fortalecedora durante el embarazo, sino también durante la lactancia ayudarán a alejar bacterias inconvenientes del pezón. Quizás durante cierto tiempo haya que recurrir al bombeo con pezonera, dando entonces al niño la misma leche mediante biberón. Algunas madres logran hacerlo con cucharita; de lo contrario se utilizará un biberón con agujero tan pequeño como sea posible.

Cantidad insuficiente de leche: en este caso conviene ponerlo al pecho con mayor frecuencia, ofreciendo ambos lados cada vez. No hay que dejarlo chupetear durante demasiado tiempo (por la formación de grietas). La madre debe beber mucho líquido, estar bien abrigada hasta por debajo de los codos. Resulta conveniente que en este caso una abuela, hermana, vecina, amiga o el padre puedan ayudar a la madre en las tareas domésticas. Al comienzo no debe darse ninguna alimentación adicional. Si luego de haber mamado de ambos lados, es evidente que el niño todavía está ansioso, en todo caso se le puede ofrecer un poco de infusión de semillas de hinojo con 3% de azúcar. Por lo general entonces la pancita estará llena y el niño satisfecho. Pero eso sí: avisará más temprano que habitualmente, y eso está muy bien. Este método rige en particular para la segunda y tercera semana, cuando la madre se encuentra en su

casa. No importa que en este período el niño todavía no aumente bien de peso. Sólo no debe perder peso. El error más frecuente cuando la leche disminuye, es que la madre dé alimento adicional, por temor. Sólo en aproximadamente tres de cien niños puede suponerse que la madre en realidad no tiene suficiente leche. Entonces en estos casos, en la cuarta semana se pasa a la lactancia mixta (véase allí).

Hoy en día se considera un craso error agregar transitoriamente —aunque sean cantidades mínimas— preparados con leche vacuna en los primeros días de vida. Porque, si el niño es alérgico, a raíz de esto posiblemente quede sensibilizado contra la leche vacuna. Si luego de un intervalo más bien prolongado, en el que toma únicamente leche materna, se le vuelve a dar por segunda vez leche vacuna, pueden producirse fuertes síntomas alérgicos.

Si el niño no quiere mamar del pecho, lo más conveniente será que la madre comience por consultar con madres más experimentadas o parteras y al médico. La estasis láctea se cura poniendo al bebé al pecho, masajeando y llegado el caso con medicamentos. Como tratamiento externo han dado buen resultado las envolturas con aplicación de queso blanco.

También ante una incipiente mastitis se puede continuar amamantando. Pero para ello se requiere la consulta a un médico experimentado. También en estos casos son beneficiosas las aplicaciones de queso blanco. Cuanto antes se comience este tratamiento, tanto más favorable será para continuar con la lactancia.

Infecciones o trastornos digestivos del niño con o sin fiebre: siempre hay que continuar amamantando. Lamentablemente hoy en día no son nada raras las flatulencias y dolores de vientre en niños de pecho (véase pág. 36).

Tratamiento odontológico de la madre con anestesia local: dejar de dar leche materna por una o dos mamadas después del tratamiento. Si la madre tiene abundante cantidad de leche, se puede bombear previamente para mantener en reserva. Cuando sea necesario un *tratamiento medicamentoso* de la madre, debe consultarse al médico si el medicamento podría entrar en la leche y así perjudicar al lactante.

Toda mujer que tenga exceso de leche debería intentar brindar éste a un niño necesitado. Puede registrar su dirección en una clínica cercana, de la que sabe que fomenta el amamantamiento, o bien preguntar en el sector de prematuros de la maternidad más cercana si allí se requiere su

colaboración. Por lo general, los padres de prematuros nacidos allí están gustosamente dispuestos a buscar una o dos veces por día la leche y llevarla a la clínica. Desde luego que la premisa es que la madre que ofrece su leche esté sana. Puede solicitar el respectivo comprobante en el Sector Maternidad de su clínica.

Bibliografía:
Dokumentation der Arbeitsgruppe Dritte Welt, (Documentación del Grupo de Trabajo Tercer Mundo), Bern: "Exportinteressen gegen Muttermilch" (Intereses por exportar vs leche materna), Rowohlt 1976.

2. Lactancia mixta

Cuando –por ejemplo por falta de leche– necesariamente haya que usar, aparte de la leche materna, también leche de otro origen, se habla de lactancia mixta. La falta de leche se reconoce por el desarrollo insuficiente del lactante. La lactancia mixta se realiza de diferentes maneras. En las Recetas 2 y 3 (págs. 276 y 278) hemos registrado dos ejemplos en cierta manera típicos. Alguna vez puede pasar que cierta noche la leche materna ya no alcance del todo. Entonces se hará una mezcla (mitad leche de vaca, mitad agua) o bien se optará por dejar preparada una papilla de sémola con leche rebajada; y al finalizar la mamada nocturna se dará lo necesario para dejar saciado al bebé, por lo general unos 50 gramos. Esto ya alcanza para niños de escaso desarrollo y no inhibe la producción láctea. Se puede proceder igual cuando la madre necesita con urgencia el descanso nocturno. Luego de una cena de este tipo, el niño duerme durante más tiempo, con suerte hasta la mañana.

Por cierto que la alimentación adicional con cuchara hay que aprenderla. Por los movimientos de succión se produce un reflujo del alimento, que debe ser rescatado pacientemente con la cucharita y vuelta a introducir en la boca. Por así decirlo, se empuja, vuelca y unta el alimento sobre el maxilar superior.

Si de día la leche tampoco alcanza, entonces también se complementan las demás comidas. Por lo general, durante la mañana hay suficiente y por mayor tiempo. Sin embargo, si se coloca al niño menos veces al pecho, la producción de leche propia se agota prontamente. Como es evidente que la flora intestinal se modifica con la lactancia mixta, hay que prestar más

atención a las deposiciones del niño. Por lo menos día por medio debería haber un montoncito dentro del pañal. También es más fácil que aparezca una diarrea –en el lactante llamada dispepsia– por esta alimentación. En estos casos de todas maneras se continúa amamantando, organizando paralelamente la composición descripta como alimentación artificial (véase pág. 92).

3. Alimentación de niños no amamantados

Llamamos alimentación artificial a toda forma de alimentación del lactante no realizada con leche materna. Siempre constituye un compromiso y bajo condiciones primitivas de vida resulta peligrosa.

En las dos primeras semanas se acostumbra al niño a cantidades lentamente crecientes de la alimentación escogida. A continuación por regla general se alimenta con cantidades diarias de 1/7 a 1/6 del respectivo peso corporal, hasta que el niño haya alcanzado los 6000 gramos de peso. Luego se mantiene la cantidad de alimento alcanzada, generalmente hasta finalizar el primer año de vida, dando entre 800 y 1000 gramos o mililitros en total por día. No se requieren bebidas adicionales.

Tal como se observa en nuestro ejemplo gráfico, con alimentación artificial se comienza antes que en niños de pecho, a dar jugos de fruta y verdura en cantidad de una a cuatro (hasta diez) cucharaditas de las de té por día, introduciendo también antes, lenta y gradualmente, una comida de verdura o fruta respectivamente. Aquí se debe tener en cuenta que no aparezca ni exceso de alimentación láctea ni falta de proteínas. En comparación con la leche materna, toda otra alimentación resulta unilateral. Aun la leche artificial más adaptada y vitaminizada, jamás alcanza el equilibrio y mucho menos la frescura de la leche materna. Si no se puede amamantar más allá de las primeras tres semanas recomendamos diferentes preparados de leche vacuna como sustituto de la leche materna, brindando la leche vacuna fresca, cruda, no tratada (véase pasteurización, pág. 272), las mayores ventajas básicas. La leche de yegua es, si se dispone de ella, según nuestras experiencias aún mejor. Se asemeja tanto a la leche humana que se puede utilizar sin diluir. La leche vacuna contiene, en promedio, más del doble en proteínas que la leche materna y además una considerable cantidad de caseína, que la materna apenas contiene. Pero por el otro lado, contiene la mitad de la lactosa y sólo la cantidad de grasas es aproxi-

madamente la misma que en la leche materna. En cuanto a componentes minerales, vale decir cenizas, contiene el cuádruple, con cantidades relativamente importantes de calcio y fósforo. (A pesar de ello, un lactante alimentado con leche vacuna presenta mayor tendencia al raquitismo que uno de pecho.) La leche vacuna contiene menos hierro que la materna, por lo que pueden presentarse ligeras situaciones de carencia de hierro. A causa de las diferencias de concentración de proteínas y contenido de minerales, la leche vacuna sin rebajar constituiría una carga para el lactante, que enfermaría en poco tiempo. Por lo tanto, durante los primeros nueves meses de vida se la utiliza rebajada (cantidades véase pág. 269).

Esta dilución hace que sus valores nutritivos sean insuficientes. El déficit debe ser compensado por el agregado de lactosa y puré de almendras (véase preparación casera, pág. 274) o harina super fina de cereales, esta última no se recomienda en los primeros tres meses, debido a su falta de grasas. Pero nosotros preferimos esta preparación fresca a los productos secos industrializados, la frescura y vivacidad de la leche materna no puede ser alcanzada por ninguna leche en polvo. Aparte del hecho de que nadie sabe cuándo, dónde, cómo y con qué calidades han sido elaborados los distintos ingredientes del producto terminado.

Lo más ventajoso para el niño es que la leche sea tan fresca e inalterada como sea posible, preferentemente provista por tambos en que el ganado sea alimentado concienzudamente. Si no se puede disponer de una leche en estas condiciones, habrá que recurrir a la leche más fresca posible o la pasteurizada y envasada.

No se recomiendan las leches esterilizadas. Pero la leche vacuna debería someterse a un fugaz calentamiento a unos 80°C. Particularmente en verano, esto da cierta protección contra la contaminación bacteriana.

Las intolerancias a la leche son raras. Aun la llamada "costra láctea" en la mayoría de los casos no tiene relación alguna con la leche, aunque desaparecería si se escatimara un poco la comida al niño. Siempre se puede partir de la premisa de que las verdaderas intolerancias son infrecuentes y, al fin y al cabo, puede aparecer con cualquier alimentación (véase pág. 94). Pero si se llega al diagnóstico de una auténtica alergia a la leche vacuna, para esos niños se dispone de alimentos especiales para lactantes, como por ejemplo los preparados que contienen soja*.

* Los que se comercializan en la Argentina presentan el inconveniente de estar adicionados excesivamente con vitaminas y minerales, por lo que es preferible realizar en casa la llamada leche de soja. Esta se prepara moliendo los granos de soja previamente lavados y secados. Una vez molidos se colocan en una cacerola con agua (500 grs de granos de soja por cada litro de agua) y se dejan descansar 2 horas. Luego de hervir esta preparación durante 20 minutos, se filtra con un lienzo. El resultante se guarda en la heladera. La leche se mantiene fresca durante dos días como máximo. También se puede preparar a partir de la harina integral de soja, del siguiente modo: cocinar a baño maría 120 grs de harina de soja en 1.1/2 litros de agua, durante 35 a 45 minutos, revolviendo continuamente. Luego filtrar y conservar en la heladera como en el caso anterior.
IMPORTANTE: por tener menor valor nutritivo que la leche vacuna se aconseja adicionarle glucosa y aceites (de almendras o girasol) como se explica en las recetas subsiguientes. (N. del E.)

Aparte de la intolerancia a la leche vacuna, también existe la intolerancia a las harinas super finas de cereales: por su contenido de gliadina (componente del gluten), el trigo, la cebada, la avena y el centeno a veces no pueden ser correctamente elaborados por el organismo. De esta manera surge la enfermedad celíaca, que estadísticamente en Europa aparece en uno de cada mil niños, mientras en América del Sur es más infrecuente. Todos los demás niños toleran muy bien las diferentes variedades de cereales y se desarrollan espléndidamente consumiéndolas. La celiaquía se detecta a través de tres síntomas: desarrollo insuficiente, deposiciones masivas —más de una taza llena por día— y mal humor. Ante una sospecha, siempre habría que consultar al especialista, ya que los pediatras comprueban que muchas de las llamadas celíacas en realidad no lo son, vale decir que nunca fueron realmente diagnosticadas. Es conveniente saber que el arroz no contiene gliadina y siempre es bien tolerado*.

Todas las harinas super finas de cereales como complemento de la leche o dietas antidiarréicas, tienen sus ventajas y desventajas. La harina super fina de arroz es de muy fácil digestión; las deposiciones se tornan algo más sólidas. Se la recomienda en lactantes pequeños o en casos de diarreas. La harina super fina de avena produce deposiciones algo más líquidas y hace más esponjosos los tejidos. La harina super fina de ceba-

* En caso de ser diagnosticada esta enfermedad, la estricta observancia de la dieta es lo único que asegura el desarrollo normal del niño. Si bien cada episodio de diarrea intensa que sigue a una transgresión alimentaria es bien tolerado por el niño, en la pared abdominal se desarrollan procesos inflamatorios con posterior fibrosis (endurecimiento) del tejido y secuelas de atrofia.
En nuestro país existe la Asociación Celíaca Argentina, donde los padres pueden informarse sobre todos los detalles que atañen a la alimentación. (N. del E.)

da es muy bien digerida, pero su cocción debe ser casera. La harina super fina de trigo se usa menos, pero en su lugar en general se utiliza sémola. Nosotros recomendamos productos de cultivos biológico-dinámicos, en los lugares donde sea posible conseguirlos. Los fermentos con los que el niño cataboliza los cereales, recién los elabora —por así decirlo— a pedido y en cantidad suficiente, al cabo de varios días o semanas. Por lo tanto, la transición a la leche con complemento de harina de cereales no debe realizarse en forma abrupta, sino lenta y gradualmente entre una comida y otra. En caso contrario aparecen trastornos digestivos. Dado que, en contraposición con lo que ocurre con la leche materna, los preparados con leche vacuna quedan esencialmente más tiempo en el estómago, en los niños alimentados de esta manera el ritmo de comidas debería mantener intervalos de aproximadamente cuatro horas.

El cuidado del biberón y la tetina

En los primeros meses de vida, biberones y tetinas deberían ser hervidos una vez por día. Al sacarlos, se los coloca boca abajo sobre un repasador limpio.

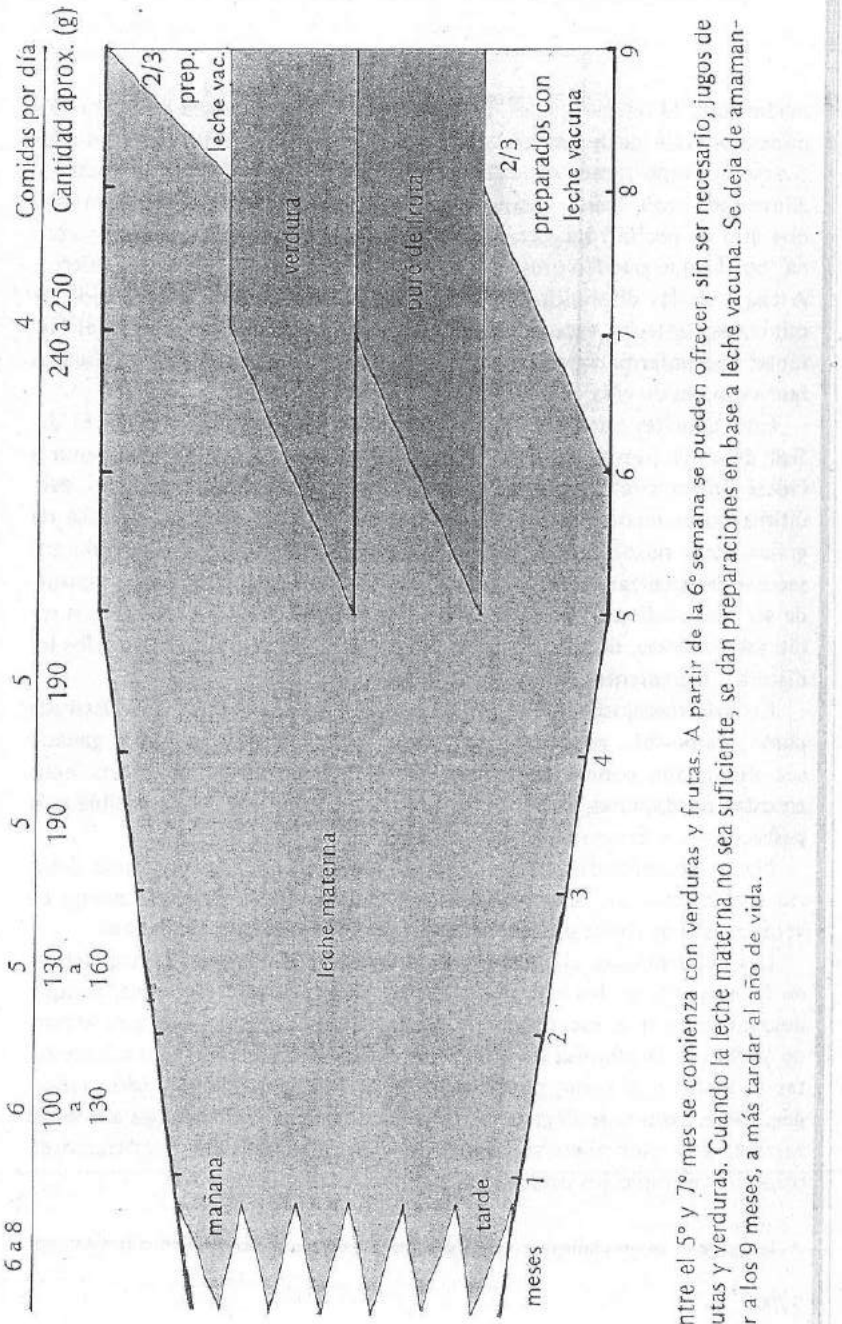
Por lo demás, luego de cada uso se procede a una limpieza a fondo mediante cepillo para botellas y bajo el chorro de agua caliente. Además, cada tanto se puede limpiar la tetina con sal de cocina. No se recomienda usar desinfectantes.

Conocimientos importantes respecto a la leche

a) Descomposición bacteriana: las bacterias de la putrefacción se desarrollan a temperaturas superiores a los 5°C. Para que los biberones no estén demasiado tiempo en la heladera en estado tibio, resulta importante enfriar previamente (a baño María) el alimento preparado. La conservación requiere temperaturas apenas superiores al punto de congelación. Cada vez que se introducen cantidades mayores de alimentos no enfriados en la heladera, su temperatura es capaz de elevarse durante horas por encima del frío conveniente.

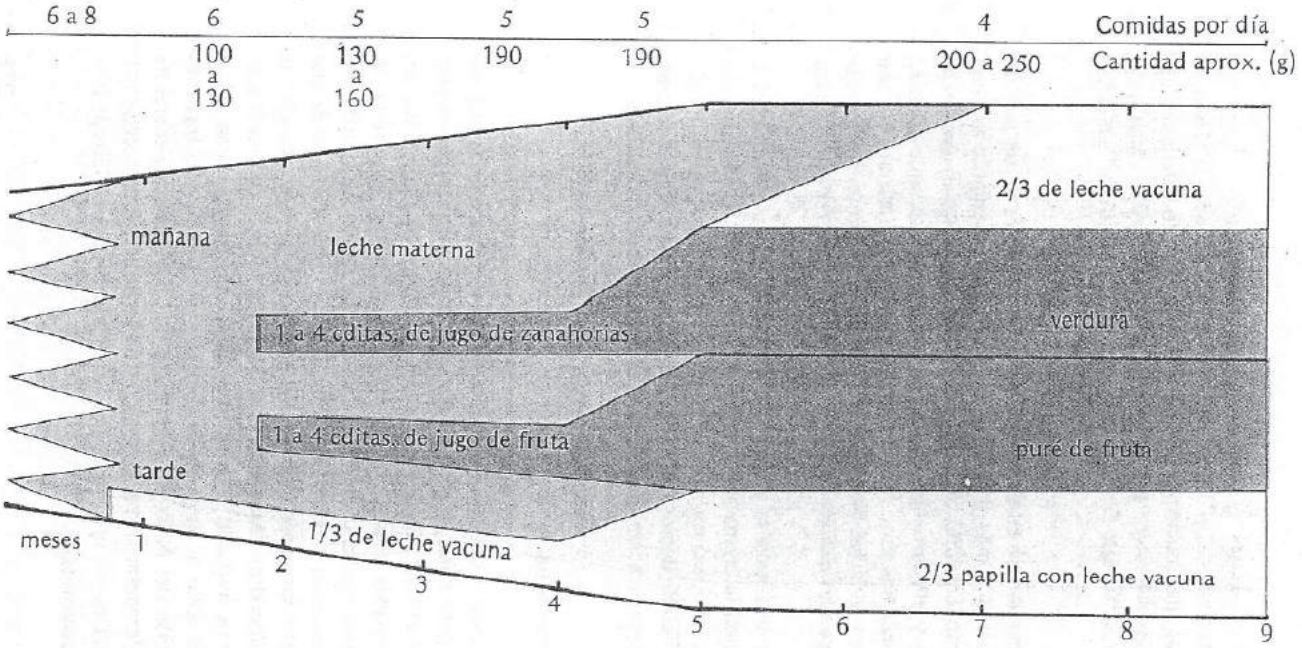
b) Pasteurizar o hervir: en estos procedimientos muere la mayoría de las bacterias, entre ellas también las de la tuberculosis. Si bien la leche en-

1. Alimentación en el 1° año de vida, para el caso de lactantes amamantados. sin necesidad de recurrir al biberón



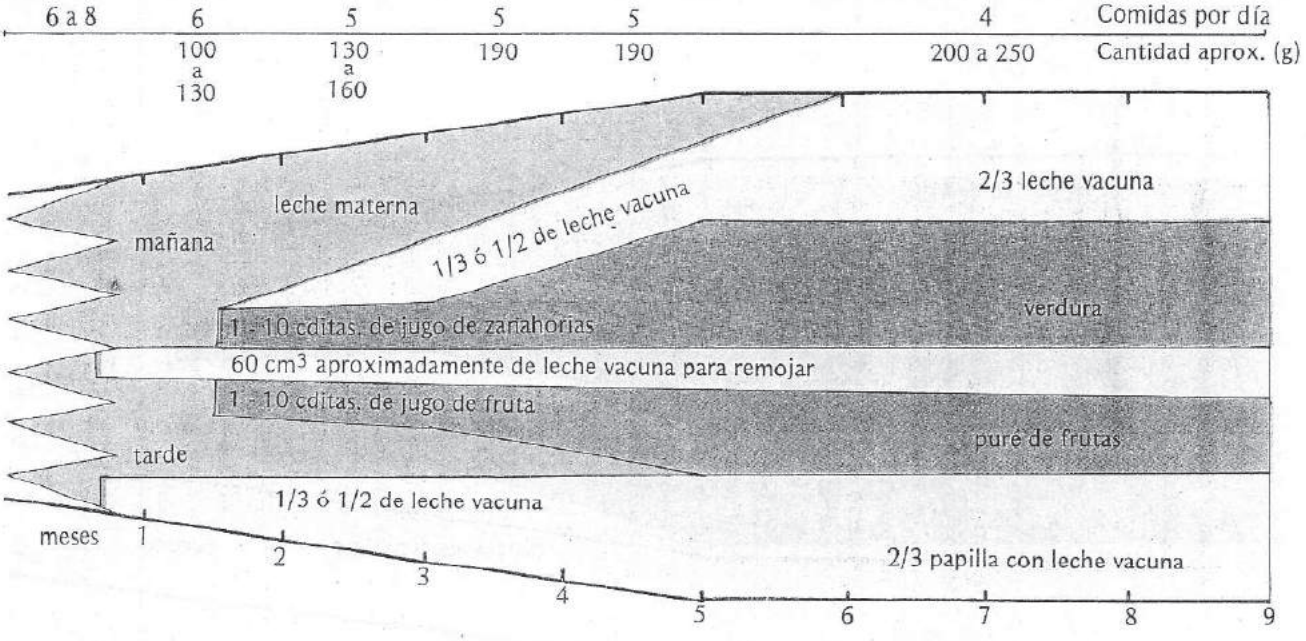
Entre el 5° y 7° mes se comienza con verduras y frutas. A partir de la 6° semana se pueden ofrecer, sin ser necesario, jugos de frutas y verduras. Cuando la leche materna no sea suficiente, se dan preparaciones en base a leche vacuna. Se deja de amamantar a los 9 meses, a más tardar al año de vida.

2. *Alimentación en el 1° año de vida, para los casos en que haya que apoyar el desarrollo con adicionales a base de leche vacuna.*

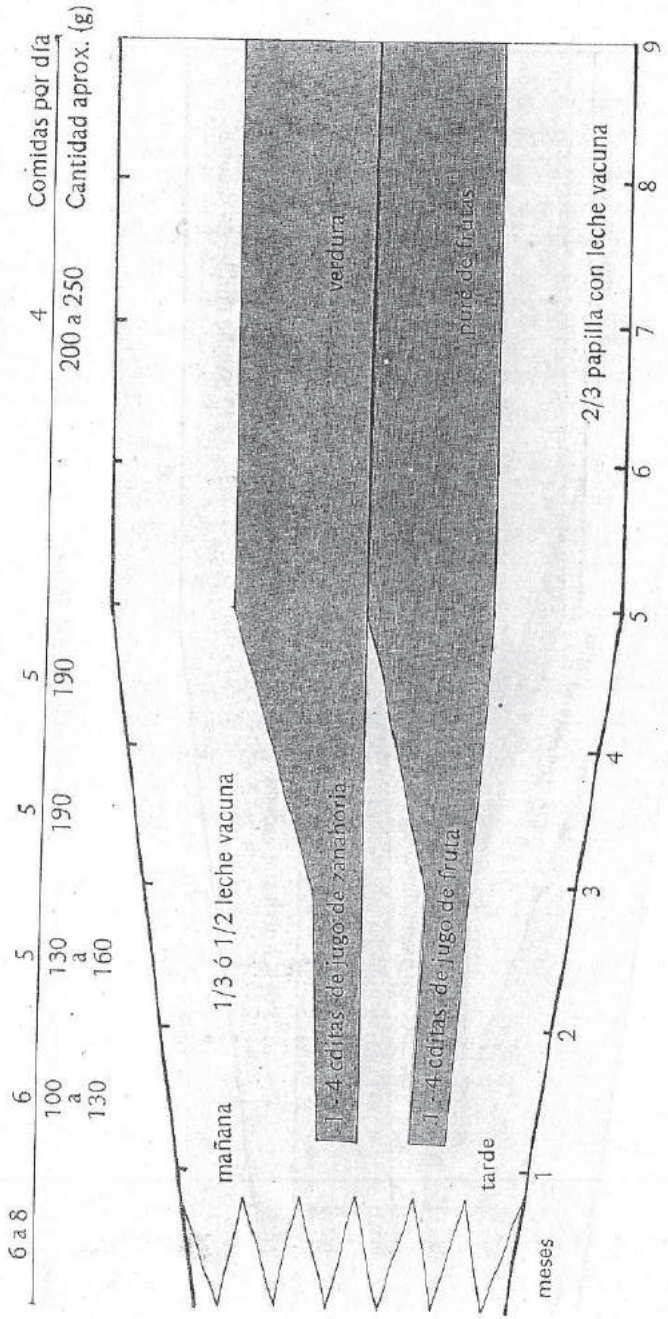


El alimento adicional se da por la tarde para alterar lo menos posible el ritmo del amamantamiento y la cantidad ofrecida.

3. *Alimentación en el 1° año de vida, para los casos en que la leche materna no sea suficiente.*



Siendo posible, el amamantamiento puede prolongarse más allá del 5° mes.



4. Alimentación en el 1° año de vida, en base a leche vacuna.

tonces ya no es tan valiosa, sí brinda seguridad con respecto al riesgo de diarreas infecciosas, particularmente en verano. Un rápido calentamiento y enfriamiento conserva mejor sus cualidades. Para uso casero alcanza llevar la leche a unos 80°C, vale decir hasta que se pueda "escuchar" su calentamiento.

c) Esterilizar o uperizar: la esterilización se realiza a través de un *prolongado calentamiento* a más de 100°C; la *uperización* mediante un muy breve calentamiento a 140°C. Ambos tratamientos garantizan una leche libre de gérmenes y en consecuencia de larga duración, aunque también deja de ser una sustancia viva. Por lo tanto, estos procedimientos no son recomendables para la leche. Además, en reiteradas ocasiones los controles han revelado grandes cantidades de los llamados cadáveres de bacterias.

d) Homogeneizar: se disocia la grasa de la leche en gotitas más finas. Entonces ya no flota la crema sobre la leche. Esto resulta conveniente para la comercialización, pero no necesariamente para el consumidor. (Existe una teoría –difícil de demostrar– sobre el origen de la arterioesclerosis, que señala la homogeneización de la leche como causante de la misma.)

A Preparaciones con leche

NOTA: Las próximas recetas indicadas se basan en experiencias que hemos recogido durante años en el cuidado de lactantes internados y visitas en el consultorio. Somos conscientes de que en algunos lugares del mundo estas recetas todavía no son realizables porque el puré de almendras no se ofrece en los comercios o las mismas almendras son de mala calidad. Pero deseamos transmitirlas, sin embargo, con el objeto de que sirvan como modelo para encontrar nuevas soluciones o para estimular la provisión de las almendras adecuadas. Para aquellos lugares en donde esto no es posible hemos indicado recetas alternativas designadas como 1 b y 2 b. Corresponden éstas a las recomendaciones del reconocido Instituto para la Alimentación del Niño de Dortmund en la República Federal de Alemania. (Las diferencias en las cantidades de leche entre las recetas originales y de alternativa son originadas por los diferentes contenidos de proteínas de sus componentes.)

El lector advertirá que nuestra primera receta no contiene cereales, contradiciendo así una costumbre generalizada. Pero este esquema alimenticio responde más a las posibilidades digestivas del lactante pequeño (véase pág. 270). En su composición, esta leche es muy similar a la leche materna (plenamente adaptada).

Receta 1a

Con 1/3 de leche, puré de almendras y lactosa.

	cantidad diaria		
	600 ml	750 ml	900 ml
1 parte de leche vacuna	200 ml	250 ml	300 ml
2 partes de agua	400 ml	500 ml	600 ml
4% de puré de almendras	24 g**	30 g	36 g
6% de lactosa*	36 g	45 g	54 g
	repartir entre 4 a 6 biberones	repartir entre 5 a 4 biberones	repartir entre 5 a 4 biberones

* Corresponde al contenido en la leche materna y no es reemplazable por otro tipo de azúcar.

** Pesar una vez en una balancita y determinar a cuántas cucharaditas corresponde.

Para tener en cuenta: ¡las almendras amargas son peligrosas para el lactante! Quien desee preparar en forma casera el puré de almendras, por supuesto lo puede hacer. Para ello se echa agua hirviendo sobre las almendras, se les quita la piel marrón, que entonces se puede separar fácilmente

con los dedos, y se examina cada almendra, cortándole un pequeño trocito, para controlar si es amarga. A continuación las almendras se hacen puré en la licuadora o se las muele muy finitas en un molinillo adecuado para almendras. Finalmente se produce una papilla espesa que se suspende en agua y leche hervida brevemente (o por lo menos a 80°C). Preparar el puré revolviendo y agregar la lactosa sin hervirla. Distribuir entre los biberones a través de un tamiz. Los biberones destinados a la reserva, una vez entibiados en baño María se guardan cerrados en la heladera. Donde no se dispone de ella, habrá que preparar los biberones de a uno por vez. Los biberones no deben contener más alimento que el que corresponde por comida: como ya hemos dicho, la cantidad total diaria no debe superar una séptima hasta una sexta parte del peso corporal.

Este preparado también puede ser usado en la lactancia mixta. ¡Entonces prestar atención que el agujero de la tetina sea tan pequeño como fuera posible! Este alimento se presta para lactantes aproximadamente hasta los 3 meses. Si bien es una preparación compuesta no presenta las desventajas de la pre-elaboración industrial. En los negocios dietéticos se consigue una lactosa preparada a partir del suero de la leche, que todavia contiene vitamina B_2. Todos los preparados de leche vacuna presentan escasez de vitamina C, por lo que a más tardar en la sexta semana de vida habría que agregarla (ver jugos de fruta, pág. 297).

Receta 1b

Con 1/2 de leche, aceite de girasol y lactosa para preparar en el momento.

	por biberón		
	150 ml	200 ml	250 ml
1 parte de leche vacuna	75 ml	100 ml	125 ml
1 parte de agua	75 ml	100 ml	125 ml
5% de lactosa	7 g	10 g	12 g
1,5 a 2% de aceite de girasol	3 g	3 g	3,5 g
	6 - 4 biberones por día	5 - 4 biberones por día	5 - 4 biberones por día

Preparación: Como se indica en la Receta 1a reemplazando el puré de almendras por el aceite de girasol. Revolver muy bien para obtener una buena mezcla; se puede usar una licuadora para que el aceite quede bien incorporado. Se vierte inmediatamente en el biberón y se administra antes de que el aceite vuelva a separarse. Es también por este motivo que debe prepararse sólo la porción a utilizar.

Receta 2a

Con 1/2 de leche, puré de almendras, lactosa y harina super fina de cereales.

	cantidad diaria	
	600 ml	800 ml
1 parte de leche vacuna	300 ml	400 ml
1 parte de agua	300 ml*	400 ml
2% de polvo de harina super fina	12 g**	16 g
3% de puré de almendras	18 g	24 g
4% de lactosa	24 g	32 g
	repartir entre 4-3 biberones	repartir entre 5-4 biberones

* Al tener en cuenta las concentraciones precisas, al finalizar el proceso de cocción habría que reponer el agua evaporada (aprox. 10%).
** Ver observación en pág. 274.

Recomendamos una mezcla de granos de trigo, avena y cebada recién molidos bien fino. Para el recién nacido, durante el primer mes de vida todavía resulta más digestiva la harina de arroz integral.

Preparación: Se hierve el agua con la harina super fina durante 5 a 8 minutos, o según las indicaciones que figuran en el envase. Luego mezclarle la leche y llevar brevemente a 80°C. Se agrega puré de almendras y lactosa tal como se indica en la página 275.

Receta 2b

Con 1/2 de leche, aceite de girasol y lactosa para preparar en el momento.

	por biberón		
	150 ml	200 ml	250 ml
1 parte de leche de vaca	75 ml	100 ml	125 ml
1 parte de agua	75 ml	100 ml	125 ml
4% de lactosa	6 g	8 g	10 g
2% de harina super fina de arroz.	3 g	4 g	5 g
1,5 a 2% de aceite de girasol	3 g	3 g	3 g

Preparación: Como se indica en la Receta 1b.

A los 4 - 6 meses se pasa a una mezcla que contenga 2/3 de leche.

Receta 3

2/3 de leche con harina super fina de cereales y azúcar, acaso con el aditivo de puré de almendras.

	cantidad diaria		
	750 ml	500 ml	250 ml
2 partes de leche vacuna	500 ml	330 ml	165 ml
1 parte de agua	250 ml*	170 ml	85 ml
2,5% de harina superfina	19 g	12 g	6 g
3% de azúcar	22 g	15 g	7,5 g
(1% de puré de almendras)	(7,5 g) repartir entre 4-3 biberones	(5 g)* repartir entre 3-2 biberones	(2,5 g) un biberón

* Ver observación pág. 276.

Preparación: Como se indica en la Receta 2. (Se puede aumentar un 2,5% más la cantidad de harina super fina.) En caso necesario se agrega o no el 1% del puré de almendras. El azúcar se puede agregar en la forma de azúcar común (ver pág. 298), o en lactantes mayores extracto de malta o miel. Según nuestra experiencia, la inmensa mayoría de los niños sólo necesitan el aditivo de 3% de azúcar común. Esto resulta importante, ya que por el bajo nivel de azúcar se evita que los niños se acostumbren a un sabor demasiado dulce. En la lactosa este problema no existe, ya que endulza menos. En nuestra primera receta corresponde al contenido de la leche materna.

Con 500 ml de leche vacuna, que figura en la columna de la izquierda de la Receta 3, la presencia de proteína se encuentra algo por encima del requerimiento diario (que es aproximadamente de 400 ml de leche vacuna por día durante todo el primer año de vida); en la columna del medio, con 330 ml es algo escasa. Pero con el agregado de aproximadamente 70

ml de leche vacuna o un poco de queso blanco como aditivo al puré de frutas, las necesidades ya estarán cubiertas. La columna de la derecha presenta las cantidades por biberón, que con frecuencia se da por la mañana.

Hasta alrededor de los diez meses se utiliza esta mezcla con 2/3 de leche, y recién entonces se la reemplaza por leche entera. Con ésta puede entonces reducirse y hasta dejarse de lado totalmente la harina super fina y el azúcar. En el segundo año de vida se sustituye el biberón por leche de la taza y pedacitos de pan.

Si aparecen trastornos a raíz de los alimentos arriba citados, se pueden introducir las siguientes modificaciones:

Ante constipación se puede reemplazar parte de la cantidad de azúcar común por lactosa o extracto de malta.

En casos de deposiciones demasiado líquidas, se sustituye la lactosa por 3 a 5% de azúcar común o sea azúcar 100% de caña, reduciendo transitoriamente la proporción de puré de almendras.

Ante falta de saciedad se puede pasar más pronto a la Receta 2.

Si el niño escupe la comida o tiene flatulencias, no siempre se trata de una intolerancia de los componentes del alimento, sino con frecuencia también de otros factores (ver páginas 37 y sig., 91). Ante flatulencias a causa de una fermentación excesiva de la lactosa, ésta puede ser reemplazada por 3 a 5% de azúcar de caña. Ante la sospecha de intolerancia del puré de almendras, se pueden utilizar las Recetas 1b y 2 b donde se lo sustituye por aceite de girasol y sacarosa, ¡revolviendo minuciosamente o agitándolo muy bien inmediatamente antes de darlo para comer!

Ante la intolerancia de leche vacuna o cereales, ver páginas 94 y 271. En general, las modificaciones en la alimentación deberían ser aconsejadas por el pediatra experimentado.

Una posición especial ocupa la alimentación que sigue:

Preparación del biberón, libre de leche vacuna, con puré de almendras y lactosa

	cantidad diaria	
	300 ml	600 ml
agua	300 ml	600 ml
6-7% de puré de almendras	18-21 g	36-42 g
6% de lactosa	18 g	36 g
	repartir entre 6-2 biberones	repartir entre 6-3 biberones

Preparación: Mezclar en agua hervida.

Esta preparación está permitida en las tres primeras semanas de vida, para compensar la escasez de leche materna; aparte de estos casos, únicamente según prescripción del médico. ¡Cuidado con la falta de proteínas y sustancias minerales! Para evitar confusiones, sólo hablamos de "preparación de almendras" y no de leche, cuando no se le agrega leche vacuna.

¿Es necesario el aditivo artificial de vitaminas y hierro a la alimentación del lactante?

En la mayoría de los países latinoamericanos, casi todas las leches disponibles en el mercado contienen un aditivo de 5000 U.I. de vitamina A y 400 U.I. de vitamina D por litro. Además, los productos industrializados de leche en polvo también contienen aditivos de vitamina A, D, E, C, B_1, B_2, B_6, B_{12}, K_1, como así también otros minerales y oligoelementos. Hasta mediados de nuestro siglo, la humanidad se ha desarrollado sin estos productos artificiales. Nosotros no sólo consideramos que estos aditivos alimenticios sean oportunos, sino hasta perjudiciales. Durante su propia actividad digestiva, el organismo normalmente absorbe y asimila los

minerales, vitaminas y oligoelementos contenidos en los alimentos naturales. El exceso de aditivos vitamínicos artificiales facilita esa actividad al organismo, debilitando así, su propia capacidad para aprovechar el alimento. Esto, aparte del hecho de que toda sobredosis de una sustancia tan altamente eficaz carga el organismo (éste debe realizar la eliminación de todo lo superfluo), puede conducir a daños permanentes (compárese por ejemplo con página 309 y siguientes, respecto a la vitamina D y el raquitismo). Demás está decir que el lactante que se encuentra totalmente en la etapa constructiva, rebozante de voluntad de vivir, en general tolera toda alimentación para lactantes que se le ofrezca. No obstante, el aumento de las tendencias acelerantes (maduración corporal precoz), como también las afecciones alérgicas, deberían hacernos replantear la cuestión de la alimentación óptima para el lactante. De todos modos, la alimentación casera recomendada por nosotros contiene vitaminas, minerales y oligoelementos necesarios en cantidades suficientes para el bebé. Otros aditivos, aun los de hierro, son innecesarios, a menos que se trate de un prematuro hasta el segundo mes de vida. Es nuestro fervoroso deseo que en el futuro la leche vuelva a ser elaborada con más consideración por parte de la industria lechera, y que se desista de la vitaminización artificial. También sería altamente recomendable que existan fabricantes de alimentos para lactantes, que no sólo trabajen con miras al análisis cuantitativo de las sustancias alimenticias, sino también a la calidad, vale decir que sean frescos y conserven su estado natural puro.

B Alimentación complementaria con verduras, frutas, papillas y yoghurt

Aproximadamente alrededor de la sexta semana de vida, al niño que recibe alimentación artificial se le agrega diariamente jugo de frutas y verduras por cucharaditas. En general se da 1 a 4 (hasta 10) cucharaditas de jugo de naranja u otra fruta, y 1 a 4 cucharaditas de jugo de zanahoria (rallada cruda, se le agrega una pizca de azúcar para que desprenda el jugo, y se exprime a través de un tamiz). Esta costumbre se mantiene por lo menos hasta implantar las comidas con verduras o frutas.

En lo posible, las naranjas empleadas no deberían haber sido fumigadas ni tratadas, vale decir que han de ser totalmente naturales y las zanahorias deben provenir de un cultivo biológico-dinámico. Los concentrados en

venta en los comercios por lo general contienen mucho azúcar y la pequeña cantidad que toma el niño contiene poca vitamina C. Se los puede usar para endulzar si se conoce su contenido de azúcar. Si el niño reacciona a los jugos de fruta con paspaduras, se le deja de dar durante unos pocos días y luego se vuelve a intentar con cantidades menores. En el niño alimentado con leche materna, los datos respecto al momento indicado se postergan por dos a tres meses (véase esquema).

El agregado de yoghurt descremado por cucharaditas también ha dado muy buenos resultados para la regulación de la función digestiva. También estimula la formación de una sana *flora intestinal*, que el niño en desarrollo necesita para asimilar la creciente variedad de alimentos.

Preparación de la comida con verduras

Se hierve la verdura y se la hace puré, en primer término zanahorias, luego una a dos veces por semana también zapallo, hinojo, espinacas, colinabo, coliflor o papilla de lechuga. Las zanahorias deben y pueden hervir mucho tiempo sin perjudicarse. Al principio se ofrecen por cucharaditas antes de la mamada o también mezcladas con un poco de alimento del biberón. El niño debe acostumbrarse tanto a la cucharita como también al nuevo sabor. Un poquito de azúcar o miel puede resultar muy útil. Se aumenta lentamente primero a media comida de verdura y luego a una completa, sin sal (agregando al final dos cucharaditas de las de té de aceite de girasol). No recomendamos carne de ningún tipo (compárese pág. 301). El empleo de puré envasado muchas veces representa una solución de transigencia; preferimos las zanahorias envasadas provenientes de cultivo biológico-dinámico.

La preparación de la comida con frutas

Uno o dos bizcochos de harina integral fina de buena calidad se colocan en remojo en agua o leche hervidas y se mezclan con manzana rallada sobre rallador de vidrio (lavada, sin cáscara y sin semillas), agregando un poco de azúcar o miel. Aparte de manzanas, según la estación del año también pueden usarse frutillas, frambuesas, grosellas (pasadas por tamiz), duraznos y bananas, eventualmente también jugos de frutas. En lactantes mayores, delgados, también se pueden mezclar algunas cucharadas de queso blanco no descremado. Siempre se comienza con cantidades pequeñas, aumentando gradualmente hasta la comida completa.

Preparación de papilla con leche

En niños con alimentación artificial, la papilla con leche puede reemplazar al biberón de la noche aproximadamente a partir de los cuatro meses. En niños amamantados puede sustituir al biberón después del destete. Se utilizan las mismas diluciones hechas para el biberón, y se cocina con ellas a discreción sémola o avena arrollada fina, harina super fina de cebada, más adelante también copos de mijo u otros preparados de cereales (¡menos salvado!), agregándole alrededor del 3% de azúcar. Desde luego que la cantidad de leche empleada para la preparación de la papilla debe ser incluida en el cálculo del consumo diario.

Papilla de sémola con manzana

Algunos padres a partir del cuarto mes ya diluyen la papilla con algo de compota de manzana o manzana rallada. Este resulta un hábil recurso en niños con mucho apetito y exceso de desarrollo.

¿Bebidas adicionales durante la lactancia?

Si un adulto quisiera tomar diariamente la misma cantidad de líquido en proporción al resto de las comidas que un lactante de seis meses, debería ingerir diez litros con el alimento. Vale decir que el lactante ya ha consumido considerablemente más líquido en su alimentación normal que personas mayores. Los consejos que se hacen oír una y otra vez en el sentido de que habría que dar mucho de beber a niños y en particular a lactantes porque éstos supuestamente tendrían "gran necesidad" de líquido, pasan totalmente por alto la realidad. En todo caso, el líquido adicional estaría indicado en días excesivamente calurosos o en presencia de fiebre, y desde luego con diarrea o vómitos (compárese también pág. 90).

La transición al segundo año de vida

Al comienzo del segundo año de vida lentamente tiene lugar la transición de la alimentación del lactante a la del niño pequeño. Inicialmente ésta todavía consiste en los alimentos acostumbrados, pero ahora se consumen estando sentado en la sillita alta; junto a la mesa y en compañía de los adultos. Muy pronto se advierte que los niños ya no comen sólo por hambre, sino también por imitación. Entonces alguna vez se le acerca un pedacito de pan o una costra de pan para que los chupe. En algún momento también querrán tener su propia cuchara, y de este modo trans-

curre gradualmente, a través de más de un embadurnamiento y chapoteo, la transición al comer por sí mismo. El cambio entre el esquema alimentario desde la leche, pasando por las diversas papillas, hasta la variedad de la alimentación adulta, no debería tener lugar demasiado bruscamente.

Sin embargo hay algo más que quisiéramos señalar con toda claridad: La importancia de la masticación para un sano *desarrollo* dentario y *maxilar*. Por esta razón recomendamos el pan de harina integral y no el pan blanco. Exige más esfuerzo en la capacidad de masticación, requiere un saludable flujo salival y contribuye a que la dentadura quede más anclada en el maxilar, gracias al esfuerzo de masticación realizado. (Compárese también páginas 291 y sig.).

¿A partir de cuándo el niño participa de la comida en la mesa?

Esta pregunta se plantea con frecuencia en el consultorio. La respuesta la da el propio niño. En cuanto pueda sentarse libremente (por regla general entre los nueve y once meses de vida), se lo puede sentar en una sillita alta, arrimada a la mesa familiar. Allí observa cómo comen los niños mayores y los adultos, y ésta es la mejor manera de aprender desde pequeño a comer por sí mismo por imitación, lo que por supuesto al comienzo sólo hace con la cuchara y los dedos. No es oportuno dar el biberón a los niños cuando comen con los demás en la mesa. Es preferible que un adulto les ayude a aprender a tomar de la taza y a comer con cuchara. El niño disfruta que se le dé de comer y está orgulloso cuando cada tanto también puede sostener la cuchara con su propia mano. Los niños a esta edad también pueden participar de comidas como canelones con queso y verdura y otras pastas livianas. Si bien para la madre resulta más sencillo hacer comer a su hijito el alimento para bebé, para el niño es mejor poder participar de la alimentación variada del almuerzo y la cena, excepción hecha de los platos que todavía no tolera y de la proteína animal ya mencionada. En este contexto también una y otra vez se vuelve a preguntar si para un niño no resulta incomprensible que los mayores coman carne y él mismo todavía no. A esto se puede contestar que el alcohol, el café y el té tampoco se ofrecen al niño pequeño. Es bueno que los niños aprendan desde chicos que hay determinadas cosas que todavía no son indicadas para su estado de desarrollo y que puedan anhelar para cuando alcancen la edad correspondiente. Si los adultos se sienten seguros de sus decisiones, los niños las aceptan muy fácilmente. Los problemas sólo surgen cuando los propios adultos

están inseguros respecto a si la privación, por ejemplo de un alimento, es oportuna o no para el niño. Este percibe de inmediato tal inseguridad y pedirá el alimento tanto tiempo hasta que el adulto se enternezca y ceda.

4. Para la comprensión de cada alimento individual

En el consultorio pediátrico todos los días se formulan preguntas con respecto a si el niño puede, y a partir de cuando, comer carne y huevos, cuáles verduras y cereales recomendamos y muchas otras. Asimismo se nos pregunta con frecuencia cuáles son los puntos de vista que surgen de la antroposofía para la evaluación de cada alimento.

Es por ello que comenzaremos por tratar algunas cuestiones previas, para luego detenernos en cada alimento individual.

a) La cuestión cualitativa

La calidad siempre está caracterizada por *cómo* ocurren las cosas y sus propiedades específicas en conexión con la naturaleza. No significa *cuántas* proteínas, grasas e hidratos de carbono contiene por ejemplo la harina de trigo, sino más bien cómo habría que ver las particularidades y diferencias de su presencia en la papa, el arroz y las legumbres. Además ocupa el primer plano la cuestión del *cómo* referido al cultivo, almacenamiento y preparación. Por ejemplo las diferentes calidades del almidón en el grano de cereal y en la papa, surgen de sus diferentes condiciones de vida y crecimiento, como así también de la totalidad de los procesos de elaboración que se realizan a continuación de su cosecha. En el párrafo precedente ya ha sido suficientemente expuesta la cuestión de la cantidad de alimento desde el enfoque práctico. Es obvio que este tema juega un importante papel para cada una de las sustancias alimenticias, aunque para la presente contemplación resulte secundario. La calidad global de la alimentación es el resultado de un equilibrio logrado entre diversas sustancias alimenticias. Por lo tanto es conveniente combinar alimentos provenientes de los diversos órganos vegetales, o sea de la raíz, tallo, hoja, flor y fruto. Durante la etapa de crecimiento y desarrollo de la planta, en cada uno de estos sectores transcurren otros efectos recíprocos con fuerzas del entorno que actúan en la tierra, agua, aire, luz y calor. Si una fuerza es depositada en la raíz, la hoja o en el fruto, hace que la calidad

de la planta esté una vez más expuesta a lo sólido y otra a los elementos aire, luz y calor. Es de esta manera que se brindan diferentes estímulos al organismo humano. Porque en la medida en que procuramos la fuerza que debemos ejercer para destruir determinada particularidad de un alimento y digerirlo, también disponemos de ella. Cuanto más variada sea la alimentación, tanto más diferenciadas son las fuerzas que hay que procurar para su digestión. Entonces estas fuerzas activan todas las funciones del organismo de la respectiva manera: la fuerza muscular tanto como la fuerza imaginativa, la fantasía, instintos e impulsos con las consiguientes simpatías y antipatías. Las maneras en que se han de imaginar estos diversos estímulos, surgen de una reflexión antroposófica de Rudolf Steiner, en la que compara al hombre con la planta*:

Aquí los procesos neuro-sensoriales responden a la actividad de una raíz vegetal, mientras las funciones metabólicas tienen su correspondencia en la formación de la flor y el fruto, las funciones rítmicas mediadoras (circulación y respiración) la tienen en los órganos de la hoja de la planta, activos para la respiración. Esta correlación permite comprender la razón por la cual por ejemplo el consumo de verdura de raíz o jugos y las infusiones hechas de raíces, apoyan primordialmente la actividad del sistema nervioso. Por el contrario, quien desee estimular más las funciones metabólicas, debería recurrir a infusiones de flores, manzanas y otras frutas.

Pero en todos los casos, en la alimentación habría que evitar la unilateralidad. A la larga, ésta última forzosamente debe conducir a déficit y debilitamiento funcional en los sistemas orgánicos que padecen un hipoabastecimiento.

Otra cuestión de calidad es la de las condiciones bajo las cuales se desarrolla una planta o un animal. Por ejemplo un cerdo, que puede vivir según corresponde a su especie y no es estimulado con medicamentos o criado artificialmente u obligado a moverse poco, dará como resultado una costeleta o un fiambre con otras fuerzas que uno que sólo fue cebado para el engorde unilateral, sin tener en cuenta todas las demás necesidades de este animal. Algo similar ocurre con las plantas. Los rabanitos o espinacas estimulados con fertilizantes nitrogenados tienen elevado contenido de agua, por lo cual su sabor es algo más insulso que el de sus pa-

* Compárese Rudolf Steiner: "Ernährung" (Alimentación), conferencias de la Edición completa, Stuttgart 1983.

res no abonados, y se caracterizan por ser más conservables, tener mayor contenido de nitrato (espinaca) y tendencias atípicas de crecimiento (esto es fácil de observar en los rabanitos, que presentan otro tipo de raíz que los que han crecido sin abono químico). Por otra parte se ha comprobado que las plantas así fertilizadas no tienen floración y formación del fruto, o las tienen tardíamente, razón por la cual —aparte del abono nitrogenado— también hay que agregar al suelo abonos potásicos y ácido fosfórico en forma de sales, para así garantizar la floración oportuna y suficiente.

Por esta razón es que también nosotros recomendamos productos de origen vegetal y animal provenientes de un cultivo que fortalezca la sanidad del suelo, plantas y animales. Una forma de cultivo que provoque el creciente empobrecimiento del suelo con respecto a minerales y cada año requiera mayor cantidad de abono inorgánico para mantener el suelo, y que además agote el campo por una explotación frutícola unilateral, no tiene sus miras puestas en el futuro. Lo mismo ocurre con el cultivo de plantas y cría de animales, en que ocupen el primer plano los aspectos cuantitativos, y además todo apunte a la obtención de ganancias materiales máximas. Tal actitud ante la naturaleza a la larga tiene que ser perjudicial para todos los interesados. La explotación biológico-dinámica es la que más consecuentemente persigue la meta de mantener la sanidad del suelo, planta, animal y hombre, mediante la introducción de puntos de vista cualitativos. Sus métodos fertilizantes biológicos, en parte totalmente novedosos, sus experiencias con una óptima secuencia de fructificación, campaña de lucha contra las plagas, cultivo de plantas y ganadería están descritos en la bibliografía que citamos al final de este capítulo. Aquello de este método agropecuario que apunta al futuro, reside en que también es aplicable en suelos pobres y en otros que durante años habían estado expuestos al agotamiento de los campos. Al cabo de varios años, en estos suelos se produce una creciente regeneración, nuevos cultivos de bacterias y pequeños animales del suelo sumamente útiles; resultado que sin duda hemos de valorar cada vez más en el futuro, una vez que se hayan puesto todavía más en evidencia los efectos secundarios dañinos que produce la fertilización artificial hoy en día mundialmente practicada, como también la lucha antiparasitaria y herbicida.

b) La cuestión de la dieta

Se considera sano a aquel que tolera todo. En ciertas enfermedades puede ser oportuno evitar determinados alimentos. En algunos casos también es razonable un día de ayuno oportuno cada tanto. En toda perturbación intestinal transitoria, en supuestas intolerancias o antojos temporarios, sin embargo, la meta debería ser acostumbrar al organismo a la variedad de los alimentos y así capacitarlo más para satisfacer todas sus exigencias. A ello se agrega un punto de vista social: quien tenga invitados y les sirva una comida preparada con afecto y dedicación, se alegrará de comprobar que no hay quienes se hayan traído un paquete con pan integral, ensaladas crudas o similares, intentando hacer conversación sobre el tema del valor o no de determinados alimentos. Toda alimentación especial elegida por propia voluntad puede conducir al aislamiento social que habría que evitar. De la misma manera en que un anfitrión naturalmente tendrá la debida consideración ante el estómago delicado de un comensal —sin hablar mucho sobre el tema—, también debería ser natural comer con apetito y entusiasmo algo que quizás en casa uno no se hubiera comprado ni preparado, pero que se puede comer; porque aquí se comparte la mesa con otros y como persona sana habría que estar en condiciones de digerir estos alimentos. En este contexto también quisiéramos tocar el tema de un malentendido que vuelve a aparecer una y otra vez: y es que por criterios que se desprenden de la ciencia espiritual antroposófica se recomendarían o prohibirían determinados alimentos. Rudolf Steiner siempre volvía a recalcar que no tomaba partido a favor ni en contra de determinada alimentación, sino que simplemente exponía puntos de vista que podían conducir a una selección y combinación más consciente de los alimentos. También nuestras expresiones con respecto a este tema únicamente pretenden ayudar a cada uno a saber con un poco más de precisión lo que hace al elegir, combinar y servir ciertos alimentos a su familia.

A Las infusiones adecuadas

A la edad del lactante y del niño pequeño y también más adelante, en gastroenteritis en general se usan infusiones de hinojo y de manzanilla. La infusión de hinojo rinde más cuando las semillas se machacan en un mortero. Sólo se le echa brevemente el agua y se cuela cuando haya adquirido un ligero color amarillento. La infusión de manzanilla no debería

prepararse con saquitos, sino en base a flores desecadas en forma casera o compradas. Menos conocida, pero también muy bien tolerada, es la infusión de rosa mosqueta. Esta última se prepara con las semillas de mosqueta a las que se les ha quitado la pelusa. Las semillas se hierven aproximadamente unos diez minutos o se dejan en remojo durante la noche, para luego hervirlas sólo tres a cinco minutos. La infusión de mosqueta es una bebida de sabor agradable, suave y refrescante.

A los niños también les gusta la infusión de menta o de melisa (torongil), eventualmente con algunas gotas de jugo de limón. Sin embargo, ante vómitos y dispepsias aquella no es particularmente indicada. La infusión de tilo tiene un sabor algo peculiar, que no siempre es del agrado de todos. Pero con algunas gotas de jugo de limón y miel gusta a casi todos los niños. Es particularmente indicado como sudorífico y puede ser de gran utilidad en resfríos y ante aumento de fiebre. Un buen sustituto del jarabe contra la tos es la infusión de tusílago llantén (Plantago lanceolata) y salvia, por partes iguales, con miel y limón. Aquí no deseamos mencionar las hierbas indicadas por el médico en ciertas enfermedades, ya que deberían adecuarse a cada caso. Pero los datos de interés general se pueden consultar en cualquier libro sobre hierbas.

A partir de la edad del jardín de infantes, en verano se puede servir una gran jarra con infusión no azucarada, quizás algo mejorada (con respecto al sabor) con un poco de jugo de fruta. De esta infusión los niños pueden beber entonces toda vez que tengan sed, sin por eso correr el riesgo de perder el apetito a la hora de comer. Por el contrario, debería estar prohibida toda bebida proveniente de la heladera y todas las gaseosas entre comidas. En las demás estaciones del año es mejor limitar el consumo de bebidas a las horas de comer. Constituye una mala costumbre tener siempre a mano de la cuna del lactante o niño pequeño un biberón con infusión azucarada o no. Aparte del perjuicio que esto ocasiona a los dientes (compárese pág. 305), los niños se acostumbran a beber por aburrimiento o simplemente como pasatiempo. Entonces es frecuente que haya problemas en la mesa, porque ya no tienen mucho apetito. Nosotros, por de pronto, cuando los niños entran a nuestro consultorio con un biberón en la mano, hablamos de la enfermedad del biberón. Los argumentos son siempre los mismos: "Le gusta tanto" o bien "Yo creía que los chicos necesitan mucho líquido". Quien considere el sistema gastrointestinal no como una cañería, sino como sistema de regulación de los procesos vitales

que transcurren en los líquidos corporales, se inclinará más bien a safisfacer estas funciones, que tienen lugar rítmicamente, a través de un ritmo que también provenga del exterior (véase también pág. 283, 429).

B La leche

La leche vacuna se ha constituido en uno de los alimentos más importantes de nuestra cultura. Si bien la lechede yegua y la de burra son mucho más parecidas a la humana, es difícil conseguirlas, por lo que son muy costosas. Se cuenta que en el siglo pasado, por ejemplo, una burra era conducida por las calles de Amsterdam y ordeñada para lactantes necesitados delante de sus domicilios.

Aparte de la leche vacuna, también la leche de cabra y la de oveja tienen significación en familias en que es imposible mantener una vaca, pero las necesidades de leche fresca son urgentes. Si la leche de cabra es adecuada, depende esencialmente de su alimentación y las posibilidades que tenga para correr. En ningún caso se debería usar la leche de una cabra de corral para un lactante pequeño. Y aquí habría que saber que el contenido de proteínas en las leches de los mamíferos es tanto más elevado cuanto más pequeños sean los animales. Por lo tanto, en esos ámbitos no vale la pena buscar un sustituto más adecuado para la leche vacuna. En cuanto a la cantidad, durante la lactancia habría que dar aproximadamente 400 ml de leche entera por día, transitoriamente a lo sumo 500 ml. Al ampliar la alimentación hasta incluir otros productos lácteos como queso blanco, yoghurt, kefir y más adelante queso, la cantidad mínima se hace incontrolable. De todas maneras no sería extraño que niños que comen mal, por otro lado tomen mucha leche.

Ocasionalmente, deposiciones que se parecen al jabón blando (pastosas, grisáseas) son expresión de un exceso de proteína láctea (por ejemplo por exceso de queso blanco).

Cuanto más fresca sea la leche al ingerirla, tanto más se conserva su integridad viviente, que no puede ser sustituida por ningún producto artificial. Rudolf Steiner llama al consumo de leche materna "educación corporal", porque en la digestión del producto altamente viviente que proviene del organismo materno, el organismo infantil en desarrollo aprende a manejar las fuerzas humanas de crecimiento y conformación. Esta estimulación de la actividad vital durante la lactancia, que echa las bases para la

conformación corporal para toda la vida, no es reemplazable por ningún alimento del mundo. De ser posible, todo niño debería tener acceso a ella.

C Las grasas

La grasa más usada en la alimentación de los niños es la manteca. Sólo en casos excepcionales, por consideraciones de salud, puede ser necesario que se sustituya por determinadas margarinas dietéticas. Se desaconsejan las grasas sólidas (hidrogenadas), por no contener ácidos grasos no saturados, activos en el metabolismo. Pero estas grasas se encuentran en muchas golosinas, que por esta razón también habría que excluir absolutamente de la dieta. Entre los aceites se preferirán los prensados en frío (aunque es difícil obtenerlos). Nos referimos principalmente al aceite de girasol, de oliva y de uva.

D Los cereales

Los primeros cereales se cultivaron en la antigua cultura persa alrededor de 5000 años antes de Cristo, a través de una minuciosa selección de hierbas. Desde entonces, conjuntamente con el arroz oriundo del Lejano Oriente y el maíz de América, constituyeron la base de la agricultura, dando al hombre la oportunidad de desarrollar sus culturas posteriores bajo circunstancias totalmente distintas a aquellas que permitían solamente la caza y la recolección. Con la transición a la agricultura y la ganadería, por vez primera el hombre ingresó en forma activa y modificadora en el mundo históricamente palpable: trabajaba la tierra y creaba nuevos productos para la alimentación básica y nuevas condiciones de vivienda y de vida.

Los cereales se caracterizan cualitativamente por estar muy expuestos a la acción directa del sol. Cuando luego el grano se elabora hasta convertirlo en pan, durante el horneado —aparte del agua y el aire— también participa muy especialmente el fuego. Por ello, el proceso del horneado constituye una especie de proceso de pre-digestión, ya que ayuda a abrir el grano. De esta manera se produce un alimento de una calidad muy particular, porque el trabajo humano continúa decisivamente con este proceso natural. En este contexto resulta interesante el hecho de que precisamente el pan era particularmente digno de atención en todas las culturas que lo adoptaron. Esto llega hasta la bendición sacramental del pan a tra-

vés de su transubstanciación subsiguiente en el cuerpo de Cristo. Gracias a los hombres que comían pan surgieron culturas diferentes a los cazadores y recolectores de la prehistoria.

El consumo de los cereales ha declinado notablemente en los tiempos más modernos, lo que se debe —por un lado— a un aumento en el consumo de grasas y proteínas y —por el otro— al creciente consumo de la papa. Recién en los últimos años se ha producido un movimiento contrario que comenzó a bregar por el horneado casero de pan y el retorno a los más variados platos de cereales en los esquemas alimentarios.

Una y otra vez hay padres que preguntan por qué el *pan blanco* no es sano.

El pan blanco y todos los alimentos hechos con harinas blancas contienen una harina que consiste únicamente en almidón puro. Las vitaminas del grupo B, importantes minerales y oligoelementos, como también el germen de trigo con el aceite que contiene y los fermentos de crecimiento necesarios para el proceso de germinación de los cereales, son eliminados sin excepción en toda la producción de harinas blancas. Esto da lugar a un producto inerte, altamente refinado, que por su proceso de industrialización también ha tomado contacto con una serie de productos químicos. Para cuya asimilación el organismo debe recurrir a sus *propias* vitaminas y reservas de minerales y oligoelementos. Por lo tanto, pueden aparecer por ejemplo síntomas de carencia de vitamina B, cuando los niños o adultos ingieren principalmente pan blanco o bien sólo comen arroz blanco. Además, debido al consumo de harinas blancas, se forman depósitos entre los dientes que producen placas bacterianas y fácilmente se forman caries (compárese pág. 000 y sig.), mientras el pan integral contiene vestigios de flúor, que previene las caries, y otros minerales que fomentan la salud dental.

En la actualidad es posible elaborar panes con harinas integrales, finamente molidas que, bien horneados, son tolerados aun por niño pequeños y ancianos con debilidad digestiva. Además, el pan integral estimula la actividad digestiva y previene la constipación.

Sin embargo, los cereales no sólo son importantes para hornear el pan, sino también en el almuerzo, como sustituto de las pastas y papas. Es mérito del Dr. Udo Renzenbrink, haber vuelto a demostrar estas posibilidades de los cereales, a través de la creación de una cantidad de recetas probadas por él mismo. Siempre que las diferentes variedades de cereales

sean elaboradas correctamente, y el padre de familia también pueda ser convencido de esta modificación en los hábitos alimentarios, entonces los niños compartirán estos alimentos con alegría y naturalidad. Nosotros consideramos muy oportuno otorgar mayor atención a los cereales al escoger los alimentos; no obstante, quisiéramos señalar que los cereales deberían ser servidos después de una adecuada preparación, como ser: molienda, remojo y lenta cocción. Si todavía no se tiene experiencia para su preparación, lo mejor es orientarse en libros de cocina dedicados a los cereales.

Bibliografía:

Appel, Jürgen: "Unkrautregulierung ohne Herbizide" (Control de las malezas sin herbicidas), Darmstadt 1982.
Koepf, H. K.: "Biologische Landwirtschaft, Einführung in den biologischen Landbau" (Agronomía biológica. Introducción al cultivo biológico de la tierra), Stuttgart, Editorial Eugen Ulmer.
Koepf, K. H.: "Was ist biologisch-dynamischer Landbau?" (¿Qué es el cultivo biológico-dinámico?), Dornach 1981.
Pfeiffer, E.: "Die Fruchtbarkeit der Erde" (La fertilidad de la tierra), Dornach 1977.
Remer, Nicolaus: "Lebensgesetze im Landbau" (Las leyes de la vida en el cultivo de la tierra), Dornach 1983.
Renzenbrink, Udo: "Ernährung unserer Kinder" (La alimentación de nuestros hijos). Grupo de trabajo para la invest. de la alimentación, 1977.
Renzenbrink, Udo: "Zeitgemäße Getreideernährung" (Alimentación con cereales acorde con la época actual), Dornach 1970.
Simonis, W. Chr.: "Kleines Taschenbuch der bodenheilenden Arzneipflanzen" (Pequeña edición de bolsillo de plantas medicinales saneadoras del suelo), Darmstadt 1974.

Horneado de pan. Bibliografía:

Görgens, Alfred: "Das goldene Backbuch" (El libro de oro de la repostería), Editorial Gunter Kock.
Meyer, Axel: "Die Kunst des Backens" (El arte de amasar), Editorial Samsara, Auetal.
Pokorny, Ada: "Die Verarbeitung des Getreides zu Brot und Gebäck" (La elaboración del cereal. Panes y tortas), Grupo de trabajo para la investigación de la alimentación, Bad. Liebenzell.
Schnitzer, Joh. G.: "Backen mit Vollkorn für Hausfrauen und Hobbybäcker" (Amasar con cereales integrales. Para amas de casa y aficionados), Editorial Dr. Schnitzer, Schwarzwald.

E La papa

La papa tuvo su origen al Oeste de América del Sur. Hace dos mil años ya se cultivaba en las alturas en la Cordillera de los Andes. Allí la descubrieron los españoles en 1526. En el informe de un padre jesuita, fechado pocos años más tarde en Perú, sobre la historia de la naturaleza y las costumbres de los indios, se describe un complejo secado de los tubérculos mediante los efectos alternados de calor solar y heladas nocturnas. De esta manera surgió una masa similar al pan, que se conservaba durante años (según K. y F. Bertsch, véase Bibliografía). En los países europeos, la papa inicialmente se convirtió en el alimento popular de Irlanda. En Europa Central se introdujo a través de Italia. Alrededor de 1700 llegó a Württemberg, Alemania, mediante medidas coercitivas por parte del gobierno, y contra la resistencia de los campesinos. En Prusia, Federico el Grande logró, también por la fuerza, el cultivo de la papa en gran escala. La resistencia también fue resultado del por entonces riguroso cultivo por rotación trienal, para el que el carpido de los tubérculos representaba un cambio significativo. Esta rotación de cosechas requería más fertilización y por lo tanto una mayor ganadería. Pero durante los siglos XVIII y XIX se advirtieron todas las ventajas del cultivo de la papa, y la llevaron a una especie de marcha triunfal. Excepto por pérdidas de cosecha (a causa de hongos), la papa demostró ser esencialmente más resistente que los cereales. En general, con la papa también resultaba más fácil sobrevivir en la guerra.

Desde el punto de vista cualitativo tiene significación que la papa pertenece a las plantas solanáceas: estramonio, beleño, chamico, dulcamara, tabaco, tomate y pimentón están emparentados con ella. La mayoría de estas plantas tiene partes venenosas. También la papa misma contiene una pequeña cantidad del veneno solanina, cuya concentración aumenta debido al ataque de bacterias, exposición a la luz o germinación, pudiendo así producir intoxicaciones.

Si comparamos la papa con los cereales, se ponen de manifiesto tendencias prácticamente antagónicas: cuando nace una plántula de la semilla de la papa, el brote principal se yergue hacia arriba, pero ya los brotes que surgen de las axilas de los cotiledones se curvan hacia abajo procurando entrar en la tierra. Entonces los tubérculos mismos crecen como nuevo vástago bajo la superficie de la tierra en forma de raíces. Al contrario de lo que ocurre en los cereales, aquí estamos entonces ante una inclinación

a apartarse de la luz. Además, surge la tendencia a la formación de veneno. Por lo tanto resulta lógico que un consumo unilateral de papa naturalmente ha de tener sus consecuencias. Esto puede ser corroborado por otro efecto, difícil de observar por el individuo mismo: Un hombre que bebe mucho alcohol, en su conducta intelectual y ánimo pondrá cada vez más en evidencia determinadas características que permiten advertir su hábito. Aparece cierta unilateralidad, achatamiento o tosquedad, aun fuera de los períodos en que se encuentra bajo el efecto directo del alcohol. Aquí lo decisivo es que el individuo afectado no lo advierte, por encontrarse en medio del proceso mismo. Lo que es evidente en el caso del alcohol, también vale para alimentos cuando son consumidos en exceso. Por cierto que la unilateralidad que aparece así será apenas perceptible, mientras no dé origen a un trastorno patológico evidente.

En base a sus investigaciones espirituales, Rudolf Steiner habló en diversas ocasiones sobre el efecto del consumo excesivo de la papa en el hombre. En este contexto recalca que afecta muy especialmente la capacidad intelectual: se debilitaría la capacidad de meditación profunda a favor del pensamiento más racional-reflexivo. La consecuencia de ello sería la tendencia a un modo de pensar que sólo desea orientarse según lo que está dado por los sentidos. Con ello se estimularía una vida perceptiva reducida a los aspectos materialistas, con lo que se relacionaría el afán de mantener este estado mediante el consumo cada vez más frecuente de la papa. Para el niño se originaría así un verdadero debilitamiento del ámbito del mesencéfalo, que a su vez podría conducir a una precoz debilidad senil de los ojos. Visto de esta manera, tampoco ha de extrañar que la marcha triunfal de nuestra manera de pensar cómoda que se orienta totalmente en la percepción sensorial materialista, coincida con la divulgación de la papa como uno de los principales alimentos.

¿Qué consecuencias se pueden deducir de estos datos? En realidad nada se opone a un experimento dentro de la propia familia: se puede intentar reducir gradualmente, poco a poco, el consumo de la papa a favor de los cereales, raíces y verduras. La papa misma puede ser usada en forma más variada, como sabrosa ensalada, buñuelos, ñoquis o papas fritas caseras.

Uno a dos meses después de tal cambio en la alimentación, sin duda se notará un aumento en la espontaneidad, rapidez y flexibilidad mental, como así también mayor lucidez.

Durante la gestación y el primer año de vida, sin embargo, cuando el cerebro todavía no ha superado las etapas decisivas de maduración, aconsejamos prescindir totalmente de la papa en la alimentación. Lo mismo rige para enfermedades neurológicas y afecciones cancerosas.*

F Verduras y ensaladas

Todos sabemos que las verduras y ensaladas son comidas sanas. Tal como ya hemos visto en la introducción, su valor no reside únicamente en sus componentes, sino en su combinación con las fuerzas más diversas de la naturaleza viviente. Sólo en períodos de alimentación unilateral, como en determinados regímenes o en estados de emergencia, los componentes y entre ellos los oligoelementos y vitaminas adquieren una significación preponderante.

Algunos detalles son dignos de mención para la alimentación en la primera infancia: el puré de zanahoria —con suficiente cocción— es tolerado a partir del tercer o cuarto mes. Antes de esta edad produce flatulencias. El jugo crudo ya se recomienda antes, por lo general a partir de la sexta semana. Los niños de pecho no lo necesitan. El colorante amarillo de la zanahoria se deposita parcialmente en el cuerpo o es transformado en vitamina A. La zanahoria tiene la particularidad de dar buena consistencia a la materia fecal. De esta manera brinda buena protección contra la diarrea. La zanahoria cruda, rallada, en realidad recién se puede dar a partir del segundo o tercer año de vida, y no como dieta antidiarreica. Otras verduras *"amarillas"* pueden ser incorporadas a las primeras papillas junto con la zanahoria, por ejemplo el zapallo criollo o la calabaza y en menor proporción la batata, pues esta favorece la producción de gases.

La espinaca por lo general recién se da algo más tarde a los lactantes. No contiene tanta cantidad de hierro como se sostuvo durante mucho tiempo. No obstante, si proviene de un buen cultivo y es fresca, puede ser considerada una verdura sana. Si se usa con excesiva frecuencia, debe

* En el contexto de esta temática resulta interesante que en Inglaterra existan sospechas de una relación entre el consumo de papa durante el embarazo y la aparición de malformaciones de segmentación en médula espinal y anencefalia pudiendo ser comprobadas en experimentos con animales (Renwick, J.H. et al.: Neural-Tube Defects Produced in Syriam Homsters by Potatoe Blykalhaloids; Teratology 30, 371, 84).

tenerse en cuenta que el ácido oxálico de la espinaca liga en forma insoluble el calcio en el intestino. Con una alimentación pobre en leche, este hecho puede acentuar situaciones de carencia de calcio en sangre (véanse págs. 308 y sig.). Recomendamos incorporar a partir del séptimo u octavo mes, una o dos veces por semana, hojas de remolacha cocinadas al vapor y finamente picadas o licuadas.

Aquí desde luego pensamos en todas las caras largas de niños y padres, que se reúnen alrededor de los platos de los niños con verdura o ensalada, por un lado negando, por el otro rogando, exigiendo o resignando. El frecuente "no querer verdura" y el hecho de que "la ensalada no baja" al estómago, no siempre radican solamente en los niños, sino a veces en la preparación ácida con vinagre. Una comida bien preparada se disfruta, que esté ligada al placer reside esencialmente en su preparación. Hoy en día se sabe que toda la secreción de las glándulas digestivas es influenciada decisivamente por el entusiasmo o la falta de ganas al comer. Los aderezos para ensaladas, preparados con crema ácida, limón y un poco de azúcar o miel, son gustosamente aceptados por los niños, como así también verduras brevemente rehogadas en manteca fresca y condimentada a gusto con hierbas (compárese también pág. 427).

G Fruta

La mayoría de los niños gusta de las frutas. Cuando no es así, es posible esconderla rallada o recién exprimida en el queso blanco o el "müsli". Ni siquiera tiene que ser una cantidad importante que ingiera el niño. Media manzana con un poco de jugo de limón por día alcanzan para niños que no gustan de las frutas. Si fuera posible, los niños deben comer frutas no tratadas, de manera de poderlas comer con cáscara. Nos duele escuchar la pregunta de un niño: "¿Puedo comer la manzana con la cáscara, o está fumigada?" - ¡Qué sensación de vida, cuando los alimentos deben ser considerados como algo peligroso, contaminados y se deba buscar en las respectivas etiquetas la marca para tener o no confianza en el producto!

En realidad, las bananas son frutas muy populares entre todos los niños. Pero habría que prestar atención que no las coman en exceso. Si bien contienen buenas sustancias alimenticias, ofrecen pocas fuerzas vivificantes. Dan mucha sensación de saciedad, pero hacen al niño algo perezoso.

Además, el proceso de maduración de la banana cosechada cuando todavía está verde, no deja de ser problemático. Deben ser almacenadas en frigoríficos y sometidas a la acción de bactericidas para evitar que pueda producirse su putrefacción. Luego son preparadas para la venta mediante elevación de la temperatura y sometidas a gas de etileno. Otro es el caso de las frutas cítricas, que de por sí son muy durables y cuya acción es refrescante y vivificante. De estas tampoco hay por qué consumir grandes cantidades. Para los niños recomendamos unos gajos o cucharaditas de naranjas y limones de calidad, no tratados, por día. En nuestras recomendaciones, por el contrario, hemos eliminado la banana de la lista de papillas diarias de frutas para lactantes y preferimos utilizarla más como corrector del sabor en dietas reconstituyentes, luego de las diarreas de los lactantes. En el resto de la infancia queda como una variedad de fruta entre muchas otras y, al contrario de lo que ocurre con la manzana, no debería estar presente a diario en la frutera.

H Azúcar y miel

El azúcar constituye un alimento particular, por cuanto *adopta con facilidad las cualidades de la cristalización*, sin ser una sal. En comparación con los alimentos tratados hasta aquí, tiende ligeramente hacia lo mineral-muerto. En su forma de azúcar industrializada su conservación es ilimitada. Como sustancia portadora de energía es formada en las partes verdes de la planta, siendo almacenada en la raíz, hojas, tallo, flor y fruto. También para el hombre representa una reserva energética, a la que este puede recurrir sin realizar un esfuerzo digestivo. Vale decir que el azúcar no estimula la actividad vital de los órganos como las partes frescas de la planta, sino sustituye en el cuerpo una sustancia que, en estado de perfecta salud, este puede elaborar por sí mismo en cantidad suficiente. Pero cuando el organismo se encuentra enfermo, demasiado cansado o agotado, esta ingestión de azúcar actúa como portador de energía y sustituto de la propia actividad digestiva. Esto resulta fácil de observar cuando a un bebe prematuro de 800 gramos de peso, decaído y débil, del que todavía se ignora si podrá sobrevivir, se le administra una gota de agua azucarada sobre los labios, dentro de la incubadora. Al percibir el sabor dulce, adquiere vida y movimiento, parece "tocado" hasta las puntas de los dedos de los pies y extiende los labios hacia adelante para recibir más. La gota se convierte

en anhelada agua de vida. Aun cuando para nosotros el saborear ya no es una actividad que comprometa todo el cuerpo, también nosotros conocemos el inmediato toque simpático del sabor dulce. Los sabores ácidos, salados y amargos apuntan todos a una orientación más excitante, agresiva. Lo dulce, por el contrario, reconforta, envuelve, tranquiliza y apoya. También fortalece directamente nuestra autoestima, sentimos el cuerpo más fuerte y por ende mayor bienestar. Este efecto provoca la tendencia a la repetición frecuente del consumo de azúcar. Se disfruta el aumento momentáneo de fuerza, sin advertir la mala costumbre, o sea el consiguiente desmoronamiento de fuerzas, al que nuevamente se intenta contrarrestar con crecientes cantidades de azúcar. Los niños con "adicción" a lo dulce se caracterizan por su inquietud, inconstancia y falta de concentración. Como desde la introducción del azúcar en la era post-napoleónica todos padecemos un creciente "sobre-endulzamiento", en el curso de este desarrollo también han surgido las correspondientes enfermedades causadas por la civilización. Estas se refieren en particular a las caries dentales (véase pág. 305) y aumento de diabetes mellitus.

Es sabido que la diabetes retrocedió marcadamente durante la Segunda Guerra Mundial, reapareciendo recién con el creciente standard de vida. Es por eso que particularmente a raíz de esta enfermedad podemos aprender hechos esenciales sobre la acción del azúcar. Todo diabético sabe que su estado se agrava con enfermedades, disgustos, excitación psíquica, sobrecarga intelectual, stress, alcohol y desde luego consumo incontrolado de comida. Se sentirá mejor, será más productivo, cuando pueda realizar su trabajo físico y mental dentro de un ritmo ordenado y con sensatez. También es posible advertir que en los antecedentes personales de diabéticos ancianos muchas veces se encuentra una continuada sobrecarga psíquica o intelectual en la infancia o juventud. También el factor hereditario tiene un importante papel. Todo lo que intente debilitar el Yo y le impida dominar su propia integridad, estimula la desviación del metabolismo de azúcar. Este es expresión de la actividad dominante del Yo en la sangre y por lo tanto, según fue descrito más arriba, a pesar de la tendencia al agotamiento, todavía es capaz de estimular ese Yo para alcanzar rendimientos máximos. Pero si por excesiva ingestión de azúcar el Yo se acostumbra a no elaborar el azúcar mediante su propia actividad digestiva a partir del almidón, y si desde el entorno y por herencia se le agregan otros factores debilitantes del Yo, entonces está dada la disposi-

ción hacia la diabetes. La conclusión a que lleva esto sin duda no ha de ser la de erradicar totalmente el azúcar de la alimentación. Más de un lactante alimentado sin azúcar, que no se desarrollaba satisfactoriamente, presentando un semblante pálido, gracias a un agregado de 3% de azúcar a su alimentación, en el curso de pocas semanas ha logrado convertirse en un niño rozagante y de buen color. El azúcar es una sustancia altamente eficaz, que fortalece la sensación del Yo, y que debería ser usada prudentemente de acuerdo con el temperamento y la constitución del niño. Pero después de una gran comilona con masas y tortas, por la noche de ninguna manera corresponde darle todavía una compota, un panqueque u otra golosina. Pero por el otro lado, a un niño cansado por jugar al aire libre, no ha de negársele un té azucarado a la hora de la merienda, o una leche con miel.

Entonces, ¿qué tipo de azúcar se debe preferir en la infancia? Habría que ser muy moderado con el *azúcar blanca.* Si bien hoy en día en su elaboración ya no se utilizan blanqueadores, a través de reiteradas cristalizaciones se consigue eliminar todas las impurezas. Por lo tanto queda químicamente puro. En consecuencia le faltan todos los minerales y vitaminas que el jugo de la caña de azúcar contiene todavía, que son necesarios para la asimilación del azúcar en el organismo. Ante su ausencia, el mismo organismo deberá encargarse de abastecerlos. Según el volumen del consumo de azúcar, de este modo surge la posibilidad de un empobrecimiento de vitaminas y minerales que, entre otras, es una condición previa para que se produzcan caries. Los alimentos naturales por lo general contienen todos los elementos requeridos por la digestión, tanto humana como animal. Es así que el azúcar contenida en la manzana no puede "quitar vitaminas o minerales", ya que aporta los suficientes oligoelementos para apuntalar la asimilación de azúcar en el organismo. También es por eso que el azúcar de caña o remolacha, en forma de *puro jugo exprimido,* produce menos caries. Algo similar ocurre también con el azúcar de caña, en su estado natural. Béguin ha hecho público este hallazgo en su obra "Natürliche Nahrung, gesunde Zähne" (Alimentación natural, dientes sanos). El señalaba que los labriegos en las plantaciones de caña de azúcar tenían dientes sanos hasta una edad muy avanzada, aun cuando durante el trabajo constantemente masticaban un trozo de caña de azúcar, succionando su jugo (compárese también pág. 305).

Nosotros no recomendamos el *azúcar negra* común. En su elaboración

sólo se suprimen los últimos procesos de purificación (refinación). Por lo tanto no sólo conserva un último resto de sus impurezas naturales, sino también residuos incontrolables de la totalidad de su proceso de elaboración.

Si no se dispone de un *preparado integral de azúcar de caña,* se puede recurrir al azúcar blanca, convenientemente combinada con otros alimentos. Si se la utiliza conjuntamente con las vitaminas y minerales de la leche, queso blanco, cereales, müsli y repostería hecha con harina integral en una concentración de 2 a 5%, entonces no podrá ser dañina para el organismo, suponiendo una limpieza regular de los dientes.

La *miel* no debería ser considerada simplemente como sustituto del azúcar. Para poder valorar debidamente esta sustancia, debe tenerse en cuenta su origen: La abeja obrera, preparada ya por la danza dentro de la colmena, en su veloz vuelo encuentra la ubicación de las plantas adecuadas, de cuyas flores orientadas hacia la luz extrae el néctar para su panal. Cuando el sol se ha escondido detrás de las nubes, la abeja se orienta por la luz polarizada del cielo. Durante el trabajo en la colmena se produce una temperatura muy similar a la del cuerpo humano. Las abejas, que en el exterior dependen totalmente de la luz y calor externos, se crean por sí mismas un ámbito cálido, superando así lejanamente lo que logran otros insectos. Una sustancia conformada en etapas de trabajo tan diversas, presenta más el carácter de medicamento estimulante de las actividades orgánicas del cuerpo. Por lo tanto no ha de sorprendernos que de los estudios espirituales de Rudolf Steiner provengan muchos datos para la utilización de la miel, por un lado para el hombre que envejece y tiende a la esclerosis, y por el otro, como profilaxis y terapia del raquitismo (compárese pág. 313). En el consultorio por lo general no recomendamos la miel durante los primeros seis meses de vida. Por su efecto estimulante, en ese período conduce fácilmente a diarreas. Más adelante consideramos suficiente aproximadamente una cucharadita de las de té por día.

Jamás recomendamos *edulcorantes,* ya que simulan algo ante la sensibilidad gustativa, que no corresponde a la realidad.

I Huevos, carne y pescado

Desde que se conocen determinadas enfermedades debidas a la caren-

cia de proteínas a causa de la falta de algunos de sus componentes, o sea los aminoácidos, se está dando extraordinaria atención a su adecuado abastecimiento. En verdad, el organismo humano no es capaz de plasmar por sí mismo todas las sustancias que componen las proteínas; en el caso de aminoácidos –imprescindibles para la vida–, depende de su capacidad de asimilarlos a través de la alimentación. Estos componentes especiales están contenidos en abundancia en los productos de carne animal, casi en su totalidad también en la leche, en menor medida en las legumbres (por ejemplo en los porotos de soja), almendras y nueces. Por lo tanto no hay motivo para consumir necesariamente carne, pescado y huevo*. La vida sobre la tierra también se ha desarrollado de manera tal, que la de los pueblos de Asia Oriental es preponderantemente vegetariana (¡y no solamente debido a su pobreza!), mientras los pueblos de América del Norte y sobre todo los del Sur registran el mayor consumo de carne, y los europeos presentan costumbres y necesidades alimentarias que oscilan aproximadamente alrededor del promedio entre los otros dos.

Con respecto a la decisión sobre el momento en que se debe comenzar a introducir huevo y carne en la alimentación infantil, se han de tener en cuenta las siguientes consideraciones:

La mayor parte de la masa muscular y fuerza del cuerpo humano se forma durante y después de la pubertad, mientras en los primeros años de vida la conformación del cerebro ocupa el primer plano. No cabe duda alguna con respecto a que al comienzo de esta época de desarrollo la alimentación natural está dada por la leche materna. Ahora bien, nos parece lógico no acelerar demasiado la transición de la alimentación láctea a la carnívora, ya que la leche materna como modelo alimentario del primer período de vida presenta un contenido sorprendentemente bajo de proteínas. Sin duda, la leche materna, por su reducido contenido de proteínas (aproximadamente la mitad del de la leche vacuna), es la mejor alimentación para el primer período de vida. En este y los siguientes, hasta alrededor de los tres años de edad, tiene lugar la maduración del cerebro hasta tal punto, que puede constituir la base para la actividad mental. En contraposición con esto, durante la pubertad tiene lugar un fuerte impulso del crecimiento, en que ocupa el primer plano el desarrollo de la masa

* Aquí no nos referimos al huevo "integrado" en el pastel o los fideos, sino al huevo u omelette del desayuno.

muscular y la fuerza corporal (el desarrollo del sistema nervioso y de los órganos sensoriales hace mucho que ha concluido). Por lo tanto nosotros consideramos coherente mantener el modelo alimentario brindado por la naturaleza en la forma de leche materna –vale decir de la proporción de proteína, grasa e hidratos de carbono que contiene– hasta finalizar el tercer año de vida. Productos lácteos, cereales, verduras y frutas son suficientes en la forma de la llamada alimentación lacto-vegetal. Cuando, coincidiendo con la primera vez que el niño se refiere a sí mismo diciendo Yo, comienza a vislumbrar la conciencia de su propio ser, entonces también se inicia una preferencia instintiva individual hacia uno u otro alimento con mayor intensidad que hasta entonces, ocupando los hábitos familiares y el afán de imitación un segundo plano. Tampoco ha de sorprender que a esta edad ya se observe si un niño será vegetariano o no. Porque algunos niños rechazan la carne o el huevo que se les ofrece entonces, mientras otros los requieren de inmediato y espontáneamente los adoptan como su "comida predilecta".

En una familia con cinco hijos el cuadro se presentaba por ejemplo como sigue: El primer hijo, a partir de su tercer cumpleaños participaba con placer y moderación de las comidas con carne y huevo. El segundo desarrolló una inexplicable avidez por estos productos, mendigando trocitos de carne del guiso de los demás. Por un pedazo de fiambre, pescado o huevo dejaba cualquier otra comida. El tercero se había orientado según este hermano mayor y para su tercer cumpleaños su deseo era comer pescado. Grande fue su decepción: no le gustó. Tampoco la carne y el huevo constituían grandes atracciones para él, aunque de vez en cuando los comía. El cuarto niño resultó ser vegetariano absoluto, al que ya le molestaba el olor y que de ninguna manera deseaba esa comida para su cumpleaños. El quinto hermano fue igual al primero. En este ejemplo se observa que no todo reside en la imitación, sino que verdaderamente fue el propio instinto alimentario el que indujo a la decisión.

Otra razón para evitar el huevo y la carne en los primeros años de vida, es su acción acelerante sobre el crecimiento corporal y el aumento de peso. Al comentar los diferentes tipos de leche ya hemos señalado que las diversas especies de animales desarrollan su cuerpo tanto más rápidamente, cuanto más elevado sea el contenido proteico de su leche materna.

Resumiendo, aconsejamos:

Una alimentación lacto-vegetal en el período de la primera infancia, en el resto de la infancia una alimentación variada y cualitativamente inobjetable, adaptada a las necesidades individuales, pero nunca demasiado abundante respecto a los tipos de proteínas. Ante apetitos unilaterales siempre se volverá a intentar ofrecer mayor variedad, en caso necesario entremezclados con el resto del alimento.

J Prevención a través de la luz solar

Tal como fue señalado en la página 201, a partir de la tercera semana de vida se expone al lactante a la luz azulada del cielo. Al comienzo alcanzan 10 a 15 minutos diarios, que más adelante se pueden prolongar hasta dos horas o más. Tal como ya se ha mencionado, es suficiente con exponer el rostro del bebé a la luz del cielo. Sólo hay que cuidar que la frente esté libre y que entre el rostro y el cielo no se haya interpuesto ninguna manta, cobertura del cochecito, velo, vidrio o techado de balcón. Cuando el sol está en el cenit, el contenido de luz ultravioleta está en su apogeo, mientras el brumoso cielo del horizonte ya no la deja pasar. Cuando el smog urbano no es demasiado denso, con buen tiempo este período alcanza para prevenir el raquitismo con certeza. Sólo habría que exponer al niño a la radiación solar directa cuando lleva la cabecita cubierta y se encuentra en brazos del adulto. Sólo así se tendrá la sensación segura del tiempo que esto resulta beneficioso para el niño.

K La sal y el agua mineral

Fundamentalmente, el lactante todavía ingiere su alimento sin sal. Del mismo modo, los niños pequeños todavía deberían consumir sus comidas apenas saladas. El pan y la leche contienen sales suficientes. Pero en ocasiones el niño tiende a una marcada ansiedad por lo salado. Esto no le hace daño, pero para el médico puede constituir un importante síntoma constitucional.

Para los lactantes y niños pequeños que se encuentran de viaje a veces suelen pedirse aguas minerales adecuadas para preparar su alimento y para usar en caso de diarrea. Por lo general, las aguas son adecuadas y se encuentran en uso también para lactantes. En la República Federal de Alemania sólo son aceptables algunas pocas aguas pobres en minerales. La mayoría

de las aguas minerales alemanas, en lactantes con el tiempo conducirían a fiebre y más, si se prepararan con ellas las leches en polvo. Su contenido en minerales es demasiado elevado y todavía no puede ser convenientemente asimilado por los niños a esta edad.

V. ¿EL FLUOR PROTEGE DE LAS CARIES?

Es sabido que los fluoruros inhiben las caries. Por ejemplo se ha observado que en regiones en que el agua potable contiene mayor cantidad de fluoruros que la habitual, la incidencia de caries es menor. De allí surgieron las recomendaciones para administrar fluoruros adicionales en formas diversas en las demás regiones civilizadas. Esto puede realizarse mediante la fluoración del agua potable con 1 mg de flúor por litro (1 mg/l); por fluoración de la sal de cocina o una entrega generalizada de tabletas de 1/4 a 1 mg de flúor según la edad. Además, los fluoruros también pueden incluirse en esmaltes, líquidos para la higiene bucal y pastas dentales. Es posible comprobar que gracias a la inserción del flúor, la superficie dentaria se hace más resistente a los ácidos. Tales ácidos son particularmente perjudiciales cuando se forman por descomposición bacteriana del azúcar. Más allá de la acción superficial, por una mayor oferta de fluoruros durante la dentición se aspira a una estructura más resistente también en la totalidad del esmalte dentario. Si los fluoruros no se administran durante la vida entera, entonces la superficie dentaria vuelve a perder esta sustancia y las caries pueden reaparecer rápidamente.

Contemplado de esta manera, resulta lógico que cada vez más odontólogos y organismos sanitarios se pronuncien a favor de la fluoración del agua o la ingestión regular de tabletas de flúor.

Nosotros no podemos recomendar esta medida. ¿Por qué no? Porque la administración de flúor disimula el problema propiamente dicho, sin resolverlo: las caries dentales, o sea la descomposición bacteriana del diente, *no* tiene su origen en la falta de flúor, sino en hábitos inconvenientes de alimentación, como así también en el deficiente cuidado de la dentadura e higiene bucal. No podemos considerar positivo mantener los malos hábitos, responsables de la enfermedad, con todas las secuelas que provocan en la totalidad del organismo; mientras para mitigar las consecuencias

negativas en la dentadura se aplican fluoruros artificiales a la alimentación, que no sólo ejercen la citada función para el esmalte dental, sino que también someten al resto del organismo a cargas excesivas. Por ejemplo, si se observa el contenido de fluoruros en la osamenta humana en la infancia, la madurez y la ancianidad, se registrará un continuo incremento desde el nacimiento hasta la vejez. Vale decir que cuanto mayor es el contenido de fluoruros en los huesos, tanto más habrá avanzado el proceso de envejecimiento fisiológico. Entonces, si a los niños regularmente se les administran fluoruros con la alimentación, se obliga al organismo antes de tiempo a depositar fluoruros en los huesos. Los defensores de la administración generalizada de fluoruros en la infancia recalcan —en base a numerosas publicaciones científicas— que los aditivos recomendados de fluoruros también son innocuos a largo plazo. A la luz de esta aseveración debemos examinar bajo qué planteamientos fueron realizadas tales investigaciones. Por ejemplo, ¿qué sabemos respecto a las secuelas del envejecimiento precoz de los huesos en la segunda mitad de la vida? ¿Qué sabemos sobre los efectos que ejercen los fluoruros sobre la vida consciente? ¿Podemos suponer que el abastecimiento o escasez de determinada sustancia en el organismo no tendrá influencia sobre el aspecto anímico-espiritual que actúa dentro de él? Nosotros no podemos dejar de plantear estos interrogantes, porque se sustraen casi totalmente a una investigación estadística. Lo que se conoce son las frecuentes manchas causadas por sobredosis de fluoruros (esmalte jaspeado, fluorosis dental), que ya pueden aparecer a causa de la concentración de 1 mg por litro, considerada la más favorable para combatir las caries, y que causa menos molestias de tipo cosmético. Como el hueso consiste en un material similar al del esmalte dental, y de todas maneras la mayor parte de los fluoruros ingeridos es introducido en la estructura ósea, también aquí deben tener lugar delicadas reestructuraciones. Nosotros contamos con que todo proceso sustancial del cuerpo se encuentra en interacción con la vida anímica. Aun cuando ello no esté abiertamente a la vista y todavía no esté concluida su investigación, debemos plantear el interrogante. En este contexto es interesante saber que la naturaleza ha sido sumamente moderada con los fluoruros en el hombre: la leche materna contiene extraordinariamente pocos fluoruros, aun cuando el agua potable contenga cantidades elevadas (0,2 mg de flúor por litro de agua potable corresponden a 0,01 mg por litro de leche materna)*.

* Iyengar, G.V.: "Elemental Composition of Human and Animal Milk, a Review", Uppsala 1979.

Curiosamente, el organismo materno protege al niño de una provisión mayor de flúor. Como hasta ahora la leche materna siempre ha demostrado ser el alimento ideal para el lactante, concedemos a estos resultados un altísimo valor indicativo y los consideramos un tipo de imagen natural para el tratamiento en los primeros años de vida. Si diariamente se administra a un lactante una tableta con 1/4 mg de flúor, recibirá aproximadamente una dosis veinte veces mayor a la de un lactante de pecho. Si es alimentado con leche en polvo enriquecida con 1 mg de flúor por litro de agua, tomará alrededor de ochenta veces la cantidad que mama un niño de pecho.

Ante estas *cuestiones*, y en base al hecho de que las caries tienen otro origen que la falta de flúor, consideramos injustificada la administración adicional generalizada de fluoruros. Esta, como así también la de otros medicamentos, sólo se justificaría en forma individual. Habría que prevenir las causas de las caries, sobre todo mediante una equilibrada alimentación, que renuncie ampliamente a los alimentos de refinería, como el azúcar refinada y los productos en base a harinas blancas: "Si no se consumieran tantos alimentos y bebidas dulces entre las comidas, y si se mantuvieran los dientes siempre libres de placas bacterianas (o sea limpios), esta sería una profilaxis más oportuna, por ser causal"*. Particularmente impactante es la comprobación de la influencia perjudicial del azúcar y los productos de harinas blancas a través de pruebas prácticas realizadas por el médico suizo Roos: en 1930, la gran mayoría de los campesinos montañeses del Alto Valle de Valais todavía tenían dentaduras sanas. Veinticinco años después de la apertura del valle por la ruta a través del Paso Furka, los cambios operados en los hábitos alimentarios de los niños de la región habían conducido a caries catastróficas**. Los dientes nos indican antes y con mayor evidencia que otros órganos, que algo funciona mal en la alimentación. Este es un serio indicio para modificar algo (compárese también el aumento en la diabetes, pág. 299). Pero como —aparte de una alimentación equilibrada— también al cuidado de la dentadura le corresponde una significativa importancia, para finalizar quisiéramos recordar las

* "Richtlinien zur Verwendung von Fluor-Präparaten. Der freie Zahnart" (Directivas para el uso de preparados con flúor. El dentista libre). Kern y Birner, Frankfurt/Main 1984, cuadernillo nº 6.

** Roos, A.: "Kulturzarfall und Zahnverderbnis" (Decadencia de la cultura y deterioro dentario). Hans Huber, Berna y Stuttgart 1962.

principales reglas de higiene bucal: después de cada comida, como también luego del (esporádico) consumo de golosinas, limpiar los dientes durante tres minutos con un cepillo de dientes de cabeza pequeña. Esto se realiza cepillando los dientes vigorosamente *a partir de la encía* hacia el borde del diente, y además a lo largo de las superficies masticatorias. La encía misma también se trata minuciosamente. Luego de un bocado no dulce entre las comidas, alcanza con enjuagar la boca.

Lo importante es que también en los jardines de infantes y escuelas se brinde la oportunidad para cepillarse los dientes.

VI. RAQUITISMO

El raquitismo es una enfermedad causada por carencia de luz. Pero como aparece primordialmente en los centros industriales de regiones templadas, también es una enfermedad de la civilización. A causa de la carencia de luz aparecen trastornos del metabolismo de calcio y del fosfato que, al no ser tratados, conducen a graves incurvaciones óseas, trastornos del crecimiento y debilidad de las defensas contra infecciones. Las formas serias hoy en día ya sólo se observan en casos de abandono grave o trastornos metabólicos congénitos. Pero el raquitismo puede afectar a cualquier niño que viva durante largo tiempo alejado de la luz, sin que se haga nada a su favor. Son amenazados y afectados principalmente los lactantes en el primer invierno. En la prehistoria industrial del siglo pasado, las condiciones de luz y de vida también eran tan catastróficas, aun para los adultos, que también corrían riesgo de contraer el raquitismo. (La palabra "raquitis" o "raquitismo" en realidad significa inflamación de columna vertebral y se debe a una confusión entre diversos cuadros clínicos. Pero se ha hecho tan popular, que no fue sustituida. Sería posible y correcto llamarla "enfermedad por carencia de luz".) En el contexto del raquitismo aparecen estados de carencia de calcio en sangre, que pueden aumentar de manera tal que aparezcan espasmos (tetania raquitógena). Esta complicación en la actualidad ocupa el centro de atención, conjuntamente con graves deformaciones óseas hoy en día muy infrecuentes. En general, la sospecha de un raquitismo incipiente aparece por el *creciente sudor del niño a través de varias semanas, sin causa aparente,* como ser

fiebre, consumo de mucho líquido o vestimenta demasiado abrigada. Es característica la humedad en el occipucio, manos y plantas de los pies. A continuación, la incipiente carencia de calcio por lo general se anuncia a través de una creciente ansiedad inexplicable de día y de noche, y síntomas de espanto ante ruidos leves o también espontáneamente. Estos estados requieren el inmediato esclarecimiento facultativo. Mediante un minucioso examen resulta fácil aclarar la situación de inmediato.

1. ¿Cómo prevenir el raquitismo?

Prevención a través de la administración de Vitamina D:

El método de más fácil aplicación es recomendado públicamente por la medicina escolar y consiste en la administración de rutina de 500 a 1000 unidades de Vitamina D por día para todo lactante desde el recién nacido hasta después de pasado el segundo invierno. En países como por ejemplo la Argentina, donde tanto la leche como todo alimento industrializado para el lactante, contiene aditivos de Vitamina D, y donde de todas maneras se dispone de abundante luz solar, sólo rara vez resulta conveniente el agregado adicional de tabletas. Sin embargo no recomendamos *ni la administración rutinaria de tabletas ni la vitaminización de alimentos* (compárese pág. 281), cuando se disponga de suficiente luz solar o bien cuando el organismo del niño pueda ser adecuadamente apoyado en su capacidad de aprovechar la luz, mediante medicamentos antroposóficos u homeopáticos.

Prevención en niños con alimentación artificial:

Estos niños son los más expuestos al raquitismo. Habrá que prestar mucha atención, sobre todo a la hiper e hipoalimentación.

Los niños sobrealimentados tienden en mayor medida al raquitismo, ya que debido a la obesidad también asciende su necesidad de Vitamina D.

Todavía no hemos visto nunca una tetania (ataques convulsivos por carencia de calcio en sangre) durante la lactancia. Pero ambos males, raquitismo y tetania, pueden afectar a los niños después del destete.

Ante la carencia de luz, los niños con alimentación artificial tienden más fácilmente al raquitismo que los de pecho. En este contexto es significativo —además— si el niño está hiper o hipoalimentado, ya que puede predisponer al raquitismo.

Niños con alimentación insuficiente, por el contrario, están más expuestos a la tetania. Por eso es preferible ino hacer experimentos con alimentos libres de leche o pobres en calcio! Con más de medio litro de consumo diario de leche a través de un tiempo prolongado o significativamente menos de 350 ml, recomendamos corregir hasta alcanzar un promedio entre 400 y 500 ml por día, tal como se señalara en el capítulo Alimentación.

También hay que tener en cuenta que a través de la fitina —una sustancia contenida en todas las variedades de cereales, pero en mayor abundancia en la avena— el calcio que contiene el alimento se hace insoluble, por lo que es excretado con la materia fecal. Si el cuerpo tiene suficiente luz, entonces ello no lo afecta, porque la leche vacuna contiene bastante calcio que sí es absorbido por el cuerpo. No obstante, ante una carencia prolongada de luz, la situación empeora. En tales casos es recomendable emplear el aditivo de almendras (libres de fitina) en los primeros tres meses de vida, y recién entonces pasar a la papilla de cereales.

Prevención a través de la dedicación materna:

También resulta importante que la madre siempre pueda tomarse el tiempo para mirar a su niño a menudo con su rostro "radiante" en el auténtico sentido del término. Porque la dedicación humana, tierna, también brinda luz, y aun cuando esta sea interior, da felicidad. Observamos un incipiente raquitismo con mucho mayor frecuencia en niños de madres que trabajan fuera del hogar o cuando ninguno de los padres está presente durante el día. No cualquier suplente de la madre es capaz de proporcionar esta calidez y abnegación que deberían caracterizar el entorno del niño. Aparte de estas cualidades, también debería saber velar por sus necesidades. En la referencia "Yo lo llevo a pasear todos los días" pueden esconderse —naturalmente también por parte de las madres— crasos errores respecto al manejo del calor, viento, luz, ruidos y otras percepciones. Por ejemplo el sol del mediodía que abrasa con toda su fuerza la terraza, el helado viento del invierno, el paseo en un cochecito panorámico con techo plástico levantado y similares.

Nota importante: En todos los casos de niños con riesgo de raquitismo aconsejamos controles cada cuatro semanas en el consultorio del pediatra.

2. Problemas de la prevención del raquitismo

Con el descubrimiento y síntesis de la llamada vitamina D a partir de la ergosterina irradiada, a fines de la década del veinte de este siglo se había encontrado una terapia altamente eficaz para niños raquíticos. (Si bien entonces no se debería haber denominado a la sustancia como vitamina, ya que no necesariamente debe ser administrada desde afuera, sino puede ser formada por el organismo mismo, siempre que la piel sea suficientemente expuesta a la luz). Los éxitos terapéuticos condujeron a que para la prevención del raquitismo se adoptaran las mismas dosificaciones que las usadas para el tratamiento del raquitismo manifiesto. Entonces nadie contaba con que podrían aparecer daños por sobredosis. Cuando el entonces joven médico antropósofo alemán Dr. Wilhelm zur Linden* , siendo asistente en el Instituto Patológico de Barmen, se encontró por vez primera con una calcificación letal de vasos pulmonares en un niño, se puso en acción. La causa de estas alteraciones estaba poco clara, y —a pesar de grandes esfuerzos— no se la pudo encontrar. Sin embargo, zur Linden quedó sensibilizado a favor de la idea de que debía haber influencias que anticipen una modificación senil —o sea la arteriosclerosis— hasta la infancia. Debido a que la vitamina D conduce a una apresurada absorción de calcio en el organismo, él luchó contra el shock vitamínico habitual en las épocas posteriores. Las dosis empleadas para ello oscilaban entre 5 y 15 mg, lo que corresponde a entre 200 y 600.000 unidades. ¡Esta cantidad se administraba tres veces en el curso del primer año de vida!

El criterio de zur Linden, de que con esta medida se echaban las bases de una disposición a la arteriosclerosis y envejecimiento prematuros, más tarde fue fortalecido por hallazgos en biopsias de niños fallecidos, que —aparte de la causa de muerte— también presentaban extraordinarias calcificaciones en sus vasos sanguíneos. A lo largo de más de veinte años solía administrarse el shock de vitamina D a los niños, si bien zur Linden, dondequiera se presentaba la ocasión, señalaba los posibles daños y presentaba copioso material, haciéndose muy impopular.

En los años siguientes, tanto en Inglaterra como en Alemania aumentaron las publicaciones respecto a las consecuencias negativas del shock de Vitamina D, de manera que a corto plazo este fue considerado anticuado.

* Véase también la obra de W. zur Linden "Geburt und Kindheit" (Nacimiento e Infancia), Freiburg, 11ª edición, 1982.

También por ensayos con animales, por ejemplo en conejos adultos, se sabe que en estos una sobredosis de vitamina D cuatro veces mayor a la demanda ya produce calcificaciones vasculares permanentes. Sin embargo quedará abierto el interrogante sobre la cantidad crítica en el ser humano, ya que nadie sabe cuál es la dosis, en el caso individual en que aparece una mayor o menor calcificación vascular. Esto no es registrable en seres vivos, y en caso de muerte tampoco sabemos con certeza cuáles otros factores esclerosantes pueden haber colaborado. Aquí tenemos otro ejemplo de que en la medicina humana se deben tomar muchas decisiones en base a la reflexión y la experiencia, ya que los hombres difieren considerablemente entre sí y una tolerancia del conejo ante el medicamento no necesariamente ha de ser transferible al ser humano. En todo caso, la mayoría de los niños nacidos entre 1930 y 1964 han estado expuestos al aporte de 600.000 a 1 millón de U.I. de Vitamina D en una sola dosis, que activa la esclerosis. No ha sido considerado que a partir de allí también podría haber tenido lugar una acción sobre el desarrollo de la vida anímica, en el sentido de una disposición a la intelectualización precoz o dependencia en el razonamiento; porque la vida anímica es considerada en relación con el desarrollo corporal. En este aspecto queda reservado a la medicina y pedagogía antroposófica, despertar el interés, la toma de conciencia y la correspondiente comprensión. Porque se trata del futuro dispuesto por el hombre para el hombre, futuro que deberá ser vivido y padecido como presente por las generaciones venideras.

3. Consideraciones del raquitismo según un estudio del hombre

Si observamos las zonas de la tierra en que se da el raquitismo, se encuentran menos en el Norte y todavía menos al Sur, pero sí mucho más en la zona templada de Europa, donde no hay suficiente luz. En estas regiones se ha de crear un equilibrio a través de la educación, alimentación y el cuidado minucioso. Porque la forma de actuar de la Vitamina D en el organismo humano es muy compleja. La eficaz Vitamina D_3, responsable de la integración del calcio en los huesos, se produce en varias etapas de desarrollo del organismo humano. Una etapa previa de la Vitamina D es activada por el sol en la piel, luego continúa su absorción en el hígado y finalmente es transformada en el riñón hasta constituir una hormona altamente eficaz para el sistema óseo. Esta vía metabólica

forma parte de un armónico acontecer sincronizado, que resulta comprensible a partir de la correlación funcional de los cuerpos suprasensibles del hombre (para la comprensión de los cuerpos suprasensibles compárese pág. 136). La fuerza de la organización del Yo, en correlación con el sistema de fuerzas del cuerpo físico, produce la forma sólida, particularmente la del sistema óseo. Una organización del Yo que cuente con fundamentos sólidos será capaz de dar lugar a la formación de un cuerpo sano aun en circunstancias adversas. Una organización debilitada del Yo, por el contrario, requiere un refuerzo. El niño demasiado obeso remite a fuerzas formativas demasiado débiles y está demostrado por la experiencia que presenta mayor tendencia al raquitismo. Por el contrario, el niño subalimentado puede hacer valer demasiado poco sus fuerzas formativas, por lo que también está expuesto al riesgo de raquitismo. Otros impedimentos para la encarnación del Yo aparecen cuando el niño es excesivamente cuidado en un ambiente de "sobreprotección", en una fuerte simbiosis madre-hijo. O bien cuando en su entorno no hay suficiente calor, o la atmósfera doméstica padece la falta de estímulos alegres para su desarrollo y se encuentra bajo el signo de peleas y temores o abandono. De manera que es importante abordar el Yo del niño a través de una dedicación amorosa y franca alegría, brindando al cuerpo una alimentación sana, lo más natural posible, aprovechando la luz existente, tal como fue señalado anteriormente y —cuando todo esto no alcance— acaso recurrir a un refuerzo medicamentoso constitucional por indicación facultativa. Más allá de esto, Rudolf Steiner, en una conferencia* todavía brindaba una medida de prevención general: y es que los futuros padres de un niño, "durante su período de noviazgo" ya podrían consumir regularmente pequeñas cantidades de miel. Esta contiene fuerzas plasmadoras que ya brindan apoyo al niño durante su desarrollo embrional en el vientre materno. También para el lactante mayor, el efecto estimulante del metabolismo que brinda la miel todavía puede ser favorable para la curación del raquitismo, que en sí no sólo consiste en corregir la carencia de Vitamina D.

Muchos factores participan en el origen y la curación de esta enferme-

* Rudolf Steiner: "Uber Gesundheit und Krankheit". Grundlagen einer geisteswissenschaftlichen Sinneslehre" (Sobre salud y enfermedad. Bases de una teoría científico-espiritual de los sentidos). N° 348 de la Edición Completa. 18 conferencias para los trabajadores de la construcción del Goetheanum 1922/23.

dad. La carencia de Vitamina D o bien hormonal sólo es la última consecuencia material de una constelación global desfavorable.

La solución propiamente dicha del problema reside en crear condiciones hasta en el ámbito social de la vivienda y el trabajo, que permitan a las madres encontrar la correcta medida de luz, aire y calor, y que le permitan amamantar y brindar una dedicación imperturbada al niño. La administración rutinaria de tabletas o la vitaminización de la leche o del alimento para lactantes no son sustitutos, sino sólo concesiones transigentes.

EDUCACION COMO TERAPEUTICA

El amor no gobierna sino crea
y esto es más que lo otro.

(Goethe, en el cuento de hadas
"La serpiente verde y la hermosa Azucena")

I. MOTIVOS PEDAGOGICOS FUNDAMENTALES

1. Aspectos del elemento maternal y paternal en la educación

Estas consideraciones deben figurar al comienzo del capítulo "Educación como terapéutica", ya que de la actitud maternal y paternal frente a su misión dependen aspectos fundamentales para el desarrollo del niño.

Llama la atención que en la actualidad en muchos grupos de jardines de infantes y aulas escolares son pocos los niños que se desarrollan junto a su padre y su madre. Muchos viven con sólo uno de los padres, estando expuestos a mayores cargas anímicas de carácter familiar. Esto está relacionado con que nosotros, los adultos, muchas veces colocamos nuestros propios problemas personales por encima del bienestar de los niños en desarrollo. Como médico es frecuente ser testigo de cómo hasta la lucha por la tenencia del hijo, en casos de divorcio, se convierte en expresión de estos problemas personales, en que ambas partes recalcan que sólo desean que se actúe con justicia y a favor del bienestar del niño. Sólo muy rara vez se admite el hecho de que a menudo para el niño sería preferible ser integrado a una familia neutral, y no tener que vivenciar las tensiones desmoralizantes entre dos personas amadas y anheladas por él. Por eso deseamos iniciar este capítulo con reflexiones que enfocan las tareas de madre y padre desde el punto de vista del niño. Una escena ocurrida en el consultorio nos ha de introducir en este cuestionamiento:

Durante el examen general de un niño de apenas un año, la madre repentinamente pregunta, llena de desesperación, qué sería más importante para el niño durante sus primeros años de vida: la presencia permanente de una persona de referencia o una madre feliz y satisfecha. El médico tarda algo en comprender la pregunta. La madre aclara: ella interrumpió sus estudios al quedar embarazada, y ahora sencillamente ya no aguanta más. En realidad, ella había deseado proceder correctamente y estar siempre a disposición de su hijo. Pero ahora advertía que se encontraba camino a la depresión. En síntesis no podía comprender por qué para su marido la vida continuaba naturalmente, mientras ella, cuando quería hacer algo a favor de su formación, afrontaba presiones morales desde el entorno, con el reproche de desear únicamente eludir sus obligaciones como madre.

Con esto hemos tocado uno de aquellos innumerables destinos de madre, todos ellos observables y superables en forma totalmente indivi-

dual, aun cuando todas planteen los mismos interrogantes: ¿Cómo hacer para cumplir con la misión de madre, qué participación le toca al padre, qué espera el niño, y en qué punto de este drama se encuentra uno mismo?

Los estudios sobre hospitalismo realizados por René Spitz* y otros han revelado en gran escala qué sucede con niños que carecen de una sólida relación humana. Durante esos estudios se descubrió que esta carencia conducía precisamente en los primeros tres años de vida, o sea en la fase pre-consciente-del-Yo, a las perturbaciones corporales y anímicas más profundas. En el término de dos a tres meses, por ejemplo en lactantes durante el primer año de vida, se produce una total detención del desarrollo. Los hechos iniciales de aferrarse con las manos a la persona que lo atiende y la conducta llorosa, ceden ante una creciente apatía. Se produce letargo, gemidos, balanceo de la cabeza, insomnio y propensión a las infecciones, que hasta pueden llegar a tener un desenlace fatal.

Precisamente estos síntomas de hospitalismo y desatención son los que indican más claramente que el desarrollo corporal del hombre no tiene lugar únicamente en base a la masa hereditaria y la buena alimentación, sino que depende de la dedicación anímico-espiritual a la personalidad del niño en desarrollo. Si ésta no es aceptada, apoyada y activada, no podrá "llegar a destino", no se podrá "encarnar" correctamente. Por lo tanto aparecerán los trastornos descritos más arriba, con graves consecuencias para la vida corporal y anímica. Sin embargo, esta dedicación al niño, que le da la sensación de ser aceptado, no es un proceso abstracto que pueda ser ejercido de la misma manera por cualquier persona. Su fundamento es la relación personal humana, que ya había sido anhelada por el niño en su período prenatal, al haber escogido precisamente esta pareja de padres. (Ver también pág. 187.)

A través de instintos naturales maternos y paternos, esta relación experimenta una decisiva profundización que ayuda a los padres a admitir este ser que todavía les es desconocido. Esto rige particularmente para la madre, que ha llevado a este niño en su vientre, lo ha dado a luz y se ha ligado con él hasta en lo orgánico. En este primer período decisivo de vida, ninguna otra persona puede brindarse al niño igual que ella. Pero ¿esto significa que ella deberá sentirse encadenada a cualquier precio al niño,

*) René Spitz, "Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr", Stuttgart 1967.

que no pueda alejarse de él ni siquiera temporariamente? ¿Cuáles son las tareas que corresponden al padre? ¿Qué pasa con los abuelos, amigos, tías y conocidos?

Por ejemplo cuando uno se encarga de cuidar a un niño de ocho meses, porque la madre necesita con urgencia unas vacaciones de descanso, se advierte claramente que el niño vivencia con intensidad este cambio de ambiente y de las personas que lo rodean. Pasa alrededor de una semana hasta que el lactante se haya acostumbrado medianamente a su nueva mamá y a su entorno y vuelva a estar tan contento consigo mismo y con el mundo como antes. Entonces, cuando regresa la propia madre, inicialmente el niño no la acepta de inmediato. Vuelve a necesitar un buen rato hasta reencontrar las antiguas circunstancias. Como el niño todavía no dispone de una memoria retentiva abstracta, también le falta el conocimiento de su propia identidad. Esta conciencia recién despierta cuando el niño se refiere a sí mismo diciendo "yo", y a partir de allí se convierte en "hilo conductor" dentro de su vida intelectual y de los recuerdos. Por lo tanto, el niño no puede pasarse sin vivenciar la continuidad consciente a diario, a través del contacto y la percepción cotidiana de por lo menos una persona de su confianza, y de siempre los mismos objetos del entorno doméstico. A esta edad, el propio Yo sólo puede ser experimentado en el contacto con el mundo, vale decir a través de percepciones sensoriales. Cuanto más duradera y estable sea esta experiencia del Yo en el entorno, con tanta mayor fuerza se desarrollará en él el sentido de la propia dignidad. Las interrupciones y cambios de ambiente, como por ejemplo prolongadas internaciones hospitalarias, han de tener efectos perturbadores sobre el desarrollo de la personalidad, en especial cuando estos trances ocurren con cierta frecuencia. Sólo que para ello carecen de la necesaria capacidad para la elaboración consciente de la que dispone el adulto. La consecuencia lógica será una tendencia a la inseguridad existencial y a la falta de confianza en sí mismo y en el mundo. Esto resulta menos problemático cuando las personas de referencia y el entorno no cambian simultáneamente, o sea cuando se puede conservar por lo menos uno de ambos. Porque así se mantiene por lo menos parte del medio que le es familiar, conservando entonces el niño un tramo de continuidad en su experiencia de sí mismo. Por eso se tratará por todos los medios de encontrar la concesión más aceptable por el niño, cuando por circunstancias de la vida la madre o el pa-

dre no puedan cumplir con su misión durante un tiempo limitado o no.

Ahora bien, ¿cuáles son las tareas que corresponden individualmente al padre y a la madre? ¿Existe el elemento específicamente paternal y maternal? ¿En qué medida es posible aprenderlo o transferirlo a otras personas? El niño responde a toda dedicación continuada, amorosamente humana, con lealtad y confianza, independientemente de la persona, padre biológico u otra persona de referencia de quien provenga. ¿No será que padre y madre son meros nombres de los papeles que se han hecho tradicionales en la educación infantil, pero que también pueden ser cumplidos por otras personas?

En la actualidad, esta última pregunta nos atañe muy en especial, porque intentamos cada vez más conscientemente desligarnos de las interrelaciones convencionales. El hecho de pertenecer a un pueblo, familia, raza y sexo ya no es necesariamente aceptado como modelo de conducta. En especial la mujer de las últimas décadas ha comenzado a oponer resistencia al papel que le corresponde en la sociedad por el sólo hecho de ser mujer. Rudolf Steiner caracteriza este problema en el capítulo 14 de "La filosofía de la libertad" de la siguiente manera: "Es imposible comprender cabalmente a un hombre, si para juzgarle nos basamos en un concepto de lo genérico. En lo que se refiere al sexo del ser humano, es donde más se insiste en juzgar según lo genérico: casi siempre el hombre juzga a la mujer, y la mujer al hombre ante todo según el carácter general del sexo opuesto, y demasiado poco con respecto a lo individual. En la vida práctica esto perjudica menos al hombre que a la mujer. En la mayoría de los casos la posición social de la mujer se presenta tan indigna, porque en muchos aspectos, contrariamente a lo que debería ser, no corresponde a las respectivas peculiaridades individuales de la mujer, sino al pensamiento general acerca de las funciones naturales y las necesidades de la mujer. Las actividades del hombre en la vida se arreglan de acuerdo con sus capacidades e inclinaciones individuales, mientras que se espera que las de la mujer estén condicionadas exclusivamente por el hecho de que es mujer. Se piensa que la mujer ha de ser esclava de lo genérico, de la naturaleza general femenina. Mientras los hombres discutan sobre la cuestión de si la mujer "por su disposición natural" es apta para esta o aquella profesión, "la cuestión femenina" no podrá salir de su estado elemental. Déjese que la mujer juzgue por sí sola lo que ella, conforme a su naturaleza, puede querer hacer. (. . .) A los que temen una perturbación de las condiciones sociales si se considera a la mujer, no como una persona de su sexo, sino como individuo hemos de responder que condiciones sociales dentro de las cuales la mitad de la humanidad está condenada a una existencia indigna de un ser humano, indudablemente necesitan ser reformadas."

Si colocamos al niño en el centro de atención de nuestro interés, de inmediato surge a las claras que el hecho de ser madre o padre en primera línea no se trata de la aceptación de un papel específico del respectivo sexo. Pero decididamente sí se trata de la actitud positiva ante cualidades humanas que el niño necesita para su desarrollo. Su efecto será tanto más estimulante, cuanto más conscientemente el adulto pueda identificarse y ligarse con él.

Las palabras "madre" y "padre" siempre han tenido un doble significado, uno natural y uno ideal. Deseamos demostrar en qué medida están íntimamente interconectadas:

Un individuo se convierte en madre o padre por la procreación, concepción, embarazo y nacimiento del hijo. Aquí al padre le corresponde una función activante del proceso y luego más observadora en las etapas siguientes. De allí surge naturalmente que él pueda estar a disposición durante los días o semanas en que madre e hijo requieran una ayuda externa. Y es esto precisamente lo que en el hombre está presente como una inclinación instintiva. El disfruta por poder emprender algo a favor de la protección, seguridad y necesidades de la madre y el niño. El se siente herido cuando se lo inhibe de realizar estas tareas o sus intentos no son tomados en serio. Lo específicamente paterno radica en la capacidad de estar a disposición externa e internamente de la madre y el hijo. Externamente otra persona también puede ejecutar estas funciones, por ejemplo un niño mayor o la abuela. Pero la profunda sensación de pertinencia, en la cual la madre y el niño pueden sentirse anímicamente albergados, será difícil de construir sin ese fundamento natural. Es precisamente dentro de ese ámbito protector que provee el padre, que lo maternal puede desplegarse de la manera más eficaz. Desligada en lo posible de las preocupaciones materiales y sin obligaciones laborales externas, puede dedicarse más libremente al niño y estar a su disposición, hasta que un buen día de entre sus brazos es capaz de pararse sobre sus propios pies. Hasta ese momento en realidad la madre debería tener la posi-

bilidad de quedarse junto a su hijo. Visto con este enfoque, las licencias por maternidad (de noventa días) constituyen una solución transigente. De este modo se echan en el niño las bases para un sentimiento de vida y existencial pleno de confianza. Lo específicamente maternal reside entonces en esa abnegada entrega de la madre al niño y sus necesidades, y en la capacidad de poder abstraerse de actividades exteriores perturbadoras en tal sentido. Así ella podrá dedicarse al cuidado de lo futuro, de lo que será. Este compromiso natural e ideal de padre y madre, esta actitud responsable ante una tarea compartida, trasciende los intereses personales egoístas de cada uno de los componentes de la pareja. Tiene carácter suprapersonal.

Se entrega, sin saber si alguna vez se obtendrá algo a cambio. Son muchos los propios deseos y comodidades que se postergan, para que el niño encuentre lo que necesita. Su condición de desvalimiento es exigencia y expectativa con que se anhela cumplir. De allí también es justificado que el niño no llame a sus padres por el nombre de pila. Algo de este elemento ideal-altruista vibra en estas palabras de "madre" y "padre" o, "mami" y "papi" respectivamente, dirigidas a lo suprapersonal. No obstante, si el padre se hace llamar "Pedro" por su hija, por lo general con ello desea expresar que está buscando una relación de compañerismo con ella. Pero le quita toda posibilidad de vivenciar la imagen terrenal de una entidad que en todas las religiones ha sido definida como lo paternal-divino o maternal-divino. El matrimonio entre madre y padre, y el niño que ha surgido de él, siempre han sido el ideal de la interdependencia, del estar entregado el uno al otro de diversas maneras y del progresivo devenir creativo en el mundo. Este principio también se reencuentra en su significación más elevada en la idea de la Trinidad. Si los padres desean —por más que sea a través de torpes intentos— que sus hijos, por las circunstancias familiares naturales y el tipo de trato recíproco, intuyan algo de este trasfondo, esto resulta de valor incalculable para su vida posterior. Quien en su niñez haya experimentado tal conducta idealista de vida, la rememorará gustosamente, aun cuando hayan imperado la pobreza material o también otras necesidades. Quien haya percibido ese esfuerzo por servir a una meta más elevada, que trascienda los propios intereses, obtiene su escala interna de valores, una orientación útil para la vida.

¿Cuáles son las consecuencias que pueden acarrear tales contemplaciones para los problemas cotidianos, por ejemplo para el llamado cambio

de roles, cuando la madre trabaja fuera del hogar y el padre realiza tareas domésticas? ¿Cuáles son los modelos que orientan a la madre que encara por sí sola la educación del hijo? ¿En cuál etapa de la vida el niño necesita más a la madre, y en cuál al padre? ¿Qué ayudas recibe para poder cumplir con su misión como madre o como padre?

Desde luego que el aspecto ideal de lo maternal y lo paternal es intercambiable. El hombre está en condiciones de aprender y practicar las cualidades maternales de intimidad afectiva, de afición a la vida hogareña, de proteger y cuidar. De la misma manera en que la mujer puede dedicarse plenamente a la vida laboral. Lo decisivo sólo es que estos dos elementos se complementen y que aporten de la manera más libre posible —y no compulsiva— u obligadamente. Lo trágico de muchas madres jóvenes hoy en día reside en que inicialmente encaran su misión con una actitud voluntariosa, pero más adelante advierten que no soportan la estrechez y limitación del ámbito doméstico. Esto radica —por un lado— en la estructura de la pequeña familia, a la que a menudo todavía se agrega que el padre se encuentra laboralmente muy presionado. Y por otro lado también está relacionado con la superficialidad de la actual vida educativa y cultural, que hace que ni siquiera se reconozca ni se busque la belleza y lo vivificante de una profundización interior y la dedicación a valores culturales. Por lo tanto, en una situación en que ni se puede pensar en un cambio de roles, y donde ni siquiera es deseado, habrá que buscar soluciones y recursos tales como los insinuados en el párrafo referido al grupo de juegos (véase pág. 256). Pero en tal situación también es posible tomar conciencia de interrogantes totalmente fundamentales: en realidad ¿por qué estoy insatisfecha con mi situación de vida? ¿Quizás esto sólo se deba a que no lo he podido decidir libremente y por mi propia voluntad? ¿Quizás se pueda reparar esto? ¿No estoy en condiciones de encontrar, precisamente en esta situación, una posibilidad de aprendizaje provechoso para mí misma? ¿Qué efecto tendrá sobre mi hijo si experimenta mi propia resignación? ¿Qué ocurrirá si logro confrontarme activamente con mis problemas? ¿No hay cosas que yo antes había querido hacer, por ejemplo aprender un idioma o tocar la guitarra? Algo que bien podría comenzar ahora, mientras estoy tanto tiempo en casa. En realidad ¿ya he comprometido todos los recursos de colaboración de que dispongo? ¿He entablado relaciones en el vecindario, cultivado el trato con amistades, he incluido entre las posibilidades a los abuelos, que para

los niños pueden llegar a tener una significación muy particular? O ¿conozco alguna persona mayor que quizás aceptaría ejercer funciones de abuela/o? A través de estas preguntas y similares, tal crisis de vida puede convertirse en punto de partida de una modificación positiva de las condiciones de vida. Pero quizás también surja la certeza de estar arrepentido de haber decidido formar una familia y de que ahora se busca enérgicamente una solución razonable para todos los afectados.

Pero ¿cuál es la situación de la madre que está sola para educar a su hijo? Una y otra vez pregunta en el consultorio si al niño no le faltará algo esencial si crece sin la presencia paterna. Aquí se ha de prestar muy especial atención para ver quién, en el entorno del niño, puede asumir en cierta medida la función ideal del padre. Pero lo más importante en esta constelación es que la madre consiga aceptar positivamente su situación. He aquí un ejemplo: un niño de dos años de edad vive con su madre que trabaja fuera del hogar. De día no lo lleva a la guardería donde cambian las personas de referencia, sino que ha buscado durante mucho tiempo hasta encontrar una familia dispuesta a cuidar al niño en forma continuada durante los primeros años de su vida. De esta manera se conserva cierta constancia personal y ambiental. Ahora el niño tiene una mamita y una mami y al padre de familia lo llama papi. Las funciones maternas y paternas han sido trasladadas a otras personas.

Pero ¿qué pasa cuando el niño no tiene un papi sustituto, cuando —por su trabajo— la madre también representa el elemento paterno, se encuentra mucho fuera del hogar, y el niño se cría junto a la abuela que todavía vive? Aquí entonces es la abuela la que se hace cargo del papel materno.

¿Y qué ocurre con la relación personal del padre? Esta también puede llegar a ser eficaz en constelaciones en que la madre logra construirse una imagen del padre biológico del niño, imagen sobre la que le gusta hablar, que contiene todos los rasgos que lo habían hecho querible, y que considere los motivos que han conducido a la separación más bien como su asunto personal. Si puede esbozar para el niño tal imagen positiva del padre, entonces el niño vivencia algo de la presencia paterna, algo de esa percepción anímica, aun ante su ausencia personal.

En estas condiciones a la madre entonces tampoco le costará mucho responder en el tercer o cuarto año de vida a una ocasional pregunta por el padre. Por ejemplo que se encuentra muy lejos, que tiene mucho que hacer y no quiere venir, porque tiene que cuidar a otra familia que lo necesita aún más. "Porque tú tienes a la abuelita y a mí. Entonces nosotros no lo necesitamos tanto a papá." Aquí vuelve a valer la regla que ya encontramos a menudo: que el niño pre-escolar acepta naturalmente todo aquello de lo cual la madre está íntimamente convencida. Los problemas recién aparecen para el niño cuando la madre dice algo que en realidad no opina, o cuando ella no puede aceptar el hecho de estar sola, y cuando siempre vuelve a protestar contra las causas que han conducido a esta situación. Entonces resulta conveniente que estos niños a la edad escolar tengan un maestro y no de nuevo un ser femenino. Porque al acercarse a la pubertad, los niños buscan en forma creciente la conversación con el padre o un representante de lo paternal-masculino. Porque la constitución masculina representa más la fuerza física y la ligadura terrenal que la femenina. Y en este período es éste el ideal que inconscientemente buscan tanto varones como niñas: al hombre sólidamente afirmado en la vida, capaz de afrontar y resolver problemas. Las fuerzas naturales de la mujer residen más bien en el despliegue de las fuerzas anímicas y la diferenciación, que al comienzo de la vida y más adelante son de particular significación para el encuentro con el propio Yo.

Bibliografía:
Gabert, Erich: "Dar mütterliche und das väterliche Element in der Erziehung" (El elemento maternal y el paternal en la educación), Stuttgart 1949.
Müller-Wiedemann, H.: "Mitte der Kindheit" (El centro de la niñez), Stuttgart 1979.

2. La identificación y los cuidados del temperamento infantil

Los cuatro temperamentos y la piedra en el camino

Agil y con gracia salta el sanguíneo audaz sobre la piedra;
poco le preocupa si allí tropieza.
Es enérgico el puntapié con que la aparta el colérico
y con ojo chispeante disfruta del logro.
Al llegar el flemático, modera su andar:
"Si no te apartas de mi camino, entonces, te rodearé".
Pero el melancólico meditabundo se detiene ante ella,
con rostro descontento por su eterna desgracia.

Heinrich Peitmann

Temperare significa "mezclar". La ciencia de la mezcla correcta de los humores del cuerpo y las características del alma relacionadas con ellos, nos ha sido legada por Hipócrates a partir de la medicina antigua. En los tiempos más modernos ha sufrido una creciente pérdida de significación, ya que tanto en el diagnóstico como en la terapéutica no se sabía bien cómo manejarla. Pero este concepto todavía se encuentra en el lenguaje, cuando decimos: " ¡Esta sí que es una rara mezcla!" o bien "yo quisiera ser tan flemático, a él realmente nada le puede quitar la calma", o si no: "hoy tengo mi día melancólico, mejor déjame en paz". Aquí nos detenemos en la cuestión de los temperamentos, ya que con ellos se relacionan importantes observaciones antroposóficas, que pueden encontrar un medio propicio en la medicina y pedagogía (tal como sucede desde hace ya varias décadas en las escuelas Waldorf). En ningún caso la descripción siguiente significa la determinación de un "sistema" según el cual niños y adultos pueden ser clasificados en "tipos". Más bien los temperamentos han de entenderse como expresión anímica de particularidades constitucionales, que para cada quien constituyen una oportunidad o riesgo en la realización de su personalidad. Es oportunidad, cuando sabe aprovechar sensatamente un don particular dado por un temperamento predominante. Es riesgo, cuando por esta causa se torna tan unilateral que su temperamento natural lo convierte en tan no-libre que con él naufraga en la vida social.

Dado que en la infancia las realidades constitucionales en cierta medida todavía son modificables, he aquí un campo extraordinariamente propicio, en el que las medidas pedagógicas pueden conducir a efectos terapéuticos. Estos tienen como meta apoyar al Yo en el manejo de sus particularidades constitucionales y procurar su armonización.

¿Cómo se produce el temperamento?

En el organismo humano actúan conjuntamente los tres estados físicos (sólido, líquido y gaseoso) con el calor como cuarto elemento (compárese págs. 68, 135 y sig.). Como cuerpo sólido, contamos con un centro de gravedad y nuestra forma. En el medio acuoso de nuestro organismo tienen lugar las más complicadas funciones bioquímicas del metabolismo que hacen posible la vida. Así mismo hemos hablado de un organismo aéreo (compárese pág. 88) que por un lado pone en evidencia su actividad en la respiración, y por el otro fisicoquímicamente en los sectores líquidos del cuerpo, y hasta está ligado con las calcificaciones óseas. Debido a este organismo aéreo individualizado somos seres animados que respiran y disponemos de movimientos propios y una conciencia sensitiva. Finalmente, en nuestro propio calor tenemos, como cuarto componente físico, una organización que ayuda al Yo humano en la realización de sus intenciones.

Con la correlación funcional de estas cuatro organizaciones está ligada el alma, ya que participa del estado corporal y su composición material, ligándolos con determinadas sensaciones de bienestar o desagrado elemental. Su ánimo será más bien melancólico y triste cuando constitucionalmente predominen las particularidades de lo sólido. A la inversa, tiende más a lo risueño y alegre, cuando sea capaz de movilizar con particular facilidad los componentes aéreos del cuerpo. Estas disposiciones de ánimo apoyan al alma en su actividad sensorial orientada hacia el exterior, en las percepciones de color, forma, olor, sonido, de igual modo como refuerzan y modifican los sentimientos de placer o desagrado que se manifiestan a continuación de las percepciones.

Ahora bien, cuando el Yo, con la colaboración del pensamiento, comienza a ordenar las percepciones sensoriales y los sentimientos, también encuentra su temperamento. Puede decidir entregarse simplemente a él, o cultivarlo y perfeccionarlo conscientemente, como expresión de la posibilidad expresiva de su ser. Ahora contemplaremos los temperamentos en forma individual:

El temperamento colérico

De acuerdo con la actividad térmica orgánicamente predominante, el colérico fácilmente da la impresión de estar congestionado y siempre un poco "presionado". El prototipo histórico de este temperamento es Napoleón: de figura más bien compacta, con imponente cabeza, cuello corto y, en relación con el torso largo, extremidades relativamente cortas. El andar del colérico es resuelto y dinámico, por lo general pisa vigorosamente con el talón. Se caracteriza por su iniciativa, su compromiso idealista y su capacidad de aguantar hasta el agotamiento, intensidad en todo sentido, facilidad para entusiasmarse y amor a la verdad, como así también la puntualidad y fácil irritabilidad cuando algo no transcurre según sus planes. Desde luego que todas estas particularidades pueden trasladarse a lo negativo, cuando el respectivo individuo no se juega por una meta idealista, sino por una de tipo egoísta. Entonces fácilmente aparece en primer plano una conducta desconsiderada, terquedad y la necesidad de hacerse notar. Resulta lógico que hombres tan conscientes de sus propósitos, en la vida profesional con frecuencia se encuentren en posiciones prominentes.

Los niños coléricos resultan bastante cansadores. Llaman la atención por su iracundia, repentinos cambios de ánimo o dramáticos arrebatos emocionales; pueden vociferar de rabia, dar golpes a su alrededor, y en ocasiones intentar literalmente "dar con la cabeza contra la pared". Pero también pueden "jugarse" en forma ejemplar por misiones especiales, a favor de otros niños o para reparar errores cometidos. En la escuela siempre son un factor estimulante. Por lo general hacen de "caballos de tiro" en las conversaciones didácticas, no les gusta llegar tarde, disfrutan cuando el maestro les toma la lección y pueden así demostrar a la clase lo que saben. Pero también son presumidos y de ninguna manera toleran o permiten que se les diga cualquier cosa.

El temperamento sanguíneo

El sanguíneo recién se siente bien de verdad, cuando tiene un entorno humano. Es abierto y tiene interés y comprensión por todo cuanto ocurre a su alrededor. Rara vez da su juicio sólo en principio; normalmente tampoco es rencoroso y es extraordinariamente proclive a establecer contactos. Los niños sanguíneos se reconocen porque están en constante movimiento y tienden a agotar sus fuerzas. Esto conduce a que de noche muchas veces necesiten más sueño y hasta en la edad escolar necesiten un pequeño descanso también al mediodía.

Como alumno, el sanguíneo goza de popularidad general, porque siempre tiene alguna ocurrencia *graciosa*. También en la edad adulta se aprecia su conversación estimulante y resulta gratificante que él de inmediato nos llame por el nombre. Este temperamento se convierte en un peligro cuando lo alegre degenera en lo no comprometido, y el entrometido superficial pasa a ocupar el primer plano.

Constitucionalmente, el sanguíneo por lo general es de talla delgada, estructura ósea liviana, grácil, y tiende a una tupida cabellera enrulada, mímica y gestos vivaces. Su andar es más bien a los saltos, con importante apoyo en los dedos de los pies. El lenguaje popular lo considera algo "alocado".

El temperamento flemático

Quien posee un predominio de las características anímicas del flemático, tiene la capacidad de conservar la calma en situaciones difíciles, y mantener el equilibrio cuando por ejemplo el colérico hace rato ya habría salido corriendo, dando un portazo. Sin la paciencia de estos individuos, su lealtad, equilibrio y amor a las costumbres, como así también su precisión al realizar trabajos, no podría existir una comunidad humana. Entre los flemáticos se encuentran madres y maestros ideales: constituyen el polo sereno, en su esencia no agresivo, que siempre busca el equilibrio y son extraordinariamente confiables. En la infancia a veces se suele reconocer al flemático por la mirada llena de asombro con que observa el mundo. Es capaz de estar sentado, callado y contento, en medio del barullo, especialmente si ha descubierto algo comestible y ahora se dedica a consumirlo con fruición. No se deja tentar para abandonar su posición de reservista, y mucho menos por una orden de mando con la que alguien pretenda movilizarlo de una vez. Frente a tales exigencias se tornará aún más apacible. Sin embargo, le resultará fácil llevar a su maestro a la desesperación, por ejemplo si recién se le ocurre empuñar su lapicera cuando los demás ya han escrito cinco oraciones. Es evidente que este temperamento se convierte en un peligro cuando la serenidad degenera en aburrimiento, el amor a las costumbres en pedantería y mentalidad burguesa.

El flemático constitucionalmente es de proporciones armónicas, mien-

tras su simpatía por la buena comida no lo haya hecho regordete. Su andar es pausado, con sólida flexión de las plantas de los pies. El lenguaje popular suele caracterizar sus particularidades negativas como "viscoso" o "aceitoso".

El temperamento melancólico

Ya en la infancia llaman la atención los ojos expresivos en el rostro muchas veces delgado del melancólico. Vivencias y encuentros suelen tener efectos duraderos en él, y de noche todavía puede llorar por algo que le ha sucedido por la mañana. Como alumno y adolescente muchas veces se siente incomprendido y mal interpretado. El mismo toma parte intensamente de todo acontecer trágico y sufre muy especialmente en un entorno impregnado por la superficialidad y el no-compromiso. En la edad adulta se ponen positivamente en evidencia la profundidad del pensamiento, la seriedad y la capacidad de ser compasivo. La melancolía se convierte en peligro cuando el hecho de que refiera todo a sí mismo, la autoobservación y el afán de criticarse a sí mismo y a los demás llegan a ocupar el primer plano, o cuando el espíritu de equidad degenera en comparaciones envidiosas.

Constitucionalmente, en el melancólico por lo general encontramos una estatura alta, delgada, muchas veces ligada con una leve debilidad de los tejidos conjuntivos, que acentúa la impresión del andar alicaído o la "mala postura". Muchas veces la cabeza tiene una forma particularmente bella, con ojos profundos. El andar puede ser firme y mesurado, aunque también algo pesado.

A partir de esta escueta caracterización de los temperamentos ya se pone claramente en evidencia que depende de la actividad del Yo de cada individuo, si su temperamento surge como don particular o se convierte en peligro. Por lo tanto, la terapéutica pedagógica debe tener como meta precisamente el fortalecimiento de esta función del Yo. Esto se logra, brindando al niño la oportunidad de ejercer el trato con su temperamento, para de este modo aprender a dominarlo a partir de su Yo.

La "armonización" de un temperamento unilateral jamás significa "nivelación", sino mucho más el trato consciente con él.

El tratamiento pedagógico del temperamento infantil

La experiencia nos enseña que de nada sirve intentar activar a un flemático o limitar a un colérico, manifestándole que no debe ser tan violento. De la misma manera no servirá tampoco advertir a un sanguíneo que preste atención o hacer bromas para intentar animar a un melancólico. Más bien se producirá justamente el efecto contrario al deseado: al ser incentivado, el flemático se sumirá en una serenidad aún más profunda; el colérico se sentirá aún más fastidiado a raíz de la reprimenda; el melancólico se encerrará totalmente en sí mismo y el sanguíneo a los pocos minutos volverá a ser exactamente tan inquieto como antes. En el trato con el temperamento infantil rige mucho más el principio terapéutico de similitud, por el que lo igual puede ser curado por lo igual. Para la práctica escolar, esto significa que el orden en que los niños se encuentran sentados en clase puede organizarse según los siguientes criterios: se ubican juntos a aquellos niños que tengan el mismo temperamento unilateral predominante. Entonces los coléricos pueden pellizcarse recíprocamente, deben medir sus fuerzas entre sí, lo que les da la oportunidad de ir limando, lenta pero inexorablemente, sus temperamentos entre sí. Así vivencian inconscientemente la unilateralidad y la necesidad de complementación de su propia esencia en la confrontación con el otro. Algo similar ocurre con los flemáticos. Si se sientan juntos, muy pronto se aburren recíprocamente y debido a un ligero desagrado finalmente se vuelven más despiertos y activos. Esto tiene como consecuencia que empiezan a estimularse recíprocamente o que buscan más a los otros niños. El melancólico está contento por tener un vecino de banco por el que se siente comprendido. Por eso en su interior se tornará más pacífico y se abrirá más hacia afuera. Depende muy especialmente de poder encontrar a un amigo a quien confiar su mundo interior y que los comprenda. Los sanguíneos, sin embargo, pronto comienzan a ponerse nerviosos recíprocamente. El mutuo malestar que esto implica los hace algo más conscientes de sí mismos y por lo tanto más tratables.

Si, además, el maestro logra organizar sus clases de acuerdo con las capacidades temperamentales de sus alumnos, estimulando verdaderamente todos los temperamentos, y haciéndolos participar del acontecer pedagógico, entonces se cuidarán sus particularidades individuales. R. Steiner hizo especial hincapié durante la formación de maestros, sobre el hecho de que, a través de la autodisciplina, el pedagogo se apropie de determinado

manejo de todos los temperamentos. Porque para poder manejar a un colérico debe ser una presencia fuerte, así como de un momento a otro también debe estar preparado para adaptarse al ritmo vital y a la disposición de ánimo de un flemático.

Ahora todavía hemos de mencionar algunas posibilidades especiales de estímulo, que pueden ayudar al niño a tomar activamente posesión de su temperamento.

El desarrollo del *colérico* se fortalece cuando se le cuentan hazañas de hombres importantes de manera tal, que aprenda a valorar sus acciones y a apreciarlos a ellos. Igualmente oportuno es confiarle tareas difíciles que requieran plenamente de sus fuerzas. También es conveniente hacerle aprender, precisamente a él, un instrumento solista, ya que de esta manera se aprovechará toda su tendencia a la ambición y su necesidad de hacerse notar, para producir algo bello para otras personas. El principio fundamental del estímulo es evidente: el aprovechamiento positivo de las posibilidades disponibles, ¡sin inhibición ni represión del exceso de fuerzas! Si se las dejara improductivas, inducirían a los niños a cometer "travesuras".

Un amigo que sirva de estímulo al *flemático* puede ayudarle mucho. Si el educador logra encontrarle el compañero para determinado plan, entonces el flemático —por amor a él y por su interés interior en él— se movilizará más que si se apela directamente a él mismo. El piano es su instrumento ideal: los tonos potencialmente ya existen y las teclas sólo esperan ser pulsadas. Además, con ello sólo hay que complacer su necesidad de armonía e integridad a través de la sonoridad y consonancia. Si luego también se logra convencerlo de que es suficientemente fuerte para aguantar sin comidas intermedias ¡ya se habrá avanzado mucho!

No se puede combatir el carácter inconstante del *sanguíneo* con reproches, amenazas y reprimendas. Sin embargo, mucho se logra cuando —por amor a un adulto— se detiene en alguna cosa. Es así que precisamente él necesita especial dedicación personal, comprensión e interés en sus dificultades, que por lo general surgen de su inconstancia. Por ejemplo si puede tocar un instrumento de viento en la orquesta escolar, se estimulan sus facultades. Como experimenta alegría practicando determinadas actividades y se orienta con facilidad, se lo puede comprometer para diversas tareas. En la alimentación ha de cuidarse de no consumir demasiados dulces, que sólo lo harían aún más inquieto.

Al *melancólico* le hace bien cuando se le cuentan los destinos de otras personas de manera tal que pueda participar profundamente de ellos, vivenciando las dificultades que también otras personas soportan en la vida. Para él serán educadores ideales aquellos que hayan padecido mucho en sus propias vidas. A su ánimo impregnado de soledad le hace bien cuando puede cantar, preferentemente como solista. Así puede exteriorizar sus sentimientos y abrir su alma. También el aprendizaje de un instrumento de cuerdas le resultará provechoso. Al contrario de lo que le ocurre al sanguíneo, el sabor dulce debería aparecer regularmente en su alimentación. Su ánimo fundamental, siempre algo "amargo" frente a la vida, experimenta así cierta compensación. Por el contrario, alimentos de difícil digestión lo cargarían demasiado.

El temperamento en la autoeducación del adulto

Muchas veces, en conexión con el tratamiento de los temperamentos, nos consultan con respecto a si el adulto todavía puede "elaborar" su temperamento. Esta pregunta debe, sin lugar a dudas, ser respondida con un enfático SI, aun cuando ya no se pueda lograr una modificación constitucional en la misma medida en que el niño todavía no se ha terminado de desarrollar. Por más que, por un lado, nos pueda deprimir el hecho de "no poder cambiar su pellejo", que tengamos unilateralidades constitucionales, tanto nos place, por el otro lado, la experiencia de poder elaborar y modificar estas invariabilidades aparentes. Un colérico, al disculparse después de un ataque de rabia, puede decir: "Tú sabes que mi intención no es así como lo digo. Es que sencillamente ya no me podía dominar." Un flemático puede decir con presunción: "Bueno, ahora dímelo bien despacio, es que yo no puedo tan rápido." Ambos ejemplos demuestran cómo el Yo ha tomado conciencia de su manifestación esencial unilateral y ahora comienza a trabajar en él. Tampoco aquí la meta de la autoeducación jamás será acaso desistir de la cólera o la flema o reprimirlas conscientemente. También aquí el anhelo consiste más bien en aprender a manejar las características temperamentales de manera tal, que puedan ser empleadas con sentido positivo.

R. Steiner ha hecho sugerencias para tal autoeducación en numerosas conferencias, de las cuales aquí quisiéramos mencionar algunas.

Un colérico que con frecuencia hace explotar incontroladamente sus "fuerzas desenfrenadas", puede emprender lo siguiente:

Intentar reunir todas sus fuerzas para pequeños quehaceres, de manera que pueda llegar a tener conciencia de ellas. Así, por ejemplo, podrá serruchar diariamente un pedazo de leña con toda dedicación o bien llevar una bandeja llena a la mesa, con una sola mano. Con toda seguridad no será una ayuda fundamental, si después de cada estallido de rabia se disgusta por su falta de dominio, proponiéndose no volver a ponerse enseguida tan furioso la próxima vez.

Por el contrario, notará que cada vez podrá controlarse mejor, si todos los días practica pequeñas actividades serenas, sin importancia, en las que realiza exactamente aquello que se había propuesto.

Pero quien advierta que carece de cólera, que se adapta demasiado fácilmente, que le resulta difícil manifestar su opinión en la situación actual y recién critica cuando de un asunto ya nada se puede modificar, este podrá practicar los siguientes ejercicios: desarrollar *iniciativa*, proponiéndose realizar cada día una actividad a la que nada externo lo impulse. Puede ser una acción totalmente simple, por ejemplo abrir todas las ventanas de la casa a determinada hora, cerrándolas a continuación. También puede ser el propósito de levantarse cada mañana quince o treinta minutos más temprano y emprender en ese período algo que uno quisiera hacer por sí mismo. Aquí lo decisivo es que la voluntad no sea determinada por coerciones o necesidades externas, sino exclusivamente por decisión propia. Quien realiza tales prácticas regularmente una o varias veces al día a través de un período prolongado, notará pronto por su comportamiento, cómo aumenta su seguridad y capacidad para imponerse.

Como sanguíneo, es posible educarse para la concentración, emprendiendo con determinación cosas totalmente carentes de interés y realizándolas minuciosamente antes de decidirse a hacer la siguiente. De esta manera es posible tomar conciencia de su inclinación a la superficialidad y el no compromiso, logrando así un mejor accionar. Pero quien opine que en él el temperamento sanguíneo no es bastante manifiesto (cosa que con frecuencia ocurre en el melancólico), puede intentar educarse para la apertura y la alegría: buscará conscientemente *tener interés en todo lo que encuentre*. Para muchas personas esto de ningún modo resulta fácil y significa un verdadero esfuerzo volitivo. Cuando entonces quieren realizar el citado ejercicio, prácticamente deben ir en busca de un punto de vista

bajo el cual el respectivo asunto podría llegar a interesarles. Si inicialmente esto resulta difícil, será más fácil preguntar, en conversación con otros: "¿Por qué te gusta esto? ¿Desde cuándo te ocupas de esto?" También individuos que hasta ahora han sido considerados aburridos o insignificantes, pueden manifestarse desde sus aspectos interesantes, cuando se permite —a través de estas preguntas o similares— que se produzca una relación. Las preguntas siempre esclarecen, activan, buscan la comprensión. La capacidad del sanguíneo, de ofrecer una mirada o una palabra adecuada para cada uno, puede practicarse de este modo paso a paso, y nos sorprenderá la cantidad de cosas que hasta ahora hemos dejado de lado, y cuánta riqueza y color adquiere la vida a través de tales ejercicios.

A quien quisiera trabajar en su temperamento flemático, le recomendamos proponerse todos los días una actividad particularmente aburrida y carente de interés. Por ejemplo, con los brazos cruzados —en vez de mirar por la ventana al exterior para ver si pasa algo en la calle— se puede mirar hacia la habitación, donde absolutamente nada se mueve. El aburrimiento que de inmediato se experimenta en esta actitud, le pondrá en evidencia cuánto se pasa por alto en general en la vida, sin duda debido a su actitud pasiva. Además, será un buen ejercicio trabajar en su amor a la verdad. Porque por la comodidad que lo caracteriza tendrá más a flor de labios una mentira por complacencia o comodidad. Para él también es importante la retrospección nocturna para rememorar en secuencia inversa toda la jornada hasta la mañana. Para ello conviene tomarse sólo cinco minutos y no deleitarse en las vivencias placenteras, sino hacer que todo transcurra al mismo ritmo.

Pero quien tenga la impresión de padecer carencia de flema, puede fortalecer en sí mismo las cualidades positivas de la perseverancia y la paciencia, de manera que considere la lealtad y el amor al detalle como su ideal. Rudolf Steiner llamó esto una vez "el recogimiento a lo pequeño". Esto significa ser fiel a sí mismo en las pequeñas cosas y convertir la perseverancia —principal cualidad del flemático— a nivel anímico, en una fuerza positiva, en fundamento portador de todas las demás capacidades.

Para el melancólico unilateral puede ser una ayuda contemplar los hechos que en la naturaleza y en otros hombres conducen a destruir algo o impiden su desarrollo. La identificación con los dolores y padecimientos de los demás crea la posibilidad de aplicar oportunamente las características melancólicas, vale decir no sólo con relación a sí mismo. Quien

practica esto con frecuencia, sentirá cómo la tendencia a la autocompasión, a la cavilación y la meditación puede convertirse en solidaridad con los demás.

Este ejercicio también es apropiado para aquel que tiende demasiado poco al ensimismamiento y la melancolía y quisiera estimular esta característica en sí mismo. El mejor medio para ello es la identificación con los problemas y necesidades de los demás, de los que uno se hace cargo y para los que se intenta trabajar como si fueran los propios.

Bibliografía:
Heydebrand, Caroline v.: "Vom Seelenwesen des Kindes" (Del ser anímico del niño), Stuttgart 1971.
Steiner, Rudolf: "Das Geheimnis der menschlichen Temperamente" (El misterio de los temperamentos), Basel 1980. Trad. esp.: Buenos Aires, Editorial Antroposófica, 1987.

3. Los niños ¿necesitan una educación religiosa?

A El niño pequeño es religioso

Una y otra vez, en el consultorio se repite la experiencia de observar con cuánta sinceridad y confianza nos miran los niños muy pequeños. Quien repentinamente se encuentra por vez primera con esta mirada, ya no la olvidará jamás.

Puede ocurrir durante la revisación general de un lactante de tres meses de edad: el niño se encuentra acostado, desnudo, sobre la camilla, la madre está parada a un costado y espera que ahora el médico proceda a examinar parte por parte, para controlar "si todo está en orden". Precisamente está por comenzar, cuando advierte cómo el niño lo observa con sus ojitos bien despiertos. El médico siente cómo esta mirada le llega hasta lo más profundo de su ser. ¿Qué mira el niño? ¿Con quién busca encontrarse allí?*

* Se puede observar que en tales instantes los niños fijan su mirada en la pupila del médico, vale decir en el "agujero negro", donde en el fondo no hay nada para ver. Sin embargo, es éste el lugar en el que se puede encontrar más directamente el Yo del otro.

¿Cómo puede fijar su mirada durante tanto tiempo, tan abiertamente, en los ojos de un adulto desconocido? ¿Dónde, en la vida posterior, encontraremos una mirada de estas características? Ello sucede en momentos en que nos abrimos —llenos de confianza— ante un semejante. El lactante, por el contrario, se abre de este modo ante cualquiera. Lo que aparece primero en la mirada, también se pondrá en evidencia en los años de vida siguientes: un ingenuo acercamiento al mundo, un ferviente recibir e imitar todo aquello que sucede en el entorno. Esto es testimonio de una conmovedora franqueza y una expectativa ilimitada en que el adulto hará todo lo necesario para él.

El hecho de comprometerse naturalmente con todo —esta característica puramente "solar" que irradian los niños pequeños— recién cede en el momento en que aparece la conciencia del propio Yo. En el desarrollo sucesivo también comienzan a actuar el rechazo y la resistencia en forma creciente. La capacidad ilimitada de imitación comienza a desaparecer (compárese también págs. 248 y 378). Todos nosotros en nuestra primera infancia hemos vivenciado esa época de entrega total, hemos sentido esa "confianza sin reservas". Más adelante en la vida, una relación similar con el mundo recién reaparece como una característica adquirida, por ejemplo cuando nos dedicamos de todo corazón a alguna cosa. O bien cuando, en la devoción religiosa, ante apreciaciones idealistas de valor hemos adquirido nueva confianza en la propia existencia y en la continuidad de nuestra vida. Al conversar con los padres sobre el tema de que los niños actúan como si el mundo fuera totalmente bueno, digno de confianza y de ser imitado, muchas veces se nos responde: "Pero ¿no hay que aclararle cuanto antes que esto no es cierto, que el mundo no es 'puro', que hay que protegerse, confrontarse y defenderse?" La pregunta se responde por sí misma, cuando dirigimos la mirada a los ojos infantiles plenos de alegre expectativa. Ellos mismos son la respuesta: "Abrirle los ojos" para que vean las miserias y calamidades del mundo, recién puede ser oportuno cuando el niño también haya adquirido fuerzas para dominar tales problemáticas. Un prematuro "abrir los ojos" conduce a inseguridad y debilidad, y a dudas sobre el sentido de la propia existencia, que luego sólo difícilmente podrá superar. En realidad, la pregunta de los padres debería ser: ¿Qué podemos hacer para que esta confianza primitiva en el mundo no sea defraudada, para que el niño sienta que está rodeado por adultos que se esfuerzan para que el mundo

sea "bueno"? ¿Qué podemos hacer, para que en el transcurso de su desarrollo se fortalezca tanto, como para poder enfrentarse con lo no-bueno de la vida?

Sólo en la infancia está la madre que, "como en el paraíso", hace todo para nosotros, se preocupa por todo lo que necesitamos. Que simplemente nos ama porque estamos aquí. En la vida posterior, tal relación sólo rara vez está dada con otro individuo. Pero se encuentra escondido en cada uno en forma de anhelo. En el transcurso de la vida, este anhelo puede servir como escala para la formación de una capacidad de amar, que no esté impregnada por la "necesidad", el "querer tener sólo para sí", o por el "gozarse a sí mismo y al otro". De esta manera, en la infancia pueden predisponerse las cualidades de vida más notables: confianza en el proceso de desarrollo del mundo, amor altruista al semejante, sensación de verdadera libertad (compárese también pag. 364). Esto puede lograrse cuando nos comportamos de acuerdo con la edad del niño. Cuantas más vivencias le transmitamos que no defrauden su confianza primitiva, en mayor medida las citadas cualidades de vida podrán ser más adelante su meta interior y fortalecimiento de su alma.

Ante tal reflexión, muchas veces se arguye que, por más lógico que parezca lo dicho, en la época actual resultaría difícil tener confianza en la existencia o aun sentir alegría por la propia vida. Los peligros de una guerra nuclear, la destrucción ambiental, problemas sociales y fracasos personales se contraponen, como amenazas existenciales. Seguramente son componentes innegables de nuestra realidad de vida. Pero igualmente innegable es la experiencia de que en cada mirada infantil hay algo que mira profundamente dentro de nuestra vida, que todavía da testimonio de otras realidades vitales. En la actualidad estamos acostumbrados a absorber en nuestra conciencia, a través de diarios y noticias emitidas por radio y televisión, principalmente problemas del presente. De esta manera con frecuencia se disimula el interrogante de cuáles son las fuerzas del hombre que siempre vuelven a nutrir el incentivo para construir, para ayudar, para continuar. Pero es precisamente este interrogante el que puede estimularnos para que nos interesemos en el mundo del que proviene el niño anímico-espiritualmente y del que trae esta confianza inconmensurable, y de la que fluyen también aquellas fuerzas que sostienen y acompañan interiormente al hombre.

La religiosidad vista de este modo es algo que podemos aprender de

los niños pequeños. Experiencias en el trato con ellos llevan a la disposición religiosa de ánimo, una característica humana generalizada. Lo que en el niño todavía es la propia entrega sin reservas al entorno, en el adulto puede reaparecer en su máxima expresión como devoción religiosa al mundo superior divino. Y aquí surge la pregunta sobre cuál es la razón por la que hoy en día nos resulta tan dificultoso el acceso consciente a este mundo. Lessing, en su obra "La educación del género humano" todavía podía entender el Antiguo y el Nuevo Testamento como "libros elementales" para el proceso educativo de toda la humanidad. Para él estaba fuera de cuestión que existen metas para el proceso del desarrollo humano en un mundo espiritual, a partir del cual había surgido el mundo sensorial-material.

B ¿En qué forma el adulto puede recuperar la comprensión y la vivencia del mundo espiritual?

La capacidad de hacer fecundo el contenido de verdad de los Evangelios para la vida diaria se encuentra en creciente decadencia. Esto está relacionado con que la comprensión inmediata y la capacidad para poder aceptar como verdaderas las tradiciones religiosas disminuye en la medida en que se populariza la conciencia crítica que sólo apunta a las realidades sensoriales. La veneración y abnegación religiosa ya sólo son consideradas como cuestiones de sentimiento y fe, difícilmente justificables ante la conciencia pensante. Por lo tanto se argumenta con razón, que tales sentimientos poco claros pueden mantener al hombre inmaduro y maleable. Evidentemente en toda la humanidad ha tenido lugar un desarrollo similar, que siempre volvemos a vivenciar en el niño pequeño: la capacidad de imitación y sinceridad disminuyen en la misma medida en que despiertan la conciencia del Yo y la intención propia. Muchos individuos dejan de rezar en el momento en que comienzan a dudar, en que ya no saben a quién va dirigida esa oración, vale decir en el momento en que comienzan a pensar en forma independiente y no sólo aceptan lo que dicen las respectivas autoridades. La extinción de la conciencia religiosa en nuestra época es una consecuencia de la vida moderna del pensamiento y del conocimiento. Por lo tanto, una nueva conciencia religiosa sólo puede evocarse a través de la profundización y continuidad del desarrollo precisamente de esta vida del pensamiento y conocimiento.

A este respecto quisiéramos mencionar un punto de partida y al mismo tiempo remontarnos a lo que ya nos hemos referido en la Introducción, como así también en el capítulo sobre el aprender a pensar (pág. 246). A través del pensamiento pueden encontrarse todas las leyes según las cuales se forma y funciona el mundo de la naturaleza. El hecho de que podamos "re"-flexionar de este modo, presupone un mundo ya existente, vale decir una creación. Estos pensamientos "reflexionados" conducen a la comprensión de las leyes naturales, pero simultáneamente también a la pregunta por aquel que creativamente había "premeditado" lo que nosotros reflexionamos. Porque nosotros vivenciamos claramente el aspecto vago de nuestras reflexiones, comparadas con razonamientos directamente eficaces en la creación de la naturaleza. Así advertimos que en nosotros, los humanos, pensar y realizar una acción no son una misma cosa. En la naturaleza, por el contrario, los pensamientos actúan directamente como leyes. Y precisamente a esta vaguedad de nuestros pensamientos debemos la posibilidad de ser libres. Porque depende de nosotros mismos, de nuestra propia decisión, cuál pensamiento deseamos realizar y cuál no. Nosotros nos sentimos tanto más libres, cuanto más comprendemos y cuanto más fuerte es nuestra voluntad para convertir en acción aquello reconocido como correcto*. Esta característica del pensamiento, que brinda libertad, se destaca particularmente cuando no sólo enfocamos la "reflexión" en las ciencias naturales, sino también el "premeditar" puramente idealista. Los ideales son algo que sólo puede ser realizado por el hombre, cuando así *lo desea*. Mientras este no sea el caso, no pasan de ser reflexiones vagas. Pero cuando se convierten en comprometido ideal de vida, que nos entusiasma y motiva nuestro accionar, entonces vivenciamos la eficacia de estos pensamientos dentro de nosotros como una fuerza que nos fortalece. En la consagración a un ideal percibimos inmediatamente que es nuestra voluntad la que vive en él y ayuda al pensamiento a realizarse.

Pero hay algo más relacionado con esto. Así como al pensamiento sobre la naturaleza le corresponde el accionar ordenado en la existencia natural, de la misma manera a nuestros ideales les corresponde la realidad del mundo suprasensorial y de sus seres. Porque lo que significan por ejemplo el altruismo, paz o amistad, no es palpable con las manos. Son valores que en las ciencias naturales no significan nada. A ellos se refieren tratados filosófico-éticos o tradiciones religiosas. Los contenidos de las grandes religiones y los sistemas filosóficos del mundo siempre se remontan a unos pocos ideales grandes. En el "mundo del pensamiento" conocemos una realidad que, frente a la sensorial-efímera, es más elevada y duradera. Nos revela la verdad de las leyes naturales, al igual que aquellas verdades referidas al mundo anímico-espiritual. Indestructible y eficaz como las leyes matemáticas que los hombres han encontrado en el transcurso de muchos siglos, igualmente indestructible es también la realidad que se manifiesta en el pensamiento "yo soy". Y llamamos "Yo" a nuestra esencia y podemos reflexionar y sentir su indestructibilidad, esto también corresponde a los seres del mundo superior, que no se encarnan en un sentido sensorial y que la Biblia menciona como ángeles, arcángeles o "la multitud de los ejércitos celestiales". Podemos pensarlos si conocemos el ideal que define su esencia. La fuerza que nos anima por ejemplo cuando seguimos el ideal del altruismo, proviene del ser —o sea del ángel— que responde a este pensamiento como realidad. Es que los pensamientos no nos comunican una realidad abstracta del mundo, sino que siempre son puentes hacia contenidos totalmente concretos del mundo, que en última instancia son de naturaleza esencial.

Al decir San Pablo: "No vivo yo, sino Cristo vive en mí" (Gal. 2, 20), remite a este hecho. Al hombre le es dado ligarse con un ser de modo tal, que pueda actuar a través de él. R. Steiner poseía la capacidad de profundizar el pensamiento hacia un estado más elevado de conciencia y revelar una vía de formación para la conciencia moderna*. A través de sus descripciones detalladas sobre la evolución de la tierra y el hombre** y sobre la vida entre la muerte y el nuevo nacimiento en conexión con los seres del mundo espiritual, a través del pensamiento hoy en día todos podemos relacionarnos con esos seres. Aquí se pone de manifiesto una cualidad del Yo que podemos caracterizar mejor, diciendo que puede

* Compárese también con el capítulo "Biologie der Freiheit" (Biología de la libertad), en el libro de Wolfgang Schad: "Die Vorgeburtlichkeit des Menschen" (El período prenatal del hombre), Stuttgart 1982.

* Compárese con su trabajo "Wie erlangt man Erkenntnisse höherer Welten? (¿Cómo se alcanza el conocimiento de los mundos superiores?).

** Compárese con "Die Geheimwissenschaft im Umriss" (La Ciencia Oculta en bosquejo).

entregarse a un ser superior y dejar que este lo penetre totalmente. Hasta podemos decir que el Yo de un hombre en cuanto a su carácter manifiesta aquello con lo que se haya ligado ese Yo. En la forma respectiva, Jesús enseña a sus discípulos: "En esto conocerán todos que sois mis discípulos, si os tenéis amor los unos a los otros" (San Juan 13, 35). Y además: "Donde están dos o tres reunidos en mi nombre, allí estaré en medio de ellos" (San Mateo 18, 20). De sí mismo dice: "Yo y el Padre somos uno" (San Juan 10, 30), y: "Porque he descendido del cielo, no para hacer mi voluntad, sino la voluntad del que me envió" (San Juan 6, 38). Esto demuestra que en el mundo espiritual las cosas y seres no permiten ser separados entre sí, como es el caso en el mundo sensorial, estructurado en espacio y tiempo. En él rige que un ser pueda vivir dentro de otro y pueda manifestarse a través de otro. Por lo general en la vida tomamos conciencia por vez primera de esto, cuando comenzamos a amar a un ser humano. La comunidad amistosa con un ser humano es vivenciada como un aumento de fuerza, al igual que el apego a determinado ideal.

Cuando a través del pensamiento el adulto aprende a ligarse con el mundo suprasensorial, entonces en él por sí mismo se manifiesta determinada conducta de vida que puede llamarse religiosa. Por sus pensamientos se siente arraigado en el mundo y ya no aislado y solitario. Vuelve a aprender a sentir confianza y agradecimiento ante la propia existencia y a hacerse cargo de su desarrollo en armonía con las leyes de este mundo. También puede observar con renovado interés el desarrollo de su hijo, que se presenta en el mundo con una confianza que por sí mismo ha debido recuperar penosamente. Y entonces también resulta lógico rezar con el niño, a partir de una profunda convicción y honestidad, una oración que exprese el sentimiento de esta unión con el mundo sensorial y suprasensorial. Para el entendimiento popular, religión significa nueva ligadura, religadura; traducido literalmente proviene de "religari" = "ordenar algo, concertar". El niño proviene del mundo espiritual y busca confiado, a través de su cuerpo y sus órganos sensoriales, la ligadura con el mundo sensorial. El adulto ha conocido el mundo sensorial y ahora, a través de su pensamiento, intenta volver a conectarse conscientemente con el ámbito de su origen anímico-espiritual. Podemos definir ambas actitudes de vida como de carácter religioso, ya que ambas radican en el anhelo de establecer una concordancia con el mundo. También podemos decir que el

comportamiento del niño es religioso en un sentido sensorial-corporal, y el del adulto anímico-espiritual.

En la actualidad hay muchos individuos que opinan que habría que prescindir de una educación religiosa para los niños, para no manipularlos, convirtiéndolos así en no-libres. Pero quien en su infancia no haya podido percibir actitudes como la devoción, veneración y recogimiento, por esta circunstancia ha sido educado para la no-libertad con respecto a lo religioso. No sabe que carece de fuerzas humanas y posiblemente más adelante lo sentirá amargamente como falta de idealismo. Quien logre alcanzar una relación autónoma con los contenidos de las tradiciones religiosas, siempre podrá volver a encontrar en ellas nuevos estímulos para su desarrollo interior. Aun como hombre no comprometido con una confesión, podrá participar con provecho de una misa católica, un oficio religioso protestante o un Acto de Consagración del Hombre de La Comunidad de Cristianos. Comprenderá la razón por la cual en el terreno religioso debe reinar la tolerancia y la absoluta libertad de pensamiento.

C La educación religiosa en la práctica

Ahora también deseamos dar ejemplos prácticos de cómo puede ser una educación religiosa en la infancia. Como el niño todavía no está en condiciones de emprender una búsqueda interna religiosa, se le deben hacer percibir de alguna manera sensorial las realidades del mundo suprasensorial. Porque él vive totalmente entregado al mundo sensorial. En este sentido, la forma de celebración de las festividades anuales constituye un elemento importante: pueden sobresalir de la vida familiar cotidiana como momentos culminantes muy especiales. Hay algo que las diferencia de los cumpleaños y fiestas familiares, ya que en las festividades anuales se celebra algo común a mucha gente, algo que trasciende lo personal.

a) La celebración de las fiestas anuales*

En los diferentes países de la tierra, las fiestas anuales tienen relevan-

* El texto ha sido adaptado para el hemisferio Sur. Agradecemos la gentil colabora-

cia diversa. En el grupo de las celebraciones anuales cristianas con frecuencia se introducen también las antiguas fiestas de culturas precristianas, en cuyo contenido espiritual hay tanto que trabajar todavía como en el de las celebraciones anuales cristianas. Habida cuenta de que nosotros sólo contamos con experiencia con estas últimas, rogamos que nos sepan disculpar los lectores provenientes de otros contextos culturales. Las experiencias descritas según el ejemplo de las celebraciones anuales cristianas en principio también son aplicables a otras tradiciones festivas. Lo decisivo para el niño es que al celebrar las festividades pueda vivenciar que aquí se rinde culto a una auténtica sustancia espiritual, que perciba qué es lo que se está celebrando. El ciclo de las festividades cristianas comienza con el Adviento y la Navidad, recorre la Pascua de Resurrección, la Ascensión de Nuestro Señor y Pentecostés, concluyendo con el día de San Juan en la época del solsticio y la fiesta de Micael en septiembre. En los diferentes países de la tierra, estas festividades tienen variada relevancia en las tradiciones populares. Por ejemplo en México, durante el período de Adviento se celebra con más fervor la búsqueda de albergue por parte de José y María, que la propia fiesta navideña. En la tradición protestante, el Viernes Santo es el feriado mayor, mientras en la iglesia ortodoxa rusa el domingo de Pascua representa la fiesta decisiva del año. En Brasil se celebra la fiesta de San Juan como una festividad popular, en la Argentina ocupan el primer plano la Navidad y los Reyes Magos. Pero como en todas partes declina la capacidad de dar su auténtico sentido espiritual a todas estas celebraciones anuales —que todavía provienen de la tradición eclesiástica o popular— quisiéramos detenernos algo más en ellas. Y es aquí donde quisiéramos animar a los padres que hasta ahora no hayan encontrado sentido alguno en la celebración de las fiestas anuales, o a quienes, debido a su situación de vida aislada, no hayan sentido el impulso necesario para hacerlo, para que se reúnan con otros en la misma situación, para reflexionar en conjunto sobre el tema. Primeramente se trata del interrogante: ¿Cómo recuperamos nosotros mismos los puntos de arranque para tomar en serio las celebraciones anuales, y en qué forma organizamos las fiestas para los niños?

Los niños de familias que celebran debidamente las festividades anuales se desarrollan más fuertes y armoniosos y se ubican en el mundo con mayor confianza que niños de su entorno, de familias que sólo festejan en forma convencional, sin convicción interior o sencillamente no celebran.

Cada festividad se refiere a una cualidad anímica o a un valor anímico o espiritual. Generalmente se trata de expresar la alegría causada por algún logro: el día en que la hija de la familia cumple quince años, un examen aprobado, la instalación en una nueva vivienda, la compra de un terreno, la llegada de un amigo o algo similar; nada de todo esto depende de determinada fecha ni hora en particular.

Del mismo modo existen estados de ánimo serios a los que deseamos imprimir un carácter solemne: funerales, conmemoraciones, el recuerdo de una crisis o cambios que hemos soportado. En los cumpleaños conmemoramos con agradecimiento el hecho de que esta persona se encuentre entre nosotros, en la boda celebramos la experiencia feliz de que se hayan encontrado dos que se aman. Las celebraciones políticas apuntan a la liberación de la opresión, al llamamiento a la paz, a la conmemoración de guerras y padecimientos y a la advertencia. De la tradición popular surgen fiestas de acción de gracias por la cosecha y la celebración del espíritu de determinado paisaje, río, montaña o estación del año. Pero ninguna de las citadas fiestas contiene la alegría por la encarnación del hombre como tal o la responsabilidad por continuar el desarrollo de la humanidad sobre la tierra. Y precisamente aquí radica la particularidad del contenido espiritual de las celebraciones anuales cristianas. Ellas ligan las emociones anímicas personales de cada individuo con el ideal, para sentirse como un eslabón en la integridad humana, como "cepa en el viñedo", vale decir para sentirse cristiano. El alma puede festejar su Adviento en forma enteramente personal cuando su disposición es expectante; puede celebrar la fiesta de la Ascensión de Nuestro Señor para sí misma, cuando luego de un gran dolor recobra su serenidad y puede desear algo nuevo; esto no depende de ninguna época del año ni hora del día. Pero si contempla la vida de Cristo, su pasión, su muerte, ascensión y reaparición en el alma humana, entonces relaciona su propia vivencia anímica personal con El y así con la humanidad. Lo particular de las celebraciones anuales cristianas es que el mismo día en todas partes de la tierra tiene lugar una mancomunada reflexión del género humano respecto a los motivos fundamentales del desarrollo humano en

ción de Martín de Gans, sacerdote de La Comunidad de Cristianos de Buenos Aires, quien se ocupó de dicha adaptación.

su ligadura con la esencia de Cristo. Por esta razón, las festividades cristianas no son únicamente fiestas anuales, si bien han logrado establecerse como tales en la tradición occidental. La región templada del hemisferio Norte realmente permite que el acontecer en el transcurso del año haga aparecer las cualidades anímicas de las festividades en la imagen de la naturaleza: la expectativa del solsticio, la luz en el adviento, el nacimiento de la luz en la época navideña, el resurgimiento de la naturaleza en la Pascua, en primavera, tras el letargo invernal, y el crecimiento y la floración alrededor del día de San Juan, la fiesta del descubrimiento de la conciencia, en la que se reflexiona sobre cada detalle de la vida anímica y se los eleva a la conciencia. Luego, la celebración del día de Micael, fiesta de la audacia en otoño, cuando caen las hojas mientras los brotes ya dispuestos para la próxima primavera esconden el gérmen de un nuevo futuro que brinda esperanza y confianza. Estas festividades cristianas no son días conmemorativos de acontecimientos históricos de la vida de Cristo en su ámbito de vida en Palestina, ni tampoco son únicamente celebraciones de las estaciones del año, que tienen su significación dentro de determinado decurso temporal. Antes bien, más allá del mero aspecto ambiental y temporal contenido en ellas, son festividades de la conciencia humana, fiestas de la mayor internalización y contemplación respecto a las posibilidades de desarrollo y tareas de la humanidad íntegra, de la fraternidad en Cristo. Así como en la filosofía cristiana se ha considerado la Divina Trinidad como espacio (Padre), tiempo (Hijo) y conciencia (Espíritu), del mismo modo la celebración de las festividades anuales cristianas contiene esta Trinidad. Y aquí el aspecto citado en último término es aquél que se ha introducido en el desarrollo de la humanidad con el advenimiento del cristianismo, como un aspecto totalmente novedoso.

Las festividades orientadas al espacio y al tiempo ya estaban difundidas también en épocas precristianas. Las celebraciones anuales cristianas quedarían reducidas a estos aspectos, si se las considerara únicamente como festividades estacionales y por ejemplo se las celebrara a la inversa en el hemisferio Sur de lo que se hace en el Norte: por ejemplo la Navidad en junio y San Juan en diciembre. En la obra de Rudolf Steiner encontramos muchas sugerencias y alusiones instructivas a favor de una comprensión espiritual del transcurso del año precisamente también en concordancia con la esencia de Cristo, que a través de la muerte en Gólgota no sólo se ligó con la humanidad, sino también con la tierra y la naturaleza toda. Sin duda, para el hombre actual resulta esencial reencontrarse con una contemplación espiritualizada de los procesos naturales y aprender a sentir y vivenciar cada vez más el accionar de Aquel que ha resucitado. Sin embargo, la celebración de las festividades anuales cristianas como fiestas de la humanidad en forma abarcante, abre posibilidades precisamente no tradicionales de enriquecer la relación del alma humana devota con la naturaleza que la rodea, posibilidades que fortalecen el alma y no le permiten "descansar" en una armonía que en el hemisferio Norte fácilmente se vuelve sentimental.

Las experiencias a las cuales aludimos aquí, pueden ser ilustradas en este lugar sólo en forma breve. Por supuesto es necesario que sean vivenciadas por los padres a través de un esfuerzo consciente; recién entonces encontraremos también las formas e imágenes correctas para festejar con los niños las fiestas universales cristianas dentro de la naturaleza que, según las tradiciones antiguas y en parte precristianas, parece ser "opuesta". Claro está que no se trata de implantar aquellas costumbres en una naturaleza totalmente diferente a la de su origen; si se tratara de permanecer dentro de las formas antiguas europeas, sería lógico por ejemplo festejar Navidad en junio en el hemisferio Sur. Mas: ¡la mayor parte de las formas tradicionales también en el hemisferio Norte han perdido ya su fuerza impulsante y es preciso renovarlas! Deberemos, pues, buscar nuevas formas, conscientes de la precariedad de las mismas en su comienzo.

Tomemos como ejemplo la fiesta de Pascua de Resurrección. ¡Cuántas personas en el hemisferio Norte la identifican con la primavera, con el brotar de las plantas! Pero esta "vida nueva" en realidad no es nueva; constituye sólo una imagen de lo verdaderamente nuevo. Sabemos que la naturaleza en todo el mundo está perdiendo su vitalidad en forma alarmante, en todos los campos; la primavera es cada año menos vigorosa y en su milenaria repetición muestra, si lo expresamos en términos religiosos, la fuerza de Dios Padre en decadencia, necesitada del impulso renovador del Hijo. Vivenciar la resurrección a través de la naturaleza primaveral, es una ilusión muy común en el hemisferio Norte, mientras que en el Sur no existe la posibilidad de tal ilusión si tratamos de festejar la resurrección, rodeados por una naturaleza otoñal. Es, más bien, como si la naturaleza nos llamara a realizar un esfuerzo anímico-espiritual y a generar fuerzas de resurrección de la propia alma humana, añadiendo por

medio de la fuerza del Resucitado lo que la naturaleza ya nos brinda.

¿Cómo se "traducen" estas meditaciones y experiencias en imágenes y formas válidas para festejarlas con los niños? Una forma hermosa es, vivir el proceso arquetípico que sigue a la cosecha otoñal del trigo: cocinar el pan. El proceso natural de la "resurrección" del grano de trigo es el de brotar en primavera; el proceso humano es, moler el grano duro, añadiendo los elementos agua, aire (amasándolo) y fuego, produciendo así el pan que nutre al hombre. Algo nuevo surge de lo que da la naturaleza.

Otra posibilidad para esta fiesta es, hacer ascender los "barriletes". Ellos vencen la pesadez de la tierra, y al verlos subir a las alturas, se elevan también las almas de los niños. Por supuesto que para cada ejemplo es necesario encontrar el contexto correcto, aquí no se indica más que una idea general.

Dediquemos algunas consideraciones a la Navidad en verano. Con el Niño de Belén nace la nueva luz en la oscuridad de la Tierra. Pero ¿en qué consiste esta oscuridad? Con facilidad se la identifica en el hemisferio Norte con la corta duración del día y la larga noche; el proceso natural muestra también, a partir de Navidad, un aumento de luz. Existe, sin embargo, una oscuridad mucho más esencial: es la densidad del mundo físico-material que nos rodea, y que nos hace creer que éste constituye la única realidad, que no existe más que aquello que percibimos con nuestros órganos sensoriales de percepción. En la Nochebuena cantan los ángeles: quieren abrir los sentidos de los hombres para una realidad que nos es vedada normalmente, pero hacia la cual "la nueva luz" que nace nos ofrece un nuevo acceso, que se acrecienta. La "oscuridad" a la que aquí nos referimos, ¿no está justamente mucho más presente en la luz despiadada del sol de verano? Nos volvemos más "físicos", más unidos a lo material sensorial y sensual de la vida terrenal en verano, y la búsqueda de la "nueva luz", la que nos ilumina aquello que vive detrás de la superficialidad de la apariencia exterior, puede recibir una respuesta llena de gracia en la fiesta de Navidad, como experiencia interior.

Para llevar a los niños a experiencias semejantes podemos encontrar infinidad de posibilidades, más allá de recordar fielmente lo que cuentan los Evangelios (ellos en ningún instante se refieren a una naturaleza invernal). Trataremos de mostrar una realidad espiritual que está detrás del mundo visible, detrás de la "densidad" antes mencionada. Por ejemplo

en la época de Adviento que precede a la Navidad y se extiende por cuatro semanas, es muy bello formar un "camino" hacia el pesebre, contando historias y evocando imágenes vivas acerca de los cuatro elementos: en la primera semana del reino mineral y del elemento "tierra", agregando pequeñas piedras que el niño mismo junta en algún paseo; en la segunda semana del reino vegetal y el elemento "agua", procediendo de igual forma; en la tercera semana del reino animal y el elemento "aire"; y en la cuarta semana del reino humano y del elemento "fuego". Así, como ascendiendo por una escalera, preparamos al niño para llegar a sentir lo que nacerá en Navidad, desde un mundo superior, queriendo compenetrar todos los elementos de la Tierra, brindándoles luz y vida nuevas.

Escogimos estas dos fiestas, porque en ellas aún se conservan fuertes, en nuestro ambiente, las formas tradicionales que provienen del hemisferio Norte. Con las otras fiestas: Ascensión, Pentecostés, San Juan, Micael, es más sencillo encontrar formas apropiadas en el hemisferio Sur.

Hemos dedicado tanto espacio a este tema, porque el mundo infantil actual, que vive bajo el sello del ajetreo cotidiano y los televisores continuamente encendidos, requiere urgentemente una vivificación como la que permite la celebración de las festividades anuales.

b) Orar con los niños

Otra figura trascendente en la educación religiosa del niño pequeño es la dedicación al tiempo entre la vigilia y el sueño, vale decir entre el mundo en que el alma del niño transcurre de día, y aquel otro en que se encuentra durante la noche. En ese momento de transición, una canción o una oración pueden crear una disposición de ánimo para el recogimiento, que permita al alma del niño encontrar la paz y extraerla por unos instantes de la vida cotidiana. Los niños aman estos momentos, aun cuando todavía ni siquiera entiendan las palabras. Para esto citaremos dos ejemplos, de un niño de dos años y uno de dos y medio, cuyos padres decían con ellos la siguiente oración por la noche:

De la cabeza a los pies
soy la imagen de Dios,
del corazón hasta las manos
siento el aliento de Dios.
Cuando hablo con la boca,
sigo la voluntad de Dios.
Cuando veo a Dios
en todas partes, en mamá, en papá,
en todos los seres queridos,
en animal y flor
en árbol y piedra,
nada me da temor,
tan sólo amor a todo
lo que me rodea.

Rudolf Steiner

En Luisito, de dos años y medio, que acaba de aprender a decir "yo", su entusiasmo al acompañar a los padres en esta oración crecía de línea en línea. A partir del momento en que menciona a papá y mamá, decía después de cada palabra: "yo también" y recién se daba por satisfecho, cuando al final de la oración los padres volvían a confirmar: "Sí, por Luis también".

A Cristián, de dos años, le gustaba repetir renglón por renglón lo que los padres pronunciaban lentamente. Pero siempre salteaba el renglón referido al miedo. Y siempre repetía los renglones precedentes, donde se habla de plantas y animales, diciendo: aimal y flor, aimal y flor / ábol y pieda, ábol y pieda. . .". Al final se sentía tan feliz, que siempre saltaba en la cama y se volvía a tirar a la almohada, diciendo "qué lindo esto, qué lindo esto".

Pero esto no significa que recién se pueda rezar con los niños cuando comiencen a hablar. El librito citado en la bibliografía "Gebete für Mütter und Kinder" (Oraciones para madres y niños) también contiene palabras para el primer tiempo, mediante las cuales el adulto puede cultivar momentos de recogimiento por la mañana y a la noche, en presencia del niño. Allí también figura una serie de posibles oraciones para la mesa. A través

del recogimiento y más profundo respeto se despiertan cualidades que tienen un efecto provechoso para toda la vida posterior, porque por compartir el enfoque hacia valores ideales y seres divinos, se crea una atmósfera de confraternidad. Y esto es beneficioso para toda la vida personal y social.

D La actitud ante la muerte

Una sincera pregunta por los aspectos perecederos e imperecederos de la propia existencia y con ella una sensibilidad para el significado de la muerte, surge recién con la pre-pubertad a los 9 y 10 años de edad, a veces también más tarde. Esto se puede apreciar claramente en el siguiente ejemplo:

En una familia con cinco hijos ha fallecido la abuela. El padre relata con seriedad lo sucedido en los últimos instantes en el hospital. Todos escuchan con atención. La diferente actitud participativa de los niños permite apreciar con claridad el grado de madurez que ya ha alcanzado la vida anímica de cada niño. Mientras que el pequeño de cuatro años muy pronto está de nuevo en el cajón de arena, jugando despreocupado, la niña de nueve años, muy despierta, ha observado todo y notado con certeza que no puede estar triste igual que los grandes. Comprende en lo profundo de su ser, que la abuela ya no volverá y que está muerta, pero esa experiencia apenas la puede expresar anímicamente. ¡Muy distinta es la niña de doce años! Ella recuerda también, en el transcurso del relato, su último encuentro con la abuela. Había sido durante una enfermedad, cuando la abuela le había friccionado la espalda con agua colonia. Ahora, al pensar en ella, se le llenan los ojos de lágrimas. La abuela ya no volverá más para acompañarla si volviese a enfermarse. ¿Adónde se habrá ido la abuela? Lo inexorable y también grandioso de la muerte se convierte así en una experiencia vivida, que perdura aún durante días. Siente, frente a esta realidad avasallante, desasosiego y esperanza al mismo tiempo.

Los niños son realistas y toman al mundo, lo mismo que al acontecimiento de la muerte, tal como es. De la actitud de los adultos y también de sus expresiones depende si la presencia de la muerte adquiere un carácter dramático o no. Si el deceso de una persona querida es recordado, junto con los niños, por ejemplo como algo semejante a un "cumpleaños en el cielo", entonces ellos aprenden algo importante. Sienten que la naturaleza humana tiene una forma visible y otra invisible. Aprenden que se pue-

de pensar en los muertos, recordar sus aspiraciones y sus cualidades, y hasta se puede sentir agrado en ello. Experimentan en las conmemoraciones regulares de tales cumpleaños en el cielo, que el mundo espiritual con todos sus seres penetra en el mundo visible.

En una familia con seis hijos había fallecido prematuramente uno de ellos. Su cumpleaños celestial era siempre un día de recordación especial, donde toda la familia emprendía algo hermoso. También el paseo hasta la tumba no tenía nada de deprimente. Era una costumbre hacerlo y se decía una oración frente a la sepultura. Luego, durante la cena, se recordaban cosas que habían ocurrido durante su breve existencia y no era para asustarse si a veces la madre se conmovía tanto que llegaba a derramar lágrimas. Si el acaecimiento de la muerte puede ser considerado como algo perteneciente a la vida, algo solemnemente serio pero también apacible y esperanzado, entonces entra así un elemento más de auténtica religiosidad en la vida diaria, que contribuye de manera significativa a la educación religiosa.

Bibliografía:
Althoff, Karl Friedrich: "Das Vaterunser" (El Padrenuestro), Stuttgart 1978.
Barz, Brigitte: "Feiern der Jahresfeste mit Kindern" (Celebración de las fiestas anuales con los niños), Stuttgart 1984.
Boogert, Arie: "Beim Sterben von Kindern" (En la mente del niño), Stuttgart 1986.
"Das Traumlied vom Olav Asteson". (La canción onírica de Olav Asteson). Traducido del noruego antiguo al alemán por Dan Lindholm), 2ª ed., Stuttgart 1983.
Heimeran, Marta: "Von der Religion des kleinen Kindes" (De la religión del niño pequeño), 3ª ed., Stuttgart 1983.
Johanson, Irene: "Geschichten zu den Jahresfesten" (Relatos para las fiestas anuales), Stuttgart 1982.
Schiling, Karin von: "Der Tod meines Kindes" (La muerte de los niños) Stuttgart 1987.
Schroeder, Hans-Werner: "Mensch und Engel" (Hombre y ángel), Stuttgart 1981.
Schröer, K. J.: "Uber die Oberuferer Weihnachtsspiele" (Sobre los Autos Sacramentales Navideños de Oberufer), Stuttgart 1963.
Steiner, Rudolf: "Gebete für Mütter und Kinder" (Oraciones para madres y niños), Dornach 1962. Trad. esp.: Lima, Asociación Pro Niño.

4. La voluntad en el campo de tensión de castigo y recompensa

Un amplio campo de interrogantes en el consultorio pediátrico se refiere a castigos y recompensas. Representan los extremos de nuestra conducta educativa entre ceder y oponer resistencia, prometer, rogar, distraer y amenazar.

Aquí resulta interesante que en el consultorio de pediatría la mayoría de nuestras consultas se refieran a situaciones problemáticas en que los padres ceden con demasiada frecuencia y facilidad ante todos los deseos de sus hijos.

"Mi hijo me ha robado" (4 años de edad).

"Es tan agresivo que varias veces ya se me escapó la mano. ¿Sufrirá un perjuicio anímico por eso?" (2.1/2 años)

Un pequeño de cinco años dice con la misma convicción que su hermano: "¡Yo no fui!". En este caso la madre sabe con certeza que está mintiendo. ¿Qué hacer?

"Creo que todos los días habría que dar un elogio o una recompensa a los niños, esto fortalece su autoestima."

Un niño de tres años vocifera: "¡Pero yo no quiero!" y una vez más lleva a la madre al límite de su paciencia.

Otro niño en su furia ha atravesado el vidrio de una ventana con una patada.

Un niñito de apenas tres años investigó, contra una expresa prohibición, un florero de forma particular, que ahora está hecho añicos.

Ya se ha llamado dos veces a voz en cuello a comer. Uno de los niños todavía falta en la mesa.

"En casa muchas veces hay peleas por el postre, aunque todos reciben suficiente."

Escuchamos expresiones de este tipo y similares, con la pregunta: ¿Cómo proceder correctamente y de acuerdo con la situación?

Probablemente ningún otro tema toque tan de cerca los problemas de convivencia y el desarrollo humanos como el del castigo. Del Antiguo y Nuevo Testamento conocemos al Dios justiciero que castiga, como así también las imágenes apocalípticas del "Juicio Final". ¿Necesita el hombre la amenaza de un castigo, para esforzarse por algún bien o para dejar de hacer algo injusto? ¿Por qué no alcanza el mero goce del bien?

Esto radica en la naturaleza humana. Porque aun la acción más ínfima puede provocar agrado u oposición. En cada uno de nuestros actos

se puede plantear el interrogante sobre cómo se adapta a las demandas del entorno. Este problema ya aparece en el niño pequeño, particularmente cuando al mismo tiempo que se refiere a sí mismo diciendo "yo", también aparece la capacidad para pronunciar un potente "no". La propia voluntad que se moviliza entonces, anuncia una capacidad volitiva que inicialmente sólo se presenta a sí misma y todavía no ha encontrado una conexión armónica con su entorno. Esta recién se desarrolla como resultado de múltiples procesos de aprendizaje y adaptación, que en la última instancia determina la conducta de los seres humanos entre sí.

A partir de la edad del lactante ayudamos al niño a ejercitar su voluntad en este sentido: en el juego con objetos, vivenciando así el sujetar y soltar; en la transición entre mamar del biberón y beber de la taza; el comer con cuchara, ponerse el saquito y los zapatos. Todas acciones cuya secuencia debe ser penosamente aprendida y reiteradamente practicada.

Pero al cabo de cierto tiempo, el niño toma por sí mismo el alimento prolijamente con la cuchara e introduce el brazo en el agujero del saquito, como también deja de encoger los dedos de los pies al calzarse. Nuestro medio cotidiano está repleto de tales procesos de aprendizaje, a través de los cuales el niño se mueve con cada vez mayor seguridad dentro de su entorno. Pero sin advertirlo, con ello también se han trazado límites que determinan las costumbres y hábitos. Se sobreentiende que todo esto ha ocurrido en una etapa en que el niño todavía no podía darse cuenta si en realidad deseaba aprender todas estas cosas. Por lo tanto, nuestra pregunta no puede plantear *si debemos* influenciar la voluntad de nuestros hijos, sino: ¿Cómo y para qué meta de desarrollo apuntalamos a nuestro niño en la formación de su voluntad?

El curso de la historia nos enseña que el interrogante de la determinación volitiva ha sufrido una transformación fundamental con el correr del tiempo. En la Antigüedad, la mayoría de los hombres todavía se sentía manejada por autoridades externas. Hoy en día cada uno se siente independiente y desea determinar y reconocer por sí mismo lo que hay que hacer. Se puede observar claramente el cambio en la autocomprensión humana: en la transición de los Mandamientos del Antiguo Testamento —en el sentido de un "No has de. . ."— al voluntario cumplimiento cristiano de un único "mandamiento" (San Juan 13, 34). Particularmente evidente resulta esta transición en la parábola de la mujer adúltera (San

Juan 8, 1 - 11). Arrastrada por los hombres ante el jurado, la adúltera es llevada ante Jesús con la pregunta, si debía ser apedreada según lo mandara Moisés o no. Jesús los exhorta entonces a seguir la ley exterior sólo cuando coincida con la ley interior propia de cada uno: "El que de vosotros esté sin pecado, sea el primero en arrojar la piedra contra ella." Entonces los hombres que la rodeaban se retiraron uno a uno. Al quedar Jesús a solas con la mujer, la despide con la recomendación "y no peques más".

Frente al niño nos sentimos en una situación similar: trazando límites nítidos de tipo exterior, debemos evitar que juegue con la plancha caliente, se caiga por la escalera, vuelque la olla con la sopa que está sobre la cocina o derrame la bolsa con avena sobre la alfombra. De la misma manera apuntalamos a nuestro hijo a través de gran cantidad de penurias, grandes y pequeñas, del período escolar, intentando evitar con nuestro apoyo y aliento en épocas de crisis, por ejemplo una interrupción prematura de su formación. Porque el niño o adolescente todavía carece de la capacidad de medir las consecuencias que trae aparejada tal decisión.

En última instancia para nosotros siempre se trata sólo de lo siguiente: dar un rumbo a la capacidad volitiva todavía desorientada del niño, mientrás todavía no haya alcanzado la "mayoría de edad". Primeramente los sentimientos y pensamientos deben haber alcanzado determinada madurez, para poder motivar y conducir su propia voluntad. Pero este hecho también orienta al educador: sentirse —por un tiempo determinado— como una especie de representante de la personalidad del niño. Por lo tanto, la necesidad de dominar, exigir obediencia absoluta, amenazar en el sentido de: "Espera nomás, hasta que llegue *yo*. . .", son tan inoportunos como la actitud de dejarse tiranizar por el niño, por temor a que se vuelva huraño. Es por eso también que la educación en cada época de la infancia tiene aspectos muy diferenciados, según el grado de madurez de la personalidad infantil:

En la *edad pre-escolar*, "castigo" no significa otra cosa que hacer que el niño perciba cómo uno mismo vuelve a imponer el orden en un asunto. Aquí todo aprendizaje todavía se realiza a través del ejemplo.

En la *edad escolar*, aparte de corregir los actos, se agrega la palabra explicativa. Ahora es posible hacer que el niño mismo también reflexione sobre la manera en que se puede reparar un daño ya causado. Aunque "apelar a la conciencia del niño" recién tiene sentido una vez que su vida

interior esté tan desarrollada como para poder percibir la voz de su conciencia personal. Esto rara vez ocurre antes de los diez años de edad (compárese pág. 379 y sig.). El hecho de "moralizar" antes de esta edad conduce al desgaste de palabras esenciales, sin contribuir a la solución del problema existente. Aunque también después de esta época no tiene mucho éxito si no se sugiere al mismo tiempo cómo se puede volver a arreglar el asunto.

En el período de *pubertad y adolescencia*, el castigo se convierte en forma creciente en algo que los jóvenes se imponen a sí mismos. Aquí al adulto le corresponde más bien una función asesora y de apoyo. El hecho de sentirse castigado por un fracaso y recompensado por un logro, responde a la manera en que se vivencia el adulto en el campo de tensiones de castigo y recompensa. Se esfuerza por integrar razonablemente sus acciones entre las demandas de su entorno, por imponerse a sí mismo sus metas de aprendizaje y trabajo, sometiéndose a pruebas y educándose al mismo tiempo.

Si en la edad adulta se producen culpabilidades en el sentido de la ley, en la mayoría de los casos puede suponerse que el desarrollo del respectivo individuo ha estado expuesto a graves trastornos.

En base a estos antecedentes, ahora quisiéramos citar algunos ejemplos que en parte se refieren a los interrogantes planteados en el consultorio pediátrico:

El "castigo"

1. Los añicos del florero que el niño pequeño ha roto, se colocan con sumo cuidado sobre la pala. La madre barre los fragmentos pequeños tomando de la mano al niño. Después este puede ayudar a tirar todo en el recipiente de los residuos. Reina un ambiente serio, pero no áspero. Quizás la madre diga: "Qué lástima, el florero era lindo, pero ahora vamos a tener cuidado para que esto no nos vuelva a pasar." A continuación ella quita objetos similares del campo de acción del niño.

2. En el caso del vidrio de la ventana roto por una patada, se procede a la colocación de un trozo de cartón o cortina, hecho que durante varios días siempre volverá a recordar el episodio. La madre quizás diga: "Ahora aquí ni siquiera podemos mirar afuera, pero en unos días vamos a

colocar un vidrio nuevo." Ella reflexionará sobre cuáles eran las premisas que habían dado lugar al percance y examinará en qué medida hubiera podido actuar de otra manera.

3. Se había anunciado el almuerzo y sin embargo falta un niño junto a la mesa. Acalorado por haber corrido, llega con un atraso de quince minutos e informa, sin aliento, que a toda costa había querido terminar de jugar un partido de fútbol. Esta otra situación se da cuando los niños ya se han acostumbrado a que la madre llame varias veces a comer y a pesar de ello cada uno llega cuando quiere, ya que la palabra materna evidentemente no tiene gran valor para los niños. En el primero de los casos citados, por el tipo de su relato el niño ha expresado claramente que sabe que en realidad hubiera tenido que estar en casa puntualmente a la hora de comer. Pero a toda costa había querido finalizar el partido. Esto es comprensible. Por lo tanto, aquí la solución podría ser que la madre diga simplemente: "Bien que hayas venido a pesar de todo, yo ya pensé que tendríamos que comer sin tí."

En el otro caso, por inconsecuencia de los adultos se ha llegado al límite de requerir ahora una limitación en forma de amenaza: "Mañana, cuando yo haya llamado UNA VEZ a comer, quien no llegue puntualmente a la mesa, irá a comer solo en la cocina." Desde luego que ésta u otra consecuencia anunciada debe ser cumplida realmente al día siguiente.

4. El niño de cuatro años que ha sacado dinero del cajón, por lo general lo hace por haber observado muchas veces que la madre lo hacía. O sea que aquí se trata de una imitación, y no de un robo. Algo similar ocurre cuando se "roban" juguetes: a esta edad, el niño todavía no ha aprendido que no todo el mundo le pertenece. En estos casos, cuando el niño quiere ir a su casa, debe estar presente un adulto y ayudar a guardar los juguetes de la amiguita en sus respectivos lugares.

5. ¿Qué es lo que ocurre y cómo se enfrenta la situación, cuando los niños embadurnan todo con la comida y alegremente se trepan por encima de la mesa y las sillas, aunque la madre los llame al orden? También aquí el problema reside en el solo hecho de que la palabra de la madre ya no tiene validez. Seguramente demasiadas veces ha sucedido en otras travesuras, que los padres al final también siempre cedieron, riéndose. Quizás

también se deba a que uno de los padres haya dicho muchas veces al otro: "Ah, déjalo hacer." Tal situación sólo se puede dominar cuando se reconoce la causa de tal actitud en la propia inconsecuencia, sacando las respectivas conclusiones.

¿Y cuándo miente un niño de cinco años? Si sabe muy bien que había sido él, aquí el adulto comenzará por exteriorizar su consternación. Pero también tomará conciencia de que en realidad el niño quisiera no haberlo hecho. Y esto es lo que el niño también desea vivenciar en la reacción del adulto. Cuando se trata de niños mayores, habrá que reflexionar cómo dar una satisfacción a aquel que ha sufrido a causa de esa mentira.

Todavía queda por responder la pregunta por los posibles daños anímicos que podrían ocasionar palmadas inoportunas, o bien otros castigos a posteriori considerados injustificados. Aquí aparecerá una inseguridad duradera, en la que en última instancia el niño se sentirá incomprendido, solo y abandonado a su suerte (véase también pág. 455).

Padres a quienes a menudo se les escapa la mano, se dirán: Si no me domino, en realidad hago lo mismo que hace mi hijo furioso y provocador.

Uno se propondrá enérgicamente fijar al niño los límites necesarios, con serenidad y determinación, pero sin exponerlo indefenso a las propias emociones y arranques, que siempre tienen un efecto negativo sobre el desarrollo del niño. Todo susto se prolonga hasta en las funciones vegetativas de sus órganos. Además, el niño ha vivenciado algo totalmente indigno de ser imitado, hecho que no tiene relación alguna con las realidades de las que se trataba el asunto en sí. En la primera oportunidad, el niño imitará a los padres y también pegará a un niño más pequeño y más débil. Pasará la injusticia experimentada a otro destinatario. Más adelante, como adulto, quizás se pregunte por qué su mano suele estar tan pronta para pegar.

La "recompensa"

1. "Cuando hayamos llegado a la cumbre ¡tomaremos un jugo!" Aquí, durante una escalada, la idea tiene un efecto acelerador sobre las cansadas piernas de la familia. Este tipo de recompensa tiene relación con el esfuerzo que la precede, y corresponde también a la alegría de haber alcanzado una meta.

2. "Si vas prontito a la cama, todavía te contaré un cuento." También esto es verdad, porque de otra manera se haría tarde para leer el cuento.

3. "Si todavía vas a comprarme el pan, te puedes comprar un helado." Aquí no hay relación entre acción y recompensa.

Otro es el caso cuando la situación se presenta de la siguiente manera: "Por favor, ve a buscar el pan a la panadería." A María evidentemente le cuesta desprenderse de sus muñecas. Cuando vuelve del mandado, experimenta la satisfacción de la madre por la ayuda prestada. Y quizás encuentre un nuevo moñito rojo en el cabello de su muñeca.

4. ¿Y qué pasa con el elogio? Gracias a la aprobación y el elogio, el niño se siente fortalecido en su personalidad. Al vivenciar el placer que produce un logro, experimenta algo sobre el efecto de su accionar. Por el contrario, las alabanzas remarcadas y exageradas inconscientemente provocan en el niño un ligero asombro por el hecho de que se ha comportado tan dignamente. Vale decir que también hubiera podido actuar de otra manera que lo que hizo naturalmente, o sea tan bien como le era posible. Se confronta al niño con su acción como algo especial, mientras él mismo estaba totalmente ligado con ella. Esto provoca una distanciación, que en la edad pre-escolar resulta particularmente negativa.

5. Cuando un niño tiene un deseo ferviente, este siempre debería tomarse en serio. Esto alguna vez puede tomar la forma de que el objeto se necesita rápidamente —por ejemplo una bisagra para una puerta del galpón— por lo que se lo debe comprar pronto. Otra vez se remitirá al cumpleaños o a Navidad, porque "entonces quizás logremos comprarlo". En un tercer caso se procurará una metamorfosis del deseo: así, la anhelada pistola puede convertirse en arco y flechas o algo similar. Sin embargo, no reside en la esencia de determinado deseo, que su cumplimiento se convierta en "recompensa" o su no-cumplimiento en "castigo".

6. ¿"Ganar dinero" es un recompensa adecuada? Si pagamos dinero por lavar platos, ordenar, ir de compras o similares, educamos a los niños —mal que nos pese— para una actitud social errónea. O sea para el enfoque de que no se trabaja para ayudar a los demás y darles placer, sino

por propia conveniencia material. Por lo general, con "su dinero" los niños satisfacen entonces deseos de los que deben suponer que no serían tomados en serio o cumplidos por los padres. La consecuencia de ello es que un niño inconscientemente es invadido por la convicción de que al fin y al cabo cuando se trata de cumplir deseos personales, cada uno se ama más a sí mismo, y que en este sentido no hay nada bueno que esperar por parte de los demás. Pero si el niño experimenta que los padres perciben sus necesidades y deseos y que su propio trabajo resulta útil a los demás, entonces estarán echadas las bases para otra actitud social: nosotros servimos a los demás con nuestro trabajo, y los otros, a su vez, se interesan por nuestras necesidades vitales. Nuestra actual actitud de vida, todavía totalmente fundada en el despliegue del egoísmo, de esta manera podría ser transformada gradualmente en una actitud social de tipo fraternal. Por cierto esto también tendría sus consecuencias para la estructuración del mundo laboral. R. Steiner se refirió en sus manifestaciones sobre las ciencias sociales al aspecto que podría tener en la práctica una vida económica basada en sentimientos fraternales*.

Resumiendo, podemos decir:

La recompensa inadecuada conduce a una actitud de vida egoísta. Ya no se hacen las cosas por sí mismas, sino para recibir reconocimiento, honores o ganancia económica. La ambición, la envidia y la actitud crónica del "yo también" pueden presentarse como sentimiento paralelo.

El castigo inadecuado conduce al criterio de que cometer errores en sí es "malo", que normalmente "se debe ser bueno" y no hacer errores. El hecho de aprender por la experiencia, elaborar errores o imperfecciones, hasta *poder* cometer errores, no es reconocido como específicamente humano. Uno se esfuerza por construir a su alrededor una apariencia de infalibilidad y perfección moral que debe constituir una fachada, ya que aprender y convertirse en hombre sin errores, equivocaciones, fracasos o pruebas ni siquiera es posible.

El hecho de evitar inadecuadamente toda recompensa o castigo, o la admisión prematura de los niños en la formación de un criterio, conduce a la desorientación, inseguridad interior y debilidad en las decisiones más adelante en la vida.

* Véase en este contexto "Geisteswissenschaft und soziale Frage" (La ciencia espiritual y la cuestión social), disertación del año 1905, como también "Kernpunkte der sozialen Frage" (Los puntos esenciales de la cuestión social).

Quien se esfuerza por tomar decisiones en base a un balance de la situación y por sacar las respectivas conclusiones, permite que su niño vivencie la función organizadora de su Yo. Es allí donde podrá formar su propia capacidad de decisión, recibiendo así una educación de la voluntad, apropiada para él. Cualquier desacierto, cualquier delito puede así convertirse en punto de partida de valiosas medidas educativas. Si se logra una reparación acorde con la situación y la edad del niño, entonces este habrá dado así un paso adelante en su desarrollo.

Bibliografía:
Gabert, Erich: "Die Strafe in der Selbsterziehung und in der Erziehung des Kindes" (El castigo en la autoeducación y en la educación del niño), 8° ed., Stuttgart 1982. Trad. esp.: México, Editorial Antroposófica.

5. La iniciación en la vida sexual, ¿un problema para niños o adultos?

A Sobre la comprensión de la sexualidad

El hecho de que el hombre actual se niegue a permitir que los acontecimientos relacionados con la procreación sean normalizados por alguna "regla moral" externa, es una expresión de su creciente independencia y su anhelo por actuar según su propia responsabilidad. Pero esto significa que no sólo el niño necesita esclarecimiento, sino también el adulto debe hacerse un examen de conciencia, más profundo que hasta ahora, sobre su manejo de la sexualidad. Ya no puede limitarse a cumplir con determinadas reglas, mandamientos y prohibiciones, sin tomar una posición propia al respecto. Por lo tanto comenzamos con conceptos para la comprensión de la sexualidad como tal, citando luego ejemplos prácticos para posibles diálogos sobre la iniciación en la vida sexual.

Casi toda célula del cuerpo es capaz de formar —aunque sea como vestigios— hormonas sexuales. Sin su presencia no puede tener lugar división celular alguna. De modo que durante toda la vida, estas hormonas, finamente distribuidas, regulan la totalidad de nuestro crecimiento y nuestra regeneración celular.

Por el contrario, el ascenso del nivel hormonal, relacionado con las

glándulas germinativas en proceso de maduración, produce la formación de los llamados caracteres sexuales secundarios. Aún cuando las glándulas germinativas masculinas y femeninas recién alcanzan su total capacidad funcional en la pubertad, ya se diferencian entre la sexta y la octava semana embrionaria, abandonando su disposición originariamente híbrida. Porque a todo organismo inicialmente le es dada la posibilidad para el desarrollo masculino y femenino. Pero a partir del citado momento queda inhibida la continuidad de ese desarrollo bisexual, mediante una determinación sexual genética unilateral que tiene lugar en la concepción. De la disposición originariamente bisexual sólo se mantienen algunos restos orgánicos.

En el desarrollo embrionario, simultáneamente con la diferenciación orgánica en glándulas germinativas femeninas o masculinas, también comienza la diferenciación y engrosamiento parietal de las vesículas cerebrales. Quisiéramos detenernos con más detalle en esta circunstancia: involucionan los órganos genitales ya dispuestos pertenencientes al sexo opuesto, se acentúa el desarrollo cerebral, alcanzando un apogeo sin igual. Y más adelante, la actividad de ambos se comporta en cierto modo en forma polar: los órganos genitales sirven para la estructuración de un nuevo organismo y tienen una extraordinaria vitalidad. En el cerebro, la división celular concluye poco después del alumbramiento. Para compensar esto, durante toda la vida sirve para el desenvolvimiento y la continuidad de la vida anímica consciente.

En conexión con el pensamiento ya mencionado en el capítulo sobre la madurez escolar, con respecto a la metamorfosis de fuerzas del desarrollo en actividad mental, ahora puede aparecer el interrogante: ¿Qué sucede con las fuerzas formadoras de órganos, que ahora se liberan en todo embrión debido a que no son requeridas para la estructuración del respectivo sexo opuesto? Como respuesta puede servir una manifestación de R. Steiner, proveniente de la investigación espiritual, que sostiene que las fuerzas del crecimiento que se liberan a raíz del desarrollo monosexual son requeridas para la formación del cerebro. Una vez que este órgano haya madurado plenamente, sólo hará falta una pequeña parte de esas fuerzas para la regeneración del sistema nervioso. La mayor parte está ahora a disposición de la actividad mental. Este resultado de la investigación no sólo pone de relieve la llamativa coincidencia del desarrollo monosexual de los órganos de la procreación con aquel del cerebro; también contribuye esencialmente a la comprensión de lo que revela el Antiguo Testamento, en el sentido de que la división de los sexos está relacionada con el conocimiento del bien y el mal. Entonces el llamado "pecado original" también aparece como la verdadera imagen del proceso de separación en dos sexos y la consiguiente posibilidad que tiene el conocedor, de separarse, distanciarse del mundo, para poder vivenciarlo y reflexionar sobre él. La palabra alemana "sondern" (separar), está etimológicamente relacionada con el término "Sünde" (pecado) y define mejor la circunstancia, cargada de tradiciones moralizadoras. Porque la "conciencia del pecado" debería estimular el conocimiento del bien y del mal, y no ser causa de temor, coacción y manipuleo del alma. Aquí se podría argumentar por qué razón en los animales no tiene lugar el respectivo desarrollo de la conciencia o del cerebro. A nivel corporal también ellos están separados en dos sexos. Pero la inteligencia liberada que queda disponible permanece orgánicamente ligada. En su comportamiento instintivo, los animales son mucho más "sabios" y completos que el hombre, que recién debe averiguar qué es lo "correcto". Vale decir que en los animales se vivencia sólo una separación de los sexos, pero no su separación consciente del mundo. Antes bien, ellos quedan sabiamente adaptados a su entorno e integrados durante toda su vida y conducta en la gran interrelación de la naturaleza. Mientras de este hecho para el hombre surge una doble separación, ya que por un lado se encuentra enfrentado al otro sexo, y por el otro es un individuo que lucha por la verdad frente al mundo y sus exigencias y circunstancias. Esta doble separación sólo se encuentra en el hombre. Por lo tanto, sólo a él corresponde la tarea de trabajar conscientemente para superarla. Esto puede tener lugar de dos maneras, también descritas en la Biblia:

1. Por la unión corporal de los sexos se alcanza a revivir la plena humanización en lo sensorial. La consagración y preservación de este amor sexual se encuentra descrita en el Antiguo Testamento. Las estrictas reglas morales y preceptos matrimoniales servían a la educación para la humanización de la naturaleza impulsiva en una época en que el individuo por sí mismo todavía era incapaz de hacerlo, debido a que su propia capacidad mental todavía no estaba suficientemente desarrollada para ello. La renuncia a la poligamia contribuyó a no agotar la sexualidad para mantener la especie, sino convertir la individualización y dedicación

a *un único* hombre o a *una única* mujer en algo muy personal-humano. Como en los siglos pasados la conciencia del individuo todavía pasaba a segundo término con respecto a la conciencia de una pertenencia a un pueblo, tribu o familia, tal reglamentación de vida sexual se aceptaba como parte del orden social. Por regla general esto todavía no se consideraba como intervención en la libertad personal.

El amor humano basado en lo individual recién se desarrolló lentamente a partir de las citadas ligaduras grupales. Quien entonces contravenía las costumbres, se aislaba del contexto social en que vivía, haciéndose culpable. Las actuales ideas morales muchas veces todavía se orientan según esta antigua tradición y no según las circunstancias individuales. Es por eso que aquí también reside el origen de gran cantidad de problemas. Por el mero hecho de pretender saber qué "está permitido" y "no permitido" en este terreno, se van creando expectativas y opiniones, que con gran frecuencia ya no tienen mucho que ver con las circunstancias reales. Porque por lo que liga a dos individuos entre sí, más allá de barreras sociales, raciales e ideológicas, sólo ellos dos pueden responder y se sustrae de los criterios valorativos que se orientan según el comportamiento social y el estado de conciencia de siglos pasados. Una moralidad fundamentada en lo individual aplicará su concepto de pecado donde en la relación entre dos individuos no coincida la búsqueda sensorial con la anímico-espiritual; vale decir, cuando en la unión no sea verdaderamente buscada la esencia del otro, y la vida amorosa corporal y anímica sirva en primer término a la satisfacción de necesidades personales. El anhelo de durabilidad e indestructibilidad radica en la esencia del Yo, porque corresponde a su naturaleza. De allí que la responsabilidad y lealtad sean cualidades específicas del Yo. Por lo tanto, el acto carnal sin participación del Yo representa pérdida de goce sin ataduras, y por lo tanto un proceso separado de la verdadera esencia del individuo. Pero donde ha tenido lugar un verdadero contacto, un encuentro, esta experiencia continúa viviendo como algo indeleble e intacto.

Resulta interesante que en el idioma hebreo haya una sola palabra para "conocer" y "procrear": *jalad*. Aquí la relación entre el engendramiento de un nuevo ser humano y la actividad espiritual-creativa está dada por el lenguaje. La teoría freudiana de la sublimación de los impulsos sexuales es un encubrimiento grave de esta interrelación tan importante. No son fuerzas germinativas ligadas a lo orgánico las que son "sublimadas" a capacidades anímicas, sino las fuerzas del sexo opuesto, que habían participado en la estructuración cerebral quedando luego anímicamente disponibles, a las que recurre la actividad mental. Cuando son estimuladas y cultivadas por la educación, entonces el joven dispondrá del interés necesario por el mundo y el hombre, que también le ayuda a no agotar impulsivamente sus fuerzas creativas ligadas a lo orgánico.

2. En el Nuevo Testamento, la vía de unión espiritual con el mundo y el prójimo se traslada al primer plano a través del proceso del conocimiento. Culmina en la palabra del Evangelio según San Juan "y conoceréis la verdad, y la verdad os hará libres" (San Juan 8, 32). Libres de la separación y libres para una cooperación armónica con los demás hombres. En la vida del conocimiento encontramos el mal en la forma del error y la mentira, que se opone a la búsqueda de la verdad. En la antigua civilización griega, la libertad todavía era un concepto político meramente exterior. En el Nuevo Testamento, el concepto de la libertad aparece por vez primera como dimensión interior, anímica, del Yo. En este camino hacia la libertad interior a través del conocimiento, puede tener lugar la redención del mal a nivel consciente. El hecho de que con la ayuda de nuestro pensamiento podamos reconocer el mal y decidirnos por el bien, es la "gracia". En este proceso reside la superación del "pecado original". Por nacimiento, todos nosotros estamos separados y vivenciamos como gracia el logro de vivir en concordancia con nuestros semejantes.

Esperamos que el breve esbozo de ambos caminos haya puesto en claro que aquí no se trata de antagonismos. Lo que en el encuentro originariamente sensual de dos individuos quizás haya comenzado apasionadamente, puede experimentar una decisiva profundización, cuando más allá de ello el otro también es anímica y espiritualmente reconocido y aceptado. Sin este proceso adicional, a la larga la unión está condenada al fracaso. Esto también permite comprender por qué razón la liberalidad alcanzada hoy en día en el terreno sexual haya estimulado tan poco el carácter humanitario de nuestra convivencia social. Más bien, los problemas interhumanos se han vuelto más difíciles e insolubles. Porque nuestro comportamiento social es determinado decisivamente por lo que pensamos de nosotros mismos, de los demás y de los hombres todavía no nacidos. Los temas tan discutidos con respecto a anticonceptivos y

control de la natalidad están relacionados con esto. En la unión, nosotros damos a un tercero la posibilidad de entrar en la existencia. De esta manera establecemos una relación con los no nacidos, con almas humanas que están a la espera de su encarnación y nos necesitan. Nosotros los recibimos o los excluimos según nuestra situación y decisión personal. Sin la consideración responsable respecto a los no nacidos, la relación sexual adquiere el carácter de egoísta. Cuando este egoísmo resulta preponderante, entonces se produce irritabilidad, insatisfacción, indiferencia e inconstancia. ¡Por cierto que el sentido de la convivencia de hombre y mujer no siempre puede ser la crianza del hijo! También puede residir en emprender una actividad común o en la realización de determinado proyecto. Tal propósito será tanto más satisfactorio, cuanto mayor sea el grado en que este "tercero" a que ambos se dedican, trascienda los deseos e intereses únicamente egoístas. Hoy en día somos libres con respecto a la manera en que manejamos nuestra vida matrimonial y nuestras amistades. Es por eso que nuestras manifestaciones también llevarían a conclusiones erróneas si se quisiera desprender de ellas lo que "está permitido" y qué "no está permitido" (compárese con el capítulo "Regulación de la concepción", pág. 186).

Quisiéramos terminar estas reflexiones generales sobre la interrelación entre fuerzas germinativas y fuerzas del conocimiento, con una alusión a otra realidad. Esta se refiere a las diferencias anímicas entre hombre y mujer. Mientras las diferencias corporales entre hombre y mujer son realidades indiscutidas, todavía continúa abierta la discusión sobre particularidades y necesidades específicas en sentido anímico. Sin embargo, si se considera la citada interrelación, de allí surge que de antemano debe existir una diferenciación fundamental en la vida anímica del hombre y la mujer. Se produce por el hecho de que la mujer dispone de las fuerzas para la actividad mental, que en el hombre están ligadas a la formación de esperma y la función de los órganos reproductores masculinos. A la inversa, la vida anímica del hombre está decisivamente impregnada por aquellas fuerzas liberadas, con las que la mujer mes a mes hace madurar sus óvulos y que la conjuntiva uterina anaboliza y vuelve a catabolizar. La dinámica de las funciones de ambos sistemas orgánicos es fundamentalmente distinta. De allí que sea lógico que la vida anímica del hombre y la mujer deba recibir un sello diferente, por el componente activo, no ligado al cuerpo, de las fuerzas germinativas: la vida anímica de la mujer,

diferenciada, chispeante, estimulante para lo creativo, y multicolor, y la manera determinada por todas estas cualidades de reaccionar impulsivamente según sus sentimientos y elaborar en forma flexible sus impresiones, está relacionada con las particularidades de la fuerza germinativa modificada del hombre. La rápida neoformación de espermatozoides y su extraordinaria movilidad son correspondencias orgánicas de estas cualidades anímicas. A la inversa, el hombre debe su capacidad muy pronunciada para pensar en lo abstracto, de poder concentrarse más fácilmente en un mismo asunto y demostrar un mayor equilibrio de los sentimientos, a los procesos que actúan anímicamente en él, y que en la mujer están orgánicamente ligados produciendo la serena maduración de los óvulos. Pero también es cierto que esto trae aparejado un mayor aislamiento de su vida anímica con respecto al entorno y cierta falta de diferenciación anímica. El hombre no es tan rápidamente excitable en lo emocional y en general reacciona con más lentitud y reflexión. De manera que tanto en lo corporal como en lo anímico, los sexos se enfrentan en forma polar, por lo que pueden estimularse y equilibrarse de múltiples maneras. En sentido *espiritual*, no obstante, cada quien es humanamente completo. El Yo, como núcleo esencial espiritual de carácter suprasexual del ser humano, vive dentro de su constitución corpóreo-masculino y anímico-femenina o bien en la corpóreo-femenina y anímico-masculina. Cuanto más libremente aprenda el Yo a manejarse con estas circunstancias dadas, en tanto mayor medida su accionar será de carácter individual.

B Sobre la práctica de los diálogos de esclarecimiento sexual

Nuestros ejemplos parten de una situación familiar concreta: los hermanos tienen cinco, ocho, diez y once años de edad, cuando se espera el nacimiento del menor. Muchas conversaciones se refieren al niño que está por llegar. Si será hermanito o hermanita, cómo se llamará, cuándo se lo podrá llevar de paseo por primera vez y muchos temas más. Todos los hermanos saben que el niño que se espera está creciendo en el vientre de la madre, bien guardado y protegido y recién nacerá cuando esté completamente listo. No obstante, las preguntas que los diferentes hermanos relacionaron con este proceso, fueron muy variadas. He aquí el primer aspecto importante para todas las conversaciones de esclarecimiento: se contestan únicamente las preguntas realmente planteadas por el niño y que le interesan.

La explicación de lo que no ha sido preguntado termina siendo una carga anímica y muchas veces perturba los pensamientos y sensaciones que el niño conecta con la pregunta sobre su origen. En nuestro ejemplo, el mayor quería saber con precisión absoluta de qué manera el niño podrá salir del vientre materno cuando esté listo, y también cómo repentinamente pudo empezar a crecer. El menor, por el contrario, se interesó exclusivamente por qué aspecto tiene el cielo y cuáles cosas son las que hace el alma hasta que esté listo el cuerpo en que quiere vivir. Los detalles orgánicos no fueron de interés. El niño de ocho años estaba fascinado por la idea de que también podrían ser mellizos. Aparte de esto no preguntó nada en especial. Sin embargo, la madre escuchó que, al jugar a las muñecas con la hermanita menor, volvían a aparecer muchos temas de aquellas conversaciones. Allí casi todos los días hubo casamientos o nacía un niño. Desde luego que a menudo eran mellizos. . .

El de diez años un día mostró a su madre, a escondidas, un papel que había traído de la escuela. Allí había un dibujo obsceno y un verso alusivo. La madre dijo tranquilamente: "Esto no me parece lindo en absoluto. Está bien que me lo hayas mostrado, pero ahora me gustaría tirar este papel." Con lo cual el asunto estaba concluido. El niño había vivenciado que la madre no hizo escándalo como la maestra, que se había puesto colorada y había dejado a toda la clase en castigo después de hora con otro maestro. El alivio que sintió el niño fue muy grande. Ahora sabía que esto era algo que se evita igual que otras cosas que a uno no le gustan y que el alboroto en la escuela tampoco había sido necesario. Durante la cena el padre contó cómo la madre y él se conocieron y la alegría que sentían ambos al pensar que querían tener todos los hijos que fuera posible.

Este ejemplo puede representar muchos que nos relatan los padres. Los juegos "al doctor" en el jardín de infantes, el niño de cinco años que descubre que ha llamado poderosamente la atención por haber mostrado su pene a los demás niñitos; o bien la madre horrorizada que cuenta: "Imagínese, doctor, el otro día al entrar en la habitación de mi hijito, este se había acostado encima de su compañerita de juegos de la casa vecina, diciéndome orgulloso: "Estamos jugando al hombre y la mujer en la cama." En general, los que practican estos juegos son niños entre 3 y 8 años, o sea aquellos que se encuentran en la edad de la imitación. Cuando aparecen relatos de este tipo, como primera medida preguntamos a

los padres –horrorizados o asustados– por posibles modelos para tales conductas en video, televisión o en su entorno cotidiano. Entonces en general se pone en evidencia que ni se trata de niños sexualmente precoces ni corrompidos, sino que sencillamente asimilan, juegan e imitan todo cuanto observan a su alrededor. Es por ello que el componente más importante de la llamada educación sexual está constituido por el modelo de los adultos, vale decir, la manera en que ellos mismos hablan sobre los respectivos temas y se comportan en sus relaciones humanas. Una vez que se hayan dado tales acontecimientos en los niños, se los puede afrontar del mismo modo en que lo había hecho la madre con su hijo de diez años. O bien se los trata con total indiferencia o con humor. Los complejos o aun sentimientos de culpa pueden presentarse en los niños únicamente cuando los padres reaccionan con falta de naturalidad o con nerviosismo ante tales hechos, sin tener en claro cómo calificarlos. De todas maneras, una cosa es segura: cuanto mayor atención presten los adultos a estos quehaceres, con tanto mayor frecuencia serán reproducidos. Porque los niños disfrutan advertir que atraen totalmente la atención de los adultos. Si no logran este objetivo a través de comportamientos positivos, o simplemente por ser como son, entonces intentan a través de estas u otras provocaciones, atraer por la fuerza la atención de los adultos.

En la citada familia la historia de la cigüeña no existía. Esta conviene en aquellos casos en que se busca una imagen para el alma todavía no encarnada que quiere venir a la tierra. Como aquí no se trata de realidades sensoriales, el lenguaje orientado según el mundo de los sentidos no alcanza para describir adecuadamente los procesos de la vida prenatal. Es por eso que en el lenguaje popular se las ha contado en imágenes que antes los hombres todavía podían comprender directamente y continuaban transmitiéndolas en su mitos y leyendas. Si hoy en día el adulto retoma tales imágenes para hacerse comprender mejor por la conciencia todavía no intelectual del niño, esto resulta altamente oportuno, siempre que para sí mismo haya elaborado mentalmente el contenido de verdad de tales imágenes. Quien no pueda "leer" para sí mismo la imagen de la cigüeña, tampoco debería hablar de ella. En tales casos es mejor decir francamente que no se sabe nada sobre la vida prenatal del hombre. Quizás se conozca a alguien a quien se podría pedir que cuente algo de esto al niño. Sin embargo, queda incongruente y no probada la aseveración de que tal existencia prenatal no existe. Lo único seguro es que no se puede ver

la existencia anímico-espiritual incorpórea. Sin embargo es posible aceptarla mental y sensitivamente. Si durante el diálogo esclarecedor uno se limita al nivel meramente biológico, entonces el niño percibirá algo que lo atormenta, porque siente que esto todavía no puede ser la verdad completa. O bien acepta los detalles, sin poder elaborarlos interiormente. Empezó a satisfacer su curiosidad, pero el interrogante de sus orígenes todavía no ha quedado respondido suficientemente. Sin embargo, siempre hay algunos niños que, a pesar de los intentos esclarecedores por parte de compañeros o padres, ni siquiera se ocupan de este tema o se forman sus propios pensamientos al respecto y que no están dispuestos a hablar sobre el tema.

Cuando en los niños mayores se inicia la maduración de los órganos de procreación, en determinado momento se habla con ellos sobre las cuestiones higiénicas relacionadas con el proceso. De esto también puede formar parte —ahora o más adelante— la mención de las realidades relacionadas con la higiene del alma: la mujer no puede influenciar sus procesos de maduración a partir de lo anímico consciente, ya que en ella la maduración tiene lugar dentro de cierto ritmo determinado por la naturaleza. En el hombre, por el contrario, la medida de la neoformación de células germinativas depende de la frecuencia de las eyaculaciones. Y eso último en cierta medida lo puede regular él mismo. A través de la estimulación puede activar la formación de esperma o disminuirla mediante la concentración en otros intereses. A través de esto último es posible producir un aumento de la capacidad intelectual. Porque las fuerzas que "economiza" a nivel corporal están disponibles en lo anímico-espiritual. También para la mujer es importante conocer esto, ya que por el tipo de su amor y su interés ejerce la mayor influencia sobre el hombre.

Por parte de los adolescentes mayores con frecuencia también se plantea la pregunta sobre el uso de la píldora u otros métodos anticonceptivos. En algunas revistas juveniles prácticamente se publicita como algo normal separar lo grato y placentero de las relaciones sexuales de la idea respecto a una posible procreación. Cuando se plantee este problema, es bueno que el joven sienta que este conflicto y la decisión sobre la actitud a tomar al respecto, no la tomará nadie sino él mismo, y que dentro de este ámbito él mismo debe tomar conciencia de su propia responsabilidad frente al amigo o amiga, frente al no nacido y frente a sí mismo. Se le puede hacer ver lo grandioso que reside en que hoy en día —por el

conocimiento preciso de los detalles biológicos— estos procesos ya se encuentran ampliamente integrados en la libertad humana; pero que la esencia de la libertad no reside en ceder inmediatamente a los impulsos naturales o, por el otro lado, someterse a estrictos principios morales, sino decidir con la propia responsabilidad lo adecuado a la propia situación de vida.

En tales conversaciones hay que contar con que los jóvenes en general callan con respecto a sus vivencias amorosas, por lo general de matices extraordinariamente idealistas y delicados y muchas veces sólo formulan preguntas para ver cómo reaccionan los adultos. Cuentan con experiencias que viven en fuerte contraste con aquello que leen en la mayoría de las revistas. Tanto más tranquilizados se sentirán entonces, cuando el adulto exprese abiertamente su posición y no se muestre acentuadamente benévolo o aun horrorizado.

Un muchacho de 16 años pregunta a su profesora de biología, por ejemplo, como al pasar, al abandonar el aula: "Dígame, señorita, ¿en realidad es bueno para el organismo de la mujer que tome la píldora?" "No" fue la breve respuesta. "Ah - hm - gracias. . ." El diálogo terminó allí. Las explicaciones precisas se encuentran en cualquier libro dedicado al tema. Aquí lo decisivo fue la apreciación de la realidad por parte de una persona estimada.

Pero también es cierto que en vista de las opiniones contradictorias sobre la sexualidad, en muchos jóvenes aparece la pregunta recóndita si en verdad son "totalmente normales". En particular cuando entre los amigos de la misma edad existen algunos compañerismos sólidos y cuando también es conocido que ocurren relaciones íntimas. Quieren saber si es anormal que a su edad todavía no sientan la necesidad de experimentar una unión sexual completa, sino que viven su amor más anímico-espiritualmente. En diálogos con jóvenes entre 16 y 18 años muchas veces los hemos visto profundamente satisfechos al saberse plenamente "normales" si preferían esperar el amor carnal hasta encontrar a la persona que realmente quisieran "conocer" plenamente y junto a la cual entonces también estarían dispuestos a criar hijos.

Cuando el adulto es consciente de la relación entre el "conocer" y la fuerza reproductora, entonces hará cualquier esfuerzo para dar al hijo en desarrollo tantos estímulos para su vida anímica como sea posible. Hacer música, manualidades, pintar, interesarse por la botánica, la zoo-

logía, pueblos exóticos y cuestiones ecológicas dan abundante alimento y posibilidades de acción en los albores de la autoestima y del interés por el mundo en general. Cuando el adolescente tiene la posibilidad de realizar viajes, conocer pueblos y costumbres foráneos, emprender escaladas de montañas altas o actuar en teatro, entonces el interés en el otro sexo —ligado al cuerpo, que también surge en esta época— no será nada apremiante ni nada que lo haga sentirse no-libre. Una fuerte presión impulsiva, que conduce a la fijación en la conciencia de los procesos entre los sexos y subraya esto en modo sobredimensional, siempre es consecuencia de una educación que no estimule y contemple suficientemente los intereses anímico-espirituales.

En este capítulo sólo hemos podido mencionar cuestiones básicas globales con respecto al tema. Gran parte de lo que en el caso individual se convierte en problema ha sido dejado de lado. Pero por regla general, esto también requiere un asesoramiento personal.

Bibliografía:
Leber, Stefan: "Geschlechtlichkeit und Erziehungsauftrag" (Sexualidad y misión educativa).
Referencias antropológicas a la educación sexual.
6 escritos de diferentes autores en "Erziehungskunst", publicación mensual dedicada a la pedagogía de Rudolf Steiner, XLV, fascículo 3/4. (1981), Stuttgart 1981.
Schad, Wolfgang: "Die Scham als Entwicklungsraum des Menschen" (El pudor como espacio para el desarrollo del hombre). Die Drei, Dic. 1979, pág. 745
Wilson, J. D. y Gloyna, R.E.: "Recent Progress Hormone" (Recientes progresos en la investigación de las hormonas). Res. 26 (1970), pág. 309 citado por: Gauer, Kramer, Jung: "Physiologie des Menschen" (Psicología del hombre)Vol.17, pág. 35,München 1972.

6. Educación para la libertad

A Los objetivos de la pedagogía Waldorf

La pedagogía Waldorf persigue el objetivo de considerar el plan de estu-

dios, la metodología y la didáctica como medidas para activar el sano desarrollo de niños y adolescentes y manejarlos en consecuencia. Por lo tanto también tiene carácter terapéutico. Probablemente parezca extraño referirse conjuntamente a la educación y la terapia. Se sabe que los niños sanos necesitan educación, ¿pero necesitan terapia? Esta contradicción se disipa cuando no se considera el término "terapia" con excesiva estrechez. Si se la entiende como toda medida que estimule la salud, de inmediato resultará obvio que una verdadera educación y auto-educación siempre ejerce una acción positiva, estimulante de la salud corporal y anímica. Se trata de que en la escuela Waldorf también habría que "aprender" y lograr una fluida terminación de los estudios. Sin embargo, la escuela no es considerada primariamente como lugar de transmisión de conocimientos, sino como ámbito de formación humana.

El período del jardín de infantes

Los niños llegan dentro de la primera hora de la apertura del jardín de infantes. Uno de los pequeños es entregado directamente de mano en mano, los mayorcitos se alejan corriendo de sus madres, algunos entran muy seguros de sí mismos por el portón abierto, solos o en pequeños grupos. Después de haberse quitado el abrigo y —llegado el caso— también las botas de goma, saludan a su maestra jardinera, a la que siempre encuentran ocupada con alguna tarea. Mientras los más pequeños prefieren quedarse siempre junto a ella —ya sea observando o ayudándola—, los mayores se reúnen resueltos para compartir un juego. Aquí construyen con mesas y caballetes que cubren con telas y se instalan como en una vivienda. Y otras veces se convierten en camiones de bomberos, de recolección de residuos o ambulancias, quizás también en transatlánticos. A los niños de cuatro a cinco años les gusta buscarse un caballo y carreta o construyen un tren en el que transportan piedras, piñas u otros objetos. También disfrutan cambiando y alimentando a sus muñecas bebés y las llevan de paseo. Con telas y velos se disfrazan de madres, enfermeras o carteros. Es un diligente movimiento y ajetreo multifacético a esta primera hora de la mañana, en que la maestra jardinera constituye el polo quieto. Aunque ella misma esté activa, también participa con interés de todo cuanto acontece a su alrededor. Ella se preocupa, para que la vida de esta "gran familia" pueda transcurrir en forma ordenada y estimulante. De la multipli-

cidad de posibles actividades cotidianas, ella elige aquéllas que puedan ser fáciles y gustosamente imitadas por los niños, y que ella pueda supervisar: lavar, hornear pan, preparar el desayuno, etc. En ocasiones también abandona su lugar de trabajo, para participar en la celebración de un pequeño grupo que festeja el cumpleaños de una muñeca, o quizás porque ha sido invitada a tomar parte de un viaje en balsa o porque un niño necesita su estímulo.

Situaciones conflictivas o la aparición de conductas estereotipadas la alertan y provocan su dedicación al respectivo niño. Cuando se aproxima el final del tiempo de juego, la maestra jardinera empieza a ordenar su propio ámbito de trabajo. Algunos niños lo advierten y entonces ya se preparan para emprender el ordenamiento general. Hasta que los últimos también se hayan incorporado a esta alegre actividad, pueden transcurrir fácilmente siete a diez minutos. Luego de que el ámbito grupal también haya quedado barrido y los niños se hayan lavado en el baño, se vuelven a reunir para un juego rítmico compartido: versos en combinación con juegos de movimientos, canciones y pequeñas representaciones cantadas. El contenido argumental generalmente apunta a las estaciones del año y a la respectiva actividad típica del campesino, o bien a los fenómenos naturales que las caracterizan. También los contenidos de las festividades anuales cristianas ocupan un lugar amplio y constituyen los puntos culminantes en la vida cotidiana del jardín de infantes. Como a través de largos períodos se repiten diariamente las mismas representaciones y cantos, los niños aprenden por sí mismos un variado repertorio de versos y canciones. En algunos jardines de infantes, este juego rítmico es precedido por la llamada ronda matutina, durante la cual se dice una oración rimada o se canta una canción matinal. Pero en la mayoría de los jardines de infantes esto se realiza como finalización de toda la actividad de la mañana (compárese también pág. 343). A continuación de esta actividad compartida se toma el desayuno. Consiste en pan, una mezcla de cereales acompañados por frutas o zanahorias y nueces, llamada "müsli" (ver receta en el Apéndice, pág. 491) e infusión de hierbas. Luego sigue un período en que los niños pueden jugar por sí solos. Por lo general esto transcurre en el jardín, en la arena o —cuando es posible— en la plaza o durante un pequeño paseo. Cómo culminación de la mañana, los niños se reúnen de nuevo en una especie de ronda para escuchar un cuento. Los pequeños disfrutan y necesitan la cercanía de la maestra

jardinera. Lo que ella relata no es dramático, sino algo más bien monótono-épico, pero cálido y vivaz.

Se percibe que ella ama cada palabra y cada oración. Ella tampoco se permite ninguna variación en el relato. Los niños lo notarían y corregirían, ya que durante un tiempo prolongado escuchan día a día el mismo cuento con que ya están familiarizados. Por lo general se escogen los cuentos de los Hermanos Grimm. Por su estilo, estructuración y contenido se prestan particularmente para movilizar y enriquecer la vida anímica de los niños de esta edad.

El transcurso de la jornada se divide entonces en dos grandes etapas, en las que los niños pueden desarrollar actividades correspondientes a su edad. En ellas se dan estímulos en forma de una copiosa oferta de material de juegos, como también por el ejemplo de la maestra jardinera que —como la madre en la casa— se ocupa alternadamente de todas las actividades domésticas posibles. Aparte de preparar el desayuno, hornear pan, lavar ropa, a estas tareas también pertenece zurcir, planchar, reparar juguetes o actividades artísticas, como pintar con acuarelas y otras. A través de esta amplia gama de posibilidades se logra que cada niño "a su tiempo" y "a su manera" encuentre aquello que según su necesidad de imitación en ese momento sea adecuado para su desarrollo. O sea que queda a decisión del niño qué, cómo y si desea imitar algo. Dos períodos más breves se dedican entonces a la actividad compartida (juego rítmico y desayuno, como también escuchar cuentos). La alternancia entre el juego libre y la actividad conjunta resulta como dos grandes inspiraciones y exhalaciones.

Así, el transcurso de la jornada en el jardín de infantes en la actualidad requiere, más que antes, una buena cooperación con los padres. Por ejemplo cuando éstos se preocupan porque "el lobo feroz", los "dragones" o "duendes" del cuento producen inclinaciones crueles en su hijo, o cuando opinan que estas sólo son fantasías insensatas, se encuentran ante la decisión si desean confrontarse con la significación que las imágenes del cuento tienen para la vida anímica del niño, o si prefieren retirarlo del jardín de infantes Waldorf. Mientras esta decisión todavía no esté realizada, es natural que sus hijos tengan dificultades para entregarse plenamente a escuchar el relato de un cuento, y muchas veces perturben con observaciones como "duendes, pero si eso no existe".

De igual modo, niños que desde un principio han escuchado copiosas

explicaciones racionales sobre temas diversos —a través de observaciones presumidas o argumentaciones contradictorias—, impiden la transición de una secuencia de actividades a otra. Niños con hábitos televisivos o de cuentos grabados, ya llaman la atención en el juego libre, por sus tendencias caotizantes. Estas resultan aun más notorias cuando comienza la actividad en común. Muchas veces pasa medio año hasta que estos niños se puedan integrar sin prejuicios y abiertamente en la vida grupal y no molesten a los demás con su "pang, pang" u otros gestos y actitudes televisivas. Pero quien haya confiado su hijo durante cierto tiempo a tal práctica de jardín de infantes, notará que el niño llega a su casa fortalecido. También aporta más de un estímulo que produce modificaciones en la vida cotidiana familiar. Es así que algunos niños ahora piden en la casa que se rece antes de comer. Otros desean volver a hacer una representación cantada con los hermanos o padres, o escuchar su cuento predilecto.

La pedagogía del jardín de infantes es extraída de las necesidades vitales de esta edad:

Por la mañana, el niño primeramente desea conquistar su mundo. Haciéndolo, dentro de él reaparecen los acontecimientos del día anterior o también de la última semana, y se siente feliz por poder recrearlos y por lo tanto profundizarlos una vez más. Un niño de esta edad nunca se conforma con una experiencia única. Quiere seguir repitiéndola, continuar vivenciándola, ligarse con ella, una y otra vez. De esta manera se fortalece su voluntad por sí misma, así como el músculo sólo se fortalece a través del ejercicio diario. Y es a esta educación volitiva a la que también apunta la jornada cotidiana en el jardín de infantes. Porque en esta parte del desarrollo, la vida afectiva y espiritual todavía no ocupan tanto el primer plano como el deseo de estar activo. Pero la voluntad requiere estímulos que siempre vuelven desde afuera. Esto se manifiesta visiblemente en el deseo de imitación y es a la vez expresión de la vida afectiva y espiritual todavía no independiente ni madura, en la que el adulto puede orientar su actividad a partir de adentro. Al valerse de estos estímulos, lo hará tanto más gustosamente cuanto más disfrute la maestra jardinera de su actividad, con todo su corazón. Su anhelo es estructurar la jornada de manera tal, que con el correr del tiempo los niños verdaderamente lleguen a aprender a utilizar todos sus sentidos y posibilidades de actividad, y para que allí al mismo tiempo se echen las bases para las buenas costumbres.

"Lo que se aprende en la cuna, siempre dura" y "lo que no se aprende en la juventud, no se aprende nunca más". En estos dichos se expresa que en la vida posterior la voluntad se mueve dentro de los límites señalados en la infancia. En toda la vida posterior, los buenos hábitos demuestran ser un apoyo de gran ayuda. Pero aquí lo decisivo es que todo transcurra en una atmósfera de alegre actividad; que los niños puedan echar mano de *modo totalmente libre* a su ámbito de juego, y que el elemento ordenador que se manifiesta a través de la maestra jardinera jamás sea de tipo paralizante y que una actividad nunca sea interrumpida violentamente. Si un niño se encuentra sumergido con verdadero fervor en un juego precisamente cuando hay que ir a desayunar, ella deberá lograr que el niño encuentre la transición entre su "trabajo" y la comida compartida. Este es un punto particularmente delicado ya en la etapa previa al jardín de infantes. ¿Quién no conoce las protestas y el llanto cuando un niño es sacado por la fuerza de su juego, porque se ha programado "algo importante" o necesario con él? Esto resulta totalmente incomprensible para el niño, ya que se vivencia a sí mismo con mayor alegría precisamente allí donde se lo deje actuar por sí mismo. En este terreno, por desconocimiento de las condiciones infantiles o por falta de fantasía por parte de los adultos, se ocasionan grandes daños. Porque la vivencia de la libertad en la vida posterior se fundamenta precisamente en la manera libre en que el niño haya podido agotar plenamente su anhelo de actividad, su "espacio de juego". Cuando la actividad volitiva es interrumpida con frecuencia por los adultos, esto repercute negativamente en el desenvolvimiento volitivo de la vida posterior. El goce experimentado por una actividad es al mismo tiempo también un estímulo para una sana estructuración del cuerpo. La frecuente interrupción y el cruce de una actividad a otra, por el contrario, tienen efectos perjudiciales sobre el desarrollo. La circulación sanguínea prácticamente se detiene en el niño que llora, mientras recién todavía pulsaba alegremente. Este hecho no puede ser tomado con suficiente seriedad. Porque el hombre vive durante toda su vida con sus órganos, que se han estructurado entre el nacimiento y el cambio de la dentadura, estimulados por su utilización activa. Este período es, al mismo tiempo, la fase en que se crea el organismo y sus funciones. Dentro de ella, la voluntad se adapta de múltiples maneras a su entorno. Así se crean la habilidad, perseverancia, despliegue de fuerzas y capacidad de concentración para toda la vida.

Cuando al comienzo del cambio de dentadura ha tenido lugar la me-

tamorfosis de una parte esencial de las fuerzas de crecimiento en fuerzas evocativas y mentales (compárese pág. 261), ya no se puede hacer tanto daño al organismo infantil a través de perturbaciones o descuidos en el desenvolvimiento volitivo. La madurez escolar ya indica cierto estado del cuerpo sobre el cual se ha de construir de allí en adelante. Lamentablemente, en la actualidad, a nivel general todavía no se sacan las debidas conclusiones pedagógicas de esta enorme flexibilidad y capacidad de adaptación del cuerpo infantil en el período pre-escolar. De lo contrario, no se permitiría que los niños manipulen esas grotescas muñecas caricaturescas que representan las historietas, monstruos diversos, muñecos del tipo E.T. y otros engendros perfectos de la fantasía abstracta del adulto. Antes bien se examinarían todos los objetos con que se rodea al niño, con la pregunta: ¿Las impresiones sensoriales y actividades relacionadas estimulan el trabajo anabólico del organismo, activan la fantasía del niño de acuerdo con su realidad viva, corporal y creativa? Todo lo prefabricado, mecánicamente perfecto, paraliza la actividad de la fantasía del niño y se impone con su propia particularidad en el organismo desprotegido y dispuesto a imitar.

El interrogante por el efecto fisiológico de juguetes e imágenes todavía mantiene su significación hasta en la edad escolar, en la que la capacidad de imitación se va extinguiendo cada vez más. Cuando un niño de diez años construye con ladrillos de encastre, esto no le hará daño. Pero cuando uno de cinco años presiona las partes normalizadas que se le van dando en la mano, y ya no tiene posibilidad alguna de evadirse del esquema prescripto, entonces se quita a su fantasía un campo de acción decisivo. Aparte, también resulta perjudicial la mentira representada por el material, los ladrillos permiten hacer construcciones que contradicen el sentido del equilibrio y lo perjudican en su desarrollo. Allí donde las construcciones con cubos de madera ya se hubieran derrumbado hace rato, demostrando al niño que todavía no sabe manipular correctamente el material ni su peso, los ladrillitos de plástico se mantienen a fuerza de su adherencia por presión, falsificando así la percepción sensorial.

Pero cuando se observa la gran variedad de los juegos computarizados y autos y trenes con telecomando, que ofrece actualmente el mercado, se verá a simple vista que estas cosas están destinadas a los adultos que las idearon. En su manipuleo, el niño ni puede imitar algo con ellos ni

desarrollar su propia actividad creativa, sólo puede observar fascinado, combinar y manejar, por lo que su actitud no es infantil.

La edad escolar hasta la pubertad

En el período comprendido entre el cambio de dentadura y la madurez sexual, la educación volitiva ya no ocupa tanto el primer plano como en la edad del jardín de infantes. Su lugar ahora es ocupado por la formación de la sensibilidad y el temperamento. El niño de esta edad está dispuesto para ello. Desarrolla un delicado sentido para la justicia y la injusticia, para lo bello y lo feo y se mueve anímicamente en el campo de tensión entre aceptación y rechazo, amor y odio. Este desarrollo culmina durante la pubertad en la alternancia de exuberante júbilo y la más profunda tristeza. En relación con la vida anímica también se desarrolla la capacidad de juicio. Porque el discernimiento maduro presupone una vida anímica bien desarrollada. Está acompañada por un delicado juego de simpatía y antipatía, es el resultado de la evaluación entre varias posibilidades. Ahora se intenta pedagógicamente hacer justicia a este hecho. Aquí el lenguaje se convierte en principal medio educativo. Esto presupone que ya en la formación del maestro se otorgue gran valor a un manejo consciente del lenguaje. Mediante su capacidad de expresión, el maestro debe disponer de los múltiples matices que permitan al niño reencontrar en sus palabras todos los matices de la vivencia anímica. Porque la vida sensitiva que recién despierta pero todavía no está cultivada, requiere una orientación clara. Se la encuentra en la manera en que el maestro se presenta ante sus alumnos, juzgando los contenidos de la enseñanza con sus multifacéticas descripciones, y elaborando anímicamente el mundo. Por lo tanto, la totalidad de la enseñanza requiere una estructuración artística: el maestro no puede darse el lujo de utilizar conceptos y definiciones con las que los niños no puedan vivenciar nada. Aun los temas de las ciencias naturales debe saber explicarlos de manera tan pletórica de vida, que los alumnos puedan participar con todo el corazón de cada descripción de una planta, de cada proceso físico o químico, así como es posible vivenciar una obra de arte.

He aquí un ejemplo extraído de la clase de matemáticas de tercer grado. Se tratan los números primos. Ahora el maestro podría decir a los niños: "Un número primo es un número que sólo es divisible por 1 y por

sí mismo" o "Los números primos son los mendigos entre los números. Son los más pobres entre los pobres. No tienen a nadie en el mundo, sólo a sí mismos. Es por eso también que sólo se pueden dividir por sí mismos, porque no son amigos de ningún otro número."

En estas dos explicaciones se pueden comprobar las diferentes sensaciones que despiertan. La expresión "sólo se ve bien con el corazón" tiene una significación orientadora a esta edad. Pero esto al mismo tiempo condiciona que el maestro no pueda orientar su enseñanza según los libros de texto tradicionales. El mismo también debe poder entusiasmarse con su materia de enseñanza, para que su propio entusiasmo se transmita a los niños. Un maestro que trabaje así será naturalmente amado como autoridad por sus alumnos. Lo que él diga, será verdad. Se puede confiar en él. En este amor a la autoridad se da un punto firme de referencia para el desarrollo de la vida afectiva inicialmente tambaleante. Es como quien dice el hipomoclio, el punto de apoyo de la balanza. Cuando los niños por lo menos pueden alzar su mirada con esa confianza apoyada en el amor, hacia un maestro con personalidad, se fortalece este punto central de su vida afectiva. La elaboración de tal relación entre maestro y alumnos se estimula en las escuelas Waldorf, haciendo que un mismo maestro acompañe a sus alumnos a lo largo de siete años de clase como el llamado "maestro de grado", enseñando todas las materias fundamentales. Estas varían en períodos de varias semanas, de manera que los niños vivencien a su maestro a diario en las primarias dos horas de clase, sabiendo que les pertenece.

Para el maestro no siempre es fácil manejar correctamente su dedicación a los alumnos. Sería un error contabilizar ese amor hacia su persona como mérito propio. Más bien debe tomar conciencia de que esa veneración también es la etapa preliminar al interés que los jóvenes en desarrollo brindarán más adelante a los conocimientos científicos y a la verdad como tal. A quien en su infancia haya podido admirar respetuosamente a una persona, en su vida posterior le resultará más fácil tomar en serio alguna cosa, amar las verdades e ideales y sentirse comprometido con ellos. En la edad escolar, la opinión representada por el maestro todavía es amada en relación con esa persona determinada. Más adelante, el alumno aprende a separar el interés personal del interés por la cosa en sí.

Considerado bajo este aspecto, ¡es natural que no haya nada más terrible que una enseñanza aburrida! Aún más, cuando se siente indiferencia

o —peor aún— antipatía hacia el maestro. Es como si la capacidad de percepción, que clama por alimento, orientara su mirada al vacío, acompañada por una disposición negativa de ánimo a partir de la cual luego se juzga. Si esto se vivencia con frecuencia —o quizás a través de todo el período escolar—, entonces tendrá un efecto desmoralizador para más adelante. El intelecto es estimulado para absorber algo que no interesa al corazón. Se predispone para una separación dentro de la vida afectiva: sentimiento y pensamiento transitan caminos separados.

Al final de este capítulo todavía quisiéramos señalar un momento crítico especial en el desarrollo infantil: se produce durante el décimo año de vida. R. Steiner llamó este momento "Rubicón del desarrollo infantil".

Así como Julio César cruzó el Rubicón haciendo imposible el retorno, de la misma manera los niños entre el noveno y el décimo cumpleaños abandonan definitivamente su infancia en un momento muchas veces registrado con precisión por los padres. Quien tiene oportunidad de atender al tercer o cuarto grado, observa directamente en los niños la alteración que se presenta en ese momento. El niño de antes todavía tenía la mirada despreocupada y abierta, y de repente su aspecto es más serio, más introvertido, como si nos examinara de alguna manera. Por vez primera el niño percibe con total vehemencia que ya no se encuentra tan naturalmente inserto en el mundo, perteneciendo a sus padres. Es como si ahora presintiera por primera vez la soledad del propio destino que sólo uno mismo puede cumplir. A esta edad, algunos niños preguntan insistentemente por su origen. Pero aquí no se trata de "esclarecimiento sexual", sino de las circunstancias exactas de su nacimiento. El adolescente quiere saber con precisión si en realidad no fue un niño expósito o aun si no fue cambiado en la clínica. Al pensamiento sobre la propia identidad, que ha aparecido cuando durante el tercer año de vida por primera vez se ha referido a sí mismo diciendo "yo", ahora se agrega la sensación de esa identidad propia. Y esta sensación inicialmente es el sentimiento de la unicidad, de su carácter único, que ni siquiera puede provenir de padre y madre. Pero por el otro lado también está relacionado con la sensación de soledad. Consecuencia de ello es un sentimiento fortalecido de la propia dignidad. Ahora los niños examinan con mucho mayor precisión a quién "permiten que les diga algo" y quién es verdaderamente digno de confianza. Las injusticias se vivencian con más fuerza que antes. En el des-

pertar de la conciencia moral. Por lo tanto, ahora también se puede apelar directamente a ella.

El período escolar después de la pubertad

En esta fase de la vida tiene lugar otra alteración trascendental en la vida afectiva del joven en desarrollo. La voluntad y el sentimiento en cierta medida están formados como capacidades del alma y ahora requieren todavía el intelecto que los guíe. Tanto padres como maestros en cierto aspecto "ya han perdido validez". A partir de ahora ya no resulta tan decisivo si su conducta es la ideal o si son autoridades amadas. Porque el joven se aparta conscientemente de muchas cosas, en busca de su propio camino. El pensamiento independiente, que se desarrolla ahora, le ayuda a distanciarse de acontecimientos enojosos. Ya no debe vivenciarlos o aun imitarlos tan directamente como antes. Pero ahora sí puede debatir y filosofar durante horas, y en una clase aburrida seguir sus propios pensamientos, que le interesan y lo hacen feliz. ¡Muchas buenas ideas, poemas y dibujos han surgido precisamente durante tales horas! Esto es algo muy diferente a aquellos garabatos y monigotes hechos con desgano sobre los bancos, que solía hacer en años anteriores. Ahora el anhelo de la pedagogía es satisfacer esta situación nueva a través de una enseñanza que estimule en todo sentido la vida espiritual: un cuerpo de profesores especializados ha reemplazado al maestro de grado con el que ya estaba familiarizado.

En la enseñanza artística ahora se trata de elaborar determinadas técnicas de: claroscuro en dibujo, capas superpuestas en acuarela, modelado de cabezas y esculturas, fabricación de pequeños muebles y similares. Ahora en todas las cosas en primer término se prestará atención a la participación de la facultad personal del entendimiento. Aquí lo decisivo es que el maestro tome en serio al alumno como interlocutor independiente, y lo entusiasme para que él mismo busque el fondo de las cosas. La libertad humana ha encontrado su fondeadero estable en la independencia del pensamiento.

El anhelo de la pedagogía Waldorf es que en la metodología y didáctica global se tome plenamente en consideración la edad específica y las leyes del desarrollo, ligadas al tiempo. Así como el aprendizaje del caminar, hablar y razonar siguen determinada secuencia señalada por las

leyes naturales, también lo hace la educación volitiva a través de la imitación, la educación del sentimiento a través del amor a la autoridad y la cultura del pensamiento mediante la búsqueda individual de la verdad y la formación del discernimiento. Aun en el desarrollo más perturbado todavía es posible reconocer esta secuencia originariamente humana. La meta de esta pedagogía una vez fue formulada por el pedagogo Michael Bauer de la siguiente manera: "El educador sólo puede despertar, animar, incitar para una respuesta; aquí ni puede elaborar ni forzar nada. Muchas medidas educativas tienen únicamente el valor de eliminar obstáculos e iluminar el camino. Si el éxito del educador sólo se limitara a esto, no debería darse por satisfecho. Recién puede hacerlo, cuando en el interior del discípulo haya surgido algo como un segundo educador, que haga innecesario al primero" (en: "Menschentum und Freiheit" (Humanidad y Libertad), Stuttgart 1971).

Bibliografía:

Bund der Freien Waldorfschulen (Editor).
(Federación de las Escuelas Waldorf Autónomas),
"Von der Würde des Kindes" (De la dignidad del niño)
Erziehungskunst, Fascículo 7/8, Jul./Ag. 1979.
Carlgren, Frans: "Erziehung zur Freiheit" (Educación de la libertad),
Stuttgart 4ª ed. 1981 y Ediciones de bolsillo Fischer 1981.
Fucke, Erhard: "Lernziel: Handeln können" (Objetivo pedagógico: saber actuar), Ediciones de bolsillo Fischer 1981.
"Die Bedeutung der Phantasie für Emanzipation und Autonomie des Menschen" (La importancia de la fantasía para la emancipación y autonomía del hombre), Stuttgart 1972.
Freie Pädagogische Vereinigung, (Asociación Pedagógica Autónoma,
Bern: "Waldorfpädagogik in öffentlichen Schulen"
(Pedagogía Waldorf en las escuelas públicas), Freiburg 1976.
Grosse, Rudolf: "Erlebte Pädagogik" (Pedagogía vivenciada),
Dornach 1968.
Grunelius, Elisabeth M.: "Erziehung im frühen Kindesalter"
(La educación en la temprana infancia), Freiburg 1964.
Heydebrand, Caroline von: "Vom Lehrplan der Freien Waldorfschule"
(Del plan de estudios Waldorf), Distribuido por Verlag Freies
Geistesleben, Stuttgart.

"Vom Seelenwesen des Kindes" (Del ser anímico del niño), Stuttgart 1971.
"Vom Spielen des Kindes – Das Kind beim Malen" (Del juego del niño – El niño pintando), Stuttgart 1966.
Karutz, Richard: "Die Mär in Mythen und Märchen" (Lo legendario en mitos y cuentos de hadas), Stuttgart 1962.
Kloss, Heinz: "Waldorfpädagogik und Staatsschulwesen" (Pedagogía Waldorf y régimen de las escuelas estatales), Stuttgart 1955.
Kranich, Ernst Michael: "Pädagogische Projekte und ihre Folgen" (Proyectos pedagógicos y sus consecuencias), Stuttgart 1971.
Kügelgen, Helmut von (Edr.): "Plan und Praxis des Waldorfkindergartens" (Plan y práctica del Jardín de Infantes Waldorf), Stuttgart 1973.
Leber, Stefan: "Die Sozialgestalt der Waldorfschule" (La estructura social de la escuela Waldorf), Stuttgart 1974.
Heymann, Karl y otros: "Vorschulerziehung jaaber wie?" (Educación preescolar sí pero cómo), Basel 1974.
Lievegoed, B.C.: "Entwicklungsphasen des Kindes" (Las etapas evolutivas del niño), Stuttgart 1976. Trad. esp.: México, Editorial Antroposófica, 1979.
Lindenberg, Christoph: "Die Lebensbedingungen des Erziehens" (Las condiciones de vida del educar), Rowohlt 1981.
"Waldorfschulen: angstfrei lernen, selbstbewußt handeln" (Escuela Waldorf: aprender libre de angustias), Rowohlt 1981.
Meyer, Rudolf: "Die Weisheit der deutschen Volksmärchen" (La sabiduría de los cuentos de hadas populares alemanes), Stuttgart 1971.
Rauthe, Wilhelm: "Die Waldorfschule als Gesamtschule" (La escuela Waldorf como escuela completa), Stuttgart 1973.
Schad, Wolfgang: "Erziehung als Kunst" (Educación como arte), Edición de bolsillo Fischer 1987.
Schmid, L. R.: "Freiheitspädagogik, Schulreform und Schulrevolution in Deutschland (Pedagogía de la libertad, reforma escolar y revolución escolar en Alemania), Rowohlt 1973.
Steiner, Rudolf: "Die Erziehung des Kindes von Gesichtspunkt der Geisteswissenschaft" (La educación del niño a la luz de la ciencia espiritual), Dornach 1978. Trad. esp.: México, Editorial Antroposófica.
"Erziehung des Kindes/ Die Methodik des Lehrens" (La educación del niño – La didáctica de la enseñanza), Stuttgart 1961.
"Aspekte der Waldorfpädagogik" (Aspectos de la Pedagogía Waldorf), München 1977.
"Die gesunde Entwicklung des Leiblich-Physischen als Grundlage einer freien Entfaltung des Seelisch-Geistigen" (El desarrollo sano de lo corpóreo-físico como base de un libre desenvolvimiento de lo anímico-espiritual), Dornach 1978, N° 303 de la Edición completa.
Strauss, Michaela: "Von der Zeichensprache des kleinen Kindes" (Del lenguaje del dibujo del niño pequeño), Stuttgart 1976.
Tautz, Johannes: "Die Freie Waldorfschule" (La escuela Waldorf), Stuttgart 1972.
Werbücher für Kinder, Eltern und Erzieher (Guías de manualidades para niños, padres y educadores):
"Wir spielen Schattentheater" (Jugamos al teatro de sombras), Stuttgart 1979.
"Bilderbücher mit beweglichen Figuren" (Libros ilustrados con figuras móviles), Stuttgart 1980.

B Problemas escolares

En la mayoría de los casos, las dificultades de aprendizaje y problemas escolares no sólo son una carga para los niños, sino también para los padres. También los maestros pueden padecerlos, en los casos en que –a causa de su formación insuficiente– no están preparados para manejar trastornos de aprendizaje. Por lo tanto, los problemas individuales y sociales con frecuencia conducen al psiquiatra infantil o al psicólogo. ¿Cómo llegar a comprender a los niños que, debido a sus condiciones corporales y anímicas, tienen dificultades particulares? ¿Cómo ayudarles? Aquí citaremos algunos de los problemas más frecuentes.

a) El niño inquieto (el llamado Síndrome Hipercinético)

Desde fines de la década del sesenta, la hiperactividad en el jardín de infantes y la edad escolar se ha convertido en el trastorno más frecuente del desarrollo infantil.*

Las definiciones diagnósticas "hiperactividad" e "hipercinético" se aplican a una creciente cantidad de niños que –comparados con sus compañeros de edad– llaman la atención por un exceso inadecuado de ansia mo-

* Véase también con H. Remschmidt/M.H. Schmidt: "Kinder– und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis" (Psiquiatría infanto juvenil en la clínica y el consultorio), Tomo 3, Stuttgart 1985.

triz, deficiente control de sus impulsos, capacidad disminuida para inhibir las reacciones intuitivas, como así también trastornos de concentración y atención. Estos niños tienden a conductas agresivas e incontroladas, pero tampoco pueden controlar sus manifestaciones de simpatía: abrazan a personas que les son totalmente desconocidas, les gusta besar a cualquiera y dan la impresión de no poder mantener distancias. Tanto maestros como padres muchas veces son llevados al borde de la desesperación, cuando son inexpertos en el manejo de este cuadro de conducta. Por lo tanto resulta lógico que no se renuncie a los tratamientos tranquilizantes, neurolépticos y antidepresivos. Desde luego que no podemos recomendar esta actitud. A continuación deseamos contribuir algo al interrogante de las causas de esta creciente sintomatología, y citar algunos criterios para su tratamiento.

Causas:

Hasta el presente no se ha logrado determinar una causa *única* del síndrome hipercinético. Ni el llamado daño cerebral de la primera infancia, ni trastornos circulatorios, ni defectos metabólicos, ni alergias alimentarias han podido ser determinados como sus responsables directos. Aunque también es cierto que la mayoría de los médicos coinciden en que deben ser varias las causas que convergen aquí, y que no son separables de nuestra situación contemporánea cada vez más ajetreada y hostil a los niños.

Al contemplar este conjunto de síntomas desde el punto de vista del estudio antroposófico del hombre, llama la atención que aquí el Yo del niño ha perdido el control sobre su vida anímica: atención y concentración, equilibrio sensitivo y la disposición para actuar se encuentran fuera de control. Estos procesos anímicos radican en los respectivos procesos fisiológicos: procesos del sistema nervioso central (impresiones sensoriales, pensamientos), funciones rítmicas (expansión y contracción, simpatía y antipatía) y procesos metabólicos (disposición para actuar).*

Entonces en todos los ámbitos existe una perturbación funcional de los controles, o sea una perturbación volitiva: el esfuerzo volitivo del pensamiento significa atención; el esfuerzo volitivo en el sentimiento significa

* Rudolf Steiner: "Von Seelenrätsein" (De los enigmas del alma), Dornach 1917.

reacciones conscientes de simpatía y antipatía. El esfuerzo volitivo en el ámbito volitivo significa dominio de sí mismo y control en el accionar. Por lo tanto, todo esfuerzo terapéutico debe tener como meta fortalecer el Yo del niño en sus funciones de control a nivel fisiológico y anímico.

Posibilidades terapéuticas:

Desde la primera infancia hasta en la edad escolar, la medida terapéutica más importante es el ejemplo del adulto que domina su pensamiento, su sentimiento y su voluntad. En su lugar, los niños muchas veces encuentran ajetreo, preocupaciones, tensiones anímicas en la familia, una madre agotada, un padre malhumorado. Además, en vez de sentirse afectuosamente protegidos, con frecuencia encuentran cierta desorientación e indiferencia frente a los problemas de actualidad y en las actitudes recíprocas. Por el otro lado, los niños a menudo son colmados de juguetes, golosinas y regalos de todo tipo, con lo cual no se estimula su concentración, sino la distracción. Ni que hablar de que el consumo regular de los medios de comunicación masiva como la televisión, cassetes y videos constituyen una educación que, aunque en forma no premeditada, conduce a la concentración deficiente. Por otra parte, una educación para la atención y el fortalecimiento volitivo pregunta sistemáticamente cómo se ha de construir el entorno del niño para que este se encuentre a sí mismo y pueda actuar allí y desplegar el sosiego y el recogimiento. Para esto juegan un papel decisivo los horarios regulares de comida y sueño y en general una jornada rítmica. Nosotros desaconsejamos una dieta específica. Lo único eficaz de la llamada dieta pobre en fosfatos es, según nuestro criterio, el enorme esfuerzo volitivo que deben aportar los padres para el control y selección de alimentos, y que posee carácter de ejemplo, a través del cual puede ser eficaz. Porque los niños vivencian al adulto que actúa resuelta y claramente decidido. Esta actitud siempre ejerce una influencia positiva. Sin embargo, si se puede dar al niño voluntariamente esta conducta clara, sin ligarla con una dieta, desde luego que será lo mejor para él, tanto a nivel individual como social. En el capítulo de la alimentación ya hemos intentado señalar que los colorantes artificiales y aditivos de los alimentos recargan innecesariamente el metabolismo y disminuyen la calidad nutritiva. Lo allí señalado también rige para el niño hipercinético.*

* Sobre la cuestión del síndrome hipercinético y alimentación véase también el ar-

La educación religiosa también es esencial para el tratamiento de la hipercinesis infantil (compárese también el capítulo "¿Los niños necesitan una educación religiosa?" pág. 336). No hay nada que estos niños disfruten más que poder vivenciar momentos de auténtico recogimiento junto a los adultos. Aun cuando no comprendan el contenido de las oraciones pronunciadas, el estado de ánimo que se produce en aquéllos es percibido intensamente y actúa como un sedante en el alma del niño.

Nosotros consideramos el síndrome hipercinético como un daño típico de la civilización actual, ya que también nuestros problemas adultos están íntimamente conectados con él: la memoria declina rápidamente, una sensación se superpone con otra, la vida sensitiva es destrozada y convertida en estrés, ajetreo y temor y se hace superficial; se difunde una creciente falta de interés y muchas veces las acciones se realizan con desgano y sin fervor, el individuo no se identifica plenamente con lo que hace. También en nosotros, los adultos, la función del Yo se desprende cada vez más del ámbito del pensamiento, del sentimiento y de la voluntad. No es extraño, entonces, que los niños nos enfrenten con estas perturbaciones que padecemos nosotros mismos, como reflejándonos en un espejo lo que deberíamos hacer en este sentido. Si lo hacemos, entonces también podremos ayudarles a ellos con eficacia.

Con frecuencia aparece el interrogante respecto al límite entre inquietud e hipercinesia. Este es fácil de determinar. Porque un niño que sólo es inquieto estará plenamente concentrado en una cosa con la que esté auténticamente comprometido. Sin embargo, un niño hipercinético no estará en condiciones de hacerlo. Aun cuando lo desee, no puede dedicar toda su atención. Aquí sólo puede ser de utilidad la paciente dedicación, afecto y disposición para actuar, que no claudique. Además, tenemos buena experiencia con un tratamiento colateral con euritmia terapéutica (compárese con el capítulo "¿Qué es la euritmia?" pág. 401), como también con un tratamiento constitucional con medicamentos de orientación homeopática o antroposófica.

Para los padres de niños hipercinéticos podría ser un consuelo saber que la mayoría de sus síntomas desaparecen antes de la pubertad.

tículo realista de W. Eichsleder en "Pädiatrische Praxis" (Práctica pediátrica), diciembre 1987.

b) El manejo del sinistrismo

En las escuelas Waldorf se aspira a que aun los niños zurdos aprendan a escribir con la mano derecha. Ocasionalmente esto conduce a discusiones acaloradas, cuyas secuelas llegan hasta el consultorio pediátrico, donde se requiere la ayuda del médico para las decisiones a tomar. Tal situación es agravada por el hecho de que en la mayoría de las escuelas públicas se tiende cada vez más a dejar "mano libre" a los niños, argumentando que por su clasificación como zurdos y por problemas adicionales que se presentan, se traumatizarían anímicamente por la adaptación. Los diestros, por el contrario, siempre están en ventaja, por utilizar la mano "correcta". Esta fundamentación parecería ser apoyada también por copioso material que da cuenta de perturbaciones anímicas hasta nerviosidad, temor escolar y miedo al fracaso, fuga de ideas y tartamudez. Nosotros no podemos aceptar el criterio definido en esta forma, por considerar que los síntomas descritos son una consecuencia de métodos de adaptación que funcionan con la coerción y con presiones, todavía más agravadas por el ritmo con que hasta hace pocos años se debía enseñar a escribir en la mayoría de las escuelas públicas. Por lo tanto, a continuación quisiéramos enumerar tres puntos de vista a favor de aprender a escribir con la mano derecha, que también explican claramente por qué en las escuelas Waldorf se hace hincapié en este tema. Estos puntos de vista rigen para cualquier zurdo, independientemente del hecho si es zurdo total (vale decir que no sólo prefiere la mano izquierda, sino también el ojo, oído y pie izquierdo) o es lateralizado cruzado (preferencia por ejemplo del ojo y pie derechos, pero de la mano izquierda).

1) Escribir con la mano derecha para fortalecer la voluntad:

Toda repetición consciente de una acción —por más insignificante que sea— fortalece la voluntad. Por lo tanto, aprender a escribir con la mano derecha constituye un ejercicio de voluntad para todo niño, pero para el niño zurdo de modo particular: la constante superación de un ligero malestar, a lo largo de todo el período de aprendizaje de la escritura, lo ejercita para dominarse. Se esfuerza para complacer al maestro y a los padres (desde luego que el acuerdo entre ellos constituye la condición previa necesaria), y es alentado amorosamente por éstos en su esfuerzo. Este acompañamiento lleno de interés hace vivenciar al niño más y más

entusiasmo por vencer la resistencia. Al final se encuentra anímicamente fortalecido y enriquecido por la experiencia de la autosuperación lograda. Aquí no ha de temerse ninguna "reestructuración" del cerebro o perturbación del centro del lenguaje, tal como se sostiene con frecuencia. ¿Por qué no?

Es parte del conocimiento básico de anatomía, que las grandes vías nerviosas que abastecen los músculos del esqueleto se cruzan en la médula oblongada. Es por eso que las zonas corticales pertenecientes a las vías nerviosas del sector derecho del cuerpo se encuentran en el hemisferio cerebral izquierdo y las del izquierdo en el hemisferio cerebral derecho. Una "reestructuración" sólo podría tener lugar si, mediante un extenso entrenamiento, se intentara modificar el predominio, practicando también otras actividades con la mano derecha, aparte de escribir. Pero aprender a escribir es una actividad que se inicia al comenzar a asistir a la escuela. Por eso mismo también induce a error hablar de "reestructuración". Porque antes de ingresar en la escuela, en general el niño todavía no ha aprendido a escribir. Tampoco es correcto el criterio de que el centro del lenguaje se forma en el hemisferio cerebral enfrentado con la mano dominante, y sería perjudicado por este proceso de entrenamiento.

A través de diversas investigaciones (también en operados del cerebro) en el interín se sabe que aproximadamente el 98% de todos los hombres, incluyendo a los zurdos, conforman su centro de lenguaje del lado izquierdo (bibliografía en Popper/Eccles y Ullmann). Por lo tanto es evidente que la conformación del centro de lenguaje es independiente de la mano con que se aprende a escribir y de cuál costado corporal es el "dominante".

2) Diferenciación de las cualidades derecha e izquierda:

No es indiferente que la escritura tenga que ser ejecutada por el costado derecho o el izquierdo. En siglos pasados todavía se poseía una manifiesta conciencia de que derecha e izquierda no sólo son descripciones de ubicación, sino también expresión de cualidades diversas. Por lo tanto, estas también han entrado en numerosos hábitos culturales hasta en el uso del lenguaje de los diferentes dialectos e idiomas. Aquí mencionaremos algunos de ellos. Citamos del libro de J.F. Ullmann "Psicología de la lateralidad", página 388, lo siguiente: "Los indios de Delaware preferían la mano izquierda: la senda ovalada en la que los bailarines rondan alrededor de los dos fuegos, es barrida por los aborígenes con alas de pavo que sostienen con la mano izquierda, ya que la izquierda es sagrada, la derecha no."

Lao-Tsé Tung: ". . .Cuando el sabio se encuentra en su casa, valora la izquierda; cuando empuña las armas, valora la derecha. Las armas son herramientas de la desgracia, no son las herramientas del sabio. . . Las acciones gratas prefieren la izquierda, las acciones penosas prefieren la derecha."

En la Antigua China se desnudaba el hombro izquierdo para la ceremonia alegre, el derecho a la espera del castigo. Al saludar, los varones escondían la mano derecha debajo de la izquierda, las niñas la izquierda debajo de la derecha.

En el Sudán, la diferenciación según derecha e izquierda se realiza en el sentido de masculino-femenino. Las actividades que se consideraban femeninas eran realizadas con la mano izquierda, pero las consideradas masculinas con la derecha. Los obsequios se entregaban con ambas manos cruzadas.

Del lenguaje popular conocemos expresiones como: "Hoy me levanté con el pie izquierdo", "La izquierda viene del corazón" o bien "Aquél tiene dos manos izquierdas". También consideramos el lado izquierdo como el reverso y el derecho como el anverso de un vestido o tejido.

Los ejemplos de este tipo se multiplican infinitamente en la vida cultural y lingüística de los diferentes pueblos. Pero todos tienen en común una valoración cualitativa de derecha e izquierda. Y al observar más detenidamente se advierte que el lado izquierdo de ninguna manera está descalificado frente al derecho. El "pie izquierdo" al levantarse no sólo desea ser una expresión negativa de aquello que el afectado en ese preciso momento todavía no está en condiciones de afrontar en la cotidianeidad práctica. También se refiere al momento reflexivo de la mañana, en el que todavía se busca la transición del sueño a la vigilia y la deslumbrante luz del día. El alma todavía está orientada hacia contenidos y procesos diferentes a los que acarrea el trajín de la rutina cotidiana. La izquierda que "viene del corazón" tiene otras tareas que cumplir que la derecha, que no debe actuar como la izquierda. Esta valoración de derecha: que apunta a la vida exterior, práctica, luchadora, y de izquierda: que tiende más a lo anímico, alegre, artístico, mágico y religioso, también la volve-

mos a encontrar observando el organismo humano. Si entonces observamos la distribución de nuestros órganos no estructurados por pares: hígado, bilis, corazón y bazo, sorprendentemente están ubicados según las citadas cualidades, a la derecha o la izquierda. De este modo, el corazón no se encuentra a la derecha como el hígado, que debe elaborar los alimentos recibidos desde el exterior. Se encuentra inserto en la circulación sanguínea en una ubicación izquierda central y regula la cantidad y velocidad de la circulación sanguínea según las demandas de rendimiento impuestas al organismo. Sus reacciones son sensibles a los estados anímicos como alegría, miedo y dolor. Puede "congelarse" por un susto o "detenerse", y en tensa expectación "latir hasta la garganta". Tampoco el bazo estaría bien ubicado del lado derecho del cuerpo, ya que no tiene una misión directa en la confrontación con el entorno. Antes bien la suya consiste en el cuidadoso examen y control de la constitución sanguínea (por ejemplo aquí se destruyen los glóbulos rojos que ya no funcionan en forma impecable). Además, también tiene una serie de funciones rítmicas, pero que todavía no están bien investigadas. Otro es el caso del hígado y la bilis. Ellos tienen su misión en el catabolismo y elaboración de sustancias alimenticias. Pero también es cierto que todos estos procesos metabólicos transcurren por debajo del umbral de conciencia. Y aun en presencia de hinchazón y proliferaciones cancerosas, rara vez el hígado produce dolor. También la vesícula biliar como órgano sólo llega a nivel consciente cuando contiene cálculos y aparecen cólicos. Aparte de esto, de toda la enorme actividad de nuestro sistema hepático-biliar no tenemos conciencia alguna.

Resumiendo, podríamos decir que no sólo a nivel cultural-histórico y del lenguaje se alude a las cualidades de derecha e izquierda, sino también en relación con las funciones corporales. Los órganos ubicados del costado derecho están más al servicio del dominio de lo que viene desde el exterior, y funcionan retraídos de la conciencia. Los del costado izquierdo, por el contrario, apuntan más al interior del organismo y en su actividad se introducen más en la vida anímica consciente.

Visto de este modo, correspondería a las condiciones dadas en nuestro organismo, que una actividad tan conectada con el entorno y que en la vida posterior transcurre a un nivel altamente automático-inconsciente, como la de escribir, se realice con la mano derecha. La pulsación de las cuerdas del violín, el delicado acto de escuchar la pureza y calidad del

tono, por el contrario, corresponden a la cualidad más consciente, orientada hacia lo artístico y lo anímico del costado izquierdo.

Curiosamente jamás se ha intentado seriamente hacer ejecutar a un individuo diestro también con la mano derecha el complejo juego de los dedos sobre la guitarra o el violoncelo. En este caso nos resulta obvio que el diestro se encuentre en cierta desventaja frente al zurdo. Con la misma naturalidad, los niños aprenden a escribir con la mano derecha, siempre y cuando los adultos estén convencidos de que es lo correcto.

3) El aspecto providencial:

Un zurdo acarrea otras tareas y cualidades a la vida que un diestro.

Rudolf Steiner describe el advenimiento de un sinistrismo más o menos pronunciado como secuela de una vida terrenal previa, explicando que el respectivo individuo ha agotado todas sus fuerzas anímicas y corporales en su vida anterior. De allí resultaría la debilidad de su costado derecho, que haría que la izquierda parezca más fuerte.*

Desde este punto de vista, el predominio de las cualidades del sinistrismo aparecen como posibilidad de cultivar mayor intimidad afectiva y claridad de conciencia en la vida terrenal actual. Por lo tanto la educación asumiría la misión de apoyar las posibilidades de desarrollo así dispuestas, y evitar que se debiliten las fuerzas del costado izquierdo. Pero esto ocurre cuando durante toda una vida se requiere la mano izquierda para una actividad que, una vez concluido el complicado proceso de aprender a escribir, transcurre en gran medida inconscientemente y sirve en primer término para la comunicación con el entorno.

Vale decir que si el zurdo aprende a escribir con la mano derecha, su costado izquierdo queda liberado de una actividad en la que la conciencia normalmente no sigue llena de interés la formación de cada letra, sino que se ocupa del contenido de lo que se ha de escribir. Cuando la escritura se realiza con la mano derecha, con ello se agota el lado derecho con una actividad para la cual está dispuesto: o sea para poner manos a la obra de manera vital e integrada en el entorno.

* De una de las conferencias de docentes en la Escuela Waldorf de Stuttgart (edición privada).

Como la pedagogía Waldorf tiene en cuenta los resultados de las investigaciones de Rudolf Steiner en la ciencia espiritual, resulta lógico aconsejar a los padres: hagan que sus hijos aprendan a escribir con la mano derecha. Pero todo lo demás, como pintar, coser, cortar, puede hacerse con la izquierda si el niño así lo prefiere. Sin embargo, habría que cuidar que estas actividades se realicen con toda la participación interior y atención posible.

4) Indicaciones prácticas:

¿Cómo hacer más fácil el aprendizaje de la escritura con la mano derecha? Porque una vez tomada esta decisión, recién comienza el problema pedagógico relacionado con ella:

1. Padres y maestros deben coincidir totalmente en esta cuestión.
2. Nadie debería compadecerse del "pobre chico" cuando vuelve a poner el lápiz de su mano izquierda en la derecha con un penoso suspiro, diciendo: "Pero con la izquierda lo puedo hacer mucho mejor." Antes bien habría que decirle, lleno de confianza: "Ya estoy ansioso por ver que algún día podrás hacerlo con la derecha igual de lindo, tu mano derecha también lo quiere aprender a hacer."
3. ¡Dar suficiente tiempo! En las escuelas públicas esto sólo será posible después de una conversación individual con el maestro. En las escuelas Waldorf no hay problema alguno, ya que el aprender a leer y escribir de todas maneras se introduce mucho más lentamente. Ahora bien, cuando un zurdo total tiene particular dificultad con la escritura, se le dará uno a dos o hasta tres años de tiempo para aprender con toda tranquilidad y sin presiones.
4. No prometer recompensas de tipo material. La verdadera recompensa es la satisfacción de los adultos con los pequeños progresos y el orgullo del niño cuando advierte que verdaderamente aprende a escribir con la mano derecha. Para apoyar este proceso se puede regalar al niño alguna piedrita particularmente valiosa o una bella caracola, que podrá sostener en la mano izquierda mientras escribe. He aquí un ejemplo: un niño zurdo de primer grado, al comienzo no estaba muy feliz porque debía escribir con la derecha. Una vez más los padres consultaron con el maestro y decidieron continuar consecuentes con su exigencia. El maestro dio al niño una bonita piedra para que la mantuviera apretada en su mano izquierda mientras escribía. A la semana, el niño la devolvió al sorprendido maestro con las palabras: "Ahora yo mismo me acuerdo, puedes volver a guardar la piedra."

Al prometerse premios materiales, se interrumpe la educación de la voluntad en el sentido de que el niño se acostumbra a desplegar su voluntad no tanto desde su interior por el mero placer por el propio logro, sino en dependencia de la recompensa externa.

5. Para quien a una edad más avanzada decida aprender a escribir con la mano derecha, será una ventaja emprenderlo durante las vacaciones. Si algún alumno desea hacer el intento, le aconsejamos comprarse un bonito cuaderno o carpeta con hojas lisas, y escribir cada día un poco más dentro de él: por ejemplo como diario íntimo, poemas u otros textos que le agraden.
6. Si durante el período del aprendizaje de la escritura aparecen perturbaciones nerviosas, estados de tensión anímica o síntomas similares, habrá que investigar minuciosamente si éstos están relacionados con la escritura o si sus causas no tienen otro origen. Por ejemplo pueden radicar en la pérdida de una amistad, en el miedo ante los niños del vecindario o en problemas matrimoniales de los padres.

En este capítulo se han tratado principalmente puntos de vista problemáticos del sinistrismo. Su lado positivo queda manifiesto por una sensibilidad y receptividad más intensa por todo lo bello y armónico de la vida. Muchos poetas, pintores (por ejemplo Miguel Angel, Leonardo da Vinci) y demás individuos dotados de gran sensibilidad artística y creatividad, han sido zurdos. Frente a lo que han significado para su entorno social, no es una cuestión de peso que no hayan contado con un sentido más práctico-técnico para ordenar sus circunstancias cotidianas. Es que entre los diestros se encuentran los llamados "realistas" con mucho mayor frecuencia que entre los zurdos, que son más idealistas. Del costado izquierdo predomina más lo artístico, la inclinación al aspecto anímico-espiritual del hombre. Y desde luego precisamente estos individuos muchas veces son los que, en nuestro mundo demasiado prosaico y falto de fantasías, brindan su decisivo aporte.

Bibliografía:
Popper, Karl R., Eccles, J. C.: "Das Ich und sein Gehirn" (El yo y su cerebro), München/Zürich 1984.
Ullmann, Johannes F.: "Psychologie der Lateralität" (Psicología de la lateralidad), Bern 1974.

C El problema de la legastenia (dificultad para la lectura y ortografía)

Se entiende como legastenia todo trastorno que aparece durante el aprendizaje de la lectura y la escritura, y que contradice la inteligencia con que habitualmente cuenta el niño. Aquí no quisiéramos profundizar la cuestión de una diferenciación más precisa, sino sólo señalar los principios básicos para comprender y mitigar este trastorno. Reconocer correctamente la forma de una letra e insertarla como corresponde en el contexto de una palabra, presupone el accionar conjunto de diversas actividades motrices, lingüísticas y mentales:

1. Organos sensoriales sanos. Aquí habrá que tener en cuenta particularmente la actividad de la vista y el oído. Primitivamente el ojo funciona en forma sintética: determinada imagen emitida ópticamente es percibida por el ojo dentro de su contexto. El sentido del oído apunta primariamente a lo analítico: los sonidos son diferenciados entre sí con total precisión respecto a su pureza o impureza y necesitan el agregado de la capacidad de memoria para ligarlos a una melodía. Pero ciertamente también es importante que la vista sintética, orientada hacia la integridad, también sea compenetrada por la actividad analítica a través del agregado de la atención que tiene capacidad de discernimiento (también una función mental). Así como al escuchar un trítono, por ejemplo, o las melodías ya mencionadas, también aquí se trata de adquirir activamente la capacidad contraria, o sea lo sintético-resumido. Y son precisamente estas capacidades las que están perturbadas en el niño legasténico. Le resulta difícil diferenciar óptica y/o acústicamente cada una de las formas de letras y recordarlas correctamente.*

* Por esta razón, un principio terapéutico esencial es el análisis de sonidos. Compárese con Ilona Löffler/Ursula Meyer-Schäpers: "Richtig lesen und Schreiben durch Lautanalyse" (Leer y escribir correctamente por medio del análisis de los sonidos), una terapia sistemática para dificultades de lectura y ortografía, Bochum 1984.

2. Aquí nos referimos específicamente a las siguientes funciones particulares, cada una de las cuales puede estar perturbada en forma individual:

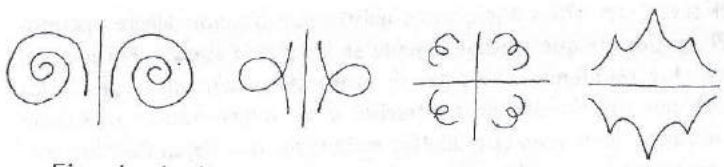
- Reconocer con precisión una forma característica.
- Imaginar correctamente una forma a través del pensamiento.
- Reproducción autónoma de la forma a través del movimiento manual de la escritura.
- Retener una forma con la memoria.
- Reconocer la forma en base al propio recuerdo.
- Pronunciar correctamente el sonido perteneciente a la forma de letra.
- Escuchar diferenciando con precisión las diversas vocales y consonantes.

Toda perturbación en estos ámbitos puede convertirse en causa de legastenia. Una vez reconocido el origen del problema, se podrá ayudar al niño con eficacia. Curiosamente en muchas escuelas Waldorf se escucha decir "aquí entre nosotros no existe la legastenia". Porque en las escuelas Waldorf, tanto escribir como leer se va enseñando y practicando gradualmente a lo largo de tres años, apoyado por períodos que abarcan tres semanas de prácticas de dibujo de formas y de la simetría de reflexión. De esta manera, los niños que en otros lugares habían sido separados como legasténicos, no sufren situaciones penosas al aprender a leer y escribir. En el correr de los siguientes cuatro años escolares aprenden a integrarse en este proceso tan difícil para ellos. Según el caso individual, este proceso es apoyado por la euritmia curativa o ejercicios especiales para dibujar formas. Ciertamente, en la actualidad aun en las escuelas Waldorf hay alumnos legasténicos. Particularmente si —a causa de síntomas legasténicos— los niños han sido cambiados a la escuela Waldorf. Pero también ocurre que un maestro aún no suficientemente experimentado con la legastenia todavía no domine bien el problema, por lo que este subsiste. En este caso habría que pensar a tiempo (vale decir antes de finalizar el tercer año escolar) en el estímulo individual realizado por un maestro experto, o bien en una institución adecuada para el tratamiento de la legastenia. Inicialmente aquí se trata de determinar la causa de la perturbación, luego volver a dar ánimo al niño y acompañarlo afectuosamente en su largo camino de ejercitación. Según la situación del problema, ha dado buenos resultados lo siguiente:

1. Ejercicios de percepción

Hacer describir con precisión y contemplar juntos algunos objetos de determinadas formas. También puede tratarse de cuadros, plantas o piedras.

2. Recorrer las formas y su imagen reflejada en el piso.



Ejemplos de ejercicios de simetría para caminar o dibujar.

3. Dibujar formas con el pie (tomar un lápiz entre los dedos del pie y dibujar sobre papel madera o de diario, lo mejor son crayones de cera o marcadores).

4. Dibujar una forma en el aire con la mano, con los ojos cerrados.

5. Dibujar la forma al día siguiente sobre papel, de memoria, habiendo previamente repetido con el niño todo el proceso en el recuerdo.

6. Repetición de cada uno de los pasos, trabajando con las letras, hasta que la forma de la letra quede grabada con precisión.

7. Ejercicios de diferenciación de vocales y consonantes, pronunciando precisamente los ejercicios de lenguaje, versos y poemas graciosos.

8. Dictados breves.

9. Tratamiento con euritmia terapéutica.

10. ¡Hacer los ejercicios periódicamente, durante breve tiempo y con alegría! Es importante darse un plazo de un año ¡antes no se tendrán resultados, si es que realmente se trata de legastenia!

¿Cómo prevenir la legastenia?
¿Qué posibilidades terapéuticas adicionales existen?

a) Prácticas sensoriales y estimulación del desarrollo motor en el período pre-escolar:

Leer y escribir son actividades que pueden ser practicadas al finalizar un desarrollo que ha tenido lugar en el período pre-escolar, al aprender el niño a caminar, hablar y pensar. Si atraviesa estas fases de desarrollo bastante activamente, aprendiendo a través del ejercicio las capacidades relacionadas, entonces se podrá prevenir con eficacia la legastenia.

A todo esto se agrega el ejercicio de las cualidades sensoriales en la edad pre-escolar. Esto rige particularmente para los siguientes sentidos:

La vista, porque suministra a la imaginación los contenidos de las imágenes.

El sentido del equilibrio, porque otorga al pensamiento la correcta ubicación en el espacio, por ejemplo la idea de la tridimensionalidad con el cruce de las coordenadas.

El sentido motor, que hace posible concebir una forma motriz como forma del pensamiento.

El oído, que permite concebir la figura fonética de una serie de letras.

Hay muchos niños que en el ámbito de estas actividades sensoriales en la primera infancia no son suficientemente estimulados o hasta son insensibilizados. Por lo tanto, en estos sentidos es frecuente encontrar torpezas y perturbaciones perceptivas. Por esta razón es decisivo examinar a los niños ya al entrar en la edad del jardín de infantes, y aprovechar el período de éste para hacer desaparecer estas torpezas y faltas de atención. Es posible practicar la orientación en el espacio, la seguridad al mover el propio cuerpo, durante el juego (ver también el capítulo "Educación para la libertad", párrafo Jardín de Infantes, pág. 373) y constituyen la condición previa para la seguridad en la posterior orientación del pensamiento y la vivacidad anímico espiritual.

b) Estimulación del lenguaje

Muchos niños con problemas escolares con la lectura y la escritura también los tienen para escuchar el lenguaje y hablar el lenguaje. Ciertos sonidos que no son escuchados correctamente, en consecuencia tampoco son bien articulados. Muchas veces también el vocabulario es pobre y se advierte que no se ha hablado mucho ni bien con estos niños. A veces ellos todavía conservan expresiones de la media lengua del bebé y formulan algunas oraciones gramaticalmente incorrectas. También en estos casos, en el jardín de infantes ya habría que hacer todo lo posible al cantar, contar cuentos, recitar versos o dichos, como también mantener conversaciones con los niños durante el desayuno o el juego libre.

c) Predisponer una buena memoria mediante la formación de buenos hábitos

En ocasiones ocurre que la legastenia es acompañada por una perturbación de la memoria. Los niños no logran escribir correctamente las letras, porque no las reconocen correctamente. También esta dificultad puede ser prevenida ya en el jardín de infantes. En el jardín de infantes Waldorf esto se manifiesta en que no sólo se ejercita plenamente la memoria a corto plazo, sino también la del mediano y aun de largo plazo. Pero esto no tiene lugar en forma de entrenamiento mental, sino mediante la formación de hábitos. Por ejemplo, todos los días a cierta hora ocurren determinadas cosas (compárese con la jornada cotidiana en el capítulo "Educación para la libertad", párrafo Jardín de Infantes, pág. 373). Determinadas actividades sólo se realizan una vez por semana, por ejemplo limpiar, lavar, euritmia, pintar y otras. Contar cuentos y cantar se practican y aprenden según las estaciones del año a lo largo de varios meses. Finalmente están las festividades anuales, cada una de las cuales sólo tiene lugar una vez por año. Lo que se produce en el niño, tomando la forma de alegría por el redescubrimiento cuando al próximo año del jardín de infantes puede reencontrarse con todos los recuerdos largamente olvidados y volver a vivenciar la celebración de la Navidad o la Pascua, brinda una buena base para el proceso del recuerdo y olvido que tiene lugar a través de períodos más o menos prolongados. Antes de concluir la metamorfosis de las fuerzas del crecimiento, los niños todavía no disponen

de una memoria abstracta. Vale decir que solamente vivencian los contenidos conscientes a través de la percepción sensorial y –conjuntamente– el recuerdo a través de un reencuentro real con las cosas. Lo que en el período pre-escolar constituye un frecuente reencuentro de un hecho relacionado con la alegría, en la vida posterior se convertirá en la capacidad de volver a recordar fácilmente pensamientos una vez transitados con interés.

En el trato con niños legasténicos habría que difundir alegre optimismo en el sentido de que verdaderamente se les puede ayudar. Porque con frecuencia los problemas existentes se profundizan aún más porque los niños padecen sus estados de frustración y no experimentan suficiente apoyo moral, o bien vivencian adultos resignados que dejan caer los brazos. En casos más leves de legastenia puede obtenerse la curación completa. Aun cuando en los casos más graves esto no siempre sea posible, sí puede producirse una notoria mejoría de los síntomas a través del ejercicio consecuente, hecho que hace posible la amplia integración del niño en el proceso de lectura y escritura.

D ¿Qué es la euritmia?

En el arte del movimiento, llamado euritmia, fundado y desarrollado por Rudolf Steiner entre 1911 y 1924, los elementos del lenguaje y la música se hacen visibles dentro de sus respectivas formas de movimiento. Como euritmia de sonido y tono se la practica en tres terrenos bien diferenciados:

En la *euritmia artística* se estudian poemas, relatos y obras dramáticas, como así también piezas musicales para una o más voces, hasta obras orquestales enteras, y se las representa sobre el escenario.

En la *euritmia pedagógica,* inicialmente el alumno aprende a orientarse y moverse con agilidad en el espacio. Practicando obras artísticas en forma gradual, podrá estructurar sus movimientos de modo tal que el cuerpo se convierta cada vez más en expresión de lo que vivencia el alma. Además, en la actividad compartida con los demás experimenta que una representación artística sólo se logra cuando puede insertar su aporte en forma altruista en el todo. Por lo tanto, en esta enseñanza también se estimulan las capacidades sociales.

En la *euritmia terapéutica,* determinados ejercicios de la euritmia to-

nal y hablada son elaborados de manera tal, que por su práctica reiterada estimulan las actividades anabólicas del cuerpo, actuando en contra de las modificaciones patógenas. Se selecciona la velocidad e intensidad de cada ejercicio, para que estimule o inhiba debidamente los impulsos formativos demasiado débiles o excesivos del organismo. Del mismo modo pueden practicarse ejercicios armonizantes, estimulantes, activadores de la concentración o sedantes. En el sinistrismo son muy útiles los ejercicios de habilidad, orientación en el espacio y de simetría. También los trastornos motores, sordera y ceguera pueden tratarse con euritmia terapéutica, para que el niño aprenda a compenetrar mejor su cuerpo anímicamente. La prescripción se realiza a través del médico en colaboración con el terapeuta euritmista.

El estudio de euritmia por regla general dura cuatro años, el de la euritmia terapéutica un año adicional. En la actualidad en el mundo existen 21 escuelas de euritmia y de euritmia terapéutica.

El fundamento de los tres ámbitos es la plena comprensión de cada una de las cualidades idiomáticas, del habla y tonales. Se estudian las vocales y consonantes, como así también los intervalos de tonos desde la prima hasta la octava, en su relación con la figura humana. Porque los movimientos que corresponden a los sonidos y tonalidades son los mismos que también pueden observarse en el desarrollo embrional: crecer y detenerse, brotar y replegarse, dilatar y concentrarse, abarcar y expulsar, tocar y conformar y también en los movimientos circulatorios de la sangre y la linfa.

Con los gestos básicos de la euritmia, que se orientan de este modo, se descubre la abundancia de todas las tendencias de movimiento del organismo humano, pero también aquéllas de la naturaleza animada y no animada. Porque reencontramos estos gestos en las diversas formas de crecimiento de plantas y animales y en el juego del movimiento en las superficies tensioactivas entre medios sólidos, líquidos y gaseosos. Por esta razón es que se puede definir la euritmia como un "lenguaje primitivo visible". Al mismo tiempo es una posibilidad de formación para adaptarse a la configuración y el advenimiento de la naturaleza visible, pudiendo considerar cada forma como movimiento detenido y poder así expresarla en su formación. Es así que tampoco ha de extrañar que la laringe y los instrumentos del lenguaje que le pertenecen configuren el aire exhalado

en aproximadamente las mismas formas motoras. (Johanna Zinke lo ha representado fotográficamente con la ayuda de humo.)

La *euritmia tonal* no se trata de la configuración de impulsos de imágenes, sino de la representación de proporciones que, en forma de intervalos, reproducen la relación de los tonos entre sí. Según las mismas proporciones también está estructurada la figura humana, de manera que pueden ser estudiadas en el esqueleto.

La *euritmia terapéutica tonal* como forma especial de terapia, hoy en día todavía se encuentra en los inicios de su desarrollo. A Rudolf Steiner ya no le fue posible dictar un curso sobre este tema. Pero por parte de médicos y terapeutas se continúa trabajando en su desarrollo.

En los años del desarrollo, la euritmia pedagógica y la terapéutica todavía pueden influenciar directamente la formación del organismo y la configuración integral de las proporciones corporales. En la edad preescolar son posibles efectos particularmente profundos sobre el crecimiento y desarrollo. El efecto de los movimientos de sonidos y tonales es directamente armonizante y "humanizante" para el niño, mejorando su situación biográfica inicial.

Además con la euritmia se complementa, a cualquier edad, todo esfuerzo pedagógico que apunte a la integración armónica del ser anímico-espiritual en el cuerpo. Aquí también radica la diferencia con la gimnasia, caracterizada por Rudolf Steiner de la siguiente manera:

"La gimnasia común de ningún modo ha de ser eliminada, sino sólo complementada por la euritmia. Aquella sólo tiene en cuenta lo fisiológico, lo corporal. Pero ésta actúa con miras al individuo global. Y lo que quiere manifestarse como movimiento a través del cuerpo, alma y espíritu, es expresado a través de la euritmia."* Pero el adulto ubicado en medio del trajín de la vida cotidiana también experimenta lo benéfico de la euritmia, cuando practica regularmente algunos ejercicios o se mueve eurítmicamente en compañía de otros en cursos nocturnos.

Bibliografía:
Horny, Ilse: " Eurythmie - die heilende Bewegungskunst" (Euritmia, un arte del movimientocon beneficios para la salud), Verein für ein

* De "Eurythmie. Die Offenbarung der sprechenden Seele" (Euritmia. La manifestación del alma que habla), pág. 139, N° 277 de la Edición completa.

erweitertes Heilwesen, Bad Liebenzell 1982. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1987.
Pals, L. van der: "Was ist Eurythmie?" (¿Qué es la euritmia?), Dornach 1974.
Zinke, Johanna: "Luftlautformen" (Formas de los sonidos en el aire), Stuttgart I, Ameisenbergstr. 37.
Veit, Wolfgang: "Eurythmie" (Euritmia), Stuttgart 1985.

E Poder envejecer —una cuestión de educación—

Leyes del curso de la vida humana

Podemos decir que hasta la plenitud de la segunda década de vida el hecho de envejecer brinda satisfacción a todos los seres humanos. Luego, tarde o temprano comienza la secreta preocupación: ¿Cómo ha de continuar? No es este el lugar para describir las características crisis de vida y cómo vencerlas (a este respecto hay que señalar específicamente el libro de von Lievegoed "Lebenskrisen, Lebenschancen" (Crisis de vida, oportunidades de vida), pero sí para despertar la comprensión de la relación entre la infancia y la biografía individual toda. En el capítulo dedicado a la pedagogía Waldorf se han descrito importantes pasos de una educación para la libertad. Allí en todas las medidas se ha tenido en consideración el desarrollo corporal que tiene lugar durante la infancia y juventud. Pero ahora ¿cómo continúa este desarrollo, una vez concluida la maduración corporal? Sólo necesitamos educación en la fase de la minoría de edad. Después depende de nosotros qué deseamos hacer, en el futuro, de nosotros mismos, o qué no deseamos hacer.

La fase del desarrollo corporal, que dura aproximadamente entre los 18 y 22 años, es seguida por un período de igual duración, en el que ocupa el primer plano la formación de las capacidades del alma. Quien por el tipo de su educación haya aprendido a continuar trabajando en sí mismo, encontrará un amplio campo de acción. Aquí los siguientes interrogantes ocupan el centro de atención:

- ¿Cómo encuentro mi lugar dentro de las condiciones de vida?
- ¿Cómo aprendo a manejarme a mí mismo y a los demás, para que no haya peleas constantes o para que no sea siempre yo quien deba ceder?
- ¿Cómo puedo ser consecuente con respecto a aquello que he reconocido como válido, y al mismo tiempo también tolerante frente a los que piensan de otra manera?
- El hecho de ser "sociable", ¿tiene que ver con renunciar a ser uno mismo o no?

Son problemas anímicos los que acarrea nuestra relación personal con los demás, con el trabajo, con el acontecer de la época. Quien en la escuela ha sabido desarrollar entusiasmo por el estudio, aun en situaciones sociales precarias, desde el rechazo total hasta la admiración generalizada, no será llevado al abismo en que podría perjudicarse su desarrollo. Antes bien ese individuo siempre se preguntará: ¿Qué es lo que puedo aprender precisamente de esta situación? ¿Cómo continúo siendo "hombre" sin desmayar, sin retirarme o ponerme vanidoso o prepotente? Por lo general, en estos hombres hacia fines de la tercera década de vida o comienzos de la cuarta, se produce una estabilización de la percepción del propio ser y una seguridad interior que surge de aquella, como resultado de todos los procesos previos de maduración anímica. Y una vez alcanzado este estado, no se produce detención alguna en el desarrollo humano, ningún "descanso sobre lo alcanzado". Antes bien se descubre una nueva dimensión: comienza el verdadero desarrollo espiritual. Requisito para ello es la citada consolidación de la percepción del propio ser en el ámbito anímico-personal. Ella tiene como consecuencia que ahora el interés pueda apuntar más y más con toda su fuerza a las metas suprapersonales. Aparecen interrogantes totalmente nuevos:

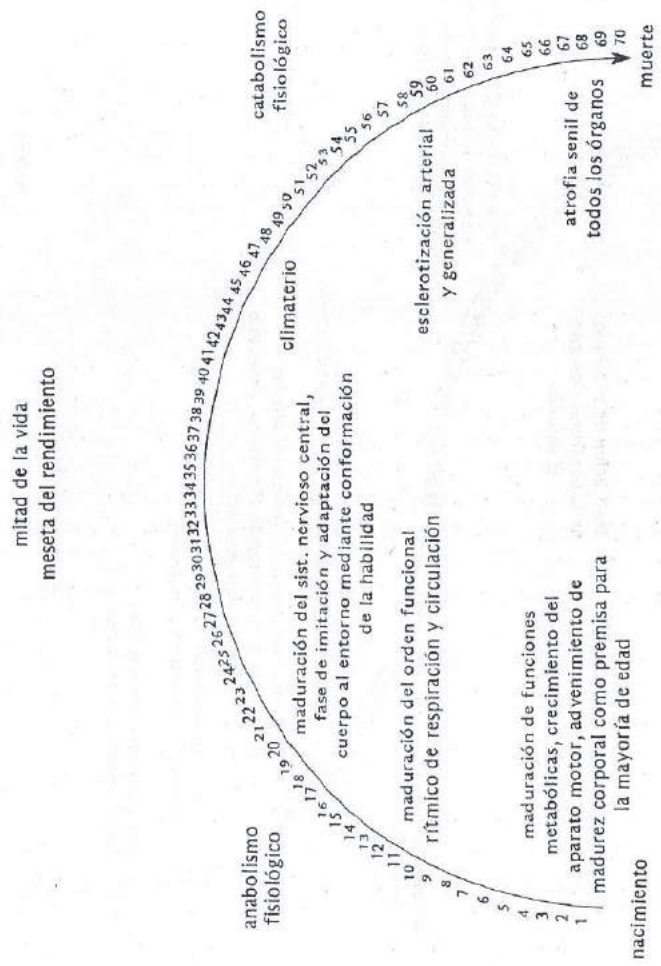
- ¿Cómo puedo aprovechar mis experiencias en bien de mi entorno?
- ¿Qué es lo que el mundo espera de mí?
- ¿Qué es lo que debo a mi educación, a mis semejantes, y cómo es que he llegado a ser el que soy?
- ¿No es que debo *todo* a la tierra, a las circunstancias, a mi entorno providencial?
- ¿Qué es lo que puedo contribuir para el desarrollo ulterior de mis semejantes?

Por un lado, la mirada apunta más intensamente a la juventud en desarrollo, cuya modalidad diferente nos produce satisfacción y activa nuestro deseo de estimularla. Por el otro lado, comienza a crecer un reforzado in-

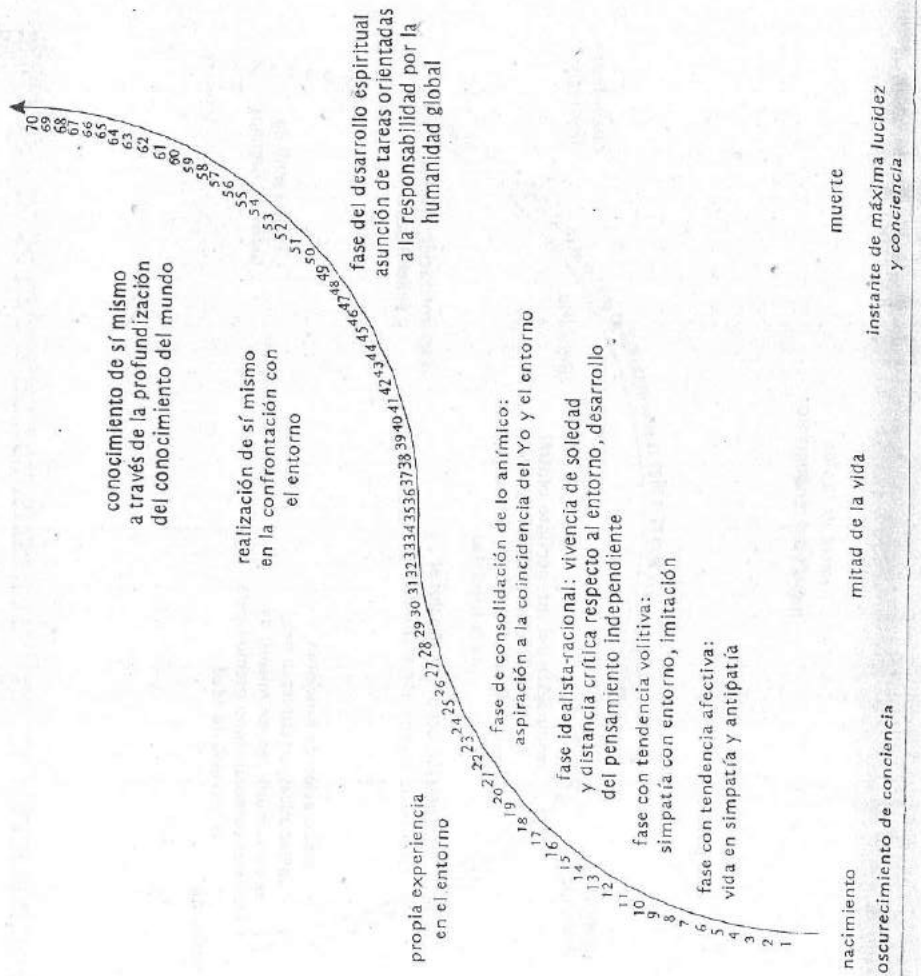
terés por crecer para los logros de vida de aquellos que nos han precedido hacia la muerte. Se inicia un esfuerzo por dejar de comprometerse con todo lo posible, sino concentrarse con todas las fuerzas en lo esencial de los procesos. Lograr encontrarlo en cada caso es el resultado del desarrollo espiritual. También se modifica la relación con el tiempo. Allí donde antes hubo pujante impaciencia, ahora se procede con tiempo para permitir que los procesos maduren.

Un hombre que se plantee estos interrogantes y trabaje, será beneficioso para su entorno en todo lo que haga. Se le tiene confianza, porque no sólo persigue metas personales o agota sus instintos de poder, sino que puede entregarse por entero al asunto del que se trate. Puede aconsejar y evaluar prudentemente sus juicios como jamás podría hacerlo un hombre de veinte o treinta años. Puede permanecer serenamente sentado en discusiones cuando otros salten encolerizados y reaccionen dando portazos. Puede perdonar y siempre volver a otorgar una chance porque sabe que es difícil manejar el propio desarrollo sin flaquear. Cuanto mayor sea, tanto más benévolo e indulgente será toda su presencia.

Tal ojeada a la biografía humana también puede poner en evidencia el carácter ilusorio del materialismo como concepto del mundo: porque si la vida anímica se desplegara únicamente como fenómeno concomitante de los procesos corporales, entonces la maduración anímica y espiritual tendría que entrar en crisis en el instante mismo en que comienza el catabolismo biológico del cuerpo en la segunda mitad de la vida. Pero ocurre lo contrario: por más que se presenta la atrofia senil y disminuye la capacidad de regeneración, la vida anímico-espiritual puede desplegarse cada vez mejor. Las mujeres pueden vivenciar esto de manera particularmente bella: una vez pasada la menopausia ¡de ninguna manera son anímicamente más pobres que antes! Al contrario. Pueden sentirse más libres y espiritualmente más eficaces que antes. Este fenómeno resulta lógico si se tiene en cuenta la metamorfosis de las fuerzas de crecimiento, reiteradamente mencionadas en esta obra (véase págs. 261 y 362). Es por eso que la posibilidad de regeneración del cuerpo, en plena disminución, está relacionada con el aumento de la vivacidad anímica y espiritual, porque toda fuerza ya no requerida para la regeneración corporal ahora está a disposición a nivel anímico. Los cuerpos suprasensibles que han participado de diferentes maneras en la estructuración del cuerpo, ahora —liberadas del cuerpo— pueden actuar de modo puramente anímico. Resumimos esto en los siguientes esquemas:



a) Leyes del desarrollo



b) Leyes y posibilidades del desarrollo anímico-espiritual

Forma parte de lo trágico de nuestro presente, que infancia y juventud con frecuencia se vivan de manera tal, que no quede suficientemente dispuesta la capacidad de aprender durante toda la vida. De allí puede surgir una tendencia a la detención del desarrollo. Cuando esta se presenta, después de cierto tiempo aparecen perturbaciones corporales o anímicas que pueden conducir hasta la enfermedad manifiesta. Esto por lo general comienza después de la mitad de la vida, cuando se inicia el catabolismo biológico del cuerpo. En lugar de un impulso anímico y espiritual, en tales individuos observamos entonces que deben consumir su fuerza interior en la meditación sobre su propio bien o mal, en la crítica de los demás, en la desconfianza, en agotar sus ansias de poder o en la amargura. Aquí también el organismo que envejece libera fuerzas, que sin embargo no pueden ser aprovechadas conscientemente para el pensamiento creativo. De alguna manera quedan improductivas y se convierten en complejos imaginarios, emociones, ideas fijas que hacen a la vida no-libre, ya que aparecen compulsivamente, aprisionando el Yo. Entonces aparece la terquedad senil, manía persecutoria, terror consuntivo, avaricia y otros síntomas similares. En tales individuos también se vivencia con mucho mayor frecuencia que enfermedades orgánicas —tales como la arteriosclerosis— perjudican adicionalmente su posterior desarrollo de conciencia. Desde luego que una educación lograda no permite prevenir todas las enfermedades seniles. Pero en muchos casos sí es posible influenciar positivamente su aparición y desarrollo. En los antecedentes de individuos que no pudieron hallar una predisposición feliz para disfrutar su envejecimiento, por lo general se encuentra una biografía en la cual la educación no los había preparado para la necesaria autoeducación ulterior. En ancianos espiritualmente activos, por el contrario, éste siempre ha sido el caso. Por eso han podido descubrir la cualidad escondida en cada etapa de la vida, sin caer jamás en la tentación de lamentar la pérdida de determinada época de su vida. Y mucho menos que ninguna la juventud, con todas sus imperfecciones, dolores y alegrías. Antes bien, en ellos cada fase de vida ha dejado rastros de determinadas capacidades, que ahora están a su disposición. Infancia, juventud y edad madura continúan viviendo dentro de ellos a través de estas capacidades, estando permanentemente presentes, sin constituir ningún "paraíso perdido".

Bibliografía:
Opitz, H./Schmid, F.: "Lehrbuch der Kinderheilkunde" (Manual de pediatría), Vol. I/I, Berlín 1971.
Wiesener, H.: "Entwicklungsphysiologie des Kindes" (Fisiología del desarrollo del niño), Editorial Springer 1961.

7. ¿Es posible aprender a ser un buen educador de niños?

En general, los pediatras no tienen formación pedagógica. Toda la experiencia que poseen en este terreno casi siempre proviene de su trato con niños y padres en el consultorio o en la propia familia. A ello se agrega que como pediatras muchas veces nos confrontamos con problemas escolares. Por lo tanto desearíamos que esta parte del presente libro sea entendida de manera tal, que personas con diferentes posibilidades de experiencia intercambien ideas a favor de los niños. De este modo también se han de entender todos nuestros ejemplos citados hasta aquí: únicamente pretenden estimular con un nuevo enfoque la reflexión sobre la propia situación de vida. Es por ello también que como introducción de este capítulo hemos vuelto a optar por los ejemplos, para dar pie a algunos razonamientos pedagógicos básicos. A través de ellos nos enfrentamos con actitudes pedagógicas fundamentales, en las que resulta fácil reconocer dos de las características y un término medio razonable. Con los tres nos encontramos casi a diario en el consultorio.

1. "¡Sentate allí y quedate quieto!" La madre y el médico tratan de iniciar una conversación. El niño de cuatro años comienza a rondar por el consultorio, a jugar sobre la mesa con el instrumental y a utilizar el teléfono. Entonces la madre reacciona como si tuviera en la mano una red de caza en el extremo de un palo largo, a veces ya antes de que el niño comience a moverse. "Quedate aquí, saca la mano de allí, esto es del doctor, ¡vas a dejar tranquila la lámpara!, ¡¿Tengo que ponerte sobre mi falda?!, ¡¿Querés que te pegue?!"

2. Una niña comienza durante la conversación a mezclar a su madre en una serie de preguntas diversas. Se desarrolla el siguiente diálogo:

Niña: "Mamá, ¿quién es ese en el cuadro?"
Mamá: "Un hombre que mata un animal."
Niña: "¿Por qué sale fuego de allí?"
Mamá: "Sabes, esto pretende ser un dragón, pero esos no existen."
Niña: "Mamá, ¿por qué tiene algo así sobre la cabeza?"
Mamá: "Sabes, el pintor que pintó el cuadro quería decir a la gente que mira el cuadro, que éste es un hombre bueno, por eso le ha pintado ese disco amarillo alrededor de la cabeza."
Pausa.
Mamá: "Y, Doctor, de noche sencillamente no puede quedarse en la cama."
Niña: "Mamá, ¿el hombre tiene alas? ¡Pero no es un pájaro!"
Mamá: "Esto pretende ser un ángel."
Niña: "Mamá, ¿el diablo no existe?"
Mamá: "No, esto ya lo sabes. ¿Ahora me dejas hablar con el Doctor?"
Niña: "Mamá, quiero beber."
La madre le alcanza el biberón.
Mamá: "Y no quiere comer nada en el almuerzo. Yo tampoco la obligo."
Niña: "Pero mamá, habías dicho que papas fritas siempre me gusta comer. Mamá, quiero una galletita."
La madre le alcanza todo el paquete de galletitas.
Mamá: "Pero eso sólo lo hago una vez por semana. Y no toca ninguna otra cosa."
Médico: "Pero alguna cosa tendrá que comer. ¿Qué es lo que te gusta?"
Niña: "Mermelada."
Mamá: "Sí, entonces le permito que coma medio frasco así nomás con la cucharita."
Médico: "¿Y usted lo permite así nomás?"
Mamá: "Sí, ¿se le puede negar eso? Yo pensaba que los chicos saben lo que necesitan."

3. El tercer niño al comienzo juega tranquilo. Después de cierto tiempo empieza a investigar un poco en la habitación, para luego preguntar algo a la madre en voz baja pero insistente. A continuación vuelve a jugar tranquilamente. La conversación con el médico no es perturbada perceptiblemente por su presencia.

El primer ejemplo nos enfrenta con una conducta educativa que pretende poder lograr el éxito únicamente con advertencias y reprimendas. En el segundo ejemplo, por el contrario, el educador se pone a disposición de la niña, sin voluntad ni decisión alguna. En el primer caso la voluntad infantil no puede desarrollarse porque no le permiten tener experiencias propias. En el segundo caso no lo puede, porque no se manifiesta la voluntad de la madre como resistencia necesaria, de manera que el niño desea provocarla. Aquí se enfrentan dos conductas antagónicas: el principio de autoridad —por lo general inconscientemente adquirido por los padres en su propia infancia— y la tendencia antiautoritaria, el "laissez faire" (dejar hacer). En ambos casos el "espacio anímico" alrededor de la madre e hijo adquiere determinada estructura. En el primer ejemplo, la madre está pendiente del niño y le adjudica sus intenciones en el momento en que éste quisiera demostrar una inquietud propia. En el caso extremo, la situación puede llegar a ser tan dura que al niño sólo le quede la fuga a la adaptación o la agresión. En el segundo ejemplo, la madre en realidad se derrama anímicamente hacia la niña, mientras ésta busca en vano una resistencia. Como última consecuencia de tal flexibilidad irrestricta, en el niño se presenta desasosiego, inseguridad, falta de orientación, lloriqueo, espíritu perturbador, la búsqueda de un ideal.

Con respecto a la tercera situación: este niño inicialmente se ubica donde se siente más atraído. Al cabo de cierto tiempo siente que los adultos se encuentran concentrados en alguna otra cosa. Por eso viene hacia la madre e intenta determinar a través de una pregunta, si él también "pertenece todavía". La madre la sigue el juego o lo alza brevemente —sin decir palabra— en brazos, hasta tener oportunidad de susurrarle la respuesta al oído. Entonces el niño se siente satisfecho y vuelve a jugar un buen rato solo. Según el grado de cansancio, vuelve a intercalarse a intervalos más o menos breves, al cabo de algún tiempo quizás también haga la prueba con el médico, asegurándose así de que pertenece al ámbito anímico surgido entre el médico y la madre. Aquí hay algo que respira serenamente entre el niño y los adultos. No se requieren frases como "no debes hacer eso, por favor dejáme, no tienes que hacerlo"; tampoco largas explicaciones, porque el niño tiene confianza. Es evidente que aquí la palabra de la madre tiene validez. Ella tampoco ha "preparado" a su hijo de manera especial para la consulta médica.

Desde luego que los tres ejemplos tienen sus antecedentes. ¿Cómo han

sido educados los niños en sus primeros años de vida? La madre mencionada en último término tuvo un pálpito para las necesidades anímicas del niño en el segundo y tercer año de vida. Ella actuó en forma abierta, le seguía el juego al niño, ofreciendo resistencia cuando era necesario. En las múltiples pequeñas pruebas que acarrea el segundo año de vida, ella no se dispersaba por constantes advertencias, prohibiciones y corridas detrás del niño. Ella le ponía en la mano a su hijo un objeto interesante y lo depositaba en el corralito. También tenía un pálpito para el hambre y el cansancio de su hijo, para la dedicación suya y la actividad propia de él. Cuando había que prohibir algo, probablemente lo haya dicho sólo una o dos veces. Cuando entonces el niño todavía no la había "comprendido", se sentía suavemente transportado a otro lugar, desde el cual la madre podía observarlo tan bien como antes, pero desde donde el querido enchufe ya no estaba a su alcance. Sus acciones estaban impregnadas por la "lógica de los hechos" y entusiasmo de decisión. Las palabras pronunciadas sólo constituían el acompañamiento. El niño ha crecido en una atmósfera en la que podía vivenciarse a sí mismo como parte perteneciente y en la que las palabras coincidían con las acciones. El ámbito anímico del niño siempre estaba incluido en el de la madre. A medida que iba creciendo su independencia, pudo estructurar su propio espacio, todavía más o menos superpuesto con el de la madre. Cuando la madre debía ofrecer resistencia, ello no ocurría a partir de la emoción, sino de su concepto respecto a las circunstancias. El niño pudo vivenciar esto como algo misterioso, valioso, que pertenece al adulto. Ser alguna vez totalmente recibido por la madre, cuando buscaba protección y cercanía, para luego también encontrarse confrontado con un "no": esta alternancia entre abnegación y reforzada sensación de la propia dignidad, echó las bases para una sólida percepción de su propio ser. El niño jamás tuvo que enfrentarse con decisiones que la madre podía evaluar y tomar mucho mejor.

Podemos suponer que también esta madre ha reflexionado muchas veces si había decidido "correctamente" en cada caso. Pero al niño nunca le había transmitido esta inseguridad. Cuando tenía que actuar, siempre lo había hecho con tanta seguridad y decisión, como podía hacerlo en el respectivo momento.

¿Qué hacer cuando una madre siente que todavía no tiene la capacidad de la madre del tercer ejemplo? ¿Que hay cosas que ella hizo "mal"?

¿Cuando no sabe qué decir y cómo actuar en determinada situación, y teme que el niño se perjudique o más adelante pueda hacer reproches? Aquí inicialmente resulta útil seguir tranquilamente los modelos. Al imitarlos y practicarlos, se adquiere una actividad que permite que las respectivas facultades despierten gradualmente dentro de uno mismo. He aquí tres propuestas:

1. **Amar la propia actividad**: ponerse en claro a sí mismo que esa actividad tiene sentido, precisamente cuando se la considera insignificante o despreciable. Desplegar una iniciativa que en primer término no apunte al niño, sino cuyo objetivo sea algo que produzca satisfacción personal a uno mismo.

2. **Las palabras pronunciadas y acciones realizadas tienen vigencia.** En esto también se encuentran incluidos los demás integrantes de la familia.

3. **Retrospección nocturna sobre los acontecimientos del día:** ¿Cómo estuvo el niño hoy? ¿Qué fue lo que vivenció? La conducta del educador ¿corresponde a su estado actual? ¿En qué punto del desarrollo se encuentra el niño? ¿Qué es lo que tiene detrás, qué tiene por delante? ¿Qué espera de mí?

Cuando se tiene la posibilidad de dialogar con la otra parte de la pareja sobre estas cuestiones, también se puede convenir llamarse recíprocamente la atención cuando las palabras no coinciden con las acciones. O quizás cuando se había expresado una amenaza, sin hacerla realidad después. Si en tales ideas educativas gobierna la unidad entre los integrantes de la pareja, entonces es una suerte para el niño. Prácticamente no existe nada que perturbe más el proceso de educación, que cuando el niño y las cuestiones educativas se convierten en objetos de controversia.

Ahora todavía quisiéramos describir otros dos ejemplos en los que también es fácil advertir actitudes típicas. Provienen del contexto de una familia numerosa. Aquí —de paso sea dicho— muchos de los problemas citados ni siquiera aparecen. En familias con más de tres niños éstos comparten mucho más y "se educan mutuamente". Pero aquí los padres son exigidos de otra manera que en la "familia pequeña".

a) Las "peleas"

Una madre experimentada sabe que debe controlar mucho más a sus hijos cuando repentinamente todo es silencio, que cuando escucha los pequeños altercados. Entonces a veces llega justo para prevenir a tiempo una inundación o algún percance similar. Pero cuando en la habitación de los niños se ha desatado una tormenta, con sillas que caen y gran griterío, entonces la madre también se acerca. En ese momento los niños no pueden expresar de otra manera lo que quieren decir: ¡Ven aquí, ayúdanos, nosotros solos no encontramos la solución! Ahora la madre se asoma serena por la puerta, observa el espectáculo y reflexiona: ¿Están cansados los niños por haber jugado mucho tiempo? ¿Quizás para este juego no combinen bien sus caracteres? ¿A quién es posible exigirle algo ahora?

Un niño se arroja llorando en sus brazos. El otro dice rápidamente: "Yo no le pegué." La mayor grita furiosa: "A mí ni siquiera me deja decidir lo que habrá para comer, y eso que es mi muñeca la que cumple años. Y ahora Anita ni siquiera quiere venir a la invitación. . ." Y llorando furiosa quiere salir corriendo.

Una reprimenda no ayudaría a solucionar esta situación, también así los niños sienten vergüenza. Tampoco sirven las preguntas respecto al conflicto, el griterío sólo se haría más violento. Pero ahora resulta tranquilizante la pregunta: "¿Cuántos años cumple tu muñeca? ¿Tres años? ¡Entonces ya puede haber varios platos para comer! A ver, ¿qué es lo que tú querías cocinar. . .?" Así el juego toma otro rumbo y los niños aprenden a tener en consideración los deseos de los demás. "Ahora ustedes dos me ayudan a hacer la cena, los otros ponen en orden la habitación, para que después podamos leer un lindo cuento, y tengan cuidado que mientras tanto las muñecas sigan jugando tranquilas, para que no estén demasiado cansadas para luego escuchar el cuentito." Aquí se separan las partes en conflicto, finaliza el juego, se reparten las tareas y la mirada se orienta hacia aquello que ocurrirá a continuación. Si por la noche uno de los niños todavía está malhumorado, se podrá preguntar: "¿Ahora ya está todo bien otra vez?" Cuando es evidente que ello no ocurre, por lo general alcanzan unas pocas palabras dichas en voz baja, imperceptibles para todos los demás: "Escucha, no vamos a llevar el enojo al sueño. ¿Puedo decirle a Anita que bien aquí adentro ya la vuelves a querer?" Y si ella todavía no lo sabe, la madre sí lo sabe y se lo dice a Anita al oído.

b) La envidia

Sara, de diez años, una vez más ha escogido hábilmente la manzana más grande como postre. Tomás, de trece, la observa con manifiesta desaprobación, sin decir palabra. Pero Catalina, de doce, acusa: "Siempre elige la más grande y ustedes simplemente se lo permiten, ¡no me parece justo!" El padre pregunta: "Entonces, ¿quién debería comerla?" Silencio. Anita: "Por ejemplo tú o. . . mamá o cada vez otro." Padre: "Las manzanas más chicas a veces tienen mejor sabor. Pero algo tengo que decir: ayer Sara lavó sin protesta toda la gran cantidad de platos ella sola, entonces ¿hoy, le concedes la manzana grande?"

Este episodio sólo insinúa el multifacético problema de los celos y la envidia con un único enfoque. Precisamente entre personas que en realidad se quieren, puede aparecer con particular vehemencia.

Aquí la solución es ponerse en claro que todo lo que se envidia es algo que se cree que uno mismo u otra persona hubiera merecido más. O sea que no lo concedemos al que lo tiene. Desde luego que a nadie le gusta admitir este sentimiento, por lo que en la conciencia aparece una justificación que parece moral, por ejemplo en forma del concepto de justicia. Entonces no se habla de envidiar o conceder, sino de que algo sea justo o injusto. Detrás de esta máscara se esconde la envidia y la rivalidad en una crítica aparentemente justificada.* Pero quien advierta esta relación, podrá evitar más de una pelea y crítica negativa.

En esto los niños vivencian que en la vida no existen principios morales de validez generalizada, sino más bien situaciones individuales, en las que siempre se debe volver a buscar la actitud correcta. En nuestra pequeña escena junto a la mesa esto podría tener el siguiente aspecto: en los días siguientes la niña puede elegir la manzana más linda para dársela cada vez a aquel que en su opinión deba tenerla ese día. O durante algún tiempo puede ella misma repartir el postre. Sin embargo sería doloroso que sólo se vea moralmente juzgada, sin poder experimentar que el entusiasmo por la linda manzana grande era totalmente justificado. Situaciones embarazosas sin la posibilidad de una corrección activa a la larga provocan

* Compárese también con la conferencia de Rudolf Steiner, del 26.11.1920, con respecto a este tema, en: "Wege und Ziele des geistigen Menschen. Lebensfragen im Lichte der Geisteswissenschaft" (Senderos y metas del hombre espiritual. Preguntas de la vida a la luz de la ciencia espiritual), N° 125 de la Edición completa.

inseguridad y tienen como consecuencia el debilitamiento del Yo. Pero cuando tal acontecimiento se toma como punto de partida para despertar un nuevo centro de atención u otra capacidad, entonces resulta fortalecedor.

II. PERTURBACIONES QUE LINDAN LO PATOLOGICO EN EL DESARROLLO INFANTIL

1. Problemas del sueño

A Dificultades para dormir toda la noche

He aquí algunos ejemplos:

1. Un lactante de nueve meses despierta con regularidad de noche entre las 23 y la 1 y llora penosamente. No hay nada que lo tranquilice en su cuna. En total contradicción con los principios de los padres, finalmente es llevado a la cama de la madre, donde continúa durmiendo sereno y feliz. Un día los padres advierten por casualidad que la cuna está ubicada junto a una pared exterior de la casa y que entre la cabecita del bebé y la pared sólo se encuentran los barrotes de la cuna. Ya en la primera noche en que se coloca un velo por encima de la cabeza y la cuna, el niño duerme tranquilamente durante toda la noche. La causa de su desvelo era el aire frío que descendía por la pared exterior, pasando junto a su cabecita.

2. Un lactante de varios meses se inquieta todas las noches puntualmente a las 23,12 horas y vuelve a dormirse profundamente unos treinta segundos después. Pasó cierto tiempo antes de que los padres reconocieran el suave zumbido lejano de un avión que pasaba muy alto en el cielo nocturno a esa hora.

3. Un niño pequeño duerme siempre con la puerta del cuarto cerrada. Los padres están profundamente satisfechos por este logro pedagógico. Pero un día resuena un sordo ruido como de bocina, desde la chimenea, causado por una fuerte ráfaga de viento. El sonido es similar al de la sirena de niebla de los transatlánticos, y el niño se despierta por él, lan-

za un grito desgarrador y a partir de entonces no quiere dormir más a oscuras y mucho menos con la puerta cerrada.

4. Un lactante llora todas las noches en la habitación de los padres y aun en la cama de la madre todavía está tan inquieto que nadie puede dormir. Durante horas se realizan verdaderos rituales con el biberón, cantos, juegos, etc. El resultado siempre es de poca duración, luego recomienza el mismo alboroto. Finalmente el lactante es devuelto en estado calamitoso a la habitación del hermano mayor. Porque para proteger el sueño de éste, los padres habían llevado al pequeño a su cuarto, ya que al despertar el mayor siempre iba corriendo a donde estaban durmiendo sus padres. Curiosamente a partir de esa noche hubo paz en la casa. Ambos niños dormían profundamente y ninguno volvió a despertarse.

   A veces es imposible observar que lactantes y niños pequeños abren los ojos cuando el padre o la madre entran una vez más, con sigilo y en puntas de pies, a su cuarto. Estos mismos niños pueden continuar durmiendo profunda y serenamente mientras a su lado un hermanito grita de voz en cuello. Ya hemos hablado del lactante que durante el sueño delinea una fugaz sonrisa con la comisura de los labios. Pero también es posible observar que un niño pequeño que grita se tranquiliza simplemente porque se le brinda espacio interior sin sentir angustia.

   Del mismo modo como se puede aumentar el desasosiego, encontrándose envuelto en ansiedades y pensamientos que dan vuelta a nuestro alrededor.

Los ejemplos demuestran la multiplicidad de las perturbaciones del sueño infantil y ponen en evidencia cuán diferenciadas pueden ser sus causas. Por lo tanto desearíamos enumerar una serie de puntos de vista, que la madre puede verificar en el caso individual concreto y cuya observación más adelante también puede ser importante para el médico y su apreciación del caso:

¿Cómo es el estado general del niño durante el día y por la noche? ¿Existen flatulencias, constipación, sudor, sensación de frío, envidia, celos, mal humor o algo parecido?

¿Cuál es el estado de la madre? ¿Hay agotamiento, insatisfacción, falta de reconocimiento por parte de los demás, actividad laboral, falta de ánimo, exceso de exigencias generalizadas, problemas con los suegros, demás integrantes del hogar, vecinos, o bien preocupaciones respecto al futuro o estados de angustia?

¿Cómo es el entorno del niño: la cama, los ruidos, la vivienda, radio y televisión, los juguetes? (Compárese con los capítulos respectivos).

¿Existió transitoriamente una necesidad concreta (por ejemplo durante una enfermedad, en el sentido de poder ir a la cama a la madre), que ahora se ha convertido en una costumbre tiránica?

Para aclarar los citados puntos de vista citaremos algunos ejemplos más:

Posiblemente la comida de la noche haya consistido en alimentos celulósicos que producen flatulencias. O en la época calurosa el niño todavía haya tenido un gorrito de lana en la cabeza. O bien el hermano menor esté aprendiendo a caminar (un momento típico para que puedan aparecer sentimientos de celos). La advertencia y prohibición constante durante todo el día también puede conducir a desasosiego nocturno. Esto ocurre por ejemplo en departamentos donde no se debe escuchar ningún grito, porque de lo contrario amenaza el desalojo.

Si a través de la recapitulación sobre estos diferentes puntos de vista, los padres han llegado a conocer las causas que no permiten que su hijo duerma durante toda la noche, entonces la pregunta siguiente será ¿qué hacer? También para esto daremos algunas recomendaciones. La regla más importante, aunque para los padres por lo general inesperada, en todas las perturbaciones duraderas del sueño infantil es ésta: *el sueño de la madre es sagrado.* Ella misma, y llegado el caso también el padre, debe preocuparse por dormir lo suficiente. De lo contrario no podrá soportar las 16 a 18 horas de trabajo diario siempre con igual paciencia e interés. En este caso el niño es el que menos debe preocuparnos. En general puede compensar fácilmente su déficit de sueño. La madre debería levantarse lo menos posible durante la noche. Quizás pueda colocar la cuna al costado de su propia cama y así, ante el desasosiego nocturno del niño, colocarle su mano a través de los barrotes de la cuna. La mayoría de los niños entonces ya sienten "suficiente mamá" para volver a dormirse. Cuando al costado de la propia cama no hay suficiente lugar para la cuna y resulta imposible cambiar de lugar el mobiliario del dormitorio, se llevará un buen colchón al cuarto del niño y se instalará allí cómodamente. Pero resulta poco práctico tener una cama abierta para el niño, de la que pueda salir y entrar libremente. A partir de este radio de acción la tiranía resulta mu-

cho más fácil. La mano que entra en la cuna resulta una buena solución hasta aproximadamente los doce meses de edad. Más adelante da mejor resultado la siguiente conducta: el niño ve a media luz (de la luz que entra de la calle o del pasillo) a la madre, acostada en su cama, como una piedra, exteriormente con total serenidad y relajada, y en lo posible también interiormente. Ella ha dicho una única vez: "Que duermas bien, mamá también duerme", y después no ha contestado más. A los cinco minutos el niño toma su pulgar, vuelve a acostarse y se duerme.

Como es un ser imitador, no le queda otra cosa que hacer. Es otra la situación cuando al primer ruidito la madre salta de la cama y va a ver al niño. Esta percepción hace que el niño esté parado como un monolito en su cuna, manifestando todas las exigencias acostumbradas. Sólo como último recurso se podría llevar al niño a la propia cama de los padres, siempre que se pueda dormir uno mismo en tal situación. Esta excepción también tiene sentido en caso de enfermedad, pero entonces es preferible el traslado del otro integrante de la pareja. En cualquier medida lo importante es que la realice sólo uno de los padres. La ansiedad se eleva al cuadrado cuando son dos los adultos perturbados en su sueño y sus ideas sobre lo que hay que hacer ahora todavía chocan entre sí.

Aproximadamente a los 18 meses, al comienzo del desarrollo del lenguaje, los niños pronto aprenden a reconocer intuitivamente el sentido de las medidas tomadas por los padres y la significación del trazado de límites. Antes esto no les es posible. He aquí un ejemplo de ello: un niño había tenido una enfermedad seria a los quince meses, y desde entonces seguía con la costumbre de llamar a la madre mediante gritos una a dos veces cada noche. La necesidad originaria, como sed en presencia de fiebre o malestar debido a la enfermedad, se convirtió en costumbre: despertar y gritar. Aquí resulta importante saber que los niños tranquilamente pueden despertar una vez completa o parcialmente por la noche, esto es normal y no tiene nada que ver con perturbaciones del sueño. Algunos toman el pulgar en la boca y siguen durmiendo, otros sólo se dan vuelta, y otros más cantan hasta volver a dormirse y ¡sólo el cuarto tiene la costumbre de tener que ver a la mamá para que lo alce, le dé el biberón o besitos, le cante o haga otros jueguitos! Pero cuando esto se repite a través de tres a cinco meses todas las noches, la madre llega al final de sus fuerzas. Ya no se puede dormir completamente ninguna noche y al final termina consultando al médico. Este le aconseja lo siguiente: *complacer al niño razonable y comprensivamente, estableciendo límites que no ha de ceder ni por un milímetro.* La complacencia puede consistir en abrir una puerta, dejar prendida alguna luz lejana o poder dormirse por la noche en la cama de la madre, o que la madre duerma al lado del niño sobre un colchón o el niño sobre un colchón al costado de la cama materna. Pero si el niño perturba más allá de esto el sueño de la madre, entonces será hora de una única advertencia, amorosa y significativa: "Que duermas bien, mamá también quiere dormir." Y después: "Si no, mamá tendrá que ponerte allá" o, según la concesión hecha: "Si no, mamá tendrá que cerrar la puerta."

Sería un error creer que el niño comprende las palabras según su contenido. Pero siente directamente la intención que las respalda. Por eso resulta tan decisivo que la madre también crea inexorablemente en lo que dice ahora. Si logra esto de primera intención, tanto la madre como su hijo tendrán suerte. Si no lo logra, habrá que soportar el griterío ensordecedor por la cama llevada "más allá". Por la experiencia diaria sabemos que aquí para muchas madres se desmorona un tipo de concepto del mundo. Porque para el hijo siempre se desea sólo lo más bello, más amoroso y lo mejor. Pero la realidad nos enseña que estos niños se vuelven más desgraciados cada vez, más insoportables e insatisfechos, porque jamás se enfrentan con un límite o una voluntad. Si entonces la madre modifica su actitud e introduce conductas razonables en la relación madre-hijo, así quedará satisfecha la necesidad del niño. En general esto no se logra sin una transitoria crisis curativa. Pero como en el niño pronto se registra el éxito, vale la pena soportarla. La regla más importante para su realización es: hablar a través de los hechos y no tratar de rogar, ni explicar, ni amenazar. Sin embargo, muchas veces tal proceder resulta tan ajeno a los respectivos adultos, que sin una charla con el pediatra no comprenden el sentido de esta medida ni su importancia. Esto también es necesario cuando los integrantes de la pareja no están de acuerdo o uno de los dos dice: "Esto no lo podré soportar." Aquí vale el consejo: "Tomarse quince días de vacaciones e irse."

Supongamos que en el interín la cuna está ubicada en la cocina, porque de lo contrario molestaría demasiado a los demás. Aquí el drama continúa de la siguiente manera: la madre escucha el griterío; debe soportarlo durante cinco minutos, a lo sumo le es permitido soportarlo diez minu-

tos. Después de ese tiempo de espera, un niño ya se ha tranquilizado, otro todavía sigue gritando. En todos los casos ahora se abre serenamente la puerta, preguntando: "¿Ya estás bien? Entonces ven aquí", y se restablecen las circunstancias habituales. Pero si el niño entonces grita todavía más, se dirá: "Cuando se te haya pasado, volveré", cerrando la puerta. Después de otros cinco minutos se repite lo mismo, independientemente del hecho que el niño grite o esté inquieto. Esta disposición conciliadora es importante. Si hasta ahora siempre se ha sido inconsecuente, haciendo algo que no coincida con lo que se decía, el padecimiento durará más. Sin embargo, después de dos repeticiones el niño de un año y medio por lo general ha comprendido que de esta manera no progresará. En algunos casos habrá que pararse al costado de la cuna y soportar el griterío todavía un poquito más. Lo importante es que ahora la reacción del adulto sea serena y circunspecta y totalmente distinta que de costumbre. A continuación no habrá ninguna verborragia "tranquilizadora", ningún "ay-ay-ay, hijito", de ninguna manera se tomará al niño en brazos. Ningún besito, quizás algunos sonidos tarareados con serenidad en voz baja, o bien el texto de alguna canción recitada suavemente. Si todo esto no sirve a los cinco minutos, entonces habrá que salir nuevamente y todo recomenzará una vez más. La atmósfera vibra por su intensidad, porque se desea llegar al punto en que se pueda pronunciar la frase salvadora "ahora está todo bien". Si bien desde el comienzo todo el ambiente estaba impregnado por una disposición conciliadora, en ningún momento se abandona el límite trazado, tan necesario por motivos prácticos y razonables. A la noche siguiente ya alcanza una palabra amable, para que reine la paz. Por cierto habría que estar seguro de que el niño no grita por encontrarse gestando —precisamente en ese momento del cambio de hábitos— alguna enfermedad infecciosa. Tampoco tiene sentido cerrar la puerta cuando el niño ya es capaz de abrirla. Hay que cerrarla con prudencia o tener preparado un palo de escoba para el picaporte. Desde luego que la mala costumbre de dar el biberón durante la noche agrava la situación. Entonces la solución sería poner a su alcance el acostumbrado biberón con té, pero ya sin dárselo. Entonces muchas veces duerme más allá de la hora, si su "esclavo" ya no le alcanza el biberón. También se pude bajar gradualmente el contenido de azúcar hasta 0%, con el mismo resultado. O bien cierto día se declara alegremente: "Y a partir de hoy, a la noche ya no necesitas más el biberón y en su lugar tienes este enanito que entonces te contará un cuento cuando despiertes", o algo similar. (Estos enanitos tejidos de lana son excelentes compañeros del sueño para esta edad; también pueden brindar consuelo durante enfermedades y a veces hasta servir como sustitutos de la proximidad materna, necesaria hasta entonces.)

Bibliografía:
Picht, Johanna V.: "Zwerge" (Gnomos), Stuttgart 1983.
Schröer, Therese: "Uber praktische Kindererziehung" (Sobre la educación infantil práctica), Stuttgart 1958.

B Dificultades para conciliar el sueño

Muchos de los problemas para conciliar el sueño deben ser evaluados del mismo modo que la tiranía nocturna. Esto quiere decir que los niños tienen la costumbre de hacer escándalo por la noche. La actitud a tomar es la misma: a través de un nuevo tipo de dedicación nocturna se crea una base para el trazado de un límite beneficioso.

Ejemplos:

Se coloca una tela azul en la pared o encima de la cuna, con algunas estrellas doradas como "cielo estrellado". Aparece un nuevo compañerito del sueño —quizás en forma del enanito ya presentado—, que desea las buenas noches.* Se canta una canción a la luz de una vela o se toca en la lira infantil o en la flauta. Si todo esto ya se hace todas las noches, habrá que abandonar estos hábitos y se comenzará algo bello, totalmente nuevo, que brinde alegría y hasta pueda tomar un poco de tiempo. También una pequeña historia conjuntamente con los padres sobre el sofá —donde el niño ya puede "hacerse el adulto"—, siempre es un acontecimiento muy bienvenido. Pero después: ¡decididamente a la cama! A la primera vez que el niño se levante y vuelva a salir de su cuarto, se lo vuelve a acostar serenamente y se anuncia que se cerrará la puerta. A la segunda vez con la misma serenidad se procede a cerrarla realmente. A los niños que saben encender la luz se les impide esto, desenroscando la bombita

* Compárese también el trabajo de V. Piket en: "Von der Würde des Kindes" (De la dignidad del niño), Cuadernillo Especial del Arte de la Educación, Cuad. 7/8, julio/agosto 1979.

o el respectivo tapón. Eso sí, las cortinas deberían dejar entrar algo de luz desde afuera a la habitación. Se realiza el juego de los cinco minutos de la misma manera que en las perturbaciones del sueño. La puerta recién se abre definitivamente cuando el niño se queda en su cuna.

Los niños son astutos: a la segunda noche aceptan la nueva limitación. En realidad, estas medidas sólo se malogran —dando lugar a una profunda decepción en los niños—, cuando los padres no concretan las consecuencias anunciadas, por falta de valor.

Otra forma de las perturbaciones crónicas para conciliar el sueño es de origen nervioso. Los niños se han aferrado a la idea de no poder conciliar el sueño, y tienen varias causas que influyen: agotamiento, tiempo caluroso, excitaciones, una salida de la madre, comienzo de las vacaciones. Aquí puede aliviar ya sea agua azucarada (sólo permitida excepcionalmente para este caso, por la dentadura), o una canción o alguno de los objetos de la madre, por ejemplo un saco tejido de lana o una manta de lana de la cama de los padres. Se vuelve a tapar amorosamente al niño, acariciándole el cabello: éste percibe un estado de seguridad protectora.

A veces hasta es mejor dejarlo volver un ratito a la sala. Por ejemplo se le podrá permitir que mire solo un libro de láminas. Quizás se le pueda decir: "Cuando estés cansado, simplemente te vas a la cama". Desde luego que no se deberá conversar con él, porque es evidente que uno está dedicado a otras cosas. El aburrimiento y el orgullo por saber por sí mismo cuándo está cansado, impulsarán al niño a ir a acostarse.

C Pavor nocturno

Gritos repentinos durante la noche pueden tener diferentes causas. Como médico, en el niño entre 6 y 18 meses inicialmente se piensa en otras causas que en el de tres años de edad. Por lo tanto, ante la primera aparición del síntoma, para los padres rige verificar si el niño está totalmente despierto o grita en el sueño. En este último caso se lo acaricia o se lo despierta cautelosamente. Luego se examina si tiene dolores (abdomen tenso), fiebre o falta de aire por la nariz. Finalmente hay que preguntarse si durante el día há ocurrido un acontecimiento terrible o si uno ha advertido un temor especial en el niño. De la propia evaluación de los síntomas determinados resulta si se ha de consultar al médico (véase bajo los respectivos capítulos en la Parte I). Si el desasosiego, miedo y gritos aparecen

con frecuencia durante la noche se habla de "pavor nocturno". Los niños gritan durante el sueño o se revuelcan gimiendo en la cama, sin poder despertarse de inmediato, pero tampoco seguir durmiendo. También aquí se rastrean acontecimientos especiales ocurridos en el día, se recapitula si el niño ha ingerido alimentos que produzcan gases o quizás si el desasosiego se manifiesta con un ritmo de cuatro semanas, que entonces remitiría a una relación con las fases lunares. Por lo general este problema se consigue resolver bien con medicamentos de origen antroposófico u homeopático.

D Sonambulismo

Este acontecer con frecuencia relacionado con la luna llena transcurre en el sueño y es sabido que puede llegar a ser peligroso, cuando el sonámbulo llega a despertarse mientras anda. También este síntoma responde bien a los medicamentos de las citadas orientaciones terapéuticas. Por lo tanto, los psicofármacos no se necesitan ni para este síntoma ni para los estados de pavor nocturno.

2. "Mi hijo no come nada"

Algunas escenas en el consultorio del pediatra:

1. Un niñito de mirada alegre, de tres años de edad, entra en el consultorio. La madre dice: "No come absolutamente nada." "Bueno, ¿qué es lo que come?" Madre: "¡Nada! No toca nada de lo que le ofrezco. ¡Sólo leche podría tomar durante todo el día y comer yoghurt!" Al continuar con el cuestionario, se pone en evidencia que el pequeño, aparte de la leche, también consume algunas golosinas. Sin embargo, la madre tiene razón: él no come nada de lo que ella le ha preparado. Solución del problema: durante más de una semana se dejarán totalmente de lado los productos lácteos, luego a lo sumo dos vasos de leche o yoghurt por día, pero ninguna golosina entre las comidas y ninguna bebida dulce. Entonces despertará el apetito para todo lo demás.

2. Otra madre informa lo mismo de su hijito, sólo que no toma leche. Al

inquirir con mayor precisión, resulta que sí come algo de ricotta, huevo o carne, además de helado, gaseosas y dulces similares a intervalos regulares. Entonces en la mesa tocará poco de la comida principal.
Solución del problema: según Wilhelm zur Linden se deja al niño pasar hambre durante tres días. Entre comidas no se le permitirá ningún tipo de golosinas y en la mesa se "olvida" que quizás el niño también querría algo dulce. Más adelante se volverá a corresponder a la necesidad de dulces en forma de algún postre aceptable.

3. Ahora entra una niña menuda, delgada, con delicados rasgos faciales y manos finas. Aquí el médico averigua algunas cosas adicionales, como peso al nacer y hábitos de los padres a la misma edad. La niña sólo come un bocado de cada cosa y rechaza totalmente el sabroso caldo de la abuela.
Solución del problema: aquí habría que procurar una estada en el campo o la montaña, en lo posible con otros niños. Lo decisivo es que entonces la madre "afloje" y permita que la propia niña decida cuánto desea comer. Aquí nadie deberá albergar expectativa alguna. Entonces el apetito llegará a raíz del aire puro y la imitación. No se prestará ningún tipo de atención especial a la niña. Aunque más adelante, en la casa, no coma mucho más que antes, la atmósfera será menos tensa.

4. Ahora entra una madre con un varoncito de aspecto algo tieso, de mirada malhumorada. Hay mucho que él no quiere del modo que la madre espera de él. Desde luego que tampoco come.
Probablemente aquí la solución recién se encontrará en el transcurso de varias conversaciones con la madre a solas. Porque se trata de la comprensión de que los niños no están para realizar las ideas predilectas de sus padres, sino que se desarrollan de la mejor manera cuando se les permite orientarse según la conducta de los padres, sin estar continuamente expuestos a incesantes preguntas, advertencias, explicaciones y ruegos.

5. Ahora entra un niño que no acepta absolutamente nada aparte del jugo de uvas rojas y determinado tipo de galletitas. Este niño no es curable mientras la madre no sea capaz de sentarse serenamente junto a él a la mesa y ella misma coma con placer lo que ha cocinado. Ella debe encontrar otro método para mantener su silueta esbelta. Algunos de

estos problemas resultan lógicos cuando las madres soportan sobrecargas, cuando los niños las requieren completamente y por lo general su trabajo no es reconocido. En estas condiciones, tener la cabeza despejada, cocinar con amor, prohibir golosinas a deshora, y a pesar de todo satisfacer en lo posible todas las exigencias y mantener siempre el buen ánimo, resulta más fácil decirlo que hacerlo.

Como consuelo, he aquí una ojeada al paraíso del que soñamos también los pediatras: los niños que vuelven a la casa con sed, toman un vaso con té de hierbas no azucarado que ya está preparado, hasta que esté lista la comida. Los caramelos que les han regalado camino a casa y las golosinas canjeadas son depositados en una bonita lata. Cuando esté llena, se la canjeará por una pelota de cuero u otra cosa igualmente útil. Desde luego que en la casa no hay ninguna radio encendida cuando ellos llegan, para que esté dada la tranquilidad necesaria para saludarse mutuamente y contarse las últimas novedades. De esta manera, la madre podrá percibir mejor el ánimo en que se encuentran los niños. Antes de comenzar a comer se dice una oración o se canta una canción, a continuación todos se dan la mano en una ronda y se desean buen provecho. Recién entonces comemos. Todos anhelan la comida, se hacen preguntas y bromas entre sí. Sobre la comida ni se dice una palabra. Cada uno come cuanto desea, por lo general algo de cada cosa. Cada niño tiene una comida de la que nunca se le obliga a comer. Todo lo que de alguna manera cuesta comerlo, es aplastado y mezclado entre todo lo demás. O bien rige la regla general aceptada por todos: se comen tres cucharadas de todo lo que está sobre la mesa. Por lo general la conversación es tan interesante, que todos quedan sentados hasta que termine la comida. Al final, se pueden volver a estrechar las manos en ronda, diciendo como en Suecia "Tack för maten": "Gracias por la comida".

3. Incontinencia nocturna

Si después del cuarto año de vida todavía aparece incontinencia nocturna, se requiere una revisación y asesoramiento médico. Pueden existir causas constitucionales, orgánicas y anímicas. En este capítulo describimos medidas que pueden brindar soluciones una vez excluida una causa orgánica. En estos casos la incontinencia es un síntoma que indica a los

padres: "Quiero volver a ser pequeño y protegido y que me cambien el pañal".

Al comienzo se rastrearán shocks desencadenantes, constelaciones de celos, secuelas de enfermedades y similares. Una vez esclarecidas estas cuestiones, en general vale la pena intentar acceder más a su necesidad de protección y seguridad. Transitoriamente puede volver a ser "pequeño" y "protegido". Entonces se reanudan conscientemente los hábitos de la primera infancia. Mientras tanto se intenta estructurar la jornada en forma más consecuente y regular, teniendo al respectivo niño más presente que de costumbre. A la edad preescolar todavía no se apunta directamente al problema desencadenante como tal. Pero al mismo tiempo el adulto procura una solución del conflicto.

Cuando ha nacido un hermanito menor o recientemente ha aprendido a caminar y esto da origen a menor atención al mayorcito por parte de los padres, se lo abrazará alguna vez con especial ternura, permitiéndole así tomar parte directa de la alegría por aquel acontecimiento. También se le demuestra que los padres se sienten orgullosos de que ya sea tan grande. O sea que de ninguna manera ahora también se le dará el biberón al niño mayor, sino que recibe una tacita nueva o nuevos cubiertos, sin comentario. Si está acostumbrado a escuchar pequeños cuentos, también pueden inventarse relatos que establezcan cierto paralelismo con la incontinencia nocturna, por ejemplo que traten de un rápido arroyito de montaña o una fuente o la marea que debe ser dominada por la mano del hombre, con la ayuda de un niño pequeño. También puede tratarse de la descripción de una compuerta de desagüe de una laguna de truchas, regularmente atendida por un anciano, hasta que un buen día le ayuda un niño pequeño o lo releva en su tarea, etc.

La condena o rechazo de la incontinencia nocturna fortalece el anhelo del niño por más dedicación. Esto tiene como consecuencia que se agrave la sintomatología, al igual que cuando se emplea el castigo corporal o lavajes fríos como intimidación. Pero una vez que a través de la buena voluntad y la aceptación se ha logrado el acceso a la problemática del niño, el síntoma puede ser literalmente "cuidado hasta desaparecer". Para esto he aquí algunos ejemplos: Cuando el niño se moja regularmente a las 22,30 y a las 6 horas, se "cuidará el último arroyo" antes de acostarse, a través de la presencia de la madre. Se hace que sea "lindo" y "grande". Luego se presta atención alrededor de una a dos horas después de que

el niño se duerma, para advertir su inquietud, y cuando se cree que su vejiga podría volver a estar llena, se lo alza en brazos para llevarlo al inodoro y permitirle hacer su arroyito en posición de sentado. Una suave palabra de aliento resultará beneficiosa. Del mismo modo se procede por la mañana a las 6 horas. Se despierta suavemente al niño para que deje su arroyito, vale decir que hay que despertarse antes que él. De esta manera se ha vuelto a asumir parte de la responsabilidad y más adelante habrá que tantear cuándo se podrá proceder a la devolución de esta parte al niño. Para este método no se prestan los niños que mojan a cualquier hora de la noche, ni los que al intento de despertarlos se defienden y gritan. Este resultado también será dudoso en niños que siguen durmiendo tan profundamente que ni siquiera advierten el derrame. Aquí habrá que decidir en cada caso individual, si conviene volver por un tiempo a usar pañal de noche, o si alcanza con una sábana impermeable protectora del colchón.

Una organización consecuente de la jornada tiene efectos beneficiosos y fortificantes para la constitución infantil. Inicialmente tiene lugar una regulación de los hábitos de comida y bebida. Quien no esté dispuesto a mantener un ritmo "a partir de arriba", no puede exigir que éste se presente "por abajo". Un tratamiento de la incontinencia nocturna de bebedores consuetudinarios o "de estilo libre" no tiene sentido. En estos casos, la primera medida consiste en beber sólo durante las comidas. La medida en que se pueden limitar o prohibir las bebidas más allá de las 17 horas para el respectivo niño, tendrá que ser probada en forma individual. En todo caso es contraproducente permitir que en ese horario el niño beba con "canilla libre".

Tiene importancia la vestimenta de abrigo en forma de bombachitas o medias-bombacha o calzoncillos de lana. Según la estación del año serán más o menos gruesos y deberían llegar hasta bien arriba. Cuando alguna vez los pies se enfrían o se mojan durante un tiempo prolongado, se los tratará con un baño de pies caliente y a continuación fricciones con *Aceite Aromático para Masajes Weleda.* También es conveniente una vigorosa fricción de las piernas por la mañana, por ejemplo con *oleolado de hipérico.* Finalmente se prestará atención para que el niño tenga oportunidad de observar suficientes actividades dignas de ser imitadas, que lo estimulen para continuar su desarrollo. La sensación de "marcha en vacío" fomenta una recaída a estados previos del desarrollo. Otros factores

desencadenantes, como peleas domésticas, actividad laboral de ambos padres, conflictos de divorcio y otros, por lo general requieren el diálogo con el psicólogo o pediatra.

En la incontinencia diurna y nocturna, una vez eliminadas las causas orgánicas, se han de tomar las mismas medidas, sólo que también durante el día habrá que tener un "despertador interno". El desarrollo de la continencia normal no es acompañado por otra cosa. Sin hablar sobre el tema, se introducen nuevos hábitos. A determinadas horas habrá que ir al baño o a la bacinilla.

La "bombachita húmeda", en contraposición con la mojada, también requiere un esclarecimiento, aunque muchas veces sólo se trata de un descuido. En estos casos se los acompañará al baño todas las veces que sea posible. Entonces se presta atención a la última gotita. Pero ciertamente este tipo de dedicación no debe ser demasiado disfrutable para el niño.

Una vez que los niños tengan seis a ocho años de edad, ya se puede proceder de otra manera: según la madurez escolar ya les gusta escuchar a los adultos dignos de confianza o admirados, tales como maestros, padrinos, médicos, etc., aunque una reprimenda directa los sobrecargaría todavía. Aquí ha dado buen resultado una pequeña historia, en la que se haga alusión directa a la incontinencia y que deberá ser contada por la respectiva persona de confianza. Es aproximadamente la siguiente: "Todo niño tiene por las noches un enanito invisible sentado sobre su hombro (o un pajarito o una pequeña hada, según el caso), que vela mientras duermes, y que te dice al oído —Despierta, tú quieres ir al baño—, pero estás aquí acostado y no oyes nada, y eso que desea tanto poder ayudarte. Realmente alguna vez deberías prestarle atención, quizás por la noche puedas escucharlo. Entonces despiertas y vas despacito al baño. Sólo tienes que proponértelo mucho, antes de dormirte. Mamá te lo recordará al darte las buenas noches." O sea que la madre o el padre reciben la orden de aquél que contó la historia, de decirle misteriosamente al oído por la noche: "Piensa en el enanito ¡y no dejes de escucharlo!" No ha dado resultado que sean los padres quienes cuenten esta historia.

Este relato está basado en la realidad de que lo cierto es que el niño ya no desea mojarse. El enanito, el hada o el pajarito se convierten en la imagen de la intención de despertarse, todavía demasiado débil en el niño. Si esta imagen actúa sobre la conciencia infantil y si todas las noches se lo recuerda, puede fortalecer esta intención todavía demasiado

débil y facilitar así realmente el despertar. Nosotros consideramos que a esta edad es prematuro exhortar a los niños directamente.

"Apelar a la conciencia" recién tiene sentido a partir de la primera década de vida. Entonces resulta más conveniente dejar la realización del tratamiento en manos de un tercero, preferentemente del médico. A veces también se recomienda un cambio transitorio de ambiente, que adicionalmente otorga al niño la responsabilidad por sí mismo y fortalece la sensación de su propio Yo. Según la madurez y la constitución del niño, la vejiga podrá ser entrenada directamente a través de su carga. Resulta conveniente que los niños estructuren entonces por sí mismos su plan de comidas y bebidas.

Si bien el método del colchón con campanilla puede tener éxito, no estimula el Yo del niño en su desarrollo.

4. Encoprosis

No se trata de la bombachita o calzoncillo ensuciado en el caso de niños constipados o descuidados; es la deposición consciente de las heces dentro del pantalón o bombacha o en un rincón de la casa, la que se entiende como encoprosis. La ropa interior ensuciada sólo requiere la precaución bromista por parte de los padres, como también la compatibilidad del ritmo diurno con el ritmo de defecación. Serán pocos los lectores de este libro que hayan sido confrontados con una encoprosis verdadera. Puede ser que alguna vez, ante turbulentas situaciones humanas, el niño haya buscado una válvula de escape o haya querido poner a prueba a sus padres, o tuvo miedo de un inodoro o bacinilla desconocidos. Estos problemas son fáciles de explicar y de corregir. Pero cuando el síntoma de la encoprosis transcurre a lo largo de semanas y meses, siempre es un signo de resignación por parte del niño como también de sus padres. Sin ayuda desde afuera por lo general en estos casos ya no se logra nada. Quien vive tal situación en la familia, por su relación con los padres podrá sugerir que concurra al asesor educacional, psiquiatra infantil o pediatra.

5. Chupar el pulgar

Al retirar el pulgar de la boca de un niño de dos años que se lo está chupando, de inmediato se advertirá qué es lo que sucede: como si es-

tuviera adherido a un resorte invisible el pulgar vuelve bruscamente al lugar. Pero cuando se lo sujeta fuera de la boca, el niño —molesto— despertará de sus ensoñaciones. ¡Recién ahora advierte al autor de la molestia y responde con desagrado a la ingrata apertura de su campo magnético encerrado en sí mismo! Pero cuando escucha un ruido seductor como el que produce el raspado de papilla de sémola de la cacerola o la preparación del cochecito de paseo, rápidamente el pulgar sale por sí mismo. Ahora sería rechazado con la misma fuerza con que previamente había sido introducido.

Chupar significa blindarse, protegerse del entorno, estár cómodo consigo mismo. Pero es sabido que el chupado empedernido conduce a la deformación del maxilar. Por esta razón, con frecuencia se recomiendan chupetes de forma especial. Nosotros aconsejamos no usar chupete, porque tienta a los niños a chupar, aun cuando por sí mismos no lo harían. Se abusa del chupete colgado con una cadenita del cuello como sedante, presagio de alimento o como auto-ocupación. Aparte de esto, el pulgar tiene la ventaja de que renueva por sí mismo su superficie, está menos expuesto a los hongos y siempre se encuentra a mano, pero nunca es retenido en la boca cuando el niño desea jugar.

Quien a pesar de todo se decide a favor del chupete, no debería sujetarlo con cintas o cadenitas, sino con un fino elástico redondo alrededor del cuello.

Una palabra adicional con respecto al maxilar del niño que chupa: por suerte, con frecuencia involuciona por sí mismo al surgir la dentadura permanente y el niño gradualmente deja de chupar. Las deformaciones maxilares en todo caso no sólo pueden aparecer por el uso del pulgar u otros dedos. También las hemos observado con el uso del chupete.

Ahora algún lector sin duda preguntará: ¿Entonces no hay que hacer nada para evitar que el niño se chupe el pulgar? En el caso de chupar antes de dormirse lo afirmamos. Por lo demás, se trata de tener paciencia: hay niños que a los cinco años de un día para otro dicen: "Ahora no chupo más", y también lo cumplen. Una madre hasta pudo observar que durante el sueño el bracito siempre volvía a alejarse de la boca. Por el contrario, cuando a los tres años ha aparecido una grieta en el dedo, la venda que requiere entonces podrá ayudar a quitarle la costumbre de chupar: la "nana" será cubierta con pomada y una gasa y cautelosamente vendado primero el pulgar, después los demás dedos y en último término toda la

mano. Al final el puñito vendado desaparece en una bolsita de pañuelo, sujetada con dos cintas largas debajo del saquito alrededor del tórax, (¡no alrededor del cuello!). Entonces el niño observa sorprendido su nuevo miembro y los padres le confirman a través de su alegría, que ahora todo está en orden. La venda se cambia a diario y recién a la semana se dejará de colocarla. Hasta entonces con frecuencia el niño ya ha perdido el hábito de chupar. ¡No se permiten telas adhesivas, porque pueden ser tragadas!

El acto de chupar representa mantener un estado previo de desarrollo, el de succionar en el pecho materno. Por lo tanto, ni las prohibiciones ni la idealización del acto de chupar concuerdan con el síntoma. Quien sienta que el niño necesita un fortalecimiento de la percepción de su propio Yo, le ayudará ya sea a través de amorosas caricias en la cabeza antes de que se duerma, o despertando su interés en el entorno.

6. Mordisquear y pellizcarse las uñas

Mordisquearse las uñas es una actividad realizada con los dientes, el pellizcarse los dedos se hace con los propios dedos. Estos síntomas no tienen nada que ver con carencia de calcio. Pertenecen a los numerosos movimientos nerviosos o habituales como consecuencia de presiones anímicas, estados de tensión, confusión, aburrimiento o cansancio. Los niños pueden perder esas costumbres cuando ellos mismos lo desean, pero jamás a causa de reprimendas por parte de los padres, que más bien recrudecen tales trastornos. Lo que los padres sí pueden hacer, es primeramente prestar atención a cuántas exigencias, cargas de tensiones de su propia conducta confrontan al niño o si quizás se le den demasiado pocos estímulos para actividades adecuadas. Resulta muy interesante para el niño, cuando recibe como regalo una hermosa lima para uñas y un delicado alicate para cutícula, y se le enseña a liberar cuidadosamente cada mañana sus uñas de las manos de todos los ganchitos, pielcitas y asperezas mediante el uso de la lima. A continuación se las engrasará con cuidado. Las pielcitas secas que producen picazón son las culpables más frecuentes de que el niño lleve la uña a la boca para su humectación que produce alivio. Cuando se elimina esta motivación, pronto desaparece el hábito o bien obedece a un control consciente. Desde luego que este procedimiento sólo se presta para niños mayores.

7. Compulsiones inofensivas

Casi todo niño durante algún tiempo *únicamente* camina sobre el cordón de la vereda, en la calzada empedrada *únicamente* en los cuadrados o sobre las líneas, según la regla que se haya impuesto. Pero cuando ya no puede moverse sin mantener determinadas reglas, y cuando la falla le produce miedo, se habla de una coerción verdadera. Por ejemplo cuando en la edad escolar se observa el lavado compulsivo de las manos, la obligación de girar sobre su propio eje o la de contar, se requerirá una consulta con el psiquiatra infantil o el pediatra. Todos los hábitos y repeticiones regulares de movimientos tienen la tendencia de convertirse en compulsivos. Pero esto sólo se produce cuando el movimiento o la acción se desprende de la relación sensitiva con el entorno y se ejecuta sólo por sí misma. Aquí se trata de buscar vías pedagógicas o también medicamentosas para fortalecer el Yo del niño. Entonces también le resultará más fácil controlar sus movimientos.

8. Golpes en la almohada y balanceo

Muchos niños se balancean con movimientos regulares para dormirse. Esto también puede repetirse de manera compulsiva al despertar. Esta sintomatología aparece acentuada en niños mentalmente discapacitados, con enfermedades cerebrales orgánicas o en estado de abandono. A través de estos movimientos se fortalece la percepción del Yo, de modo similar a lo que ocurre al chuparse el dedo o al masturbarse. Aunque ciertamente aquí todavía se acentúa por el ritmo elegido, que produce relajamiento y puede llevar a los niños a un estado similar al trance. Por esta sintomatología, en general acuden al consultorio padres cuyos hijos son ya sea descuidados o intelectualmente disminuidos. El acto de cantar algo tranquilo antes de dormise y acariciar suavemente la cabecita tan llena de ansiedad, particularmente en la zona frontal, contribuye para aflojar una tensión interna aparecida por algún motivo. Aquí no tiene sentido contar con el éxito a corto plazo. Porque el hecho de que el niño reaccione de éste y no de otro modo ante los estados de tensión, siempre está condicionado también constitucionalmente. Esto recién se podrá modificar con el correr del tiempo. Aquí resulta conveniente la administración de un adecuado medicamento constitucional durante un período prolongado. A la edad escolar o acaso más tarde aún, en la mayoría de los casos el síntoma se va perdiendo por sí mismo.

9. Inquietud motriz y tics

Primeramente algunas observaciones:

Hay niños que en el consultorio manipulan juguetes con cautela, pero que, según declaraciones de sus padres, en la casa rompen todo. Pero este impulso también puede aparecer al descubierto, de manera que súbita y deliberadamente rompen más de un objeto delicado, con gran despliegue de fuerzas. Las novedades les interesan exactamente hasta que haya finalizado el examen de sus características más primitivas, vale decir su dureza, fragilidad, aptitud como proyectil o martillo. En estos casos los objetos ya no le "hablan" al niño. Este es incapaz de establecer una relación con ellos a través de sus sentidos y movimientos. Esto puede llegar hasta que los niños de alguna manera viven pasando por alto a los demás y sin que sea posible algún contacto o sólo una relación totalmente superficial. Pero aquí puede surgir plenamente la impresión de una aparente conversación, porque en ciertas circunstancias el niño formula algunas preguntas, pero sin estar abierto para la respuesta. Uno tiene la impresión de no encontrarse con el alma del niño. Por parte de los médicos aquí se habla de rasgos autistas, sin que por ello se esté en presencia de autismo en sentido psiquíatrico.

En ocasiones se observan formas particulares de movimiento, que un niño pone de manifiesto incidentalmente: rascar, actitudes de defensa y ataque, los conocidos gestos de pang-pang o sonidos cómicos como chasquidos y gruñidos. Son partes de procesos vivenciados que han adquirido carácter automático. La fantasía está pletórica de imágenes fijas que se traducen en movimiento. Esta actitud ciertamente con frecuencia los padres no la reconocen como perturbación. Pero sin su colaboración no se puede hacer nada en contra del consumo diagnosticable de la televisión, de historietas y del horror. Es como una idea fija que sea precisamente este tipo de esparcimiento el adecuado para los niños, del que no se los debería privar.

Ahora un ejemplo que resultará ilustrativo: Un varoncito de apenas cinco años, al entrar en el consultorio de inmediato llama la atención. Corre hacia la ventana, sólo toma nota brevemente de los objetos sobre el escri-

torio, estira el brazo para levantar el tubo del teléfono, pero de inmediato vuelve a perder interés al abrirse la puerta y en esa oportunidad le llaman la atención los juguetes sobre la mesita. Luego de tomarlos fugazmente en sus manos, vuelve a dejarlos de lado también. Ahora, a raíz de la conversación entre los adultos, el niño entra en el triángulo de las informaciones mutuas y comenta, recostado contra las rodillas de la madre, las declaraciones de ésta. En el interín su rostro hace muecas o se sacuden compulsivamente sus hombros. Finalmente su conducta domina la totalidad del consultorio y ya no es posible mantener una conversación.

Ahora la misión común de los padres y el médico es analizar la naturaleza mixta de tales manifestaciones y arribar a las medidas terapéuticas a tomar. Primeramente se trata de esclarecer si los padres advierten la perturbación como tal. Quizás sólo vengan por los trastornos —también existentes— del sueño o su falta de contacto social. Acaso interpretaron sus corridas de un lugar a otro como interés, considerando al niño en lo demás como bien inteligente, ya que todo lo comprende con rapidez. Hasta entonces no tenían en claro el hecho de que otros niños, que se aproximan más lentamente a las cosas, puedan entrar en una relación más sólida con ellas.

Las siguientes observaciones apuntan a la naturaleza interna de la perturbación: el motivo por el cual los movimientos se manifiestan parcialmente en forma de contracción brusca. Ellos rompen o inhiben su contacto con el entorno y también carecen de sentido para el mismo niño. Son elementos del movimiento que se han convertido en mecánicos o estereotipados. Lo anímico ya no puede manifestarse libremente en ellos.

Diversos sacudones y rudimentos motores como muecas, sacudir la cabeza, parpadear o carraspear, pueden formar parte de tal inquietud. Todos los que padecen tales movimientos involuntarios muchas veces sienten algo como una fugaz tensión antes de la descarga. Al aumentar la concentración se pierde la tensión, y al descargarse, vuelve a tensionarse tanto más. Al sentirse observado, también se acentúa la perturbación. En este sentido existe un evidente parentesco con la tartamudez. La tendencia a tales automatismos motores puede estar condicionada por hechos familiares u orgánicos, vale decir constitucionales. Esta inquietud motriz del tipo tic se estimula por sobrecarga de los sentidos y por cargas anímicas que no pueden ser elaboradas por el niño o su entorno. Al observarlo de cerca, ese niño con frecuencia también manifiesta una fina inquietud generalizada, que compenetra todos sus movimientos y lo hace en general algo torpe. En la casa y la escuela muchas veces se lo ridiculiza por su torpeza, por su mala letra o trastornos de conducta. Cuando por añadidura el niño se desarrolla en un medio en que sus sentidos estén preponderantemente expuestos a los medios masivos e impresiones que lo distraen, desaparecen rápidamente sus chances de formación.

Una vez que el médico, en base al diálogo, sus observaciones y demás exámenes, se haya hecho una imagen de los factores que determinan la inquietud en el respectivo niño, podrá elaborar la correspondiente terapia. Independientemente de la naturaleza neurológica de la perturbación, vale decir orgánico-corporal, o de la más anímica, en todos los casos citados dan buenos resultados las siguientes medidas pedagógicas:

1. Una jornada ordenada con alternancia de estímulos motores y una actividad más contemplativa. Horarios regulares para el sueño, la vigilia y las comidas. Intimidad afectiva, concentración y atención pueden surgir sólo cuando el impulso por moverse puede agotarse ordenadamente hacia afuera, en forma de juegos de movimiento con sectores rítmicos de golpes, pataleo y canto. Particularmente oportuna es la euritmia y la euritmia terapéutica. También resulta conveniente después de retozar y jugar, contar cuentos con imágenes claras, todavía no fijadas en la fantasía. De esta manera, en la vida interior inquieta se introducen elementos formadores, que tienen acción sedante.

2. Los adultos que tienden a prevenir constantemente al niño, deben aprender a liberar interiormente a sus hijos. Por lo general esto recién se logra después de varios diálogos con ellos. Resulta beneficioso el intento de comprender por qué el niño tiene que ser precisamente así y no puede ser diferente. De este modo se podrán lograr soluciones basadas en el propio estudio sereno de la situación.

3. Eliminación de todos los medios masivos: radio, cassettes, discos de cuentos y revistas de televisión e ilustradas. En su lugar, juegos estructurados a diario, como proyectar sombras chinescas, teatro de títeres o marionetas. En tales juegos, las ideas de imágenes ya formadas pueden ir empalideciendo gradualmente a favor de imágenes que no de-

formen la propia fantasía ni ejerzan presiones sobre ella, sino que la estimulen.

Como casi todos los padres afectados se sienten demasiado demandados por tales programas, deberán brindar ayuda los jardines de infantes, centro de orientación educativa y, en casos graves, las secciones de psiquiatría infantil y esperamos que en el futuro también iniciativas de padres, para poner en práctica la terapia.

El criterio de que tales estados de inquietud pueden ser eliminados dejando de lado los alimentos tratados o los que contengan fosfatos, se ha convertido en tema de disputa. No hay nada en contra de prestar atención a la calidad de los alimentos y evitar todo alimento coloreado artificialmente o de alguna manera preparado químicamente. Pero sin duda será un error hacerlo como medida única. Nosotros también desaconsejamos las dietas extremas, como así también el consumo de los respectivos psicofármacos.

10. Masturbación

La masturbación en la edad infantil también es un síntoma y de por sí no constituye una perturbación o "perversidad".

A veces el proceso de curación de una excoriación es el factor desencadenante en la edad del lactante; en ocasiones también aparece como "descubrimiento" y al cabo de cierto tiempo desaparece. Se acuesta al niño de costado y se le coloca un objeto querido en la mano.

Cuando la masturbación aparece en el niño mayor como hábito y en exceso, habría que buscar —como cuando se balancea y chupa el pulgar durante mucho tiempo— influencias del entorno que lo desencadenen o acentúen: rechazo, carencia de amistades, aburrimiento o presiones morales pueden ser las causas y requieren tratamiento. El objetivo es el restablecimiento del equilibrio anímico. Aquí resulta conveniente despertar nuevos intereses, para desviar la atención del propio cuerpo. También han dado buen resultado los esfuerzos físicos en forma de juegos o caminatas, evitar sobrecargas intelectuales y leerle cuentos por la noche, para así conducir al niño al borde del sueño.

11. Insolencia

Estos párrafos pretenden ayudar a los pequeños y grandes insolentes para que encuentren más comprensión por parte de las personas de su entorno. Insolencia no tiene nada que ver con agresividad. Cuando los niños comienzan a tener ocurrencias —por ejemplo descolgar la puertita del jardín vecino y depositarla unos cien metros más allá, o bien probar los timbres de gente extraña y observar desde una distancia prudente la cara que ponen entonces, o poner alguna vez sal en la azucarera y viceversa, o hasta inventar bromas pesadas para el día de los inocentes— esto es signo de inteligencia y disposición para la acción, por lo tanto pruebas de cierta fuerza de su Yo. Es expresión de la etapa previa de una capacidad que más adelante, a la edad adulta, suele ser muy apreciada: el sentido del humor. Desde luego que las insolencias aquí referidas no han de confundirse con acciones sadistas, destructivas, maliciosas, que siempre son expresión de situaciones educativas desastrosas.

Feliz es el niño que en su entorno encuentre adultos que alguna vez en su vida han hecho travesuras. Porque estos individuos ante una pillería tienen una actitud comprensiva, que seguirá siendo perceptible aunque ese mismo adulto alguna vez —en el caso de una verdadera extralimitación— tenga que dar claras señales de advertencia o aun imponer castigos eficaces. Las travesuras son expresión de que el niño cuenta con un exceso de fuerzas, que está actuando su inteligencia y que tiene necesidades de actividad que todavía no han encontrado ningún objetivo oportuno. En la vida posterior esto se convierte en disposición para la lucha, perspicacia y comprensión solidaria para las situaciones fallidas, grandes o pequeñas, cómicas o serias, de la vida cotidiana. Rudolf Steiner solía decir a los maestros de la Escuela Waldorf, que debían preocuparse más por los niños que se portaban bien, que por los pillos, porque estos siempre llegaban a ser alguien en su vida posterior.

12. Obesidad y delgadez

Quisiéramos mencionar aunque sea brevemente estos dos cuadros patológicos, porque se encuentran en pronunciado aumento. Muchas veces aparecen en la prepubertad y se reparten en los sexos de manera tal, que los varones tienden más a la obesidad y las niñas más a la delgadez. Aquí el "equilibrio saludable" experimenta una inclinación patológica hacia uno u otro lado. La causa hay que buscarla principalmente en el entorno

del niño y requiere el esclarecimiento cauteloso durante la conversación entre los padres y el médico. Para la comprensión de estos cuadros patológicos es oportuno tener presente la situación del adolescente durante la pubertad:

Con la madurez terrenal el niño vivencia con cada vez mayor fuerza que su cuerpo se va agrandando no sólo exteriormente, sino también interiormente; el autocontrol se le va escapando de las manos en forma creciente. El juego motor pierde su armonía, el adolescente no es como quiere ser, se siente impulsado hacia un lado y otro, a ratos está rebozante de felicidad y en otros con una depresión nefasta. Interiormente ya se vivencia mucho mayor y más maduro de lo que parece o a la inversa, se siente incomprendido, no reconocido, solitario. Esta situación puede ser acentuada cuando los padres dejan demasiada poca libertad a su hijo y constantemente lo persiguen con su exceso de amor y preocupación. Al niño anímicamente le falta el aire, no encuentra ningún espacio para estructurar su incipiente vida propia, refugiándose en una enfermedad como la delgadez, en la que la relación excesiva ahora encuentra un objetivo para la actividad por parte de los padres: el constante girar preocupado alrededor de la problemática de la comida. De la misma manera, en los niños que engordan demasiado, esta temática domina el campo con signo invertido. Sin embargo, estos cuadros patológicos también pueden convertirse en expresión del miedo de envejecer, que tienen los niños por algún motivo. El varón procura volver a la redondez del niño pequeño, la niña quisiera ser cada vez menos, para finalmente desaparecer del todo de la tierra. El anhelo de muerte, como tendencia fundamental de la crisis de la pubertad, puede expresarse así corporalmente. Es conmovedor ver cómo algunas niñas llegan a tales extremos, que en la clínica sólo mediante alimentación artificial y con grandes esfuerzos, pueden ser salvadas a último momento de la muerte por inanición. Del mismo modo, la obesidad también puede ser expresión de una relación demasiado fuerte con la sensualidad y lo terrenal. El acto de comer como goce, como autosatisfacción, como placer con lo sensual, se convierte en contenido de vida cultivado en forma unilateral, y en satisfacción que reemplaza otros intereses intelectuales no desarrollados. Por un lado la fuga de lo terrenal y temor a la vida, por el otro una excesiva ligadura con la tierra y exagerado placer por la vida, vuelven a conducir al Yo a la cercanía de ambos callejones sin salida, que ya hemos tratado en el capítulo sobre el sentido de las enfermedades infantiles. Aquí la terapéutica sólo puede radicar en reencontrar el término medio saludable. En general se requiere tratar al niño y a la familia. Deben ser investigados todos los factores en el paciente y en el grupo familiar, que puedan ser causas de estos cuadros patológicos. Lo ideal es que trabajen en conjunto médicos y psicoterapeutas, así como también pedagogos. Sólo en casos extremos, de compromiso del medio interno del paciente, se puede decidir por su internación en clínicas donde trabajen con este tipo de casos.

La experiencia demuestra que el riesgo de recaída en estas dos enfermedades es muy grande, porque aun a los adultos les cuesta modificar su conducta frente a su hijo en el término de pocas semanas. El pronóstico también es desfavorable cuando un conflicto crónico de divorcio o problemas escolares no resueltos conforman el trasfondo de la enfermedad.

Para finalizar, quisiéramos nombrar un complejo de causas que en la actualidad suele ser pasado por alto. En los años durante y después de la pubertad muchas veces también aparecen ansias religiosas con gran vehemencia: un intenso deseo de pureza del alma, de no mancharse, de no incurrir en culpa. Es como querer retroceder ante la responsabilidad del propio destino.

La ingestión de alimento terrenal se convierte en carga, en contaminación, en impureza. Se rechaza la naturaleza impulsiva como tal. Esta causa con frecuencia es el telón de fondo, admitido o no, de la delgadez precisamente en niñas mayores, y requiere un cauteloso trabajo personal en el diálogo. Cuando esto se logra, aquí es posible producir curas verdaderas. La biografía de una niña de este tipo puede ser orientada hacia una auténtica profundización interior. Entonces la consecuencia será una total aceptación de la vida.

Bibliografía:

Bockenmühl, Johannes: "Magersucht" (Delgadez), Merkblatt 129. Verein für ein erw. Heilwesen.
Köhler, Henning: "Die stille Sehnsucht nach Heimkehr" (El silencioso anhelo del regreso al hogar), Stuttgart 1987.

III. INFLUENCIAS PERJUDICIALES DESDE EL ENTORNO

1. La televisión y el video en la infancia

En la Argentina, muchos niños entre tres y doce años de edad miran televisión con un promedio diario de cuatro a seis horas. ¿Qué es lo que ocurre entonces? Como la imagen se mueve en la pantalla, los ojos del niño pueden permanecer quietos. Este hecho es aprovechado en las clínicas de ojos, indicando por ejemplo cinco horas diarias de televisión a pacientes tras operaciones oftálmicas, por ser esta la única posibilidad de mantener realmente los músculos oculares en total reposo. El reposo de la musculatura es un importante recurso para la curación de un músculo operado. Pero ¿qué consecuencias se producen cuando un niño con músculos oculares sanos durante horas no los acciona para mirar? Y no sólo esto, sino cuando al mirar tampoco puede cultivar la vista en el espacio ni distinguir los colores en forma diferenciada? Determinados colores típicos son proyectados sobre la pantalla televisiva en puntos minúsculos, donde con la perspectiva se va construyendo la ilusión de una imagen en el espacio. De manera que tiene lugar un proceso de visión que no promueve el desarrollo de la organización ocular, porque no los pone sanamente en acción (¡falta de exigencia fisiológica!). Además, las impresiones ópticas también deben ser elaboradas por el cerebro pensante. Desde luego que esta elaboración tampoco tiene lugar en la misma forma que en un proceso visual activo, en que los ojos –permanentemente observadores– están en constante movimiento y captan los más ínfimos matices de colores y los auténticos objetos del espacio ocupan el campo visual. Porque el torrente de información suministrado por la pantalla trasciende lejanamente la posibilidad del niño de absorber y elaborar por sí mismo lo allí ofrecido. Una vez recibe esto, otra aquello, y muchas veces no es capaz de establecer la relación entre las imágenes percibidas y las frases captadas. De este modo, ningún proceso volitivo sano puede ser orgánicamente estimulado en el cerebro. Antes bien, éste se entrena para la recepción pasiva de material prefabricado, sin poder desarrollar la capacidad de observación creativa propia, el entendimiento, ni la elaboración a través del pensamiento. En su lugar se introducen furtivamente los modelos de elaboración pasivos, meramente receptivos, que también estimulan el cerebro pero sólo para una vida mental pasiva, asociativa. Como el cerebro recién se va formando en el transcurso de la infancia,

atravesando su maduración electroquímica y estructurándose cada vez más en las ínfimas conexiones nerviosas, el consumo de la televisión no estimula positivamente la maduración cerebral. Antes bien, el cerebro del joven en desarrollo se convierte en un instrumento de procesos mentales asociativos pasivos. También en la vida posterior un individuo que se ha desarrollado en estas condiciones estará pendiente de que siempre se le suministren todas las informaciones esenciales desde afuera, considerándose apenas en condiciones de llegar a hacerse de ideas y juicios propios. Ni siquiera surge el deseo por formarlos. Por el contrario, el pensamiento crítico, observador, pronto para juzgar y censurar, se encuentra muy desarrollado. Por ser este el que siempre actúa sólo según lo existente, sin jamás ser productivo o creativo.

Respecto al tema "el niño delante del televisor", en los últimos años han aparecido muchas publicaciones en los Estados Unidos y Alemania Federal (compárese también con la bibliografía al final de este capítulo), que analizan este medio de comunicación masiva con extraordinarias críticas. Excedería totalmente el marco de este libro, la discusión sobre esos resultados. Pero sí quisiéramos mencionar un único punto de vista antroposófico que también puede ser corroborado por la propia experiencia. El sistema muscular del hombre tiene la particularidad de funcionar de manera muy uniforme. Si por ejemplo se fija atentamente la vista en un punto, se observará que todos los demás músculos del cuerpo también se tensan y quedan inmóviles igual que los músculos oculares que enfocan rígidamente un punto. Tampoco es posible mirar con atención a través de un telescopio, sacudiendo al mismo tiempo nerviosamente un pie. Este fenómeno es responsable de la inmovilidad que caracteriza a los niños sentados frente al televisor, sin hacer lo más importante que los niños en los años del desarrollo deberían hacer: mover su cuerpo, imitar los hechos que transcurren en su entorno, adquirir habilidades, actuar razonablemente. Luego del consumo de la televisión se produce una ansiedad motriz tan antinatural como la quietud motriz que se había producido durante el consumo de la televisión. Si tras mirar televisión los niños durante un buen rato no saben bien qué empezar a hacer, tienden a la agresividad, tienen mal humor y su conducta es provocativa, esto no tiene relación alguna con el contenido de la emisión observada (si ha sido cruel o no), sino exclusivamente con este tipo de inmovilidad compulsiva. Para esto, los contenidos pro-

blemáticos o no de la emisión sólo actúan como agravantes o atenuantes.

A continuación citamos una serie de síntomas por los que con frecuencia llaman la atención los niños que miran televisión regularmente. En el consultorio pediátrico nos encontramos muchas veces con ellos y quisiéramos estimular a los padres para que reflexionen nuevamente sobre los efectos de la televisión en la infancia. Porque aun aquel que no observe estos síntomas en forma aguda en su hijo, o el que ni siquiera los advierte, puede formularse la pregunta sobre lo que pierde su hijo en posibilidades de desarrollo, por encontrarse durante muchas horas de su vida dedicado a una ocupación que no promueve su actividad propia.

Comparados con los demás, los niños que miran televisión regularmente, llaman la atención en el consultorio, porque:

— reaccionan ante otras personas sin mantener distancias, pero sin poder establecer un verdadero contacto personal,

— difícilmente puedan responder a una mirada serena pero sí miran embobados o hacen muecas,

— plantean preguntas superficiales, sin tener mayor interés en las respectivas respuestas,

— sus respuestas también son superficiales o estereotipadas,

— su interés en los objetos no es muy profundo,

— las manifestaciones de sus sensaciones son simples y tienden a la desconsideración,

— sus pensamientos transcurren en asociaciones rápidas y concluidas.

A los padres muchas veces la conducta de sus niños les parece original y jocosa, de manera que cuesta hacerse entender por ellos.

Los efectos de la televisión en los niños, descritos en la bibliografía, coinciden con nuestras experiencias. Los resultados más importantes podrían resumirse así:

— El lenguaje como posibilidad de expresión personal permanece rudimentario.

— Disminuye la capacidad para comprender el significado de lo leído. También la palabra hablada sólo difícilmente puede estimular fantasías propias en el niño. Antes bien se presentan contenidos y asociaciones de imágenes "prefabricadas".

— Suelen leer menos y prefieren evadirse hacia las representaciones de imágenes, por lo general en forma de historietas y libros de láminas.

— No tiene lugar ninguna elaboración activa de lo leído y observado, hecho que inhibe la capacidad de concentración.

— Se estimula la inclinación a la dependencia del alcohol, medicamentos y drogas, ya que los niños se acostumbran a valerse de estímulos y contenidos anímicos sin su propio esfuerzo; por así decirlo, "con sólo apretar el botón".

— Se perturba en forma central el desarrollo volitivo, porque los niños están sentados inmóviles delante de la pantalla, sin poder ocuparse activamente ni imitar como es su costumbre. Es por ello también que a continuación del consumo de la televisión tiene lugar una descarga agresiva y caótica de la actividad así acumulada y no aprovechada.

Este problema experimenta una nueva dimensión debido al consumo de video-cassettes con películas de terror, en creciente circulación desde hace algunos años. Muchos padres ni siquiera sospechan qué cantidad de estupideces y perversión consumen sus hijos por este medio.

En vista de todos estos hechos, resulta conmovedor observar cuántas veces nos enfrentamos con opiniones como:

— No puede ser tan grave. . .

— Entonces ¿cómo es que hay televisión escolar y programas infantiles?

– Pero es preferible mirar televisión en casa y no en la del vecino. . .

– Pero hay que estar informado, y los niños quieren participar en las conversaciones. . .

Aquí quisiéramos preguntar:

¿Qué es lo que estimula más el desarrollo para la independencia: no diferenciarse de los demás, hacer lo que todos hacen o bien desarrollar la audacia para poder decir: "Nosotros en casa no miramos televisión, preferimos jugar"? Los niños educados sin televisión se convierten en compañeritos bienvenidos para el juego y se los invita con mucho gusto, porque entonces los niños propios no miran tanta televisión.

– La televisión ¿resulta estimulante por el hecho de haber televisión escolar y programas infantiles y toda una industria que apunta a los niños a través de los medios masivos de comunicación?

– Quizás al vecino le alegre ver que sus hijos sean invitados para jugar y acceda al pedido de no permitir que los niños miren televisión en su casa.

– ¿Qué es lo que pierden los niños, por ejemplo cuando conocen la abeja no como caricatura desde la pantalla, sino por un cuento o por la observación de la naturaleza? El juego, la actividad corporal y como para equilibrar, un cuento relatado, todo esto despierta capacidades en el niño, que mantienen su valor permanente durante toda la vida.

Antes de ofrecer algunos puntos de vista prácticos para padres que desean familiarizar a sus hijos en su debido momento con los medios de comunicación masiva, daremos aquí un ejemplo de conversación sobre el tema de la televisión. Aquí no se trata de la calidad de los argumentos, sino de la decisión de la madre, que encuentra las palabras adecuadas para su situación.

Ana: "¿Por qué nosotros no tenemos televisor?"
Madre: "Porque nosotros no tenemos tiempo para mirarlo."

Ana: "Pero yo sí tendría tiempo. Los chicos en la calle muchas veces cuentan cosas graciosas, y Ramón dos veces ya pudo ver algo en casa de su amigo."
Madre: "Pero yo no quisiera que tú también empieces con eso ya."
Ana: "Pero ¿por qué no?"
Madre: "Porque esas cosas de la televisión arruinan la fantasía y son tan malas para los chicos como los cigarrillos y el alcohol. También esas cosas son sólo para los mayores; a ellos no los daña tanto."
Ana: "Pero entonces ¿por qué la otra gente se lo permite a sus hijos?"
Madre: "Porque ellos no saben todo esto. Yo me pondría muy contenta si tú no miraras televisión en casa de tu amiga, y que esperes con esto hasta tener doce años como Ramón cuando se lo permitieron por primera vez."

Cuanto más seguros estén los padres de esta cuestión, tanto mejor será la voluntad de los niños para aceptarla. Pero si la madre y el padre creen que los niños pierden algo cuando "no pueden participar de la conversación", entonces se producen interminables discusiones y a veces aun concesiones innecesarias.

Lo ideal es que la televisión recién juegue un papel como medio de comunicación masiva, una vez concluido el desarrollo de la voluntad y el sentimiento, o sea a partir de los trece a quince años de edad. Pero en todos los casos debería ser tabú hasta el paso decisivo del décimo año de vida (compárese también pág. 381). Entre ellos está ubicado un ámbito discrecional que puede ser adoptado según las circunstancias individuales.

Pero si a pesar de todo en la infancia a veces se miran algunos programas o noticieros, habría que tomarse el trabajo de comentar lo visto en una conversación. Esto por lo menos tiene como resultado que el niño personalmente vuelva a confrontarse una vez más con la temática y no esté restringido a aceptarla sólo pasivamente. Después de la pubertad todo adquiere otro aspecto. Si bien hasta los 16 años de vida todavía es deseable que los padres miren y comenten con sus hijos las programaciones seleccionadas, a partir de allí habría que dejar a los jóvenes en libertad. Si hasta entonces han recibido suficientes estímulos de otro tipo,

la televisión ya no ejercerá ninguna fascinación sobre ellos y serán individuos maduros en cuanto a la televisión. También con la radio habría que empezar recién a una edad en que los varones por lo general comienzan a construir radios caseras. Con anterioridad sería bueno que sólo la conozcan a la hora de las noticias, pero jamás como cortina de ruido.

Los adultos deberían colocar los medios de comunicación masiva utilizados por ellos en una habitación que no sea fácilmente accesible para los niños. Ellos aceptan sin problemas el hecho de que haya cosas que sean sólo "para adultos", como fumar, beber alcohol o mirar televisión.

Muchos enfoques por parte de autoridades pedagógicas y médicas parten de la premisa de que las condiciones existentes se han de aceptar como circunstancias que habrá que corregir sólo en sus extremos y limitar su proliferación. Este enfoque no es positivo para ningún niño. Sólo conduce al encubrimiento del problema, manteniéndose los hábitos con todas sus consecuencias. Aquí hay que tener en consideración que hasta ahora todas las iniciativas para allanar inconvenientes en los últimos quince años han estado a cargo de legos y lograron éxitos sólo gracias al enérgico compromiso propio (por ejemplo el movimiento a favor del amamantamiento y el movimiento ecologista). Así es que también esta influencia del medio ambiente sólo podrá ser dominada por aquéllos que se decidan a asumir las consecuencias a partir de la propia comprensión.

Bibliografía:
Buddemeier, Heinz: "Illusion und Manipulation. Die Wirkung von Film und Fernsehen auf Individuum und Gesellschaft" (Ilusión y manipulación. El efecto del cine y la televisión), Stuttgart 1987.
Mander, Jerry: "Schafft das Fernsehen ab" (Desháganse del televisor), Rowohlt 1980.
Neuschütz, Karin: "Lieber spielen als fernsehen!" (¡Mejor vivir que ver televisión!), Stuttgart 1984. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1990.
Patzlaff, Rainer: "Bildschirmtechnik und Bewußtseinsmanipulation" (Técnica televisiva y la manipulación de la conciencia), Stuttgart 1985.
Piccard, Max: "Einbruch in die Kinderseele" (Asalto al alma infantil), Zürich y Stuttgart 1971.
Wilmar, Fritz: "Wie wirken Rundfunk und Fernsehen auf Kinder?" (¿Cómo actúan la radio y la televisión sobre los niños?), Stuttgart 1974.
Winn, Mary: "Die Droge im Wohnzimmer" (La droga en el living), Rowohlt 1979.

2. Las historietas

Dado que las historietas actúan más sobre la imaginación de los niños, su influencia no se registra tan directamente en sus actitudes como en el caso de la televisión. Pero si hacemos que esos niños pinten en la sala de espera mientras conversamos con la madre, la pobreza y estereotipia de estos productos son conmovedoras. Se perfilan nubes bien delineadas, figuras grotescas y esquemas bien conocidos, sin mayor originalidad. Al escuchar cuentos, estos niños ya no pueden hacerse sus propias imágenes, sino que aparecen "automatismos" prefabricados, caricaturescos, desdibujados y grotescos. ¿Por qué hay niños que se dejan fascinar por tales secuencias de imágenes, mucho antes de poder comprender los respectivos contenidos escritos? Porque sus propios pensamientos todavía no tienden a lo abstracto exento de imágenes, sino que son una conciencia meramente imaginativa, saturada de las imágenes del mundo perceptivo. Con esto está relacionado el hecho de que sólo puedan pensar en imágenes y están ávidos de toda imagen que entre en su campo visual. Y así como absorben intensamente las imágenes del entorno, también tienen particular afinidad con estas representaciones que se les presentan en muchos colores y contornos nítidos. Pero éstas no dejan en libertad al alma como la percepción de un paisaje en el que se puede pasear con la vista. Antes bien encadenan la capacidad de imaginación en su aislamiento y fuerza sugestiva.

Un adulto es capaz de volver a distanciarse, puede desprenderse de las historietas y las imágenes vistas por televisión, gracias a su maduro intelecto abstracto, el niño no lo puede.

El desarrollo de su fantasía es paralizado y cargado al igual que su desarrollo afectivo. A esto se agrega que muchas veces contenidos ideales, moralmente valiosos, se ligan con las caricaturas. De esta manera, también ideales y conceptos puros se identifican con aquellas imágenes ideales. Por ejemplo cuando un héroe del tipo Tarzán libera a una bella muchacha caricaturizada de las garras de un marciano, entonces las imágenes se ligan con conceptos como hombre, audacia, belleza, amor y espíritu extraterrestre, y por añadidura con frecuencia son ridiculizados con cierto tinte cínico. En la vida posterior esto puede conducir a asociaciones inoportunas y a la sonrisa irónica, al hablar de valores vitales y afectivos como el amor y la valentía.

Por lo tanto, resumiendo se puede decir: las historietas y las respectivas imágenes de la televisión desligan al niño de su conexión natural con el

mundo y lo confrontan con una pseudo-realidad, donde debe enfrentarse con formas desfiguradas de contenidos y valores morales. Muy diferente es lo que sucede con las verdaderas imágenes de cuentos de hadas como las de los Hermanos Grimm, que el mismo niño se va formando con su propia actividad interior (véase pág. 374 y sig.). Ellos tratan de una realidad anímico-espiritual tan real como la que está dada por los sentidos. Si el niño absorbe tales imágenes en su conciencia, de este modo le será dada la posibilidad de sentirse acogido e integrado en el mundo verdadero y real. Pero cuanto más ideas irreales, enajenadas o fantásticas dominen la conciencia de un individuo, tanto menos se sentirá conscientemente arraigado en este mundo, y tanto mayor será su disposición a entregarse a dudas e inseguridades internas y temores existenciales. O bien, se inclinará así a mantener una actitud distanciada —más allá de lo oportuno— frente al mundo, llegando fácilmente a la apreciación burlona, irónica y aun sarcástica de las situaciones de vida. Le costará más tomar verdaderamente en serio un asunto y comprometerse con él.

Por las razones citadas tampoco podemos recomendar los programas de autosugestión para niños. Los contenidos de los relatos, disponibles en varios discos de larga duración, que experimenta Stecki 401, un ser extraterrestre imaginario, insensible, en nuestro planeta, provienen de la fantasía ilusoria de adultos. Aquellos adoctrinan al niño a una edad en que sólo es capaz de seguir con atención esta oferta perfecta. Aquí su fantasía se liga a los relatos grotescos, impidiendo que ella pueda independizarse. La vida interior de los niños encuentra fortaleza y serenidad cuando la jornada, la dedicación de los adultos y el espacio de juegos son estructurados para la actividad propia acorde con su grado de desarrollo. Entonces tampoco se requiere ningún autorelajamiento sedante en el sentido de "¡ánimo, que entonces todo irá bien!" o "yo me resigno porque me lo propongo". Prescindiendo de tales manipulaciones también es posible dedicarse con concentración y empeño a las tareas del primer año escolar. . . (Las series de entrenamiento por autosugestión son recomendadas como remedio eficaz para niños inquietos, perturbaciones del sueño, ansiedad y transtornos de la concentración. La serie es de la editorial Georg Kallmeier y su autor, el psicólogo de niños H. Refay).

3. **Sobrecarga de los sentidos (torrente de estímulos)**

¿De qué le sirve al niño ver y escuchar la mayor cantidad posible de cosas durante la jornada?

Ejemplos:

1. Un niño mira a través de las "ventanas" de su cochecito panorámico. Allí aparecen impresiones y más impresiones, sin que su atención pueda detenerse en algún lugar. Lo que tiene lugar es un entrenamiento para la falta de atención.

2. La madre tiene la radio encendida o toca un disco para su bebé de seis meses (según lo recomendado por ciertas publicaciones). El niño ¿puede establecer una relación entre la música y la realidad perceptible de su entorno?

3. ¿Qué ocurre cuando durante el paseo el niño ve principalmente el rostro de la madre, por estar sentado en un cochecito esctructurado de manera tal para que esto ocurra? ¿Esto le resulta aburrido? Aquí puede vivenciar con toda tranquilidad los mínimos detalles de las expresiones del rostro materno, su sonrisa, sus reflexiones, su alegría al observar algo bello, etc. Aquí el niño puede establecer la relación entre las percepciones, ya que siempre se trata de la misma madre la que es observada y que representa la continuidad de los contenidos cambiantes de sus percepciones.

En los dos ejemplos iniciales, las impresiones sensoriales se desperdician porque el niño mismo no se mueve y tampoco tiene punto alguno de referencia para la profusión de percepciones individuales.

Cuando la madre hace ruidos en el cuarto contiguo o canta una canción, entonces el niño experimenta la interrelación entre aquello que tiene lugar por trabajo y por una sensación anímica. Lo que importa no es la cantidad de percepciones sensoriales, sino que tengan verdadera correlación entre sí. Al observar el desarrollo infantil ya hemos destacado que el niño puede orientar su atención más fácilmente a un objeto que se destaque —por ejemplo al padre que entra solo en la habitación—, que a una profusión de impresiones simultáneas. Y con más razón, cuando estas se vivencian delan-

te de un trasfondo inquieto, como por ejemplo en el ámbito de una gran tienda. En este caso, las impresiones resultan borrosas y la percepción individual pierde importancia. Esta vivencia cansa mucho y se produce una frontera protectora —cual pantalla— del exterior: el niño toma su pulgar o bien se duerme. Si bien esto entonces constituye una protección, inconscientemente el niño debe elaborar las impresiones recibidas durante la vigilia, y estas fueron vivencias confusas.

El entrenamiento así adquirido para la superficialidad y el deterioro de las percepciones sensoriales individuales, se prolonga en el ámbito del lenguaje y del pensamiento. Las cosas ya no reciben nombres que expresen algo de la esencia del objeto, sino una definición como si fuera una etiqueta adherida. A raíz de este distanciamiento de la realidad se paraliza el interés por el mundo. El niño tiende más a observar las cosas con miras a disfrutarlas. El pensamiento sirve en forma cada vez más excluyente para satisfacer deseos personales. A este hecho apela la publicidad y la propaganda. Esta tendencia se ha difundido ampliamente en el mundo de los adultos y de allí ha sido transferida a los niños. Por ello existe el peligro de que en el futuro tenga aún mayor alcance.

4. Entrenamiento intelectual prematuro

El entrenamiento intelectual prematuro se ha convertido en una costumbre muy difundida que en la actualidad también domina el mercado del juguete. Desde luego que en la fase previa a los procesos de maduración infantil ya es posible entrenar determinados elementos estructurales. Es así que en ciertas circunstancias un deficiente mental de cinco años de edad puede llegar a contar hasta cien, si ha sido entrenado adecuadamente. Amplios estratos de la población viven con un poderoso culto a las ciencias. Por lo tanto, tales ofertas suelen ser gustosamente introducidas en la vida infantil por la pedagogía y la psicología, sin crítica alguna, como "último adelanto del conocimiento". En el método de juego según Fröbel ya podemos encontrar los comienzos de estas tendencias: con su oferta de material de juego para jardín de infantes, Fröbel quería estimular la creatividad. Advirtió correctamente que al comienzo el niño comprende integridades y a partir de allí avanza hasta la comprensión individual de las distintas partes. Como consecuencia lógica, inicialmente daba una esfera para jugar, luego un cubo y al final un cubo compuesto por ocho

cubos iguales. Esto ya permite vislumbrar la orientación: el niño debía ser educado para el razonamiento lógico-matemático. Y aquí al niño sólo le queda extraer aquello que el adulto ha puesto mentalmente en el cubo. O sea que fuerzas imaginativas se ligan con un exiguo principio mental que, aunque se justifique en el terreno matemático, en la primera infancia representa una unilateralidad totalmente inadecuada para el niño. Esta es acompañada por un empobrecimiento todavía más notorio, cuando más adelante se utilizan pequeñas tablitas para ser colocadas sobre una superficie, y que supuestamente son ordenadas en "formas de conocimiento" (hileras de cifras) o "formas de belleza" (dibujos de estrellas o insignias) o "formas de vida" (muebles). Resulta evidente que aquí, a partir de una idea abstracta, se acerca al niño un material supuestamente estimulante, que en realidad contraría el verdadero objetivo de la acción: porque ¡la creatividad jamás se logra como consecuencia de un esquema dispuesto de antemano!

En los materiales de Montessori se realizan reflexiones parecidas: con elementos prefabricados de juego y aprendizaje, que pueden volver a usarse una y otra vez, se intenta alcanzar determinada meta encerrada en ellos. El aspecto artístico y la fuerza de la perseverancia deben ser transmitidos por el maestro, aparte del material didáctico. Desde luego que con tal apreciación de ningún modo se cuestiona la fuerza de irradiación y la acción moral de una personalidad pedagógica. En la profesión ésta muchas veces resulta mucho más central y convincente que la teoría a la que obedece.

Sin embargo, la culminación de este desarrollo que fomenta la intelectualización introdujo las "maderitas y bloques lógicos" en la jornada cotidiana del jardín de infantes, que significativamente fue rebautizado como "pre-escolar". Aquí se manifiesta un daño duplicado: por un lado, es aquí donde en el material se hace perceptible una estructura mental de conceptos matemáticos, o sea no sensorial. Por el otro lado, la capacidad lógica del niño, que todavía vive plenamente inmerso en los procesos perceptivos, es arrancada unilateralmente. Esto, a su vez, es seguido por un distanciamiento del niño de la realidad en que vive.

A través del excesivo torrente de estímulos sensoriales se quita profundidad al mundo vivenciado; con historietas e imágenes de televisión se lleva al pensamiento a ámbitos ilusorios; a través del entrenamiento lógico precoz se liga de modo inoportuno el mundo de los conceptos, sólo perceptibles gracias al puro trabajo mental, con la percepción sensorial. Aquí

abiertamente se procede a una triple desviación y seducción de la conciencia humana. Millones de niños arrastran por la vida las consecuencias en forma de sentimiento de falta de sentido y pérdida del sentido de la realidad. Todo esto que ya vivenciamos hoy en día, recién es el comienzo. A causa de este desarrollo, con toda seguridad en el futuro las afecciones y miserias anímicas se convertirán con aún mayor vehemencia en centro de atención de todos los esfuerzos médicos, psicológicos y pedagógicos. Pero quien actualmente se esfuerce para que su hijo se familiarice de a poco y a su debido tiempo con los diversos ámbitos de nuestra civilización, y cuide la maduración gradual y armónica de sus capacidades anímicas, podrá preservarlo de tal destino.

5. Juegos de computadora

Cuando una niña de diez años, al jugar con la computadora tiene la idea de hacer cosquillas a un dragón en el desierto, este hecho es alabado por los fabricantes como "una ocurrencia creativa". Los contenidos de la mayoría de los juegos de computadora son: fútbol, guerra, ciencia ficción, persecución de criminales, carreras de autos y similares. Todos tienen en común que la confrontación hombre-mundo se reduce a la acción y reacción; y que las acciones y también la llamada creatividad sólo son posibles dentro del esquema establecido y los límites indicados por la computadora. ¿Cuáles son los efectos positivos de aprendizaje que se presentan con esto? Sin duda se estimula la vigilancia alerta y también la capacidad de reacción; también las ocurrencias por ejemplo respecto a cómo atacar el planeta, ultimar al criminal. Las desventajas son: el niño o el joven son introducidos en un mundo ilusorio, desdibujado, que poco coincide con el entorno real. Se provoca la prepotencia, la tendencia al manipuleo, el cinismo y el placer de burlarse. Se movilizan las reacciones inteligentes en forma unilateral y se acoplan estrechamente a las manifestaciones visuales. La inteligencia imaginativa, creativa —ya que todavía no está fijada a un objeto o determinada por una imagen—, que surge puramente del interior, no es estimulada sino reprimida. No puede desarrollarse en un ambiente de grata distancia respecto al objeto, si la escenografía es trucada y burlona, o con crueldades tan fascinantes o competencias cargadas de intensa emoción. La inteligencia necesita momentos de silencio, de escuchar, de remover impresiones en el interior, para formarse, y no puede

encenderse en procesos de acciones pre-establecidas desde afuera. Tampoco puede apoyarse en la búsqueda de sensaciones o en el ridículo, sino que requiere un fundamento sensible que sólo puede surgir a través del cultivo de estados de ánimo plenos de recogimiento, devoción y alegría.

Por esta razón no recomendamos el manipuleo con esta tecnología del juguete en la infancia y al comienzo de la adolescencia. Si un joven de 16 años, que hasta entonces ha recibido buenos estímulos para su inteligencia, alguna vez desea probar su capacidad de reacción y su facilidad para combinar, es obvio que esto no puede causarle daño alguno. Pero la fascinación de lo realizable, que es ejercida sobre los más jóvenes, distrae de los objetivos del desarrollo que "corresponden" a cada período de vida (compárese pág. 379 y sig.).

Bibliografía:
Beck, Helen: "Ein Kind ist kein Computer" (Un niño no es una computadora), München/Basel 1977.
Bund der Freien Waldorfschulen(Federación de Escuelas Waldorf Autónomas): "Von der Würde des Kindes" (De la dignidad del niño), Erziehungskunst Fascículo 7/8. Jul/Ag. 1979.
Erziehungsfragen, Erziehungshilfen: "Programmiertes Lernen" (Preguntas educativas, ayudas educativas "Aprendizaje programado"), Zürich 1968.

6. Traumas anímicos

Bajo la denominación "traumas anímicos" entendemos impresiones de tipo anímico que por su etapa de desarrollo el niño todavía no está en condiciones de soportar. La consecuencia es que las impresiones pueden grabarse profundamente en su constitución córporal y actuar allí como factores perturbadores del proceso de maduración y desarrollo. Cuanto más pequeño sea el niño, tanto más fuerte puede llegar a ser la influencia de cualquier vivencia anímica y viceversa: toda fuerte impresión anímica actúa directamente sobre la parte corporal-funcional, pudiendo llegar hasta el vómito o a defecar en los pantalones. Ahora deseamos mencionar una serie de tales factores de perturbación en el desarrollo, que pueden conducir a disposiciones patológicas en la vida posterior.

A La ira

Quien con frecuencia debe soportar estallidos de ira por parte del padre, la madre, un tío o aun de un maestro, está expuesto a reiteradas situaciones de shock. Como todo susto conduce a un sobresalto que puede llegar hasta el castañeteo de los dientes o sensación de frío, es fácil imaginar que vivencias frecuentes de shock puedan provocar una disposición del organismo para reaccionar, que siempre apunta a una íntima contracción. Esto provoca una pérdida de actividad de los procesos metabólicos, ya que estos, para el pleno despliegue de su actividad, también requieren una vida anímica cálida, pulsante, comprometida y libre de temores. Es uno de los grandes méritos de Rudolf Steiner haber llamado la atención de los pedagogos sobre esta interrelación. En sus conferencias —editadas bajo el título de "Metodología de la enseñanza y condiciones vitales de la educación"—, demuestra que las frecuentes vivencias de shock no sólo educan a los niños, tal como ya es conocido, para la sumisión y adaptación. Ocurre que a través de impresiones de este tipo la totalidad del organismo adquiere las predisposiciones para tender más adelante a enfermedades de concreción y metabólicas. Cuando se pregunta a pacientes adultos con reumatismo o diabetes, por sus vivencias infantiles y escolares con sus educadores, muchas veces dan testimonio de una educación extremadamente severa o sobrecargada en lo intelectual.

B La depresión

¿Cuáles serán las consecuencias fisiológicas provocadas por el hecho de que un niño esté permanentemente rodeado por una persona cuya capacidad total de reacción se manifiesta como paralizada por una desazón triste, y cuya expresión facial siempre tienda hacia abajo y que esté resignada del mundo? Bajo tal influencia, un niño tendrá dificultades en su hogar para reír alegremente y mantener un diálogo alegre o tener ideas graciosas. Vale decir que su vida interior se inclina constantemente al aspecto serio. Es imposible establecer un sano equilibrio entre reír y llorar, entre inhalar y exhalar. Esto tiene como consecuencia el padecimiento de las funciones rítmicas de respiración y circulación y que surja una disposición para irregularidades posteriores. Diferentes tipos de perturbaciones del ritmo cardíaco y actividad respiratoria irregular pueden ser las consecuencias.

C Superficialidad

También la permanente vivencia de una actitud anímica superficial puede tener efectos perjudiciales para el desarrollo del estado corporal-anímico de un niño (compárese pág. 379). Si un niño es constantemente estimulado para hacer algo nuevo, y en el momento en que desea ligarse con una cosa, su atención vuelve a ser desviada, entonces su alma no puede concentrar verdaderamente sus fuerzas en una cosa. La consecuencia de esto será que en la vida posterior este organismo no sea capaz de reunir fuerzas y luego entregarlas con miras a un objetivo. Si no se encuentra el equilibrio, se echarán las bases para la falta de vitalidad y de perseverancia.

D Pasividad

¿Qué sucede con un niño cuyo entorno se manifiesta entumecido, insípido, inactivo o con acciones extraordinariamente lentas y reacciones apáticas? Este niño recibirá poco estímulo para su propia actividad. Pero como de año en año dispone de las fuerzas que va liberando el propio organismo, que tienen urgencia por actuar en lo anímico, con estas fuerzas el niño tenderá a "echar mano al vacío". Está predispuesto para ser un hombre nervioso y realizar movimientos y actividades que no apunten a algo determinado.

E El conflicto del divorcio

Todo niño siente un amor natural hacia sus padres, no importa cómo estos se comporten frente a él. Es por eso que en el caso de separación se sentirá más o menos conscientemente desgarrado en su interior, aun cuando en lo superficial se sienta más inclinado hacia uno de los padres. Las consecuencias de tal conflicto difieren según la edad del niño. En la edad pre-escolar aparecen más los síntomas corporales como incontinencia, encoprosis, nerviosismos, agresividad y desazón de diversos tipos. A medida que el niño crece, estos problemas se mueven más a nivel anímico, conduciendo allí a dudas e interrogantes fundamentales respecto a la estabilidad y consistencia de las relaciones humanas.

Quien desee evitar tales perturbaciones y conflictos a su hijo, deberá poner todos los esfuerzos posibles para llegar a un entendimiento con su pareja, para encontrar una solución estable para el niño. En ningún caso

la madre o el padre deben intentar desviar al niño en contra del otro ni permitir cosas que el otro no desee. Deberá estar sobreentendido que aquel con quien el niño viva menos tiempo, se informe de las costumbres domésticas e intente mantener cierta continuidad cuando el niño lo visita.

F Falta de relación

Hay niños cuyos padres conviven sin mantener una verdadera relación. La atmósfera entonces está impregnada de cierta sobriedad, frialdad o aun esterilidad. Cuando el niño llega a su casa, nadie lo recibe con la pregunta: "Y, ¿qué pasó hoy en la escuela? ¿tienes muchas tareas que hacer?". Y ante semejante ejemplo, el niño tampoco está en condiciones de contribuir algo por sí mismo para animar el ambiente. Padre y madre con frecuencia tienen actividades laborales, quizás cada uno tenga su propio círculo de amigos y actividades, pero que transcurren fuera de la vida familiar. Lo que así se produce en el niño es una incapacidad de identificación. En el curso de su vida, el hijo tendrá dificultades para lograr una relación realmente honesta, profunda y comprensiva con sus semejantes. A raíz de tales vivencias infantiles se convierte en un individuo sin relaciones y débil para establecer contactos. A este cuadro pertenece el hecho de que tal debilidad para los contactos siempre está acompañada por falta de identificación consigo mismo. Tendrá que utilizar largos trechos de su biografía para encontrarse y poder hacer algo por sí mismo.

G El miedo

Sensaciones de angustia siempre aparecen cuando un individuo ya no puede abarcar ni comprender la situación en que se encuentra. Miedo del futuro, ante el dolor, enfermedad, pobreza, miseria, guerra, muerte, como una vaga sensación es capaz de determinar y malograr la vida anímica. Por el contrario, toda actividad de comprensión, que dé sentido a la vida, contrarresta el miedo. Por ejemplo cuando un niño vivencia a un adulto que ha llegado a tener profunda confianza en su destino, esto resulta tranquilizante no sólo en los instantes de peligro. Antes bien, gracias a tal ejemplo, la capacidad de imitación también despierta la posibilidad de vencer más adelante los miedos, por comprender las interrelaciones. En la infancia, el miedo por lo general surge por amenazas —muchas veces reforzadas por el recuerdo de experiencias propias, hasta llegar a los malos tratos—, por circunstancias no acostumbradas como oscuridad, ruido de máquinas, un entorno desconocido y por vivencias como ser abandonado o separado de la familia. Otra fuente de miedo es la educación intelectual prematura (véase pág. 452), como también frecuentes frases como "no tienes que tener miedo" del médico, la inyección (que duele igual), el ruido del subterráneo, etc. La preocupación de los padres porque el niño podría tener miedo, tiene un efecto inquietante, por lo que sus palabras no resultan convincentes. Asimismo, extensas explicaciones detalladas y verborrágicas quitan al niño su espontaneidad frente a la vivencia. Tensas expectativas, distanciación e inseguridad serán la consecuencia y a la larga producen una ansiedad generalizada en lugar de la pretendida explicación esclarecedora y la valentía.

Cuando una infancia se caracteriza por miedos de este tipo, el desarrollo de la vida posterior está cargado de crisis de confianza de diversa índole. Será más probable que aparezcan dudas y automortificaciones de tipo hipocondríaco. Entonces estas podrán destruir incipientes relaciones humanas y acentuar enormemente las vivencias de fracaso. Quien pueda desarrollarse en una atmósfera de confianza, podrá extraer de ella un decisivo fortalecimiento de su personalidad para toda la vida.

Esta tan breve caracterización de las influencias negativas del entorno y de las debilidades humanas en su accionar sobre el desarrollo infantil puede resultar deprimente. ¿Cómo enfrentar e impedir todo esto? ¿Por dónde comenzar? ¿Cómo dominar los obstáculos que se presentan tanto externa como internamente? Aquí puede ayudarnos la reflexión de que las citadas influencias actúan independientemente del hecho si las conocemos o no. O sea que cada esfuerzo, por más ínfimo que sea, que emprendamos para proteger el desarrollo infantil, también tendrá su efecto. Y es precisamente en este hecho que podemos tener conciencia de lo trascendental y novedoso que se hace posible a través del conocimiento respecto al destino y al desarrollo de la libertad del hombre: cada niño se encuentra en circunstancias que por su destino le pertenecen. También nosotros, los adultos, vivimos con las posibilidades que nos son dadas. Pero nosotros podemos decidir vivir más allá de nuestras inclinaciones y predisposiciones, y realizar libremente nuestros actos en nosotros mismos y en nuestro entorno. Y sobre tales acciones libres en bien del niño puede estructurarse cada vez más la pedagogía del futuro. A través del mayor

esfuerzo propio se hace posible aliviar al niño parte del peso de su destino y mejorar su situación biográfica inicial.

7. Alcohol y drogas

Para la comprensión del problema de la adicción

Pertenece a la situación más dolorosa que pueden padecer los padres, cuando un día descubren que su hijo se ha convertido en drogadicto. ¿Cómo puede ser que no lo hayamos advertido a tiempo? ¿Qué es lo que hemos hecho mal? ¿Por qué precisamente nuestro hijo? Preguntas y más preguntas, desesperación, sentimientos de culpa. ¿A dónde podemos dirigirnos? ¿Quién encuentra el acceso al niño o joven? ¿Quién hablará con él? ¿Quién le podrá ayudar?

El 10-15% de los jóvenes de hoy alguna vez durante su desarrollo consumieron alguna droga. Para la gran mayoría de ellos ese hecho sigue siendo un episodio más, mientras una pequeña parte deviene adicta. Los motivos más diversos hacen que los jóvenes lleguen a la droga. En general son razones sociales, por rechazo de la droga se pierden los amigos o se deja de pertenecer al grupo. Pero muchas veces ya son motivos personales claramente delineados: escapar de un mundo que se ha tornado hostil, fuga de un hogar poco acogedor, lleno de peleas y problemas conyugales, huida de las preocupaciones y miserias escolares o miedo al fracaso. Las vivencias que transmiten las drogas son multifacéticas: hay drogas euforizantes, que transmiten la sensación de una ilimitada libertad e independencia. A ellas pertenece el opio y sus derivados, como *Cannabis* (cáñamo índico). Luego existen las llamadas *anfetaminas*, que también conducen a una excesiva vigilia; a ellas también pertenece la cocaína. A continuación del aumento de lucidez y la consiguiente sensación de liviandad se decae en un profundo sueño por agotamiento. Otro grupo de drogas son los hipnóticos. En este caso lo que se persigue es la vivencia de sosiego y de sueño. A este grupo pertenecen también toda la escala de los somníferos. Un último grupo es el de los alucinógenos, que producen una plenitud de experiencias que amplían el estado de conciencia. La más conocida de estas drogas es el LSD, también conocida como la droga de la iniciación, porque muchas vivencias que se producen por su uso también son descritas por individuos que a través de su propio esfuerzo espiritual han alcanzado una ampliación de su estado normal de conciencia. Es por ello que entre los adictos una y otra vez se vuelve a encontrar a aquéllos que echan mano de la droga por una auténtica necesidad de conocimiento de sí mismos, para conocer toda la gama de estados posibles de conciencia.

El hecho de que esto sea posible mediante dos vías —una por la droga, que socava la vitalidad del hombre que padece un perjuicio corporal, y la otra a través del propio esfuerzo espiritual—, resulta lógico cuando se tiene en mente la interrelación, señalada en varios sectores de este libro, entre las fuerzas del crecimiento y las posibilidades de la conciencia (compárese págs. 251, 261, 362 y 377).

¿Cuáles factores son entonces los que predisponen para la adicción? Muchas veces se dice que sería imposible enumerar tales factores, ya que los drogadictos aparecen en todos los estratos sociales. Pero la contemplación más minuciosa revela que estos factores son muy fáciles de señalar. Siempre existe una correlación entre dos componentes:

1) una debilidad volitiva presente en la personalidad del niño;

2) una falta de medidas energizantes de la voluntad, a través de la educación.

En el caso individual podrá prevalecer uno u otro componente, en general existe una correlación entre ambos.

Niños y jóvenes adictos al alcohol o a las drogas son más sensibles que otros. Son impresionables por la belleza y los ideales (por lo que a menudo tienden a lo revolucionario). No obstante, no tienen suficientes condiciones para hacer frente a los fuertes impactos de la vida cotidiana. Esquivan los problemas o bien intentan resolverlos por la fuerza, pero les cuesta mucho enfrentarlos día a día hasta superarlos realmente.

¿En qué forma se les puede ayudar? La potencia o debilidad de las fuerzas de la personalidad que el hombre trae como bagaje para su vida terrenal (compárese pág. 176 y sig.) reside en su destino y escapa de nuestra influencia. Pero sí podemos hacer una infinidad de cosas a través de la forma en que la educación enfrenta a ese niño, para que su voluntad —inicialmente débil— experimente a diario un afectuoso fortalecimiento en su

entorno. ¡El único tratamiento eficaz contra la drogadicción es prevenirla a través de la educación! Por lo tanto hemos de señalar los aspectos más importantes:

1) El interés afectuoso en cada etapa de desarrollo del niño (compárese con capítulo "Educación para la libertad").

2) El buen término medio entre una educación demasiado estricta y excesivamente permisiva. Límites claros, dentro de los cuales el niño pueda sentirse seguro (compárese con capítulo "Castigo y recompensa", pág. 353).

3) Cultivar buenos hábitos en el curso del día, comidas regulares, rigurosa limitación en el consumo de golosinas. ¡El azúcar es la primera adicción! Con él, el aparato digestivo vivencia el principio de la adicción: rápida generación de energía, aumento del sentimiento de fuerza y del Yo, sin aportar trabajo de digestión. Porque en la boca, estómago e intestino delgado superior, el azúcar ya se integra totalmente a la sangre (compárese con capítulo "Los temas de la alimentación", pág. 263).

4) Fortalecer la propia fantasía a través del relato de cuentos y lectura de buenas historias, leyendas y biografías, en lugar del consumo pasivo de las imágenes prefabricadas que brindan las historietas y la televisión. Todo cuanto se disfruta sin esfuerzo predispone a la adicción. La televisión es para el alma, lo que el azúcar es para el cuerpo. Por su intermedio, el alma recibe estímulos e imágenes sin su propio esfuerzo, sin necesidad de echarles mano y elaborarlas activamente (compárese capítulo sobre televisión, pág. 442).

5) Ejecutar música uno mismo, en lugar de recibir una cortina acústica insensibilizante a través de la radio o el pasacassette.

6) Suficiente movimiento corporal acorde con la edad, como fundamento de toda educación volitiva. Por ejemplo juegos al aire libre, deportes y caminatas en la naturaleza.

7) Actividades regulares como entrenamiento volitivo. La voluntad sólo se educa a través de una actividad auténtica, no con buenos propósitos de hacer algo grato que luego no se realice.

8) Manejo consciente con el alcohol. Los niños deben saber que el ocasional consumo moderado de alcohol pertenece al mundo de los adultos, jamás deberían encontrar a sus padres actuando con irresponsabilidad o en estado de ebriedad. Para un niño o un joven es imposible de comprender por qué el alcohol —como droga de acción hipnótica— es permitido aunque ocasione perjuicios para la salud, mientras las demás drogas están tan estrictamente prohibidas. He aquí una incongruencia dentro de nuestra sociedad, a la vez expresión de una generalizada inestabilidad y debilidad volitiva, formando parte también del problema global de las drogas.

En todos los casos, el consumo de alcohol debería estar estrictamente prohibido para niños menores de 16 años, o mientras todavía se encuentren en crecimiento. El desarrollo volitivo del hombre requiere el sustento de la fuerza y energía de órganos metabólicos sanamente construidos y activos. Aunque sólo tengamos una inofensiva diarrea, ya nos sentimos decaídos y debilitados. Todo daño del hígado, por más leve que sea, tiene como consecuencia un debilitamiento del despliegue volitivo, ya que el hígado es el órgano metabólico central. Por lo tanto, el alcohol consumido durante el período de desarrollo perjudica no sólo la función hepática, sino también el anabolismo hepático para la vida posterior.

También el cigarrillo, como posible droga de iniciación, debería ser muy tenido en cuenta.

Los puntos de vista expuestos ponen de manifiesto cuántos de nuestros hábitos culturales actuales predisponen a favor de la adicción. Por lo tanto, quien desee prevenir con eficacia, deberá luchar contra más de una costumbre adquirida y acaso también sustraerse un poco de su entorno social.

Pero el valor que tienen estas medidas a favor de la salud corporal y anímica de los niños en desarrollo, es incalculable. Nosotros opinamos que habría que hacer este sacrificio en bien del futuro de la juventud en desarrollo. Por otra parte, de esta manera se podría introducir una transformación cultural y hasta fundar una nueva cultura, que vuelva a ayudar a la humanidad para movilizar más sus fuerzas volitivas. Hoy en día en realidad

todo ser humano corre el riesgo de llegar a ser adicto. Porque es una conducta típicamente humana buscar la repetición de experiencias gratas y la mayoría de los seres humanos actuales valoran más la comodidad que el esfuerzo. El adicto se diferencia del no-adicto solamente por haberse convertido en esclavo de esta necesidad de experimentar determinadas vivencias y de utilizar la manera más cómoda para alcanzarlas. Los niños y jóvenes drogadictos constituyen un síntoma triste de una enfermedad cultural contemporánea: una debilidad volitiva generalizada. Esta recién podrá ser reparada cuando la educación, como medio para la auténtica formación humana, vuelva a convertirse en punto central de interés para el fortalecimiento de la voluntad.

Sin embargo, nosotros podemos contribuir enormemente al aspecto en que la educación se presenta ante este niño, a cómo su voluntad —inicialmente débil— experimenta día a día un afectuoso fortalecimiento por parte de su entorno. Porque el mejor tratamiento de la drogadicción es sin duda la profilaxis a través de una oportuna educación. Si bien existen excelentes instituciones e instalaciones para la curación de la drogadicción* (por ejemplo la República Federal de Alemania cuenta con dos centros en que se realizan tareas agrícolas con los adictos, como así también trabajos artísticos como hacer teatro o música), el riesgo de reincidencia de un individuo auténticamente dependiente de la droga es considerable.

8. El problema de la contaminación ambiental radiactiva

A ¿Qué es la radiactividad?

La radiactividad natural es la capacidad de algunas sustancias de desintegrarse sin causas externas, emanando radiaciones de energía. En el sistema periódico de los elementos, todas estas sustancias se encuentran estructuradas a continuación del plomo. Por lo tanto se trata de sustancias más pesadas y más densas que el plomo, o sea de las más pesadas que se conocen. A causa de la desintegración radiactiva de su estructura interna disminuye su densidad y su peso, soportando una transformación hasta

* En Argentina existe el CE.NA.RE.SO. (Centro Nacional de Reeducación Social), Combate de los Pozos 2133, Capital Federal, T.E.: 26-0090/99.

convertirse en un elemento que ya ha dejado de ser radiante, estable, con peso y densidad estables. Por ejemplo el uranio transita su camino pasando por el radio y algunos otros productos intermedios, hasta llegar al plomo. El tiempo que la sustancia necesita para perder la mitad de su radiactividad en la transformación sustancial es llamado "período de semidesintegración" o "vida media".

Las sustancias radiactivas en la naturaleza generalmente se mantienen ocultas en densas masas rocosas a profundidad por debajo de la superficie terrestre. Desde la explotación de uranio a partir del mineral de uranio y la aparición de la radiactividad artificial, se ha producido una circunstancia desconocida hasta ese momento para el mundo vital: el hecho de que los elementos radiactivos asciendan hasta el ámbito aéreo, acuático y terrestre de los seres vivos.

Como radiactividad artificial se entiende la capacidad de las sustancias no radiactivas por naturaleza para adoptar un estado radiactivo inestable a través de la exposición a radiaciones ricas en energía. Si esto ocurre, entonces las sustancias que tienen una función dentro del organismo, al haberse convertido en radiactivas, pueden desplegar una acción hostil a la vida. El ejemplo más conocido es el yodo radiactivo almacenado en la tiroides.

Desde que se realizan pruebas nucleares, el acontecimiento de Hiroshima y la aplicación llamada pacífica de la energía nuclear, la contaminación radiactiva (del latín *contaminatio* = mancha) de nuestro ámbito vital aumenta continuamente. Esto es consecuencia de que la vida media de las sustancias radiactivas abarca desde 8 días (yodo 131), pasando por 33 años (cesio 137), hasta 24390 años (plutonio 239). Precisamente este último pertenece a los productos intermedios radiactivos más tóxicos que existen. Extraído del aire como aerosol, la cantidad de 1/100 de gramo ya conduce a cáncer de pulmón. Aquí hay que mencionar que el plutonio ha surgido en relación con los experimentos de fisión nuclear, y no está presente como elemento en ninguna otra parte de la naturaleza. Sólo existe a través de la mano del hombre, como producto intermedio de la fisión nuclear del uranio y se utiliza como material para la fabricación de bombas atómicas.

Un tipo de posición intermedia entre radiactividad natural y artificial es ocupado por la radiación cósmica. Se trata, entre otras, de una radiación rica en energía, proveniente del espacio sideral que —al ingresar en

la atmósfera terrestre— transforma parte del nitrógeno del aire en carbono radiactivo. Se ha comprobado que pequeñas cantidades de éste están presentes en fósiles (petrificaciones) de seres vivientes. A este hecho se recurre en la determinación de la antigüedad de fósiles y excavaciones arqueológicas, ya que la vida media del carbono radiactivo es conocida (5730 años). La radiación cósmica ha acompañado a los seres vivientes sobre la tierra a través de largos períodos, influyendo en su devenir*. Es muy escasa pero continua y ha obligado a los seres vivientes a saber enfrentar la radiactividad.

Estos hechos pueden poner en evidencia que, si bien la humanidad ha estado expuesta a muy escasa acción radiactiva natural desde que ésta existe, ningún ser humano puede decir en qué medida hemos de contar con consecuencias graves a largo plazo si la radiactividad aumenta tan continuamente como ha comenzado a ocurrir en nuestro siglo, por la creación de la radiactividad artificial. Sin embargo, sabemos que las alteraciones genéticas, malformaciones y degeneraciones constituyen típicos daños por radiación, así como no ignoramos que ésta puede desencadenar afecciones cancerosas y que con una radiación masiva también aparecen síntomas inflamatorios, particularmente en las mucosas. Es por eso que desde el descubrimiento de la radiactividad se está trabajando en la determinación de la carga radiactiva que puede ser tolerada por el hombre y los animales, sin sufrir daños perceptibles (determinación de valores límite). Pero todavía se desconoce qué será de los futuros descendientes de estos hombres y animales. En todo caso, según nuestros conocimientos actuales todavía no existe una dosis de radiación innocua para el hombre y los animales, ya que es parte de la esencia de esta radiación que desestabiliza la materia y debilita las fuerzas vitales (capacidad de regeneración, procesos formativos) de los organismos, mientras su exposición más prolongada resulta perjudicial a largo plazo. A este respecto hay que agregar que dosis más elevadas de radiación radiactiva dañan severamente la sustancia del núcleo celular, vale decir al portador físico de la masa genética con todos sus procesos metabólicos. Dosis menores sólo son capaces de hacerlo cuando han afectado la masa genética a lo largo de un período muy prolongado, a través de muchas generaciones; o bien, cuando inciden sobre un organismo ya dañado con anterioridad. Tal perjuicio previo es provocado por ejemplo por dosis mínimas de radiación, cuando éstas actúen durante un tiempo prolongado (meses, años, décadas, según su intensidad). Estas dosis mínimas no dañan el núcleo celular, sino que perturban el equilibrio electroquímico inestable de las membranas celulares. Esperamos que en el futuro no se siga negando el hecho de que este efecto, descubierto en 1972 por el científico canadiense A. Petkau, también representa un componente esencial para que se suscite la muerte de los bosques*. Hoy en día, por consideraciones económicas todos estos daños son aceptados de buen grado por los políticos responsables de ello. Sin embargo, esta actitud se convierte en un problema en el mismo instante en que la población afectada comience a reflexionar respecto a la responsabilidad de cada individuo por la conservación del espacio vital sobre la tierra. Quien asuma esta responsabilidad, sentirá el desafío para trabajar en nuevas ideas respecto a valores y metas. Ese individuo no podrá considerar en primer término el crecimiento económico, la tecnología ni el aparente bienestar. En 1955, J. R. Oppenheimer, el padre de la bomba atómica, decía a Georg Unger (Director de la Sección de Matemática y Astronomía de la Escuela Superior Autónoma de la Ciencia Espiritual en Dornach/Suiza): "En efecto, para la conformación del futuro se requiere una nueva moralidad; pero ésta debe ser sencilla. Tan sencilla como las enseñanzas del Cristianismo en la época de su origen." **Por esta razón se une a Albert Einstein, a los científicos del Club de Roma y a muchos otros de las filas de aquellos que sólo pueden ver un sano desarrollo económico en combinación con un desarrollo moral igualmente intenso. Pero esto significaría que debiera cambiar fundamentalmente la forma de adquirir conocimientos, ya que hoy en día todavía se recalca la libertad de los valores científicos. Las bases de una ciencia que transforme y haga más querible al propio individuo que busca el conocimiento, pueden encontrarse en los científicos que investigan la naturaleza con el sentido indicado por Goethe. Para Goethe, la adquisición de conocimientos sin amor al objeto de ese conocimiento ni siquiera era imaginable: "Sólo se llega a conocer aquello que se ama." Y ¿qué otra cosa es la moralidad sino la auténtica simpatía e interés en el hombre y el mundo?

* Hamprecht, O.: en "Die Drei", Stuttgart 1986.

* compárese con Ralph Graeub: "Der Petkau-Effekt" (El efecto Petkau), Gümlingen (Suiza) 1985.

** Georg Unger: "Kernenergie und Geisteswissenschaft" (Energía nuclear y ciencia espiritual), Dornach 1979.

B Posibilidades para contrarrestar los daños producidos por la radiactividad

El aporte más importante consiste en desarrollar una sensibilidad para la esencia de los procesos de regeneración y conformación del organismo viviente. En diversos puntos de este libro hemos intentado exponer esto (véanse págs. 137, 140, 251, 261, 362, 377, 406). Rudolf Steiner menciona en su libro escrito conjuntamente con la Dra Ita Wegman "Grundlegendes fuer eine Erweiterung der Heilkunst" (Fundamentos para una ampliación del arte de curar): "Es de suma importancia saber que las fuerzas del pensar común humano son las fuerzas refinadas de la estructuración y del crecimiento." Por lo tanto el cuerpo etéreo (compárese pág. 136), como portador de los procesos del pensamiento y crecimiento, por su naturaleza podrá ser apoyado y fortalecido a partir de dos aspectos: desde su aspecto natural (regeneración y crecimiento) y desde su aspecto cultural (actividad del pensamiento).

a) Fortalecimiento a través de medidas externas

Desde luego que los elementos de prevención de la enfermedad, descritos en otro párrafo, también pueden ser aplicados en un daño radiactivo agudo o crónico. Todo lo expuesto en este libro respecto a la conservación del ritmo y los hábitos en la infancia, representa un eficaz aporte para ello; asimismo también las referencias sobre el cuidado de las percepciones sensoriales, la alimentación y la educación religiosa. Sin embargo, destaquemos muy particularmente la euritmia, ya que —como ninguna otra medida— activa directamente el cuerpo etéreo a partir del Yo (comp. págs. 205, 401 y sig.). Si bien ello no permite influir directamente sobre el hecho de la radiación en el cuerpo, sí lo hace indirectamente, oponiendo así una reforzada capacidad de regeneración a los procesos destructivos ajenos. Hasta las profundidades de los procesos vitales de cada una de las células, dentro del organismo todo transcurre obedeciendo a ritmos, y éstos pueden ser apoyados y activados por las citadas medidas. En lo que se refiere a la alimentación —aparte de la selección de alimentos en lo posible menos contaminados por radiaciones— se puede intentar dar al organismo estímulos más intensos para su actividad de vida. Para ello son indicados por ejemplo granos de cereales germinantes. (Elaboración preferentemente en vasijas de barro sin esmaltar o en platos playos).

También se ha de pensar en un apoyo medicamentoso del cuerpo etéreo. Sin embargo, el facultativo debe responder por la prescripción. Pero más importante que cualquier medida o medicamento nos parece la superación de la actitud de vida a través de la cual han sido construidas y puestas en funcionamiento las centrales nucleares. Por otra parte, aquí también se trata del esfuerzo por superar el miedo existencial que aparece como secuela de la radiactividad. Porque el miedo consume directamente las fuerzas vitales, debilitando el cuerpo. Por eso una vez más hemos de señalar la significación del ejercicio de la vida interior del alma.

b) Fortalecimiento por el ejercicio de la vida del pensamiento

A simple vista podra parecer extraño relacionar los procesos de crecimiento y regeneración con la actividad del pensamiento. Sin embargo, quien observa sólo un instante el curso de sus pensamientos, advertirá de inmediato cómo su actividad mental refleja fielmente todas sus funciones vitales. No en vano el lenguaje común ya se refiere a la *vida* del pensamiento o el organismo del pensamiento. Toda adopción de un nuevo pensamiento o punto de vista modifica el enfoque precedente y por lo tanto podemos pensar relacionando: ¿Quién podría pensar el concepto de *grande* sin al mismo tiempo compararlo con el concepto de *pequeño?* Nuestra vida del pensamiento es un organismo extremadamente movible entre tales relaciones. Cuanto más creativo sea el pensamiento de un individuo, tanto más fácilmente logrará imaginar relaciones auténticamente novedosas. Como el cuerpo etéreo es un organismo coherente en sí mismo, y tanto los procesos corporales pueden influir en la actividad mental, como también a la inversa, surge el interrogante respecto a cuál es la actividad mental que promueve positivamente las fuerzas regenerativas y de crecimiento, y cuál actividad mental ejerce una influencia más bien patógena. En el capítulo "Profilaxis a nivel anímico" (véase págs. 147 y sigs.) ya se ha señalado una experiencia que data de varios siglos, donde individuos idealistas o de sentimientos religiosos disponen de fuerzas defensivas mucho mejores y no están tan expuestos al contagio como los miedosos y aquéllos que se agotan totalmente en el trajín cotidiano. Si a través de la oración o la meditación, en la participación de un culto o servicio religioso o bien en la elaboración de textos evangélicos o representaciones de antiguas doctrinas

filosóficas y la moderna ciencia del espíritu, se logra colmar el pensamiento con contenidos metafísicos, de allí pueden emanar verdaderos torrentes de fuerzas para el organismo. La serenidad interior, la luminosidad interior, la confianza existencial, sentimientos de gratitud y veneración, brindan calor, enriquecen la vida anímica y estimulan las funciones vitales. Ni física ni anímicamente el hombre constituye un sistema aislado. Frente al alimento físico, al que en la actualidad dedicamos la mayor parte de nuestra atención, se encuentra el alimento espiritual. Cada idea que nos entusiasma, cada ideal que anhelamos, nos alienta anímicamente, fortalece nuestro cuerpo. El ejercicio religioso y meditativo nos permite comunicarnos con los seres del mundo espiritual que conducen y acompañan al género humano. Ellos pueden ayudar cuando el hombre anhela el encuentro y la compenetración con ellos. Es por eso que el Evangelio (San Lucas, 11, 9) dice: "Pidan y les darán; busquen y hallarán". En contraposición con los tiempos antiguos, en la actualidad el mundo espiritual sólo puede abrirse a la actividad interior del alma. Se hará necesario contrarrestar el debilitamiento del cuerpo, a través del trabajo espiritual constructivo, en la medida en que la destrucción ambiental también dañe el ámbito vital del hombre. Entonces también se podrá comprender lo que dice el Evangelio según San Marcos (cap. 16, 18) en el sentido de que a los que crean en Cristo, aunque beban algo venenoso no les hará daño. El acontecimiento central del Cristianismo es la transformación de la sustancia: El pan y el vino se convierten en cuerpo y sangre de Cristo, vale decir en donativos compenetrados por su espíritu que fortalecen al hombre. En la desintegración radiactiva estamos ante una transformación no curativa de sustancia, sino destructiva de vida.

Sin embargo, este proceso no afecta en primer término al organismo humano, sino a la tierra como integridad. Cuanto mayor sea la medida en que el individuo logre descubrir en la profundización interior su pertenencia a la tierra, tanto mayor será la medida en que ello lo hará contribuir no sólo a su propia salud, sino también al saneamiento de toda la tierra y los seres que la habitan.

Precisamente también con miras a la tierra y a nuestra relación con ella, en el futuro será cada vez más importante confrontar conscientemente el conocimiento de las sustancias contaminantes perjudiciales o las radiaciones radiactivas, con la pureza y la belleza de la percepción sensorial. Nuestros ojos, oídos, nuestro sentido del tacto, del olfato y gusto son incapaces de percibir estas influencias dañinas. Todavía transmiten a nuestra conciencia la impresión de la prístina belleza y voluntad divina de la naturaleza. Para el desarrollo de los niños es decisivo que aprendan a observar y absorber la naturaleza tal como ésta se brinda a los sentidos, sin permitir que pensamientos negativos opaquen la belleza de estas impresiones.

La confrontación con las fuerzas nucleares invisibles hace necesario esforzarse con igual intensidad por una confrontación con las fuerzas invisibles del espíritu, a las que también pertenecen las fuerzas etéreas plasmadoras. Hoy en día nos sentimos llamados no sólo a considerar concretamente las fuerzas infransensibles de la electricidad, del magnetismo y de la energía nuclear, e investigarlas respecto a accionar; sino también las fuerzas suprasensibles, que actúan como fuerzas etéreas plasmadoras en el calor, la luz, los procesos químicos y vitales. Para ambas rige que sólo son imaginables y metafísicamente visibles a través de la formación espiritual, sin llegar a producir una percepción sensorial. Pero también es cierto que ambos tipos de fuerzas, tanto las infrasensibles como las suprasensibles, se ponen en evidencia en el mundo sensorial a través de su respectivo accionar. En los fenómenos naturales se manifiestan las fuerzas creadoras espirituales y divinas en todo su esplendor. En las fuerzas infrasensibles, desencadenadas a través de la mano del hombre que experimenta, aparecen fuerzas cuya acción es esencialmente destructiva. En la actualidad vivenciamos muy concretamente cómo el hombre está llamado no sólo a discernir el bien y el mal tal como lo dice la Biblia, sino también a aprender a manejar las fuerzas del bien y del mal de tal modo que sean provechosas para continuar su desarrollo ulterior.

Bibliografía:

"Die Drei", N° especial Julio 1986. "Das Problem der Kernenergie und der radioaktiven Schädigung von Mensch und Umwelt" (El problema de la energía nuclear y de los daños radiactivos en el hombre y en el entorno del mundo), Stuttgart.

"Erscheinungsformen des Atherischen" (Manifestaciones en el mundo etéreo), Ed. por Jochen Bockemühl, Stuttgart 2° ed., . 1985.

Leber, Stefan: "Atomtechnik und Anthroposophie" (Técnica atómica y antroposofía), Stuttgart 1982.

Schroeder, Hans-Werner: "Der Mensch und das Böse. Ursprung, Wesen und Sinn der Widersachermächte" (El hombre y el mal. Origen, esencia y sentido de las fuerzas adversas), Stuttgart 1984.
Schütze, Alfred: "Das Rätsel des Bösen" (El enigma del mal), Stuttgart 2° ed., 1969 y Ediciones de bolsillo Fischer, Frankfurt 1981. Trad. esp.: Madrid, Editorial Rudolf Steiner, 1983.
Weish, Peter/Gruber, Eduard: "Radioaktivität und Umwelt" (Radiactividad y ecología), 3° ed., Stuttgart 1986.

APENDICE

Aplicaciones externas en el cuidado doméstico de los pacientes*

Generalidades

Recomendamos el empleo de pañales y demás envolturas de materiales naturales, porque éstos crean las condiciones necesarias para que el organismo pueda reaccionar del modo deseado.

A este conjunto pertenecen paños de lana (tejidos a mano) y de algodón (pañal de gasa o de bombasí), también de seda o lino. Además se necesita lana virgen cardada, como sustituto también algodón hidrófilo, dos bolsas para agua caliente y un exprimidor para fruta cítrica.

Bolsita con manzanilla para el oído

Las flores secas de la manzanilla (aproximadamente un puñado) se envuelven en una tela fina y se calientan entre dos platos en vapor de agua. En este tipo de calentamiento se conservan mejor los aceites esenciales.

La bolsita bien calentada es colocada sobre el oído y sujetada con una bufanda o gorro.

En ocasiones también se puede colocar por debajo un poco de lana virgen (como sustituto también algodón hidrófilo).

Bolsita de cebolla para el oído

Se pica fino una cebolla mediana. Se envuelve la picadura en una tela fina, se la coloca sobre el oído y se sujeta mediante una bufanda o un gorro.

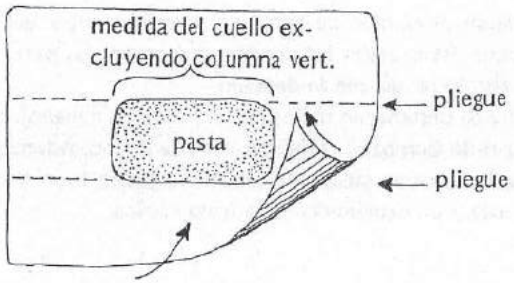
También se puede colocar debajo un poco de lana virgen (o como sustituto también algodón hidrófilo).

Calentando la cebolla picada en una sartén (sin grasa), se aumenta su eficacia.

* Recopiladas según una Nota Informativa de la Iniciativa para el Fomento de la Medicina Antroposófica, Auf dem Schnee 48b, 5804 Herdecke, Grupo de Trabajo 'en Verein für ein erweitertes Heilwesen, 7263 Bad Liebenzell, República Federal de Alemania.

Envolturas del cuello

con *Eucalyptus comp. pasta*



La delgada tela de algodón (su longitud es el triple de la circunferencia del cuello y su ancho el triple de la altura del cuello) se unta en el centro con la pasta fría de eucalipto, en forma rectangular.

El sector untado con la pasta debe tener un largo que, al colocar la envoltura, a ambos lados cierre a un dedo de la columna vertebral. Los costados longitudinales del paño se pliegan según el dibujo por encima de la pasta.

La envoltura así preparada se calienta entre dos platos en vapor de agua.

Antes de colocarla, se controla la temperatura en la parte interna del antebrazo. Entonces se la coloca rápidamente en el cuello (¡no deben formarse arrugas!), se fija bien estirada y se envuelve apretándola con un paño de lana.

Una envoltura así colocada puede permanecer en su lugar durante toda la noche. También se la puede colocar dos veces por día hasta que se haya enfriado.

Otro método:

Se calienta a baño maría la pasta en el pomo, aplicándola luego rápidamente sobre una tela preparada para la envoltura, que se coloca tal como ya fue descrito anteriormente.

con pomadas, por ejemplo con
Archangelica ung. o *Cepa* (cebolla) *ung.*

Se extiende una capa gruesa de pomada sobre una tela de algodón o lino, que sea tan grande como para cubrir totalmente el cuello, dejando sin cubrir la región de la columna vertebral.

Este paño con pomada se aplica directamente sobre la piel, se lo sujeta firmemente con otro más grande y se vuelve a cubrir con un paño de lana.

El uso repetido del mismo paño con pomada para varias aplicaciones permite economizar pomada, ya que cada vez se aplicará sólo un poco más de pomada.

con jugo de limón

La envoltura de cuello con jugo de limón puede realizarse tibia (no fría) o caliente. Se escoge la temperatura que resulte agradable al paciente.

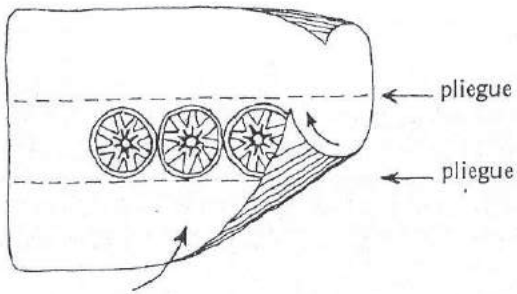
Se corta bajo agua en una fuente un limón no tratado químicamente, haciendo varios cortes en la cáscara (para obtener buena cantidad de aceites esenciales) y se lo exprime.

Se pliega un paño de algodón o lino de manera tal, que cubra totalmente el cuello, dejando descubierta la región de la columna vertebral.

Se introduce este paño en el agua con limón, retorciéndolo después con fuerza. Se lo coloca –sin arrugas– sobre el cuello, se sujeta estirado con un trozo de tela más grande y se cubre firmemente con un paño de lana.

Si no se dispone de un limón no tratado químicamente, se utilizará sólo su jugo.

con rodajas de limón



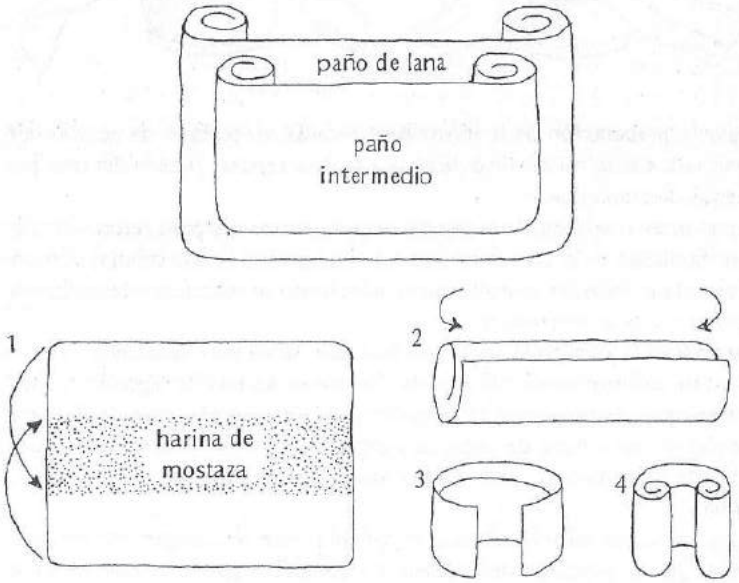
Se corta el limón no tratado en rodajas que se envuelven en una tela y se las golpea con fuerza.

Se coloca sobre el cuello la envoltura con las rodajas de limón envueltas y se la afirma estirada con una bufanda de lana.

Las envolturas de cuello también pueden prepararse con papas hervidas con cáscara y pisadas, o bien con queso blanco.

Envolturas del pecho

con harina de mostaza



La preparación se realiza en un cuarto cálido: en el lugar de la cama en que se ubicará la espalda del niño, se estirá un paño de bombasí y encima una toalla a lo ancho. En invierno se le coloca al niño un gorro de lana y un pullover que se levantará durante la aplicación. El niño está sentado en la cama, detrás de sí los paños estirados a lo ancho. Sobre una mesa se estira

el verdadero paño para la compresa, cuyo ancho debe ser aproximadamente tres veces la altura del tórax infantil. Su longitud será algo superior a la circunferencia del tórax del niño. Se tiene preparada una fuente con agua tibia. Sobre el tercio del medio del paño para la compresa se esparce harina de mostaza con unos 2 mm de espesor, cubriéndola con los otros dos tercios de tela, de modo que ahora la envoltura presente el mismo ancho que la altura del torax del niño (véanse los dibujos). Entonces se enrolla el paño hasta que sea un rollo doble, que se sumerge en agua *tibia*, se aprieta ligeramente y entonces se procede a desenrollarlo desde la espalda hacia ambos costados, sin arrugas, sobre el tórax del niño hacia adelante, hasta la solapa final. Entonces el niño —que todavía se encuentra sentado— es acostado sobre los dos paños preparados. Estos se colocan encima de la compresa, se estiran bien hacia adelante y se sujetan allí. Luego se pone encima el pullover. Finalmente se envuelve al niño en una manta y se lo lleva al lado de la ventana abierta, para que con el fuerte estímulo respiratorio (por la envoltura) también inhale aire puro. Los niños pequeños por lo general gritan, cosa que en esta situación sólo beneficia al pulmón. Al poco tiempo se presenta una sensación de calor en el tórax y aproximadamente a los cuatro minutos un manifiesto enrojecimiento. En este momento se mira una vez por debajo de la envoltura y se la da por terminada al observar el enrojecimiento. Si la piel todavía no se encuentra roja, se la puede prolongar por unos dos minutos, hasta unos ocho minutos en total, y luego terminarla.

Se quita la envoltura en la cama cálida, se cubre la piel enrojecida con un aceite suave. Si no se ha presentado enrojecimiento, habría que controlar si la harina de mostaza quizás haya sido demasiado vieja. El efecto más intenso se obtiene con semilla de mostaza (negra) recién molida (es posible molerla en un molinillo para café). La aplicación de aceite también permite quitar los últimos restos de un poco de harina de mostaza que quizás se haya escapado a través de la compresa. A continuación, el niño se queda en cama.

Ampollas sólo pueden formarse en cutis extremadamente sensible, cuando por descuido se ha usado agua demasiado caliente. Una variante técnica de la envoltura de harina de mostaza consiste en emplear como paño de compresa un pañal de gasa, forrado en su interior con tiras de toallas de papel. Así la harina de mostaza queda adherida al papel y no forma grumos sobre la piel, pero se corre con más facilidad. Sólo se puede usar

harina de mostaza, ¡de ninguna manera aceite de mostaza! Por lo general, la envoltura se hace una vez por día a la noche, para que los niños puedan conciliar bien el sueño. Si al día siguiente la piel tiende a formar granitos, se hará sólo una envoltura con aceite y se repite la aplicación de harina de mostaza recién al día siguiente.

con *oleolado de aceite esencial de lavanda al 10%, oleolado de aceite esencial de eucalipto al 2%, oleolado de aceite esencial de pino carrasco*

Un delgado paño del ancho del pecho del niño es embebido con el aceite y calentado dentro de una bolsita de polietileno entre dos bolsas con agua caliente. Al mismo tiempo se calienta una capa de lana virgen (en su ausencia algodón hidrófilo), previamente envuelta en gasa, para evitar que se deshilache.

La compresa calentada se coloca entonces rápidamente sobre la región a tratar, se la cubre con la lana y un trozo grande de tela de algodón alrededor del tórax, sujetándola una vez que esté lisa y tirante. Para la envoltura externa sirve un paño de lana o un pullover de lana sin mangas.

Esta envoltura puede quedar colocada durante toda la noche.

La tela embebida con aceite puede ser vuelta a usar aproximadamente durante una semana. Se renueva una pequeña cantidad de aceite cada vez.

Fricciones del pecho. Se fricciona el aceite escogido, con la mano caliente alrededor del tórax y se lo cubre tal como ya fue explicado para la envoltura del pecho. En este caso, el efecto todavía puede ser reforzado por una compresa de vapor (véase compresa abdominal).

con queso blanco

Se aplica el queso blanco sobre una tela delgada de algodón en cantidad suficiente para cubrir la región a tratar con aproximadamente 1 cm de espesor. Luego se la envuelve como un paquetito de manera que entre el queso blanco y la piel sólo se encuentre una *única* capa de tela.

La compresa así preparada se calienta entre dos bolsas con agua caliente hasta que tenga temperatura ambiente, se la coloca sobre la parte del cuerpo a tratar y se cubre con una tela de algodón o lino que alcance para cubrir todo el tórax.

Se evitará que se produzcan arrugas en ambas telas.

Luego se fija la envoltura tirante con un paño de lana.

Según el diagnóstico facultativo, la compresa también puede aplicarse tibia.

Compresas abdominales con aquilea



Para la preparación de la infusión se escalda un puñado de aquilea con aproximadamente medio litro de agua y se deja reposar tapada durante por lo menos diez minutos.

En el interín se pliega una tela del ancho necesario y para retorcerlo con mayor facilidad se la coloca en una tela más grande (véase dibujo). Entonces se cuela la infusión y se embebe la tela; luego se retuercen vigorosamente las puntas de la tela mayor.

Se extrae la compresa de la tela que sólo sirve para retorcerla, y se la aplica tan caliente como sea posible. Un trozo de tela de algodón o lino, estirado, que abarque toda la circunferencia del cuerpo, sirve de fijación. Un paño de lana hace de cobertura exterior. Los paños deben sobresalir mucho de la compresa, para que en sus bordes no pueda producirse una zona fría.

Una bolsa no muy llena de agua caliente, que se coloque encima, será sujetada por el pantalón del piyama. La compresa puede quedar en su lugar durante una hora.

con manzanilla

Proceder del mismo modo como en la compresa con aquilea.

con *Oxalis, tint.*

Una cucharada sopera de tintura en aproximadamente un cuarto de litro de agua caliente.

con *oleolado de alcaravea o de melisa*

Se embebe una delgada tela de algodón en el aceite y se la calienta entre dos bolsas con agua caliente.

Al mismo tiempo también se calienta una capa de lana virgen (o en su reemplazo algodón hidrófilo), primeramente envuelta en gasa, para evitar que se deshilache.

Para la aplicación y fijación de la compresa se procede como en la realizada con aquilea.

con *Cuprum al 0,4% ung.*

La pomada de cobre se aplica en capa delgada sobre una tela, se la coloca sobre la región a tratar y, como en la compresa con aquilea, se fija allí.

El paño con la pomada puede ser vuelto a usar varias veces. Dos a tres veces por semana se aplica un poco de pomada nueva.

Envoltura renal con equiseto

Para la preparación de la infusión, la noche anterior se vierte aproximadamente medio litro de agua fría encima de un puñado de equiseto y se lo deja reposar cubierto durante la noche. Por la mañana se hierve esta preparación entre cinco y diez minutos.

Mientras tanto se pliega una tela hasta que tenga el formato necesario y se la coloca dentro de una tela más grande para poder retorcerla mejor (véase dibujo). Entonces se cuela encima la infusión. Se recoge la tela más grande por las puntas y entonces se retuerce con fuerza.

Se quita la compresa de la tela y se la coloca no demasiado caliente sobre el centro de la espalda. Una tela de algodón o lino que abarque todo el cuerpo y esté bien estirada, sirve como fijación.

La envoltura exterior está formada por un paño de lana. Una bolsa con agua caliente no demasiado llena, que se coloque encima, se sujeta con el pantalón del piyama.

Compresa renal con *Cuprum ung.*

La pomada de cobre se aplica en capa delgada sobre una tela y se coloca sobre la región renal.

Una tela de algodón o lino que abarque toda la circunferencia del cuerpo y esté colocada en forma tirante, sirve como fijación. La capa exterior está formada por un paño de lana.

Una aplicación de pomada, bien fija, puede quedar en su lugar durante varias horas. A continuación se lava minuciosamente la piel con agua caliente.

La compresa con pomada puede utilizarse aproximadamente durante una semana. Dos a tres veces por semana se aplicará un poco de pomada nueva.

Compresa de la vejiga

con *oleolado de aceite esencial de eucalipto al 10%*

Una tela delgada de formato adecuado es embebida con aceite de eucalipto, y se coloca sobre la región de la vejiga, cubriéndola con una tela intermedia algo más grande, de algodón o lino.

Luego todo se fija con un paño de lana que quede liso y tirante.

La compresa puede utilizarse aproximadamente durante una semana. Antes de cada aplicación se agrega un poco de aceite nuevo.

Otro método:

Se fricciona aceite de eucalipto en el ámbito de la vejiga y se cubre con un paño de lana.

Envolturas de las pantorrillas

Las envolturas frías recién pueden colocarse cuando piernas y pies estén bien calientes. Ante pies fríos o escalofríos ¡jamás empezar con envolturas frías de pantorrillas, ni aun en presencia de fiebre alta!

Las envolturas de pantorrillas no se colocan frías sino sólo tibias, acaso con el aditivo de una cucharada sopera de jugo de limón o de vinagre de fruta.

Los paños no deberían ser demasiado gruesos, para que se puedan pegar directamente al cuerpo sin formar arrugas. Antes de colocarlos se los exprime ligeramente.

Una sábana de goma o algo similar sólo está permitido como protección del colchón. En ningún caso se usa material impermeable para la envoltura de las piernas.

Una tela de lana absorbe muy bien la humedad restante y proteje el colchón, sin ser impermeable al aire.

Como tela intermedia entre el paño de lana y el húmedo da buen resultado un trozo de bombasí.

Técnica:

Los paños enrollados de delgado algodón o lino son sumergidos en agua fría y bien exprimidos.

Se envuelve la pierna a partir del pie hasta por debajo de la rodilla y se sujeta firmemente con un trozo de bombasí. Como capa exterior sirve un paño de lana, que también se coloca en forma tirante, o bien los zoquetes de lana del padre.

Durante el tratamiento, el paciente se encuentra ligeramente cubierto.

Con fiebre elevada, estas envolturas pueden renovarse cada diez minutos. Entonces los paños ya se encuentran entibiados.

Después del tercer cambio se intercala un intervalo de media hora.

Si durante el tratamiento se enfrían los pies, se interrumpe de inmediato la aplicación.

Baño de pies con harina de mostaza

Uno a dos puñados de harina de mostaza recién molida se colocan en un balde lleno con agua (a 37 - 39°C). Duración del baño de pies: hasta diez minutos. Evitar que se enfríe el baño, colocando un toallón alrededor del balde.

El baño no debe entrar en contacto con las mucosas. Por lo tanto deben lavarse bien las manos y también las piernas se enjuagan minuciosamente después del baño.

El baño produce un intenso enrojecimiento de la piel, que eventualmente recién aparece después de varios baños. En regla general sólo debe aplicarse un único baño por día.

Para terminar el tratamiento, las piernas se friccionan con un buen aceite para el cuerpo.

Baño de sudor

Acaso precedido por un breve baño caliente con unas gotas de limón.

Hacer tomar infusión de flores de tilo caliente. Quizás ponerle una salida de baño al paciente. En la cama, cubrir hasta por encima de las orejas. Después de media a dos horas, cuando el niño haya transpirado —y quizás dormido— bien, lavarlo con una esponja húmeda, fresca y cambiar el piyama.

Inhalaciones de vapor

En las respectivas edades con las medidas de precaución necesarias: infusión caliente de manzanilla en una olla de boca ancha. *Tomar ambas manos del niño pequeño* y sentarse frente a él junto a una mesa angosta, con la olla en el medio. Comenzar por soplar como en broma el vapor hacia la cara del otro, más adelante colocar un gran toallón de baño cual "carpa de circo" por encima de ambas cabezas y luego competir en el intento de inhalar por la nariz y exhalar por la boca. En niños mayores, que ya pueden estar sentados solos con la cabeza debajo del toallón, el reloj de arena y la linterna hacen que el tiempo pase más pronto. Terminar cuando disminuya el vapor, a los tres a cinco minutos. Se aplica *Calendula ung. o Mercurialis comp. ung.* en el rostro y se deja al niño una hora en el cuarto cálido.

Baños con aditivos

con hojas y flores (por ejemplo manzanilla, ortiga, etc.)

En cada caso se vierte uno o dos litros de agua hirviendo sobre un puñado de las respectivas hojas o flores, se deja reposar cubierto durante cinco minutos y se cuela encima de la bañadera.

con equiseto o cortezas (por ejemplo de roble, olmo, abedul, etc.)

En cada caso poner un puñado durante diez horas en por lo menos dos litros de agua en una olla vieja. Después hervir durante diez minutos. Colar en la bañadera.

Usando las respectivas tinturas (por ejemplo de árnica o endrina)

Se usa media cucharada sopera para un baño infantil, una a dos cucha-

radas soperas para un baño de inmersión. Tiempos de baño: dos, cinco, diez minutos, según prescripción.

Enema

Con la ayuda del irrigador que puede adquirirse en la farmacia o un negocio de artículos sanitarios, se enjuaga el intestino con entre 300 y 800 ml de agua o infusión tibia de manzanilla, mediante la manguera.

El niño está acostado de espaldas o de costado. Al utilizar cánula rígida, se introducen 3 a 4 cm en el ano, igual que un termómetro. Si lo que se usa es una sonda rectal, vale decir que consta de un tubo de goma que termina en una punta redonda con orificio lateral, se lo podrá introducir unos diez centímetros en el ano. Se pide al niño que al mismo tiempo haga presión en contra. Cuando el tubo encuentre una resistencia en el interior, se lo retira un poco y se vuelve a intentar en una dirección ligeramente diferente, hasta poder introducirlo. Una vez abierta la válvula, se permite que el líquido entre durante unos tres minutos. El niño debe tratar de mantener el ano cerrado, aun cuando se retire el tubo. Recién después, no antes de que se presenten intensos pujos —aproximadamente a los tres a cinco minutos— sentarlo sobre el balde o inodoro.

Resulta algo más fácil manipular un microenema, razón por la cual se ha hecho popular. Pero su rendimiento ni lejanamente puede compararse con lo que se logra con el irrigador.

Muñeca de tela

Material:

- Tela fuerte pero suave, en algún color vistoso (ej. 40 x 40). (Corderoy es una tela muy adecuada para esta muñeca).
- Jersey de algodón color piel, aprox. 30 x 15 cms.
- Hilos de lana para el cabello.
- Lana sin hilar para rellenar la muñeca.
- Aguja e hilo del color de la tela, también para los ojos y boca.
- Máquina de coser.

Cortar la tela de color por la mitad (a). De una mitad cortar dos tiras alargadas y una pequeña para el gorro. (fig. 1). De la otra mitad, cortándola por la mitad (c), se obtienen dos cuadrados para la bolsa.

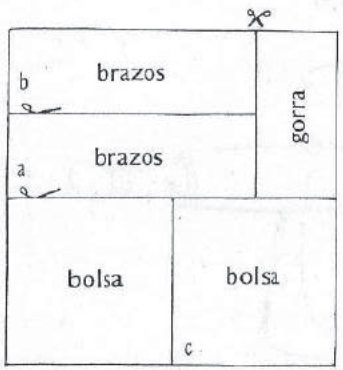
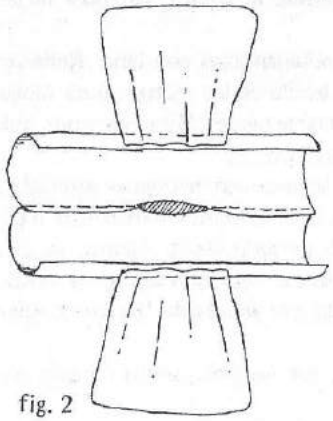
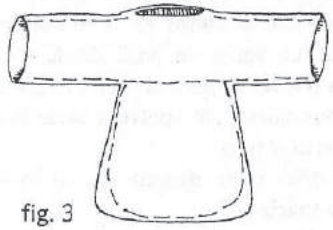


fig. 1

Colocar las mangas derecho con derecho. Coser la parte superior con la máquina, dejando para el cuello, aproximadamente un tercio de la costura abierta. Fruncir un lado de los dos cuadrados para la bolsa de forma que la medida sea la de un tercio de toda la parte de la manga. Luego se cosen las dos partes de la bolsa a la parte de la manga, cosiendo derecho con derecho (fig. 2). Colocando las dos mitades del vestido, derecho con derecho, se cose con una sola costura, redondeando los bordes de abajo. Dejar libres los aberturas para las manos! (fig. 3).

Dar vuelta el vestido y rellenarlo con lana.


fig. 2


fig. 3

Cabeza:

Cortar 5 cms. del jersey para las manos. Luego coser un cilindro largo, darlo vuelta y fruncir la parte superior. Rellenarlo bien con lana y sostenién-

dolo contra el cuerpo, ver si la parte superior del cilindro tiene la medida correcta en relación al cuerpo. Si está bien, atar fuerte en el cuello y seguir rellenando el cilindro. La parte de abajo es el cuerpo. Este no debe ser más largo que el vestido en el cual colocaremos este cilindro. Fruncir la parte de abajo y colocarla en el vestido. (fig. 4).

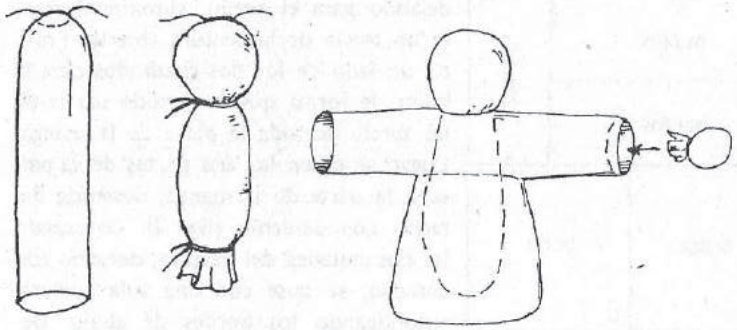


fig. 4

Rellenar un poco más el vestido con lana.
Ahora cosemos con hilo bien fuerte el vestido al cuello, pasando varias veces el hilo alrededor de éste.
Con el jersey restante hacer dos manitos rellenándolas con lana. Rellenar los brazos también con lana y doblar el borde de las mangas para luego fruncir y colocar las manitos cosiendo fuertemente. Mirar siempre que las proporciones de la muñeca sean correctas! (fig. 5).
Si se desea, pueden marcarse los ojos y la boca con pequeñas puntadas. Los ojos están situados en la mitad de la cara, los niños tienen una frente ancha. La aguja se pasa desde el lado de atrás de la cabeza, se dan unas tres puntadas para un ojo, luego se hace el otro con la misma cantidad de puntadas y se vuelve a sacar la aguja por detrás de la cabeza sujetando fuerte el hilo.
La boca debe estar situada de tal forma, que los tres puntos formen un triángulo exacto.
Sobre la cabeza cosemos luego hebras de lana las cuales sujetamos bien con puntadas invisibles. Lo mejor es coserlo con la misma lana, ya que no se ven las puntadas y queda más fuerte.
Con la tela restante cosemos el gorro.

Luego lo cosemos con puntadas invisibles a la cabeza, y así tenemos la muñeca lista!

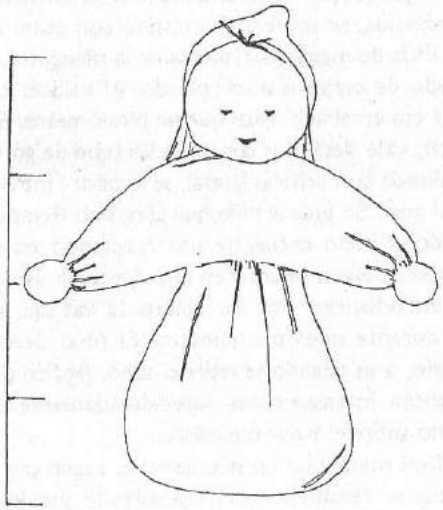


fig. 5

Instrucciones para tejer bombachita:

material:	50 g lana virgen (de tres hebras)
agujas:	N° 2.1/2
comienzo:	colocar 60 puntos
elástico:	2 p. der., 2 p. rev., 10 hileras
resto del pantalón:	36 hileras tejer sólo al der.
	56 hil. 1 p. der., 1 p. r.
	36 hil. sólo der.

La bombachita tejida en una pieza se cose en los costados desde el borde hasta el comienzo de las hileras 1 p. der., 1 p. rev.

Camiseta de lana:

material:	como en el pantaloncito para pañal o algo más fino, o bien seda.
agujas:	N° 2 - 2.1/2
comienzo:	50 p. para la parte delantera y para la trasera
elástico:	2 p. der., 2 p. rev., 10 hileras
parte principal:	40 - 50 hileras sólo punto derecho
partes del pecho y hombros:	20 - 25 hileras 2 p. der., 2 p. rev.
costura:	en los costados, dejando libres las sisas y en los hombros, el escote.
aplicación:	— para usar directamente sobre el cuerpo. — para usar encima de la camiseta de algodón (en niños muy sensibles) — por encima de la blusa, para mantener el tronco a calor constante. — para sujetar y mantener caliente la envoltura de tórax o abdominal durante la enfermedad. — debajo o encima del camisón, para prevenir que se enfríe por patalear o descubrirse en la cuna.

Gorrito (tejer como el talón de la media):

material:	lana o seda, no usar mohair ni angora (las pelusas entran en la nariz y ojos)
agujas:	2 - 2.1/2
Método:	colocar 75 p., tejer 10 hileras 2 p. der., 2 p. rev. aproximadamente 25 hileras de punto derecho, en la hilera 26 dividir la cantidad de puntos en 3, tejer juntos los puntos 50 y 51, dar vuelta el tejido, volver tejiendo hasta punto 25, tejer juntos p. 25 y 26, volver a dar vuelta el tejido, etc., hasta que estén tomados los 25 puntos correspondientes a los extremos, luego cerrar, hacer cordón y pasarlo.

Indicaciones para preparar müsli

A la avena arrollada u otro cereal molido, remojada durante una noche, se le agrega manzana rallada. Se puede hacer en el momento utilizando agua caliente. Para mejorar el gusto se añade fruta de la estación rallada o cortada, nueces, almendras, pasas de uva, jugo de limón, miel, etc.

Tabla de crecimiento:

A partir de la 4ª semana de vida:	entre 150 y 250 g por semana*
a partir del 4° mes de vida:	entre 130 y 200 g por semana
a partir del 8° mes de vida:	entre 250 y 400 g por mes

Duplicación del peso al nacer por lo general en el quinto mes de vida, triplicación aproximadamente al año.

Orientación de longitud y peso

	aumento mensual g aprox.	longitud cm aprox.	peso kg aprox.
al nacer		50	3,4
primeras 4 semanas	800		
2° mes	750		
del 3° al 5° mes	600	64	7
del 6° al 9° mes	400	70	9
del 10° al 12° mes	250	75	10

* En prematuros al comienzo rigen valores más elevados.

	aumento anual kg	longitud cm aprox.	peso kg aprox.
al 2° año	2	87	12
al 3° año	2	95	14
al 4° año	2	103	16
al 5° año	2	108	18
al 6° año	3,5	116	21,5
al 7° año	2,5	123	24
al 8° año	3	130	27
al 9° año	2,5	134	29,5

Hasta el inicio de la pubertad los aumentos se mantienen aproximadamente iguales, después se producen períodos individuales de crecimiento y aumento de peso.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

Althoff, Karl Friedrich: "Das Vaterunser" (El Padrenuestro), Stuttgart 1978.

Altmann, Horst: "BLV Naturführer 114. Giftpflanzen - Gifttiere" (Guía de la naturaleza BLV 114. Plantas venenosas - animales venenosos), Grupo editorial BLV Munich 1980.

Appel, Jürgen: "Unkrautregulierung ohne Herbizide" (Control de las malezas sin herbicidas), Darmstadt 1982.

Barz, Brigitte: "Feiern der Jahresfeste mit Kindern" (Celebración de las fiestas anuales con los niños), Stuttgart 1984.

Baur, Alfred: "Bli, bla, blu", Stuttgart 1984.

Baur, Alfred: "Das Fingertheater" (Teatro de dedos), Schaffhausen 1974.

Baur, Alfred: "Die kleine Plaudertasche" (La pequeña parlanchina), Schaffhausen 1977.

Beck, Helen: "Ein Kind ist kein Computer" (Un niño no es una computadora), München/Basel 1977.

Bertsch, K. y F.: "Geschichte unserer Kulturpflanzen" (Historia de nuestras plantas de cultivo), Stuttgart 1949.

Bock, Emil: "Wiederholte Erdenleben. Die Wiederverkörperungsidee in der deutschen Geistesgeschichte" (Vidas terrenales repetidas. La idea de la reencarnación en la historia espiritual alemana), Stuttgart 1975.

Britz-Crecelius, Heidi: "Kinderspiel - lebensentscheidend" (El juego del niño - decisivo para la vida), Stuttgart, 4ª ed., 1982.

Brown, Christie: "Mein linker Fuβs" (Mi pie izquierdo), Berlín, 11ª ed., 1980.

Buchheim, F. L von y otros: "Therapy of acute Otitis media: Myringotomy, Antibiotics or neither?" (Terapia de la otitis media aguda: ¿miringotomía, antibióticos o nada?) Lancet, 24.10.81, pág. 883.

Bühler, Walther: "Meditation als Erkenntnisweg - Bewusstseins - erweiterung mit der Droge" (Meditación como camino del conocimiento - Ampliación de la conciencia con la droga), Stuttgart 1980.

Büttner, Gottfried: "Die Behandlung der Otitis media ohne Sulfonamide und ohne Antibiotika in einer Allgemeinpraxis" (La terapia de la otitis media sin sulfonamidas ni antibióticos en un consultorio de clínica médica). Beiträge zu einer Erweiterung der Heilkunst. Gesellschaft anthroposophischer Arzte, Stuttgart.

Bund der Freien Waldorf-Schulen (Federación de Escuelas Waldorf Autónomas) (editor): "Von der Würde des Kindes" (De la dignidad del

niño). Erziehungskunst (El arte de educar), Fascículo 7/8, julio/agosto 1979.

Carlgren, Frans: "Erziehung zur Freiheit" (Educación para la libertad), Stuttgart 4° ed., 1981 y Ediciones de Bolsillo Fischer 1981.

"Das Traumlied vom Olav Asteson" (La canción onírica de Olav Asteson). Traducido del noruego antiguo al alemán por Dan Lindholm. 2° ed., Stuttgart 1983.

Debus, Michael: "Vom Tod zur Wiederverkörperung. Die Frage der Identität" (De la muerte a la reencarnación. La cuestión por la identidad), Stuttgart 1980.

Debus, Michael: "Die Reform des Paragraphen 218" (La reforma del Párrafo 218), Stuttgart 1978.

"Die Welt des Nigel Hunt. Tagebuch eines mongoloiden jungen" (El mundo de Nigel Hunt. Diario de un joven mogólico), München 1974.

Documentación del grupo de trabajo Tercer Mundo, Berna: "Export-interessen gegen Muttermilch" (Intereses de exportación contra la leche materna), Rowohlt 1976.

Erziehungsfragen, Erziehungshilfen (Cuestionamientos y ayudas en la educación): "Programmiertes Lernen" (Aprendizaje programado), Zurich 1968.

Fasold, Hans: "Spielzeug aus Astholz" (Juguetes de ramas), Serie 59, Freiburg.

Feuchtersleben, Ernst v.: "Zur Diätetik der Seele" (Dietética del alma), Stuttgart 1980.

Freie Pädagogische Vereinigung (Asociación Pedagógica Libre), Berna: "Waldorfpädagogik in öffentlichen Schulen" (Pedagogía Waldorf en escuelas públicas), Freiburg 1976.

Fucke, Erhard: "Lernziel: Handeln können" (Objetivo pedagógico: saber actuar), Ediciones de Bolsillo Fischer 1981.

Fucke, Erhard: "Die Bedeutung der Phantasie für Emanzipation und Autonomie des Menschen" (La importancia de la fantasía para la emancipación y autonomía del ser humano), Stuttgart 1972.

Gabert, Erich: "Die Strafe in der Selbsterziehung und in der Erziehung des Kindes" (El castigo en la autoeducación y la educación del niño), 8° ed., Stuttgart 1982. Trad. esp.: México, Ed. Antroposófica.

Gabert, Erich: "Dar mütterliche und das väterliche Element in der Erziehung" (El elemento maternal y el elemento paternal en la educación), Stuttgart 1949.

Garff, Marianne: "Es plaudert der Bach" (Habla el arroyo), Basel 1968.

Glöckler, Michaela: "Was ist Waldorfpädagogik?" (¿Qué es la pedagogía Waldorf?) Informaciones del departamento infantil del hospital de Herdecke. 1984.

Görgens, Alfred: "Das goldene Backbuch" (El libro de oro de la repostería) Editorial Günter Koch.

Grosse, Rudolf: "Erlebte Pädagogik" (Pedagogía vivenciada), Dornach 1968.

Grunelius, Elisabeth M.: "Erziehung im frühen Kindesalter" (La educación en la temprana infancia), Freiburg 1974.

Guías de manualidades para niños, padres y educadores:
"Wir spielen Schattentheater" (Jugamos al teatro de sombras). Stuttgart 1979.
"Bilderbücher mit beweglichen Figuren" (Libros ilustrados con figuras movibles). Stuttgart 1980.

Haidinger, Wilhelm: "Annal. der Physik und Chemie" (Anales de física y química), Berlín/Leipzig 1844

Hammerstein, Oliver von: "Ich war ein Muni" (Yo fui un Muni), dtv 1588.

Hassauer, Werner: "Die Geburt der Individualität. Menschwerdung und moderne Geburtshilfe" (El nacimiento de la individualidad. Génesis humana y obstetricia moderna), Stuttgart 1984. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1990.

Heimeran, Marta: "Von der Religion des kleinen Kindes" (De la religión del niño pequeño), 3° ed., Stuttgart 1983.

Hertl, Michael und Renate: Kranke und behinderte Kinder in Schule und Kindergarten" (Niños enfermos y discapacitados en la escuela y el jardín de infantes), dtv (79).

Heydebrand, Caroline von: "Von Lehrplan der Freien Waldorfschule" (Del plan de estudios Waldorf), distribución editorial Freies Geistesleben, Stuttgart.

Heydebrand, Caroline von: "Vom Seelenwesen des Kindes" (Del ser anímico del niño), Stuttgart 1971.

Heydebrand, Caroline von: "Vom Spielen des Kindes - Das Kind beim Malen" (Del juego del niño - El niño pintando), Stuttgart 1966.

Hofmeister, Kurt; Müller, Friedrich; Schwidder, W.: "Alles über dein Kind" (Todo sobre su niño), vol. I y II, 1971.

Horny, Ilse: "Eurythmie - die heilende Bewegungskunst" (Euritmia - un arte del movimiento con beneficios para la salud), Verein für ein erweitertes Heilwesen (Asociación para una ampliación del arte de curar),

Bad Liebenzell 1982. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1987.
Iyengar, G. V.: "Elemental Composition of Human and Animal Milk, a Review" (Composición elemental de la leche humana y animal, una sinopsis), Upsalla 1979 (manuscrito).
Johanson, Irene: "Geschichten zu den Jahresfesten" (Relatos para las fiestas anuales), Stuttgart 1982.
Karutz, Richard: "Die Mär in Mythen und Märchen" (Lo legendario en mitos y cuentos de hadas), Stuttgart 1962.
Keller, Helen: "Die Geschichte meines Lebens" (La historia de mi vida). Editorial von Robert (sin año).
Kipp, Friedrich: "Die Evolution des Menschen" (Evolución ascendente y antropogénesis), Stuttgart 1980. Trad. esp.: México, Editorial Antroposófica.
Klein, Gerhard: "Beim Schicksal zu Gast" (Huésped del destino), Stuttgart 1972.
Kloss, Heinz: "Waldorfpädagogik und Staatsschulwesen" (Pedagogía Waldorf y régimen de las escuelas estatales), Stuttgart 1955.
Koepf, H.K.: "Biologische Landwirtschaft. Einführung in den biologischen Landbau" (Agronomía biológica. Introducción a la agricultura biológica), Stuttgart, Editorial Eugen Ulmer.
Koepf, H.K.: "Was ist biologisch-dynamischer Landbau?" (¿Qué es la agricultura biológico-dinámica?), Dornach 1981.
König, Karl: "Der Mongolismus" (El mogolismo). Stuttgart, 4° ed., 1980.
König, Karl: "Richtlinien zur Verwendung von Fluor-Präparaten" (Directivas para la aplicación de preparados de fluor), Der. Freie Zahnarzt, fascículo 5, 1984.
Kranich, Ernst Michael: "Pädagogische Projekte und ihre Folgen" (Proyectos pedagógicos y sus consecuencias), Stuttgart 1971.
Kranich, Ernst Michael: "Pädagogische Projekte und inhre Folgen" (Proyectos pedagógicos y sus consecuencias), Stuttgart 1972.
Kügelgen, Helmut von (Ed.): "Plan und Praxis des Waldorf-kindergartens" (Plan y práctica del Jardín de Infantes Waldorf). Stuttgart 1973.
Leber, Stefan: "Die Sozialgestalt der Waldorfschule" (La estructura social de la escuela Waldorf). Stuttgart 1974.
Leber, Stefan: "Geschlechtlichkeit und Erziehungsauftrag" (Sexualidad y misión educativa).
Referencias antropológicas a la educación sexual. Seis escritos de diferentes autores en "Erziehungskunst", publicación mensual dedicada a la pedagogía de Rudolf Steiner. XLV, fascículo 3/4 (1981).
Stuttgart 1981.
Leber, Stefan; Heymann, Karl y otros: "Vorschulerziehung ja - aber wie?" (Educación preescolar sí - ¿pero cómo?) Basel 1974.
Leboyer, Frederik: "Geburt ohne Gewalt" (Nacimiento sin violencia), München 1981.
Lenz, Friedel: "Mahle, mahle Grützchen" (Muele, muele los granitos), Freiburg 1965.
Lievegoed, B.C.: "Entwicklungsphasen des Kindes" (Las etapas evolutivas del niño). Stuttgart 1976. Trad. esp.: México, Editorial Antroposófica, 1979.
Lievegoed, B.C.: "Lebenskrisen. Lebenschancen" (Crisis de vida. Chances de vida). Stuttgart.
Linden, Wihelm zur: "Geburt und Kindheit" (Nacimiento e infancia), Frieburg, 12° ed. 1986. Trad. esp.: Madrid, Ed. Rudolf Steiner, 1987.
Lindenberg, Christoph: "Die Lebensbedingungen des Erziehens" (Las condiciones de vida del educar). Rowohlt 1981.
Lindenberg, Christoph: "Waldorfschulen: angstfrei lernen, selbstbewusst handeln" (Escuelas Waldorf: aprender libre de angustias). Rowohlt 1981.
Lusseyran, Jacques: "Blindheit - ein neues Sehen der Welt" (Ceguera - una nueva visión del mundo). Stuttgart 1970.
Mander, Jerry: "Schafft das Fernsehen ab" (Deshágase del televisor). Rowohlt 1980.
Material de trabajo del jardín de infantes Waldorf, Editorial Freies Geistesleben, Stuttgart.
Fascículo 1. Jaffke, Freya: "Spielzeug, von Eltern selbstgemacht" (Juguetes confeccionados por los padres).
Fascículo 3. Jörke, Renate: "Färben mit Pflanzen" (Teñir con plantas).
Fascículo 4. "Singspiele und Reigen" (Juegos con canciones y rondas).
Fascículo 5. "Kleine Märchen" (Pequeños cuentos de hadas).
Fascículo 6. "Rhythmen und Reime" (Ritmos y rimas).
Fascículo 7. Kraul, Walter: "Spielen mit Wasser und Luft" (Jugando con el agua y con el aire).
Fascículo 9. Picht, Johanna v.: "Zwerge" (Gnomos).
Meyer, Axel: "Die Kunst des Backens" (El arte de amasar). Editorial Samsara, Auetal.
Meyer, Rudolf: "Die Weisheit der deutschen Volksmärchen" (La sabiduría de los cuentos de hadas populares alemanes). Stuttgart 1971.

Mitchell, Ingrid: "Stillen" (Amamantar). Rowohlt 1980.
Müller-Wiedemann, H.: "Mitte der Kindheit" (Mitad de la niñez), Stuttgart 1979.
Münchinger, A.B.: "Kleinkindertreff" (Encuentros de pequeños), Rowohlt 1982.
Neuschütz, Karin: "Das Puppenbuch" (Libro de muñecas). Stuttgart 1983.
Neuschütz, Karin: "Lieber spielen als fernsehen!" (Mejor vivir que ver televisión). Stuttgart 1984. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1990.
Opitz, H./Schmid, F.: "Lehrbuch der Kinderheilkunde" (Manual de pediatría). Vol. I/I Berlín 1971.
Pals, Lea van der: "Was ist Eurythmie?" (¿Qué es la euritmia?), Dornach 1974.
Pfeiffer, E.: "Die Fruchtbarkeit der Erde" (La fertilidad de la tierra). Dornach 1977.
Piccard, Max: "Einbruch in die Kinderseele" (Asalto al alma infantil). Zurich y Stuttgart 1971.
Pikler, Emmi: "Friedliche Babys - zufriedene Mütter" (Bebés apacibles - madres satisfechas). Freiburg 1982.
Plattner, Elisabeth: "Die ersten Lebens jahre" (Los primeros años de vida). Stuttgart 1987.
Pokorny, Ada: "Die Verarbeitung des Getreides zu Brot und Gebäck" (La elaboración del cereal. Panes y tortas). Grupo de trabajo para la investigación de la alimentación, Bad. Liebenzell.
Poppelbaum, Hermann: "Mensch und Tier" (Hombre y animal) 7° ed., Dornach 1975. Trad. esp.: México, Editorial Antroposófica, 1969.
Popper, Karl R./Eccles, J.C.: "Das Ich und sein Gehirn" (El yo y su cerebro), München/Zürich 1984.
Portmann, Adolf: "Biologische Fragen zu einer Lehre vom Menschen" (Preguntas biológicas para una teoría del ser humano). Basel 1969.
Rauthe, Wilhelm: "Die Waldorfschule als Gesamtschule" (La escuela Waldorf como escuela completa). Stuttgart 1973.
Remer, Nicolaus: "Lebensgesetze im Landbau" (Las leyes de vida en el cultivo de la tierra). Dornach 1983.
Renzenbrink, Udo: "Ernährung unserer Kinder" (La alimentación de nuestros hijos). Grupo de trabajo para la investigación de la alimentación, 1977.

Renzenbrink, Udo: "Zeitgemäße Getreideernährung" (Alimentación con cereales acorde a la época moderna". Dornach 1979.
Rittelmeyer, Friedrich: "Meditation. Zwölf Briefe über Selbsterziehung" (Meditación. Doce cartas sobre autoeducación). 10° ed., Stuttgart 1980.
Roos, A.: "Kulturzerfall und Zahnverderbnis" (Decadencia de la cultura y deterioro dentario). Bern y Stuttgart 1962.
Schad, Wolfgang: "Die Scham als Entwicklungsraum des Menschen" (El pudor como espacio para el desarrollo del hombre). Die Drei, diciembre 1979, pág. 745.
Schad, Wolfgang: "Säugetiere und Mensch. Zur Gestaltbiologie vom Gesichtspunkt der Dreigliederung" (Mamíferos y hombre. La biología de la figura desde el punto de vista de la estructuración ternaria). Stuttgart 1982.
Schad, Wolfgang: "Die Vorgeburtlichkeit des Menschen" (El período prenatal del hombre). Stuttgart 1982.
Schmid, L.R.: "Freiheitspädagogik, Schulreform und Schulrevolution in Deutschland" (Pedagogía de la libertad, reforma escolar y revolución escolar en Alemania). Rowohlt 1973.
Schnitzer, Joh. G.: "Backen mit Volkorn für Hausfrauen und Hobby-bäcker" (Amasar con cereales integrales. Para amas de casa y aficionados). Editorial Dr. Schnitzer, St. Georgen/Selva Negra.
Schröer, K.J.: "Uber die Oberuferer Weihnachtsspiele" (Sobre los actos sacramentales navideños de Oberufer). Stuttgart 1973.
Schröer, Therese: "Uber praktische Kindererziehung" (Sobre la educación infantil práctica). Stuttgart 1963.
Schulte, Therese: "Transzendentale Meditation und wohin sie führt. Abschiedsdisput einer TM-Lehrerin" (Meditación trascendental y a dónde conduce. Manifiesto de despedida de una maestra de MT). Stuttgart 1980.
Sichtermann, Barbara: "Leben mit einem Neugeborenen" (Vivir con un recién nacido). Ediciones de Bolsillo Fischer 1981.
Simonis, W. Chr.: "Kleines Taschenbuch der bodenheilenden Arzneipflanzen" (Pequeña edición de bolsillo de las plantas medicinales saneadoras del suelo). Darmstadt 1974.
Spitz, René: "Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr" (Del lactante al niño pequeño. Historia natural de la relación madre-hijo en el primer año de vida). Stuttgart 1967.

Steiner, Rudolf:
- "Theosophie" (Teosofía). Dornach 1973. N° 9 de la Edición completa. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1988.
- "Die Philosophie der Freiheit" (La filosofía de la libertad), Dornach 1978, N° 4 de la Edición completa. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1986.
- "Reinkarnation und Karma - Wie Karma wirkt" (Reencarnación y karma. Cómo actúa el karma). Dornach 1978. Tras. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1990.
- "Die Offenbarungen des Karma" (Manifestaciones del karma). Dornach 1975, N° 120 de la Edición completa. Trad. esp.: Buenos Aires, Editorial Kier, 1982.
- "Gebete für Mütter und Kinder" (Oraciones para madres y niños). Dornach 1962. Trad. esp.: Lima, Asociación Pro Niño.
- "Uber Gesundheit und Krankheit. Grundlagen einer geisteswissen-schaftlichen Sinneslehre" (Sobre salud y enfermedad. Bases de una teoría científico-espiritual de los sentidos). N° 348 de la Edición completa, 18 conferencias para los trabajadores del Goetheanum, 1922/23.
- "Geisteswissenschaft und soziale Frage" (La ciencia espiritual y la cuestión social). Tres conferencias 1905/1906. Dornach 1977.
- "Die Kernpunkte der sozialen Frage" (Los puntos esenciales de la cuestión social). Dornach 1976, N° 23 de la Edición completa. Trad. esp.: en "Nuevo Orden Social", Buenos Aires, Editorial Kier, 1983.
- "Die Geheimwissenschaft im Umriss" (La ciencia oculta en bosquejo). Dornach 1977, N° 13 de la Edición completa. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1985.
- "Wie erlangt man Erkenntnisse der höheren Welten?" (¿Cómo se alcanza el conocimiento de los mundos superiores?). Dornach 1975, N° 10 de la Edición completa. Trad. esp.: Buenos Aires, Epidauro Editora, 1986.
- "Das Geheimnis der menschlichen Temperamente" (El misterio de los temperamentos), Basel 1980. Trad. esp.: Buenos Aires, Editorial Antroposófica, 1987.
- "Die Hygiene als soziale Frage" (La higiene como cuestión social) Una conferencia, 7.4.1920. Dornach.
- "Die Erziehung des Kindes vom Gesichtspunkt der Geisteswissen-schaft" (La educación del niño a la luz de la antroposofía). Dornach 1978. Trad. esp.: México, Editorial Antroposófica, 1950.

- "Erziehung des Kindes/Methodik des Lehrens" (La educación del niño/La didáctica de la enseñanza). Stuttgart 1961.
- "Aspekte der Waldorfpädagogik" (Aspectos de la pedagogía Waldorf) München 1977.
- "Wege und Ziele des geistigen Menschen. Lebensfragen im Lichte der Geisteswissenschaft" (Senderos y metas del hombre espiritual. Preguntas de la vida a la luz de la ciencia espiritual). Conferencia del 26.11.1910, N° 125 de la Edición completa.
- "Eurythmie - Die Offenbarung der sprechenden Seele" (Euritmia - La manifestación del alma que habla). Dornach 1972, N° 277 de la Edición completa.

Sternke, Gertraud: "Wir arbeiten Puppen für unsere Kinder" (Confeccionando muñecas para nuestros niños). Editor y distribuidor: G. Sternke, Richard-Wagner-Strasse 29, 78 Freiburg.

Strauss, Michaela: "Von der Zeichensprache des kleinen Kindes" (Del lenguaje del dibujo del niño pequeño). Stuttgart 1976.

Tautz, Johannes: "Die Freie Waldorfschule" (La escuela Waldorf libre). Stuttgart 1972.

Ullmann, Johannes F.: "Psychologie der Lateralität" (Psicología de la lateralidad), Bern 1974.

Verbrugh, Hugo S.: ". . . wiederkommen. Erfahrungen des Vorgeburtlichen und der Reinkarnationsgedanke" (. . . regresar. Experiencias de la prenatalidad y la idea de la reencarnación). Stuttgart 1982.

Wachsmuth, Günther: "Reinkarnation" (Reencarnación). 2° ed., Dornach 1983.

Wiesener, H.: "Entwicklungsphysiologie des Kindes" (Fisiología del desarrollo del niño). Editorial Springer 1961.

Wilmar, Fritz: "Wie wirken Rundfunk und Fernsehen auf Kinder?" (¿Cómo actúan la radio y la televisión sobre los niños?). Stuttgart 1974.

Wilson, J.D. y Gloyna, R.E.: "Recent Progress Hormone" (Recientes progresos en la investigación de las hormonas). Res. 26 (1970), pág. 309, citado por: Gaver, Kramer, Jung: "Physiologie des Menschen" (Psicología del hombre), Vol. 17, pág. 35. München 1972.

Winn, Mary: "Die Droge im Wohnzimmer" (La droga en el living). Rowohlt 1979.

Zinke, Johanna: "Luftlautformen" (Formas de sonidos en el aire). Ameisenbergstrasse 37, Stuttgart 1.

INDICE TEMATICO

Abdomen agudo, 39, 45
Absceso de las amígdalas, 34
Absceso tonsiliar, 34
Aburrimiento, 438
Accidente en el jardín de infantes, 60
Accidentes, 53ss
– de tránsito, 55ss
– en la escuela, 60
Acción acelerante de algunos elementos, 303
Aceite, 86, 102, 106, 108, 110, 112, 209, 291
– de girasol, 209, 282, 291
– de hígado de bacalao, 108
Acné miliar, 102
Actitud ante las perturbaciones, 435
Adenoides, 76
Aditivos artificiales en la leche, 280s
Afecciones asmáticas, 77
Afonía, 73, 78, 201
Aftas, 131
– en el ámbito bucal, 109s
Afán de aprender, 261
Agentes patógenos, 20, 125, 140
Aglutinaciones, 51
Agresión, agresividad, 44, 456
Agricultura biológico-dinámica, 287
Agrietamiento del pezón, 266
Agua mineral, 304
Ahogo, 55
Aire, 200s
Aislamiento, 127, 130, 150, 160, 256s
Alcohol, 265, 445, 447, 460ss
Alergia, 32, 33, 77s, 84, 115, 116, 119ss
– al polvo de la casa, 77
Aletas nasales, 63, 79s, 82, 84, 85
Aliento dulzón, 129
– malo, 131
Alimentación, 98, 166, 263ss, 267, 305, 307, 332, 468
– a base de fruta, 281s
– artificial, 269ss
– complementaria, 381ss
– con carne, 301ss
– curativa, 94
– de niños no amamantados, 269ss, 309s
– del niño pequeño, 283s
– en estado febril, 65
Alimentos
– astringentes, 98
– laxantes, 98
– calidad de los, 270, 285ss, 294s, 387, 438
Alma, 17, 19, 20, 60s, 88, 89, 143, 146, 169, 200, 221, 234, 236, 327, 344ss, 368, 369, 405
Almohada de mijo, 210
Amamantar, 197, 198, 232, 263ss
– régimen alimenticio de la madre, 37, 38, 265
– tratamiento odontológico de la madre, 267
Ambición, 360
Amenaza, 353, 355, 357, 414
Amigdalitis, 34, 47, 73, 129
– purulenta, 34, 129
Amígdalas
– de faringe, 73
Ampollas en el lactante, 107
Andador, 240
Andar cuadrúpedo, 211, 237
Anemia, 106
Angel, 341
Angina, 33, 34, 129, 84
Angiomas, 101
Ansia religiosa, 441
Antibióticos, 26, 31, 34s, 63, 70, 86 109, 112s, 119, 124, 126, 134s, 175
Anticoncepción, 186ss, 365, 370
Antipatía, 18, 19, 88, 235, 286, 379, 386
Análisis de líquido amniótico, 190
Aparato linfático, 76
Apendicitis, 38s, 46
Aplicaciones
– de frío, 65, 151s, 428
– externas, 475ss
Aprender
– a andar, 208, 211, 214, 236ss, 240
– a caminar, 236ss, 248, 253ss, 382
– a hablar, 176, 242ss, 249, 253ss
– a pensar, 246ss, 253ss, 339s, 382s
– a ver, 231s
Arco del pie, 214
Ardor al orinar, 44
Arteroesclerosis, 311
Asfixia, peligro de, 54
Asir, 239, 240
Asma, 83ss, 103, 177
Aspiración, 54
Astillas, 59
Ataque espasmódico, ver Convulsión cerebral
Aumento de la fiebre, 62, 63, 65, 69, 73, 79, 94, 105, 124, 126, 289
Autismo, 262, 435
Autodisciplina, 331
Autodominio, 387
Autoeducación, 252, 333ss, 409
Autoestima, 299, 372
Autoridad, 380, 382, 412
Azúcar, 274, 282, 298ss
– de caña, 300
Bacilos de Pfeiffer, 129
Bacterias, 26, 34, 64, 272
Balanceo, 434, 438
Banana, 96, 298
Barniz caseoso, 197
Baño
– con aditivos, 485s
– de agua de mar, 76
– de pies con harina de mostaza, 34, 484
– de sol, 202
– de sudor, 485
Baño, lavado, 209
Bebidas adicionales durante la lactancia, 283
Bilingüismo, 245
Bolsa de agua caliente, 72, 91, 203, 475
Bolsa de dormir, 215
Bolsita
– de cebolla para el oído, 475
– de manzanilla, 475
Bombachita
– de goma, 109, 207
– impermeable, 111, 212
Bronconeumonía, 63
Broncoscopía, 54
Bronquitis, 73, 76, 85
– espástica, 79, 83s, 87
– obstructiva, 83s
– semejante al asma, 79
Burlas, 60
Calidad de los alimentos, 270, 285ss
Callosidad, 50
Calor, 64, 65, 68s, 137, 189, 195, 196, 199, 202ss, 327
– anímico, 68s
– corporal, 68s
– espiritual, 68s
Cambio de clima, 151s
Cambio de pañal, 212s
Caminar en puntas de pies, 214, 240
Camita
– con barrales, 218s
– rodante, 219
Capacidad
– de expresión oral, 262s
– para recordar, 249, 250, 261, 319, 396
Caracteres sexuales secundarios, 362
Carbunclo, 113
Cardiopatías, 36, 88, 105, 126, 177
Carencia de hierro, 270
Caries, 299s, 305ss
Castigo, 219, 353s, 356ss, 359
Caustificaciones, 57
– cutáneas, 57
Cavidad timpánica, 73, 76
Caída del cambiador, 58
Ceceo, 244

Cefalohematoma, 206
Ceguera, 176, 402
Celiaquía, 271
Cereales, 274, 285, 291ss, 294, 302
– intolerancia de, 99, 271, 279
– harina de, 271, 276
Cerumen, 31
Chupeteo, 431ss
– del pulgar, 431s, 438
Cianosis, ver Coloración azulada
Cianosis repentina, 54
Cigüeña, 369
Circuncisión, 51
Cistitis, 44
Cochecito de bebé, 210
– panorámico, 210s, 310, 451
Colchón con campanilla, 431
Coloración amarillenta de la piel, 101s
– de niños amamantados, 266
Coloración azulada, 54, 80
– por Pseudocrup, 83
– por bronquitis, 84
– por inflamación de la epiglotis, 83
– por resfrío, 71
Colérico, 326, 328, 329, 331ss
Comidas, horarios de las; ver Alimentación
Compresa renal, 483
Compresa sinapizada en la planta de los pies, 76
Compresas abdominales, 37, 40, 47, 481s
Compulsiones inofensivas, 434
Comunidad habitacional, 256s
Conciencia, 355s, 382
Confianza en sí mismo, 319
Congelamientos, 105
Conjuntivitis, 32s
Constipación, 90ss, 279
– crónica, 98, 292
Constitución, 17, 20, 67, 75, 153
Contagio, 46, 74, 123s, 125, 126, 133, 134, 150, 158, 161, 164, 166
Contractura muscular, 26, 35
Control preventivo, 156s
Control sobre la cabeza, 238
Contusión, machuchón, 58
Convulsión febril, 65, 66s, 70, 124, 128
Coqueluche, ver Tos convulsa
Corralito, 217, 218s
Correlación cuerpo-alma, 89
Corte de uñas del bebé, 113s
Costra láctea, 270
Crisis de la pubertad, 440
Cuarto del niño, 219ss
Cuentos, 178, 244, 252s, 374s, 400, 446, 462
– grabados, 376
Cuerpo, 17ss, 89, 173, 187, 401
– anímico, 140
– etéreo, 136s, 468, 469
– extraño aspirado, 78, 80
– extraño tragado, 54, 60
– físico, 136, 140
– vital, 136s, 140, 188
Cuerpos suprasensibles, 138, 140, 142, 406
Cuidado
– de biberones, 276
– del bebé, 209
Cuna, 210
Cura, 151
– sudorífica, 39
Curas climáticas, 151s
Cáncer, 177, 296
Daño en el oído por paperas, 163
Debilidad
– del desarrollo, 271
– del miocardio, 129
– del tejido conjuntivo, 330
Defectos de la visión, 27
Delgadez, 439ss
Dentición, trastornos de la dentición, 24s, 69, 91, 105, 108
Deporte, 148
Deposiciones como jabón blando, 290
– sólidas, 271

Depresión, 456
Dermatitis
– amoniacal, 108
– atópica, 103s
– producida por hierbas silvestres, 120
– seborreica, 103, 108
Desarrollo, 195, 211, 231, 253s, 360, 404
– del lenguaje, 76, 242ss
– sano, 195, 232
Desconsolación, estados de, 61
Desensibilización, 77
Desinfección de la boca, 34
Desmayo, 56
Destino, 18, 144, 179, 189, 191s, 255, 441, 458
Diabetes, 47, 97, 177, 179, 299s, 307, 456
Diagnóstico prenatal, 187, 190
Diarrea, 47, 65, 90, 296, 301
– en la infancia, 96s
– en la lactancia, 37, 91ss, 108, 269, 271, 273, 283
– tratamiento de la, 92ss
Dientes
– rotos y caídos, 59
– deterioro de los, 299, 305ss
Dieta, 99, 132, 271, 288, 387, 438
– pobre en fosfatos, 387
Dificultades
– de aprendizaje, 385
– para conciliar el sueño, 423s
Difteria, 34, 129, 139, 148, 157, 168
Discernimiento, 379
Dispepsia, 269
Displasia de cadera, 208
Divorcio, 60, 430, 441, 457s
Dolor
– anímico, 60s
– de cabeza en la escuela, 27s
– de espalda, 55
– de garganta, 33ss, 79
– de ojos, 32
– en el pecho, 35s
– muscular, 47
Dolores, 131
– al caminar, 39
– al moverse, 50
– articulares, 25, 45, 73
– de cabeza, 25ss, 45, 62, 65, 73, 97, 115, 132
– de la dentición, 29
– de oídos, 29, 30s, 73, 76, 123, 126
– de vientre, 25, 28, 36ss, 62, 65, 96, 130, 132, 267
– del corazón, 36
– en la nuca, 35
Dormir, 27, 211s
Drogadependencia, 445, 460ss
Ducha fría, 152
Diálogos de esclarecimiento, 361, 367ss
Eczema endógeno crónico, 103s
Edad, 251, 404ss
– del porqué, 251
– escolar, 259ss
– después de la pubertad, 382
– hasta la pubertad, 379
Educación
– antiautoritaria, 258, 412
– intelectual prematura, 258, 452ss, 459
– religiosa, 336ss, 343ss, 388, 468
– sexual, 369
Ejemplo, 147, 242, 246, 248, 256, 325, 369, 387, 412, 414, 458
Ejercitación del pensar, 247s, 469s
Elogio, 359
Emancipación, 320
Encefalitis, 124, 132, 146, 158, 163ss
Encoprosis, 431, 457
Encuentro de padres, 256
Endurecimiento abdominal, 45
Enema, 98, 486
Enfermedad

Espinas, 59
Espíritu, 17ss, 89, 146, 169, 403
Estado convulsivo, 133ss
Estados
– de colapso, 56, 83, 129
– de dolor, 24ss
– de miedo, 458ss
Estafilodermia, 113
Estar sentado, 239, 240
Esterilidad, 187
Esterilización, 273
Estimulación del lenguaje, 400
Estomatitis, 114, 131, 139
Estomatitis herpética (aftosa), 131
Estomatomicosis, 34
Estrangulación, 55
Estridor, 78, 82
Estrófulo, 120
E.T., 378
Euritmia, 255, 401ss, 468
– en la primera infancia, 245
– terapéutica, 388, 398, 401
Evacuaciones, 24, 28, 37, 64, 296
– de niños amamantados, 264
Exceso
– de alimentación láctea, 269
– de leche, 267
Excoriaciones, 59
Experiencia de sí mismo, 319
Fallas de articulación del lenguaje, 244
Falta
– de aire repentina, 54, 81, 141, 327
– de disnea, 76, 82, 138, 424
– de calcio, 79, 297, 308
– de proteínas, 269, 280, 301s
– de relación, 458
Fantasía infantil, 223s, 435, 447, 462
– activación de la, 286, 378
Fatiga, 85
Fe en el destino, 148
Fecundación, 237, 362
– extracorpórea, 187, 188s, 192
– por ataques, ver Acceso de fiebre
– por carencia de luz, 308
– renal, 88, 177
Enfermedades
– crónicas, 84, 176ss
– de la piel, 100ss, 128, 130
– infantiles, 74, 100, 121ss, 151, 168
– sentido de las, 122, 135ss
– infecciosas, 148, 153ss
Enfriamiento, 203, 213
Enrojecimiento de las mejillas, 105
Ensaladas, 27, 296
Entrada de luz solar, 201, 210
Enuresis, 44, 98, 427ss, 457
Envidia, 68, 360, 416s
Envoltura
– del pecho con harina de mostaza (sinapizada) 84, 87, 478
– renal, 482
Envolturas, 86, 132, 476ss
– de las pantorrillas, 62, 63, 65, 483
– de pecho, 35, 478ss
– del cuello, 476ss
Equilibrio
– hídrico, 87
– térmico, 87
Erecciones, 52
Erisipela, 112
Erupciones
– cutáneas (pústulas, ampollas), 109, 122, 125
– de la piel, 122ss, 128ss, 139
Erupción del recién nacido, 121
Escaldaduras, 57
Escalofríos, 25, 45, 75, 87, 115, 126
Escamaciones, 102
Escarlatina, 105, 126ss, 128, 139, 140
Esclarecimiento, 361, 382s
Escuela, 175, 187, 308
Escupidas, 279
Esmegma, retención de, 51
Espinacas, 296s

Fenómeno de ojos de muñeca, 232
Fiebre, 24, 25, 27, 29, 30, 33, 36, 44 45, 62ss, 73, 79, 85, 91, 93, 96, 105, 112, 114, 155, 122, 125ss, 138, 157, 267, 283, 305, 309, 424
– Pappataci o Terciana, 128
– del heno, 77s, 103
– desde el punto de vista antroposófico, 68
Fiestas anuales, 343ss, 374, 400
Fimosis, 51s
Fisuras anales, 98
Flatulencias, 36, 37s, 265, 267, 279, 296, 418
Flemático, 326, 329, 331ss
Flemón, 113
Fluoruros, 305ss
Foliculitis, 113
Fortalecimiento, 151
Forúnculo, 113
Fractura de clavícula, 50, 205
Franjas rojas, 114
Free Feeding (horarios libres para las mamadas), 198
Fricciones del pecho, 480
Fruta, 281s, 297s
Frío, 195, 196, 203
Fuerzas
– defensivas, 74, 469
– del crecimiento, metamorfosis de las, 251, 260, 362, 377s, 400s, 406, 453, 468
Furia, 353
Ganar dinero, 359s
Garrapatas, 59
Gateo, 240
Genética humana, 190ss
Gimnasia, 217s
Gliadina, 271
Gluten, 271
Golpes en la almohada, 434
Gotas nasales, 72
Granitos en las mejillas en las primeras semanas de vida, 102
Grasa, 27, 291
Gripe con fiebre alta, 70, 73
Gritos de dolor fulminante, 37
Grupo de juegos, 256s, 323
Guardería, 257
Habilidad aprendida, 262s
Hemorragia nasal, 58s
Hemorragias, 55
Hepatitis, 46
– A, 46, 168
– B, 168
Herencia, 230, 299, 318
Heridas
– húmedas, 59
– punzantes, 60
– sangrantes, 55, 59
Hernia
– inguinal, 45, 52
– umbilical, 45
Herpes
– febril, 114
– labial, 114, 139
– zoster, 131
Hidrocele, 45, 52
Hierro, 280s
Higiene, 41, 150s
– anímica, 148
Hinchazones, 45, 50, 58, 78, 105 106, 131, 138
Hinchazón
– de las glándulas salivales, 131s, 136s
– del ganglio linfático, 34, 125, 129, 138s
– glandular, 138
Hipermetropía, 27
Hipertrofia del píloro, 91
Hipo o desensibilización, 77
Hipotermia, 203
Historietas, 252, 378, 435, 449s, 453, 462
Homogeinezar, 273
Hongo

— del muguet, 102, 108
— del pie, 111s
Horario de las mamadas, 198
Hospitalismo, 318
Huevos, 285, 301ss
Humedad ambiente, 200s
Hábitos, 354, 400s, 468
— televisivos, 376, 435
— tiránicos, 423
Ictericia, 46, 101s
— en el recién nacido, 101s
Identidad, 173, 319
Imitación, 218, 219, 220, 241, 244, 283, 357, 368, 375, 382
— capacidad de, 248, 261s, 337, 339, 378, 458
Impedimentos, 173, 176ss, 191, 208, 262
Implantación embrional, 288s
Imposibilidad de mantener distancia, 386, 442
Imágenes de cuentos, 252, 375, 450
Inapetencia, 425ss
Incompatibilidad del grupo sanguíneo, 102
Incontinencia de la orina, ver Enuresis
Incontinencia nocturna, 427ss
Indices de madurez, 259ss
Infecciones gripales, 25, 35, 45s, 56, 63, 69, 71, 73ss, 80, 85, 86, 128, 167
Infección
— catarral, 73, 80
— de las vías urinarias, 44
— gastro-intestinal, 96, 172, 288
Inflamación
— del ámbito nasal posterior, 76
— de la epiglotis (epiglotitis), 79, 83
— de la garganta, 113
— de las glándulas sudoríparas (Hidradenitis), 113
— de los ganglios cervicales, 34
— de los ganglios linfáticos cervicales, 26, 345
Inflamaciones
— cutáneas purulentas, 107, 112ss, 139
— de la mano, 113s
Influencias del medio ambiente, 230s, 442ss
Influenza, 73s
Infusión
— de hierbas, 198, 288, 427
— de hinojo, 266, 288
Inhalación, con falta de aire, 78, 80, 81, 82, 133
— por Pseudocrup, 79, 82s
— por cuerpo extraño, 79, 80
Inhalaciones, 485
— de vapor, 75, 76, 485
Inmunización, 153
— activa, 154s
— pasiva, 154s
Inmunodeficiencia, 170ss
Inquietud motriz, 435ss, 443
— terapia, 437s
Insolación, 115
Insolencia, 439
Insomnio, 318
Instrucciones para tejer, 489
Intelecto, 382
Inteligencia
— intrínseca del cuerpo, 247
— motriz, 148
Interrupción del embarazo, 187, 188s, 190
Intolerancia
— de la leche, 270
— del azúcar, 99
— del gluten, 94, 99, 271
Intoxicaciones, 56
Intoxicación con alcohol, 56
Intranquilidad infantil (Hipercinesis), 385ss
Ira, 456
Irritación de las meninges, 26
Irritaciones cutáneas en forma de cinta, 108s
Jaquecas, 27
Jardines maternales, 257
Jardín de infantes, 74, 151, 175, 257s, 308, 373ss, 385, 400, 438, 453
Jornada cotidiana, 211s, 258, 375, 400, 428, 462
Juego, 376s, 415, 446
Juegos
— de computadora, 378, 454
— de encastre, 378
Jugo
— de fruta, 269, 281
— de zanahoria, 269
Juguete, 75, 87, 220, 223ss
— efecto fisiológico, 378
Labio leporino, 177
Lactancia mixta, 267, 268ss, 275
Lactante asustado, 309, 424
Lactosa, 269, 270, 274ss
Lana, 72, 87, 111, 112, 203s, 207, 215, 224, 475
Laringitis estridulosa, 82s
Lavado, 209
— compulsivo de las manos, 434
Leche, 264, 265s, 290, 309s
— adaptada, 269s
— de burra, 290
— de cabra, 290
— de oveja, 290
— de vaca, 267ss, 289
— de yegua, 269, 290
— en polvo, 270, 307
— esterilizada, 273
— homogeneizada, 273
— pasteurizada, 272
Lechuga, 42
Legastenia, 225, 396ss
Lengua
— aframbuesada, 126
— saburrosa, 34, 39, 126
Lenguaje, 242ss, 249s
— del bebé, 242
Lesiones
— leves, 59
— oftálmicas por cáusticos, 57
Lesión
— cerebral, 163, 386
— del cráneo, 146
— en el ámbito cefálico, 74
Leucemia, 179
Libertad de movimiento de las articulaciones de la cadera, 208
Licencia por maternidad, 322
Liendres, 116s
Limpieza de la tetina del biberón, 272
Limpieza del oído, 31
Linfadenitis, 34, 113
Linfadenitis de cuello, 34
Linfangitis, 114
Longitud, orientación, 491
Lunares, 100s
Luz, 115, 210
— cielo azul, 201, 210, 212
— solar, 201s
Lógica de los hechos, 413
Machucón, 58
Madre, 317ss
— sustituta durante el día, 257
— internada con el niño, 148
Madurez
— a nivel social, 262
— escolar, 259, 262, 362, 378
— para ir al jardín de infantes, 259
— sexual, 379
Manchas
— de color café con leche, 101
— oscuras de pigmentación, 101
Manteca, 291
Margarina dietética, 291
Mastitis, 107, 266s
Masturbación, 52, 434, 438
Materiales de Montessori, 453
Matraca, 200
Matrimonio, 322
Medio ambiente, 223, 231, 260, 313,

319, 327, 441
Meditación, 148, 470
Melancólico, 326, 330, 331ss
Memoria localizada, 250, 261
Meningitis, 24s, 66, 115, 163, 264
— aséptica, 26
— bacteriana, 26
— por paperas, 26, 162
Mentiras, 253, 353, 358
Metamorfosis de fuerzas de crecimiento en fuerzas de pensamiento, 261s
Micosis, 103, 109
Microenema, 486
Miedo, 68, 85, 100, 146, 148, 160, 174s, 178, 363, 395, 458ss
— al fracaso, 389, 401, 460
Miel, 78, 131, 282, 289, 297, 298ss, 313
Miopía, 27
Mochila, 211
Moisés, 211
Monstruos, 378
Moralidad, 189, 192, 364, 467
Mordeduras de animal y de personas, 60
Mordisquearse las uñas, 433
Movimiento respiratorio
— disminuido, 80
— unilateral, 80
Mucosa de la tráquea, 35, 73
Mucosidad, 78, 79, 80, 84, 133, 138
Muecas, 436, 444
Muerte, 70, 90, 141, 144, 341, 406
— actitud frente a la, 351s
— anhelo de, 440
Muletón, 207
Muñeca, 223s, 415
Método de juego según Froebel, 452s
Nacimiento, 90, 141, 195ss, 217, 225, 237, 248, 321, 341, 362, 377, 381
Nariz, limpieza de, 71s
Natación en el lactante, 217s
Naúseas, 25, 27, 39
Nerviosismo, 389, 457
Nevos vasculares, 100
Niño mogoloide, 191
Niños discapacitados en el jardín de infantes, 258
Niños marginados, 60
Niños pequeños que cojean, 59s, 178
Nodulitos en las cuerdas vocales, 78
Obediencia, 355
Obesidad, 439ss
Ocena, 72
Ojeras, 94
Olores, 200s
Ombligo
— inflamación del, 106
— limpieza del, 106
Ombliguero, 106
Oración, 342, 349ss, 376, 388, 469
Orden, 357
Organismo, 20, 28, 31, 35, 137, 138, 147, 152, 154, 156, 162, 171, 173, 202, 209, 237, 260, 300, 302, 306, 327, 362, 371, 377s, 392, 402, 469s
— aéreo, 88, 136
— líquido, 136s
— sólido, 137
— térmico, 69, 88, 135
— fase de creación, 377
Organización
— aérea, 137
— del estado líquido, 137
— del estado sólido, 137
— térmica, 137
Orientación educativa, 431, 438
Orinar, 47
Orquitis (estrangulación del escroto), 45
— después de paperas, 132, 163
Osito para patalear, 208
Osteomielitis, 50
Ovaritis, 132
Oído
— limpieza de, 31
— supuración de, 30s
Padre, 317ss
Palidez, 42, 45, 55, 66, 106, 177
Palmadas, 358
Pan casero, 292
Panadizos, 113
Pancreas, 131, 132
Papa, 285, 292, 294ss
Paperas, 26, 131s, 136s, 140, 162s
Papilla
— con leche, 283
— de sémola con manzanas, 283
Paracentesis, 30
Pararse, 217, 236ss
Parotiditis epidémica, 131
Parotiditis, ver Paperas
Parto, 195ss, 232
Parálisis, 129, 160
— infantil, 159ss, 163, 190
Parásitos, 43ss
— de la piel, 115ss
Pasividad, 457
Paspaduras, 108s, 265, 282
Pasteurización, 272s
Pavor nocturno, 424
Pañal, técnica de uso, 206ss, 212
Pañales
— descartables, 109, 212
— telas de, 207, 475
Pedagogía Waldorf, 372ss, 404
Pedagogía terapéutica, 258
Pediculosis (piojos), 116
Peine para liendres, 117
Peleas, 353, 415
Pensamiento
— abstracto, 251, 261
— del escolar, 261s
Pensar, 18s, 21, 176, 222, 246ss, 253ss, 327, 340, 342, 355, 382, 386s, 397, 444
Percepciones sensoriales primeras, 198ss, 233
Percepción del propio ser, 405, 413
Persona de referencia, 222, 246, 256, 317s
Perturbaciones alimentarias crónicas, 94
Pertussis (Tos convulsa), 133
Pescado, 301ss
Peso, aumento de, 264, 492
Peso, orientación, 492
Picaduras
— de abejas, 115s
— de avispa, 60, 115
— de insectos, 115ss
— de mosquitos, 116
— de pulga, 116
— de vinchuca, 118
Pie plano, 214
Piel, 100ss
— de oveja, 220
— fría, 203
— marmolada, 105, 203
— seca, 104, 120
— coloración azulada, 105
Pielitis, 44
Pies sudados (Hiperhidrosis), 215
Piloroespasmo, 91
Piojos, 116
Planificación familiar, 183ss
Plantilla, 214
Pleuritis, 36, 80
Posición
— alta de los testículos, 52s
— boca abajo, 38, 205ss
— boca arriba, 239
— del lactante, 50, 205
Postura de cuclillas, 36
Pre-escolar, 259, 453
Precodidad, pensamiento prematuro, 375
Predisposición a las infecciones, 151
Prematuros, 203, 232, 298
Preparación del biberón libre de leche vacuna, 280
Prepucio
— aglutinación del, 51
— inflamación del, 51

Prevención de la enfermedad, 125s, 147ss
Primeros auxilios, 53ss
Problemas
– del sueño, 417ss, 219, 436
– escolares, 385ss, 441
Profilaxis, 147ss
– con suero antitetánico, 60
Proliferaciones linfáticas, 76
Pronunciación de las palabras, corrección, 244
Propia dignidad, 222, 319
Propia experiencia, 443
Pruebas de coraje, 152
Prurito, 100, 103s, 112, 120, 130
Pseudocrup, 79, 82s
Psicofármacos, 425, 438
Psoriasis, 177
Pubertad, 85, 102, 113, 121, 132, 251, 260, 325, 356, 362, 379, 388, 441, 447
Pudor, 61
Pulmonía o Neumonía, 36, 63, 70, 80, 85ss, 124, 135, 172
Punción
– del tímpano, 30
– lumbar, 26, 132
Punzada costal, 36
Puré
– de almendras, 265, 270, 273ss
– de zanahorias, 296
Píldora, 370s
Pólipos o Adenoides, 31, 76
Pústula por calor, 209
Pústulas en el lactante, 102, 107
Quemaduras, 57, 156
Radiación ultravioleta, 201, 210
Radiactividad, 460ss
Radio, 199, 338, 427, 437, 448
Raquitismo, 79, 83, 134, 270, 301, 308ss
– prevención del, 150, 210, 309ss
– profilaxis, 202
– según un estudio del hombre, 312s
Recogimiento, devoción, 349, 350s, 388
Recompensa, 353, 358ss, 394
Reencarnación, 141s, 180, 231
Reflejos innatos, 238
Regresión, 235
Regulación de la concepción, 186ss, 365, 370
Regurgitación, 90
Relación yo-tú, 256
Religiosidad, 336ss
Resfrío, 30, 31, 34, 71ss, 81, 84, 91, 122, 128, 133, 148, 151, 201
Respeto, 351
Respiración, 64, 88ss, 196, 199, 327, 407, 456
– agravada, 54, 79
– dificultad de, 36, 71ss, 83s
Reumatismo, 50, 177, 456
Reunión de madres, 257
Ritmo, 28, 153, 196, 198, 274, 290, 370, 387, 429, 456, 468
Riñón artificial, 177
Robo, 357
Rodilla escoriada, 59
Ronquido, 72
Ropa de lana, 94, 152, 204
"Rubicón" del desarrollo infantil, 381, 447
Rubéola, 125s, 128, 139, 161, 168
Ruidos, 198ss, 310
– respiratorios patológicos, 54, 78ss, 88
Sacudones, 436
Sal, 282, 304
Salivación abundante, 79
Salvado, 283
Sanguíneo, temperamento, 326, 382s, 331ss
Sarampión, 32, 70, 81, 121, 122ss, 126, 128, 130, 139, 146, 164ss
Sarampión, encenfalitis, 124, 164ss
Sarna, 116
Sed injustificada, 47

Seda, 204, 475
Segunda dentición, 251, 260s, 262, 377, 379
Senos
– frontales, 73
– maxilares, 73
Sensación de libertad, 383
Sentido
– del equilibrio, 399
– del tacto, 470
Sentimientos de culpa, 369
Septicemia, 114
Sexualidad, 188, 361ss, 363, 371
Shock, 20, 55, 456
– circulatorio, 77
Siesta, 212, 220
Silla alta, 213
Simpatía, 19, 88, 181, 235, 286, 379, 386
Sinistrismo, 389ss
– aspecto providencial, 393
Sintético, 87, 109, 112, 204, 214s
Sistema inmunológico, 74, 170ss
Sobrecalentamiento, 205
Soledad, 440
Sonanbulismo, 425
Sordera, 132
Sordomudo, 176
Suavizantes, 109
Superficialidad, 457
Suplente de la madre, 310
Supositorio antipirético, 70
Supositorios, 65, 67, 70, 71, 83, 98
– con corticoides, 83
Supuraciones contagiosas de la piel, 107, 112
Supuración del oído, 305
Síndrome
– de Inmunodeficiencia Adquirida, 170ss
– hipercinético, 385ss
Síntoma del trípode, 26
Síntomas de hospitalismo, 318
Taquicardia, 36
Tartamudez, 244, 389, 436
Tejido
– natural, 87
– sintético, 87
Televisión, 199, 338, 369, 387, 437, 442ss, 449, 453, 462
Temperamento
– infantil, 326ss
– autoeducación, 331, 333
– tratamiento pedagógico, 331
Terapéutica constitucional, 21, 31, 52, 85, 91, 103, 113, 388, 434
Terciana o Fiebre Pappataci, 128
Testículo pendular, 52
Tetania raquitógena, 79, 308, 309
Tics, 435ss
Tifus, 165
Torrente de estímulos, 451s
Tortícolis, 50
– muscular, 205
Tos, 35, 63, 73, 80s, 86, 122, 133ss, 148, 201
– convulsa o coqueluche, 80, 133ss, 138, 140, 150, 158s, 211
– en forma de ladrido, 82
– irritativa, 81
Transformación corporal, 260
Traqueotomía, 83
Traqueítis, 73
Trastornos
– auditivos, 76
– digestivos, 108, 264
Tratamiento
– al aire libre, 87
– odontológico de la madre durante el amamantamiento, 267
Trato con extraños, 235
Traumas anímicos, 455ss
Tuberculosis, 166, 211, 266
Tul, 200, 210, 417
Tétano, 116, 121, 156
Uperización, 273
Urticaria, 120
Vacaciones, 222s

Vacuna, anti-coqueluche, 121, 155, 158s, 168
– antigripal, 74, 167, 168
– antipoliomelítica, 121, 159ss
– antisarampionosa, 121, 160, 164ss, 167
– antitetánica, 114, 156s, 158, 167
– antituberculosa, 121, 166, 168
– antivariólica, 169
– contra la rubéola, 121, 161
– contra paperas, 121, 162s, 168
– oral contra la poliomielitis, 159s, 165, 168
– antidiftérica, 121, 155, 157, 168
Vacunas, 125, 146, 147, 153ss
– de células vivas, 154, 159ss, 163
– preventivas, 153ss
Valentía, 144, 149, 169, 449
Vaporizador de agua, 71s, 82, 201
Varicela, 130s, 138s, 165, 168
Vegetaciones, 76
Vejiga, compresa de, 44, 483
Veneración, 380, 470
Verdad, 254, 255, 335, 341, 380
– búsqueda de, 365, 383
Verduras, 27, 281s, 285, 296s, 303
Vergüenza, 236
Verrugas, 118s
Vestimenta, 72, 87, 213ss
Viajes en automóvil, 74, 211
Vida
– afectiva, 376, 379, 386, 388
– anímica, 19, 20, 88, 89, 253, 312, 318, 362, 366, 371, 380, 382, 386, 392, 405
– del infante, 216, 247, 375
– del pensamiento, 469s
– después de la muerte, 140s, 186ss
– prenatal, 186ss, 369s
Video, 200, 369, 387, 442ss
Viruela, 121, 139, 142, 148
Viruela boba, ver Varicela
Virus, 26, 64, 114, 123, 124, 131, 170ss
Vitamina, 280s
Vitamina D, 309s
– efectos, 311
Voluntad, 19, 177, 181, 231, 262, 334, 340, 353ss, 376, 382, 389, 396, 412
– educación de la, 181, 212, 361, 376, 379, 383, 395, 461
Vómito, 25, 27, 31, 45, 55, 56, 58, 64, 90, 115, 123, 126, 131, 289
– acetonémico, 45, 47, 63, 96s
– con grandes arcadas, 91
– después de accidente, 97
– después de un susto, 97
– en la lactancia, 37, 91ss, 283
– en la primera infancia, 96s
Yo, 17ss, 68ss, 89, 136, 137, 138, 140s, 169, 173, 187, 196, 216s, 222, 230, 236, 253s, 261, 299, 313, 327ss, 361, 364, 386s, 409, 417, 440, 468
– conciencia del, 250, 254, 337, 339
– desarrollo del, 252
– organización del, 103, 189
– vivencia del, 20
Zanahorias, 281, 296
Zapatos, 213ss