



Viernes 20 de octubre de 2006

**Seminario:
“Problemas psicológicos:
entender, contener, detectar,
derivar”**

Moderadora:

M.^a Concepción Moliner Robredo
Pediatra, CS Valdezarza Sur, Madrid.

■ **Problemas psicológicos: entender,
contener, detectar, derivar**

Consuelo Escudero Álvaro
Psicóloga clínica, Servicio de Salud Mental
de Getafe, Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Moliner Robredo MC. Problemas psicológicos:
entender, contener, detectar, derivar. Introducción.
En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría
2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 301-3.



Problemas psicológicos: entender, contener, detectar, derivar. Introducción

M.^a Concepción Moliner Robredo
Pediatra, CS Valdezarza Sur, Madrid.
conchitamro@yahoo.es

EL PROBLEMA DE LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN EL NIÑO

Como pediatras, todos hemos sentido alguna vez la inquietud que provoca un cambio en la actitud o el comportamiento de un niño, que no llegamos a comprender.

Igualmente hemos sido receptores de la angustia de los padres ante síntomas de sus hijos para los que no tenemos un alivio físico inmediato y nos hemos visto enfrentados a cómo transmitirles que lo que está ocurriendo puede ser normal a pesar de ser “molesto” o altere el medio familiar. Por otro lado están esos niños que, sin ser molestos para la convivencia familiar, comienzan a tener alteraciones inhibitorias –por las que no suelen consultar los padres, al ser “silenciosas” – y nos miran, a veces, buscando ayuda...

LAS DIVERSAS SIGNIFICACIONES DE LO NORMAL

Si nos atenemos a una definición estadística, todo individuo suficientemente próximo a la media de una población sería normal, pero los sujetos mejor dotados, que escapan de la media, deberían ser considerados como anormales.

Según una definición normativa sería normal todo aquel que responde a ciertos criterios impuestos por el ambiente. Pero ¿quién define la norma? Y el niño que no se conforma estrictamente a las normas de su ambiente, ¿debe ser considerado como anormal? También hay patología que se expresa a través de una conformidad excesiva con el ambiente. Tenemos que tener esto en cuenta ahora que atendemos a tantos niños inmigrantes.

Ateniéndonos a la axiología, la norma sería un ideal y hasta una utopía jamás alcanzada en la realidad, que desempeña el papel de una fuerza de atracción hacia una realización cada vez mejor. No se trata de que de una vez y para siempre el individuo sea normal, sino de su capacidad para evolucionar, para crear, lo que constituye el criterio de su normalidad. La dificultad radica en definir cuál es este ideal y considerar como "normal" el mejor funcionamiento psíquico posible

EL PROBLEMA DE LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN EL NIÑO

Nuestra preocupación cuando valoramos el carácter normal o patológico de una manifestación sintomática debe ser, ante todo, el desarrollo psíquico del niño. Se atiende esencialmente a una referencia pronóstica. Todo aquello que obstaculice con mayor intensidad el desarrollo psíquico será considerado como lo más patológico, aunque se trate de una manifestación poco destacada o hasta silenciosa; todo lo que respete mejor el desarrollo será considerado como una variación de lo normal, aunque se trate de manifestaciones muy destacadas.

La neurosis infantil podría considerarse como un momento inevitable del desarrollo psíquico. Pero el problema no consiste en saber si padece o no una neurosis, sino en reconocer las de tipo grave, es decir, aquellas que infligirán al niño grandes dificultades en el porvenir. El mejor criterio sobre el carácter patológico del estado del niño es la inhibición del deseo de conocer, de la curiosidad y la contención de la vida imaginativa que se traduce en una inhibición para el juego. Los signos de buen augurio son el placer del juego, la libertad concedida a la imaginación respetando la adaptación a la realidad, una relación adecuada, no excesiva, con sus progenitores. Será normal y hasta altamente favorable la existencia de algunas manifestaciones de emotividad y angustia.

Así, el criterio fundamental sería la actitud para progresar hasta la madurez: "Ciertos trastornos pueden ser considerados como fenómenos naturales en tanto que permanezcan intactos los procesos fundamentales (los del de-

sarrollo). Hay que tomarlos en serio cuando queda afectado el desarrollo, cuando se lentifica, se observa una regresión o una detención de su curso". También existe el riesgo para el niño de resultar demasiado bien adaptado, "demasiado sabio", cuando las exigencias psíquicas internas son más importantes. Hay definidos varios conceptos útiles para apreciar la calidad normal o patológica de un niño:

- Las líneas de desarrollo, como ejes de orientación sobre los cuales podemos señalar los estadios de su curso y que permiten señalar los retrasos, las regresiones y las disarmonías entre las diferentes líneas. Éstas irían desde la dependencia a la autonomía y a las relaciones de objeto de tipo adulto (autonomía corporal), del egocentrismo a la camaradería, un desarrollo hacia el juego y desde éste al trabajo.
- La noción de progresión desigual entre su desarrollo y sus impulsos. Según qué predomine, proporcionaría una personalidad intolerante a las pulsiones y entrañaría una represión excesivamente fuerte o, del otro lado, una personalidad impulsiva, incapaz de integrar las tendencias sexuales y agresivas.
- La tolerancia a la frustración, índice de la consistencia de su desarrollo, de la capacidad de encontrar satisfacciones substitutivas.
- El poder de sublimación.
- La capacidad de dominar la angustia.
- El equilibrio entre las tendencias progresivas y las regresivas. Vemos, por ejemplo, a los niños que frente a una frustración buscan refugio en la regresión y los que extraen placer de las experiencias nuevas, que desean agrandar.

Entonces ¿cómo reconocer el síntoma de buen pronóstico, en una fase evolutiva un poco difícil, distinguiéndolo de los signos de neurosis infantiles más graves, con riesgo de una evolución cada vez más patológica? Habría

que valorar la reversibilidad o irreversibilidad de los síntomas y mecanismos de defensa. La enfermedad puede definirse por la fijación de los mecanismos de defensa, fijación que bloquea, más o menos, el desarrollo del niño. Y la salud podría definirse por el carácter transitorio de los bloqueos, la flexibilidad de los mecanismos de defensa, la reversibilidad de las organizaciones psíquicas. El profesional debe apreciar la movilidad de los bloqueos, la capacidad de encontrar placer en el funcionamiento de las operaciones mentales, la posibilidad de dedicarse a nuevas tareas, de transferir hacia personajes substitutivos los cambios en la relación con los padres, el goce por las narraciones, la intensidad del deseo de conocer:

Resumiendo diremos que el objetivo de este seminario es ayudar al pediatra a diferenciar lo que es normal y lo que es patológico en el niño. Para ello deberemos apreciar el peso de cada uno de los síntomas, por una parte, en la organización actual de su personalidad, valorando si tienen una significación desfavorable para el desarrollo psíquico del niño o son, únicamente, la señal transitoria de un conflicto inevitable pero temporal.

Esta valoración debe ser realizada en función de la edad del niño y de lo que sabemos sobre el desarrollo habitual del de su misma edad.

Bibliografía

- I. Mazet P, Houzel D. El problema de lo normal y lo patológico. En: Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol II. Barcelona: Médica y Técnica; 1981. p. 7-15.



Viernes 20 de octubre de 2006

Seminario:

**“Problemas psicológicos:
entender, contener, detectar,
derivar”**

Moderadora:

M.ª Concepción Moliner Robredo
Pediatra, CS Valdezarza Sur, Madrid.

■ **Problemas psicológicos: entender,
contener, detectar, derivar**

Consuelo Escudero Álvaro
Psicóloga clínica, Servicio de Salud Mental
de Getafe, Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Escudero Álvaro C. Problemas psicológicos: entender, contener, detectar, derivar. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 305-12.



Problemas psicológicos: entender, contener, detectar, derivar

Consuelo Escudero Álvaro

Psicóloga Clínica, Servicio de Salud Mental de Getafe, Madrid.

cescudero@mi.madridtel.es

RESUMEN

El objetivo del seminario es hacer un recorrido, lo más práctico posible, por las etapas del desarrollo evolutivo y psicoafectivo del niño desde su nacimiento hasta la adolescencia. Cada etapa tiene sus propias características que conforman las adquisiciones y logros del desarrollo, de forma gradual, hasta conseguir una estructura estable. El tránsito desde la dependencia hasta la independencia, física y psíquica, requiere un largo período en el que es imprescindible el acompañamiento y apoyo de los padres. El desarrollo del niño sano no está exento de conflictos, síntomas y problemas; diferenciar estas variaciones normalizadas de los signos de alarma que pueden derivar en cuadros psicopatológicos es fundamental para prevenir; o bien detectar, lo más pronto posible, los trastornos en el campo infantil. Finalmente el manejo de la angustia materna y la derivación al equipo de salud mental son dos temas fundamentales para la clínica pediátrica.

EL PROBLEMA DE LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN EL NIÑO

Definir qué es lo normal en el niño, en términos estadísticos, es un planteamiento equívoco que resulta inútil en el campo clínico. Siguiendo esta línea, todo lo que no que se encuentre en la media estadística sería anormal, es decir, patológico¹. Los términos normal y patológico son polos opuestos de un continuo en el proceso salud-enfermedad. Hay que precisar que la salud no está definida simplemente por la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar biológico y psicológico en un contexto familiar y social concreto. Por tanto, en este proceso hay una infinita variedad de situaciones individuales que hay que valorar

en el proceso de diagnóstico clínico. Estas diferencias pueden oscilar desde lo que llamamos variaciones en el desarrollo, fenómenos que ayudan al crecimiento, hasta los trastornos ya considerados como psicopatológicos.

El niño es un sujeto en evolución que sigue un proceso de desarrollo altamente complejo. Por una parte hay que considerar el desarrollo evolutivo de funciones adaptativas e instrumentales (tabla I). Este desarrollo se organiza en cuatro áreas principales: psicomotricidad, inteligencia, lenguaje y socialización. Por otra parte está el desarrollo psicoafectivo que es el proceso de estructuración del aparato psíquico y que le llevará a lograr la independencia psicológica y afectiva de los padres y a conseguir una identidad propia al final de la adolescencia. Ambos procesos están entrelazados, incidiendo uno en el otro, pero no son lineales, se producen avances y retrocesos; además no tienen los mismos ritmos y esta diacronía puede producir conflictos y dificultades.

Por tanto, el desarrollo del niño normal y físicamente sano se desenvuelve a través de la resolución de conflictos y síntomas que pueden variar según la etapa del desarrollo madurativo. Los conflictos al principio serán

externos, planteados por las exigencias de los padres en el proceso educativo; después el niño los incorporará como propios y se internalizarán².

Para poder discriminar entre normal y patológico es necesario tener en cuenta la edad cronológica del niño, la etapa evolutiva en la que se encuentra, la estructura psíquica alcanzada y el tipo de vínculos establecidos con los padres en el grupo familiar concreto. Si el síntoma (interiorizado o a nivel de conducta observable) tiene un papel organizador para el funcionamiento mental, será propio de la normalidad. Muchos de los síntomas que se van a presentar a lo largo del desarrollo tienen como escenario privilegiado el cuerpo, debido a que la discriminación mente-cuerpo necesita de una larga evolución; por tanto, cualquier malestar (físico o psíquico) se manifestará a través de síntomas somáticos o funcionales.

EL DESARROLLO HASTA LOS 15-18 MESES

El bebé recién nacido es totalmente dependiente, física y psicológicamente, de la madre. Está completamente indefenso ante los estímulos tanto internos como externos que además no discrimina. No tiene aparato

Tabla I. Etapas del desarrollo

15-18 meses	2-3 años	4-5 años	6-10 años	11-18 años
Predominio de manifestaciones somáticas, progresivo desarrollo del aparato psíquico	Período de intensa actividad psíquica Control de esfínteres	Paso de la relación dual a la relación triangular Reconocimiento de las relaciones entre los padres	Socialización Reconocimiento del otro como sujeto, la relación entre pares	Cambios físicos y psíquicos Pérdida de la infancia y cambio en las relaciones con los padres
Sostenimiento físico y psíquico de la madre. De la simbiosis al vínculo	Adquisición de normas Logros en la autonomía	Incorporación de la diferenciación sexual	El aprendizaje escolar. Período de las operaciones concretas	Crisis de identidad
El objeto transicional. La relación de objeto	Aparición del juego simbólico	Interiorización del conflicto y de las normas	Aparición de trastornos adaptativos o reactivos	Período de las operaciones formales
Lenguaje y deambulación	Establecimiento de la constancia objetal	Logros en la autonomía afectiva		Sexualidad adulta
Establecimiento de ritmos de sueño y alimentación	Aparición de trastornos adaptativos o reactivos	Aparición de trastornos adaptativos o reactivos		

psíquico organizado ni funcionamiento mental. Serán por tanto la madre y la interacción entre ella y el bebé las que organicen este caos de sensaciones. Las manifestaciones del bebé ante tensiones desagradables, frío, hambre, presión, humedad, etc., serán totalmente somáticas, lloros, pataleos, protestas, etc.³. Es el sostenimiento físico y psíquico de la madre el que moldeará los ritmos de sueño y alimentación, que son básicos para establecer el bienestar del niño. En esta primera etapa hay una simbiosis madre-bebé en la que no existen todavía diferencias entre lo interno y lo externo, no hay dos sujetos, el niño no diferencia entre él y la madre⁴.

Poco a poco se produce un progresivo desarrollo del funcionamiento mental del niño. Hacia el octavo mes empieza a diferenciar a la madre y a las personas significativas de los extraños. Este hecho es un indicio de que la simbiosis madre-hijo se ha convertido en vínculo. El niño empieza a discriminarse de la madre como algo diferente, la simbiosis se transforma en relación, aunque el niño, todavía inmaduro, seguirá dependiendo de su madre durante bastante tiempo. Se produce lo que entendemos como la relación de objeto, la madre es el primer objeto de amor privilegiado e imprescindible para el niño, su ausencia ahora provocará angustia.

En este proceso aparecen los objetos transicionales, normalmente muñecos o juguetes con una textura blanda, cálida y suave, que representan una zona intermedia entre la realidad y la fantasía y son el soporte de todo tipo de simbolizaciones, el cuerpo del niño, la madre, etc. Con ellos el niño puede transitar desde la fusión con la madre en la fantasía a la realidad de la relación con ella. Sirven para apaciguar estados de malestar o angustia, facilitan el juego y el estado de quietud necesario para dormir⁵. Ya no hay ninguna duda de que el niño puede y debe dormir solo.

Estos indicadores nos señalan el progreso del niño. Al final de este período se inician las representaciones psíquicas. El niño ya tiene una imagen mental de las cosas en su ausencia, es capaz de buscar un objeto cuando se esconde. Representa un salto cualitativo a nivel cognitivo, lo que se conoce como la permanencia de objeto⁶.

En este período se producen además dos hechos fundamentales: la aparición del lenguaje y la deambulación. Ambos producen un salto importante en la autonomía del niño. Puede pedir y nombrar las cosas y no depende del adulto para trasladarse de un sitio a otro, pasa de la pasividad a la actividad. Comienza una conducta exploratoria con el mundo circundante, quiere tocarlo todo y explorarlo todo. La respuesta de la madre ante estas conductas será vital para promover la curiosidad y el conocimiento o para bloquearlo ante el temor de posibles peligros.

Al final de este período los ritmos en el sueño-vigilia y los de la alimentación se establecen de forma regular. Ya hay períodos de sueño nocturno y diurno claros y la alimentación pasa a ser sólida. El proceso no está exento de dificultades, a veces producidas por el temor de la madre ante los cambios y el aumento de la autonomía del niño.

Los principales signos de alarma vienen dados precisamente por la ausencia de pautas establecidas en el ritmo sueño-vigilia y en la alimentación. Niños que están insomnes gran parte de la noche, bien llorando continuamente o de forma silenciosa; o bien que duermen durante gran parte del día y de la noche. Niños que rechazan la comida sólida y se aferran al biberón, o bien se niegan a comer. Otro conjunto de signos alarmantes puede ser la ausencia de una mirada fija y penetrante, la ausencia de lenguaje o un retraso importante en la deambulación. Todos ellos son signos que nos hablan de las dificultades del vínculo entre la madre y el niño para desarrollar las potencialidades que el bebé trae con el nacimiento. Estos indicadores pueden derivar hacia trastornos psicopatológicos importantes del registro psicótico o autístico, trastornos generalizados del desarrollo, desarmonías evolutivas, etc.⁷⁻⁸.

EL DESARROLLO ENTRE LOS 2-3 AÑOS

Es un período de intensa actividad psíquica que se va reflejar en un cambio importante en la conducta y la actitud del niño. Comienza el control de esfínteres, cuestión que va más allá de la mera limpieza esfinteriana. Cual-

quier niño sano logra el control espontáneo del esfínter cuando está maduro neurológicamente. El asunto se puede complicar cuando los padres son exigentes y fuerzan el control antes de tiempo con adiestramientos que para el niño son siempre penosos (horas sentado en el orinal, etc.). Ejercitar el control-expulsión del esfínter va acompañado de un ejercicio motor de mayor envergadura. El niño ejercita al tiempo toda la motricidad fina y gruesa obteniendo un gran placer de ello. Paralelamente aparece el juego simbólico, la capacidad para jugar al "como si". Puede ser un astronauta, un perro, hacer comiditas, dibujar; saltar, correr y, por encima de todo, jugar a "ser mayor". En esta etapa quiere hacer las cosas solo y cada vez que algo le sale bien será una nueva conquista en su autonomía. El apoyo y el impulso por parte de los padres de todas estas capacidades ayudarán a que el niño pueda renunciar a ensuciarse en cualquier sitio y a cualquier hora a cambio de una satisfacción mayor⁹. Si, por el contrario, los padres sólo están interesados en que el niño sea "limpio" y no valoran sus nuevas adquisiciones, le colocarán en el lugar pasivo de la obediencia, al que cualquier niño sano se va a resistir.

Simultáneamente se produce la adquisición de normas, aparecen las primeras prohibiciones por parte de los padres, acordes con las mayores capacidades motoras. El niño, en su afán de conocimiento, toca todo y quiere conocerlo todo y a veces se pone en peligro o rompe y destroza cosas. Es necesario "ordenar" toda esta actividad por parte de los padres mediante normas adecuadas a su edad. Empiezan por tanto las primeras nociones de lo que está bien o mal, lo que se puede o no hacer, etc. Ante las primeras frustraciones para lograr el placer bruto aparecen las rabietas, la obstinación y el negativismo. El niño dice "no" a todo aunque a continuación, generalmente, hace lo que se le pide. Son reacciones normales que, no obstante, plantean muchas dificultades a los padres. Ellos tienen también que renunciar al estrecho contacto físico que tenían hasta entonces con el niño, para promover su autonomía en el cuidado de sí mismo, en el vestido, la alimentación y en sus pertenencias.

Al final de esta etapa se produce el establecimiento de la constancia objetal, es decir, de la capacidad de

representar al objeto de amor ausente, fundamentalmente la madre, pero también el padre y cualquier persona significativa para el niño. Este hecho supone el correlato psíquico de la capacidad motora que abre las puertas a una mayor autonomía física y mental. El niño ya no necesita de la presencia permanente de la madre; cada vez con mayor frecuencia se entretiene solo, es capaz de jugar y hacer una infinidad de cosas sin ayuda directa de los padres, le empiezan a interesar los niños de su edad y disfruta cada vez más en compañía de sus iguales. Aunque simultáneamente hay períodos en los que necesita compartirlo todo con la madre por temor a la pérdida de su amor¹⁰.

El período no está exento de problemas y las adquisiciones tendrán avances y retrocesos. Las vicisitudes del desarrollo de cada niño y de la propia vida familiar; con cambios a veces importantes como muertes, separaciones, etc., producen a menudo trastornos adaptativos o reactivos de carácter transitorio, generalmente con pérdida de funciones ya adquiridas como trastornos del sueño, pérdida del control esfinteriano logrado, somatizaciones diversas, dolores abdominales, vómitos, tics, ansiedad de separación, miedos, etc. Los miedos en esta etapa son bastante frecuentes, producidos por la falta de madurez cognitiva y las características del pensamiento del niño, de tipo animista y mágico. Aparece el miedo a las tormentas, a los ruidos fuertes, a los animales, etc. En definitiva, son trastornos propios del desarrollo evolutivo, solamente si aumentan en intensidad y permanecen en el tiempo pueden dar lugar a trastornos que necesitan ser abordados.

EL DESARROLLO ENTRE LOS 4-5 AÑOS

Esta etapa está determinada por el paso de la relación dual a la triangular. El aparato psíquico está ya más estructurado y el niño reconoce ahora la relación entre los padres, ya no es el centro del mundo. La madre no se completa con él, necesita de la relación afectiva de otro adulto, el padre (o su pareja). Los padres tienen una relación afectiva que no pasa por él; por tanto, desde ahora la relación ya no será niño-madre o niño-padre, sino niño-padre-madre.

Este hecho supone un descubrimiento fundamental para el niño de profundas consecuencias. Por un lado le abre las puertas para la etapa posterior de la socialización, puesto que ya no es el sujeto imprescindible para el bienestar de los padres. Los avances en su desarrollo y los aprendizajes serán para su propia satisfacción en primer lugar y no estarán supeditados a las exigencias de otros. Pero, por otro lado, siempre supone una gran frustración para el niño comprobar que no es el único objeto de amor de sus padres. Esto conlleva un riesgo de fragilidad importante; el niño necesita consuelo y apoyo y, sobre todo, que los padres le pongan en contacto con el mundo extrafamiliar, donde podrá encontrar otras satisfacciones nuevas¹¹.

El reconocimiento de la relación entre los padres conlleva la interiorización de la diferenciación sexual. El niño ya había comprobado las diferencias sexuales anatómicas, pero ahora estas diferencias se incorporan a nivel psíquico. En estos momentos suelen aparecer conductas muy estereotipadas entre niños y niñas que responden al típico de los roles sexuales. Los juegos son diferentes, los niños y las niñas, tienden a jugar separados y la conducta de unos y otras con los padres son distintas. Ambos, niños y niñas, necesitan competir, relacionarse y seducir de forma completamente diferente para consolidar su rol sexual. En esta etapa aparecen las típicas preguntas sobre sexualidad que incomodan a los padres. Cómo se hacen los niños, cómo nacen, etc. Aumentan también las conductas masturbatorias de forma clara. Todas estas características son completamente normales en este período, únicamente es necesario aclarar al niño dónde y cuándo llevar a cabo estas prácticas y contestar a sus preguntas de forma verídica.

El final de esta etapa se caracteriza por la interiorización del conflicto y de las normas, es decir, de la interiorización de la instancia parental. El conflicto ya no se da entre los padres que prohíben o exigen, sino que la prohibición y la exigencia es interna y, por tanto, el conflicto está en el propio niño, entre lo que desea y no puede hacer, entre lo que tiene que hacer y no le apetece. Esto supone un logro fundamental en la autonomía afectiva, conlleva un importante aumento del autocontrol de los impulsos, de la capacidad de frustración, en definitiva, de

la demora de la satisfacción y la búsqueda de otros caminos más elaborados y sofisticados para obtenerla. Se instaura la diferencia entre el pensar y el actuar. Ya no se puede actuar sin un proceso de pensamiento previo que supone hacerse cargo de la responsabilidad de los actos y sus consecuencias. Ya no sirve el "lo hice sin querer"; aunque el niño lo siga repitiendo, en su fuero interno ya sabe que es una excusa que no le exime del resultado de sus acciones. Descubre también que sus deseos pueden no coincidir con los de sus padres o los de otros niños y que tiene que negociar con ellos para el buen entendimiento y el bienestar propio¹².

En este período también suelen aparecer trastornos adaptativos o reactivos de carácter transitorio. Además de los ya mencionados en etapas anteriores pueden aparecer fobias a determinados animales o situaciones. Son mecanismos de desplazamiento de la angustia y una forma de elaborar los conflictos típicos de la etapa. Es muy frecuente la aparición de los llamados trastornos de conducta, impulsividad, descontrol de impulsos, fabulaciones y mentiras, adjudicación a otros de las propias acciones, etc. También son frecuentes cambios en el tono afectivo, ansiedad, irritabilidad, euforia, tristeza, ira, enfados, etc. Sólo si son de carácter permanente pueden tener un significado psicopatológico¹³.

LA ETAPA DE LATENCIA, 6-10 AÑOS

Es la etapa de la socialización y de los aprendizajes escolares por excelencia. Ahora el contexto extrafamiliar, el colegio y el mundo de los pares son el centro de atención y desarrollo del niño. Esto implica que los padres deben tolerar y fomentar el contacto del niño con sus iguales. Es altamente perjudicial para cualquier niño que los padres, movidos por sus miedos a los posibles peligros del mundo exterior, impidan este contacto conservando al niño con ellos durante los fines de semana o en su tiempo libre, organizando las actividades familiares siempre en función del niño o prohibiéndole salidas o excursiones con sus iguales.

El reconocimiento pleno del otro como sujeto con sus propias necesidades, gustos y deseos hace que el

contacto con los pares sea fundamental en esta etapa. Los amigos se convierten en elemento fundamental para consolidar la identidad y la personalidad independiente del niño. Comienzan las reivindicaciones propias de la edad que indican la diferencia en gustos y deseos de los padres. El niño es ahora sumamente sensible y celoso de su intimidad. Se siente profundamente humillado si los padres o los profesores señalan en público sus errores, sus miedos o inseguridades, hablan de él, de su carácter o de sus cosas sin ningún miramiento con otros adultos, vecinos o amigos. Ya no cuenta todo lo que le pasa a los padres, los confidentes son los amigos y compañeros. Los padres tienen que tolerar y entender este paso no como una falta de confianza sino como un desarrollo en la autonomía.

Éste es el período de las operaciones concretas, se comienzan a manejar conceptos espaciales, temporales y numéricos, lo que abre paso a los aprendizajes escolares, que serán uno de los hitos más importantes de esta etapa.

Los trastornos adaptativos o reactivos de carácter transitorio en este período se caracterizan por la aparición de dificultades en los aprendizajes escolares, que a menudo son fuente de preocupación y angustia en los padres, o bien pueden estar determinados por exigencias excesivas y no acordes con las capacidades del niño. Pueden aparecer mecanismos y rituales de carácter obsesivo que sirven para metabolizar la angustia y controlar los impulsos. Pueden aparecer también mecanismos fóbicos ahora centrados en situaciones de carácter social, hablar en público, leer en voz alta, salir a la pizarra, etc.; producto de la inseguridad propia de esta etapa. Los trastornos de conducta suelen ser más discretos y limitados a situaciones concretas que suponen una novedad o un reto importante para el niño, discusiones o enfrentamientos con los amigos, afrontamiento de conductas agresivas en los compañeros, etc. Se pueden producir somatizaciones como cefaleas y dolores difusos. Solamente si estos síntomas permanecen en el tiempo o aumentan en intensidad tendrán un carácter psicopatológico.

LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA, 11-18 AÑOS

Es una etapa de profundos cambios físicos y psíquicos. La pubertad se considera el inicio de los cambios fisiológicos y hormonales que culminarán en la adolescencia con los cambios psíquicos correspondientes. El cuerpo cambia y crece, a veces de forma desproporcionada, hasta adquirir la armonía final. Se desarrollan las características sexuales primarias y secundarias en niños y niñas (crecimiento de los órganos sexuales, menarquia, etc.). Estos cambios son el correlato de los cambios psíquicos de este período. Se produce ineludiblemente el fin de la infancia y del cuerpo infantil y se abre, por tanto, un período de duelo¹⁴.

El adolescente experimenta un empuje de las pulsiones y deseos y se reeditan conflictos anteriores que, hasta ahora, permanecían latentes. Las relaciones con los padres cambian. Necesitan mayor distancia de ellos para reorganizar una relación nueva de corte más adulto. Su cercanía produce un malestar importante, el adolescente se encierra en su mundo propio y permanece largo tiempo en su habitación. Este hecho produce dudas y quejas en los padres que continuamente plantean que "su hijo no es el de antes". Indudablemente tienen razón, pero en la queja siempre hay un deseo de que vuelva a ser lo que era, cosa totalmente imposible. El duelo de la adolescencia conduce a una crisis de identidad en la que el adolescente se siente a menudo perdido. No comprende lo que le pasa, sus deseos, gustos, preferencias y relaciones ya no le satisfacen y no sabe claramente por qué ni cómo sustituirlas por otras. El grupo de amigos se convierte en el contexto natural donde deposita su confianza, sus deseos y sus proyectos. Se produce una rebelión contra todos los valores del mundo adulto. Los padres pasan claramente a un segundo plano y, junto con los profesores, son las figuras representativas de este mundo que se vive como incomprensible e injusto. El adolescente es a menudo idealista y extremista. El amigo o amiga íntimo se convierte en el confidente de sus dudas, de sus ideales y proyectos, en ocasiones irrealizables¹⁵.

En el plano cognitivo se produce un cambio importante, es el período de las operaciones formales que darán paso al pensamiento abstracto. El adolescente ya puede pensar sobre sí mismo, sobre ideas e hipótesis. Sin embargo, estas capacidades se ven con frecuencia estorbadas por el conflicto psíquico subyacente. El tono afectivo oscila con rapidez de la apatía a la euforia; la irritabilidad, la tristeza, la confusión, el cansancio, los cambios de humor rápidos y a menudo incongruentes para un observador exterior son la norma.

El mundo interior del adolescente es complejo y caótico y en un primer momento estas características se reflejan en su aspecto exterior; en el desorden de sus pertenencias, de su habitación y de sus hábitos y horarios. Es muy importante que los padres comprendan el carácter transitorio de estas manifestaciones y la necesidad de intimidad que las acompañan. Las normas tienen que ir dirigidas a ofrecer un límite de seguridad al adolescente y no convertirse en imposiciones rígidas que, únicamente, favorecen el enfrentamiento. Frecuentemente la compañía de los amigos es lo más importante y también las primeras relaciones sentimentales y sexuales. En la adolescencia se produce el acceso a la sexualidad adulta, a una orientación sexual definida con todas sus consecuencias. Se abre un largo período de dudas y de experimentación. La primera relación sentimental y/o sexual, seguida a menudo de una ruptura o un fracaso, produce un profundo malestar y un daño narcisista importante que exige un proceso de elaboración.

Los trastornos adaptativos o reactivos más frecuentes son el insomnio o la hipersomnia, la pérdida del apetito o la voracidad, el cansancio físico, las variaciones en el humor y las somatizaciones.

En este período se producen conductas de riesgo por la tendencia del adolescente a la actuación. El contacto con las drogas, el alcohol, la violencia, las fugas del domicilio familiar o los actos delictivos son algunos de los signos de alarma propios de esta etapa. Sin embargo, hay que estar atentos para hacer una valoración real de estas conductas. En muchas ocasiones los temores de los padres no son objetivos y ven riesgos donde no los hay. Buscar un

espacio para que el adolescente pueda hablar; por sí mismo, de estos temas ayuda a valorar la situación en su justa dimensión. En el polo opuesto estarían la depresión o los riesgos de descompensación psicótica. Otros signos de alerta son los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia)¹⁶.

LA CONTENCIÓN DE LA ANGUSTIA MATERNA

A menudo acuden a consulta madres extremadamente preocupadas por su bebé o su niño, a pesar de que su crecimiento y desarrollo no presentan problemas observables, o bien las dificultades son las variaciones propias del desarrollo normalizado que indican simplemente cambios en las etapas del crecimiento. Es necesario entonces considerar las razones de esta angustia y no caer en la tentación de prescribir pruebas innecesarias pensando que esto calmará su ansiedad. La mayoría de las veces sólo sirven para confirmar sus temores sobre posibles trastornos que hay que seguir buscando con pruebas más sofisticadas y agresivas para el niño.

Las madres que han tenido un bebé, sobre todo si es el primero, experimentan una profunda reorganización psíquica de carácter temporal, lo que Stern denomina la "constelación maternal"¹⁷. Consiste en un nuevo conjunto de tendencias, sensibilidades, fantasías, temores y deseos centrados en el bebé. Los temas en torno a los que se articulan esta nueva estructura y sus funciones correspondientes son:

El tema de la vida y el crecimiento. Consiste en la capacidad para mantener con vida al niño y hacerlo crecer.

El tema de la relación primaria. Consiste en la capacidad para relacionarse afectivamente con el niño y garantizar su desarrollo psíquico. En palabras de Winnicott "la madre suficientemente buena".

El tema de la matriz de apoyo. Es la capacidad para crear los sistemas de apoyo necesarios para cumplir estas funciones. Fundamentalmente el padre y familiares cercanos.

El tema de la reorganización de la identidad. Es la capacidad de transformar su propia identidad para permitir y facilitar estas funciones.

El temor de no ser capaz de cumplir estas funciones, las dificultades para pasar de ser hija a ser madre, la elaboración de los conflictos con su propia madre, la relación con su niño y los cambios en la relación con su pareja serán la base de su angustia. A menudo una pregunta sobre cómo se siente y qué piensa es suficiente para que la madre pueda hablar de sus preocupaciones y contener la angustia.

LA DERIVACIÓN AL EQUIPO DE SALUD MENTAL

Cuando se han observado signos o indicadores de riesgo en cualquiera de las etapas del desarrollo, que van más allá de las variaciones normalizadas, se hace necesaria una derivación al equipo de salud mental. Éste es un tema delicado y que siempre produce en los padres cierto males-

tar, a veces incomprensión y casi siempre dudas. Se sienten cuestionados en sus funciones, indirectamente culpabilizados y, o bien se angustian, o niegan la necesidad de la derivación.

Es preciso explicar la conveniencia de la consulta, explicar la necesidad de un abordaje más especializado y presentarlo como un beneficio para los padres y el niño. También hay que explicar al niño, de forma adecuada a su edad, esta consulta. Aunque sean pequeños entienden perfectamente que verán a un profesional que entiende los problemas de los niños. Si no se hace este trabajo, se corre el riesgo de que no acudan al servicio de salud mental, o bien que asistan como un mero trámite sin aportar ninguna información útil.

En el informe de derivación no es preciso consignar un diagnóstico y siempre resulta más orientativa la descripción de los síntomas, de las conductas que presenta el niño y la actitud de los padres.

Bibliografía

1. Ajuriaguerra J, Marcelli D. Lo normal y lo patológico. En: *Psicopatología del niño*. Ajuriaguerra J, Marcelli D, editores. 3 ed. Barcelona: Masson; 1996. p. 49-63.
2. Gracia Clavero F. La nueva educación. El síndrome de inmadurez psicológica de base educativa. Huesca: Mira; 2002.
3. Spitz RA. El primer año de vida del niño. 3 ed. Madrid: Aguilar; 1986.
4. Winnicott DW. De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. En: *El proceso de maduración en el niño*. Winnicott DW, editor. 3 ed. Barcelona: Laia; 1981. p. 99-110.
5. Winnicott DW. Realidad y juego. 2 ed. Barcelona: Gedisa; 1982.
6. Piaget J, Inhelder B. Psicología del niño. 12 ed. Madrid: Morata; 1984.
7. Mazet P, Houzel D. Trastornos de expresión somática. En: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Mazet P, Houzel D, eds. Vol. I. Barcelona: Médica y Técnica; 1981. p. 199-235.
8. Mazet P, Houzel D. Los estados psicóticos. En: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Mazet P, Houzel D, editores. Vol. II. Barcelona: Médica y Técnica; 1981. p. 89-104.
9. Winnicott DW. La teoría de la relación paterno-filial. En: *El proceso de maduración en el niño*. Winnicott DW, editor. 3 ed. Barcelona: Laia; 1981. p. 41-63.
10. Mahler MS, Pine F, Bergman A. Sobre la simbiosis humana y las subfases del proceso de separación-individuación. En: *El nacimiento psicológico del infante humano*. Mahler MS, Pine F, Bergman A, editores. Buenos Aires: Marymar; 1977. p. 51-135.
11. Mazet P, Houzel D. Desarrollo afectivo. En: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Mazet P, Houzel D, editores. Vol. I. Barcelona: Médica y Técnica; 1981. p. 67-87.
12. Ajuriaguerra J, Marcelli D. Psicopatología de la diferencia entre sexos y de las conductas sexuales. En: *Psicopatología del niño*. Ajuriaguerra J, Marcelli D, editores. 3 ed. Barcelona: Masson; 1996. p. 233-47.
13. Martínez González C, Escudero Álvaro C. La depresión en la infancia. En: *Manual práctico de pediatría en Atención Primaria*. García-Sicilia J, Almaraz Garzón ME, Ares Segura S, Muñoz Hiraldo ME, Parra Martínez MI, Ramos Boluda E, y cols, editores. Madrid: Paidós; 2001. p. 417-20.
14. Escudero Álvaro C. Las alteraciones de la imagen del cuerpo a través de un caso clínico. *Psiquiatr Publica*. 1991;3:149-53.
15. McKinney JP, Fitzgerald HE, Strommen EA. Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: Manual Moderno; 1982.
16. Penasa B, Escudero Álvaro C. Dismorfofobia en la adolescencia. *Psiquiatr Publica*. 1994; 6:90-6.
17. Stern DN. La constelación maternal. 1 ed. Barcelona: Paidós; 1997.