

## CAPÍTULO 1

### EL HECHO SORPRENDENTE DEL ENFERMAR PSÍQUICO EN LA INFANCIA

**Jaime Rodríguez-Sacristán**

No exagero cuando afirmo que la enfermedad psíquica en la infancia posee una relevancia especial y una trascendencia que supera a la mayoría de las enfermedades que el hombre puede padecer a lo largo de su vida. Muchas enfermedades son peligrosas, todas alteran la vida de las personas y en ocasiones de manera inquietante como ocurre en los casos por los que se interesa la oncología infantil. Pero en Psicopatología Infantil nos encontramos con el hecho sorprendente de hipotecar el futuro personal del individuo, a veces de manera definitiva, hecho que puede hacer sufrir más que la misma muerte. Resulta doloroso que tan pronto, con tan poca edad, pueda deprimirse un niño o romperse como persona en un autismo o una esquizofrenia, o tener que depender de los demás para el resto de su vida por una deficiencia mental. Puede afirmarse que el enfermar psíquico infantil es un vivo ejemplo de suceso antropológico de primera magnitud que pone en peligro la individualidad y la dimensión social de la persona. Cualquier enfermedad es innecesaria e injusta, pero en nuestro caso es, además, disturbadora y hace padecer dolorosamente a la familia.

El **tejido psíquico infantil** es el campo donde tendrán lugar los sucesos -a veces verdaderas batallas- que constituyen el enfermar. Es un terreno frágil, cambiante y con estructuras que se organizan y desorganizan con rapidez y facilidad. La infancia es un bello, largo y difícil camino hacia la adultez, lleno de obstáculos y superaciones, de equilibrios y desequilibrios. Camino que se recorre con un "tempo fugente", un tiempo cambiante y fugitivo sobre un terreno matriz

de una notable capacidad dinámica. El niño está hecho de interacción social: en definitiva de experiencias. Aprende a vivir, tantea, se equivoca o acierta, pero siempre a través de experiencias psíquicas móviles, cambiantes y constituyentes. La Psicopatología Infantil solamente puede ser entendida con plenitud desde esta visión integral y evolutiva, en la que la experiencia es el meollo, la textura básica y la clave. Las raíces de la psicopatología infantil nacen y crecen en un terreno móvil: la personalidad en desarrollo del niño. Por eso es tan importante conocer el tipo de organización que se va haciendo, el "cómo" de la constitución del yo y el estilo de la configuración del aparato mental. Aparato mental que es el resultado de un proceso vivo de desarrollo madurativo y evolutivo, que establece con el entorno una relación de intercambios que originan a su vez cambios sucesivos en la estructura psíquica del niño, para constituir, al final, una organización psicológica determinada propia de cada niño en un momento determinado. Y esa organización es el terreno en el que crecen las estructuras psicopatológicas.

**Las experiencias** son de índole cognitiva, emocional, motivacional, psicomotora, impulsiva y social. De la integración difícil de estas experiencias se van a derivar conductas complejas, conflictos y constelaciones de vivencias que van a ir asociándose de maneras muy diversas. Se organizarán líneas y caminos que dependerán de la capacidad de desarrollo madurativo del niño, de la potencialidad facilitadora o interferidora -nunca neutra- del contexto y de una condición personal, inexplicable la mayoría de las veces, para los problemas y conflictos psíquicos o una mayor o menor facilidad para resolver, compensar o equilibrar los efectos derivados de sus experiencias.

En todo el conjunto del aparato mental del niño ningún plano o aspecto de los que acabamos de resumir es, a priori, más significativo que otros porque ello dependerá, en cada niño, de la manera en que organice e integre cada uno de esos planos y del peso y fuerza dinámica que tengan en el total de su yo, de su personalidad. El concepto de personalidad, con su sentido unitario, permite integrar tantos planos psicológicos y dar sentido a la permanencia de estructuras, rasgo esencial de lo evolutivo y de la psicopatología del desarrollo. Recordemos que la personalidad es un "constructo" mental que se caracteriza por el mantenimiento de estructuras a lo largo del tiempo, en las que el **núcleo experiencial** será el tejido y la llave dinamizadora de las estructuraciones normales y patológicas. Y por ello la personalidad estará en las raíces mismas, en los fundamentos de la psicopatología infantil.

Este núcleo experiencial contiene múltiples vivencias que están vital e históricamente unidas entre sí. Son las de la corporalidad, las comunicativas, las sociales, las motivacionales de las conductas, las expectativas y proyectos, y cómo no, los conflictos y las situaciones que podemos denominar psicopatológicas. Vivencias que van a estar en todo lo que el aparato mental tiene de direccionalidad, de actividad dirigida hacia objetivos, de maduraciones para algo y por algo, y en los aprendizajes de conducta que darán sentido a las otras experiencias en el marco general del desarrollo psíquico. Pero la adaptación, clave primera en la dinámica psicológica infantil, no se entendería sin las dimensiones

emocional y cognitiva que son la esencia de lo experiencial y la raíz de toda experiencia. Según la forma en que se organicen y se asocien estas dos dimensiones así será la estructuración futura. Lo emocional y lo cognitivo van a estar muy cerca, entendiéndose o en discordia. Algunas veces lo emocional estará muy en primer plano. Otras veces lo cognitivo parecerá lo más afectado, pero siempre serán uno y otro, ambos, los que marquen la pauta y la dirección psicológica y psicopatológica. Y para entender mejor esta afirmación, recordemos algunas de las maneras de enfermar psíquico en la infancia: las depresiones en la infancia, las neurosis y los estados de ansiedad, las consecuencias de los estados deficitarios, la paradójica fenomenología emocional de los niños y jóvenes con psicosis o los trastornos de conducta. En cualquiera de estos síndromes podemos encontrar este núcleo esencial experiencial.

### LOS DETERMINANTES DE LA PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA

Son tres los grandes ámbitos que intervienen en la constitución dinámica del hecho psicopatológico infantil. Entre los tres se van a establecer unas relaciones transaccionales que están mediatizadas por el sentido unitario de la personalidad infantil. Esos tres polos son: 1) El organismo; 2) El contexto y 3) El devenir experiencial. El devenir existencial tiene que presidir la dinámica de interdependencias e interacciones porque sólo así recuperan su verdadero sentido los otros dos, el organismo y el contexto. En el cuadro siguiente resumimos esta dinámica global:

Cuadro 1.

#### Los tres grandes ámbitos que participan y constituyen la Psicopatología evolutiva

1.	El devenir existencial ("Tempo fugente") que preside y da sentido a los otros dos ámbitos
2.	El organismo que es el eje genético-genésico, terreno propio, irrepetible
3.	Los contextos

En esta dinámica, para que pueda darse el hecho nuclear del devenir experiencial, **el eje genético-genésico** cumple su función a través de un organismo que 1) mantiene patrones de desarrollo semicodificados, potencialidades y predisposiciones; 2) con la condición de la cronoddependencia que 3) permite constituir y configurar los patrones psicopatológicos evolutivos. Por su carácter genético puede conservar rasgos y transmitirlos, mantener la programación de dotaciones psicobiológicas anatómofuncionales tan importantes para nosotros como el cerebro infantil, órgano sensible, vulnerable, cambiante, capaz de contener, mantener, dirigir y aprender, y que puede ser el "mejor medicamento" de que dispone el niño para resolver sus problemas, si le damos tiempo, libertad y sabemos esperar y confiar en él y no lo interferimos. El **organismo** es capaz de mantener a lo largo del tiempo unos patrones y vías de desarrollo que están

más o menos codificados en forma de potencialidades y predisposiciones, que son poco variables, que dirigen el desarrollo perceptivo, motor, cognitivo, emocional y social (Ausumbel, 1970).

La presencia de un organismo autotransformante, adaptador y autoregulator, es imprescindible para poder entender los patrones psicopatológicos que se establecen a lo largo de la infancia. El esquema es el mismo que en el desarrollo que llamamos normal: potencialidades y predisposiciones que están semicodificadas en el organismo a la espera de que al ir viviendo, las experiencias, en un devenir imparabile e imprevisible vayan terminando de configurarse y constituir los patrones psicológicos y psicopatológicos. (Rodríguez-Sacristán, 1992).

El otro polo, el **contextual**, es el tercer determinante, que pone en marcha experiencias, activando una red ávida, de posibilidades, cualificando el estilo psicopatológico en un devenir existencial estructurante. El contexto posee un fuerte poder dinamizador, en una permanente relación de intercambio, originando, modificando, matizando o constituyendo la experiencia normal o patológica. Esta interrelación va a ser clave de todo el proceso experiencial y la esencia de lo contextual y lo social. La experiencia social infantil se constituye por la llegada de estímulos, sucesos y hechos procedentes del exterior que el niño tiene que integrar, momento en el que el niño participa aunque la parte más activa la pone el entorno. El niño vive, repetidamente, situaciones que tras su persistencia y continuidad van cambiando su dinámica psicológica. El contexto es muy extenso: todo aquello que desde fuera del niño puede intervenir o coparticipar en la experiencia a través de numerosos mecanismos y dinámicas psicosociales. Lo contextual es un tejido vivo, activísimo, cambiante como pluma al viento o fijo como una roca, que parece impalpable, pero que tiene múltiples posibilidades y formas de concretarse, que pueden agruparse en tres grandes órdenes o ámbitos contextuales: el microcontexto, el mesocontexto y el macrocontexto.

Cada uno de los contextos tiene con los otros una relación que podría representarse en el siguiente gráfico, el que un ámbito contiene al otro:

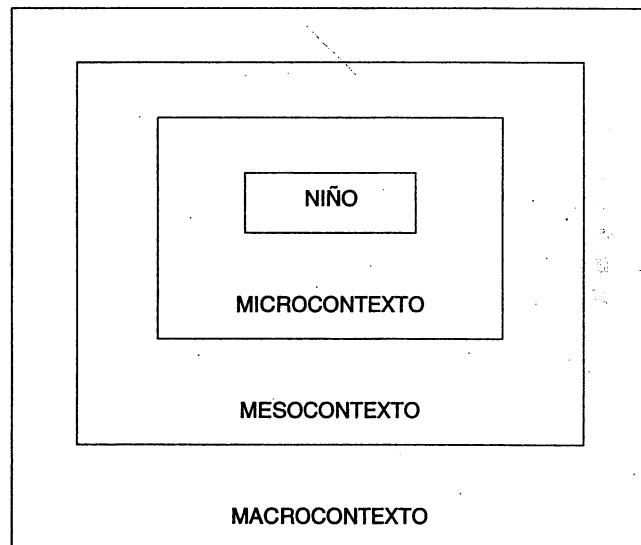
El microcontexto está constituido esencialmente por la familia que es la primera fuerza -en el tiempo y por su transcendencia- que interviene modulando las experiencias infantiles determinando conductas y participando en la personalización progresiva. El contexto familiar posee una estructura relativamente fija, "cuasi biológica", y es un grupo humano con dinámica psicosocial de interrelaciones y de comunicaciones peculiares entre sus miembros que intervienen en el devenir existencial, haciendo las funciones de matriz, como el útero materno, con gran capacidad troqueladora sobre las experiencias. Experiencias que son vividas conjuntamente. Sólo a través de la coexperiencia es posible el intercambio y de ahí el cambio en el niño.

La familia participa en el proceso experiencial a través de la palabra, del tacto, de los gestos y las comunicaciones no verbales y de intercambios afectivos, de actividades conjuntas, de normas educativas y límites a cumplir,

dando una atmósfera y un estilo de vida que se transmite, de modelos vicarios a imitar. Los estilos cognitivos se transmiten en la familia de una manera constante o inconstante, acompañados de una carga emocional. El estilo o tipo de comunicación que se establece entre los miembros de la familia va a matizar la experiencia según sea una comunicación preverbal - el tacto-, no verbal -mirada y sonrisa- y verbal -el sí o el no-. Así se organizan actitudes en la familia que tienen efecto modelador sobre la experiencia según sea una actitud de apoyo, de afecto, de cooperación, de tolerancia, de indulgencia, de protección, de autoritarismo o de control y la respuesta del niño será de obediencia, de afecto, de docilidad, de independencia, de agresividad o de autoafirmación, lo que dará lugar a respuestas cada vez más complejas como las de contagio, de rebelión, de incompatibilidad o sadomasoquista, y todo ello dará lugar a familias ajustadas, neuróticas, psicóticas o rotas, con las consecuencias imprevisibles a que puedan dar lugar.

**Cuadro 2. Los entornos del niño.**

El Microcontexto es la familia, estructura matriz, primer troquelador y primer ambiente en el tiempo. El Mesocontexto lo componen la escuela, la calle, el hospital y las organizaciones sociales. El Macrocontexto lo forma el entorno cultural y ecológico.



El mesocontexto es el segundo ámbito en el tiempo del devenir existencial del niño y está formado por la escuela, por la calle, el hospital y por aquellas organizaciones sociales semiinstitucionalizadas que son estructuras sociales categoriales que actúan como núcleos funcionales con una dinámica viva que van modulando las vivencias infantiles. En comparación con el microcontexto familiar el mesocontexto es más movable, más ágil, más rápido en sus dinámicas, formado por más sujetos y posibilidades de estimulación

psicosocial y la relación con sus iguales empieza a ser cada vez más importante lo que lleva al establecimiento de canales de oposición y de patrones de autonomía, unido a la elaboración del mapa cognoscitivo del ambiente. El aprendizaje vicario es cada vez más acentuado y así se configura un estilo general de vivir que, como veremos más adelante, en la Cuarta Parte de este libro, facilita, en mayor o menor medida, problemas psicopatológicos y situaciones tan importantes como el fracaso escolar, la marginación, las reacciones del niño ante el hospital, y la desorganización social por distorsión en el estatus social que a través de diversas vías como el desempleo o las situaciones de crisis social, puede erigirse en interesantes factores psicosociopatológicos, como también vamos a ver muy pronto.

El macrocontexto es el ámbito más extenso, funcionalmente hablando, y está constituido por el entorno cultural, subcultural y ecológico, por el medio geográfico y sociopolítico, por la identidad de la comunidad en la que el niño se desarrolla y por el medio ambiente y la biosfera en la que el niño vive. Los problemas ecológicos derivados del deterioro medio-ambiental, la influencia de radiaciones nucleares, el estilo democrático o dictatorial de los gobiernos y los grandes criterios y valores preponderantes en una sociedad influyen en el conjunto del devenir experiencial del niño, en una situación en la que éste es más pasivo que activo, porque se da un tipo de intercambio generalmente unidireccional, dirigido hacia el niño, de manera que el niño puede hacer poco: sólo recibir. Su pequeñez es notoria frente a la magnitud de las grandes instituciones sociales o las grandes estructuraciones que por algo denominamos macrocontextuales.

Y por encima de todo el **devenir experiencial**, que es la llave para poder entender la psicopatología infantil y que tiene como esencia el fenómeno vivo de la adaptación y la interacción, a través de toda la riqueza experiencial que aporta la puesta en marcha de las funciones psíquicas del niño, como las que le permiten comunicarse, pensar, querer, ser sexuado e ir cumpliendo un proyecto del que es cada vez más consciente. Funciones psíquicas que son las que a veces enferman, en un paralelismo que nos permite comprender como se aprende a enfermar y que podría ser resumido en el cuadro 3.

Del análisis del cuadro 3 podemos deducir lo siguiente: 1) La extraordinaria complejidad del enfermar psíquico infantil. 2) Las experiencias -síntesis funcional de la actividad psíquica- están en medio de todas las organizaciones psicológicas y psicopatológicas y forman el entramado básico de tejido que se altera. 3) Las alteraciones no tienen un sentido estático y anatómico sino que son vivas, autotransformantes, que cobran sentido en el decurso del vivir del niño. 4) Cualquiera de las experiencias psicológicas y psicopatológicas forman parte de un todo organizado que es la personalidad infantil en desarrollo, que tiene un sello, un estilo y un "tempo" propios; que dispone de unas dotaciones psicobiológicas básicas inmersas en una matriz contextual que si es interferidora o facilitadora originará sufrimiento al niño y a su entorno o le proveerá de armas para su adaptación y realización como persona.

**Cuadro 3.**  
**Las grandes funciones psíquicas que permiten que el niño aprenda a vivir, forman la masa que constituye las organizaciones psicopatológicas**

LAS FUNCIONES DE	POR LAS QUE EL NIÑO ES CAPAZ DE	PERO SI	OCURRE QUE
QUERER	Sentir, vincularse con lazos estables, comunicarse a través de las mil posibilidades del mundo infantil. Organizar un estilo afectivo en el conjunto de la personalidad. Aprende a querer y a expresar sus sentimientos. Y tiene experiencias emocionales complejas.	Desde muy temprano recibe estímulos y modelos afectivos inadecuados. Aprende mal los mecanismos de vinculación y su disposición personal facilita los problemas.	Se angustia o se deprime. Recibe el mundo de manera distorsionada. Todo ello en un largo proceso por el que se llega a la depresión, la angustia, los desenraizamientos y sus graves secuelas, a los aprendizajes neuróticos, los sentimientos de inferioridad, etc.
PENSAR	Interpretar el mundo, percibirlo, ordenarlo en su interior, crear, emplear la inteligencia. Conocer el mundo a través de medios que le ofrece la inteligencia, en un desarrollo progresivo, en el conjunto de la personalidad y de su propio entorno.	Por motivos biológicos, psicológicos o sociales.	Permanece con estructuras deficitarias. No consigue los niveles promedios de autonomía o aprendizaje social (habilidad social) y de realización en su medio.
COMUNICARSE	Comunicación vital integral con lenguaje hablado o comunicaciones no verbales: contacto o juegos en compañía y muchas otras formas de interacción.	No recibe los materiales que necesita o no sabe elaborarlos.	Tiene dificultades para expresarse y trastornos del lenguaje.
MOVERSE Y CONTROLAR SU ORGANISMO	Moverse: de una manera compleja. Controlar esfínteres. Alimentarse. El Conocimiento de su cuerpo y así el organismo posee funciones psicobiológicas. Conductas psicomotoras, de alimentación y eliminación.	Por dificultades del organismo o por deficiente o distorsionado aprendizaje social.	Tics, Ritmias, Distonias, Trastornos en la ingestión y anorexia, Enuresis y Encopresis, Hiperkinasia.
ORGANIZAR SU PERSONALIDAD	Hace esfuerzos por integrar sus funciones. Moverse: de una manera compleja	Por razones internas o externas.	Se rompe, se aísla en forma de psicosis, autismo o esquizofrenia.
ACTUAR Y HACER PROYECTOS	Organiza un proyecto de vida y de conducta.	Por motivos biológicos, psicológicos o sociales.	Se comporta de manera inaceptable con trastornos de conducta.
SER SEXUADO	La identidad sexual como función de la personalidad, muy plástica en edades infantiles.	Por experiencias propias en su mismo contexto y a veces con disposiciones personales.	Organiza su sexualidad de manera conflictiva y tiene conductas, direccionalidad o problemas no deseados social o personalmente.

Sobre estas ideas volveremos de una u otra manera, insistentemente, a lo largo de este libro. Pero no olvidemos en ningún momento que **el desarrollo y organización de las funciones psicológicas son el fundamento, terreno y raíz para las estructuras psicopatológicas en la infancia, que es la clave para entender la psicopatología del niño.**

### **LOS SÍNTOMAS:**

Son las señales que el niño nos emite para comunicar que algo no va bien. A través de los síntomas nos envía signos que son expresión de la enfermedad o son su tarjeta de presentación. Pero las cosas no son simples. Como vamos a ver pronto el desdibujamiento expresivo es un rasgo del enfermar psíquico infantil. No existe una clara especificidad síntoma-síndrome ni una correspondencia entre lo que se ve y lo que hay debajo. Un mismo síntoma puede ser un signo aislado sin mayor significación o bien puede estar ocultándonos patología muy serias, lo que puede inducir a error en su valoración clínica. Y todo ello se complica con la notoria dificultad que el niño tiene para expresar verbalmente lo que le ocurre.

A continuación vamos a examinar los síntomas desde diversos ángulos: la frecuencia, la importancia y la dinámica expresiva a través de factores evolutivos.

#### ***Los síntomas más comunes:***

Existen **síntomas comunes** que se dan con mucha frecuencia a los que se da poca importancia en la familia. No tienen un significado específico y se dan de manera aislada o unidos a otros síntomas similares. Aparecen y desaparecen y no son fácilmente encuadrables. A veces son el primer signo de algún problema emocional o madurativo que pudiera tener repercusiones o consecuencias posteriores.

La **onicofagia** es uno de ellos. Morderse las uñas permite que algunos niños descarguen sus tensiones y liberen parte de la ansiedad que tienen. Se presenta en una cuarta parte de los niños alguna vez a lo largo de su vida y con frecuencia se asocia a otros síntomas como la intranquilidad, rabieta y carácter oposicionista. Ha sido considerado por la mayoría de los autores como un **hábito**, una mala costumbre, un "mal aprendizaje" y no un síntoma clínico. En algunas pocas ocasiones oculta serios problemas psicológicos. Se da más en la primera adolescencia, aunque a veces persiste en la juventud y adultez. Se repite en varios miembros de la familia y, a veces, es indicador de una tendencia anancástica de la personalidad.

**Chuparse el dedo "gordo"** es otro síntoma muy parecido a la onicofagia aunque como señalaba L. Kanner se da en niños más tranquilos, como un hábito más que le produce placer, que les relaja y que se da en edades más tempranas. Otro hábito psicomotor muy parecido es la **tricotilomanía** o

conducta reiterativa de tirarse y arrancarse el pelo de la cabellera, aunque en ocasiones, más raras, se extiende a las cejas, pestañas, etc. Rarísima vez existe la tricofagia. Se da más en hembras que en varones, e indica que hay problemas intrafamiliares.

Las **rabietas** también son unas conductas que se muestran con gritos, pataleos, agresividad física a personas y cosas, con destrucción y estallidos de cólera. Son comportamientos que por sí mismos no deben ser considerados como trastornos de conducta ni encuadrables en una patología seria, según DSM y CIE sino como formas de protesta ante normas familiares. Con frecuencia es una manera de llamar la atención o expresión de un carácter impulsivo o desinhibido. A veces acompaña a otros síntomas, en estructuraciones psicopatológicas más complejas.

Otros comportamientos similares son **las mentiras y los pequeños hurtos**. Las mentiras no tienen valor ante de los 5 años porque es normal la confusión entre la realidad y la imaginación y no deben considerarse como un asunto moral o psicopatológico, por lo que no es aconsejable la intervención. Generalmente son de índole defensiva, para evitar riñas, castigos, etc. Otras veces lo hacen sin darse cuenta como consecuencia de una mala o distorsionada cognición de la realidad. También a veces es una manera ingenua de llamar la atención y el cariño de los mayores. Son las "seudomentiras" de Sutter que no pueden considerarse simulaciones ni fabulaciones completas y desde luego no se puede hablar de mitomanía. En tanto el niño va creciendo en edad, estas conductas se van haciendo menos frecuentes y si persisten, pueden ser consideradas como "mentira-neurosis" que indica problemas emocionales en el área de la autoestima.

Otros síntomas comunes son: la masturbación, los miedos, el pegar a otros niños, las desobediencias, las vivencias del "compañero imaginario" y algunos síntomas orgánicos como el vómito, las cefaleas, los dolores de barriga, la tartamudez pasajera y el retardo en el habla. En el cuadro siguiente se resumen, con un criterio cronológico la presencia de síntomas comunes en las edades infantiles.

### ***El valor de los síntomas:***

La importancia de un síntoma no depende de su frecuencia sino de criterios cualitativos como son la capacidad dinamógena o contaminante que posean, su especificidad o patognomonia, sus repercusiones y el peso que tenga en el conjunto de la personalidad. Pero no podemos esperar nunca claridad en el valor o la importancia de un síntoma. La indefinición es la regla: en el niño la estructura mental alterada se mostrará casi siempre con vaguedad expresiva, nunca con igual claridad, con delimitaciones inciertas y con significados variables o discutibles. Las relaciones entre las diversas estructuras psíquicas van a ser menos consistentes que en edades posteriores. La permanente actividad de la dinámica de progresión y de regresión va a dar

*El hecho sorprendente del enfermar psíquico en la infancia* \_\_\_\_\_

como resultado unos contornos poco precisos y si además existen períodos críticos que se dan en edades más o menos fijas con criterios cronodependientes, la confusión se va a acentuar, obligadamente, en ciertas etapas de la evolución del niño.

**Cuadro 4. Síntomas comunes en la infancia ordenados según las diferentes edades**

PRIMER AÑO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chuparse el dedo</li> <li>- Mantenimiento del uso del chupete</li> <li>- Problemas de sueño</li> <li>- Cólicos</li> </ul>
1-4 AÑOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negativismo, oposición, tartamudeo fisiológico.</li> <li>- Retardos fisiológicos en el habla. Siguen: problemas de sueño, terrores nocturnos, chuparse el dedo, rabietas, problemas de limpieza, aislamientos no graves, miedos</li> </ul>
4-6 AÑOS	Mentiras, oposición a las normas, confabulaciones, ilusiones perceptivas. Intenta imponer su autoridad. Enuresis-Encopresis graves. Peleas, demanda de atención, desobediencias, miedos, celos, timidez, lloriqueo
6-11 AÑOS	Problemas de comportamiento, oposición, timidez, agresividad. Dificultades con las normas escolares. Dificultades de atención
11 AÑOS EN ADELANTE	Persisten y aumentan los problemas de conducta y comportamiento: hurtos, problemas de independencia, pequeñas rebeliones, problemas en torno a la sexualidad: masturbación

Existen algunos "síntomas estrella" que tienen una luz propia, con los que nos vamos a encontrar casi siempre. Estos son la angustia, la tristeza, lo autístico, las conductas violentas o hiperactivas y las conductas psicomotoras. Pero si situáramos nuestro interés en profundizar privativamente en ellos sería un error peligroso. Todos estos síntomas son ambivalentes y poligénicos. Cualquier acercamiento a ello debe hacerse -siguiendo la metáfora astronómica- como si fueran constelaciones, es decir, conjunto de síntomas o estructuras que tienen una relación de interdependencia y de sentido con afinidad funcional que les hace asociarse con otras estructuras dinámicas, manteniendo su propia identidad para componer unas estructuras psicopatológicas de mayor rango. Así nos encontraremos unas cuantas constelaciones: la de la tristeza y lo depresivo; la de la angustia-ansiedad; la de los trastornos cognitivos, autísticos y deficitarios; las de los trastornos de conducta y las hiperquinesias y por último el área de los trastornos que se derivan de una base funcional neurológica. Todo ello supone enfrentar lo estructural a lo sintomatológico, dándole al primero la primacía del significado sobre el segundo.

Senn y Solnitt (1968) hacen una propuesta interesante que consiste en ordenar los síntomas con arreglo al mayor o menor valor psicopatológico, como se resume en el cuadro siguiente:

Cuadro 5. Sintomatología de mayor o menor importancia

PSICOPATOLOGÍA MENOR	PSICOPATOLOGÍA MAYOR
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Excesiva sensibilidad a nuevas experiencias. Algunas manifestaciones de ansiedad</li> <li>- Problemas educativos, algunas dificultades de aprendizaje, falta de interés por aprender</li> <li>- Conductas regresivas (miedo, llanto...)</li> <li>- Trastornos psicomotores (ritmias, rituales)</li> <li>- Quejas somáticas</li> <li>- Mentir sobre enfermedades del cuerpo</li> <li>- Dificultades y rivalidades con los iguales y los adultos; agresividad.</li> <li>- Tendencias destructivas, pataletas</li> <li>- Inhabilidad o mala disposición a hacer las cosas por sí mismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retraimiento extremo, apatía, depresión, duelo, tendencias autodestructivas</li> <li>- Importantes fallos en el aprendizaje, dificultades en el lenguaje (especialmente tartamudeo)</li> <li>- Conducta antisocial, incontrolable: (agresión, destrucción, mentira crónica, hurto, crueldad intencionada con los animales)</li> <li>- Severas conductas obsesivo-compulsivas, fobias, rituales y fantasías</li> <li>- Exhibicionismo sexual, asaltos sexuales a otros, hipersexualidad</li> <li>- Graves enfermedades de base somática, fallos en el desarrollo somático del niño,</li> </ul>

### **La Expresión de los Síntomas:**

La semiología es el estudio de los síntomas y de los signos con que se expresa el organismo, a través de los cuales podemos desvelar la naturaleza de lo que está ocurriendo. La dimensión expresiva del síntoma es por tanto esencial. Se trata de elementos del código de un lenguaje, de una manera peculiar de comunicación que en psicopatología infantil cobra un notable interés. Por ello tendremos que conocer bien algunas de las características de los síntomas como son: 1) La fuerza o intensidad. 2) La tendencia expresiva y 3) La relación que existe entre el síntoma y el llamado "motivo de consulta".

En cuanto a la fuerza expresiva de un síntoma, una de las maneras de evaluarlo es la identificación de la capacidad de molestia que tiene según su potencial disruptivo. Todo síntoma tiene un componente disruptivo. El hecho de que posea el carácter de llamada de atención y un valor defensivo y organizador o desorganizador, no excluye su dimensión de incomodidad. Y desde esa visión podemos examinar como se presenta el síntoma. Existen algunos síntomas disruptivos típicos como la agresividad, las conductas asociales, la delincuencia, algunos problemas en relación al sexo, algunos estados de ansiedad y las conductas hiperkinéticas. Todas estas son conductas de clivaje externo, de expresión externalizante. Achembach (Achembach 1984) ha hecho una propuesta sugestiva siguiendo el criterio expresivo en síndromes externalizantes e internalizantes, a través del análisis factorial y aplicando el Inventario de Conductas

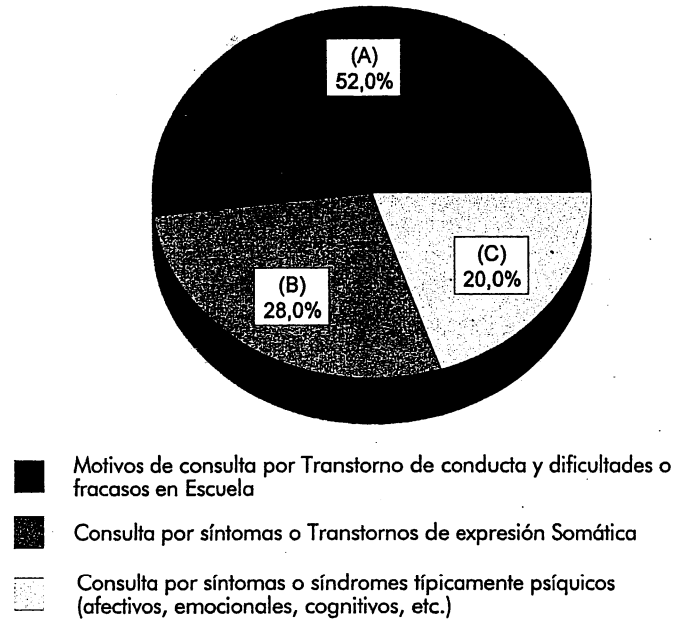
Infantiles CBCL, según estudiamos más adelante en el Capítulo sobre Clasificaciones. Los Síndromes internalizantes son menos escandalosos, pero quizás por ello más preocupantes porque no dan la cara de una manera clara. La familia, generalmente poco sensible, no da valor a los síntomas hasta que no sean llamativos o se muestre de una manera inquietante, como ocurre en la inhibición, etc. En ese grupo se incluyen los cuadros esquizoides de adolescentes, los síntomas anancásticos y obsesivos, algunos ansiosos y en general los síntomas que caracterizan las organizaciones neuróticas. De cualquier manera el interés clínico de esta agrupación es indudable, como ponen de manifiesto las investigaciones en las situaciones de riesgo psicopatológico, de comorbilidad, epidemiológicos, terapéuticos, etc. (Silbereisen, Remschmidt, Verhultz, etc.)

Los síntomas más frecuentes por los que consulta la familia, son: trastornos de conducta, problemas en torno a la escuela y el aprendizaje y síntomas de expresión orgánica. Sobre ello existe un acuerdo tradicional entre los autores: Kanner, Backwin, Shaw, etc. Son los síntomas que la familia nos trae y los que polarizan su interés. En sí mismo no tienen un valor epidemiológico. En la figura 6 ofrecemos datos de nuestra experiencia, en una distribución porcentual. Podemos observar como el 60% de la sintomatología se agrupa en torno a los trastornos de conducta, los trastornos en torno a la escuela, de aprendizaje o de tipo madurativo, y los síntomas de expresión orgánica, a través del cuerpo, como dolores abdominales, cefaleas, anorexia, tics, etc.

Observese como el grupo A con un 52%, el motivo inicial de consulta son problemas de conducta y/o escolares (Trastornos de Conducta 24%; Problemas en torno a la Escuela 18%; Trastornos del Lenguaje 10%). En el grupo B, los Trastornos de expresión somática son un 25% compuesto por Trastornos esfinterianos con un 13%; Trastornos del sueño 2,6%; Cefaleas 3,2%; Dolores abdominales 4,9%; Trastornos alimentación 2%; Tics 1,3%; Trastornos Psicósomáticos 3,4%. En cuanto a motivos de consulta por síntomas psíquicos estos son: Fobias 0,6%; Síndromes psíquicos diversos, 3,6%; Síntomas obsesivos 0,8%; Sintomatología hiperactiva 0,9%; Síntomas o estados psicóticos y Trastornos de relación 2,65%; Retraso Mental 0,50%; Intentos de suicidio 1,2%. Otros síntomas motivos de consulta en menor número, 6%; La experiencia de otros centros clínicos especializados similares al nuestro, coinciden de una manera substancial con nuestra experiencia.

Como tendremos ocasión de comprobar a lo largo de este libro, el síntoma es la llave para entrar en el edificio de la clínica. Y de su justa valoración dependerá el juicio clínico, su veracidad o su falsedad con el alejamiento de la realidad y con ello la eficacia terapéutica y la curación o no. Muchos clínicos critican los tratamientos basados en un criterio de objetivo sintomatológico, porque entienden, no sin razón, que ciertos síntomas son necesarios en un momento dado de la evolución del niño. Pero excedernos en esa línea será muy peligroso. Debemos tener presente siempre que el síntoma en sí es una espina irritativa que tiene repercusiones sociales, familiares y de autoconciencia que generan a su vez más consecuencias negativas para el niño.

Figura 6. Porcentaje de motivos de consulta



Fuente Clínica Universitaria de Psiquiatría Infantil, Sevilla.  
Consulta ambulatoria. N=401.

El síntoma tiene un componente conductual, de hecho empírico, de fenómeno que ocurre y a ello hay que atenerse en primer lugar. En una primera fase tendremos que saber observarlos y descubrirlos tal como se presentan. Después tendrán interés diagnóstico, clasificatorio, epidemiológico, terapéutico, etc. pero ello no debe hacernos perder la perspectiva del valor que tienen en sí mismo. Etimológicamente síntoma viene del griego "Sintomos" que quiere decir: caída, accidente, signo de haber caído, desfallecido o tenido un accidente, es decir la prueba de la enfermedad. En cuanto a los posibles síntomas que se pueden presentar, iremos viendo a lo largo de este libro que son muy numerosos, tanto que una relación de ellos sería en estos momentos inoportuno e innecesario.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Achenbach, MT. "Conceptualization of Developmental Psychopathology" in *Handbook of Developmental Psychopathology*, Miller, S. Plenum Press. New York, 1984
- Ajuriaguerra J. de, Marcelli D. *Psychopathologie de l'enfant*. Edit. Masson. Paris, 1982.
- Ausumbel, D. y Sullivan, E. "Theory and Problems of child Development" Grune Siratton. New York, 1970
- Backwin, Harry y Backwin, Ruth. *Desarrollo psicológico del niño, normal y patológico*. Edit. Interaamericana. México, 1974
- Benedict, R. F. "Petterns of Children". Houghton Mifflin. New York, 1934
- Caldwell, B. M. & Bradley, R. M. "Home observation for measurement of the environement". Little Rock University of Arkansas Press. 1978
- Carey, W. B. & McDevitt, S. C. "Revision of the infant temperament Questionnaire". *Pediatrics* 61, (73-739). 1978
- Cardoze, D.; Rodríguez-Sacristán, J. "Temas de Psiquiatría y Psicología del Niño". Ed. Temas de Seguridad Social. Panamá, 1985
- Clarizio, Harvey y McCoy, G. "Behavior Disorders in Children". Second Edition Thomas V. Crowell. New York, 1976
- Costell, E.; Edelbrock, C.; Costello, A.; Dulcan, M.; Burns, B.; Boeut, D. "Psychopathology in Pediatric primary care: the new hidden morbidity". *Pediatrics*; 82, (415-424). 1988
- Eares, F. "Cultural and national differences in the epidemiology of behavior problems of preschool children". *Culture Medicine and Psychiatry*, 6, (9-20). 1981
- Frinan, P. Hove, G. "Apparent covariation between child habit disorders: Effects of successful treatment for thumbsucking" on untargeted chronic hair pulling *J. Appl Behav. Anal.* 20 (4); (421-425). 1987
- Greydanus, D. E.; Wolraich, M. L. "Behavioral Pediatrics". Springer Verlag. New York, 1992
- Kanner, Leo. *Psiquiatría Infantil*. Editorial Paidós, 1966. Pág. 185.
- Korn, S. & Gannon, S. "Temperament, culture variation and behavior disorders in preschool children". *Child Psychiatry and Human Development*. 13, (203-212). 1983
- Lewis M. and Miller, S. "Handbook of Developmental Psychopathology". Plenum press. New York, 1990
- Lewis, M. "Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook". Williams and Wilkins. Baltimore, 1991
- Marsella, A. J.; Sartorius, N.; Jablensky, A. & Enton, R. F. "Cross-cultural studies of depressive disorders: An overview". In *Culture and depression: studies in the anthropology and - cross-cultural psychiatry of affect and disorder* Kleinman, A. & Good, B. University of California Press (299-324). Beckely, 1985
- McGoldrick, M.; Pearce, J. K. & Giordano, J. "Ethnicity and family therapy". Gaildford Press. New York, 1982
- Pedersen, P.; Sastorius, N. & Marsella, A. J. "Mental health Services: The cross-cultural contexto". Beverly Hills sage. 1984

## CAPÍTULO 3

### LOS RASGOS PROPIOS DEL ENFERMAR PSÍQUICO EN LA INFANCIA

**Jaime Rodríguez-Sacristán**

La textura de lo psicopatológico es esencialmente la misma en todas las edades del hombre pero es indudable que existe una peculiaridad propia de la infancia que nos permite afirmar que el enfermar psíquico en la niñez posee rasgos propios y una singularidad que le diferencia.

En el cuadro 1 se enumeran algunos de los rasgos o características más notorios del enfermar psíquico infantil.

**Cuadro 1. Rasgos propios del enfermar psíquico en la infancia**

1. Causalidad
2. Inespecificidad sintomatológica y organización en forma de estructuras psicopatológicas
3. Capacidad de autorregulación, de reversibilidad y de mutabilidad
4. Patología crono dependiente
5. Diferenciabilidad individual
6. Comorbilidad
7. Psicopatoplastia de contexto
8. Multimodalidad de intervención terapéutica

Sobre algunos de estos rasgos como la causalidad y la forma de expresión de los síntomas ya hemos hecho algunas reflexiones. Sobre otros nos extenderemos más adelante, oportunamente como la necesidad de multimodalidad en las intervenciones terapéuticas. Por ello en estos momentos

solamente haremos observaciones sobre aquellos que no vayan a ser vistos en otra ocasión a lo largo de este libro.

**La capacidad de reversibilidad** es una de las características más significativas del hecho psicopatológico infantil, basado en el hecho de que las conductas en la infancia tienen la posibilidad permanente de autorregulación. Ello le permite el camino hacia la estabilidad y la madurez de las estructuras, tan necesarias en el proceso global del desarrollo psicológico. Y todo ello ocurre a través de mecanismos permanentes que se concretan en las siguientes posibilidades: 1) juego interaccional en un "continuum" permanente; 2) tendencia a la estabilidad y a la conservación de lo conseguido; 3) tendencia a la consistencia de las conductas organizadoras de la personalidad; 4) juego reversibilidad-irreversibilidad de las conductas. Fenómenos todos ellos excepcionalmente interesantes, lo mismo para el desarrollo psicológico del niño que para la organización de estructuras psicopatológicas. Porque el terreno es común, y los caminos convergentes o divergentes van a ser generalmente similares. Los factores facilitadores que intervienen en ambos pueden ser los mismos. Van a servir lo mismo para construir que para disrregular la propia personalidad según la manera en que se presenten. Existe un juego continuidad-discontinuidad a todo lo largo de la niñez. Numerosas conductas siguen un camino continuado casi perfecto. Pero en otras ocasiones no ocurre esto, y la discontinuidad es la norma.

El niño tiene extraordinaria facilidad para estructurarse-desestructurarse, para organizarse-desorganizarse, pero posee la ventaja de que las segundas no son generalmente permanentes y tienen la posibilidad de reversibilidad. Y esto es posible gracias a estructuraciones flexibles, a formas de reacción adaptables. Pero a veces, bien por circunstancias internas (causas genéticas) o externas, o por la existencia de períodos críticos y de mayor sensibilidad, las disrregulaciones se perpetúan, permanecen las disfunciones y las desorganizaciones y se facilita la desintegración y la desorganización, con el desorden, la ruptura o la insuficiencia de la función.

La reversibilidad es la regla en las conductas infantiles, pero las disrregulaciones también son patrones de reacción en la infancia y van a ser muy frecuentes. De ahí la necesidad de favorecer los mecanismos estabilizadores. Cuando una disrregulación se hace permanente la disfunción se queda fijada y a partir de esa situación todo es posible: desde una simple y única respuesta desadaptativa hasta la desestructuración y la desorganización, que ya son palabras mayores. Entre ambas posibilidades hay una gama amplísima de posibilidades. Pero en todas y cada una de estas posibilidades el camino reversibilidad-irreversibilidad va a recorrerse siempre.

**La cronodependencia** es otro de los rasgos relevantes propios del enfermar psíquico infantil: la dependencia de la expresión clínica de las edades y los momentos evolutivos por los que el niño va pasando. De acuerdo con lo dicho hasta ahora y como resultado de observaciones clínicas habituales y universales, se puede afirmar que existen ciertos cuadros que son

propios de unas edades y no de otras. Un ejemplo fácil es el caso del Autismo infantil que es un cuadro que se presenta ante de los 3 años. Y lo mismo ocurre con otros muchos síndromes que tienen como exigencia diagnóstica el límite de edad, por arriba y por abajo, como ocurre con las angustias por separación o en las fobias escolares.

Debemos esperar que a los 7 u 8 años un niño pueda sufrir tics motores con mucha más facilidad que en épocas anteriores o que en la edad adulta, o que un niño de 4 ó 5 años se enfrente a una situación conflictiva con una actividad motora exagerada o a través de crisis de rabietas como forma de conducta anormal que predomina sobre otras. Por supuesto, que las cosas no son tan esquemáticas y en este sentido existen variaciones entre niños de un mismo grupo de edad, pero siempre se puede hablar de unos patrones propios de las diferentes edades.

Será probable que un niño de 8 ó 9 años presente un período de enuresis nocturna con ocasión de un cambio ambiental, la muerte de un familiar, una pesadilla, un examen, etc., y sobre todo si existe una predisposición familiar hacia la enuresis. Pero ya no sería normal que este episodio se repitiera, más que ocasionalmente en un niño de esta edad. Lo que pasa por normal si se da de forma ocasional en este niño de 8 ó 9 años ya no lo es tanto si se da en una persona adulta. De la misma forma, un adulto no va a reaccionar con una encopresis o con una crisis de rabietas ante las diferentes situaciones traumáticas cotidianas, mientras que el niño podrá hacerlo con mayor o menor grado dependiendo de su edad. Así pues, existen unas formas típicas de reaccionar en los diferentes niveles evolutivos por los que pasa el niño, estableciéndose una jerarquía de respuestas, cada una de las cuales se mueve dentro de unas coordenadas de intensidad y frecuencia y que corresponden a las posibilidades psicobiológicas propias de cada edad.

El concepto de cronodependencia sigue el criterio definidor de la edad y del tiempo personal en el que recurren los problemas y también del tiempo evolutivo en que cada problema se va dando, organizando y desarrollando. En cuanto al primer punto ya hemos tenido ocasión de conocer los problemas propios de cada edad, cuando vemos la sintomatología propia de cada edad en el cuadro 4 de este mismo capítulo. Y no vamos a volver a insistir sobre ello. En cuanto al segundo punto, el tiempo personal en el que ocurren los problemas, es indudable que pueden ser decisivos para la creación o generación de psicopatología.

Un ejemplo de psicopatología crono-dependiente podemos verlo en relación con las consecuencias de la privación emocional o de las hospitalizaciones prolongadas en ciertas edades críticas en las cuales las consecuencias podrán ser más o menos irreversibles, mientras que en edades posteriores la situación podrá ser más fácilmente asimilada y superada.

En cuanto al tercer punto, la dependencia del tiempo evolutivo en que cada niño va organizando su problema, los problemas no están claros. Muchos de los problemas del adulto, neurosis, esquizofrenia, depresiones, etc., se dan también

en los niños, pero no se ha podido demostrar, salvo para las psicosis, que exista una continuidad de estos procesos patológicos desde la niñez hasta la vida adulta en un mismo individuo. Por otro lado, no está claro si a muchos de estos cuadros claramente definidos en los adultos se les encuentra igualmente delimitados en los niños. Más bien, cabe pensar que, antes de la adolescencia, existe una gran fluidez en los modos del enfermar psíquico que impide hablar de patología perfectamente demarcada en lo psíquico.

La explicación del hecho de la cronodependencia solo puede hacerse con razones de tipo psicobiológico. La maduración, la semicodificación y las fases evolutivas del desarrollo cognitivo y emocional, que son universales, están en la base de las diferentes formas de expresión clínica relacionadas con la edad, en el juego permanente de interrelaciones contextuales que hemos venido comentando.

Existen una serie de cuadros nosográficos y síndromes del adulto que nunca se van a presentar en el niño y viceversa. Los niños disponen de un repertorio de vías a través de las cuales realizan su interacción con el mundo que les rodea. Conductas que adquieren mayor relieve en ciertos momentos del desarrollo normal. Muchas de estas conductas van cediendo paso a otras mientras se organiza la estructura de su personalidad. Se trataría de una estructuración jerárquica íntimamente relacionada con la organización del sistema nervioso.

Problemas como la hiperquinesia, la enuresis y la encopresis, los tics, los terrores nocturnos, las rabietas y otros trastornos de conducta son algunos de los modos de responder de los niños a las situaciones ansiógenas. Ya hemos dicho anteriormente como estos mismos patrones de conducta están matizados por las condiciones individuales, constitucionales y experienciales, pero corresponden siempre a etapas evolutivas del desarrollo, como podemos ver en el cuadro 2.

**La diferenciabilidad individual** es un rasgo del enfermar psíquico infantil de un interés fuera de lo ordinario por las relaciones y repercusiones que tiene en muy diversos niveles: la personalidad y sus funciones en relación a las causas y los síntomas del enfermar, las formas clínicas de los síndromes y las consecuencias que tiene para el tratamiento. Las raíces de la individualidad son profundas y complejas. Hipócrates (436 antes de Cristo) ya señaló el especial interés que tiene el terreno propio como facilitador o defensor de enfermedades, remarcando el carácter biológico del concepto, en una intuición anticipadora genial de los estudios posteriores que afirman que: cada niño y cada hombre es único, irrepetible, diferente a los demás con su fórmula genética y bioquímica propias y con su historia y su memoria personales. La regla es la gran variedad, el hecho individual y la identidad propia. Esa es la grandeza del niño y del hombre que permiten la construcción del yo individualizado. Las manifestaciones de la idiosincrasia individual existen desde el nacimiento en todos los sujetos. Numerosas observaciones y experimentos así lo testimonian. En la psicopatología esta afirmación es vivamente aceptada y aplaudida.

Cuadro 2. Cronodependencia y psicopatología

EDAD	LOGROS PERSONALES Y SOCIALES	CONFLICTOS	PSICOPATOLOGÍA (más frecuentes)
0-2 años	Progresos notables en comportamientos psicosociales y en relación al organismo. Primer año esencial. Se aprenden los grandes estilos emocionales y afectivos. Integración y organización de la Personalidad	Alterna confianza-desconfianza. Rechaza aunque necesita vincularse Lucha con la oralidad	Autismo Estructuras Deficitarias Síndromes por privación Trastornos de sueño Trastornos digestivos
2-5 años	Consigue eficacias en lenguaje y limpieza. Al principio solitario	Primera crisis vital (30 meses) La aurora de la Personalidad llega con pequeños desequilibrios Independencia Confusión Realidad-Imaginación que origina inseguridad conflictos edipianos	Psicosis desintegrativa Trastornos del lenguaje Trastornos esfinterianos Negativismo y Aislamientos Miedos Estructuras Deficitarias Angustia por separación
6-11 años	Motivaciones académicas y de sus pares. Calma aparente Industriosidad (Ericson) Motivaciones lúdicas Intento de Control Lógico	Empiezan los sentimientos de culpabilidad, de vergüenza, culpa y de soledad que son fuentes de angustia. Conflictos derivados del segundo nacimiento.	Trastornos específicos del aprendizaje Fobia escolar Mutismos Tics Trastornos obsesivo compulsivos Ansiedad generalizada
11-15 años	Tiempo de luces y sombras. Despegue de autonomías. Motivaciones en torno a la psicosexualidad. Vigencia de lo emocional	Conflictos consigo mismo y con los demás. Conflictos de identidad personal, sexual y de roles. Conflictos dependencia-independencia Crisis vital	Trastornos de la alimentación Anorexia Trastornos de la Sexualidad Trastornos de la Conducta Depresiones Síntomas de conversión Esquizofrenia

De manera sugerente, Scalona estableció las raíces de la individualidad. Stella Chess y A. Thomas (1984) la han fundamentado y profundizado estudiando un aspecto de la diferenciabilidad individual como es el **temperamento** que tanto interés tiene en psicopatología, como ya hemos comentado. Las diferencias temperamentales están ya esbozadas desde el nacimiento. Las diferencias constitucionales biológicas están determinadas poligénicamente y determinan en gran parte los modos de interacción del sujeto con su medio ambiente con lo que se facilita el camino hacia unas determinadas formas

psicopatológicas si se dan otras condiciones socio-familiares o circunstanciales en la vida de aquél. Como resumen y sin pretender agotar la información y el interés de los estudios sobre el temperamento se puede afirmar que el temperamento, es la fuente de la que dimanar las variaciones individuales, que tiene una base constitucional y que existen temperamentos o niños "fáciles" o "dificultosos" "lentos en progresar" y "promedio". Las posibilidades de aplicación de estas observaciones para la clínica son muy numerosas sobre todo en el campo de la causalidad, como ya hemos visto. También tiene interés para la propia esencia de lo psicopatológico infantil al permitirnos escoger entre las opciones siguientes: 1º. Un niño sólo puede servir de comparación a sí mismo. 2º. Un niño puede ser comparado con un grupo de niños de edad semejante (p. ej. la edad mental). 3º. Un niño puede ser comparado con niños de subgrupos particulares en los que identificamos previamente los patrones típicos de desarrollo y el niño concreto, individual, es seguido y valorado de forma continuada y secuencial en relación a la categoría concreta en que él falla. Este último criterio es como puede verse, un compromiso entre el primero y el segundo.

Digamos, por el momento, que la controversia crecimiento normativo-diferenciabilidad individual va a matizar todo tipo de valoración psicológica. Las aceleraciones individuales, los saltos abruptos y las dificultades de normalización de las diversas conductas propias de toda evolución psicológica, van a intervenir independientemente de las causas de la diferenciabilidad individual.

El tejido psicopatológico tiene la característica de la pluralidad: en su propia constitución, en lo etiopatogenético; en la dinámica cambiante de las estructuraciones y en la dinámica adaptadora. La personalidad del niño realiza la función suprema de la síntesis de lo existencial en lo vital, integrando los muchos planos que la constituyen.

Esta condición va a determinar algunos de los rasgos más propios del enfermar psíquico infantil y ello, a su vez, influirá en nuestra manera de resolver los problemas, de diagnosticarlos y de tratarlos. Así podemos entender mejor la cocausalidad, la comorbilidad, la inespecificidad en la expresión clínica y la necesaria multimodalidad en las intervenciones terapéuticas.

Ya hemos tenido ocasión de conocer algunos de estos rasgos, y otros serán estudiados más adelante. Ahora veremos solamente el fenómeno de la comorbilidad.

**La comorbilidad** es la concurrencia conjunta de dos o más estructuras psicopatológicas. Es decir, la presencia coincidente de más de un síndrome. Hecho que ha sido reconocido hace poco tiempo, sorprendentemente (Rutter, 1977). En los últimos años se han ido acumulando observaciones, estudios e interpretaciones de los datos epidemiológicos que permiten afirmar: 1) La Comorbilidad es extremadamente común. 2) Rara vez se presenta de forma "pura" un Síndrome. 3) El solapamiento de estructuras es lo más habitual y la realidad clínica es mixta. 4) No se trata de un encuentro casual y separado

de dos estructuras psicopatológicas ni de que una se injerte en la otra ni una asociación simple. Es una integración funcional con la coparticipación de ambas estructuras de una manera intrincada, íntimamente interrelacionada en una dinámica de afinidades y simpatías sindrómicas.

Existe un patrón comórbido, es decir una tendencia de las estructuras a ir unidas, de lo que se derivan hechos clínicos de indudable interés: a) la estructura resultante de la unión es cualitativamente diferente de las dos por separado (Rodríguez-Sacristán, 1987). b) Existe una cierta tendencia a que unas estructuras se asocien más fácilmente con unas que con otras. Existe una tendencia natural a ir unidas: la depresión y la ansiedad; la deficiencia mental y el autismo; los trastornos del comportamiento y el síndrome por déficit de atención e hiperkinesia. Las razones de estas afinidades no están suficientemente claras aunque existen sugerentes aportaciones que tendremos ocasión de ir conociendo de una manera más detallada a lo largo de este libro. c) Los resultados de la integración son muy variables e imprevisibles. No conocemos bien las reglas y normas que siguen al asociarse.

Para poder entender mejor el fenómeno de la comorbilidad es necesario partir de una comprensión del enfermar a base de estructuras psicopatológicas y no de diagnósticos, es decir de organizaciones y patrones psicopatológicos y no de entidades clínicas. El modelo topográfico por el que un trastorno formaría parte del otro es insuficiente. Las representaciones topográficas en este sentido son útiles pedagógicamente pero no reflejan la realidad. El sentido evolutivo y autotransformante que poseen las estructuras psicopatológicas infantiles -de los que hemos venido hablando de manera continuada- también es aplicable a los patrones de comorbilidad.

De lo dicho sobre comorbilidad se va a derivar una consecuencia: la comorbilidad es también una condición de riesgo porque se puede afirmar que una estructura psicopatológica llama a la otra y facilitará las asociaciones para otros problemas y síndromes. Desde este punto de vista sería también una circunstancia influyente causal. De cualquier manera la comorbilidad se deriva de la propia esencia constitutiva multidimensional de lo psicopatológico.

**La Psicopatoplastia de contexto** es un rasgo esencial en el enfermar psíquico infantil. Ello es debido a la capacidad de maleabilidad, de modificabilidad y de plasticidad que tienen las organizaciones psíquicas del niño, ya sean normales o patológicas. Y en estas últimas, las que a nosotros nos interesan, está probada la condición de la influenciabilidad de origen contextual y con ello una dependencia funcional del ambiente que ocurre en cualquier edad, aunque especialmente obrará en los primeros años, cuando la organización de la personalidad se va cumpliendo en un mayor esfuerzo integrador y unificador. La explicación del porqué de esta plasticidad no es simple. Es un mecanismo psicobiológico, de adaptación, por el que se van creando nuevas formas que participan con una función constructiva, organizativa y defensiva. Cuando la presión y la demanda del ambiente es muy fuerte o los sucesos del entorno son patógenos las respuestas defensivas se multiplican

y el contexto se hace estresante, es decir, fuente de cambios no deseados. Pero ello no ocurriría si no hubiera una dotación biológica inicial en la que la plasticidad del cerebro infantil es una condición necesaria. El término psicopatoplástico lleva implícito: la experiencia con lo interactivo como clave psicológica y el carácter patológico de la nueva formación, resultante de la presencia de un contexto influenciador. Será oportuno recordar ahora las consideraciones que hacíamos al analizar las dimensiones contextuales de la experiencia psicopatológica -el polo contextual- y las múltiples posibilidades que tiene el ambiente para ser causa de problemas psicopatológicos.

Razones empíricas, clínicas y experimentales permiten afirmar que la unidad psicopatoplástica es un fenómeno de condición ineludible, junto a otros rasgos, en el enfermar psíquico infantil. Idea asumida por los clínicos aunque históricamente han habido algunos cambios en la manera de entender esta relación. Así hemos pasado de una focalización en lo familiar a una psicopatoplastia de contextos más amplios o dicho de otra forma: hemos pasado del centro de "interés por la familia y los factores que en ella influyen" a entender que el meso y el macrocontexto también son la matriz donde se genera y constituye la posibilidad de psicopatología infantil, con un sentido ecológico y de conjunto, con todo lo que ello puede implicar para la comprensión, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas psíquicos en la niñez. Durante mucho tiempo se había pensado que el microcontexto es la vía regia en psicopatología social infantil. El psicoanálisis defendió, con sugerentes observaciones, que la relevancia se situaba en una relación básicamente diádica. Poco a poco se ha ido dando mayor énfasis a una interacción con el mesocontexto. La llegada de la psicología y la psiquiatría comunitarias han hecho situar el centro de gravedad en una dirección cada vez más amplia, con la participación de la sociedad en el conjunto, y lo cultural como medio de facilitación de las estructuras psicopatológicas. La familia sigue manteniendo un lugar de privilegio, considerada ésta como un sistema dinámico y vivo, matriz de las experiencias infantiles psicopatológicas, pero a su vez mediatizada. Esto que ya había sido dicho por Hipócrates hace 2.500 años, parecía haberse olvidado. En una intuición genial afirmaba que para curar a los enfermos era necesario "saber de que forma viven", conocerla y valerse de ella.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Ajuriaguerra, J. de; Marcelli, D. "Psychopathologie de l'enfant". Masson. París, 1982.
- Anderson, J. Willians, S. McLee, R., et al "DSM-III Disorders in Preadolescent Children". Arch. Gen. Psychiatry, (44-69); 1987
- Anderson, J. Willians, S. McLee, R. et al "Cognitive and Social correlates of DSM-III disorders in preadolescent children". J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, (28-842); 1989
- Bird, H. Gould, M. and Stagrezza, B. et al "Risk factors for maladjustment in Puerto Rican Children", J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, (28-847); 1989

- Bird, H.; Gould, M. and Stagrezza, B. "Patterns of Diagnostic Comorbidity in a community Sample of children Aged 9 through 16 years". *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 32, (2), (361-368); 1993
- Boyle, M. H. y Offord, D. R. (1988). Prevalence of childhood disorders, perceived need for help Study of Ontario. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 20: 374-387.
- Cardoze, D.; Rodríguez-Sacristán, J. "Temas de Psiquiatría y Psicología del niño". Eds. Temas de Seguridad Social. Panamá, 1985
- Caron, C. & Rutter, M. "Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, (1064-1080); 1991
- Chess, S.; Thomas A. "Origins and Evolution of behavior Disorders". Brunnes Mazes, New York, 1984
- Chess, S.; Thomas, A. "Temperament in clinical practice". Guilford Press. New York, 1986
- Harrington, R.; Fudge, H.; Rutter, M.; Pickles, A. & Hill, J. "Adults outcomes of childhood and adolescent depression". *It Dinks coith antisocial Disorders Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 30, (434-439); 1991
- Hipócrates, Naturaleza del hombre. *Littre VI-64*.
- Hipócrates. Pronóstico. *Littre II. Pág. 110-112*.
- Leckman, J. F.; Dolnanski, E. S. y Hardin, M. T. 1990. Perinatal factors in the expression of Tourette's Syndrome. *J. Am. Acad. Child adolescent psychiatry*. 29: 220-226.
- Lewis, M. and Miller, S. "Handbook of Developmental Psychopathology". Plenum Press. New York, 1990
- Offord D. R, Boley, M. H.; Szatmari, P. et al "Ontario Child Health Study II: Six-month prevalence of disorder and rates of Service Utilization". *Arch Gen Psychiatry*, 44; 832; 1987
- Richard D. R. "Longitudine Relations between Temperament Trait and behavioral Syndromes in Middle Childhood". *J. And Child Adoles. Psychiatry*; 32, (2); (287-290). 1993
- Rodríguez-Sacristán, J. Patrones psicopatológicos en edad escolar. En libro de Actas de la Reunión de la Sociedad española de Psiquiatría infantil. Zaragoza, 1992.
- Rutter, M. "Temperament, Personality Activity". Brunnes/Marzel. New York, 1977
- Rutter, M. Introduction. In "Scientific foundations of developmental Psychiatry". Rutter M. Heine-man; (1-7). London, 1980
- Schmidt, M. & Remschmidt, H. "Needs and Prospects of child and Adolescent Psychiatry". Hans Huber Publishers. N. York, 1989
- Smith, S. D.; Pennington, B. F.; Kimberling, W. J. y Ing, P. S. Familial dislexia. *J. Am. Acad. Child adolescent Psychiatry*. 29: 204-213.
- Thomas, A. Chess, S. Birch, HG "Temperament and Behavior Disorders in Children". New York University Press. 1968
- Thomas, A. Chess, S. "Temperament and development". Brunnes/Mazel. New York, 1977
- Thomas, A. Mittleman, M. Chess, S. et al "A temperament questionnaire for early adult life". *Educ Psychol Heawre*. 42, (591-600). 1982

## NORMALIDAD Y ANORMALIDAD EN PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Todo el mundo "opina" sobre la normalidad o no de las conductas infantiles. Los padres y amigos, los educadores y lógicamente los profesionales. La mayoría de las personas tienen una idea sobre cuales son los límites que no deben ser sobrepasados. Existe una indudable sanción social que a veces acierta de manera sorprendente y otras veces se equivoca con estrépito. Y lo mismo ocurre con los profesionales: las posibilidades de error son tremendas. No existen normas claras para establecer o no la normalidad. No hay leyes concluyentes o excluyentes.

No debe extrañarnos esta situación. Si recordamos algunos de los rasgos del enfermar psíquico en la infancia sabemos que existe una remarcable imprecisión en la expresión psicopatológica. El desdibujamiento, la vaguedad y la variabilidad evolutiva son la regla. Los cambios según la edad y la historia o el terreno de cada niño individual, hacen mucho más difícil enjuiciar la conducta en unos límites aceptables de forma universal.

La Organización Mundial de la Salud entiende que la normalidad es "un estado de completo bienestar físico y mental". Concepto que en lo que a lo mental y al niño se refiere no es aplicable. Añadir a esa propuesta la "ausencia de enfermedad" tampoco resuelve satisfactoriamente el concepto de normalidad que es un concepto resbaladizo con varias posibilidades de acepción o interpretación según el plano desde el que lo abordemos. El criterio de normalidad como salud (ausencia de enfermedad) no es útil en Psiquiatría Infantil.

Tradicionalmente se han venido empleando tres criterios para valorar la normalidad: 1º) el estadístico; 2º) el de funcionalidad y 3º) el de idealidad. El criterio de normalidad estadística emplea la norma matemática como instrumento conceptual. El ejemplo más típico y mejor conocido es la distribución del cociente de inteligencia en una curva en forma de campana, en la que lo normal sería el promedio que tendrá a su derecha e izquierda las desviaciones sobre la norma. Información que puede ser interesante para conocer las características generales de una población en un área determinada. Sirve por tanto para los grupos pero no tanto para el individuo. Es útil para la epidemiología y para los estudios de psiquiatría social y comunitaria, pero de menor interés para la clínica personalizada desde el momento en que los estudios y datos obtenidos por esta vía tienen poco en cuenta lo evolutivo y lo longitudinal. En el ejemplo citado de la distribución porcentual y estadística de la inteligencia en la población infantil nos encontramos con que, si bien es verdad la evolución lineal progresiva de la inteligencia en los niños, los problemas que plantean las desviaciones de la inteligencia sobre la norma son de tal calibre que hacen que en el caso de la deficiencia mental o de los estados deficitarios, el dato estadístico psicométrico sea rechazado en la actualidad para dar cabida a lo cualitativo.

El criterio de idealidad, también llamado criterio de normalidad como utopía es un juicio global, valorador sobre el acercamiento o alejamiento de una meta que sirve de comparación, o según el cumplimiento de lo exigido para que pueda ser incluido en una categoría que previamente hemos establecido. Se trata de un criterio cualitativo que dependerá de la posición o situación del evaluador, del que enjuicia, y por tanto de sus valores y de los prejuicios del entorno. Un ejemplo típico de ello es el fracaso escolar. El criterio de normalidad ideal tiene interés en casos que necesitan tratamiento psicoterápico rehabilitador continuado o reeducativo que tiene como objetivo conseguir unos resultados específicos programados, con metas claras.

El criterio de "normalidad funcional" es útil para la psicopatología clínica porque se centra en las funciones de adaptación con todo su contenido evolutivo, autotransformante, etc., según hemos visto. Este criterio recoge las ventajas de lo que se ha llamado la normalidad como proceso, porque entiende y acepta el rasgo imprescindible de lo evolutivo, de lo interactivo.

Llegado este momento debemos dar respuesta a una pregunta ineludible: ¿Existen diferencias básicas y fundamentales entre lo normal y lo patológico en el psiquismo infantil? ¿Existe continuidad entre uno y otro dominio? La disyuntiva se plantea en torno a si aceptamos o no aceptamos una "continuación" entre lo normal y lo patológico y si esta continuidad existe, cuál es su naturaleza.

Recogiendo el sentir del pensamiento preponderante podemos afirmar que lo normal sería la gran proveedora y que no habría un salto cuantitativo sino una transformación cualitativa en una franja amplia con cambios sutiles en la mayoría de las ocasiones en los que la dinámica: progreso-desorganización, estabilidad-regresión, organización-desorganización-desestructuración, se dan en el marco global del desarrollo infantil. No se trataría, por tanto, de una diferencia de grados en una escala de conducta sino de un ámbito de afinidades funcionales en los que la diferencia fundamental radica en la expresión específica de cada una de ellas -la normal y la patológica- pero no en lo esencial. No olvidemos que las líneas generales del desarrollo psicológico en la infancia obedecen al criterio de entender la niñez como un todo organizado, en una sucesión de estructuras con sentido unitario en las que se incardina lo psicológico. De esta manera lo psicopatológico implanta sus raíces en lo normal, por lo que siempre habría un cierto paralelismo convergente o divergente con las conductas normales en la mayoría de las expresiones clínicas de la infancia. Aunque no se pueda afirmar de una manera absoluta, continuismo significa persistencia de contenidos.

La opción discontinuista es generalmente rechazada. Todos los modelos científicos tienden a establecer una relación de continuidad. El psicoanálisis fue pionero de esa dirección, manteniendo posturas muy claras como la de entender que dos de las grandes estructuras psicopatológicas como la neurótica y la psicótica son experiencias que forman parte del desarrollo normal. Y otros acercamientos metodológicos tienden a aceptar dinámicas procesuales y evolutivas.

Las diferencias entre una u otra situación -la llamada normalidad y la de anormalidad- radicaría en la inhabilidad o la incapacidad para realizar funciones psíquicas complejas y la dificultad para poder resolver las demandas externas o internas del niño ante las que el menor reaccionará de manera más o menos duradera adaptándose, hiperadaptándose (Beauchesne, 90), regresando, inhibiéndose, o con patrones de agresión, huida, inmadurez (Quay, 72) rompiéndose, o con respuestas que implican gravedad.

Una forma de conocer la mayor o menor normalidad de un fenómeno clínico es la valoración que hacemos de un síntoma. Ya hemos visto que este es un difícil reto para el profesional por la variabilidad de significado que el síntoma puede tener. Por ello debemos abstenernos de enjuiciar una situación por la simple semiología. Ese es un callejón sin salida, salvo muy contadas ocasiones o situaciones clínicas en las que nos encontramos con síntomas patognomónicos. Pero ello rara vez ocurre.

El pronóstico puede ser empleado como criterio para evaluar la normalidad o no de un síndrome utilizándolo de manera inferida. La mayoría de los estudios de seguimiento coinciden en afirmar lo siguiente: El 30% de los niños con serios trastornos psicopatológicos continúan teniendo moderados o severos problemas psicopatológicos en el futuro. El 70% de los niños que han tenido problemas psicopatológicos infantiles (con exclusión de psicosis o graves trastornos de agresividad o conducta) terminan engrosando lo que se denomina de una manera amplia, adulto normal. 3) El futuro dependerá de la naturaleza del problema tanto como de la influencia del contexto. Según las diversas áreas psicopatológicas afectadas la permanencia o no de problemas, será variable con peores perspectivas para las fobias severas, las conductas sociopáticas y las psicóticas (3/4 partes no mejora) y con una transitoriedad relativa para los tics, miedos, trastornos del lenguaje, fobias escolares, dislexia, trastornos neuróticos (3/4 partes mejora), predelincuencia (3/4 mejora), conductas sociopáticas (1/3 mejoran), y esquizofrenia (1/4 consiguen un ajuste social). Datos que nos hacen pensar que el futuro es un hecho de indudable interés para enjuiciar la mayor o menor gravedad que un síndrome conlleva, por lo que debemos ser muy prudentes antes de enjuiciar la anormalidad o no de un problema porque el futuro depara grandes sorpresas.

**La gravedad**, palabra de origen sanscrito tiene la significación etimológica de lo pesado, lo importante o lo peligroso y en medicina popular es lo que pone en peligro la vida o va a hipotecar seriamente su futuro. En psicopatología infantil no nos interesan tanto las "enfermedades graves de la infancia" en sí, sino en la medida en que dificultan u obstruyen su proyecto como persona (Rodríguez-Sacristán, 1988). Algunas enfermedades pediátricas de las que llamamos graves no tienen repercusiones psicológicas o psicopatológicas notables. En cuanto a la gravedad de algunos cuadros psicopatológicos infantiles viene dada también por su capacidad invalidante, como ocurre en las psicosis. Sin embargo la gravedad va a venir también de situaciones que no parecen alarmantes ni urgentes, que con frecuencia proceden de fuera, como son las situaciones de privación, las relaciones disecológicas y el maltrato y abuso del niño. Grave es todo lo que impide el desarrollo armonioso de la persona. Lang (1979) ha analizado los

## CAPÍTULO 5

# LOS FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. EL MODELO DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO

**Michel Dugas**

En los últimos treinta años han evolucionado mucho la formación y el modo de trabajar de los psiquiatras infantiles. A una forma de aprendizaje personal o por amistad con los más veteranos, basado en la observación de casos individuales, completado eventualmente con un psicoanálisis didáctico, le ha sucedido la adquisición de los conocimientos basados en: 1) un estudio metódico y sistematizado de grupos de niños y de adolescentes de la población general y de la población clínica; 2) una aportación teórica y experimental de las ciencias psicológicas, sociológicas y neurológicas; 3) una relación osmótica con la psiquiatría del adulto, transformada después de los años cincuenta, y 4) la proximidad con la pediatría. Para que el campo de una práctica médica tenga acceso al rango de especialidad médica, hace falta que tenga una base científica que le sea específica aunque esta base dependa en parte de los fundamentos científicos de otras especialidades. Es necesario también que los clínicos de esta especialidad compartan un similar cuerpo de conocimientos y de competencias. También es necesario que tanto las bases como las competencias específicas hayan alcanzado un nivel tal de claridad conceptual que puedan constituir la arquitectura que exige todo "currículum" de formación. Actualmente se puede decir que la psiquiatría del niño y del adolescente lo tiene. (Tarjan, 1991).

Un método es un procedimiento sistemático, una técnica o un modo de encuesta sistemática, utilizado por una ciencia particular (Webster, 1981). La metodología se puede definir como el estudio sistemático a través de la observación de la práctica científica, de los principios que la sustentan y los métodos de investigación que utiliza (Larousse, 1989). La metodología de la psiquiatría del niño y del adolescente se caracteriza por la pluralidad y diversidad de sus principios fundadores y por sus métodos. Al no poder asegurar en este capítulo un estudio de esta metodología que sería exhaustiva, nuestra guía será el criterio de claridad conceptual a la hora de elegir las bases científicas y los métodos que nos permitirán adquirir las competencias específicas en cada especialidad médica. El ejemplo final de la psicopatología del desarrollo vendrá a confirmar cómo se encuentra en el corazón de las preocupaciones más importantes de los psiquiatras de niños y adolescentes el concepto de desarrollo.

## **LAS BASES TEÓRICAS**

De un modo esquemático se pueden clasificar las teorías que fundamentan la psicopatología infantil en dos grupos: 1) aquellas que se construyen a partir de la observación del niño a lo largo de su desarrollo o a partir de niños en situaciones críticas; 2) aquellas que resultan de la aplicación al niño y al adolescente de teorías o conocimientos generales biológicos, psicológicos y sociológicos.

Distintas teorías han contribuido a la comprensión de los trastornos mentales del niño y del adolescente y algunas de ellas han tenido implicaciones terapéuticas, como las teorías psicoanalíticas y del aprendizaje. La aplicación de los procedimientos experimentales ha venido a confirmar, rechazar, constreñir o relativizar las afirmaciones teóricas. Si la referencia a la clínica permanece consustancial a la constitución de las bases teóricas de la psiquiatría del niño y del adolescente, ésta debe respetar también el método experimental. Dicho de otra manera, las observaciones clínicas no controladas -sometidas a un procedimiento comparativo cuantificado- sin lugar a dudas pueden ilustrar las afirmaciones teóricas -ya que son generalizables- pero no constituyen las justificaciones experimentales (y a posteriori) de una teoría.

Sería imposible citar aquí todas las teorías y conocimientos que constituyen las bases teóricas de la psiquiatría del niño y del adolescente y a pesar de ello no dejaría de ser meramente un resumen. Para cada una de ellas se dará la referencia de una revisión general. Sólo se indicará el origen y su aplicación en psicopatología del niño y del adolescente.

## **LAS TEORÍAS DEL DESARROLLO COGNITIVO**

Las teorías del desarrollo cognitivo describen y explican los cambios ocurridos en las representaciones mentales del mundo físico y social del niño, incluyéndole a él mismo, desde el nacimiento a la madurez. Estas representaciones

engloban lo que es conocido y cómo ha sido conocido. Las teorías del desarrollo se pueden dividir en dos grupos según que conlleven o no la noción de estadio del desarrollo. Las primeras implican la existencia de una discontinuidad en el desarrollo. Las segundas no necesitan una secuencia invariable o unas estructuras integradas en unos terrenos extraños dentro de un esquema de organización unívoco. Estos dos grupos de teorías tienen en común una tendencia a la integración jerárquica y el tomar en cuenta una dinámica de va-y-viene de la diferenciación y de la integración (Yates, 1991).

El inmenso mérito de Piaget (1896-1980), creador de un nuevo ámbito de estudio en psicología, la epistemología del conocimiento en el niño, reside no sólo sobre la brillante interpretación de sus observaciones individuales selectivas, sobre la coherencia de los estadios del desarrollo que él individualizó y sobre el reducido espacio dejado al contexto afectivo y social en el que se ejerce el pensamiento lógico (Hobson, 1985). Para los clínicos, la teoría de Piaget llama la atención sobre la existencia de caracteres comunes de la cognición en los diferentes dominios a una edad determinada y sobre el "rol" activo del niño en la construcción de su propia experiencia. Es también una guía para comprender cómo según las edades de los niños pueden construir significados diferentes de un mismo acontecimiento.

**La teoría del procesamiento** es un acercamiento metodológico que no se corresponde a una sola teoría. Tiene como postulado que la condición humana, en tanto que sistema de tratamiento de datos, es análoga a un ordenador. Para sus defensores, como para los piagetianos, el niño construye, organiza y transforma la información de forma activa; pero las explicaciones que dan de los procedimientos utilizados son muy diferentes. Su análisis de las etapas de tratamiento de un fallo cognitivo es cuantitativo y secuencial, mientras que Piaget analizaba la forma lógica. La estrategia de búsqueda en el tratamiento de la información consiste en describir los procedimientos mentales que transforman las entradas sensoriales o perceptivas en salidas cognitivas o comportamentales. En otros términos, esta estrategia analiza la codificación, las capacidades necesarias para el almacenamiento y para la transformación de la información y su decodificación. Los diferentes modelos de tratamiento de la información pueden interpretarse en términos de "crecimiento" del espacio, de rapidez y de complejidad de organización de las estructuras de representación. Todos hacen depender el aumento de las capacidades de tratamiento de la información de la experiencia que habitualmente está correlacionada con la edad. Se han propuesto diversos modelos de tratamiento de la información: el que hace intervenir el paso de la información por la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo y la memoria temporal de trabajo; el de la organización semántica con los sistemas de redes y de producción declarativa o de procedimiento (saber cómo hacer); el modelo de los componentes. Siendo un componente: "un tratamiento elemental de la información que opera sobre las representaciones internas de los objetos o los símbolos" (Stemberg, 1984); existen tres tipos de componentes: de los resultados, de la adquisición del conocimiento y de los metacomponentes.

Se ha reprochado a los diferentes modelos de "tratamiento de la información" que hayan sido elaborados a partir de estudios sobre el aspecto cognitivo del adulto, de no haber integrado suficientemente los cambios cognitivos que ocurren en la infancia desde una perspectiva del desarrollo. Los cambios ocurridos en la capacidad de tratamiento de la información se han estudiados en los adultos que pasan del estado de novatos al de expertos. Pero no es seguro que el desarrollo cognitivo del niño al adulto suceda de la misma manera. Han habido pocas aplicaciones de la teoría de la información en la comprensión de las emociones, la motivación y el desarrollo social.

Para el clínico, la teoría del tratamiento de la información atrae la atención sobre la dimensión cuantitativa de la cognición, en particular de las operaciones mnésicas (memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, memoria de trabajo) y las cadenas asociativas. Las capacidades del niño para comprender los acontecimientos dependen de la cantidad de información que pueda asimilar, independientemente de la forma que ésta tenga. Muchas de la informaciones y explicaciones dadas a un niño comportan demasiados elementos para que puedan ser comprendidas a menos que se le ayude. Esto suele hacerse asociándola a un material familiar, lo que lo hace más fácilmente asimilable.

La *teoría neo-piagetiana* propone una mezcla de las posiciones cuantitativas y funcionales de los defensores de la teoría del tratamiento de la información y las posiciones cualitativas y estructurales de la escuela de Piaget. Case (1985) conserva la noción piagetiana de las estructuras cognitivas generales, las edades específicas, evolucionando según una secuencia invariable. Por otra parte, éste autor considera, que los conceptos de estrategias de resolución de problemas y de limitación de las capacidades de la memoria de trabajo aportan un modelo cognitivo más preciso que los análisis simbólicos lógicos de Piaget. Según Case, las cogniciones del niño están constituidas por esquemas que representan "patrones recurrentes de estimulación" o "estados" que él denomina "representaciones de estado" y de esquemas que representan la transformación de esos estados que él denomina "operaciones". La activación de un esquema se desencadena por un afecto positivo, negativo, o neutro. Para controlar y optimizar su experiencia afectiva, el niño organiza los esquemas que representan: (a) un estado recurrente particular, como la representación del problema; (b) un estado anticipatorio de un placer mayor, es decir, el objetivo y (c) la operación que producirá esta transición, o sea, la estrategia. Estos tres elementos se combinan para formar las estructuras de control ejecutivo que son estructuras de resolución de problemas. Las estructuras de control ejecutivo se transforman a lo largo del desarrollo según una secuencia de estados generales y universales. Los procedimientos de un orden más elevado implican la diferenciación y la coordinación de los procedimientos de un orden inferior y su integración jerárquica. Dicho de otra manera el desarrollo implica "operaciones sobre las operaciones".

En clínica, la *teoría neo-piagetiana* ha sido aplicada al desarrollo de la dimensión socio-cognitiva de los celos (Hayward, 1986), de la empatía

(Bruchkowsky, 1989). Se han propuesto otras teorías integradoras de la teoría de Piaget a las teorías evolutivas (sociales, morales) (Yates, 1991) Desde una perspectiva clínico-evolutiva, la teoría de Piaget se ha integrado al desarrollo del "self" (teoría del "self" evolutivo de Kegan, 1982) y a situaciones no estructuradas (teoría de la biografía y la transformación, (Noam, 1988). Estas teorías implican aplicaciones psicoterapéuticas. Para concluir: ¿qué aportan al clínico las teorías del desarrollo cognitivo? Son guías para comprender la manera que tienen los niños de ver el mundo animado e inanimado según su desarrollo evolutivo; esta comprensión le informa sobre el modo de estar en contacto con los niños en las diferentes edades. Son cuadros de referencia para comprender el impacto de los sucesos críticos en el desarrollo según las distintas edades y para explicar la organización cognitiva de numerosos problemas emocionales del niño en términos del punto de origen en el desarrollo. Las señales de referencia para evaluar el nivel de desarrollo de un niño en los numerosos dominios cognitivo-afectivos y para medir las desviaciones entre los distintos dominios del desarrollo.

### **LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE**

El aprendizaje, en tanto que procedimiento, se refleja en los cambios mentales internos que resultan de la experiencia. Se presume que tales cambios aparecen en relación a modificaciones observadas en el comportamiento y en los conocimientos. El aprendizaje se infiere pues de las acciones o de los resultados observables. Explicar cómo los aprendizajes se modifican en razón a la experiencia concierne a las teorías del aprendizaje. Estas consideran que los comportamientos normales y patológicos son aprendidos. Históricamente tendían a dar un papel menor a los procesos biológicos en el determinismo de los componentes complejos. Recientemente se han reconocido las interacciones entre las influencias biológicas (programa genético especialmente) y las del ambiente.

Los trabajos experimentales de laboratorio están en el origen de las teorías del aprendizaje y de la modificación de conducta: Pavlov (1849-1936) y el condicionamiento clásico; (Thorndike (1874-1949), y la adquisición de los nuevos comportamientos; Skinner (1904-1990) y el condicionamiento instrumental operante que aporta las afirmaciones generales sobre las relaciones entre los comportamientos y los sucesos que le rodean (la forma y la frecuencia de la aparición de un comportamiento pueden ser modificadas por sus consecuencias). Para Watson (1878-1958), en psicología, los conceptos de condicionamiento y los métodos científicos se pueden aplicar al estudio del comportamiento (conductismo). Otras formas de cambios de comportamiento son consideradas como hechos de aprendizaje: esencialmente la habituación y la sensibilización, la observación y la imitación, aunque también el aprendizaje verbal, la formación de conceptos, el aprendizaje de reglas, aprender a aprender...

Del recién nacido al adulto, las aplicaciones de las teorías del aprendizaje han sido muy numerosas tanto por el estudio del desarrollo del sujeto normal como por la elaboración de los tratamientos de las condiciones patológicas que no están limitadas en absoluto a los trastornos del comportamiento (psicoterapias comportamentales).

De todas formas, a las teorías del aprendizaje se le ha reprochado el haber sido construidas sobre la observación experimental de los animales y adultos o niños poco numerosos en cada protocolo; de ser parsimoniosas, es decir de dar cuenta de una diversidad considerable de fenómenos a través de algunos principios; de describir en lugar de explicar cómo aparece o se modifica un comportamiento.

Se han realizado ampliaciones de las teorías del aprendizaje: teorías cognitivo-comportamentales, teorías del aprendizaje social. Los muy numerosos acercamientos terapéuticos propuestos se han desarrollado sin un estrecho lazo con los principios fundadores, basándose simplemente en el análisis funcional del comportamiento y la evaluación empírica de los resultados. De una manera general la terapia comportamental: 1) se centra sobre determinantes actuales antes que pasados; 2) considera la modificación aparente del comportamiento como el criterio esencial de evaluación del tratamiento; 3) se funda sobre la búsqueda fundamental en la psicología para generar hipótesis de tratamiento y técnicas específicas; 4) define el tratamiento en términos objetivos y operacionales para que el procedimiento pueda ser repetido; 5) especifica el comportamiento "diana" y la técnica de medida de los resultados (Kazdin, 1991). Del hecho de proceder de una base experimental las teorías del aprendizaje y las explicaciones que se le han asociado han estado sometidas a una evaluación crítica y cambian en función de ella.

## **LAS TEORÍAS DE LA VINCULACIÓN.**

El vínculo es un lazo emocional que une una persona (o un animal) a otra. Los comportamientos de vinculación se manifiestan habitualmente por los esfuerzos en buscar la proximidad, y el contacto con la figura de vinculación, particularmente cuando el individuo está bajo el efecto de un estrés. Las teorías de la vinculación subrayan sus orígenes evolucionistas en tanto que son movimientos que promueven la protección y los cuidados del joven y contribuyen así a la supervivencia de las especies. Aplicado al comportamiento humano, el vínculo es considerado también como un importante catalizador psicológico para el desarrollo de la confianza en el bebé hacia los que se ocupan de él y la comprensión de sí mismo. La teoría del vínculo está interesada en la biología evolutiva y la psicología evolutiva para comprender los lazos precoces que unen los padres a sus hijos. El objetivo biológico del vínculo consiste en aportar la seguridad emocional y la autonomía social (Bowlby, 1969).

En el grado de seguridad o inseguridad del vínculo existen diferencias individuales. Un procedimiento experimental semiestandarizado permite observar

y clasificar las diferencias existentes en niños menores de dos años, (Ainsworth et al., 1978). Los estudios longitudinales son necesarios para apreciar el papel de esas diferencias en el devenir comportamental y las dificultades en la personalidad de la edad adulta.

Para el clínico, las teorías del vínculo tienen un innegable valor heurístico. Han contribuido a la comprensión de la psicopatología del niño, a la política socio-educativa de los cuidados precoces del niño, a los esfuerzos de racionalización de las decisiones que intervienen en el cuidado de los niños en caso de divorcio (Thompson, 1991). Sin embargo, si se consideran las influencias respectivas de la calidad de los cuidados paternos, las características del niño, de la ecología del desarrollo precoz y la influencia de los cuidados sobre las relaciones precoces de vinculación, se advierte que este terreno es mucho más complejo que la impresión que daba la teoría tradicional. Si se saben muchas cosas sobre el vínculo, después de los trabajos de Bowlby, todavía se desconocen muchas más. A la espera de los resultados de nuevas investigaciones, el clínico debe permanecer muy prudente al afirmar la existencia de una estrecha relación entre el trastorno mental de un niño o un adulto y un trastorno vincular o al pronosticar un devenir patológico en un bebé en el que se haya descubierto la calidad de un vínculo inseguro.

### **LAS TEORÍAS PSICOANALÍTICAS DEL DESARROLLO**

Las afirmaciones psicoanalíticas han influido considerablemente en el conjunto de los estudios sobre el desarrollo del niño. Han atraído la atención sobre la intensidad de las experiencias del bebé y del niño han insistido en la importancia de las relaciones de los niños con sus padres y la consecuencia en su desarrollo; han sugerido también la existencia de estadios del desarrollo a lo largo de la infancia.

Lo que se llama comúnmente la teoría psicoanalítica engloba de hecho, en el terreno del desarrollo, muchas teorías que tienen distintas características. Freud (1856-1939) se interesó además del desarrollo psicosexual en la evolución de las relaciones de objeto y la autoestima, en la consciencia y los ideales, en la ansiedad, los mecanismos de defensa y la discriminación del yo y del objeto. Sus teorías se basaban esencialmente en la reconstrucción (en sentido psicoanalítico) del período de la infancia en los tratamientos de adultos y en la observación de niños directamente. Las teorías posteriores, por no citar más que algunos autores entre los más conocidos, prestaron atención también a los análisis de niños (Maligna Klein, 1932-1948), los análisis de niños y las observaciones de niños en las salas de recién nacidos o en la cuna y su devenir (Anna Freud, 1966), los análisis de niños, los estudios transculturales y la observación directa (Erikson, 1950-1959), el trabajo clínico con niños psicóticos y las observaciones sistemáticas de niños normales y perturbados (Margaret Mahler, 1968; Mahler et al., 1975), una práctica pediátrica y un trabajo psicoanalítico con niños y adultos (Winnicott, 1957-1958-1965).

Inicialmente las opiniones psicoanalíticas sobre la naturaleza y el curso del desarrollo psicológico eran esencialmente generalizaciones a partir de la información sobre el relato de experiencias pasadas en el contexto de los tratamientos psicoanalíticos. Las teorías psicoanalíticas recientes sobre el desarrollo del niño están influenciadas por la observación directa del niño y por la búsqueda de planes experimentales que respondan a criterios científicos. En el caso de los bebés es donde se ha producido una mayor integración entre la observación y la reconstrucción, aunque la reconstrucción, en sentido psicoanalítico, ha sido modificada por la búsqueda científica experimental (Sandler, 1980; Emde y Harmon, 1982). Si algunos conceptos de Freud se han mantenido en las teorías psicoanalíticas del desarrollo, (el concepto de identificación, por ejemplo) otros se han modificado de forma sustancial (el período de latencia como una fase del desarrollo, por ejemplo).

## **TEMPERAMENTO**

El recogimiento de que existen diferentes estilos de comportamiento de un individuo a otro y la noción de temperamento se remontan a Hipócrates y Galeno, sin embargo, en la actualidad no existe una buena definición que sea generalmente aceptada de este concepto. Esta situación nos recuerda nuestra dificultad para definir la inteligencia, lo que no impide que los investigadores la estudien. De todas maneras todo estudio sobre el temperamento debe referirse al instrumento utilizado para estudiarla. Existen actualmente por lo menos veintiséis instrumentos para medirlo desde la temprana infancia hasta la edad adulta (Berger, 1985). Los estudios sobre el temperamento admiten la existencia de una implicación biológica en las características comportamentales de cada individuo e insisten en la contribución del niño mismo, desde su más tierna edad, en su propio desarrollo. Estos estudios permiten establecer un lazo entre las características genéticas y neurofisiológicas y los tipos de comportamientos sociales (Instituto de Medicina, 1989, pág. 77).

Los pioneros de los modernos estudios sobre el temperamento son Stella Chess y Alexander Thomas que lanzaron en 1956 el **New York Longitudinal Study (NYLS)**. Este estudio prospectivo tenía inicialmente una muestra de 138 niños pertenecientes a ochenta y cinco familias. De veinticinco o treinta años más tarde, el 97% de los sujetos y sus padres participaban todavía en el estudio.

El análisis cualitativo de los datos fue completado por un estudio cuantitativo desarrollado por Herbert Birch a partir de cuestionarios rellenos por los padres durante el primer año de vida del niño. Se definieron y cuantificaron nueve categorías de temperamentos: 1) nivel de actividad; 2) ritmo-regularidad; 3) acercamiento o retirada; 4) adaptabilidad; 5) umbral de respuesta; 6) intensidad de reacción; 7) cualidad del humor; 8) distractibilidad; 9) capacidad de atención y capacidad de persistir en una actividad. Los análisis cualitativos y los análisis factoriales han conducido a ajustar tres constelaciones de temperamento: 1) temperamento fácil (40 % de la población estudiada;

2) temperamento difícil (10 % de la población estudiada); 3) temperamento de calentamiento lento (15 % de la población estudiada).

El estudio de la evolución en el tiempo de las nueve categorías de temperamento ha mostrado que las evaluaciones cuantitativas permanecían estables en la mayoría de ellas en el curso de los primeros cinco años pero se producía una disminución de correlaciones significativas con el aumento de edad. La comparación entre la primera infancia y el joven adulto no ha encontrado ninguna correlación. La comparación de la puntuación del "temperamento fácil-difícil" (puntuación obtenida sumando las puntuaciones de los factores 2, 3, 4, 6, y 7 y dividiéndola por 5) registrada a los 3 años, ha mostrado una relación con la puntuación registrada a la edad adulta. La constelación temperamento difícil (o "el niño difícil") presente en el 10 % de la población inicial del NYLS, representaba el 24 % de los sujetos que presentaron trastornos del comportamiento hasta la edad de 9 años. A esta edad, el 70 % de los niños del grupo "niño difícil" inicial habían desarrollado un trastorno del comportamiento (estos datos se refieren a niños pertenecientes a clase media de la sociedad occidental).

El objetivo esencial de la NYLS era determinar la significación funcional del temperamento en los orígenes y evolución de los trastornos del comportamiento. Stella Chess, en tanto que psiquiatra de niños que estudia casos clínicos, ha desarrollado el concepto de "buena o mala armonía". Siempre que el funcionamiento de los padres o de las otras personas del entorno, lo que esperan y piden al niño esté en concordancia con las características del temperamento y capacidades de éste, habrá buena armonía. A la inversa la "mala armonía" caracteriza las disonancias entre las oportunidades, las demandas del entorno y las características del temperamento y las capacidades del niño. Según la experiencia de Stella Chess, en la eventualidad de una buena armonía, es posible el desarrollo óptimo del niño; en la eventualidad de una "mala armonía" aparece un funcionamiento mal adaptado y perturbado.

El estilo del comportamiento y las otras diferencias individuales tienen un papel en el desarrollo normal y psicopatológico. Las investigaciones genéticas, biológicas, fisiológicas y psiquiátricas que se desarrollan sobre el temperamento deberían aportar respuestas a las numerosas preguntas aún sin responder: ¿qué papel tiene el temperamento? ¿cómo y con qué se combina? ¿tiene capacidad de influir? ¿está influenciado por los otros individuos, el entorno, el contexto? ¿Cuáles son la naturaleza, extensión y fuerza de su impacto en el desarrollo normal y patológico? El clínico puede utilizar las aportaciones metodológicas de las investigaciones sobre el temperamento, sobre todo la observación de los comportamientos y la apreciación de las singularidades de cada paciente, pero todavía no tiene a su disposición informaciones empíricamente validadas sobre la implicación de ciertas características o agrupamientos específicos que podría utilizar en su práctica diaria (Rutter, 1982).

## **CEREBRO Y COMPORTAMIENTO**

Los rápidos progresos ocurridos en los conocimientos en biología molecular, en neuropsicología, en las otras neuro-ciencias y las ciencias del comportamiento, hacen progresivamente obsoletas la separación que se hizo en el siglo XX entre el cerebro y el comportamiento. Para el psiquiatra infantil es necesario un cierto nivel de conocimientos sobre el desarrollo del cerebro (el cortex cerebral representa dos tercios de la masa neuronal y contiene las tres cuartas partes de las sinapsis; es la estructura lo que más diferencia al hombre de las otras especies), del funcionamiento y disfuncionamientos cerebrales y los medios de estudio de las funciones cerebrales. Para éste, el comportamiento engloba todas las actividades del organismo que van más allá de las simples funciones fisiológicas necesarias para el mantenimiento de la vida (Werry, 1991). La neuro-psicología ha desarrollado clasificaciones menos topográficas (neurológicas) y más orientadas hacia el análisis funcional de las relaciones entre las actividades del cerebro y los comportamientos que mejor convienen al psiquiatra infantil. Lezak (1983) propone esta taxonomía del comportamiento: 1) tratamiento de la información o función intelectual, subdividida en función receptora, memoria y aprendizaje, pensamiento (organización y reorganización de la información) y función expresiva; 2) aspectos emocionales (sentimientos, motivación) y 3) funciones ejecutivas (autodominio, reacción flexible e inmediata, tratamiento activo de la información, cambios rápidos de pensamiento y de comportamientos, planificación). Esta clasificación retiene esencialmente las actividades intra-organísmicas y no toma suficientemente en cuenta, para el psiquiatra, el contexto donde ocurre el comportamiento, el estímulo que le hace aparecer y sus propiedades interactivas, sociales o sistémicas.

Numerosos estudios neuro-psicológicos, suscitados por las investigaciones sobre el autismo, han versado sobre las funciones ejecutivas. Trabajos experimentales han estudiado la dificultad de los niños autistas para atribuir estados mentales de tipo cognitivo (comprender lo que una persona piensa, cree, espera) y las intenciones del otro. Esta dificultad se designa en inglés como: "Theory of mind hypothesis" o hipótesis de un trastorno en la elaboración de una teoría del funcionamiento mental del otro (Baron-Cohen et al., 1993). El estudio experimental de las capacidades metacognitivas (capacidades para representarse las representaciones del otro) constituye uno de los más recientes progresos hechos en el estudio de las relaciones entre el cerebro y el comportamiento en el niño.

## **GENÉTICA**

Aunque las complejidades de la existencia humana no se pueden reducir simplemente a los efectos de los genes, es imposible escapar al hecho de que los factores genéticos conforman las bases biológicas de muchas de nuestras potencialidades y de nuestras vulnerabilidades en tanto que seres humanos (Leckman, 1991). Durante mucho tiempo, lo hereditario de las enfermedades mentales fue una noción ampliamente extendida, aunque no

demostrada. La ausencia del conocimiento de los factores etiológicos de las enfermedades mentales, la esperanza de escapar al "fatum" que golpeaba las familias de los enfermos, una necesidad de pseudo-racionalización explicaban, al menos en parte, esta situación. Los estudios genéticos clásicos: estudios de gemelos, de niños adoptados o separados precozmente de sus familias, familias de pacientes con algún tipo de trastorno mental, los estudios de separación familiar, han dado mejores resultados gracias a una caracterización mejor del fenotipo de los trastornos mentales consecutivos a los recientes sistemas de clasificación de estos y a los procedimientos estandarizados de diagnóstico.

El mayor progreso hecho en los estudios genéticos han venido con el desarrollo de la biología molecular. Disponemos actualmente de un gran número de "marcadores genéticos polimorfos" que dan la posibilidad, gracias a los estudios de "marcaje" genético o de asociación, para localizar factores eventuales de susceptibilidad genética en un trastorno mental. Dicho de otra manera, las técnicas cito-genéticas cada día mejoran más la puesta en evidencia de las microduplicaciones o microdelecciones cromosómicas.

En ausencia de una etiología bien comprendida, la demostración de la presencia de factores genéticos no resuelve las cuestiones sobre la naturaleza de los genes que están implicados y la manera de interactuar con los factores medioambientales. ¿Es necesaria la presencia de un gen particular para que se desarrolle la enfermedad? ¿Hay un cierto genotipo que conlleva siempre la enfermedad? ¿Las modificaciones medioambientales pueden prevenir la aparición de la enfermedad en una persona susceptible de padecerla? Son cuestiones que esperan ser resueltas. El conjunto de las interacciones genes-entorno no puede ser comprendida hasta que no se conozca la totalidad del proceso mórbido. (Pauls, 1981)

## **EL MODELO DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO**

La particularidad de la medicina de los niños consiste en dirigirse a seres que se desarrollan y cambian. El concepto de desarrollo es central en el estudio de la psicología y la psicopatología del niño. Las investigaciones realizadas en psicología del desarrollo del niño se han ocupado esencialmente del niño normal en tanto que la psiquiatría del niño ha estudiado sobre todo niños con algún tipo de trastorno mental o del comportamiento. Estas dos aproximaciones se han llevado a cabo de forma bastante independiente.

El estudio del comportamiento sitúa las raíces de éste en la primera maduración (el papel de las influencias físicas internas y externas, marcas residuales de las primeras experiencias psicosociales) y las modulaciones del comportamiento por las circunstancias actuales. El punto de vista del desarrollo es un concepto unificador de la psiquiatría del adulto y del niño. El desarrollo no se detiene al final de la infancia, los importantes cambios en el desarrollo psicológico ocurren también después de la adolescencia. La cuestión de la continuidad o discontinuidad entre los trastornos mentales del niño

y aquellos de la edad adulta es esencial para los psiquiatras ya que esto conlleva implícitamente la noción de una posible prevención de algunos de los trastornos mentales de la edad adulta.

La psicopatología del desarrollo es un espacio que difiere de la psicología del desarrollo y de la psiquiatría (del niño, del adolescente y del adulto). Tiene tres componentes (Rutter, 1986):

- 1.- El estudio de los procesos y mecanismos del desarrollo en el curso de la infancia hasta la vida adulta. Este estudio se interesa principalmente en el tema de las continuidades y discontinuidades en el curso del desarrollo. Otra cuestión: ¿pueden modificar el tipo de respuesta posterior de un individuo por causa de un efecto de sensibilización o insensibilización las experiencias y los procesos contemporáneos de una fase del desarrollo?
- 2.- El estudio de las relaciones, o la ausencia de relaciones, entre las emociones o los comportamientos normales y los desórdenes clínicos o las enfermedades como indica el término "psico-patología". Una variante de este estudio es la interrogación sobre un paralelismo o la ausencia de paralelismo entre los procesos "normales" de adaptación y de cambio y, las respuestas "anormales" al estrés y la adversidad.
- 3.- La conjunción de los dos términos: desarrollo y psico-patología subraya la preocupación de comprender a la vez los efectos de las características del desarrollo sobre la psico-patología (como por ejemplo, la vulnerabilidad al estrés o los modos de expresión del trastorno mental según cada edad) y los efectos de la psicopatología en el curso del desarrollo.

La psico-patología del desarrollo aporta a la psicología y a la psiquiatría del niño informaciones y un modo de pensar que tiene en cuenta los conocimientos generales aplicables a todo individuo, en tanto que perteneciente a un grupo, y las particularidades de cada individuo.

Las teorías, técnicas y múltiples procedimientos constituyen las bases metodológicas de la psico-patología del niño y del adolescente. Los progresos de las investigaciones han sido tan significativos, que, a pesar de la descripción y la comprensión de la mayor parte de las categorías de los trastornos mentales observados en este período de la vida -tal como están recogidas en las clasificaciones actuales- pueden integrar sus resultados, especialmente los datos epidemiológicos, genéticos, bioquímicos, y la evaluación terapéutica.

**Nota:** Para ampliar la información contenida en cada apartado de este capítulo se aconseja consultar las monografías especializadas de los siguientes autores: 1.- Teorías del desarrollo cognitivo (Yates, 1991). 2.- Teorías del aprendizaje (Kazdin, 1990). 3.- La teoría del vínculo (Thompson, 1991). 4.- Las teorías psicoanalíticas del desarrollo (Dare, 1985). 5.- Temperamento (Chess y Thomas, 1991). 6.- Cerebro y comportamiento (Werry, 1991). 7.- Genética (Leckman, 1991 y Pauls, 1991).

## CAPÍTULO 15

### INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL

**Jaime Rodríguez-Sacristán**

Nos vamos a adentrar en el corazón de la psicopatología infantil: en la clínica. Vamos a ir conociendo problemas mayores o menores, trastornos y síndromes. Son 19 capítulos en total que van a ocupar aproximadamente la mitad del contenido de este manual. En la I Parte, General, hemos analizado diversas facetas del enfermar que son aplicables a todas las situaciones, como son las causas, los síntomas, los rasgos y patrones del enfermar y sus raíces y fundamentos. Pero a partir de ahora la concreción será nuestro criterio. Aplicaremos el modelo clínico. Seguiremos una línea que nos permita conocer el origen de cada problema, su desarrollo, la configuración de las formas clínicas, las maneras de diagnosticarlo, las formas de intervención y tratamiento más eficaces en cada caso. Así esta II Parte se encargará de la Psicopatología Infantil específica, de reunir la información sobre las formas clínicas de enfermar que el niño ha escogido, entre las enfermedades psíquicas infantiles. La etimología de la palabra clínica nos lleva a este terreno de concreciones, empírico y práctico. El clínico era el que se sentaba junto a la cama del enfermo (Klineos: cama, lecho) y de ese primer significado se han derivado las acepciones que recoge el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (1992) y que todas llevan el significado de la práctica de la medicina, y de ahí el conocimiento de las enfermedades y al cómo y donde curarlas. En psicopatología infantil el concepto es más amplio: cuando hablamos de la clínica de un niño se entiende que nos referimos a un conjunto de fenómenos y de hechos que incluye sus síntomas y las estructuras psicopatológicas subyacentes y que constituyen el núcleo esencial, último, irreductible y

personal del enfermar. A este núcleo también se le llama "la psicopatología de un niño" y es la clave de todo el quehacer clínico. No es por tanto el nombre de una enfermedad - diagnóstico nominal - lo que aquí nos interesa sino la estructura que define un cuadro clínico. Fenómeno psicopatológico que es mejor conocido si utilizamos las armas que nos ofrece la psicología fenomenológica: la intuición, la función analítico-sincrética, la posterior interpretación y la síntesis con vistas a la propuesta terapéutica. El profesional tiene que ejercitar la función del pensamiento que permite sintetizar la etiología, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento que son los factores que participan, y que tiene que saber integrar, de manera que podamos afirmar que la esencia de la psicopatología infantil es "conocer para intervenir", es decir detectar e identificar las estructuras y los hechos para poder ayudar a resolverlos. Hechos y fenómenos clínicos que no tienen que ser siempre graves. Pueden ser situaciones de menor entidad, pasajeras y a veces sin el claro sello de lo patológico, pero que siempre tendrán un matiz o una dimensión de inadaptación o de problemático y conflictivo para el niño o para la familia.

El contenido de los capítulos que constituyen toda esta III Parte está pensado de la siguiente manera: primero abordaremos los llamados trastornos del desarrollo, y en un segundo bloque los grandes síndromes clínicos. Los tres primeros capítulos se ocupan de estudiar problemas que interesan mucho al pediatra, quienes son consultados antes que el psiquiatra o el psicólogo y que afectan a funciones esenciales y necesarias para el organismo infantil como son el dormir, el comer y el controlar los esfínteres. Son tres funciones con fuertes componentes biopsicosociales y que entran dentro de los llamados trastornos del desarrollo, por la fuerte carga evolutiva que tienen, porque se asientan sobre funciones típicamente fisiológicas y sobre las que el ambiente ejerce una importante presión, con la determinación y la sanción social que se deriva del establecimiento de límites temporales para su "normalización". Aplicando correctivos cuando "se pasan de lo establecido" y aceptado, socialmente hablando. El interés psicodinámico de esas 3 funciones y sus correlatos patológicos y psicopatológicos es extraordinario. En ese campo de batalla se van a jugar grandes guerras: el autocontrol, la aceptación de las normas sociales, la ubicación de la angustia, el estilo cognitivo y educativo y la estabilidad personal. El psicoanálisis ha dicho cosas muy importantes, muy bien conocidas, sobre ello y ha situado gran parte de su teoría en ese campo, sabedor de que lo que ocurre en esas funciones va a ser determinante de lo que suceda en el devenir emocional del individuo.

Después de estudiar los trastornos del dormir, el comer y el controlar los esfínteres, pasaremos a conocer algunos problemas en torno a la sexualidad infantil, también poseídos de un fuerte contenido evolutivo y psicosocial como los 3 primeros temas ya comentados. No es necesario insistir en la transcendencia para la estabilidad emocional del futuro del niño de una sexualidad desarrollada de manera madura y sin conflictos, así como del interés de conocer las relaciones que se establecen entre otras áreas de la psicopatología y los problemas de la sexualidad. La sexualidad es una de las más completas

-y más bellas- formas de comunicación humana en el adulto, que se aprende en la niñez. Es una estructura muy vulnerable y por lo tanto expuesta a riesgos y problemas. Con frecuencia estos problemas no son patológicos por si mismos pero rozan con facilidad lo inadaptable.

A continuación abordamos los problemas psíquicos que se derivan de una base cerebral alterada. El cerebro infantil es el órgano más sensible, vulnerable y lábil que existe en nuestro organismo. Es a su vez el más superior, el más complejo y el que alberga y facilita funciones más complejas, que posibilita los aprendizajes y el que los mediatiza. En el caso de los trastornos psíquicos de origen orgánico cerebral, no olvidemos que entre todos brilla con luz propia la epilepsia que tantos problemas psicopatológicos va a generar en la infancia y en la adolescencia.

A continuación estudiaremos uno de los capítulos más complejos de la psicopatología infantil: los trastornos del lenguaje. La complejidad le viene de los numerosos planos y ordenes que en el lenguaje confluyen. Por un lado, un fundamento biológico cerebral incuestionable, por otro lado, una connotación comunicativa interactiva y social de primer orden y en medio de todo un desarrollo psicológico, cognitivo y emocional enmarcado en un aprendizaje antropológico también de excepcional magnitud. Los trastornos del lenguaje son muy variados: típicamente psiquiátricos como el autismo y el mutismo o rondando intensamente lo neurótico como en la tartamudez, o participando de lleno en las estructuras deficitarias. Y por otro lado en formas clínicas complejas como las afasias y las disfasias en las que los planos alterados se confunden y, como no, en relación a alteraciones formales, de la pronunciación, de la gramática, de la lectura, etc.

Un segundo gran bloque de capítulos de la III Parte de este Manual, esta constituido por los tics, el síndrome hiperkinético, los trastornos de conducta y por los grandes síndromes clínicos como las Psicosis, las Neurosis, Las Depresiones, la Deficiencia Mental. Son los grandes temas de la psicopatología infantil. De ellos un grupo de trastornos muy interesantes son los que forman los trastornos por tics, el síndrome hiperkinético y los trastornos de conducta. A todos ellos les une un aire invisible de funcionalidad cerebral. No son enfermedades derivadas de las alteraciones neurológicas específicas como la epilepsia, que tienen una entidad propia y que también estudiaremos. Son síndromes que están a medio camino entre lo psicopatológico y lo orgánico, sin olvidar una fuerte implantación en lo social por sus consecuencias o influencias generadoras.

Los grandes síndromes psicopatológicos infantiles son las depresiones, las psicosis y el autismo, los estados deficitarios, los trastornos de la ansiedad, los síndromes somatomorfos y los problemas psicosomáticos. Son los temas tradicionales que son abordados en todos los manuales de psicopatología y de psiquiatría infantil. Ellos forman el gran núcleo de los problemas con los que nos vamos a encontrar siempre. Podremos denominarlos de una u otra manera, o bien ordenarlos o presentarlos en una secuencia determinada, pero básicamente las estructuras psicopatológicas fundamentales van a ser siempre las mismas.

Estructuras que han nacido en el seno del pensamiento psicopatológico del adulto y que han tenido que ser adaptados a los criterios exigidos por la psicopatología evolutiva, aunque manteniendo unos contenidos básicos que son universales y panevolutivos propios de todas las edades del hombre. El profesional tiene que acostumbrarse a conocer y a identificar bien esas grandes estructuras clásicas, sin esnobismos y sin falsos lenguajes pseudocientíficos ni "divinas palabras" que con frecuencia intentan ocultar ignorancia o falta de experiencia y de formación clínica. Si se nos permite una licencia metafórica, la situación es comparable a lo que ocurre con la música: el núcleo básico psicopatológico y clínico es como las creaciones de Bach, Mozart y Beethoven, de rara superación. Y aprovechándonos de la licencia metafórica recordaremos lo que decía el gran torero Rafael el Gallo quien afirmaba que lo clásico es lo que no se puede hacer mejor. Naturalmente esta reafirmación del núcleo esencial psicopatológico no excluye el progreso de la ciencia psicopatológica y los logros y aportación de las investigaciones y los enfoques que abren caminos de un indudable interés para el futuro con el enriquecimiento de nuevas dimensiones. Por ello los temas y capítulos que incluimos en este segundo bloque de la III Parte de este libro, son más extensos que otros capítulos que aun siendo de indudable interés poseen menor trascendencia conscientes de que los límites de lo que es más o menos importante en psicopatología infantil son siempre discutibles. Lo mismo que será siempre debatible porque están incluidos algunos temas y porque faltan otros.

Otro de los conflictos que solo tiene que sortear el contenido de los capítulos que constituyen toda esta Parte Clínica es la necesidad de lo ecléctico. Recordemos que el eclecticismo no es una postura intermedia y no comprometida. En griego "Eklego" quiere decir "escojo", y el eclecticismo es la postura filosófica y de pensamiento que establece la "concordancia en el terreno práctico que lima el antagonismo de las respectivas posiciones teóricas y aconseja el hallazgo de un terreno donde encontrarse". En unas palabras escritas en torno al año 168 antes de Cristo (Abragnano, 1954) que tienen total validez para nuestros intereses y que permiten confirmar la necesidad de una visión clínica integradora. Espíritu que impulsa el modelo que más universalmente se acepta en la actualidad: el modelo de una psicopatología del desarrollo que prima lo clínico con una visión psicobiológico-social según hemos detallado, que integra las aportaciones de diversas doctrinas sin exclusionismos ni oposiciones a priori. La clínica psicopatológica infantil es demasiado compleja como para ser instrumentada desde un solo ángulo de visión. El conflicto estaría situado en torno al hecho mismo del fenómeno clínico psicopatológico infantil, y en las inmensas dificultades que encontramos para su identificación y conocimientos exactos. Está probado que las clasificaciones internacionales como la CIE o la DSM tampoco resuelven este conflicto. Podríamos aportar infinidad de ejemplos de situaciones clínicas en cualquier edad infantojuvenil para corroborar nuestra afirmación. La grandeza de la clínica impide la simplificación.

### Perspectivas de cambio en los intereses clínicos

Antes de abordar el estudio pormenorizado de cada síndrome o trastorno vamos a examinar cuales son las previsiones de cambio que es posible esperar de un futuro a corto y medio plazo. En el siguiente cuadro resumimos las probables orientaciones:

<p>NUEVOS INTERESES CLÍNICOS</p>	<p>1. Comorbilidad y doble diagnóstico; 2. Trastornos disecológicos: estrés, maltrato, riesgo. 3. Trastornos psicofisiológicos. 4. Trastornos psiconeurológicos y genéticos. 5. Trastornos afectivos: nuevas formas de depresiones y de estado de ansiedad. 6. Trastornos de edades tempranas. 7. Enfermedades crónicas, mentales y físicas.</p>
<p>BÚSQUEDA DE TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO</p>	<p>DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO: crecimiento de sofisticación en áreas neurológica y genética                  DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO: Aumento de interés en evaluación de contextos inmediatos. Continuación de descenso de psicometría, estabilidad en el empleo de escalas. Desarrollo de observación directa en sitios naturales                  DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Extensión del empleo de criterios diagnósticos y la posterior adaptación a criterios más evolutivos</p>
<p>DESARROLLO DE NUEVOS TRATAMIENTOS Y DE CAMBIOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN</p>	<p>Aumento de la terapia familiar. Permanencia de la terapia individual clásica y aumento de terapia comportamental y atención a edades tempranas. Aumento de las concepciones cognitivas y sistémicas.                  Psicofarmacología: intento de salir del estancamiento                  Aumento de Servicios Comunitarios de Salud Mental más especializados: Unidades de día, crónicos, severos, adolescentes, rehabilitación, inadaptados y según síndromes.                  Desarrollo de una prevención real.</p>
<p>NECESIDADES DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA</p>	<p>Formas de tratamiento más económicas. Ordenar y profundizar en psicofarmacología. Investigar más en Epidemiología, Riesgo, Asocialidad, Síndromes pervasivos psicofisiológicos y genéticos</p>

### Perspectivas de cambio en los intereses clínicos

Adelantar el futuro es una ardua y peligrosa tarea por las posibilidades de error que conlleva. Pero también sabemos que es conveniente prever posibles caminos. Algunos grandes maestros de la psicopatología infantil se han planteado la misma pregunta que nosotros nos estamos haciendo ahora: ¿Cual es el futuro previsible de los intereses clínicos en los próximos años? Así, disponemos de trabajos memorables como el de Leo Kanner de 1952, y los de Frederick Allen y Levi también de 1952. Y años más tarde en 1973 el de James Anthony, jugosísimo y ameno, y los trabajos de Eisemberg y de Rutter de la década de los 80. Es especialmente aleccionador revisar estas publicaciones. Vistos

en conjunto nos permiten ver cuales son las inquietudes comunes y obtener información sobre como se han cumplido o no sus previsiones y donde han errado. Dos preocupaciones son comunes a estos trabajos: a) no alejarse de la realidad clínica y b) conocer bien el presente, como punto de partida que nos permite imaginar el futuro, pero un presente que asuma los logros de un pasado a corto y medio plazo. Sin duda, el presente solo se puede entender y comprender como final de un trayecto recorrido previamente. Y para poder realizar este ejercicio de pensamiento -la comprensión del presente como base para el futuro- es necesario saber cuales han sido los cambios de nuestros acercamientos, de nuestras ideas acerca de las causas de los problemas clínicos. La evolución de estos cambios conceptuales puede resumirse así: 1) Pérdida de vigencia del fuerte psicogeneticismo predominante hace 40 años para ir dando entrada a una concepción psicobiológica en la que participa un ambiente integrado (S. Chess 1988) en el que resalta el terreno personal. 2) El abandono de posiciones psicoanalíticas que pierde fuerza desde 1975 (L. Eisemberg, 1986) para ir progresando una visión clínica ecléctica, fenomenológica. 3) La postura ambientalista ha sido recogida parcialmente por los modelos comportamentales, que con una visión experimental, empírica y ateorética han desarrollado una vertiente interesante de la Psiquiatría Infantil: la Pediatría Comportamental, preocupada sobre todo por los problemas psicopatológicos de expresión orgánica y psicofisiológica. 4) Una concepción ecológica del enfermar. La influencia de un contexto desfavorecedor. La pobreza, la falta de oportunidades y los prejuicios son factores decisivos en el enfermar, como ya hemos visto y tienen su origen y su asiento en un entorno inmediato y en ese medio sectorial deben ser resueltos esos problemas. La comunidad debe proveer de todos los servicios necesarios para abordar, evaluar, prever y corregir los problemas que en ella se presentan. La epidemiología y la prevención y la intervención son sus armas esenciales. Y con la progresiva aceptación de estas ideas se han propiciado nuevos estilos de trabajo. En la actualidad existe una tendencia a abandonar posturas profesionales individualistas en favor de formas de trabajo en equipo y en la comunidad. De esta manera los equipos de salud mental infantil serian piezas esenciales en el marco de una atención global a la salud.

Con estas cuatro grandes tendencias del pensamiento en psicopatología infantil se ha configurado el presente y se han desarrollado algunas áreas de un vivo interés para el futuro y que son las siguientes: 1) El ámbito de la genética clínica con logros y perspectivas extraordinariamente sugerentes; 2) Las posibilidades de la neurometría cerebral, con sofisticadas técnicas de diagnóstico; 3) La progresiva y prometedora participación de lo cognitivo en la terapéutica, con el desarrollo taxonómico de ese área; 4) Mejor desarrollo de la dimensión psicosocial que ofrece buenas perspectivas teóricas pero que no sabe hacerlo de una manera eficaz en la practica clínica.

## CAPÍTULO 16

### LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

**Josep Toro Trallero**

Los muy variados problemas que puede plantear el sueño de los niños y, aunque mucho menos, el de los adolescentes constituyen uno de los motivos de consulta médica más frecuentes. Los pediatras informan de prevalencias oscilantes entre el 0,2% y el 7,8%, mientras los psiquiatras infantiles las sitúan entre el 0,2% y el 19,4% (Linscheid y Rasnake, 1990).

Los problemas -que no siempre trastornos- del sueño infantil cuentan con características etiopatogénicas y clínicas muy dispares, pero todos tienen en común el a menudo importante grado de repercusión familiar del problema en cuestión. El niño puede padecer mucho o poco -a veces, nada- por su trastorno. Pero sus padres suelen angustiarse, irritarse o estresarse significativamente en la gran mayoría de casos. Es el malestar de éstos lo que suele justificar muchas veces la consulta. Ciertas irregularidades del sueño, o asociadas al mismo, pueden alterar aspectos esenciales de la dinámica familiar. De hecho, sabemos que los padres de niños con trastornos del sueño suelen ser más ansiosos y depresivos que los progenitores de niños con sueño normal (Durand y Mindell, 1990). Lo cierto es que en muchos casos la intervención directa o indirecta de los padres en el trastorno del niño resulta evidente, cualquiera que sea la causalidad básica del mismo, fisiológica, emocional o conductual.

Los padres son los principales informadores acerca de los trastornos del sueño de sus hijos. Sin embargo, una parte de sus informes no son plenamente fiables. Por ejemplo, un estudio realizado con niños normales de dos años de edad puso de manifiesto que las madres tendían a sobreestimar el tiempo que tardaban sus hijos en conciliar el sueño así como la frecuencia de sus

resistencias a irse a dormir, al tiempo que infravaloraban la frecuencia de despertares nocturnos (Ragins y Sachter, 1971). Estos hechos obligan al clínico a proceder a una evaluación objetiva de los trastornos del sueño infantil.

### EVOLUCIÓN DEL SUEÑO NORMAL

El sueño del adulto consta de dos variantes básicas: el sueño MOR (movimientos oculares rápidos) y el sueño NMOR (no movimientos oculares rápidos). El sueño NMOR constituye el sueño de ondas lentas y consta de cuatro estadios correspondientes a distintos grados de profundidad del mismo. El estadio 1 es el del adormecimiento, interrumpiéndose el ritmo alfa occipital de la vigilia y apareciendo actividad lenta (3-7 ciclos por segundo), al tiempo que disminuye el tono muscular y se producen movimientos oculares lentos. En el estadio 2 aparecen los "husos beta" (13-18 ciclos por segundo). Los estadios 3 y 4 son los del sueño lento profundo. Se generan ondas delta, lentas y de gran amplitud, indicadoras de la reducción de la actividad cerebral general. El estadio 3 se define por ocupar las ondas delta del 20% al 50% del trazado EEG, definiéndose el estadio 4 por ocupar dichas ondas más del 50% del trazado.

El sueño MOR sigue al sueño profundo. Presenta una actividad EEG rápida y de bajo voltaje, similar a la observada en vigilia. Se acompaña de movimientos oculares bilaterales y conjugados rápidos y de una patente disminución del tono muscular.

La sucesión de los cuatro estadios de ondas lentas y del sueño MOR constituye un **ciclo** de sueño. Cada ciclo dura unos 90 minutos, y una noche de sueño incluye de 4 a 6 ciclos. A medida que la noche progresa, disminuye el tiempo invertido en los estadios 3 y 4, incrementándose la duración de cada episodio de sueño MOR.

El sueño del niño presenta notables diferencias respecto al sueño "normal" del adulto. El bebé dedica mucha más proporción de su tiempo al sueño MOR. Este patrón va cambiando progresivamente hacia un patrón más adulto de modo que, alrededor del primer año de edad, suele dormir cinco horas seguidas o más por la noche, predominando los períodos de vigilia durante el día. El niño de uno o dos años de edad puede despertarse con cierta frecuencia durante su sueño nocturno, sin que este hecho sea percibido por sus padres. Mas en ciertos casos este despertar nocturno no patológico puede cimentar determinados problemas asociados al sueño. Al finalizar su primer año, el niño suele dormir de 12 a 13 horas al día, el 30% de las cuales están dedicadas al sueño MOR. Alcanzada la adolescencia, son unas 8 las horas dedicadas al sueño, ocupando el estadio MOR tan sólo el 20% de las mismas. El número de períodos MOR va disminuyendo con la edad: a los 3-5 años se producen según un promedio de 6,7 veces al día, habiéndose reducido a 4 a los 16 años de edad (Parkes, 1985). La Figura 1 muestra esta evolución a lo largo de las distintas etapas de la vida.

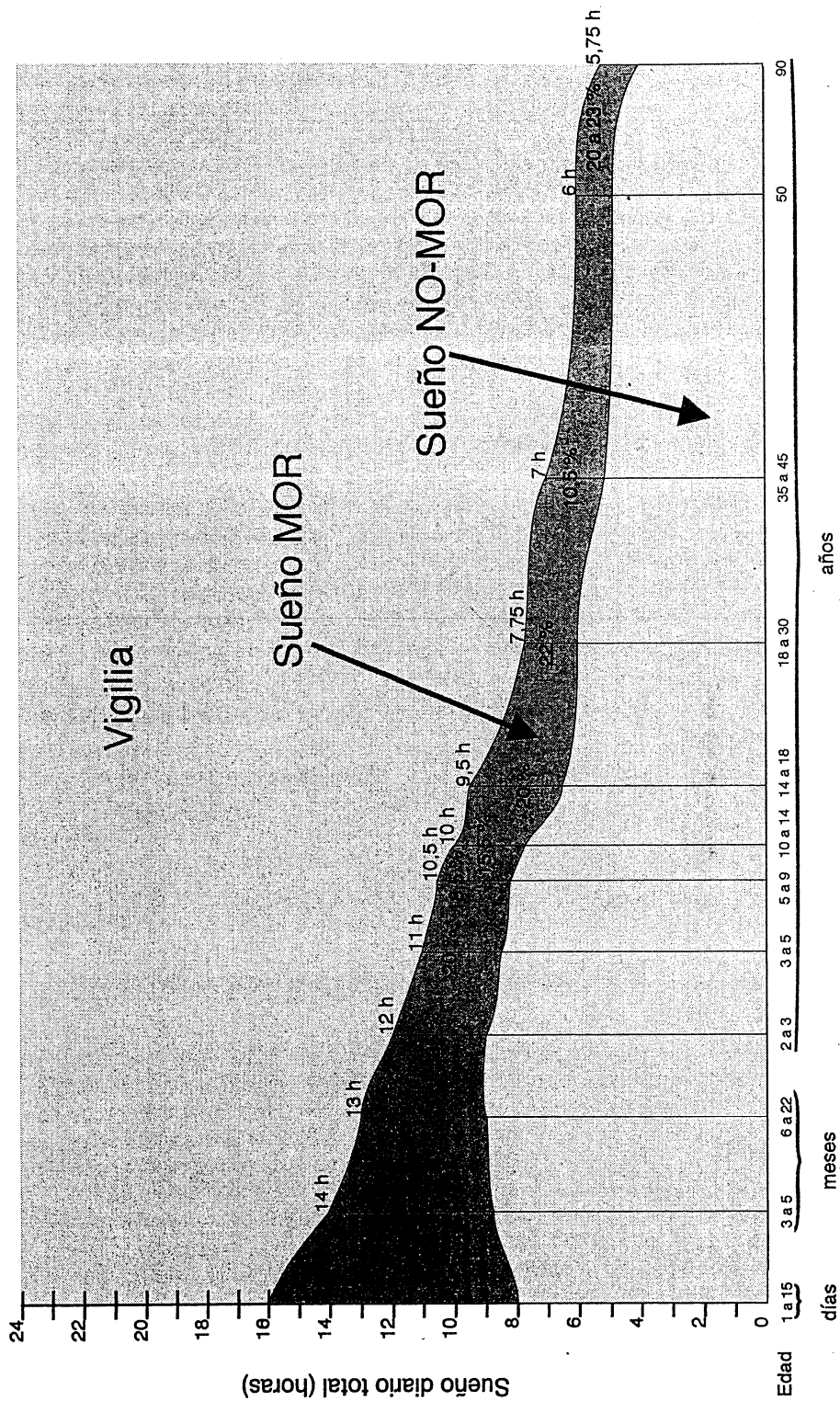


Figura 1. Evolución del sueño a lo largo de la vida

A grandes rasgos estos son los hitos básicos de la evolución electrofisiológica y temporal del sueño. Pero el desarrollo del niño también implica otras cuestiones que pueden cimentar posibles alteraciones de esta función. Su desarrollo cognitivo, interactuando con la multiplicación de sus experiencias, le permite hacerse con una serie de contenidos cognitivos, hábitos conductuales y reacciones emocionales que, conjunta o separadamente, pueden interferir o problematizar su sueño. Por fin, no cabe olvidar que, por encima de toda normativa de origen estadístico, en el sueño como en muchas otras funciones vitales existen notabilísimas diferencias interindividuales desde las primeras épocas de la vida. Así, cuando se ha comparado un grupo de bebés de temperamento "difícil" con otro de temperamento "fácil", se ha hallado que aquéllos dedicaban, como promedio, dos horas menos al sueño nocturno y una hora menos al diurno cada veinticuatro horas (Weissbluth, 1981).

### **Epidemiología**

Son muy escasos y parciales los estudios epidemiológicos de trastornos del sueño en niños. Una revisión señala que alrededor del 25% de los niños de edades comprendidas entre 1 y 5 años sufren alguno de estos trastornos (Mindell, 1993). Un estudio longitudinal señala que el 18% de los niños de ocho meses y el 29% de los niños de tres años presentan trastornos del sueño; el mismo estudio indica que el 5% de las madres de todos estos niños experimentan problemas de sueño debidos al niño...(citado en Wolfson y Ricci, 1993).

El estudio de Salzarulo y Chevalier (1983) es ilustrativo de lo que suele hallarse en poblaciones clínicas, pediátricas o psiquiátricas, de 2 a 15 años de edad:

Somnolencia: 32%	Pesadillas: 31%
Despertar nocturno: 28%	Insomnio inicial: 23%
Enuresis: 17%	Bruxismo: 10%
Estereotipias: 7%	Terrores: 7%

Otros trastornos, quizás los más importantes, son de prevalencia mucho más baja.

Los trastornos del sueño iniciados en las primeras épocas de vida suelen persistir durante toda la infancia. Un estudio de 25 niños con trastornos del sueño de edades comprendidas entre 15 y 48 meses, permitió verificar que a los tres años de edad seguían tales trastornos afectando al 84% de los sujetos (Kataria et al., 1987). Pero también comprobaron que tal persistencia solía acompañarse de la presencia de factores ambientales estresantes. Comparados con niños de sueño normal, los de sueño alterado presentaban más problemas conductuales y dormían más frecuentemente con padres o hermanos. Un 30% de sus madres confesaban que los trastornos del sueño de sus hijos les resultaban estresantes y perturbaban su vida familiar.

### **Evaluación**

Es obvia la necesidad de recoger información objetiva y fiable de los trastornos del sueño que pudiese experimentar un niño concreto. Las fuentes de tal información son múltiples:

a) **Entrevista clínica.** Los datos aportados por los padres debieran completarse con los aportados por el niño, si tiene edad suficiente para ello. El niño debe ser entrevistado por separado.

b) **Auntoinformes,** siempre que el niño tenga capacidad suficiente para llevar a cabo un registro escrito. Para establecer el nivel basal, los registros tienen que prolongarse al menos durante dos semanas, debiendo ser cumplimentados por el interesado cada mañana al despertarse. Conviene que los padres cumplimenten un registro paralelo. (Pueden hallarse modelos de estos registros en Cashman y McCann, 1988).

c) Conviene proceder a un **análisis conductual** de la interacción y hábitos del niño y sus padres, especialmente los manifestados en las situaciones relacionadas con el sueño y sus reales o supuestos problemas.

d). **Estudios objetivos del sueño,** normalmente realizados en laboratorios de sueño. Son obligados en los trastornos por somnolencia excesiva, la apnea de sueño, y todas aquellas situaciones clínicas que exijan correlacionar la arquitectura del sueño con conductas paroxísticas nocturnas.

### **Clasificación**

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño dedica un apartado a los trastornos propios de la infancia (Diagnostic Classification Steering Committee, 1990). Los divide en dos grandes grupos: **disomnias** y **parasomnias**. Las disomnias incluyen los trastornos que implican dificultades para conciliar o mantener el sueño, así como los que entrañan una somnolencia excesiva. Las parasomnias son alteraciones que se producen durante el sueño, usualmente durante la transición sueño-vigilia.

Coincidiendo o no con estos trastornos de base fisiológica, con frecuencia se producen ciertas irregularidades relacionadas con el sueño, habitualmente causadas por la intervención social. Las describiremos como trastornos **conductuales y emocionales** del sueño. En la Tabla 1 se clasifican los trastornos del sueño aquí descritos.

#### **A. Disomnias**

##### **Insomnios**

El insomnio infantil es muy infrecuente. En estudios comparativos se ha observado que los insomnios persistentes de inicio en la infancia dan lugar a que la persona afectada tarde más en dormir y duerma menos que el insomne de inicio adulto. Los insomnios de conciliación infantiles suelen manifestarse

prácticamente desde el nacimiento. Las dificultades para dormir no acostumbran a estar relacionadas con experiencias estresantes. Su interpretación neurofisiológica es muy oscura, pero una visión en profundidad de sus mecanismos subyacentes debiera tener en cuenta la significativa asociación del insomnio infantil con hipercinesia, dislexia y trastorno por déficit de atención (Linscheid y Rasnake, 1990). Con frecuencia coinciden insomnio de conciliación e insomnio de mantenimiento.

Tabla 1.  
Principales trastornos del sueño propios de la infancia y la adolescencia

I. DISOMNIAS
Insomnios
Narcolepsia
Apnea obstructiva del sueño
II. PARASOMNIAS
Despertar confusional
Trastorno de movimientos rítmicos
Sonambulismo
Terror nocturno
Bruxismo
Enuresis nocturna
III. TRAST. EMOCIONALES-CONDUCTUALES
Trastorno adaptativo del sueño
Despertar nocturno
Resistencia a dormir
Fobia nocturna

En la adolescencia, el insomnio es mucho más frecuente, adoptando prevalencias y características que ya lo hacen semejante al propio de los adultos.

Los insomnios se distribuyen en dos categorías. Los insomnios **transitorios** o **situacionales** constan de períodos breves de alteraciones del sueño habitualmente asociados a hechos o situaciones estresantes. Dada la presencia de factores psicológicos o psicosociales en su etiología, describiremos estos insomnios entre los "Trastornos del sueño conductuales y emocionales".

Como su nombre indica, el insomnio **persistente** entraña duraciones más largas del trastorno, extendiéndose durante meses o años. Acostumbra a ir precedido por temporadas de insomnio transitorio o situacional. Puede estar determinado por multitud de factores: psicofisiológicos, cognitivos, orgánicos, iatrogenos, conductuales, ambientales, etc.

En este punto es preciso hacer alguna referencia a los insomnios **sintomáticos** de la patología psiquiátrica, especialmente los que se observan en

los trastornos afectivos, adaptativos y de ansiedad. En la depresión de niños y adolescentes suele ser más frecuente el insomnio de mantenimiento y el terminal que el de conciliación. En los trastornos de ansiedad, son frecuentes las irregularidades del sueño, pero merece mención especial el insomnio de conciliación, a veces intensísimo, experimentado por niños con fobia escolar y/o ansiedad por separación. En la adolescencia, ante un insomnio debe descartarse el consumo de tóxicos, incluyendo el alcohol.

Al igual que en los adultos, las benzodiazepinas constituyen el **tratamiento** más usual para estos insomnios de niños y adolescentes. Diacepam, triazolam, loracepam y alprazolam son las benzodiazepinas más utilizadas y que cuentan con más estudios, dentro de la pobreza investigadora de la psicofarmacología de niños y adolescentes. El triazolam sería el fármaco de elección para el insomnio de conciliación, por su menor riesgo de sedación diurna en comparación con otras benzodiazepinas (Green, 1991). El diacepam ha sido recomendado explícitamente, a dosis de 5 mg., en el tratamiento de la ansiedad anticipatoria de los niños y adolescentes con fobia escolar, ansiedad que suele manifestarse intensamente durante las noches previas a los días escolares y que es responsable del insomnio implicado (Klein et al., 1980).

Algunos autores sugieren que las benzodiazepinas está indicadas especialmente en el insomnio transitorio y situacional (Dement et al., 1984). El insomnio transitorio requeriría intervención psicológica y psicosocial para su corrección. Por otro lado, hay que valorar los riesgos de dependencia que entraña un tratamiento benzodiazepínico excesivamente prolongado.

El abordaje conductual del insomnio se fundamenta en el supuesto de que las dificultades para iniciar o mantener el sueño se deben a factores activadores del sistema nervioso central, cognitivos o emocionales, acompañados o no de intervenciones ambientales contraproducentes. La relajación progresiva, la hipnosis y la retroalimentación se han utilizado con éxito. Sin embargo, estos mismos tratamientos y otros afines apenas cuentan con literatura basada en experiencias con niños. En cualquier caso las técnicas a utilizar son muy semejantes a las que se aplican a los trastornos del sueño de carácter conductual que analizaremos más adelante.

Por supuesto, los trastornos sintomáticos del sueño exigirán el abordaje prioritario, pero no siempre exclusivo, del síndrome o causa primaria.

### **Narcolepsia**

El término "narcolepsia" fue utilizado por vez primera por Gelineau en 1880. Bajo tal nombre designaba un trastorno caracterizado por accesos de sueño incoercibles, de corta duración, experimentados varias veces al día, y que solían acompañarse de crisis de cataplejía.

En el Primer Simposio Internacional de Narcolepsia (París, 1975) se formuló la siguiente definición del trastorno: "La palabra narcolepsia se refiere a un

síndrome de origen desconocido, caracterizado por unas tendencias anormales de sueño que incluyen una somnolencia diurna excesiva, y que a menudo se acompañan de alteraciones del sueño nocturno y de manifestaciones patológicas del sueño paradójico. Las manifestaciones patológicas del sueño paradójico incluyen el inicio del sueño nocturno en sueño paradójico, y la disociación de los procesos inhibitorios del sueño paradójico como la cataplejía y la parálisis de sueño" (citado por Raich y de la Calzada, 1992; págs. 71-72).

Las manifestaciones clínicas de este trastorno se pueden resumir en la denominada "tétrada de la narcolepsia": accesos diurnos de sueño, cataplejía, parálisis de sueño y alucinaciones hipnagógicas. Los **accesos de sueño** se producen repetidas veces a lo largo del día, siendo de inicio rápido y de corta duración. La **cataplejía** consiste en la pérdida súbita de tono muscular bilateral que suele conllevar la caída del sujeto. A veces la pérdida de tono es menor, dando lugar a una sensación de debilidad facial, un habla incorrecta, u otros hechos similares. Suele durar desde algunos segundos a unos pocos minutos. El trastorno suele estar desencadenado por respuestas emocionales (risa, cólera, miedo...). Mientras dura el fenómeno el sujeto se mantiene consciente. En la **parálisis de sueño** el sujeto experimenta la sensación de no poder desarrollar ninguna actividad motora ni verbal. Se produce al conciliar el sueño o durante la noche. Las **alucinaciones hipnagógicas**, visuales o auditivas, suelen ser muy vívidas, originándose al iniciar el sueño.

La narcolepsia se da escasísimamente en la infancia. Suele establecerse a partir de la adolescencia y la juventud. En la población general su prevalencia es del 0,03 al 0,16% (Mindell, 1993).

Se desconocen las causas de la narcolepsia, aunque se le supone un componente hereditario. Se ha sugerido que en las personas afectas de narcolepsia se produce una incidencia del 20% de síntomas depresivos y de ansiedad (Parkes, 1985).

No se conoce un **tratamiento** curativo de la narcolepsia. Las intervenciones recomendadas van dirigidas exclusivamente a minimizar los efectos del trastorno en la vida del paciente; su carácter, pues, es sintomático. En la somnolencia diurna suelen recomendarse fármacos estimulantes, y antidepresivos en los episodios catapléjicos. Sin embargo, prácticamente no hay estudios sobre farmacología de la narcolepsia en niños. Hay autores que sugieren la contraindicación de los fármacos en menores de 10 años (Bootzin y Chambers, 1990). En alguna ocasión se han utilizado procedimientos de modificación de conducta, pero tan sólo para adaptar mejor estos pacientes a su vida diaria.

### **Apnea obstructiva del sueño**

Este trastorno consiste en la aparición durante el sueño de episodios repetidos de obstrucción de las vías respiratorias superiores. Estos episodios de apnea activan el sistema nervioso central y dan lugar a despertares cortos

durante la noche. El cese del intercambio aéreo dura unos 10 segundos por lo menos. El número total de episodios apnéicos se divide por el tiempo total de sueño y se multiplica por 60, obteniéndose un índice de episodios por hora (Linscheid y Rasnake, 1990). En los adultos esta apnea suele acompañarse de ronquidos, lo que facilita su diagnóstico. En los niños no ocurre así, por lo que la detección se hace más difícil.

En los niños el trastorno puede ir acompañado de somnolencia diurna excesiva. Con frecuencia respiran por la boca durante el día, degluten con dificultad, o manifiestan anomalías articulatorias.

No se conoce la prevalencia de este trastorno en la población infantil. La edad media en que suele diagnosticarse es de 7 años. Los niños con obesidad mórbida son sumamente proclives a esta apnea obstructiva (Mindell, 1993).

Su **tratamiento** más frecuente consiste en suprimir las obstrucciones respiratorias, lo que en la mayoría de casos supone una tonsilectomía o una adenoidectomía. En la obesidad mórbida lógicamente es preciso intentar la pérdida de peso. También se ha sugerido practicar, por lo menos en adolescentes, una técnica denominada "Presión aérea continua positiva nasal", que ha conseguido éxitos en adultos (Guilleminault et al., 1985). La terapéutica se hace más problemática en los casos en que la apnea no es propiamente obstructiva, sino causada por incapacidad del sistema nervioso central para mantener los movimientos respiratorios durante el sueño (Parkes, 1985).

## **B. Parasomnias**

### **Despertar confusional**

El niño que padece esta anomalía se despierta, habitualmente durante la primera parte de la noche, manifestando un habla lentificado y experimentando dificultades para responder a las preguntas que se le formulan.

Esta irregularidad carece de significación patológica propiamente dicha, siendo casi universal en los niños menores de 5 años de edad (Ferber, 1985). No se requiere tratamiento alguno.

### *Trastorno de movimientos rítmicos*

Se trata de diversos movimientos estereotipados que afectan mayoritariamente cabeza y cuello pero pueden incluir todo el cuerpo. El más frecuente es el balanceo o golpear de la cabeza (**jactatio capitis nocturna**). Estos movimientos pueden extenderse a todo el tronco y a veces incluyen contactar rítmicamente la cabeza con algún objeto, p. ej., la almohada. La polisomnografía no detecta ninguna alteración específica, excepción hecha de los artefactos producidos por el propio movimiento. Algunos autores conceptúan este fenómeno

como un trastorno de carácter fisiológico-conductual, interpretando tales movimientos rítmicos como actividad auto-estimuladora con funciones relajadoras o inductoras del sueño. Por tanto el hábito se establecería y mantendría de modo semejante a la succión del chupete o del pulgar. En tal sentido no constituiría un trastorno del sueño propiamente dicho.

A los 9 meses de edad, un tercio de los niños incurren en algún movimiento rítmico inmediatamente antes de conciliar el sueño. Esta práctica va desapareciendo progresivamente de modo que a los 4 años ya sólo la manifiesta un 8% de los niños. Cuando persiste más allá de los 5 años es preciso descartar la existencia de retraso mental, autismo o alguna otra patología afín (Raich y de la Calzada, 1992).

Las técnicas conductuales suelen ser eficaces en estos casos.

### **Sonambulismo**

Con la somnolencia es una de las parasomnias más usuales en los niños. Su manifestación más frecuente suele consistir en permanecer incorporado en la cama o sentarse en ella y proceder a actos repetitivos y sin finalidad. En muy pocas ocasiones se produce deambulación u otro género más complejo de comportamientos. En tales casos, lo normal es que retorne a su cama. A veces el sonámbulo emite palabras o frases escasamente inteligibles. Los episodios de sonambulismo pueden durar desde unos pocos segundos hasta media hora. Si se despierta al niño durante el episodio, se muestra desorientado y con frecuencia muy ansioso, hecho éste que suele alarmar extremadamente a los padres. Al despertarse tras el episodio o a la mañana siguiente, el niño no suele recordar nada del mismo.

Padecen este trastorno de un 1% a un 6% de los niños, siendo más prevalente entre los cuatro y ocho años de edad y tendiendo a desaparecer al llegar a la adolescencia. El sonambulismo puede exacerbarse en casos de fiebre, privación de sueño o ciertas medicaciones (p.ej., desipramina). En sujetos predispuestos, los episodios pueden ser precipitados por ruidos o incluso por una distensión vesical (Mindell, 1993).

Los episodios de sonambulismo suelen iniciarse en las primeras horas del sueño, y más concretamente en las fases 3 y 4. Se produce un brote de ondas lentas, hipersincrónicas, de voltaje elevado, que se acompaña de una mezcla de actividad de sueño y vigilia (Raich y de la Calzada, 1992). Se trata, al parecer, de un trastorno inmadurativo. Su carácter genético parece estar establecido. Un estudio comparó 37 niños hijos de padres con antecedentes de sonambulismo con un grupo control de niños cuyos padres carecían de tal antecedente (Abe et al., 1984). A los ocho años de edad aquéllos tendían a manifestar más sonambulismo, más somnolencia y más labilidad emocional que éstos.

La evolución del sonambulismo suele ser muy benigna. Por prudencia, conviene recomendar a los padres medidas de seguridad. En general basta

con ello y con permitir el paso del tiempo. En ciertos casos deberá hacerse el diagnóstico diferencial con una epilepsia temporal o psicomotora. Se han utilizado con relativo éxito benzodicepinas y antidepresivos, sobretudo imipramina, a dosis bajas. Apenas existen referencias de otros tipos de tratamiento, a no ser los utilizados en casos únicos. Así un niño de ocho años con sonambulismo diario fue tratado con despertar anticipatorio (despertar poco antes de la hora habitual del episodio), lográndose en cinco días la supresión total del trastorno (Tobin, 1993).

### **Terrores nocturnos**

Este trastorno, también denominado **pavor nocturnus**, se caracteriza por un despertar brusco que suele acompañarse de gritos, llanto y un evidente estado de agitación. Mientras dura el episodio, no es posible tranquilizar al niño. La sensación de miedo es patente, produciéndose una manifiesta activación vegetativa. Los terrores nocturnos suelen sobrevenir durante las dos primeras horas de sueño. Tras el episodio, el sujeto vuelve a dormirse, no recordando nada de lo experimentado ni al día siguiente ni aun despertándolo durante el mismo.

En consultas clínicas, la prevalencia de este trastorno oscila entre el 2,4% en las consultas pediátricas y el 5,5% en las paidopsiquiátricas (Bixler y cols., 1976). Su frecuencia máxima se da entre los cuatro y doce años, especialmente en varones, tendiendo a desaparecer al llegar a la adolescencia.

Los episodios de terror nocturno suelen producirse durante el sueño NMOR, especialmente en las fases 3 y 4. Los niños que padecen sonambulismo propenden a experimentar terrores nocturnos más frecuentemente que la población general. Al parecer los agentes que incrementan el sueño profundo (fatiga, ciertas medicaciones) también tienden a aumentar los terrores nocturnos. Se trata de un trastorno considerado inmadurativo, que no guarda relación alguna con ningún género de psicopatología.

El diagnóstico diferencial con las **pesadillas** es sencillo. Electrofisiológicamente, éstas sobrevienen en fase MOR mientras los terrores lo hacen en el sueño NMOR. Clínicamente se observa que los terrores se producen en las primeras horas de sueño mientras las pesadillas se experimentan cuando se acerca el despertar matutino; además, las pesadillas pueden ser recordadas.

El tratamiento de este trastorno dista mucho de estar definido. Las benzodicepinas, en la medida en que modifican las fases 3 y 4 del sueño, han sido los fármacos más utilizados. Pero también se han recomendado los tricíclicos, a dosis bajas, en casos severos (Reite y cols., 1990). En cualquier caso, el tratamiento farmacológico no es considerado como curativo. En la literatura se describen algunos tratamientos conductuales que han alcanzado resultados satisfactorios, pero siempre se trata de casos únicos, lo que no permite su generalización.

### **Bruxismo**

Rechinar los dientes durante el sueño es un trastorno muy frecuente a partir de los 10 meses de edad, trastorno que experimentan alrededor del 50% de los niños. El bruxismo puede producir trastornos dentales así como cefaleas y dolor mandibular. No guarda relación alguna con la psicopatología. No se ha hallado ninguna explicación neuropatológica de su existencia (Raich y de la Calzada, 1992).

### **Enuresis nocturna**

Aunque la psicopatología tradicional no la ha considerado una parasomnia, los datos disponibles llevan a concluir que, efectivamente, se trata de un trastorno asociado al sueño y a la patología del despertar (Toro, 1992). Se describe extensamente en el Capítulo 18 de esta obra.

### **C. Trastornos conductuales y emocionales**

Se trata de una serie de trastornos que nada tienen que ver con la electrofisiología del sueño. Aunque pueden alterar su inicio o su curso, las razones residen sistemáticamente en la adquisición de hábitos desadaptativos o en la interferencia de reacciones emocionales determinadas ambientalmente. Aunque los familiares del niño se alarman, y por tanto intentan intervenir, ante los trastornos hasta aquí expuestos, en estos casos su papel suele ser decisivo como causantes únicos o agentes de mantenimiento de la irregularidad. En consecuencia, la actuación sobre el ambiente familiar es decisiva en el tratamiento de estos trastornos. En la literatura no suelen estar clasificados de modo sistemático, y con frecuencia no son ni siquiera descritos. No obstante constituyen un objeto frecuente de consulta tanto pediátrica como paidopsiquiátrica. La sistematización aquí propuesta lo es a título tentativo.

### **Trastorno adaptativo del sueño**

Se trata de una forma de insomnio relacionada con la activación emocional. Suele aparecer en situaciones de estrés agudo, en la experimentación de conflictos o ante ciertos cambios ambientales. Estas situaciones pueden ir desde la separación de los padres hasta una regañina pasando por el visionado de una película de terror. Estos trastornos pueden responder a ansiedad/tensión anticipatoria y aparecer, por ejemplo, en la noche previa a iniciar las clases, antes de una excursión, o en la de Reyes.

La duración del trastorno suele ser breve, habitualmente de unos pocos días. Sin embargo, la intensidad y persistencia del estresor determina en gran manera dicha duración, pudiéndose prolongar durante meses (Mindell, 1993).

El tratamiento se dirige a la situación estresante, en orden a interrumpirla o mitigarla. En casos de ansiedad muy elevada pueden administrarse benzodiazepinas, a dosis bajas, por la noche. Aunque el trastorno suele ser de escasa importancia y pasajero, con frecuencia la intervención familiar puede mantenerlo y prolongarlo convirtiéndose en algún trastorno de los que se describen a continuación.

### **Despertar nocturno**

Las interrupciones espontáneas del sueño son relativamente frecuentes en los niños. El lactante pocas veces prolonga su sueño más allá de cinco horas seguidas. Se ha comprobado que los bebés que siguen una lactancia natural se despiertan por la noche con más frecuencia que los alimentados con biberón (Eaton-Evans y Dugdale, 1988). La razón parece residir en que la leche materna desaparece del estómago con más rapidez que la leche artificial. Durante los dos o tres primeros años de vida es frecuente que el niño se despierte por la noche con cierta frecuencia; lo normal es que no lllore y que tras un corto período de cierta agitación reemprenda su sueño.

Esos despertares espontáneos, que también pueden producirse a edades posteriores, son percibidos por los padres. Si éstos interpretan que el niño necesita que lo tranquilicen, o que tiene sed o experimenta apetito, es probable que actúen a fin de "solucionar el problema". Lo que habitualmente consiguen es crear unos hábitos desadaptados en la medida en que el despertar del niño puede experimentar un auténtico condicionamiento al tiempo y los comportamientos que ocasionalmente manifieste el pequeño pueden resultar reforzados. Estas prácticas han llevado a describir un "síndrome del comer (beber) nocturno" (Mindell, 1993). El niño que llora, reclama compañía, pide agua, solicita ir al baño, etc., y lo consigue, experimenta el reforzamiento de tales conductas, que pueden incrementarse o mantenerse, con el progresivo convencimiento consiguiente de sus padres de que al pequeño "le pasa algo".

Los niños de dos a cinco años que son llevados a la consulta a causa de sus frecuentes despertares nocturnos con frecuencia solían dormir en la habitación de sus padres en épocas anteriores (Linscheid y Rasnake, 1990). Esta proximidad física facilita que los padres perciban el menor ruido y actúen en consecuencia, acostumbando anómalamente al niño. Ocasionalmente los despertares nocturnos están causados por dolores **cólicos**, lo que facilita que el despertar se acompañe de llanto y mayor agitación motora. Que el despertar nocturno esté justificado por tal trastorno no resta importancia a las intervenciones familiares que puedan mantener los problemas conductuales asociados.

Se han utilizado distintos procedimientos para solucionar esta anomalía. Sin duda, ignorar sistemáticamente el despertar y las demandas del niño es el procedimiento más rápido y eficaz para lograrlo. Un estudio comparó dos procedimientos: despertar al niño poco tiempo antes de su despertar espontáneo o ignorarlo (Rickert y Johnson, 1988). Los resultados fueron satisfactorios con ambos

procedimientos, comparados con los de un grupo control. Sus efectos secundarios, también. Pero sin duda el ignorar al niño era más "cómodo" para la mayoría de los padres y conseguía resultados positivos con anterioridad. Cuando el niño se despierta y acude a la habitación o a la cama de sus padres, es preciso devolverlo de inmediato a su lecho y, de ser posible, sin ninguna interacción verbal. Cuando un niño no responde con rapidez a estas medidas, probablemente esté experimentando algún trastorno emocional, lo que obligará, tras el diagnóstico diferencial, a algún otro género de intervención.

### **Resistencia a dormir**

Se trata de una dificultad aparente de iniciar el sueño determinada por la resistencia manifiesta a hacerlo o por la alegación de diversos pretextos que, en cualquier caso, tienen como finalidad evitar acostarse. Aunque muy impropriamente, esta irregularidad a veces ha sido denominada **insomnio infantil**.

Este problema es experimentado por un 5%-10% de los niños. Pero el problema fundamentalmente lo es para los padres del niño, no para éste que no sufre patología alguna. En todos los casos se trata de hábitos adquiridos, consentidos y reforzados por los cuidadores del niño a lo largo del tiempo. La ansiedad sobreprotectora de los padres o su incoherencia normativa suelen jugar un papel significativo en la génesis de esta resistencia a acostarse. En efecto, los padres de estos niños "resistentes" acostumbran a experimentar sintomatología depresiva y ansiosa así como insatisfacción conyugal (Durand y Mindell, 1990).

El abordaje conductual resuelve la inmensa mayoría de estos casos. Se trata de establecer horarios y rutinas fijos, forzar al niño a irse a la cama a la hora adecuada (que no puede ser excesivamente temprana pues es preciso que experimente sueño), extinguir sus peticiones y quejas y reforzar su comportamiento adaptado. Las dificultades para conseguir éxito se deben a la ausencia generalizada de control por parte de los padres o cuidadores del niño -lo que exige una intervención intrafamiliar mucho más profunda-, o a que no se trata de una simple resistencia a dormir, sino de un auténtico trastorno de ansiedad, en general de una fobia nocturna.

### **Fobia nocturna**

La oposición a acostarse de un niño puede ser la manifestación de un temor a tal situación, temor que cuando es intenso cabe que revista características fóbicas. En tales casos el niño experimenta viva ansiedad ante el hecho de quedarse solo en su habitación. La ansiedad suele ser anticipatoria, por lo que no es infrecuente que antes de acostarse, cuando se aproxime la hora de hacerlo, por ejemplo, después de cenar, ya aparezcan signos de tensión e inquietud. El niño puede verbalizar simplemente que tiene miedo, pero

también puede concretarlo refiriéndose a la posible presencia de "hombres", ladrones, fantasmas o monstruos de muy distintas características.

No hay datos en la literatura sobre este género de trastornos. Habitualmente se dan en niños ansiosos, a veces polifóbicos. Junto a las disposiciones del niño para estas reacciones emocionales, la actuación familiar también suele ser equivocada, sea por actuar de forma abiertamente ansiógena, sea por evitar sistemáticamente el afrontamiento de la situación gracias a intervenciones sobreprotectoras que sólo alargan el problema.

Si el trastorno queda definido como fóbico, hay que proceder al descondicionamiento consiguiente, en general con intervención de la familia. Relajación, desensibilización imaginada y en vivo, atenuación progresiva de soportes y apoyo alentador del niño por parte del terapeuta suelen solucionar el problema. Evidentemente, si el trastorno se encuadra dentro de un marco de patología ansiosa general, el tratamiento deberá dirigirse preferentemente al cuadro mayor. Los tratamientos farmacológicos son de escasa eficacia. Las benzodiazepinas a dosis bajas pueden ayudar a resolver el problema, no porque "curen" el trastorno sino porque pueden facilitar la intervención ambiental y psicológica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abe, K., Amatori, M. y Oda, N. (1984). Sleepwalking and recurrent sleeptalking in children of childhood sleepwalkers. *American Journal of Psychiatry*, 141: 800-801.
- Bixler, E. O., Kales, J. D., Scharf, M. B., Kales, A. y Leo, L. A. (1976). Incidence of sleep disorders in medical practice: a physician survey. *Sleep Research*, 5: 62.
- Bootzin, R. R. y Chambers, M. J. (1990). Childhood sleep disorders. En A. M. Gross y R. S. Drabman (eds.): *Handbook of clinical behavioral pediatrics*. Nueva York: Plenum Press.
- Cashman, A. C. y McCann, B. S. (1988) Behavioral approaches to sleep/wake disorders in children and adolescents. Nueva York: Sage.
- Dement, W., Seidel, W. y Carskadon, M. (1984). Issues in the diagnosis and treatment of insomnia. En I. Hindmarch, H. Ott y T. Roth (eds.): *Sleep, benzodiazepines and performance*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Diagnostic Classification Steering Committee (1990). *The international classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual*. Rochester: American Sleep Disorders Association.
- Durand, V. M. y Mindell, J. A. (1990). Behavioral treatment of multiple childhood sleep disorders: effects on child and family. *Behavior Modification*, 14:37-49.
- Eaton-Evans, J. y Dugdale, A. E. (1988): Sleep patterns of infants in the first year of life. *Archives of Disease in Childhood*, 63: 647-649.
- Ferber, R. (1985). Sleep disorders in infants and children. En T. L. Riley (ed.): *Clinical aspects of sleep and sleep disturbance*. Boston: Butterworth.
- Green, W. H. (1991). *Child and adolescent clinical psychopharmacology*. Baltimore: Williams and Wilkins.

## CAPÍTULO 49

### INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA SOCIAL INFANTIL. EL CONTEXTO SOCIAL Y LA PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO

**Jaime Rodríguez-Sacristán**

Es indudable la necesidad de estudiar por separado el área de la psicopatología social infantil. Las publicaciones interesadas en este asunto han llegado a ser de un considerable volumen y las sugerencias y análisis sobre la dinámica entorno-psicopatología del niño son variados y brillantes. Pero el interés no es solo científico y de investigadores. Existe una demanda de la sociedad, que está cada vez más sensibilizada y conoce mejor las relaciones entre el hecho social y la psicopatología infantil. Puede afirmarse que está de moda en las capas cultas de la opinión pública encontrar orígenes y desencadenantes sociales a algunos problemas y trastornos psíquicos infantiles. Y de esa actitud también participan muchas personas de otras clases sociales que han ido tomando conciencia de las repercusiones y consecuencias para el niño de lo que ocurre en la comunidad y en el medio ecológico. Con frecuencia se ha exagerado o equivocado la sociedad construyendo tópicos y prejuicios en la relación social niño-psicopatología, pero en general y visto de una manera global puede afirmarse que tales actitudes han sido beneficiosas porque han facilitado la iluminación y la focalización de áreas y relaciones que habían estado mal conocidas. Y de camino las administraciones públicas han tomado nota de estos fenómenos, han aceptado propuestas de los profesionales y han colaborado con ellos en la evaluación y la solución de los problemas.

Numerosas razones clínicas justifican, también, la conveniencia de identificar y remarcar el ámbito de la psicopatología social infantil. Basta con recordar los temas ya tratados en este libro: la psicopatoplastia de contexto, la psicosociogénesis y las causas ambientales de los problemas psicopatológicos y la evaluación de los contextos sociales de las diferentes entidades clínicas que hemos venido estudiando. Hemos señalado la dimensión social de la deficiencia mental, del abuso de drogas, del fracaso escolar, del suicidio, etc. A partir de toda esa información podemos afirmar que la psicopatología social infantil tiene tres grandes áreas de interés: 1) la sociogénesis, 2) el diagnóstico psicosocial y 3) la intervención adecuada a través de los recursos psicosociales de que dispone la comunidad. Tres grandes polos de interés que nos servirán de guía para poder abordar a continuación temas más específicos como los siguientes: 1) El riesgo social y los factores psicosociales que hacen más vulnerable a un niño o le protegen y las relaciones entre desarrollo social y psicopatología. 2) El tipo de sistema familiar, las interacciones que se dan y el riesgo procedente de la familia, el acogimiento familiar, los problemas psicopatológicos de la adopción y el acogimiento familiar, las consecuencias de situaciones familiares específicas: divorcios, abandonos, las familias rotas y las madres adolescentes. 3) La influencia de las instituciones: escuela, barrio y calle; las situaciones de desempleo familiar, la situación de marginación, los medios de comunicación y las situaciones derivadas de las enfermedades crónicas. 4) El maltrato de los niños y sus consecuencias y el síndrome de Munchausen. 5) La salud mental Infantil como estado y como quehacer: las formas de atención, la organización de los servicios, sus modalidades y sus problemas. 6) La psicología y la psiquiatría infantil comunitarias. 7) Los aspectos culturales y transculturales, la emigración y la pobreza.

No ha sido fácil para la psicopatología social infantil hacerse con un espacio reconocido en el conjunto de nuestra especialidad. Ha tenido que superar barreras y resolver conflictos que aún persisten en un camino que tenía algo de revolucionario. No olvidemos que el fenómeno social y las diversas visiones que existen sobre la sociedad rozan lo ideológico y lo político. No es extraño por tanto que hayan ocurrido cambios en los últimos 100 años que merecen ser recordados, haciendo un corte y una diferenciación entre lo que ocurrió antes o después de 1960, como podemos comprobar en el cuadro 1.

Antes de los años 60 se establecieron los fundamentos teóricos y prácticos que permitieron el posterior desarrollo y la situación en la que nos encontramos en la actualidad. Se conceptualizó la Higiene Mental Infantil; se organizaron los primeros servicios especializados y los primeros intentos serios de trabajo en equipo; la comprensión social de muchos problemas psicopatológicos y se fundamentó y programó en tareas preventivas. Por todo ello puede afirmarse que la psicopatología infantil empieza a gestar una nueva orientación que toma fuerzas, ideas y armamento científico de un marco conceptual más amplio propio de las nuevas ideas sobre Salud Comunitaria. La Psicología comunitaria, Psiquiatría Comunitaria y la Salud Mental Comunitaria, etc. irrumpen con fuerza en el ámbito de adultos y más tarde en el ámbito

Cuadro 1. Evolución de la Psicopatología social infantil

1908 - Comienza el movimiento de Salud Mental. Primero aplicado a adultos e inmediatamente se extiende a jóvenes delincuentes con propuestas preventivas.
1930 - Se inauguran servicios de atención a la infancia inadaptada (Healy). Trabajo en psicología en grupos (Slavson) y se inauguran las primeras unidades especializadas de orientación infantil.
1940 - Crece el número de centros especializados: "Child Guidance Clinics". Equipos médicos pedagógicos, etc.
1950 - Doctrinalmente todavía es muy fuerte la influencia del psicoanálisis en la compensación de los problemas. En esta década, dentro del psicoanálisis comienzan las propuestas de Eric Ericson de gran influencia. Se va extendiendo la idea de centrar más los problemas en el crecimiento de la personalidad del niño en su entorno. Para un trabajo preventivo y menos psiquiátrico con mentalidad de adulto.
1960 - Primeras experiencias aplicadas: trabajo sectorializado en el entorno inmediato del niño, labor de los profesionales en equipo y prevención. Comienza la "Psiquiatría comunitaria del niño" y el movimiento "Salud Mental Infantil Comunitario". Comienza el interés por la salud comunitaria, la psicología de la salud, y la salud mental comunitaria con aires antipsiquiátricos y críticas al modelo médico, todavía centrado en el adulto para extenderse paulatinamente a la infancia en décadas posteriores. Publicación de los principios de normalización e integración que influirán en las décadas posteriores en los programas de integración, prevención y atención a niños con deficiencia mental, autismo, etc. Comienzan los movimientos sociales de asociación familiar.
1970 - Interés por la sociogénesis. Comienza el desarrollo programado de la salud mental infantil en Europa y una mayor sensibilización de la sociedad.
1980 - Desarrollo de la evaluación de contextos y mayor extensión de los servicios de atención. Mayor interés en el fenómeno de la marginación.
1990 - Énfasis en el valor del estrés social y en las dimensiones socioeconómicas. Las consecuencias del llamado cinturón de la pobreza y lo disecológico como clave. Desarrollo de investigación en psicopatología social infantil de una manera lenta. Se encuentra limitaciones a una comprensión social exclusiva de los problemas.

infantil. Así a partir de los años 60 comienza, verdaderamente, el desarrollo de una psicopatología infantil de tipo comunitario con actividades que marcan un nuevo estilo: el concepto de sector, la extensión de un trabajo en equipo y los el aumento de los programas preventivos. En esa misma década, se revaloriza el papel relevante en la familia en el aprendizaje social del enfermar, con la asunción de conceptos sociológicos que permiten conocer mejor la marginación, y la difusión de los llamados principios de normalización y de integración basados en conceptos de dinámica de adaptación psicosocial aplicados al campo de la deficiencia mental y de las minusvalías, que han revolucionado el área de los estados deficitarios en la infancia. En los años setenta ocurre una clara extensión del interés por la sociogénesis de los problemas infantiles, y el desarrollo de los Servicios de atención a los problemas de salud mental infantil en Europa, aunque todavía de manera incompleta. A partir de 1980 se desarrolla la idea de una psicopatoplastia de contexto, la tecnología evaluativa de los ambientes cercanos al niño, el desarrollo de una orientación socio-comportamental, de la construcción social de la enfermedad, y la mayor valoración de los factores

socioeconómicos como la pobreza, paro, etc. considerandolos participes activos en el enfermar. En los años 90: existe un desarrollo más extendido y masivo de la comprensión del fenómeno global de la "Salud Comunitaria", con más estudios sobre riesgo, diseños de intervención comunitaria, programas de prevención infanto-juveniles y una conciencia de que el niño se encuentra en situación "disecológica" y "solo ante el peligro".

***La Identidad de la Psicología Social Infantil y los acercamientos para su comprensión.***

La identidad de la Psicopatología Social Infantil tiene las siguientes características: 1) la presencia de un marco disecológico que 2) genera fenómenos psicopatológicos y de inadaptación en 3) una dinámica en la que se alteran las vías y formas de interacción y comunicación que ocurren en un contexto determinado y 4) la presencia de estrés social y familiar.

El rasgo de lo psicopatológico debe ser subrayado porque en caso contrario se trataría simplemente de la génesis de las conductas sociales del niño, lo que se alejaría de nuestros objetivos. A su vez la presencia de un contexto disecológico es imprescindible. No se trata solamente de estudiar los problemas psicopatológicos que tienen consecuencias sociales y repercusiones en su entorno porque ello también supondría parcializar nuestro interés. La clave de la psicopatología social infantil radica en la índole del intercambio que se da entre niño y ambiente y en los cambios que ocurren su entorno por los que la sociedad deja de ejercer la función de protección, defensa, ayuda y facilitación que el niño necesita, para convertirse en fuente de problemas. Y todo ello ocurrirá en un marco amplio, compuesto de muchos planos, envolturas y estructuras que rodean al niño, que ya tuvimos ocasión de conocer en el I Capítulo de este libro y que son como las muñecas rusas que se contienen unas a otras pero con la diferencia de que entre todos los planos y estructuras contextuales y el niño se establece una dinámica con sentido de totalidad y no con carácter sumativo que podría representarse así.

En el cuadro 2 están representadas todas las fuentes de estrés psicosocial que existen, pero su interpretación global no es fácil. No existe acuerdo sobre cuales son los mecanismos y las dinámicas que se establecen entre cada una de las capas, las instancias y los factores psicosociales estresantes.

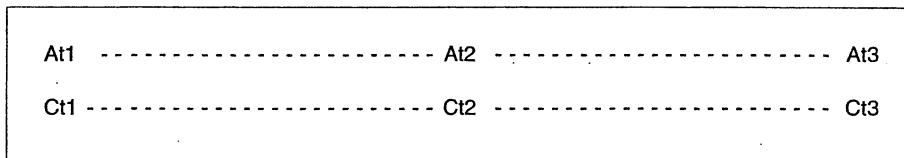
Para poder entender la dinámica psicosocial de la psicopatología infantil, se han ofrecido varios modelos interpretativos que tienen en cuenta las dimensiones sociales de los fenómenos. Todos ellos se derivan de lo que se denomina el modelo social de la personalidad que es una síntesis de doctrinas muy diversas entre sí, como son las propuestas de Kardiner, Benedickt y M. Mead de estilo culturalista y antropológico, junto a orientaciones que provienen del campo del psicoanálisis como Karen Horney, Erich Fromm, Erikson y W. Reich, con vinculaciones con la teoría del campo de K. Lewin,



la teoría del aprendizaje social de Bandura, la dialéctica de Merani, la antipsiquiatría y los movimientos de la psicología comunitaria y la psiquiatría comunitaria. Modelos todos ellos que han nacido con una mentalidad de adulto y con escaso sentido evolutivo que tienen en común aceptar que el marco social es especialmente relevante en la configuración de las conductas y como determinantes la interacción y la psicopatología de contexto.

Pero esa relación contexto niño dista mucho de ser simple y lineal. No basta con establecer una relación causal y de dependencia de las conductas con el ambiente que se podría representar gráficamente de la siguiente manera:

**Modelo simple de cambio psicopatológico provocado en el ambiente  
(Modificación de Lewis M., 1990)**



En esta figura el ambiente A en un momento temporal t1, t2, t3 darían lugar a cambios en las conductas Ct1, Ct2 y Ct3 hasta hacer que la conducta tuviera consistencia y permanencia suficiente. Sin embargo esa situación se da pocas veces en la realidad porque en C coinciden factores tanto exógenos como endógenos (Lewis M., 1990). Innumerables situaciones de aprendizaje social podrían ser aportados para argumentar este hecho, que en definitiva nos impide aceptar un modelo psicosocial rígido y simplista en favor de modelos más complejos, como los interactivos que vamos a estudiar continuación.

En el cuadro 3 se resumen algunas de las interpretaciones y paradigmas que se han hecho del fenómeno psicopatológico social infantil.

De todas las opciones metodológicas que resumimos en el cuadro 3, algunas tienen auténtico interés. Si realizamos la labor de escoger las que tienen más posibilidades de futuro, señalaremos las siguientes: 1) El modelo de Vigotski; 2) La teoría de sistemas; 3) Las aportaciones de Ericson y de Bandura. El resto de los paradigmas son indudablemente enriquecedores pero no han sido suficientemente desarrolladas con mentalidad y criterio de psicopatología evolutiva. Eso ocurre con las explicaciones sociológicas y las culturalistas, que son útiles para entender y explicar ciertas dimensiones del fenómeno social infantil, pero que resultan muy pobres en la clínica. Y lo mismo sucede con las aportaciones socialcognitivas y neopiagetianas y con las propuestas experimentalistas de Garnezy, vivamente sugerentes pero que necesitan un mayor desarrollo.

El Modelo Interactivo de Lev Vigotski posee un indudable interés por varias razones: 1) por su empirismo; 2) por su sentido evolutivista; 3) por rescatar lo cognitivo de los cognitivistas y llevarlo, enriquecido, al resto del desarrollo psicológico en un intento de síntesis psicobiosocialcultural con un sentido unitario de personalidad; 4) porque facilita intervenciones terapéuticas. Se trata de un acercamiento en el que el medio concreto en el que se desarrolla el niño es la clave y el principio básico es el mecanismo de interacción, aceptando que "el aprendizaje precede al desarrollo" y los instrumentos culturales -lápices, ordenadores, lenguaje, prejuicios, etc.- tienen un valor mediador (Solso 88), en un proceso que va de dentro a fuera, en un camino "egocéntrico", que como en el caso del lenguaje origina una internalización al mismo tiempo que provoca cambios en la estructura y la evolución entre el espacio exterior y el interior entendido todo de una manera evolutiva, a lo largo del desarrollo madurativo hasta la adultez.

Cuadro 3. Paradigmas que intentan explicar el fenómeno psicopatológico Social infantil

Explicaciones procedentes de la teorías de psicología evolutiva	Explicaciones procedentes de la teoría de Sistemas	Interpretaciones y paradigmas procedentes de las doctrinas psicoanalíticas y conductistas	Paradigmas derivados de teorías y comprensiones sociológicas	Paradigmas derivables de la experimentación
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La teoría de Vigotski</li> <li>2. Las teorías neopiagetianas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teoría del sistema familiar</li> <li>2. Teoría del estrés familiar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teoría del desarrollo social de Eric Ericson (1959)</li> <li>2. Teoría del aprendizaje social de Bandura. (1963)</li> <li>3. Teoría del campo conductual de Kantor (1959)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teorías culturalistas</li> <li>2. Teoría disecológica</li> <li>3. Teoría de la Anomia</li> <li>4. Teoría de la pobreza</li> <li>5. Teoría ecológica o de los sistemas sociales (Kelly, 1966)</li> <li>6. Teoría de las crisis (Lunderman, 1944)</li> <li>7. Teoría de la salud comunitaria</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Garnezy, 1984</li> </ol>

A continuación en el cuadro 4 se resumen las características más importantes del modelo de Vigotski.

El modelo de Vigotski tiene un indudable interés científico y clínico, pudiendo ser considerado junto a los modelos sistémicos y de la comunicación, que vamos a estudiar a continuación, los que más influencia tienen en psicopatología infantil, en la actualidad.

**El Modelo Sistémico, la Teoría de la Comunicación y la Teoría del Procesamiento de la Información** tienen mucho en común aunque a su vez mantienen perfiles históricos y conceptuales que le diferencian. La Teoría de los Sistemas parte de un principio: el sentido holístico, totalitario y homeostático de lo psíquico que tiene como esencia lo interactivo. La homeostasis implica que en el conjunto global de lo interactivo existe una dinámica de cambios en el niño y en el medio y unas adaptaciones mutuas. El medio de mayor interés para la teoría sistémica es, lógicamente, la familia, un microsistema con tendencias y vectores contradictorios que necesitan llegar a un equilibrio homeostático. El cambio y la movilidad son elementos básicos en este mecanismo. El aforismo clásico que dice que "el niño enferma en familia" cobra aquí toda su realidad. El medio familiar condiciona el estilo de enfermar a través de vehículos de transmisión de una acción modeladora, lo que permitirá no sólo una comprensión de los problemas sino terapéuticas basadas en esos principios que han tenido una notable difusión entre los profesionales que autores como Selvini, Jacckson, etc. han desarrollado de manera brillante.

Cuadro 4. Modelo interactivo de Vigotski

La experiencia clave es	La interacción social del lenguaje y el conocimiento
Los principios	Apriorística, no acepta un principio inmanente único, sino que integra lo histórico-cultural- genético-evolutivo
Los mecanismos	Sigue criterios propios de las ciencias de la naturaleza. Admite la posibilidad de crisis
Lo evolutivo	Es una propuesta típicamente geneticista y con primacía de lo evolutivo. Una conducta tiene sentido en su propio devenir histórico-evolutivo. El desarrollo (ontogénesis) es el lugar de encuentro de lo biológico y lo cultural
Como modelo	Acepta ideas de Piaget y las enriquece con la psicología de Gestalt y la neuropsicología de Luría. Es una teoría interactivista más de "fuera a dentro" que de "dentro a fuera". Es abierto, ateorético, vivo y muy social
En Psicopatología	Se interesa por los Síndromes Clínicos con "mediación verbal"; Interesante en Hiperkinesia. Depresiones y Autismo

La "Teoría de la Comunicación" nació en Palo Alto basada en conceptos de la física, la cibernética y en las investigaciones en el campo de las comunicaciones en general. Los principios básicos de la teoría de la comunicación son los siguientes: 1) la necesidad de la comunicación en un contexto. 2) la facilidad para los errores en la comunicación. 3) los niveles explícitos e implícito en la comunicación. 4) una causalidad circular no lineal.

La Teoría del Procesamiento de la Información, se ha centrado especialmente en la cognición y los mecanismos cognitivos, en la memoria, en la organización semántica y en las redes y sistemas que se estructuran en la comunicación entre las personas. La codificación y la capacidad para procesar son exigencias del paradigma que ha sido aplicada a distintas áreas clínicas y con especial brillantez al campo de las depresiones. Beck (1977) ha aportado una visión cognitiva procesual de lo depresivo de un vivo interés. También se ha aplicado al campo de las neurosis en la infancia y en otros síndromes clínicos infantiles como el autismo y la deficiencia mental. Sin embargo ha recibido fuertes críticas (Patricia Miller 1989) que afirman que no ha resuelto las incógnitas más importantes que el área de la cognición tiene planteadas y no ha generado una teoría general del desarrollo útil para la comprensión de un mayor número de problemas, como se esperaba. En el cuadro 5 se resumen las características generales comunes de los modelos sistémico y de la comunicación.

Cuadro 5. Modelo sistémico y de la comunicación

La Experiencia Clave es	La Comunicación
Principios y Mecanismos	Sigue los principios de la teoría de la información y la teoría de sistemas y de la comunicación. La comunicación ocurre siempre en un contexto ("con quien" y en "que circunstancias"). Las formas de comunicación pueden ser digitales (verbales y analógicas). La forma de mensaje y caracteres del mensaje son esenciales: quien y como lo emite, quien y como lo recibe. Los efectos de la comunicación sobre otros puede ser: a) sintáctico, b) pragmáticos, c) semánticos (según que "influya" sobre a) el conjunto, b) el comportamiento y c) el sentido). La familia y el como de la información son lo esencial del modelo: un mensaje emitido no siempre es un mensaje recibido
La Personalidad y lo evolutivo	No se interesa por lo que ocurre dentro del niño. Se trata de mantener la homeostasis. No aporta una teoría evolutiva
La Clínica	a) La Psicopatología se relativiza, depende del contexto, los problemas pueden venir por: efectos de la distorsión del mensaje emitido y de la actitud de quien lo recibe (errores de traducción del sistema verbal) b) El diagnóstico se centra en la dinámica de comunicación (familiar o interpersonal) y no en las estructuras psicopatológicas c) Terapia: la terapia familiar y la terapia del "niño en familia", son aplicaciones de extraordinario interés y utilidad.

Otra aportación que ha tenido una notable difusión y que ha enriquecido nuestros conocimientos sobre la relación entre el ambiente y el niño es la de Erik Erikson. Este autor, procedente del campo del psicoanálisis infantil y del

adulto realizó numerosos estudios transculturales (1959-1970) y presentó una visión del desarrollo psicológico y social del niño en unas etapas que han servido de guía para comprender la evolución psicopatológica en un desarrollo paralelo a la evolución psicológica y social del niño. En este mismo libro, en el Primer Capítulo, hemos empleado parte de su concepción para explicar el fenómeno de la cronodependencia en psicopatología infantil. Erikson identifica unas situaciones de crisis y de conflicto psicosocial en cada una de las edades formando parte del desarrollo global de la infancia. Así en el primer año observa el conflicto de confianza versus desconfianza. Y en el segundo año la situación autonomía versus duda e inseguridad. Entre el tercero y quinto año ocurre la crisis entre la iniciativa versus la culpa. Entre 6 y 11 años se da el enfrentamiento entre el sentimiento de inferioridad y lo que Erikson denomina la tendencia a la industriiosidad, y por último en la adolescencia el conflicto entre la necesidad de encontrar la identidad propia frente a la tendencia a la confusión de roles, tan característica de estos años puberales. Toda esta visión de Erickson continúa generando observaciones útiles para la psicopatología infantil por su carácter evolutivo, dinámico y clínico (Achembach, 1990; Rodríguez-Sacristán, 1981).

En una aportación radicalmente diferente se encuentran las aportaciones de Bandura al campo del aprendizaje social útiles para poder explicar el mecanismo de como se aprenden ciertas conductas psicopatológicas. Sobre ello hemos hablado en numerosas ocasiones a lo largo de este libro y continuaremos haciéndolo. Ahora sólo recordaremos que el aprendizaje vicario y por imitación de modelos es uno de los más frecuentes en la configuración de las conductas problemáticas en la infancia.

Algunos acercamientos de orientación muy diferente a los anteriores que no tienen entidad como teoría sino que son microparadigmas que tienen en cuenta aspectos sociológicos y culturales son la teoría de la pobreza (Lower Class Cultural Theory) y la teoría de la anomia (Achembach, 1990), y la teoría disecológica (Rodríguez-Sacristán, 1981). Otras focalizaciones en la dimensión sociocultural que no pueden ser considerados como modelos, son los estudios transculturales y sobre la etnicidad (McDermott, 90). Todas estas propuestas tienen en común el subrayar la importancia del meso y del macrocontexto sobre el niño, enfatizando la relación entre la sociedad, las instituciones y las grandes estructuras como son la organización económica, la organización social y política de una sociedad, la entidad sociogeográfica y cultural de la misma y el medio ambiente. Influencia masiva sobre el niño en la que este apenas puede defenderse, dada la magnitud del contexto con el que se enfrenta.

La Teoría del Desarrollo Cognitivo es una comprensión que está generando, actualmente, observaciones interesantes para la clínica. Se trata de la aplicación de la visión neopiagetiana al desarrollo socioemocional del niño y a las consecuencias psicopatológicas y terapéuticas que de ella se derivan. Por un lado están las publicaciones de Case (1988) sobre las primeras relaciones

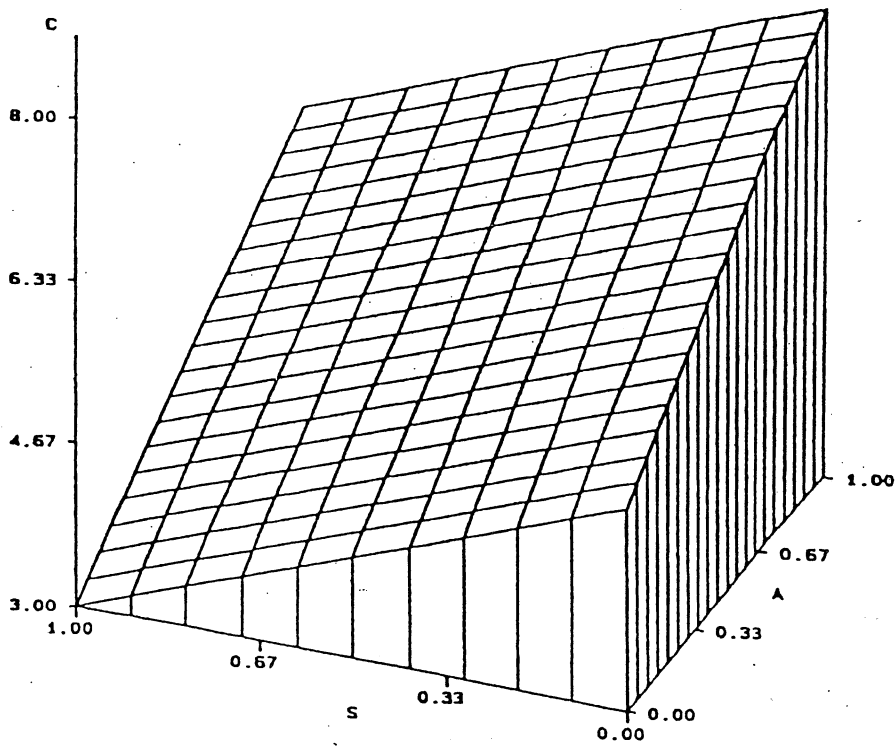
afectivas, las dimensiones sociocognitivas de la empatía y el análisis de las relaciones recíprocamente intencionales (Damon). La propuesta de desarrollo psicosocial de Selman (1981) ha resumido en diversos niveles la evolución psicosocial del niño en las siguientes etapas: a) fase del niño indiferenciado y egocéntrico, (de 3 a 6 años); b) el nivel de diferenciación y subjetividad (de 5 a 9 años); c) la etapa de autoreflexión y de reciprocidad (de 6 a 12 años); d) la etapa de la mutualidad y la "tercera persona" (de 10 a 15 años) y d) la fase de extensión y simbolismo social (de 12 años hasta la adultez). El interés clínico de esta teoría consiste en que permite conocer mejor las relaciones entre el niño y el clínico, con el análisis de los diversos tipos de cogniciones y de sentimientos que intervienen en la compleja relación entre el niño y las personas que están a su cargo, aprovechando las posibilidades de aplicación terapéutica (Lewis, 1991). Sin duda alguna la propuesta es sugerente, aunque todavía necesita un más amplio desarrollo conceptual y práctico. También necesitaría integrarse en una visión más amplia del modelo de la psicopatología infantil.

Una visión interesante de tipo experimentalista que intenta demostrar la relación de dependencia que existe entre el contexto y la conducta psicopatológica es la propuesta por Garnezy (1984) que emplea modelos matemáticos en una situación clínico-experimental en la que se demuestra cómo existe una relación (como se ve en el cuadro 6, en la página siguiente) según la cual el contexto, representado por S (situación estresante) interfiere modificando la adaptación A que origina una conducta final C. Se establece así una relación lineal que permite afirmar que a igual capacidad adaptativa personal la conducta final variara negativamente con arreglo a los cambios del contexto.

En el cuadro 6 a través de un modelo de regresión lineal y dándole valores a A y S nos encontramos como la conducta de competencia final C, dependerá de S. En este caso se trata de un tipo de relación dinámica que Garnezy denomina "modelo compensatorio". Otras muchas situaciones similares en las que varían los factores que intervienen, descrito por este autor y colaboradores son el modelo PFD (modelo del factor protector, o modelo integrado de compensación o el modelo de competición, etc., en unas propuestas extremadamente sugestivas, que tienen en común una metodología clínica-experimental, en los que se intenta demostrar que el factor contexto es siempre un elemento determinante de las conductas psicopatológicas. Propuestas atractivas pero que no terminan de ser aceptadas en el ámbito de la psicopatología infantil.

Cuadro 6.

Modelo experimental para explicar la relación entre estrés ambiental y adaptación. A igual capacidad adaptativa la conducta variará negativamente con arreglo a los cambios de contexto. Modelo compensatorio de Garmezy 1984. En "Needs and prospects of child and adolescent psychiatry". Schmidt M. Hogrefe Pub. 1989.



## CAPÍTULO 51

### LA FAMILIA Y LOS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN LA INFANCIA Sistema familiar y situaciones de riesgo

José Luis Pedreira Massa

#### 1.- CONTEXTO FAMILIAR, DESARROLLO EN LA INFANCIA Y PROCESOS PSICOPATOLÓGICOS:

La experiencia clínica nos induce a decir que muchos de los trastornos mentales en la infancia son de tipo interactivo y multicausal, tal y como se expuso en la parte general de este manual por Rodríguez-Sacristán. Es decir que se influyen e influyen la forma e intensidad de presentación según sea el contexto en el que se presentan y la relación que mantienen los niños/as con los adultos/as con los que mantienen esas relaciones, que en la mayoría de las ocasiones son los miembros familiares. De tal suerte que ***un trastorno o un grupo de ellos puede tener diferente significación e interpretación dependiendo del nivel cultural del entorno, de la capacidad de tolerancia hacia la conducta infantil, de la capacidad de contención de las ansiedades, pero también dependerá de la etapa de desarrollo del niño/a, de la edad, de las experiencias previas, etc. P.e. los espasmos del sollozo son relativamente frecuentes en determinados niños/as de edades comprendidas entre los ocho meses y los tres-cuatro años de edad, pero su presentación está muy condicionada a las situaciones de frustración con las que se enfrenta y a las capacidades de transmitirla por parte del***

medio ambiente, representado por las figuras parentales; una prolongación de su presentación o una reiteración de esta forma comunicacional es un signo de que algo se encuentra alterado en esa interacción, por lo que tanto su presentación y mantenimiento pasa a ser una forma diferenciada de la respuesta infantil y, por lo tanto, tiene un gran valor interactivo. Similar se podría decir de determinadas somatizaciones (algias abdominales, cefaleas, etc) que poseen una presentación peculiar: de domingo noche-lunes mañana a viernes medio día, de mediados de septiembre a finales de junio. En ambos casos, puestos como ejemplo, debe incluirse en la interacción la respuesta del entorno profesional a ese planteamiento comunicacional, en ocasiones puede potenciarse con exploraciones más o menos complejas (independientemente de la necesidad y/o indicación médica para su realización) y explicaciones poco clarificadoras (contenedoras) por parte de las agencias sociales y que pudieran fijar este perfil de conducta del niño/a que va evolucionando y transformándose a medida que se va cumpliendo su propio proceso evolutivo, es decir: se va asegurando la organización del proceso y lo cambia es la forma de expresión, por lo que va configurando una estructura, más o menos rígida, que configurará una expresión psicopatológica adecuada al momento evolutivo y a las circunstancias externas, en ocasiones como formas reactivas de carácter y en otras ocasiones como clínica psicopatológica franca.

De esta suerte se comprende la **gran influencia e importancia que tiene el contexto circundante, fundamentalmente el familiar, para el niño/a**. En primer lugar por la gran dependencia que en estas etapas de la vida se tiene de ese contexto. En segundo término, porque esta dependencia se establece de una forma **prolongada**, hasta tal punto que es la especie animal que más prolongadamente manifiesta esa dependencia. De esta suerte el contexto configura una definición de lo que acontece, pero también puede mantener, desencadenar y modificar determinadas situaciones. Con anterioridad hemos expresado algunas posibles respuestas ante determinadas situaciones de estrés, si el contexto repite formas de interpretación que tienden a aceptar el abordaje inmediato del síntoma infantil (p.e. *conceder la solicitud infantil previamente denegada, respuestas de tipo técnico con repetición de pruebas cada vez más sofisticadas bajo la aceptación de la trampa emitida por la familia de "algo habrá", etc*) sin contextualizarlo con el marco en el que aparece, la posibilidad de que esa respuesta se "cronifique" se asegura; mientras que introducir una posibilidad nueva que pueda contener la situación (p.e. *asegurar el sentido organizador de los límites a pesar de una respuesta aparentemente desproporcionada del niño/a, buscar nuevas formas de expresión del estrés infantil, etc*) hace que puedan situarse las condiciones necesarias para superar estos momentos críticos de forma diferente.

Es necesario recordar que en la infancia la demanda de cuidados es realizada solo de forma excepcional por el propio niño/a, siendo el medio familiar el que establece la demanda, pero no solo ocurre esta interferencia, sino que una vez establecida la demanda también la exposición de sus características y la

posible continuación y/o suspensión del tratamiento pueden verse solicitada o precipitada por el contexto externo del niño/a teniendo poco o nada en consideración la opinión del propio niño/a; este hecho del **establecimiento y la suspensión de la demanda de cuidados ajenos al sujeto infantil hace que el trabajo con esta etapa de la vida presenta particularidades y dificultades técnicas de singular relevancia.**

La importancia del contexto hay que señalarla, pero también se debe situar en su justa medida, sin querer agigantarla de forma que domine toda la escena evolutiva del sujeto infantil, ni empequeñecerla con el peligro potencial de aislar al niño/a en una especie de burbuja aséptica. Ambas posturas extremas no son exactas, de hecho en este trabajo estamos defendiendo la **interacción entre el niño/a y su entorno** para comprender su desarrollo psico-social. *Como ejemplo de lo anterior podemos situar unos datos que aporta una reciente investigación desarrollada por nuestro equipo (Pedreira & al., 1992) con la ayuda del RACP y datos socio-demográficos previos: las figuras parentales que acuden en la actualidad a nuestros servicios son padres/madres jóvenes, algunos de ellos/as acudían a los centros escolares en el momento del desarrollo de los primeros equipos psico-pedagógicos en la escuela, sin embargo su nivel de abandono de los estudios es similar a la que tenían las figuras parentales de hace varios lustros, lo que hace que emitamos una hipótesis para investigaciones futuras: **en muchos casos la proliferación indiscriminada de recursos, sobre todo cuando prestan una cobertura parcial y descontextualizada, no soluciona el problema para el que hipotéticamente se habían implantado esos recursos, ejemplos paradigmáticos pueden ser algunos equipos psico-pedagógicos y algunos equipos denominados psico-sociales, ya que (psico)pedagogizan y (psico)sociabilizan problemas mentales y del desarrollo que tienen un origen diferente y su abordaje es distinto, aunque se debe señalar que tanto unos como otro tipo de equipos pueden ser necesarios en la atención a la infancia, pero ni deben ser los únicos ni son los más fundamentales de forma aislada.***

De la interacción de estas dos situaciones: nivel de desarrollo y crisis evolutivas con los acontecimientos vitales externos, surge una expresión emocional determinada, que fue enunciada suficientemente en el apartado general de este manual. Los momentos de máxima crisis tienen que ver con: los procesos de individuación-separación y su forma de expresar la dependencia-autonomía; los conflictos con los límites y su forma de expresar la frustración; las relaciones con los otros, sean los pares y/o los adultos; el proceso de sociabilización y aprendizaje, etc. En definitiva que esos momentos de crisis evolutiva (primeros meses de la vida, inicio de la escolaridad, albores de la adolescencia) representan momentos de cierto riesgo donde se identifican las respuestas de la infancia a los acontecimientos vitales y la forma de adaptación/expresión emocional a ellos. *Por lo tanto, no es lo mismo una rabieta a los tres-cuatro años que a los siete, aunque pueda tener un valor similar al desplante/portazo ante la frustración del adolescente contrariado.*

El **peligro potencial es cuando los momentos de crisis y los acontecimientos vitales se hacen coincidentes y sintónicos en el tiempo, entonces su acción se potencia y sus efectos son la presentación de formas de expresión clínica**. P.e. en el período comprendido entre los 8-18 meses se establece lo que algunos autores significan como el inicio de la angustia de separación de forma normal (angustia al extraño, solicitud a la madre, etc); si en ese período confluyen formas de separación reales de forma más o menos repetida y confluyente (p.e. salida de la habitación de los padres para dormir, inicio de la guardería, nacimiento de un nuevo hermano, etc) entonces la posibilidad de que se potencie la ansiedad de separación de forma sintomática (p.e. pesadillas, rabieta, llamadas al otro, etc) es bastante frecuente, dependiendo de las características del niño/a y de las capacidades contenedoras del entorno. En otras ocasiones un trastorno precoz del vínculo puede pasar desapercibido un largo lapso de tiempo y manifestarse sintomáticamente en otra período evolutivo cuando el establecimiento vincular es puesto a prueba, aparece entonces clínica vincular disfuncional y sintomática (p.e. adicciones diversas a video-juegos, actividades intelectuales, determinadas drogas, etc) dependiendo de lo que el entorno le ofrezca en cada momento y de la significación vincular que posean para esa etapa evolutiva concreta.

## 2.- INFLUENCIA EN EL PATRÓN SALUD-ENFERMEDAD EN LA INFANCIA: (Tabla I):

**El descenso de la natalidad** ha originado en los países occidentales una disminución muy importante de la población en la etapa infantil, dando lugar a una pronunciada inversión de la pirámide poblacional que en España ha ocurrido con un cierto retraso y se mantiene en la actualidad de forma muy manifiesta. Este descenso de la población infantil se une a **la modificación del patrón salud-enfermedad infantil**, que Martín-Álvarez ha resumido en 1991: la *disminución* de la morbi-mortalidad debida a causas *infecciosas* ha dado paso a un *incremento* de las afecciones *crónicas* en la infancia y a que los *accidentes* ocupen la primera causa de morbi-mortalidad en la infancia.

Ambos factores en su conjunto, descenso de la natalidad y cambio del patrón de morbi-mortalidad en la infancia, hacen que las *preocupaciones* por los niños/as puedan ser más *de tipo cualitativo*, es decir que los pocos niños/as que hay en nuestras sociedades occidentales tengan acceso a unas condiciones de vida mejores. Así aparece el interés psico-social: los problemas de adaptación y conducta; el incremento de los trastornos y dificultades en el aprendizaje; las nuevas/viejas conductas adictivas; el incremento de las somatizaciones y afecciones psicósomáticas (como ejemplo baste señalar el incremento de la anorexia mental en las sociedades occidentales); la manifiesta presencia de los malos tratos a la infancia (no solo los malos tratos físicos, sino también la negligencia, el abandono, los malos tratos emocionales y los abusos sexuales) y, por último, el incremento de los trastornos en la organización y estructura de la personalidad.

Tabla I

**Repercusiones de los cambios familiares recientes en el cuidado de salud de los niños/as**

<p>1.- DESCENSO DE LA NATALIDAD.</p> <p>2.- MODIFICACIONES DE LOS PATRONES DE MORBI-MORTALIDAD INFANTIL: 2.1- Incremento prevalencia accidentes. 2.2- Incremento prevalencia afecciones crónicas.</p> <p>3.- PREOCUPACIONES DE TIPO CUALITATIVO: Más por la calidad de vida y las actitudes.</p> <p>4.- MODIFICACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS FAMILIARES: 4.1- Aparición familias mono-parentales. 4.2- Efectos de la separación / divorcio. 4.3- Nuevas situaciones socio-familiares (p.e. <i>trabajo de ambas figuras parentales fuera del hogar</i>). 4.4- Incremento embarazo adolescentes.</p> <p>5.- APARICIÓN DE PREOCUPACIÓN POR LOS TRASTORNOS PSICO-SOCIALES DE LA INFANCIA: 5.1- Malos tratos y abusos sexuales. 5.2- Trastornos de adaptación y conducta. 5.3- Trastornos del aprendizaje. 5.4- Trastornos psicósomáticos. 5.5- Trastornos de la personalidad.</p> <p>6.- APARICIÓN DE NUEVAS NECESIDADES EN LA INFANCIA: 6.1- Consumo (p.e. <i>moda infantil, conductas adictivas, etc.</i>). 6.2- Calidad de vida. 6.3- Necesidad de soportes específicos. 6.4- Inadecuación formación profesionales.</p>
---

La visión anterior se completa con las *modificaciones* habidas en la *estructura familiar*, tanto en su organización como en su funcionamiento, ya que aún con una composición convencional del sistema familiar lo que se modifica, en muchas ocasiones, es su organización funcional, p.e. el trabajo de ambas figuras parentales, aparición precoz de vinculaciones múltiples (guarderías, abuelos, niñeras domiciliarias, etc) y de otros sistemas que interactúan en el seno de la familia (p.e. la influencia de los modernos medios de comunicación, los video-juegos con su carga de violencia y sexismo, etc). La aparición de situaciones nuevas es de singular relevancia, como p.e. el incremento de las familias monoparentales y otras situaciones de riesgo en los momentos de separación y/o divorcio de las figuras parentales, el embarazo de las adolescentes en incremento manifiesto, etc. No se quiere introducir un criterio de valor, sino constatar la existencia de estos acontecimientos vitales y su acción en pleno proceso de crecimiento y cambio en la etapa en que estos cambios se realizan con mayor cantidad e intensidad de toda la existencia humana.

A lo dicho hasta el momento actual hay que añadir la aparición de *nuevas necesidades en la infancia*: incitación al consumo (p.e. la moda infantil, las nuevas conductas adictivas, etc); la preocupación por una calidad de vida diferente pero con una cierta ambivalencia, ya que se detectan algunos problemas y dificultades en el desarrollo del sujeto infantil, pero por otro lado ni los soportes sociales ni la formación de los profesionales sintonizan armónicamente para poder abordar, con ciertas garantías de éxito, ni siquiera los trastornos detectados en la infancia y la adolescencia.

### **3.- SITUACIONES ESPECIALES DE RIESGO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA PSICOPATOLOGÍA DE LA INFANCIA:**

La investigación inicialmente desarrollada por Holmes & cols. sobre el **impacto de los acontecimientos vitales** (Life events) en el proceso emocional y en la aparición de determinados cuadros psicopatológicos, abrió la posibilidad de realizar investigaciones similares en la infancia y adolescencia, tal y como hemos dicho en repetidas ocasiones: se puede consultar el impacto en la causalidad de los procesos mentales en la infancia en el apartado general de este manual en el capítulo Primero, de Rodríguez-Sacristán.

Las investigaciones sobre el tema desarrolladas por Johnson & cols. tienen la importancia de **referir el impacto a diferentes momentos evolutivos**, por esta razón hemos extraído aquellos acontecimientos vitales que en el listado de estos autores se refieren a situaciones familiares que afectan a la salud de sus integrantes (Tabla II) y los hemos clasificado en tres bloques: los que se refieren a los hermanos/as, a las figuras parentales y a los propios niños/as. La conclusión que se puede extraer es que en su conjunto *el impacto de estas situaciones en la infancia es más importante, en términos generales, que en la etapa adulta* (Tabla III). Esta situación nos parece de interés por el impacto evolutivo que puede representar y que las investigaciones longitudinales podrán aclararnos con más precisión. En el momento actual creemos de relevancia agrupar en dos apartados la exposición: el impacto en los niños/as de afecciones de los integrantes familiares y el impacto en la dinámica familiar de afecciones que padecen los propios niños/as.

#### **3.1- El impacto emocional en la infancia de acontecimientos vitales que afectan a integrantes del sistema familiar:**

**3.1.1- Grupo de situaciones familiares que provocan impacto emocional en la infancia y la adolescencia:** Lo que a continuación se exponen son situaciones de riesgo que provocan un impacto emocional en la infancia, pero la dimensión de ese impacto será muy variable en cada caso y no se debe generalizar. *P.e. su intensidad va a depender no solo de la presencia o ausencia de estas situaciones, sino de la posibilidad de que existan circunstancias de*

sustitución adecuadas para ellas y de las características de contención del propio contexto familiar, por el contrario el pronóstico será más sombrío cuando el funcionamiento del sistema tienda a la rigidez o se muestre con dificultades o sea incapaz de elaborar la existencia de esos momentos de riesgo y crisis.

Tabla II  
Impacto de acontecimientos vitales con origen en hermanos, padres y cambios vitales personales referidos a temas de salud-enfermedad de la familia

ACONTECIMIENTO VITAL	PREESCOLAR	1ª ET. EGB	2ª ET. EGB	BUP/FP
<b>REFERIDOS A SITUACIONES DE LOS HERMANOS/AS:</b>				
Nacimiento/adopción un hermano/a	50 %	50 %	50 %	50 %
Hospitalización de un hermano/a	37 %	41 %	44 %	41 %
Fallecimiento de un hermano/a	59 %	68 %	71 %	68 %
Embarazo de hermana adolescente soltera	0	36 %	60 %	64 %
<b>REFERIDOS A SITUACIONES DE LAS FIGURAS PARENTALES:</b>				
Hospitalización de una de las figuras parentales	51 %	55 %	54 %	55 %
Fallecimiento de una de las figuras parentales	89 %	91 %	94 %	87 %
Fallecimiento de abuelos/as	30 %	38 %	35 %	36 %
<b>REFERIDOS A SITUACIONES DEL PROPIO NIÑO/A EN LA FAMILIA:</b>				
Adquirir una deformidad visible	52 %	69 %	83 %	81 %
Malformación congénita apreciable	39 %	60 %	70 %	62 %
Hospitalización	59 %	62 %	59 %	58 %
Fallecimiento amigo/a	38 %	53 %	65 %	63 %
Inicio en consumo drogas o alcohol	0	61 %	70 %	76 %
Decidir continuar embarazo soltera	0	0	76 %	77 %
Embarazo adolescente	0	0	95 %	92 %

3.1.1.1. Situaciones de cambio y transición en el proceso de relaciones familiares:

- \* Separación y/o divorcio de las figuras parentales. *Sobre todo hay que hacer referencia a aquellos procesos que se llevan de forma traumática o agresiva entre las figuras parentales y en los que los hijos pasan a ser lo que hemos llamado como "niños colchón" de los conflictos parentales. Hoy se está investigando en el impacto de los procesos de separación y/o divorcio parental que se llevan de forma regular y parece que tanto el impacto emocional como las repercusiones posteriores son de mucho mejor pronóstico (Garfinkel & cols., 1990; Pedreira, 1993).*

Tabla III  
Impacto de los acontecimientos vitales referidos a situaciones de salud familiar en los adultos

ACONTECIMIENTO VITAL	VALOR MEDIO
MUERTE CÓNYUGE	100
MUERTE FAMILIAR CERCANO	63
LESIÓN O ENFERMEDAD PERSONAL	53
CAMBIO DE SALUD DE UN MIEMBRO FAMILIAR	44
EMBARAZO	40
MUERTE DE UN AMIGO INTIMO	37

\* Cambios del domicilio familiar. *Supone un cambio también en la orientación relacional (p.e. nueva escuela, nuevas relaciones y amistades) que tienen un impacto, en ocasiones mayor, que el impacto producido por el cambio físico y urbanístico. Resultados de investigaciones ponen en evidencia que este cambio de domicilio incrementa la posibilidad de presentar accidentes, incremento de situaciones de ansiedad (p.e. problemas con el rendimiento escolar, trastornos conductuales, dificultades relacionales con o sin inhibición, etc).*

### 3.1.1.2. Duelos y pérdidas:

- \* Muerte o desaparición de alguna de las figuras parentales. *Además la situación de duelo tiene una evolución en etapas muy bien sistematizadas por Bowlby: negación y no aceptación de la situación; enfado y búsqueda de culpables de la situación con manifestaciones conductuales; la fase depresiva por la pérdida da paso a la posibilidad de elaborarla y, posteriormente, de superarla bien sea por identificación, idealización o posición crítica. En nuestro país Mati Filipo ha estudiado con precisión estos efectos tanto en la pérdida de la figura paterna sea por muerte o por divorcio/abandono de la casa familiar y ha encontrado que el impacto emocional en los hijos/as es similar en ambos casos, lo que le permite afirmar que lo nuclear sería la pérdida de la figura objetal o de apego paterna en este caso.*
- \* La muerte de amigos/as o de algún miembro familiar *tiene también su impacto emocional en la infancia con fases similares pero con una intensidad menor.*

3.1.1.3. Existencia de tensiones relacionales en la familia:

- \* Incremento de situaciones de riñas y disputas de las figuras parentales. *Incluye las críticas y broncas (p.e. señalizaciones irónicas o sarcásticas) por la elección de las amistades y de las actividades sociales, en ambos casos la actitud parental representa una crítica a su individualidad y la autoestima se verá muy afectada.*
- \* Ausencias prolongadas del padre del domicilio parental.
- \* Ausencias de otros miembros integrantes de la unidad familiar.

3.1.1.4. Conflictos legales en el seno familiar. *Bien sea por la comisión de algún delito (p.e. agresiones, robos, etc) o porque alguno de los integrantes familiares posea antecedentes judiciales (p.e. detenciones en etapa infanto-juvenil, libertad vigilada, etc).*

3.1.1.5. Acontecimientos relativos a la sexualidad:

- \* Embarazo prematrimonial de alguna hermana, sobre todo en la etapa de la adolescencia.
- \* Aborto de algún miembro familiar.
- \* Presencia de abusos sexuales en algún miembro de la familia (p.e. incesto u otro tipo de situaciones).

3.1.1.6. Problemas de salud en miembros familiares:

- \* Enfermedades crónicas en algún miembro familiar *(p.e. con ingresos repetidos, pruebas terapéuticas especiales, gastos económicos excesivos, necesidad de cuidados y atenciones al enfermo/a, etc).*
- \* Enfermedades mentales en algún miembro familiar. *Dejamos al margen la discusión del rol de la herencia, resaltamos la disfunción en el establecimiento y mantenimiento de los procesos vinculares y de la continuidad de cuidados que precisa la infancia.*
- \* Consumo de alcohol y/o drogas por algún miembro del sistema familiar. *La posibilidad de presencia de violencia familiar, en cualquiera de sus expresiones, sea hacia/entre las figuras parentales o directamente con los hijos/as incrementa los riesgos evolutivos y la elaboración de imagos adecuadas de las figuras parentales con todas las repercusiones que ello tiene para los procesos de sociologización y estabilidad emocional posteriores.*

**3.1.2- Formas de presentación del impacto emocional en los niños/as por la presencia de acontecimientos vitales familiares:** *La expresión va a depender en gran medida de las características individuales, de la etapa de desarrollo en que se encuentra cada niño/a en el momento que acontece la crisis y de la forma de reaccionar el contexto ante la situación de crisis (p.e. existencia de recursos adecuados para atención a la infancia, redes de sostén social, etc.). El acontecimiento inusual que ocurre lo experimenta el niño/a como un agente estresante por varias razones: amenaza o daño para sí mismo o para los integrantes de la familia; también puede ser sentido como una amenaza de destrucción repentina del hogar o del entorno en el que viven o bien por el hecho de ser testigo de un acto violento y traumático. Los efectos de estas situaciones aparecen en varios niveles:*

**3.1.2.1. Fenómenos de retorno de la experiencia:** *Puede ser aparición un tanto invasiva y repetida de imágenes; sueños amenazantes; juegos repetitivos con temática del acontecimiento traumático; conductas que tratan de representar el acontecimiento vivido y una vivencia de discomfort y ansiedad con el recuerdo del acontecimiento traumático. P.e. de nuestra experiencia clínica podemos resaltar que estos contenidos los hemos visto repetidos en los casos de hijos/as de mineros que fallecían por un accidente minero: hablan permanentemente de la mina y los accidentes, casi como un monotema donde se mezclan infinidad de emociones, muchas de ellas muy contradictorias, lo que origina una vivencia ansiosa particular mezcla de temor y deseo.*

**3.1.2.2. Utilización de mecanismos psicológicos tendentes a posibilitar el olvido y aportar una cierta insensibilidad:** *Olvidar los pensamientos sobre el acontecimiento, para lo que recurre a intercambio de situaciones, actores y espacios. En otras ocasiones existe una disminución del interés por el desarrollo de las actividades normales (p.e. las actividades escolares o deportivas o de los juegos), estableciéndose interacciones que tienden a la independencia, la soledad y un cierto extrañamiento. Para conseguirlo se restringen los eslabones de la cadena emocional, con alteración de la memoria, disminución de las capacidades para obtener nuevas adquisiciones y un cambio de las expectativas de futuro.*

**3.1.2.3. Incremento de los estados de vigilia:** *Las alteraciones del sueño son un signo de gran sensibilidad, estas alteraciones pueden presentarse como dificultad para conciliar el sueño, despertarse bruscamente, disminución de la duración del sueño, sueño inquieto y superficial, etc. Pero también los estados de vigilia se alteran con aparición de irritabilidad, angustia, dificultades de concentración (p.e. para los estudios, olvidos frecuentes de sus propias actividades, etc). La exageración de las respuestas a miedos y temores les puede llevar a estos niños/as a una situación de hipervigilancia, suspicacia e hipersensibilidad y si aparecen recuerdos que guardan relación con los sucesos traumáticos la respuesta puede transformarse en impredecible.*

### 3.1.3- Diagnóstico diferencial:

3.1.3.1. **Con la fobia simple** se diferencia por la identificación de factores familiares o de algún acontecimiento vital estresante en el medio familiar.

3.1.3.2. **Con otras alteraciones psicopatológicas como trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos depresivos y trastornos de la organización de la personalidad** se diferencian en que la posibilidad de existencia de un factor estresante en estos casos es menor o, caso de que se encuentre presente, este factor es mucho más corriente; además los fenómenos de re-experiencia se encuentran relativamente ausentes o son de escasa entidad. En los procesos en que existe algún acontecimiento vital estresante el incremento de los estados de vigilia no suele asociarse con trastornos fisiológicos y no suele existir una presencia significativa de factores de distorsión básica en el desarrollo de la personalidad.

3.1.3.3. **Consumo de drogas y/o alcohol:** Las dificultades de adaptación son mayores y sobre todo ante la falta de la ingesta de drogas y/o alcohol.

### 3.2- Impacto familiar de alteraciones que padecen los niños/as:

3.2.1- **Alteraciones que pueden originar impacto en el interior del sistema familiar:** Se resume en la Tabla IV el resultado de algunos estudios realizados (USA Dept. Health)

#### 3.2.1.1. Afecciones crónicas:

- \* Malformaciones congénitas (p.e. cardiopatías, etc.).
- \* Cromosomopatías (p.e. trisomías, delecciones, etc).
- \* Afecciones hereditarias, tanto las de herencia dominante como recesiva (p.e. hemofilia, neurofibromatosis, etc).
- \* Minusvalías físicas, psíquicas y/o sensoriales (p.e. Parálisis Cerebral Infantil, deficiencias mentales, ceguera, sordera, etc).
- \* Secuelas de accidentes, sobre todo los que acontecen en el domicilio (p.e. cicatrices de quemaduras visibles, amputaciones, etc.).
- \* Enfermedades (p.e. celíaca, diabetes, mucoviscidosis, insuficiencia renal crónica, etc.).
- \* Afecciones oncológicas (p.e. leucemias, tumores linfáticos, tumor de Wilms, etc.).

#### 3.2.1.2. Afecciones de presentación neonatal:

- \* Prematuridad o necesidad de atenciones neonatales.
- \* Síndrome de abstinencia neonatal, por consumo habitual de drogas materna durante la gestación.

3.2.1.3. SIDA infantil.

3.2.1.4. Trastornos emocionales o conductuales de importancia, *lo que incluye el autismo infantil, las psicosis, trastornos afectivos y depresivos, los trastornos conductuales con o sin repercusiones legales.*

Tabla IV  
Prevalencia estimada de afecciones crónicas en la Infancia

TIPO DE AFECCIÓN	PREVALENCIA ESTIMADA por 1000	RANGO DE PREVALENCIA ESTIMADA por 1000
Artritis	2,20	1 - 3
Asma	38,00	20 - 53
De moderada a severa	10,00	8 - 15
Autismo	0,44	0,4 - 0,5
Lesiones del SNC		
Traumáticas	0,05	?
Parálisis	2,10	2 - 2,3
Parálisis cerebral infantil	2,50	1,4 - 5,1
Afecciones renales crónicas	0,08	?
Terminales	0,01	?
No terminales	0,07	?
Labio leporino / hendidura palatina	1,50	1,5 - 2
Cardiopatías congénitas	7,00	2 - 7
Severas	0,50	
Fibrosis quística	0,20	?
Diabetes mellitus	1,80	1,2 - 2
Síndrome de Down	1,10	
Dificultades de audición	16,00	
Sorderas	0,10	0,06- 0,15
Hemofilia	0,15	
Leucosis		
Leucemia linfocítica aguda	0,11	
Retraso mental	25,00	20 - 30
Distrofia muscular	0,06	

TIPO DE AFECCIÓN	PREVALENCIA ESTIMADA por 1000	RANGO DE PREVALENCIA ESTIMADA por 1000
Defectos del tubo neural Espina bífida Encefalocele	0,45 0,40 0,05	
Fenilcetonuria	0,10	
Enfermedad de células falciformes Anemia de células falciformes	0,46 0,28	
Crisis convulsivas	3,50	2,6 - 4,6
Deficiencias visuales Deficiencias de la agudeza visual Cegueras	30,00 20,00 0,60	20 - 35  0,5 - 1

Fuente: Gortmaker, S.L. & Sapperfield, W (1984): Chronic childhood disorders : Prevalence and impact. *Pediatric Clinics of North America*, 37(1), 3-18.

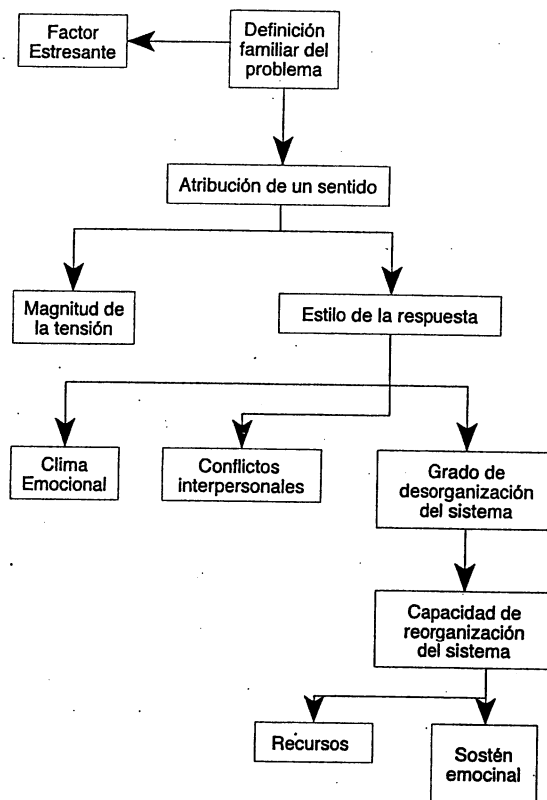
### 3.2.2- Formas de expresión del impacto en el sistema familiar:

**3.2.2.1. Funcionamiento del sistema familiar en situaciones de afecciones en uno de sus miembros:** La perspectiva sistémica ha aportado elementos de análisis de interés para comprender el funcionamiento familiar en las situaciones en las que uno de sus integrantes padece alguna dificultad evolutiva, madurativa o de salud (sea un proceso agudo o crónico o bien como presentación orgánica o psíquica). A esta perspectiva hay que añadir las características personales de cada uno de sus miembros, la fase evolutiva y cognitiva de cada uno o su propio funcionamiento mental. Todo en su conjunto ofrece una gran complejidad, pero vamos a intentar exponer aquellos puntos más relevantes desde una perspectiva psicopatológica.

\* En la Tabla V se expone un tipo de funcionamiento basado en aportaciones de varios autores (HILL, 1949; BURR, 1973; KORNBLIT, 1984). En dicho esquema se refiere la aparición de un factor tensionante (en este caso la afección de uno de los miembros más vulnerables del sistema: los niños/as) que obtiene una definición en el seno del sistema familiar que le otorga un sentido propio, en muchas ocasiones poco tiene que ver con la verdadera dimensión objetiva del problema y en pocas ocasiones se refiere al sentido que los profesionales sanitarios han pretendido comunicar. Ese peculiar sentido hace que la familia defina, para ese momento y esa situación determinada, la magnitud del problema y por lo tanto va a buscar un estilo de respuesta. La respuesta familiar va a ocurrir en diversos planos: el clima emocional que se crea en la familia y que va a interferir en la posible interpretación de otras situaciones ajenas al problema en sí mismo. Ese clima emocional y la situación pueden abocar en la creación o reagudización de

conflictos interpersonales entre sus integrantes (p.e. en torno a quien es el encargado de cuidarle en un momento dado, el tratamiento, etc.). En definitiva lo que aparece es un cierto grado de desorganización del sistema dependiendo de la propia vulnerabilidad de cada sujeto y del sistema en su conjunto, esa desorganización puede ser total o parcial, pero también lleva implícita una capacidad reorganizativa del propio sistema que se encuentra unida a la existencia de recursos para poder abordar, analizar y superar esa situación. Los recursos se plantean a dos niveles: la existencia de recursos asistenciales que puedan ayudar a comprender y superar la situación y a la existencia de recursos tanto personales como familiares de tipo cognitivo y emocional que puedan ser estimulados. Para que los recursos sean utilizados con una dirección reorganizativa es preciso que exista un adecuado sostén emocional, tanto para el sujeto como para la familia en su conjunto.

Tabla V.  
Funcionamiento del sistema familiar ante la afección de uno de los hijos/as



- \* *Las crisis pueden ser consideradas como el grado de desorganización que el impacto del proceso de enfermar produce en la familia. Dicha desorganización va a depender de dos variables: el tipo de enfermedad (incluye posibilidad de curación, tipo de evolución, naturaleza y tipo de procedimientos terapéuticos, modalidad de inicio y posible evolución, creencias socio-familiares sobre el proceso, etc), y la propia dinámica del grupo familiar (incluye el funcionamiento de cohesión-desapego de sus miembros, la permeabilidad de los límites familiares con su calidad/cantidad de intercambios con el exterior, etc). El grado de desorganización familiar se detecta en el retraso o incapacidad de la familia para obtener respuestas adaptativas y no disfuncionales con respecto al niño/a enfermo y al propio grupo familiar.*
- \* *Los recursos familiares que se pueden poner en marcha frente a situaciones de enfermar de un niño/a pueden sintetizarse en los siguientes: capacidad organizativa (p.e. quién y cómo realiza la secuencia para acompañar al niño/a a sus seguimientos clínicos o procedimientos terapéuticos); el funcionamiento de la cohesión familiar (p.e. se sabe que en estas situaciones la figura paterna suele irse alejando de su implicación en los cuidados de la afección y se limita a un papel un tanto pasivo); adaptabilidad a la situación (p.e. posibilidad de aceptar las modificaciones en el nivel de vida, posibles traslados para estar más cerca de los lugares de tratamiento, modificación de horarios o dietas, etc).*

**3.2.2.2. Fases evolutivas de la familia ante la aparición de un proceso de enfermar en un niño/a:** Los factores de tipo general los sintetizamos en: momento del ciclo vital de la familia (p.e. momentos de separación reorganización entre sus miembros, etc), la permeabilidad de los límites del sistema familiar con el mundo exterior (p.e. capacidad para lograr contextos sociales para la colaboración, mantenimiento claro de los límites entre los diversos subsistemas), el estilo de respuesta de la familia frente al proceso (p.e. tendencia centrípeta o de extrema cohesión-fusión interna, o bien tendencia centrífuga desarrollando conductas de evitación y fuga), la capacidad del grupo familiar para la resolución de los conflictos (p.e. capacidad de cada miembro para mantener una cierta frialdad frente a la intensidad de las reacciones emocionales que se desencadenan y la capacidad de cada miembro de la familia para poder comunicar verbalmente sus pensamientos y sentimientos frente a la situación) y el ritmo y características del aprendizaje requerido por la situación de la enfermedad o trastorno que presenta el niño/a (p.e. información referida a los factores que afectan al ritmo y evolución del proceso de enfermar y la propia información que aportan los cambios del niño/a enfermo). Con estos factores que enmarcan el funcionamiento familiar, se destacan las siguientes fases evolutivas de ese funcionamiento:

- \* **Periodo de desorganización:** Se rompe la estructura del funcionamiento familiar por el punto más débil del sistema, pero tampoco es extraño que pueda surgir en algún miembro (casi siempre en uno de los padres) la fuerza suficiente para abordar con eficacia las dificultades y reorganizar la familia. El problema potencial es que la desorganización afecte tanto al sistema que le dificulte o imposibilite obtener la fuerza necesaria para abordar la dificultad, si se ve que este es el funcionamiento prioritario es el equipo asistencial quien debe asumir el papel reorganizador. De lo contrario la intervención de los equipos asistenciales en esta fase debiera ser la de escuchar y contener, ofreciendo a la familia un marco de referencia no intervencionista.
- \* **Momento de recuperación:** Es el momento en el que el elemento cognitivo comienza a actuar como organizador del contexto, puede presentarse de diversas formas: reintroducción en la escena del miembro de la pareja parental que aparentaba periférico, aparición de una afección banal o reactiva en otro de los niños/as que origina un cierto descentramiento del problema inicial, la familia o uno de sus miembros requiere más información sobre el proceso y su evolución, apertura al contexto externa de la familia con reconexión con figuras con las que había existido un cierto alejamiento, conexión con redes de apoyo asociativo (p.e. asociaciones de familiares de afecciones similares, etc). Para los profesionales es el momento más oportuno de explicar con mayor detenimiento el funcionamiento y cuidado de la afección del niño/a.
- \* **Fase de reorganización:** Va a depender del tipo de afección del niño/a, del posible déficit que pueda acompañarle y del funcionamiento familiar previo a esa situación. Puede que la familia reasegure la distribución de roles que existía con anterioridad o bien puede que ocurra una nueva redistribución con nuevas responsabilidades para sus miembros. En esta fase el equipo asistencial debe estar atento a: lograr una reorganización del sistema que sea funcional (es decir: que permanezca un grado de cohesión pero que permita la independencia de todos y cada uno de sus miembros, incluido el/la paciente); mantener la consistencia de los límites entre los diferentes subsistemas familiares; desarrollar el contacto con el contexto externo a la familia y alentar la formulación de proyectos que sean adecuados a los plazos evolutivos del proceso que afecta a ese niño/a.

3.2.2.3. **Situaciones especiales de compromiso en que se reagudiza la situación familiar:** La presentación de los aspectos anteriormente desarrollados no es constante en el tiempo ni uniforme en la forma de expresarse. Existen momentos de especial relevancia en que el funcionamiento de la familia es puesto a prueba, sobre todo en cuanto a la consistencia de los procesos de reorganización que el sistema familiar ha puesto en marcha.

3.2.2.3.1. **Derivadas del proceso:** Serían situaciones que se refieren a las características propias del proceso o afección que padezca ese niño/a determinado. Por lo tanto se pueden esquematizar en las siguientes:

- \* **Evolución en crisis:** La presentación de las reagudizaciones o crisis representan la presencia de la enfermedad y que el sujeto pase a ser un enfermo, alguien a quien cuidar. La crisis representa la actualización de las vivencias emocionales con toda su crudeza, no solo en el pequeño paciente, sino en el conjunto de la familia.
- \* **Posibles ingresos, pruebas complementarias y controles:** Las fantasías de control, la angustia de separación, las vivencias de temores-miedos con la angustia de muerte son contenidos a considerar en el desencadenamiento de situaciones comprometidas para la dinámica familiar dado que todas y cada una de estas circunstancias alteran de forma ostensible la vida familiar y sus relaciones sufren un quebranto.
- \* **Formas de presentación de la crisis:** Parece importante si la crisis se presenta con o sin clínica de conducta disruptiva acompañante, disfuncionamiento social o bien si por el contrario es una clínica más silente y solapada, p.e. las crisis depresivas no suelen ser muy constatadas por el ambiente familiar, siendo los compañeros y profesores quienes lo detectan con más fiabilidad que las propias figuras parentales. **Presencia de otras conductas acompañantes:** Pueden ser de tipo agresivo o inhibido, pero también puede ser detectado como negativas a seguir el tratamiento, oposicionismos, descontrol somático en algunas afecciones crónicas, etc.
- \* **Técnicas terapéuticas:** En ocasiones es necesario alguna técnica terapéutica específica (p.e. diálisis, psicoterapia, etc.), incluso aunque solo sea la dieta (medida terapéutica más frecuente en esta etapa de la vida) la vida familiar se resiente al obligar a pensar en ello, en ocasiones la autonomía personal y familiar se encuentra comprometida con lo que tanto los niveles de autoestima como la puesta en marcha de los procesos de culpa-reparación van a alterar las relaciones familiares, aunque solo sea al pasar a tener peso como acontecimiento vital estresante.

3.2.2.3.2. **Derivadas del propio niño/a:**

- \* **La edad y etapa de desarrollo:** Es evidente que no solo la edad cronológica es importante, sino que se precisa saber el momento en que la etapa de desarrollo en que se encuentra cada niño/a, de esta forma podremos saber si los mecanismos que utiliza habitualmente son de índole regresiva o progresiva, de esta suerte sabremos la dirección del pronóstico. P.e. una rabieta a los tres años casi se podría decir que es una forma bastante normal, aunque molesta, de reaccionar a determinados tipos de frustración en determinados niños/as con

un tipo de temperamento vivaz, pero una rabieta a los ocho-nueve años deja de ser una conducta normal y sería para ser más seriamente observada.

\* **La obtención de beneficios secundarios:** El proceso de crecimiento pone en cuestión, sobre todo en niños/as que presentan algún trastorno de evolución crónica sea de base orgánica o psicológica o psicosocial, el paso de la dependencia a la autonomía, tanto en los propios niños/as como en las figuras parentales. En determinadas situaciones los síntomas y/o formas de expresión y comunicación de los niños/as obtienen un beneficio secundario: facilitar obtener algo en la transacción que realiza el síntoma (p.e. un capricho, una caricia, una prueba de cariño, dejar de hacer algo, etc). Este beneficio secundario favorece actitudes de tipo regresivo y la dependencia se agudiza, pero no es extraño que el contexto familiar lo justifique: "pobrecito/a está enfermo", "solo por esta vez", etc.

\* **Temperamento del niño/a:** Es una variable individual de gran valor semiológico a la hora de abordar la comprensión de tal o cual conducta, tipo de comunicación o síntoma de los niños/as. Hay temperamento apacibles que aceptan y/o expresan su sentir de forma más apaciguada, pero también existen otros temperamento vivaces, irritables, impulsivos y poco reflexivos. Poner los límites de forma adecuada puede resultar difícil y muchos padres y madres podrían verse desbordados al no comprender en su totalidad la forma de reaccionar de su hijo/a, por esta razón debieran poder solicitar y obtener la ayuda y apoyo suficiente para abordar estas dificultades añadidas a otro proceso en su hijo/a.

#### 3.2.2.3.3. Derivadas del contexto:

\* **Tolerancia del contexto:** El grado de tolerancia de los integrantes del contexto a la conducta del niño/a no es idéntico ante las mismas situaciones para la totalidad de sus integrantes ni siquiera en un mismo familiar a lo largo del tiempo. Por esta razón la contención familiar tiene tanta importancia para conseguir que pudiera existir siempre algún miembro del sistema familiar con una cierta disponibilidad y accesibilidad emocional para abordar la dificultad del niño/a con algún tipo de trastorno.

\* **Acompañar al niño/a:** Los niños/as pueden trastornos físicos o psíquicos y precisar un tratamiento adecuado de forma más o menos continuada (p.e. hemodiálisis en el primer caso o una psicoterapia en el segundo), pero no siempre se puede asegurar que exista un dispositivo adecuado para abordar específicamente este tipo de trastornos, lo que quiere decir que se precisa un traslado a otro lugar y probablemente la utilización de algún medio de transporte. Se ha comprobado que los niños/as tienen que ir acompañados por una persona responsable y, en la mayor parte de las ocasiones, suele ser la figura materna, con

lo que se añade otra variable: la madre debe cuidar al paciente y al conjunto de la familia, es probable que empiece haciéndolo de buen grado, pero no es de extrañas que los reproches y culpas aparezcan y en el transcurso del tratamiento pueden empezar a aparecer inasistencias y/o abandonos del tratamiento. En cuanto al tiempo invertido en los desplazamientos se sabe que cuando son superiores a 30 min. la posibilidad de aceptación del tratamiento o de su abandono una vez iniciado es más que probable. En la Tabla VI se exponen unos resultados sobre la frecuentación de servicios sanitarios de niños/as afectados con problemas crónicos de salud a diversos especialistas, de esta suerte se aprecia la importancia de este factor que comentamos.

Tabla VI  
Distribución porcentual de la consulta medica por motivos de consulta y especialidad medica en la infancia y adolescencia

Motivo principal de consulta	Total médicos	Medicina familia	Pediatra	Total cirugía	Medicina interna	Otras especialidades medicas
Problema agudo	51 %	63 %	53 %	23 %	51 %	29 %
Cuidados de salud	25 %	23 %	32 %	12 %	16 %	0 %
Seguimiento enfermedades crónicas	13 %	6 %	9 %	26 %	27 %	50 %
Inicio enfermedades crónicas	5 %	4 %	4 %	8 %	5 %	16 %
Control postquirúrgico o postafecciones	6 %	4 %	2 %	30 %	2 %	4 %

Fuente: Gortmaker, S.L. & Sappenfield, W (1984): Chronic childhood disorders: prevalence and impact. *Pediatric Clinic of North America*, 31(1), 3-18.

\* **Aparición de síntomas o disfunciones en otros miembros de la familia:** Es una cuestión muy debatida en la actualidad, se han esgrimido múltiples factores que lo influyen como las características psicosociales de la propia familia, como pueden ser la calidad de las interacciones y de la comunicación interpersonales, redes de apoyo social, nivel económico, pero en la actualidad se enfatiza la naturaleza transaccional de la interacción entre los niño/as con algún tipo de alteraciones, la familia y el entorno. En términos generales se puede decir que investigaciones actuales han evidenciado que tanto en los **hermanos** como en las **madres** existen un incremento de los niveles de inadaptación y estrés psíquico. Las **figuras parentales** presentan un posible incremento de desarmonías familiares que no suelen llevar

al divorcio, pero no es extraño comprobar un alejamiento paulatino del padre. En cuanto a los **patrones relacionales** de la familia sobresalen los que se corresponden con un sobreproteccionismo y elevado nivel de conflictos, bien sea derivado de la disfuncionalidad psicológica marital o bien asociado con los problemas de ajuste del niño/a que tiene dificultades.

### BIBLIOGRAFÍA:

- Crozier, M. (1977): *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.
- Garrison, W.T. & McQuiston, S. (1989): *Chronic Illness during Childhood and Adolescence*. London: Sage.
- Hersen, M. & Van Hasselt, V.B. (1990): *Psychological aspects of Developmental and Physical disabilities*. London: Sage.
- Kornblit, A. (1984): *Semiótica de las relaciones familiares*. Barcelona/Buenos Aires: Paidós.
- Kornblit, A. (1984): *Somática familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Marín, H.R. (1986): *Niños psicóticos y sus familias*. Buenos Aires: Búsqueda.
- Minuchin, J.-P. (1992): *Modèles systémiques et psychologie*. Lieja: Mardaga.
- Minuchin, S. (1979): *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Pedreira, J.L. (1993): *Protocolos de Salud Mental Infanto-juvenil para Atención Primaria de Salud*. Madrid: ARAN.
- Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S. Selvini, M. & Sorrentino, A.M. (1990): *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona/Buenos Aires. Paidós.
- Suárez, T. & Fernández Rojero, C. (Coords.) (1983): *Paradigma sistémico y terapia de familia*. Madrid: AEN.
- Suárez, T. & Fernández Rojero, C. (Coords.) (1993): *Psicosis infantil*. Madrid: AEN.
- U.S. Department of Health and Human Services (1985): *Children with health impairments*. Washington: U.S.D.H. & H.S.