

Psiquiatría del Niño y del Adolescente

HERNAN MONTENEGRO - HUMBERTO GUAJARDO

2ª EDICIÓN



MEDITERRANEO

Psiquiatría del niño y del adolescente

Segunda Edición

Hernán Montenegro A.

Psiquiatra Infantil
Profesor Asociado Depto. Psiquiatría Sur,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Profesor Titular Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad de Santiago de Chile.
Director Instituto de Terapia Familiar de Santiago.

Humberto Guajardo S.

Psiquiatra Infantil
Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad de Santiago de Chile.
Jefe de Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes
del Hospital Exequiel González Cortés.
Subdirector del Instituto Chileno de
Psicoterapia Integrativa.



MEDITERRANEO

Inscripción Registro de Propiedad Intelectual N° 112.525
Hernán Montenegro A.
Humberto Guajardo S.

Prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier medio, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, sin el permiso escrito de los editores.

1994. Primera edición.
© 2000. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda.
Avda. Eliodoro Yáñez 2541. Santiago, Chile.
ISBN: 956-220-178-3
Diseño de Portada: Cecilia Durán E.
Impreso en Chile por: Impresos Universitaria, S.A.

COLABORADORES

JUD. 157317
C.S. EDUCACION. NELESOP
C.B. 000 78035

618.7289
2000
C.3

Dr. CARLOS ALMONTE
Psiquiatra Infantil. Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Roberto del Río. Profesor Asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dr. HERNAN ALVAREZ
Psiquiatra Infantil. Hospital San Borja Arriarán.

Dr. PATRICIO ALVAREZ
Psiquiatra Infantil. Profesor Auxiliar Asociado, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Miembro Fundador del Instituto Chileno de Terapia Familiar.

Dr. JOSE ANTONIO ARIAS
Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes y de Adultos. Egresado del Programa Humphrey de Post-Grado en Abuso de Sustancias de la Johns Hopkins University-Baltimore USA. Docente de las Universidades Autónoma del Paraguay y Católica de Asunción.

Dr. CARLOS BERNAD
Psiquiatra Infantil. Director Benedicta CMY/MIP. Ex Presidente Asociación Argentina Psiquiatría Infantil.

Ps. LUIS BRAVO
Doctor en Psicología Universidad de Lovaina. Profesor Titular Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dr. EDUARDO CARRASCO
Psiquiatra Infantil. Profesor Auxiliar Depto. Pediatría y Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dr. JORGE CASTRO
Profesor Principal de Psiquiatría, Universidad Peruana «Cayetano Heredia», Lima.

Dra. AMANDA CESPEDES
Psiquiatra Infantil. Profesora Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dra. FLORA DE LA BARRA
Psiquiatra Infantil. Prof. Adjunto Depto. de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dr. PATRICIO FISCHMAN
Psiquiatra Infantil. Profesor Adjunto Yale Child Study Center, Yale University

Dr. RICARDO GARCIA
Psiquiatra Infantil. Profesor Auxiliar Depto. Psiquiatría y Salud Mental Universidad de Chile División Norte. Coordinador Unidad Psiquiatría Infantil Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Dr. ARTURO GRAU
Psiquiatra Infantil. Profesor Adjunto Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Srta. TRINIDAD GREZ
Fonoaudióloga.
Servicio Psiquiatría,
Hospital Exequiel González Cortés

Dr. HUMBERTO GUAJARDO
Psiquiatra Infantil. Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Jefe de Servicio de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Exequiel González Cortés. Subdirector del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa.

Ps. PATRICIA HAMEL
Prof. Asistente Depto. Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dra. MONICA KIMELMAN
Psiquiatra Infantil. Prof. Asistente, Académica Depto. Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dra. DINA KRAUSKOPF
Psicóloga Clínica. Profesora Emérita de la Universidad de Costa Rica. Consultora en Adolescencia y Juventud.

Dra. MARCELA LARRAGUIBEL

Psiquiatra Infantil. Prof. Asistente Depto. Psiquiatría y Salud Mental Campus Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dr. CARLOS LEON ANDRADE

Presidente del Colegio Ecuatoriano de Neuropsicofarmacología. Past Presidente del Interamerican Council de Organizaciones Psiquiátricas. Profesor de Psicofarmacología, Posgrado de Psiquiatría Universidad Central y Universidad de Guayaquil.

Dr. JUAN MANZUR

Investigador Médico del Centro Internacional de Estudios de Resiliencia. Buenos Aires, Argentina.

Ps. ANA MARIA MARCHETTI

Sub-Directora CECIDEP. Prof. Asociado Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile.

Dr. RICARDO MESSÉN

Sub-Jefe Servicio de Psiquiatría Infantil y Adolescente Hospital Exequiel González Cortés. Profesor Asistente, Facultad Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile

Dr. HERNAN MONTENEGRO

Psiquiatra Infantil. Profesor Asociado Depto. Psiquiatría Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Profesor Titular Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Director Instituto de Terapia Familiar de Santiago.

Dra. ESPERANZA PEREZ DE PLA

Médico Psiquiatra y Psicoanalista. Fundadora y Primer Presidente de la Asociación Mexicana para el Estudio del Retardo y la Psicosis Infantil (AMERPI). Docente en la Universidad y en el Instituto de Psicoanálisis.

Dr. CARLOS PREGO MABERINO

Ex Profesor Adjunto de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de la Facultad de Medicina del Uruguay y Psicoanalista de la Asociación Psicoanalista del Uruguay.

Dr. MARIO SEPULVEDA

Profesor Titular de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dr. NESTOR SUAREZ-OJEDA

Director Centro Internacional de Estudios de Resiliencia, Buenos Aires, Argentina. Ex Consultor Regional de Salud Materno Infantil OPS/OMS.

Ps. CECILIA VEAS

Psicóloga. Servicio Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital Exequiel González Cortés.

Dr. ROBERTO A. YUNES

Médico Psiquiatra. Director Hospital Municipal Infante Juvenil Carolina Tobar García. Docente Adscripto de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

INDICE

PROLOGO

PARTE I. DESARROLLO

- | | |
|--|----|
| 1. Marco conceptual del crecimiento y desarrollo. <i>H. Montenegro</i> | 13 |
| 2. Desarrollo psicológico. <i>M. Kimelman</i> | 18 |

PARTE II. SALUD MENTAL

- | | |
|---|----|
| 3. Salud mental infantil. <i>H. Montenegro</i> | 33 |
| 4. Salud mental familiar. <i>H. Montenegro</i> | 50 |
| 5. Resiliencia. <i>N. Suárez-Ojeda, J. Manzur</i> | 59 |

PARTE III. DIAGNOSTICO

- | | |
|--|-----|
| 6. Entrevista psiquiátrica en niños y adolescentes. <i>M. Larraguibel</i> | 67 |
| 7. Elementos de apoyo diagnóstico psicológico. <i>C. Veas</i> | 80 |
| 8. Clasificación de los trastornos psiquiátricos infantiles. <i>R. Yunes</i> | 87 |
| 9. Características evolutivas de la psicopatología infantil. <i>M. Sepúlveda</i> | 110 |

PARTE IV. PSICOPATOLOGIA

- | | |
|--|-----|
| 10. Trastornos emocionales. <i>H. Guajardo</i> | 125 |
| 11. Depresión en la infancia y adolescencia. Conducta suicida. <i>H. Montenegro</i> | 135 |
| 12. Trastorno obsesivo compulsivo. <i>R. García</i> | 152 |
| 13. Síndrome de déficit de atención. <i>H. Guajardo</i> | 161 |
| 14. Trastorno del ciclo sueño-vigilia. <i>A. Céspedes</i> | 172 |
| 15. Trastornos del habla y del lenguaje. <i>T. Grez</i> | 186 |
| 16. Trastornos generalizados del desarrollo. <i>H. Guajardo</i> | 198 |
| 17. Trastornos psicósomáticos. <i>P. Fishman</i> | 206 |
| 18. Alteraciones del desarrollo psicosexual en el niño y el adolescente. <i>C. Almonte</i> | 213 |
| 19. Aspectos psiquiátricos de la epilepsia en niños. <i>F. de la Barra</i> | 221 |
| 20. Retardo mental. <i>H. Montenegro</i> | 230 |
| 21. Trastornos de conducta. <i>J. Castro</i> | 246 |
| 22. Trastornos del aprendizaje escolar. <i>L. Bravo</i> | 258 |
| 23. Daño orgánico cerebral. <i>E. Pérez</i> | 272 |
| 24. Síndrome de Gilles de la Tourette. <i>A. Grau</i> | 292 |
| 25. Hábitos desadaptativos y manejo de situaciones especiales. <i>H. Montenegro</i> | 299 |

PARTE V. TEMAS DE INTERES ESPECIAL

26. Maltrato y abuso sexual en niños y adolescentes. <i>P. Alvarez</i>	305
27. Psiquiatría de enlace. <i>H. Alvarez</i>	320
28. Psicopatología del bebé. <i>M. Kimelman</i>	336

PARTE VI. ADOLESCENCIA

29. El desarrollo psicológico del adolescente. <i>D. Krauskopf</i>	347
30. Psicopatología del adolescente. <i>C. Bernad</i>	357
31. Esquizofrenia. <i>H. Guajardo</i>	366
32. Trastorno bipolar en niños y adolescentes. <i>R. Messen</i>	377
33. Trastornos de la conducta alimentaria. <i>E. Carrasco</i>	386
34. Embarazo en adolescentes y salud mental. <i>P. Hamel</i>	397
35. Abuso de alcohol y drogas. <i>J. Arias</i>	406

PARTE VII. TRATAMIENTO

36. Psicofarmacología. <i>C. León-Andrade</i>	429
37. Psicoterapia cognitivo-conductual. <i>H. Guajardo</i>	445
38. Psicoterapia de orientación psicoanalítica. <i>C. Prego-Maberino</i>	452
39. Los afectos en psicoterapia. <i>A.M. Marchetti</i>	465
40. Terapia familiar sistémica. <i>H. Montenegro</i>	478
41. Psicoterapia integrativa. <i>H. Guajardo</i>	486

PROLOGO

Se ha dicho y con razón que la obsolescencia del conocimiento se produce en la actualidad al cabo de aproximadamente 5 años. Es ésta la razón principal que nos ha llevado a realizar la segunda edición del libro *Psiquiatría del Niño y del Adolescente* que apareciera por primera vez en 1994. Aunque en nuestra especialidad los progresos en el conocimiento no son tan rápidos ni espectaculares como ocurre en otras disciplinas, importantes avances se han producido en el último quinquenio, lo que justifica la actualización de la mayoría de los capítulos.

En esta edición hemos incorporado nuevos temas como es el caso de la terapia integrativa, de la resiliencia en niños, de los afectos en psicoterapia, de la psiquiatría de enlace, de los aspectos psiquiátricos del daño orgánico cerebral, y de la conducta suicida en niños y adolescentes.

Una importante diferencia con la edición anterior es el haber incorporado a connotados especialistas extranjeros de América Latina como coautores, lo que sin duda enriquece significativamente este nuevo texto. Es así como hemos tenido la fortuna de contar con la valiosa colaboración de los doctores Néstor Suárez-Ojeda, Juan Manzur, Carlos Bernad y Roberto Yunes de Argentina, Dres. Carlo Prego M. de Uruguay, Carlos León de Ecuador, Jorge Castro de Perú, Jorge Arias de Paraguay, y Esperanza Pérez de México.

Deseamos expresarles nuestro profundo agradecimiento por su pronta y generosa disposición a participar en esta tarea. Así mismo a todos los especialistas nacionales que han colaborado en las dos ediciones, especialmente a aquellos que se han incorporado en la segunda edición.

Otra razón que justifica a nuestro juicio la publicación de este nuevo libro es la creciente demanda formulada por diversas instituciones y profesionales para obtener este texto, que en su primera edición se agotó rápidamente. Al respecto, resulta reveladora la incorporación del tema de la salud mental y de la psiquiatría infanto-juvenil a los currículum de pregrado de diversas carreras de colaboración médica, como asimismo de las nuevas escuelas de psicología creadas en los últimos años.

Tal interés por su parte responde a un hecho histórico, cual es que en la medida en que los países mejoran los indicadores de salud tradicionales, comienza a emerger el interés por los problemas psicológicos y del comportamiento que, a diferencia de los primeros, no guardan relación con el bienestar material de la población. Un hecho de constatación común en la sociedad actual es el sostenido aumento que se viene observando de fenómenos tales como: la depresión, la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, la drogadicción, la delincuencia infanto-juvenil, etcétera.

Para enfrentar este desafío se requiere con urgencia formar más profesionales idóneos que sean capaces de orientar las políticas tanto preventivas como terapéuticas de los múltiples problemas de salud mental que afectan a niños y adolescentes.

El presente texto pretende ser una contribución a esta tarea, la que por cierto requiere del concurso y el aporte de muchos otros sectores de la sociedad.

Queremos finalmente agradecer muy sinceramente a Editorial Mediterráneo que con gran expedición y eficiencia ha hecho posible la publicación de esta segunda edición.

*Dr. Hernán Montenegro A.
Dr. Humberto Guajardo S.*

PRIMERA PARTE

Desarrollo

Capítulo 1

MARCO CONCEPTUAL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

HERNAN MONTENEGRO

Tradicionalmente se ha definido el concepto de crecimiento como el cambio cuantitativo en el tamaño y la masa corporal a partir de la transformación de una célula inicial en un organismo pluricelular. El concepto de desarrollo (o maduración) se refiere a los cambios cualitativos que van ocurriendo simultáneamente en las estructuras (organización espacial y sistémica) y a la diversificación de funciones de complejidad creciente que dichos sistemas van adquiriendo a lo largo del ciclo vital.

Desde hace bastante tiempo se reconoce el hecho de que ambos procesos son no sólo simultáneos sino que por completo interdependientes, de modo que no es posible conocer cómo ocurre uno sin considerar al otro.

Tanto el crecimiento como el desarrollo son comandados por el código genético, que regula un plan de cambios de complejidad creciente, el que podrá ser modificado por el medio ambiente ya sea positiva o negativamente. El antiguo dilema de cual es la contribución de lo genético y de lo ambiental en ambos procesos, sobre todo en poblaciones, es hoy día un asunto difícil de dilucidar. Sin embargo, desde la década del cuarenta en adelante, las ideas del predeterminismo darwiniano, que le atribuían una influencia sin contrapeso al factor genético, han sido reemplazadas por la noción de que los genes sólo especifican un rango de posibles resultantes. Hoy se reconoce que el producto fenotípico lo forma la interacción entre los determinantes genéticos y el medio ambiente encontrado por el organismo.

Así entonces, en líneas generales, se podría decir que el crecimiento y desarrollo son los cambios que se producen como producto de la interacción permanente entre el organismo y su medio ambiente.

Resulta difícil para una presentación como ésta, seleccionar algunos de los múltiples asuntos de interés que este vasto y fundamental proceso sugiere. Se destacan primero algunos bastante conocidos, aunque no siempre tomados en cuenta en la práctica. En segundo término se hará referencia a otros relativa-

mente menos difundidos, pero a juicio del autor, más fundamentales.

Entre los primeros, recordar ante todo, que el concepto normalidad no implica ideal o un óptimo. Normal significa ni más ni menos que promedio, es decir, un concepto estadístico. Por tanto, las normas son útiles para ubicar extremos y orientar los progresos del niño.

Otro hecho importante en relación a esto, es que una maduración más temprana no significa mejor en el largo plazo y viceversa. Es importante por tanto, reconocer la variabilidad normal que tienen ambos procesos. Si bien es cierto que ellos ocurren durante todo el ciclo vital, el 90% se ha logrado ya antes de la adolescencia. Conviene recordar que el desarrollo intelectual, al igual que la estatura física, termina al finalizar la segunda década de la vida. Lo que se adquiere después, en general, es experiencia.

Respecto al coeficiente intelectual, no obstante que este no se estabiliza hasta alrededor de los 10 años, un error común en la práctica pediátrica es la tardanza con que se hace el diagnóstico de retardo psicomotor y por ende a veces, mental. En un estudio realizado por Aldrich y Holiday en USA se pudo comprobar que la sospecha diagnóstica del retardo mental (RM) profundo se hacía como promedio a los 7 meses y la confirmación alrededor del año. En el caso del RM leve la sospecha diagnóstica se hacía después del año y se venía a confirmar como promedio, alrededor de los tres años. Fácil resulta imaginar las menores posibilidades de rehabilitación que dicha situación conlleva, sobre todo en el caso del RM sociocultural al que nos referiremos en el capítulo correspondiente. Otro asunto de interés respecto a crecimiento y desarrollo es el concepto de períodos críticos, entendidos como períodos de mayor vulnerabilidad frente al estrés físico y psicológico. En este sentido, la influencia que los múltiples factores ambientales pueden tener sobre el proceso significa producir un impacto mayor que lo normal. Esto redundará en una detección del proceso y/o una

alteración del curso posterior que siga el mismo, la que puede ser irreversible. Un ejemplo al respecto lo constituye el virus de la rubéola durante los distintos períodos del embarazo. Sus efectos deletéreos sobre el crecimiento y desarrollo pueden ser devastadores si afectan al embrión, o bien no producir ningún daño en el período fetal. Algo semejante ocurre con la detección precoz de ciertos errores congénitos del metabolismo en el período de recién nacido, como así mismo del hipotiroidismo congénito.

La separación de un lactante de su madre no produce el mismo impacto si ocurre en el primer semestre de vida o después de los 7 u 8 meses. Esta situación, además de ejemplificar el concepto de período crítico, sirve para graficar la estrecha interdependencia entre el desarrollo cognitivo, emocional y biológico. De acuerdo a la teoría de Piaget alrededor de los 7 u 8 meses adquiere uno de los más importantes logros en su desarrollo intelectual, cual es la noción de permanencia de los objetos. Porque esto ha ocurrido, el niño es capaz de ahí en adelante de seguir pensando en la existencia de las cosas y de las personas, aun cuando no las siga viendo. Por eso es que va a echar de menos a su madre, a esa persona que le brindaba los cuidados y estímulos habituales. Debido a que esto lo impacta emocionalmente, generando lo que Spitz llamó por primera vez depresión anaclítica (sinónimo de hospitalismo o de privación materna), dicha condición emocional lo hará caer en un estado de apatía, falta de lozanía (*failure to thrive*), trastornos del sueño y de la alimentación. Debido a su anorexia se desnutrirá y disminuirá sus defensas inmunológicas, lo que lo hará enfermar más y llegar incluso a morir. Es decir, un factor etiológico de tipo emocional puede terminar afectando severamente el funcionamiento orgánico.

Este ejemplo da la oportunidad de subrayar dos aspectos del crecimiento y desarrollo que representan situaciones donde tal vez se pueda apreciar un mayor divorcio entre la teoría y la práctica. El hecho ampliamente reconocido que el ser humano es una unidad biopsicosocial y la necesidad imperiosa de continuar estudiando e investigando ambos fenómenos desde un enfoque o una epistemología ecosistémica. Dicho sea de paso, estos dos requerimientos han sido igualmente deficitarios para un cabal conocimiento de lo que es salud y enfermedad y por tanto para lograr una medicina integral.

Unidad biopsicosocial

Como todos sabemos, la OMS desde su creación ha definido a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el completo bienestar físico,

mental y social del individuo. Sin embargo, las políticas, planes y programas de salud, en general, han considerado en forma casi exclusiva sólo los aspectos físicos o biológicos, ignorando prácticamente los factores psicológicos y socioculturales. Se podría decir, sin temor a exagerar, que los programas de salud han estado orientados para lograr la supervivencia del individuo.

Tal vez sea hora de que nos preguntemos ¿sobrevivir para qué? Esta pregunta cobra particular relevancia en nuestra realidad latinoamericana y en nuestros proyectos de desarrollo socioeconómico.

Con el objeto de graficar la constante interacción dinámica de los factores biológicos, psicológicos y socioculturales y de los errores conceptuales que se derivarán del desconocimiento de dicha interacción es pertinente mencionar el caso de la desnutrición infantil. Durante mucho tiempo se la consideró como una variable independiente, causante de retardo mental en el niño. Hoy día a la luz de la evidencia científica acumulada, se sabe desde luego, que no toda desnutrición puede producir un retraso psicomotor. Sólo aquella que ocurre en el tercer trimestre del embarazo o en el primer año de vida y cuando es de tercer grado, puede generar una lesión neuronal que afecta al desarrollo intelectual. Pero lo importante al respecto es que si se analiza con detención la dinámica interaccional madre-hijo en un niño desnutrido grave, se podrá observar que el lactante afectado por tal grado de desnutrición, recurriendo a un mecanismo homeostático biológico, disminuye su actividad motora y duerme la mayor parte del día (para ahorrar calorías). Como consecuencia, su conducta será muy pasiva y poco respondiente a la interacción con su madre y en general con su medio ambiente. La madre o la persona que lo cuida a su vez, verá frustradas sus actitudes y conductas de acercamiento hacia el niño, dejándolo progresivamente, por períodos prolongados de tiempo, privado de estimulación sensorial. En definitiva, tal situación se puede constituir en un fuerte *handicap* en contra del apego afectivo y en una reducción significativa de las múltiples experiencias necesarias para el desarrollo del potencial psicológico.

Así entonces y producto de las numerosas investigaciones realizadas por Cravioto, Winick, Richardson, Monckeberg, Dobbing, entre muchos otros, hoy día se sabe positivamente que en la recuperación del desnutrido grave, si se quiere no sólo recuperar su peso y talla, sino también su coeficiente de desarrollo psicomotor, es indispensable una estimulación psicosocial simultánea con el mayor aporte calórico-proteico.

Enfoque ecosistémico

Avanzando más, ahora desde el enfoque ecosistémico ya mencionado, estudios recientes realizados en Chile, revelan que las redes de apoyo emocional con las que la madre de bajo nivel socioeconómico pueda contar, constituyen un importante factor preventivo de la desnutrición. Factores tales como la participación en organizaciones comunitarias correlacionan estrechamente con un mejor crecimiento y desarrollo infantil. Esta última mención da pie para referirse con un mayor énfasis a la necesidad de estudiar el fenómeno que nos ocupa y en general cualquier aspecto relacionado desde este nuevo ángulo ecosistémico.

Como se sabe, dicho enfoque se basa en una nueva epistemología, entre cuyos orígenes más importantes está la Teoría General de Sistemas, enunciada en 1945 por el biólogo alemán Ludwig von Bertalanffy. Sus postulados básicos nos llevan a cambiar el foco de atención de las partes al todo, en contraposición al clásico paradigma analítico reduccionista que informa el método científico tradicional. El énfasis está puesto predominantemente en la organización de los sistemas y sobre todo en las relaciones de sus partes y entre los diferentes sistemas. Supone además un cambio fundamental del pensamiento lineal causal a un pensamiento circular.

El postulado tal vez más representativo de esta nueva epistemología es aquel que dice "el todo no es igual a la suma de sus partes".

Desde esta perspectiva el ser humano es un sistema compuesto a su vez de diversos subsistemas. Este individuo por su parte está en un contexto interaccional con su sistema familiar, el que a su vez se relaciona e interactúa constante y dinámicamente con otros sistemas sociales (tales como organizaciones sociales, sistema escolar, sistema de salud, sistema laboral, etc.). Todo lo cual compone una compleja red de interacciones del macrosistema social.

Así entonces, si nos circunscribimos artificialmente a la salud del individuo, resulta que separar los factores biológicos de los psicológicos, sólo se justifica con fines didácticos ya que la interacción sistémica que se está produciendo constantemente entre ambos va a determinar el estado de salud o enfermedad. Obviamente que este estado va a depender además de la relación de ese individuo con los demás miembros del microsistema familiar y con el macrosistema social.

Dicho sea de paso y desde una perspectiva filosófica distinta, a comienzos de este siglo Ortega y Gasset decía: "Yo soy yo y mis circunstancias y si no las salvo a ellas no me salvo yo... y este sector de

la realidad circundante forma la otra parte de mi persona".

Desafortunadamente, esta perspectiva ecosistémica ha estado notoriamente ausente en el estudio del crecimiento y desarrollo humano. Desde luego, esta omisión y falta de visión integradora ha hecho que el fenómeno del crecimiento y desarrollo biológico se considere desconectado del desarrollo psicológico y rara vez estudiado en el contexto familiar y sociocultural.

Se pueden señalar algunos errores que se han cometido también en el estudio del desarrollo psicológico, por ser el campo más directamente ligado a esta competencia profesional

Un modelo ecológico

No existe aún una teoría que logre unificar el conocimiento actual sobre el desarrollo de la personalidad. Ninguna teoría ha eliminado la vigencia de otras o las ha dejado obsoletas, como ocurre en otras disciplinas.

Si tomamos por ejemplo la Teoría de Piaget y la Teoría Psicoanalítica de Freud, podemos observar que la primera se refiere en forma prácticamente exclusiva al desarrollo intelectual y la segunda sólo al desarrollo emocional o afectivo. Esto en cierto modo refleja la dicotomía entre lo intelectual y lo emocional.

No obstante, estas dos teorías, más las teorías del aprendizaje, son actualmente las que están en boga y las que mayor influencia han tenido en generar marcos de referencia para nuevos estudios sobre el desarrollo infantil.

Con respecto a la psicología del desarrollo el autor comparte la opinión de Urie Bronfenbrenner, quien al respecto dice: "es la ciencia que estudia las conductas extrañas de los niños, en situaciones extrañas, con los adultos extraños y por el más corto período de tiempo posible". En su libro "La Ecología del Desarrollo Humano" propone una nueva orientación o perspectiva teórica para la investigación y el estudio del desarrollo.

Al respecto postula varias proposiciones; a saber:

La primera define el ambiente ecológico como un conjunto de estructuras (sistemas), una contenida en la otra en forma semejante a las cajas chinas. En el nivel más interno está el ambiente que contiene a la persona en desarrollo. Hasta aquí nada nuevo.

La proposición siguiente sí que rompe con el enfoque tradicional del desarrollo, que pone atención sólo a los procesos de percepción, motivación, pensamiento y aprendizaje (o bien a descripción de las etapas).

La diferencia estriba en los siguientes términos:

- Focaliza la atención no sólo en los ambientes y sus elementos que lo componen en forma individual, sino en las relaciones que se dan entre ellos. Por ejemplo, la habilidad de un niño para aprender puede estar influida no sólo por la forma como se le enseña, sino por la naturaleza de los vínculos entre la escuela y su hogar, o entre los miembros de su familia.

- El desarrollo de un individuo es profundamente afectado por eventos que ocurren en ambientes lejanos, donde la persona no está presente (ni lo estará nunca). Ejemplo: Las condiciones del empleo del padre es una de las variables que la evidencia empírica demuestra tener mayor influencia en el desarrollo del niño.

- Dentro de una misma cultura los ambientes hogar- barrios, oficinas, calles, son bastante similares en su organización. Este patrón organizacional y estructural puede ser cambiado y consecuentemente producir cambios en la conducta y el desarrollo de los individuos. Ejemplos: la investigación empírica revela que cambios en las prácticas de la atención madre-hijo en las maternidades pueden producir efectos perdurables hasta por 5 años en la relación madre-hijo (Klauss-Kennel).

Las crisis económicas que ocurren en una sociedad han producido impactos en el desarrollo posterior de los niños por largos períodos de tiempo.

Otra de las situaciones tal vez más dramáticas al respecto la constituye la influencia de la TV en el desarrollo de los niños en América Latina. Como se sabe, alrededor del 50% de los programas televisivos que exhiben nuestros canales son norteamericanos. De acuerdo con los estudios de la UNESCO, nuestros niños están viendo un promedio de 3 horas diarias de TV y existe un consenso en que la TV es un nuevo agente socializador del niño, el que compite cada vez más exitosamente con la familia y la escuela.

- El nuevo enfoque propuesto por Bronfenbrenner también difiere del tradicional no sólo en la amplitud del foco o lente con que se mira el fenómeno del desarrollo humano, sino también en el contenido y estructura.

a) *Contenido*. La orientación ecológica toma efectivamente en serio y traduce en términos operacionales el postulado del que tanto se habla en la psicología y la sociología, pero rara vez puesto en práctica en la investigación, esto es, lo que realmente interesa en la conducta y desarrollo humano, es el ambiente tal como es percibido por el individuo y no como existe en la realidad "objetiva".

b) *Estructura*. Los medios ambientes desde un punto de vista ecológico, no se analizan de acuerdo a un clásico pensamiento lineal, sino de acuerdo a un pensamiento sistémico, circular o interaccional.

Aun cuando en los trabajos realizados en torno a la diada madre-hijo se reconoce una interacción recíproca, en los estudios experimentales la información es registrada típicamente de una persona a la vez y casi nunca se registra simultáneamente para ambos.

Se sabe que si un miembro de la diada se desarrolla, el otro también lo hace (lo mismo ocurre no sólo en la relación niño-adulto, sino en la diada esposo-esposa, jefe y empleado, amigos, compañeros de trabajo, etcétera).

En este modelo sistémico la interacción de la diada es influida en su desarrollo por las triadas, tétradas y más amplias estructuras sociales.

Tales terceras personas por su presencia o ausencia afectan el desarrollo. Si es por ausencia o por jugar un rol disruptivo más que de apoyo, el proceso del desarrollo entendido como un sistema se rompe. Como un taburete de 3 patas, se va a comprometer más su estructura si una pata se rompe.

Este principio "triádico" también se aplica a las interrelaciones que existen entre los componentes de diversos ambientes (hogar, escuela, fuentes de trabajo). Dependiendo del grado de comunicación, colaboración, participación conjunta, de información en cada uno de ellos sobre los otros se podrá lograr un funcionamiento adecuado y efectivo. Tal situación conforma el concepto de redes de apoyo.

- Otro importante postulado de este nuevo enfoque propuesto por Bronfenbrenner es la importancia que tienen las transiciones ecológicas en el desarrollo. Especial trascendencia se le asigna a los cambios de rol (de ambiente) que le ocurren al niño y al adulto a lo largo de su vida.

Ejemplo: la llegada de un hermano, el inicio del jardín infantil, la entrada al colegio, su graduación, el matrimonio, el tener un hijo, el cambiar de trabajo, etcétera.

La importancia en el desarrollo de estas transiciones ecológicas está en que casi invariablemente significan o involucran un cambio de rol, esto es en las expectativas de conductas asociadas con una posición particular en la sociedad. Los roles tienen una especie de poder mágico para alterar la forma en que una persona es tratada, como debe actuar, lo que se espera que haga y aún más, como debe pensar y sentir.

Todo lo anterior se aplica no sólo a la persona en desarrollo, sino también a los otros que interactúan con ella.

El rol parental en términos de la efectividad para llevar a cabo adecuadamente la crianza y educación de los hijos dependerá de las demandas o exigencias de otros sistemas en términos de ser agentes estresores o bien de soporte y apoyo.

La evidencia empírica nos dice que la autoima-

gen de los padres al respecto, así como la visión que tienen de sus hijos, está relacionada con factores externos tales como la flexibilidad de los horarios de trabajo, adecuación de los arreglos para cuidar a los hijos mientras ellos trabajan, la existencia de amigos o vecinos que puedan prestarles ayuda en caso de emergencia y la calidad de las agencias de salud y seguridad social de que disponen.

Todo este ambiente de soporte dependerá de las características del macrosistema social de una determinada cultura. Su existencia, cantidad y calidad pueden ser expandidas por la adopción de las políticas públicas que fomenten la calidad de vida familiar.

Así entendido el medio ambiente, extendiéndose más allá de la conducta individual y comprendiendo sistemas funcionales en que se tome en cuenta las relaciones dentro y entre los diversos sistemas, aumentándose o modificándose, hace de esta visión un contraste importante con los modelos actuales de investigación en el desarrollo humano.

Los lentos con que se estudia habitualmente el desarrollo, restringen y obscurecen y aún ciegan la visión del investigador para apreciar las oportunidades y obstáculos ambientales. También se pueden distorsionar el extraordinario potencial del ser humano para responder constructivamente a un medio ecológico compatible cuando éste se le hace disponible. En general, se tiende a subestimar las capacidades y fortalezas del ser humano.

En síntesis, este modelo teórico se ocupa de las interconexiones ambientales y de su impacto en las fuerzas que directamente afectan el crecimiento y desarrollo.

La creciente capacidad para reajustar o remodelar la realidad de acuerdo con las aspiraciones y requerimientos humanos es lo que desde una perspectiva ecológica representa la máxima expresión del desarrollo.

Los valores

En nuestra cultura occidental existe un grueso desbalance entre el valor que se le asigna al desarrollo intelectual en detrimento del que se le asigna al desarrollo emocional.

De acuerdo al conocimiento que hoy día tenemos del funcionamiento de los hemisferios cerebrales, se sabe que existe una cierta especialización funcional. El hemisferio izquierdo está más encargado del pensamiento racional, analítico, es el que descompone el todo en sus partes integrantes. El derecho es el emocional, el creativo, el intuitivo, el que toma la gestalt.

Desde este punto de vista, nuestra cultura privilegia el desarrollo del hemisferio izquierdo y pudiera decirse que ha atrofiado al derecho. Por ejemplo, se llega a decir que una persona es madura emocionalmente cuando es capaz de reprimir y controlar sus sentimientos. Lo contrario pudiera llegar a recibir el epíteto de conducta infantil.

Muy ligado a lo anterior está la competitividad llevada al extremo y el individualismo. En otras palabras la falta de solidaridad y en último término, la falta de amor.

Este trágico desbalance impregna todo nuestro sistema educacional, el que se ocupa en forma casi exclusiva de fomentar sólo el desarrollo intelectual. No conocemos ningún curriculum educacional que efectivamente contemple unidades programáticas específicas para la expresión de sentimientos o para el reconocimiento de los mismos. Menos aún, unidades que no atiborren la mente de conocimientos irrelevantes para convivir y nunca se nos dice nada de lo que, de todas maneras, será lo que tendremos que hacer durante toda nuestra vida: relacionarnos con otros.

Por otra parte, se sigue socializando a los hombres y a las mujeres como si fuéramos especies distintas, en circunstancias que se contemplan a diario las crecientes disfunciones familiares que se generan como consecuencia del radical cambio que ha sufrido el rol femenino en las últimas décadas, mientras persiste aún una fuerte resistencia al mismo por parte del hombre, ya sea en forma abierta o encubierta.

En síntesis, se puede decir que el concepto de crecimiento y desarrollo humano necesita ser revisado si se quiere realmente tener un conocimiento del mismo mucho más acabado que el actual. Para efectuar esta revisión se propone una nueva epistemología que es la que hemos denominado ecosistémica, la que nos permitirá, entre otros beneficios, redefinir escalas de valores o al menos hacer más coherentes los que declaramos como ideales y nuestra práctica cotidiana.

BIBLIOGRAFIA

- Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Harvard University Press, 1979
- Montenegro H. Desarrollo psicológico y social infantil. En: Meneghello J, Fanta E, Paris E, Rosselot J. Pediatría, 4^{ta} ed. Santiago de Chile: Mediterráneo, 1991: 108-16.

DESARROLLO PSICOLOGICO

MONICA KIMELMAN

El conocimiento y el manejo del desarrollo psicológico es imprescindible para los profesionales que trabajan con niños en el ámbito del comportamiento. El dominio de estos aspectos permitirá diferenciar normalidad y patología e impulsar aspectos preventivos que fomenten el desarrollo del niño.

Diferenciar normalidad y patología en el niño no es siempre fácil; a lo largo de la evolución se producen inevitablemente crisis y conflictos, en los que la gran movilidad de estructuras neuropsíquicas posibilita la emergencia de conductas designadas como "síntomas", éstos pueden ser transitorios y tener un valor más adaptativo que patológico si se les da el tratamiento contextual adecuado; al contrario, pueden perpetuarse y adquirir una connotación patológica.

Las interacciones entre el individuo y el medio se extienden más allá del comportamiento, modelando la estructura y funcionamiento del sistema nervioso. La influencia estructurante de factores ambientales ha sido mostrada por Hubel y Wiesel, Premio Nobel de Medicina 1981, demostraron que la privación visual precoz y la exposición selectiva precoz a estimulaciones visuales específicas, producían en gatos y monos jóvenes, modificaciones medibles en la anatomía y funcionamiento de áreas visuales corticales y subcorticales.

Superada así, la vieja controversia entre lo innato y lo adquirido, lo biológico y lo social, lo genético y lo ambiental, actualmente se considera al desarrollo evolutivo como una epigénesis interaccional. Por epigénesis se entiende el proceso de inducción sucesiva y recíproca entre los elementos de diferentes sistemas que conducen a la construcción de una persona que es simultáneamente un "organismo, un yo y un miembro de la sociedad" (Erikson). Así, el desarrollo psicológico del niño es en realidad desarrollo biopsicosocial. La epigénesis interaccional permite integrar estudios provenientes de diversos ámbitos y perspectivas: cognitiva, neurobiológica, psicodinámica y comportamental.

PRINCIPIOS BASICOS DEL DESARROLLO

El desarrollo biopsicosocial es un proceso de cambios progresivos, sujeto a leyes y principios. Comienza con la concepción, culmina en la madurez y concluye con la muerte. Su objetivo es la adquisición de una identidad biológica, psicológica y social que equilibre las necesidades del individuo con las del contexto social en el que está inserto.

Leyes del desarrollo

Sucesión. El desarrollo sigue un orden determinado, según el cual cada etapa debe preparar al individuo para la siguiente. Este orden es inmutable y corresponde a la programación genética de la especie.

La prueba de que la cronometración del desarrollo está internamente regulada, puede encontrarse en los niños prematuros, los cuales al ser mantenidos con vida en una incubadora que reproduce las condiciones del medio intrauterino, se desarrollan al mismo ritmo que los niños que permanecen en el útero el tiempo necesario.

Discontinuidad en el ritmo del crecimiento. Se refiere a los cambios de velocidad del proceso de crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social. Este es muy rápido en la primera infancia, su ritmo aminora gradualmente durante los años escolares, y en la pubertad hay una nueva aceleración del crecimiento.

Crecimiento asincrónico o ley de alternancia. La discontinuidad del ritmo del crecimiento no es homogénea para todos los sistemas y subsistemas de tal manera que el foco del desarrollo cambia diacrónicamente. Por ejemplo, el cuerpo no crece en su totalidad al mismo tiempo, sino que diferentes regiones y subsistemas se desarrollan con ritmos diferentes y en momentos distintos.

El lenguaje se mantiene estacionario en el período cuando el progreso de la motricidad es más rápido.

La plasticidad de la estructura y función es óptima en el período de focalización del desarrollo: noción de período crítico, sensible y oportunidad de desarrollo.

Diferenciación. En el estado inicial, el organismo tiene una configuración relativamente sencilla e inarticulada, cuyas partes son muy semejantes entre sí, en cambio en el estado final existe una configuración que se ha diferenciado en formas parciales relativamente inconfundibles entre sí. Por ejemplo, en el ser humano, al comienzo del proceso de gestación, existe un huevo maduro que es sencillo e inarticulado, por el contrario el recién nacido muestra ya todos los órganos y miembros específicos del humano, así como una multiplicidad de funciones que irán aumentando paulatinamente después del nacimiento.

También existen evidencias de diferenciación en el plano psicológico. Un ejemplo es el desarrollo emocional. En un comienzo el bebé distingue placer y displacer, a fines del primer semestre de vida el niño tiene menos sistemas emocionales que el adulto, pero es capaz de expresar rabia, temor, sorpresa, disgusto, placer, cariño, etcétera.

Integración. El organismo funciona como una unidad. Los elementos que se diferencian tienen que integrarse a la vez, tanto en el ámbito corporal, como en el psicológico. Ejemplo de integración en el plano psicológico es la personalidad.

Otros principios generales

Direcciones del desarrollo

Cefalocaudal. Esto se refiere a que el extremo cefálico se desarrolla primero, mientras que las partes inferiores del cuerpo se organizan en periodos ulteriores del desarrollo prenatal y también postnatal. Por ejemplo, la cabeza del bebé entra en funcionamiento antes que las manos, o sea emplea la boca, los ojos, los oídos antes que sea capaz de aferrar.

Próximo-distal. Esto implica que el eje del crecimiento es centrífugo, desde el eje central del cuerpo a la periferia. Por ejemplo, después del nacimiento, el niño utiliza la mano entera, como unidad, antes de poder controlar los dedos.

Motivación de competencia

Disposición natural del niño para conocer y descubrir, lo que conduce a la realización de actos novedosos; a su vez, la conducta que ocasiona conduce al aprendizaje y al cambio. Esta noción está emparentada filogenéticamente con el impulso de curiosidad descrito por Harlow en los monos.

Ambivalencia del crecimiento

El niño se mueve entre impulsos progresivos que lo inducen a explorar e impulsos conservadores de no cambio e incluso regresión a conductas anteriores, entre la morfogénesis y la morfostasia de sus sistemas. Si a la ambivalencia del niño se combinan las ambivalencias que pueden sentir los padres hacia el crecimiento de los hijos, se habla de ambivalencia dual.

ETAPAS DEL DESARROLLO

El desarrollo se sistematiza en etapas o períodos que son instancias que se caracterizan por un conjunto de rasgos coherentes que constituyen una totalidad típica pero transitoria (Figura 2-1).

El desarrollo biopsicosocial del ser humano se sitúa en un contexto familiar dado que tiene a su vez su propio ciclo de familia.

En cada etapa es posible "distinguir" una tarea primordial, al menos didácticamente, ya que ésta se realiza con el concurso de todas las áreas del desarrollo.

Epigénesis interaccional temprana

Desde la perspectiva psicodinámica las primeras relaciones comienzan con la historia de los padres y de su relación con sus propios padres, sigue el deseo de hijo y la construcción del niño imaginario a través de las ideas proyectadas de ambos padres cuyo dueño se produce parcialmente en el período perinatal para posibilitar la aceptación del niño real.

Desde la perspectiva neurobiológica la epigénesis interaccional también debuta en la vida intrauterina; la relación materno-fetal que se establece a través de la conexión neuro-humoral y sensorial da cuenta de la variabilidad de los cambios de ritmo cardíaco y los movimientos fetales, así como los cambios fisiológicos y psicológicos experimentados por la madre.

La tarea primordial del neonato consiste en la adaptación a la vida extrauterina a través de una regulación homeostática que comprende en primer

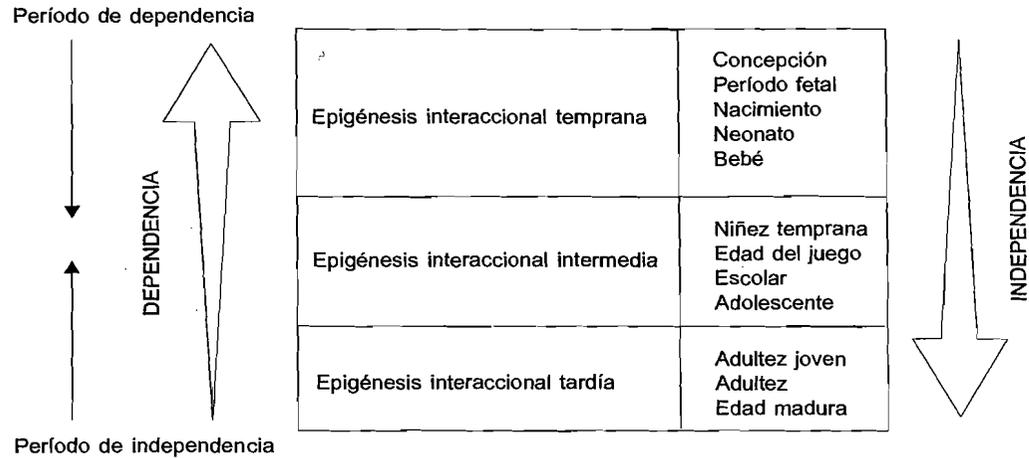


Figura 2-1. Etapas del desarrollo.

término la regulación de las grandes funciones (cardiovascular, respiratoria). En segundo término, la regulación de los estados de conciencia que gracias a la diferenciación progresiva del estado de vigilia, durante los primeros meses, permite controlar el nivel de atención, desarrollando así la capacidad de interacción. La homeostasis depende tanto de procesos intrínsecos del bebé como de la ayuda y organización que aporta el medio ambiente.

En cada etapa del desarrollo el sistema relacional presenta una cierta competencia. La competencia del bebé se basa en sus capacidades sensoriales que posibilitan diversos tipos de diálogos: tónicos-visuales-vocales y en características específicas propiamente interactivas como claridad de señales, irritabilidad, grado de consolabilidad, etcétera.

La competencia se entiende como las aptitudes potenciales de un sistema para captar e integrar la información y emitir señales (Figura 2-2).

Capacidades sensoriales del recién nacido

Visión. Funcional y binocular desde el nacimiento a una distancia óptima de 25 cm, distancia ojo a ojo durante la posición de amamantamiento, el proceso de acomodación se realiza a mediados del 2º mes igualándose a la del adulto a partir de los 3 meses y medio. El recién nacido muestra preferencia por los objetos contrastados, las líneas curvas y con mayor densidad, a los que es capaz de seguir comprometiéndose todo el cuerpo. Se orienta por lo tanto preferentemente al rostro humano. Las madres muestran

un interés especial por los ojos del bebé fascinándose en el encuentro visual, cerca de un 70% de las madres solicita al bebé que la mire.

Tacto. La piel es el órgano más extendido del niño, presenta mayor superficie corporal que en el adulto y es estimulada frecuentemente cada vez que se manipula al bebé. El diálogo tónico (Wallon) es fundamental para el desarrollo afectivo a través de la calidad de la asistencia corporal *holding* (sostener) y el *handling* (manipular) descrito por Winnicott. Según Klaus y Kenell el contacto temprano piel a piel es central para el establecimiento del vínculo.

La calidad del diálogo tónico se evidencia en el tono muscular y las actitudes posturales del bebé. Los bebés cuyas madres los sobreestiman excesivamente se orientan hacia el polo hipertónico mientras que los bebés hipostimulados tienden a ser hipotónicos. Esto se ilustra en los bebés institucionalizados y abandonados.

Audición. Constituye un parámetro para evaluar la relación materno-fetal en su dimensión conductual a partir del 5º mes de edad gestacional, experiencias de condicionamiento auditivo intrauterino calman aproximadamente a 86% de los recién nacidos condicionados. El bebé se orienta preferentemente a la voz materna, sin embargo la voz del padre, por su tonalidad grave, es mejor percibida en el útero. El bebé es capaz de establecer un diálogo oral a partir de la 6ª semana de vida, precedido de un llanto diferenciado como expresión de

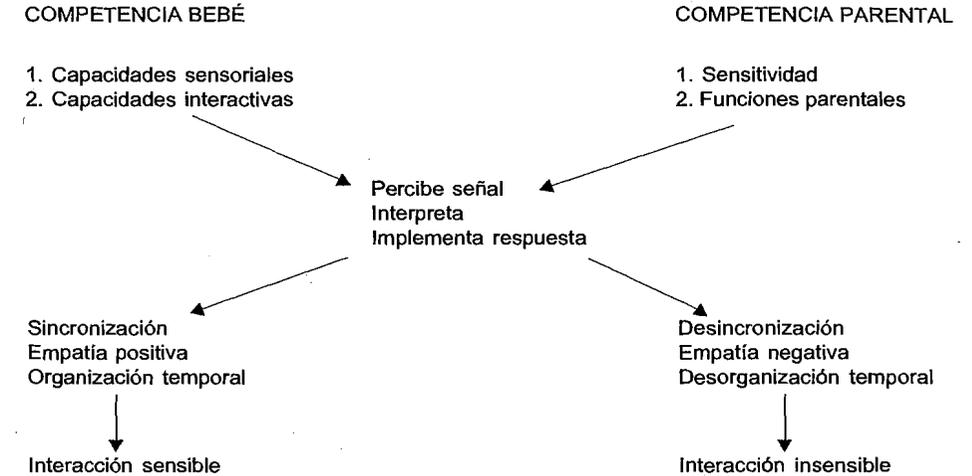


Figura 2-1. Epigénesis interaccional temprana.

hambre, sueño, necesidad de compañía, molestia, dolor u otra, que la madre competente es capaz de evaluar.

Olfato. Altamente desarrollado, muestran preferencias por olores que los ayudan a adaptarse, así les molesta el alcohol y el vinagre y son atraídos por olores dulces como la leche. A la semana de vida pueden distinguir el olor de la madre con una fiabilidad de 80%. La madre a su vez puede reconocer su bebé exclusivamente a través del olfato a las 24 horas de vida si ambos han gozado más de una hora de contacto piel a piel.

Gusto. Son capaces de reconocer diferencias tenues de sabor, el agua salada provoca disgusto y resistencia en los bebés normales producto de una gestación normal.

Las capacidades sensoriales son comunes a todos los bebés, la diversidad individual está dada por la vertiente normalidad-patología del proceso reproductivo, las características físicas del bebé, las capacidades interactivas: umbral sensorial, reactividad a estímulos, grado de actividad, consolabilidad, claridad de las señales, capacidad de organización y regulación de los estados de conciencia. Dichas capacidades pueden ser evaluadas cualitativamente mediante la escala de evaluación de comportamiento neonatal de Brazelton.

Competencia parental

La competencia parental, complementaria a la del bebé, se refiere a la sensibilidad que permite captar las señales del bebé para desplegar los actos maternos adecuados. La madre cuida, sostiene, protege, contiene, contra las múltiples excitaciones que el organismo inmaduro no puede filtrar. Para ejercer sus funciones parentales las madres requieren una disponibilidad física y psicológica adecuada, que los profesionales de salud perinatal debieran diagnosticar durante la estadía de la díada madre-bebé en la maternidad.

- Las funciones parentales más importantes son:
- Capacidad de ser la figura primaria de vinculación.
 - Capacidad de comunicar presencia.
 - Capacidad de comunicar prospectivas de desarrollo.
 - Promover y controlar estimulaciones polisensoriales.
 - Capacidad de transmitir la presencia del padre.
 - Capacidad de aceptar la individualidad del niño incondicionalmente.
 - Proteger, facilitar y regular.

Organización temporal. La complementariedad de las competencias recíprocas bebé-mamá, permi-

ten apreciar varios parámetros indisociables que se dan en las secuencias interactivas que se refieren a la sincronía, la mutualidad, la empatía y la organización temporal. La organización temporal de las transacciones en ciclos de intercambios mutuos alternados con pausas es fundamental ya que introducen a la diada al proceso de vinculación y separación, tan inextricablemente unidos y opuestos, que constituyen la base para la individuación. Estos ciclos de atención-pausa van conformando una ritualización progresiva que satisface la necesidad de una predictibilidad suficiente en la gratificación mutua de la madre y su hijo, dando las bases para una simbolización ulterior.

La adquisición de una organización temporal del bebé otorga a la madre el sentimiento de conocer a su bebé reforzando su sentimiento de competencia maternal, la secuencia temporal del contexto vehiculado por la madre le permite al bebé anticipar esquemas necesarios para la adquisición de la noción de permanencia del objeto.

Desde la perspectiva comportamental, la observación de la interacción otorga información de la dimensión cualitativa y cuantitativa.

Interacción cuantitativa. El nivel de interacción debe ser adecuado a las necesidades individuales de cada bebé, éste regula el exceso de estimulación cerrando los ojos, desviando la cabeza y con mímica de tensión, una madre que no capta o mal interpreta dichos signos reiteradamente priva al bebé de su mecanismo de regulación para adaptarse al nivel de comunicación que recibe y éste pierde la posibilidad de aprender que puede ejercer una influencia sobre el mundo exterior.

Interacción cualitativa. En una interacción armónica, sensible, la madre parece ir al encuentro de las necesidades del bebé o bien responde directamente a las señales del niño y sus necesidades, el niño construye gradualmente una representación interna (Bowly) de su madre como habitualmente disponible generándose un apego o vínculo seguro. En una interacción disarmonica, insensible, la madre no toma en cuenta las señales del niño, de persistir se construye un apego de tipo ansioso. Cabe estar alerta en relación a un análisis reduccionista lineal que atribuya a la madre la calidad de la interacción, en efecto las características de la madre y las del bebé interactúan.

Ambas competencias, infantiles y parentales, son la base de la epigénesis interaccional a través del encadenamiento de comportamientos recíprocos, mutuamente gratificantes.

Esto conduce a confirmar la identidad del rol materno y el sí mismo emergente del bebé, permitiendo la creación de situaciones favorables a nuevas

adquisiciones. Así, el bebé se reorganiza en modelos de complejidad creciente que le permiten conocerse y conocer el medio, crearse y recrear a través de un sistema de *feed-back* de gratificaciones recíprocas de sus propias realizaciones y la confirmación de este logro por el medio ambiente. Gracias al sistema de *feed-back* mutuo, ambos pueden conocer los límites de la interdependencia, posibilitando la autonomía y el proceso de individuación.

En síntesis, durante la epigénesis interaccional temprana, es primordial el proceso de vinculación separación y la adquisición de una confianza básica como resultado de la reciprocidad de los intercambios, que le permite tener expectativas favorables en contraposición a mínimas frustraciones que son resueltas oportunamente.

La confianza se evidencia en el grado de facilidad de la crianza (alimentación-sueño), en la curiosidad y en el grado de exploración, especialmente a partir de la deambulación.

El diagnóstico precoz de las competencias interactivas tanto de los padres como del niño tiene un valor predictivo que cobra especial importancia en poblaciones en riesgo: madres adolescentes, familias carenciadas psicosocialmente, prematuridad y defectos congénitos entre otros.

Desarrollo cognitivo del bebé

En el bebé la experiencia sensorial con personas y objetos es la base del desarrollo de la inteligencia sensorio motriz. De allí la importancia del acceso a estímulos de toda índole para el ejercicio e implementación de sus esquemas de acción. El período sensorio-motriz comienza con la repetición automática y voluntaria de actos y descubrimientos de nuevos objetos, a los que aplica sus esquemas y termina con la adquisición de la representación. La interrelación entre las dimensiones afectiva y cognitiva se da a lo largo de todo el desarrollo, así por ejemplo: la adquisición de la noción de permanencia indica un cambio en la percepción de objetos físicos y afectivos.

El bebé es muy vulnerable a la privación afectiva y a la privación psicosensores, a menudo ligadas (niños abandonados-institucionalizados, maltratados) (Tabla 2-1).

Nociones básicas de enfoques teóricos del desarrollo

Teoría del vínculo

El proceso mediante el cual se constituyen las relaciones afectivas ha sido foco de diversas escuelas psicológicas y psiquiátricas, se destacan:

TABLA 2-1
PERIODOS CRITICOS DEL DESARROLLO

Descripción	Vulnerabilidad	Prevención
Lactante 2° Semestre	Deprivación afectiva Deprivación sociocultural	Madre biológica o sustituta Interacción sensible
2ª - 3 1/2 años	Desarrollo oposicionista Socialización en el temor Celos filiales	Actitud parental adecuada Integración a la extensión de la familia
Escolar 6 - 7 años	Primacía de estímulos negativos Sentimiento de inferioridad Rechazo escolar	Actitud adecuada de padres-profesores
Adolescente	Identidad negativa Difusión de la identidad	Modelos de identificación adecuados

– El concepto de relación objetal secundaria a la oralidad.

– El proceso de separación-individuación de Mahler.

– La relación del otro como piedra angular de la ontogénesis del bebé como ser eminentemente social de Wallon.

– La concepción evolucionista etológica de Bowlby, conocida como teoría del apego o del vínculo.

– El desarrollo afectivo sobrepuesto al desarrollo cognitivo en la teoría de Piaget.

Varias de estas concepciones pueden articularse con los conocimientos actuales de la epigénesis interaccional pero la que calza integralmente es la teoría del vínculo o del apego. De acuerdo a la teoría del apego la necesidad de afecto y vinculación aparece como una tendencia primaria por parte del bebé: es éste el que inicia en su gran mayoría los ciclos interactivos, las conductas de apego se dan aunque la madre no de signos inmediatos de *feed-back*, el bebé insiste dentro de ciertos límites pero si no encuentra respuesta cae inevitablemente en la apatía y en la depresión.

Se describe un período de mayor sensibilidad para el establecimiento del apego inmediatamente después del nacimiento. A nivel etológico esto se ha observado en mamíferos y en aves. En humanos, los estudios que muestran el devenir de niños prematuros y/o que sufrieron separación neonatal parecen confirmar la existencia de un período sensible. Igualmente estudios prospectivos muestran una relación

positiva entre contacto precoz, lactancia materna y desarrollo ulterior.

La aplicación práctica de estos hallazgos es reciente en Chile; en la maternidad del Hospital Barros Luco Trudeau se está implementando actualmente un programa de fomento del apego y de la lactancia basado en dichos conocimientos.

Ainsworth describe tres etapas en la formación del vínculo:

- Etapa de sensibilidad social indiferenciada.
- Búsqueda activa de proximidad.
- Conducta de reciprocidad.

Etapa de sensibilidad social indiferenciada.

En esta etapa el bebé está dispuesto a interactuar con los estímulos que entren en su campo de acción, sin embargo la etapa de indiferenciación real es muy breve; en efecto, como se mencionó anteriormente, el bebé muestra una aptitud muy precoz al reconocimiento de la madre a través de patrones polisensoriales que le permiten reconocer su compañero privilegiado. Se orienta preferencialmente a la voz y al rostro de la madre, reconoce el olor materno en la primera semana de vida.

Desde la segunda semana, Carpenter ha podido provocar reacciones de sorpresa y disgusto con desviación de la mirada presentando espectáculos visuales-auditivos en los cuales el rostro de la madre se asociaba a una voz extraña. Al contrario, si la asociación es la correcta el bebé mira con mayor frecuencia a la madre que al otro rostro.

Kagan demuestra experimentalmente cómo un bebé de 2-3 meses recuerda al menos por 24 horas un espectáculo presentado por algunos minutos.

Existe por lo tanto una familiarización con el medio ambiente que asegura de alguna manera la unidad y continuidad de la experiencia del bebé; familiarización que subyace al reconocimiento.

Hacia el tercer mes el bebé evalúa su medio a través de las regularidades que alcanza a percibir, las que, como vemos, son construidas a partir de la interacción con el medio, especialmente con la madre.

Paralelamente comienza a utilizar las señales aferentes a su estado de satisfacción para desarrollar conductas de anticipación: la sonrisa (primer organizador psíquico), mímicas diversas y conductas motoras.

Búsqueda activa de proximidad: 8m-24m. Esta se encuentra ligada a la adquisición de la permanencia del objeto, físico y afectivo gracias al progreso del desarrollo cognitivo del niño. La permanencia del objeto implica que el objeto sigue existiendo pese a no estar dentro del campo perceptivo inmediato del bebé. Permite por lo tanto la consolidación del vínculo en una figura de apego privilegiado.

La noción de permanencia del objeto evoluciona durante el período sensorio-motriz de la siguiente manera: hasta el cuarto estadio sensorio motriz existen comportamientos precursores de las conductas que indican permanencia del objeto. A partir del 8º-9º mes se observa el comienzo de la búsqueda activa del objeto, en el 3º semestre el niño busca el objeto considerando los desplazamientos visibles del objeto, y en el 4º semestre de vida ya adquiere la representación de los desplazamientos invisibles del objeto y por lo tanto es capaz de tener la representación mental de los objetos en tanto objetos permanentes (Tabla 2-2).

Esta etapa constituye también un intenso período de preparación a la separación, con tentativas de separación física. Esta bipolaridad de separación-reunión se ejercita en el juego a escondidas como ensayo a la separación la madre hace "como que desaparece", el bebé ríe cuando anticipa el regreso de la madre.

La angustia del 8º mes o la reacción de miedo al extraño (2º organizador de Spitz) se caracteriza porque el bebé responde frente a lo desconocido con actitudes que van desde un simple rechazo a comunicarse con el "extraño" hasta reacciones de llanto y grito. Dicha reacción correspondería más a una angustia ligada a la ausencia de la madre que al miedo frente al extraño. Para Spitz esto revela que la madre ha sido claramente identificada y marca el comienzo de la relación objetal, en caso de problema inter-

TABLA 2-2
NOCION DE OBJETO

Edad (meses)	Etapas
Menor de 4 1/2	Reconocimiento de cuadros sensoriales Conductas de anticipación
4 1/2 a 8-9	Permanencia subjetiva
8-9	Transición permanencia objetiva
9-11	Reacción típica
11-12	Reacción residual
12-18	Búsqueda con desplazamiento/visible
18-24	Representación del objeto.

accional está adquisición puede ser más tardía y frágil.

El éxito de las tentativas de alejamiento del bebé depende de los afectos de la madre frente a los intentos de autonomía del bebé. Si la madre comunica afectos positivos alentará los intentos de autonomía del bebé, al contrario si comunica afectos negativos será muy difícil para el niño alejarse con confianza de la madre. Los efectos displacenteros que derivan del proceso de separación individuación son reparados a menudo por un objeto que permite mantener la ilusión de la presencia de la madre, se trata del objeto transicional u osito de peluche descrita por Winnicott. Las madres intuitivamente reconocen la importancia de dicho objeto y la inmutabilidad requerida (manifestación de la resistencia al cambio). Este proceso refleja magistralmente la ambivalencia dual hacia el crecimiento y la necesidad de equilibrar la morfogénesis y la morfostasia.

La conducta de reciprocidad. Desde los 24 meses hacia adelante, este período se caracteriza porque el niño tiene conciencia de la figura de apego como persona independiente; trata de comportarse para cumplir sus expectativas y ser digno de cariño.

Apego y desapego, vinculación y separación son procesos dialécticos que forman parte del mismo sistema. Una vez consolidado el vínculo existiría una especie de homeostasis ambiental.

Bowlby propone que existiría un sistema de control del vínculo que permitiría mantener la figura de apego dentro de ciertos límites de acceso y distancia, lo que sería activado por el sentimiento de malestar del niño y terminaría por sentimientos de bienestar.

Como todo sistema de control, éste puede operar solamente dentro de ciertos límites (ejemplo: temperatura corporal) los cuales obviamente son excedidos cuando hay separación. Si bien las conductas de apego tienden a disminuir con la edad el apego persiste toda la vida y es complementada por múltiples apegos a lo largo del ciclo vital.

Modalidades de apego

Answorth y Bowlby identifican tres modalidades de apego y las condiciones familiares que las favorecen durante los primeros años de vida: apego seguro y apego ansioso anteriormente mencionados como consecuencia de la persistencia de la interacción armónica y disarmónica respectivamente. Diferencia el apego ansioso ambivalente y evitativo.

La modalidad de apego a los 12 meses es altamente predictiva del comportamiento del niño tanto en la familia como en el jardín infantil a los 2, 3 y 6 años.

Organizadores de la vida psíquica

La noción de organizador implica la integración de diversas áreas de desarrollo que confluyen para permitir el acceso a una organización de nivel superior. Spitz identifica tres organizadores:

Primer organizador: la sonrisa. Signo pleno de sentido para la madre quien reacciona consecuentemente. La repetición de estas experiencias permite al niño asociar la percepción aferente al sentimiento de sí mismo y a la señal que emite lo cual le otorga sentido a la comunicación.

Segundo organizador: miedo al extraño (ver *Vínculo afectivo*)

Tercer organizador: la negación. El *no* marca el comienzo de la comunicación semántica, la identificación a las "prohibiciones maternas" y el oponerse al otro para confirmar su autonomía (ver *Período de obstinación*).

Teoría del desarrollo psicosexual

Freud considera la energía sexual o libido como el motor que impulsa el desarrollo, ésta se localiza en determinadas zonas del cuerpo con capacidad erógena de donde deriva la actividad primordial de cada fase, a saber: oral, anal, fálica y latencia que son esencialmente autoeróticas en contraposición al carácter heteroerótico de la sexualidad adulta.

El bebé está gobernado por el principio del placer, busca la gratificación inmediata (ello) pero fren-

te a las frustraciones progresivas se organiza el *yo* que se gobierna por el principio de realidad. Posteriormente, se forma el *superyó* que equivale a la conciencia del deber y la moral movilizadas por el miedo a la castración y la culpa, esto por haber dirigido la libido al progenitor del sexo opuesto al resolverse el complejo de Edipo.

Erikson, basándose en la teoría psicosexual, propone un modelo epigenético que consta de 8 edades, en cada edad ocurre una crisis cuya resolución positiva constituye la adquisición correspondiente a la edad; esto se traduce en un logro social que permanece a lo largo de la vida. Este logro se pone a prueba en las crisis sucesivas, hasta llegar a la *integridad* como resultado de la aceptación de su trayectoria vital como propia y única. Erikson lo sintetiza como el sentimiento de "ser, a través de haber sido" para "afrontar el no ser".

Teoría cognitiva

Según Piaget, la inteligencia es una forma de equilibrio hacia la cual tienden todas las estructuras, la considera como un proceso de adaptación cuya función es estructurar el universo del mismo modo que el organismo estructura su contexto. El desarrollo cognitivo implica la adaptación y la organización de la experiencia por medio de la acción, ambos procesos subyacen a todo aprendizaje.

La adaptación está constituida por dos procesos interrelacionados: asimilación y acomodación, los que constituyen las invariantes funcionales. La asimilación consiste en la incorporación de nuevos objetos a experiencias y esquemas preexistentes.

El esquema se refiere a cualquier secuencia de acciones, que constituye un todo organizado que se repite y puede ser fácilmente reconocido entre otros comportamientos.

Un conjunto de esquemas coordinados constituye lo que Piaget llama la estructura.

Una vez que un esquema de acción se desarrolla es aplicado a todo objeto nuevo y a toda nueva situación. La acomodación es un proceso directamente inverso: consiste en modificar los esquemas propios para resolver los problemas que surgen de nuevas experiencias. Se manifiesta en los ensayos, preguntas mediante la aplicación de la asimilación y la acomodación cada individuo se adapta a un ambiente creándose un repertorio suficiente de esquemas para afrontar los sucesos cotidianos. Piaget reconoce tres grandes períodos:

Período de inteligencia sensorio-motriz:

- Uso de los reflejos: 0 - 1 mes
- Reacciones circulares primarias: 1 - 4 1/2 meses.

- Reacciones circulares secundarias: 4 a 9 meses.
- Coordinación de los esquemas secundarios: 8 a 12 meses.
- Reacciones circulares terciarias: 12 a 18 meses.
- El estadio de invención de nuevos medios mediante combinaciones mentales: 18 a 24 meses

Período de operaciones concretas:

- Pensamiento simbólico o preconceptual: 2 a 4 años.
- Pensamiento intuitivo: 4 a 7 años.
- Organización de operaciones concretas: 7-8 a 11-12 años.

Período de operaciones formales: 11-12-15 años.

Desarrollo moral

Intimamente relacionado con el desarrollo cognitivo se encuentra el desarrollo moral. La moralidad se suele conceptualizar como la sumisión a un sistema de normas que tienen obviamente un carácter social.

En primer nivel tienden a concebir las leyes morales como propiedades de las cosas ligadas al respeto que le merecen las personas de quienes emanan dichas normas, es la moral heterónoma. Según Piaget el egocentrismo de un niño menor de 7 años lo hace formular juicios equivocados porque no ha aprendido a hacer deducciones más allá de la percepción inmediata; los fenómenos y los objetos tienen propiedades y atributos inseparables.

La moral del niño de 4 a 7 años es una moral realista impuesta desde afuera (moral heterónoma).

Se le llama también realismo moral porque el niño juzga los hechos de acuerdo a sus efectos y no en función de la intencionalidad. Los padres son la fuente de realismo moral; mientras más exigentes y estrictos, mayor será la responsabilidad objetiva que sienta el niño. No se vincula el hecho y el grado de responsabilidad implicado en el acto, la moralidad radica en las normas externas de la misma manera como la mentira radica en ser descubierta. El niño reconoce la regla de no mentir ante de comprender por sí mismo el valor de la verdad, esto constituye la pseudo mentira, la mentira sólo es fea si se dirige a los mayores.

En la medida que el niño crece puede estimar el grado de responsabilidad subjetiva y pasar a la relatividad moral o a la reciprocidad moral, que operan a nivel del pensamiento operatorio concreto tomando en cuenta las intenciones. En tanto el niño crece y forma grupos en la escuela aprende a ofrecer tratamiento igualitario y a ser más consciente de los motivos individuales y de la causalidad.

Los niños desarrollan un firme sentido de la solidaridad con sus compañeros, la noción de justicia puede llegar a superar la autoridad del profesor o padres.

En la obra de Piaget el factor esencial para el desarrollo moral es la reciprocidad y la responsabilidad, por lo tanto la interacción con los pares es un factor esencial.

Epigénesis interaccional intermedia

La epigénesis interaccional intermedia se diferencia de la epigénesis interaccional temprana por el logro de la independencia conseguida a través de las habilidades motoras, y las nuevas adquisiciones cognitivas, afectivas y sociales. En esta etapa el niño se consolida como un ente singular genético y fenotípico y modula el medio ambiente, el cual a su vez lo modula en un circuito reverberante que continúa configurando una espiral interactiva evolutiva. La morfología de la espiral evolutiva está dada por una dialéctica entre la morfogénesis y la morfostasia, la estabilidad o el cambio, la organización y la desorganización. El niño durante el desarrollo está constantemente expuesto a polaridades, su síntesis refleja la opción dada por su estructura ontogénica, su historia vincular y el contexto actual.

Esto se traduce en un desarrollo ontogénico que va presentando crisis sucesivas dada por la presencia simultánea de ambas polaridades, motivaciones e impulsos contradictorios (Principio de la ambivalencia dual).

Pre-escolar

Comprende la niñez temprana y la edad del juego.

Niñez temprana o período de obstinación. Un pre-escolar, confiado y con un apego seguro, tiene como tarea primordial lograr la autonomía a través del sentimiento de su propia individualidad en contraposición a un sentimiento de duda y/o vergüenza (Erikson). Del punto de vista neuro madurativo, la marcha, el control de esfínteres y el lenguaje son adquisiciones que le posibilitan esta tarea. Al deambular libremente, el niño va elaborando un espacio propio donde él es un elemento autónomo que entra en relación activa con los objetos, a los cuales intenta dominar. El manejo progresivo de los esfínteres implica el reconocimiento de la necesidad de eliminar a la vez que la capacidad de retener por un acto de voluntad, lo cual conduce a una mayor conciencia del propio cuerpo.

Las estrategias de control y ejercicio de su voluntad se extienden del cuerpo propio a la interacción con objetos y sujetos de los cuales tiene un gran

sentido de posesividad. Esta posesividad hacia los padres guarda relación con celos filiales y la rivalidad entre hermanos.

En el segundo año de vida irrumpe el lenguaje específicamente humano, a los 15 meses dice al menos tres palabras, a los 24 meses cuenta con un monólogo expresivo, a los 36 meses debe formar frases con tres palabras y a los 4 años debe formular frases con sintaxis correcta. El niño va apropiándose de sellos y características personales a través de la interacción con otros significativos especialmente los padres. Las dos palabras más frecuentemente usadas son *no* y *mío*.

El dominio del *no* gestual y verbal es de gran alcance para el desarrollo cognitivo y afectivo del niño: presupone que ha adquirido su primera capacidad de juicio y de negación.

El negativismo es manifestación de su creciente autonomía, en un período en que la socialización (transmisión de normas y pautas de una cultura dada) cobra gran importancia; la obstinación es una barrera contra la voluntad ajena "la reacción negativa de un *yo* ante los intentos que un *yo* extraño hace por influir" (Winkler). A la obstinación suele unirle la terquedad: el niño se aferra a su propio deseo rígidamente y puede reaccionar en forma explosiva.

La otra modalidad de realizar su voluntad es la carencia total de reacción frente a una petición ajena.

La obstinación es considerada por los padres como una forma de expresar desobediencia sin estar necesariamente ligada a ésta ya que es una reafirmación de su *yo*. A menudo el niño dice *no* verbalmente mientras realiza la conducta solicitada.

Las manifestaciones de oposición se acompañan de angustia, dependiendo de la resistencia que pueda encontrar en el medio. Muchas de las cosas que él desearía hacer son prohibidas, o son mal interpretadas por las personas a quien él quiere y desea agradar. Consecuentemente está expuesto a recibir indiferencia y castigos por parte de quienes espera afecto y comprensión.

Cabe observar que al igual que en el bebé hay dos procesos que intervienen en la ontogénesis del sí mismo:

- a) la acción propia y los sentimientos derivados de ello.
- b) el sentimiento de sí mismo que deriva de la interacción con los demás, esto es la autoimagen refleja a través de la opinión que los demás emiten de él.

La competencia parental reside en adecuar un contexto tal que permita la emergencia de la autonomía y la confirme, a la vez que lo acoja en sus dependencias e infantilismos. Las regresiones se acentúan si hay un nuevo nacimiento.

Frente a un pre-escolar travieso, emotivo, imaginativo, negativista, con impulsos contradictorios, que a menudo intenta hacer su voluntad para sentirse él mismo, los padres deben crear estrategias para prevenir un desarrollo oposicionista.

Si por el contrario, los padres son muy aprendices, como es el caso por ejemplo de los padres añosos, la sobreprotección amenaza la autonomía del niño. Una atmósfera afectiva y gratificante favorece una autoestima valiosa, la exploración y la adquisición de nuevos logros. En contraste, una atmósfera de reproche desanima las exploraciones, desvaloriza al niño y provoca sentimientos de hostilidad.

El establecimiento de los límites firmes y flexibles sin condicionar el cariño es central para el desarrollo del sí mismo y el manejo de la frustración.

Desarrollo cognitivo en la niñez temprana. El niño de 2 a 4 años presenta un pensamiento simbólico o preconceptual, como su nombre lo indica, lo primordial es la aparición de la función simbólica a través de la representación. Esta permite la adquisición del lenguaje, el juego simbólico, el dibujo y la imitación diferida.

El niño tiene pre-conceptos: define los objetos por el uso inmediato que les da y no por sus atributos esenciales. La relación entre palabra y objeto es para él algo absolutamente material y concreto en que la función denominativa equivale a una propiedad de la cosa como el tamaño o el color. El pensamiento se origina en la acción de tal manera que asigna una palabra a una cantidad de acciones o experiencias muy semejantes.

El razonamiento es transductivo, va de lo particular a lo particular, carece de generalización, orden, deducción o inducción; yuxtapone detalles de un objeto sin jerarquización. Frente a este pensamiento desintegrado, el elemento integrador es esencialmente subjetivo, lo cual se conoce bajo el nombre de sincretismo.

Por último, el pensamiento es irreversible, egocéntrico, autorreferente, de donde deriva el animismo, la atribución de vida y conciencia a objetos inanimados y el artificialismo según el cual el hombre mueve el mundo. El pensamiento simbólico permite el aprendizaje de una serie de hechos simultáneos globalmente, permite reflexionar sobre la organización de sus propios actos mientras se ejecutan y permite la socialización a través de la adquisición de los signos que la cultura ofrece.

Edad del juego: 4-6 años. El dominio del lenguaje y la motricidad en un pre-escolar que ha logrado una autonomía relativa lo preparan para desplegar la iniciativa de explorar un mundo que se extiende más allá de la familia. El auge de la imitación de

roles a través del juego dramático, le permite explorar su relación con el mundo, la actividad por excelencia de todo el período es el juego en que mezcla realidad y fantasía, ficción y realismo. Cuentan a menudo con un niño imaginario.

A partir de los 4 años el pre-escolar suele ser más dócil y más temeroso tanto de peligros potenciales del medio ambiente como de daños físicos. Sus miedos son generalmente específicos como la oscuridad, y se atribuyen a elementos reales o fantásticos: autos, brujas. Este sentimiento de vulnerabilidad se relaciona con su mayor autoconciencia corporal.

Cada período tiene juegos específicos que le permiten ejercitar las funciones cognitivas, contribuir al proceso de identificación y catalizar afectos. Así el juego evoluciona desde el juego corporal sensorio-motriz al juego de reglas pasando por el juego simbólico y dramático.

En la edad del juego se establece la tipificación sexual a través de la identificación con el modelo parental, la curiosidad y los juegos sexuales se hacen más frecuentes que en los niños más pequeños. Problemas de ansiedad ligados a la esfera sexual se ligan a menudo a connotaciones negativas y castigos de estas experiencias.

La tarea primordial, es la adquisición de un sentido de iniciativa en oposición a un sentido de pasividad o culpa, iniciativa que se orienta a un objetivo determinado. La iniciativa del niño puede ser frenada por los adultos y generar culpa por la negación de sus propios deseos o por haber ido demasiado lejos.

El mundo del pre-escolar se comienza a extender más allá de la familia sea a nivel formal (jardín infantil) o informal y comienza el período de socialización propiamente tal (transmisión de normas y pautas de una cultura dada). Las habilidades ejercidas por los pre-escolares difieren según la calidad global del ambiente que otorga diferentes posibilidades de acceso a las experiencias necesarias para su óptimo desenvolvimiento.

Desarrollo cognitivo: Pensamiento intuitivo. El pensamiento continúa siendo concreto, egocéntrico, irreversible pero empieza a dar razones de sus actos guiado por lo inmediato, surge la causalidad que consiste en la comprobación de relaciones condicionales; es la edad de los *por qué*. Debido a que las explicaciones sólo alcanzan parcialmente a aclarar la realidad, quedan muchas cosas inexplicables, misteriosas que están en la base del pensamiento mágico que se extingue hacia los 7 años. Adquiere la percepción del tiempo y la noción de muerte y la moral heterónoma. Tiene un razonamiento analógico.

Las emociones del pre-escolar pequeño son fugaces, frágiles, intensas, exageradas, a medida que

crece la emocionalidad se mueve desde la tendencia egocéntrica a la aceptación de una norma social.

La polarización afectiva cede paso a la regularidad emocional influido por la socialización.

Escolar

El período escolar como su nombre lo indica es el período del aprendizaje formal en la escuela. Constituyen los años intermedios propiamente tales entre los afectos contradictorios del pre-escolar y el adolescente. La tarea primordial es el logro de un sentimiento de competencia cognitivo, física y social, que confirma su identidad extrafamiliar. Este sentimiento de sí mismo deriva de sus propias realizaciones a la vez que es reflejo del medio.

La interacción con los pares es fundamental como criterio para la autoevaluación de sus competencias y un sentimiento de autoestima en contraposición a un sentimiento de inferioridad; en efecto, la orientación hacia el éxito, la laboriosidad, incluye la conciencia de la amenaza del fracaso y el consiguiente sentimiento de inferioridad.

El sentimiento de pertenencia al grupo incide también en su autoestima (edad de la pandilla), comparte secretos con amigos y puede ser más reservado con la familia. La afectividad del escolar pierde el carácter absorbente, exclusivista y egocéntrico del niño más pequeño flexibilizándose con el proceso de socialización para incluir progresivamente la dimensión real de los intercambios, siendo capaz de tolerar, ceder y complacer, en un contexto de seguridad y cariño. Situaciones de estrés escolar, social o bien ligados al ciclo vital familiar normal o accidental (divorcio, enfermedades, nacimiento de hermanos), suelen provocar ansiedad, inestabilidad, y regresión afectiva.

La orientación social de esta etapa facilita el surgimiento de temores sociales, esto es, temor a causar mala impresión, a la exclusión grupal dada su necesidad de ser aceptado, reconocido y estimado. La expresión emocional del escolar se caracteriza por:

- Ser menos exagerada y más diferenciada, conservando una relación más apropiada con el motivo provocador. Los padres pueden quejarse que ya no son tan cariñosos.
- Relacionarse cada vez más con las pautas y modos sociales de vinculación, el aprendizaje simultáneo de varios sistemas de normas culturales (padres, escuela, pares) modula la afectividad según el contexto.

- Disminución de las expresiones emocionales más violentas para adoptar la forma verbal.

De acuerdo a Piaget, el desarrollo emocional sufre al igual que el desarrollo cognitivo un proceso de

asimilación y acomodación en interacción con el ambiente, y las emociones que se experimentan más tienden a impregnar las relaciones futuras. Así, si el niño crece en un contexto violento, la violencia tenderá a estabilizarse ya que la socialización es violenta. Lo mismo ocurre en el contexto escolar de donde deriva la necesidad de un contexto afectivo, cálido y acogedor a nivel familiar y escolar.

La edad escolar se inicia con la madurez escolar. La madurez escolar implica el manejo de las funciones básicas para el aprendizaje lecto-escrito, diferenciación de juego y trabajo e inserción en el medio extrafamiliar, este último aspecto se alcanza a nivel de la etapa anterior, cada vez con mayor frecuencia.

Su motivación de éxito y su afán de producir se sustenta en un sentido de la realidad que repliega la fantasía de los años anteriores. El realismo y la objetividad se observa en su interés por coleccionar y en los juegos de regla.

Tienen en general dominio corporal, lo que se manifiesta en su inclinación por juegos y destrezas físicas y en la capacidad de dominar su expresión emocional lo cual los torna menos transparentes para los padres.

El escolar desplaza su familia por el grupo de pares especialmente del mismo sexo ya que en esta etapa empiezan a diferenciarse los intereses de niños y niñas, aparece la amistad, el compañerismo.

La competencia parental reside en motivar su inserción en el sistema extrafamiliar y adecuar su estilo de comunicación, captando la relación más igualitaria al mismo tiempo que conservan su nivel jerárquico.

Desarrollo cognitivo. El desarrollo cognitivo corresponde a la organización de las operaciones concretas que le permite ordenar y relacionar su experiencia, captar las relaciones generales de causa-efecto y acceder a una actitud más crítica. Destacan además:

- La reversibilidad, como la posibilidad permanente de regresar al punto de partida de la operación, el logro de percibir un hecho de perspectivas diferentes.

- El descubrimiento de la conservación, lo cual significa que las cosas siguen siendo esencialmente las mismas aunque cambie su apariencia. En primer lugar se adquiere la conservación de masa (7-8 años), en segundo lugar la conservación del peso (9-10 años), y en tercer lugar la conservación del volumen (11-12 años).

Adolescencia

La adolescencia hace evidente que el desarrollo es un proceso biopsicosocial: comienza con la pu-

bertad y termina con la independencia psicosocial, afectiva y económica.

La tarea primordial del adolescente es la búsqueda de la identidad apoyada en el advenimiento del pensamiento abstracto hipotético-deductivo que le permite reflexionar acerca de sí mismo como objeto. Si el *¿quién seré?* en los planos afectivo, ocupacional, sexual no se resuelve ante la incertidumbre de una difusión de la identidad, los adolescentes optan por una identidad contraria a la socialmente aceptada.

Los cambios morfofisiológicos obligan al adolescente a adaptarse a una nueva imagen corporal y a redefinir su actitud con los demás, la disarmonía de los cambios físicos puede ser fuente de ansiedad y angustia, llegando en los casos extremos a constituir una dismorfofobia. Lo habitual es una disminución de la autoestima, una labilidad emocional y conductual y una gran capacidad de ensoñación.

A semejanza de los pre-escolares, los adolescentes presentan impulsos contradictorios frente al crecimiento, corroborado por el entorno social que le plantea actitudes ambiguas de adulto y niño.

Los padres también son ambivalentes frente a los requerimientos del adolescente, aún más, padre y madre suelen no concordar, lo cual configura un triángulo de ambivalencia afectiva recíproca.

La consolidación de una identidad sintetiza la experiencia y el sentido de la resolución de las crisis de las etapas anteriores; se considera a la vez pronóstico del devenir futuro.

CONCLUSION

El conocimiento de aspectos relevantes de la semiología normal del desarrollo psicológico cumple dos objetivos:

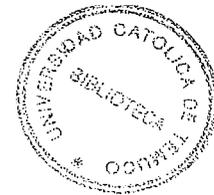
- Efectuar un primer diagnóstico de salud mental del niño inserto en un sistema familiar y un contexto cultural dado.
- Prevenir trastornos del desarrollo a través de la información oportuna y educación pertinente a los sistemas implicados.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby J. Vínculos Afectivos, Formación desarrollo y Pérdida. Madrid: Ed. Morata, 1986.
- Brazelton T. Comportement et Compétence du nouveau-né. *Psychiatrie de l'enfant* 1981. XXIV, 2: 357-95.
- Erikson E. Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Editorial Hormé, 1974.
- Klaus M, Kennel J. Relación Madre e Hijos. Editorial Interamericana, 1978

- Maier H. Tres teorías sobre el Desarrollo del Niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires: Amorrortu Ed, 1969.
- Papalia y Olds. Psicología del Desarrollo. Madrid: Ed. Mc Graw Hill L.A. 1976.
- Piaget J. Biología y Conocimiento. México: Siglo XXI. Ed. 1969.
- Piaget J. Psicología del Niño. Madrid: Edición Morata, 1973.
- Remplein H. Tratado de Psicología Evolutiva. El Niño, el Joven y el Adolescente. Barcelona: Ed. Labor S.A. 1971.
- Spitz R. El primer año de vida del niño. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1969.
- Stone J, Church J. Niñez y Adolescencia. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1971.
- Wallon H. La Evolución Psicológica del Niño. Buenos Aires: Ed. Psique, 1974.
- Winnicott. Proceso de maduración en el niño. París: Ed. Payot, 1983.

SEGUNDA PARTE
Salud mental



Capítulo 3

SALUD MENTAL INFANTIL

HERNAN MONTENEGRO

INTRODUCCION

No obstante el creciente aumento de los trastornos psiquiátricos en el mundo y del mayor reconocimiento de la influencia que tienen los aspectos conductuales en salud, tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo, las políticas, planes y programas, en especial de estos últimos, continúan estando orientados básicamente a la sobrevivencia del individuo, sin importar la calidad de vida que tendrán. De esta forma será extremadamente improbable que pueda darse cumplimiento al segundo objetivo de salud que se planteó la OMS en Alma Ata al declarar "que el año 2000, la población debería tener la oportunidad básica para desarrollar y usar su potencial de salud de tal manera que le permita vivir social y económicamente una vida plena".

Los programas tradicionales de salud han contribuido entre otras cosas a disminuir la mortalidad infantil y a aumentar las expectativas de vida. Sin embargo, por otra parte y junto con ello, muchos niños que antes morían hoy sobreviven, pero con diversos tipos de secuelas orgánicas cerebrales que influirían negativamente en su desarrollo psicosocial. Paralelamente, el alcanzar una mayor edad conlleva un aumento de la prevalencia de enfermedades como la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva, las demencias y otros tipos de enfermedades mentales crónicas que ocurren con más frecuencia en etapas más tardías del ciclo vital.

Entre las innumerables características que diferencian las enfermedades psiquiátricas de las predominantemente somáticas está el hecho de ser más probable que se transmitan transgeneracionalmente, no necesariamente por vía genética, sino por el efecto de "contagio" que tienen en la dinámica familiar.

Otra diferencia sobre todo con aquellas ligadas a la miseria y a la pobreza, como en el caso de la desnutrición y de varias enfermedades transmisibles debidas a bajo saneamiento ambiental, es que no desaparecen al mejorar el estándar de vida económi-

co de la población. Al contrario, como ha podido comprobarse en los países desarrollados, problemas tales como las drogadicciones, el alcoholismo, la violencia intrafamiliar, la anorexia y bulimia, la criminalidad y la delincuencia han tenido un franco y sostenido aumento.

Al respecto cabe señalar que en los países afluentes se ha podido comprobar que la mayor inversión en proveer servicios asistenciales en salud no conlleva necesariamente una mejoría de la salud de la población. Es esta constatación la que ha llevado a los planificadores a comenzar a invertir en mejorar la calidad de vida y los estilos de vida de los individuos. En definitiva a lograr cambios conductuales del medio ambiente.

En lo que a la salud mental infantil se refiere, el interés prestado a la tasa de mortalidad de los niños ha llevado a concentrarse en demasía en reducir la mortalidad a veces a expensas de los sobrevivientes. Según R. Meyers, sería razonable enfatizar la tasa de supervivencia infantil y no la tasa de mortalidad. En vez de ocuparse en primer lugar de un bebé en 13 que muere a la edad de un año, necesitamos equilibrar esto con programas que mejoren el desarrollo de los 12 a 13 que sobreviven.

DIAGNOSTICO, MAGNITUD Y REPERCUSION DEL PROBLEMA

Los estudios epidemiológicos sobre los trastornos psiquiátricos llevados a cabo en distintos países revelan que la magnitud del problema es enorme. En los EEUU por ej. en una muestra de población urbana y rural (N= 19.640) se encontró un 32% de prevalencia, mientras que en Canadá otra investigación arrojó una cifra similar de 33, 8%. En Brasil un estudio realizado en 1993 reportó una prevalencia que fluctuaba entre 19 y 34% para una serie de trastornos psiquiátricos que requerían tratamiento. En Chile un estudio iniciado en ese mismo año arrojó un 33,7%.

Las investigaciones llevadas a cabo en población infantil, revelan tasas de un 16% en un estudio efectuado en Puerto Rico y entre un 14,4% en hombres y un 16,9% en mujeres, en una muestra de población chilena entre 6 y 11 años. Ambos estudios se efectuaron en la década del 80. Cabe hacer notar que en el estudio realizado en Chile sólo se incluyeron los trastornos emocionales y conductuales sin tomar en cuenta el retraso mental y los trastornos orgánicos cerebrales. La epilepsia tiene una prevalencia de 3 a 5 por mil en los países desarrollados, pero en algunas áreas del mundo en desarrollo alcanza tasas del 15 al 20 y aún al 50 por mil. Por ser una población de niños que asistían a la escuela y colegios no fue posible conocer la magnitud del problema en los desertores del sistema escolar, que sin duda constituyen un severo alto riesgo en salud mental infantil.

En relación al retardo mental, diversos estudios efectuados en América Latina revelan que la tasa de esta patología en los niños de nivel socioeconómico alto no difiere de aquellas encontradas en los países desarrollados (3 a 4 por mil en sus grados severos, -CI inferior a 50- y de 20 a 30 por mil en sus grados moderados y leves -CI entre 50 y 70). Sin embargo en los niños de nivel socio económico bajo, la prevalencia de retardo leve se eleva a tasas del 10 al 20%. En un estudio realizado en Chile en 1989 sobre una muestra de 1.025 niños de 0-6 años pertenecientes a 851 familias de bajo nivel socioeconómico de diversas comunas de Santiago, se encontró un 16% de déficit en su desarrollo psicomotor en el grupo etario menor de 2 años y un 40% en el grupo de 2 a 5 años. Al examinar los resultados obtenidos por niños de 2 a 5 años según áreas del desarrollo, se observó que el 50% tenía un retraso en el lenguaje, un 30% en el área de la coordinación de funciones y un 17% en la motricidad.

Fácil resulta imaginar el destino educacional y laboral que esta alta proporción de niños tendrá en su futura adaptación a la sociedad científico tecnológica. Más aún cuando en los últimos años los expertos han propuesto un nuevo nombre para los países más ricos: "economías del conocimiento", abandonando de paso la expresión "economía industrial" o de países industrializados en oposición a los países en vías de desarrollo. En el futuro la principal fuente de crecimiento en las naciones ricas se hallará en la producción, almacenamiento, procesamiento y distribución del conocimiento.

Este contingente de niños que se cría en la pobreza llega a la edad escolar con una acumulación de desventajas que los hará desertar del sistema en alguna etapa del ciclo básico, con lo que quedan expuestos a la vagancia, la delincuencia, drogadicción, prostitución infanto-juvenil, etcétera.

Según un informe de la UNICEF en 1991 (*The State of The World Children*, NY) el 45% de los niños que ingresa al sistema escolar en América Latina abandona la escuela antes de pasar a 4^{to} grado.

En cuanto al impacto de las enfermedades mentales en la población de América Latina y el Caribe, el Banco Mundial ha estimado que el 8% de los años de vida perdidos por incapacidad se debe a estos trastornos, siendo comparativamente mayor que la debida al cáncer (5,2%) o a las enfermedades cardiovasculares (2,6%). Se ha estimado también que 5 de las 10 causas de incapacidad en el mundo son de naturaleza psiquiátrica, siendo la depresión la que ocupa el primer lugar. La carga económica que esto conlleva es alta. A título de ejemplo, en EEUU el costo anual de la depresión se ha estimado en 43 billones de dólares.

El fenómeno del aumento de la depresión en el mundo ha sido avalado por diversas investigaciones.

Se ha dicho que el siglo XX se transformó en la era de la ansiedad y que los últimos años del milenio anuncian la llegada de la era de la melancolía.

Según un artículo aparecido en el *Journal of the American Medical Association* de diciembre de 1992, titulado *Cross National Comparisons: the Changing Rate o Mayor Depression*, cada nueva generación desde principios de siglo ha corrido un riesgo mayor de depresión que la generación de sus padres y a edades cada vez más tempranas.

SITUACION ASISTENCIAL Y RECONOCIMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL INFANTIL

Tanto los recursos humanos como materiales para la atención de los problemas de salud mental del niño en la región son extraordinariamente precarios. En los países donde hay especialistas, ellos representan como máximo alrededor del 10%, del total de médicos psiquiatras existentes.

A esta falencia de recursos se suma el hecho que de acuerdo a los estudios efectuados en Chile, sólo un 13% de los niños encontrados con patología en el estudio de prevalencia ya mencionado, había sido atendido por especialistas en el último año. Situación semejante se ha observado en Gran Bretaña. Esto significa que aun existiendo la posibilidad de consultar, los padres no llevan a sus hijos al especialista. Es posible que esto se deba a prejuicios existentes, a ignorancia, a situaciones de marginalidad extrema, a problemas culturales, etcétera.

Lo que resulta sin embargo bastante paradójico y lamentable es que las autoridades gubernamentales y planificadores del sector salud no tengan una

actitud más sensible en el otorgamiento de recursos financieros frente a la magnitud de los problemas de salud mental.

En un intento de explicar esta situación se podría hipotetizar que las propias estadísticas que manejan los organismos sanitarios ocultan o encubren los problemas psiquiátricos. Si nos atenemos a las principales causas más próximas de muerte, lo que figura en las estadísticas son patologías somáticas y no las conductas, los estilos de vida o las enfermedades subyacentes que llevaron a la crisis final. Ejemplos paradigmáticos son las cirrosis hepática, cuya causa subyacente es el alcoholismo o el cáncer pulmonar y el tabaquismo. Bajo la tabulación de suicidio puede haber existido una depresión, una esquizofrenia o una drogadicción.

Otra explicación posible al respecto, es el desconocimiento a todo nivel que existe sobre la eficacia de los tratamientos psiquiátricos, sobre todo de los extraordinarios avances que se han producido en el campo de la psicofarmacología y la psiquiatría biológica.

PROPOSICIONES Y PLANES PARA LA ACCION

Consideraciones doctrinarias

En concordancia con las estrategias del Programa de Salud Materno Infantil y del Programa de Salud Mental de la OPS/OMS, un Plan de Acción de Salud Mental del Niño se debiera enmarcar en los principios básicos del enfoque de riesgo, la participación comunitaria y la coordinación intersectorial.

Los componentes de un Plan de Acción en Salud Mental Infantil podrán ser, varios de ellos, de aplicación general en la región, pero habrá que considerar diferentes énfasis en ciertos componentes que hay que cambiar de un país a otro. La heterogeneidad de las distintas subregiones en América Latina hace necesario no sólo considerar la variabilidad de los recursos existentes sino también las profundas diferencias socioculturales, políticas y religiosas que coexisten aún en un mismo país.

Aun cuando la prevención primaria en salud mental infantil tiene una reconocida eficacia y por ende debe informar la línea gruesa de las acciones que se propongan, es conveniente tomar en cuenta que no necesariamente son de más bajo costo económico que las de asistencia directa. Así entonces, sobre todo en países de pocos recursos, es recomendable ponderar el costo beneficio de determinadas acciones preventivas que, aun cuando tengan una comprobada eficacia, no justificarían suficientemente su implementación.

Integración horizontal

Otro principio doctrinario que debe orientar las acciones que se propongan en un Plan de Salud Mental Infantil es la integración horizontal de ellas a los programas ya existentes, en especial a los programas materno infantiles y que se llevan a cabo en el nivel primario de atención. Sin perjuicio de aquellas acciones que deben implementarse en la atención del parto y del recién nacido o en la atención del niño hospitalizado.

Otra integración horizontal que se visualiza como indispensable es a los programas de salud escolar y preescolar.

Tales formas de integrar las acciones de salud mental evitarán su verticalización, que aparte de ser impracticables por la escasez de recursos, hace que su centralización las desconecte de las realidades locales y aleje la posibilidad de participación comunitaria y de otros sectores.

A pesar de que faltan muchos estudios epidemiológicos que orienten mejor el enfoque de riesgo en salud mental infantil, la información que hoy disponemos permite definir prioridades tanto en el reconocido origen biológico de algunas patologías neuropsiquiátricas infantiles, como así mismo en la clara mayor probabilidad de ocurrencia de ciertas alteraciones del desarrollo y de ciertas alteraciones emocionales y conductuales en el niño, de origen psicosocial.

Enfoque ecosistémico

Detrás del principio de coordinación intersectorial ya mencionado, está la convicción teórica de mantener un enfoque ecosistémico en salud. Vale decir, que una visión holística de lo que determina el estado de salud y de enfermedad, sólo se logra poniendo atención a las interrelaciones, a los contextos y a los patrones de interacción entre los diversos sistemas.

Así entonces, desde esta perspectiva sistémica, se justificaría la separación de la salud mental del niño de la del adulto sólo con fines didácticos y de la organización en la provisión de servicios. Es más, si se es fiel a este enfoque sistémico, no se justifica continuar demarcando tan radicalmente lo biológico de lo psicológico, ya que desde hace mucho tiempo parece haber acuerdo en que el ser humano es una unidad biopsicosocial, donde estos tres componentes están en constante interacción.

Con este marco de referencia se explica también la necesidad imperiosa de ver al niño permanentemente en su contexto familiar, ya que desde la perspectiva sistémica es impensable que pueda existir un miembro de una familia con una alteración emocio-

nal o conductual que no tenga que ver con su relación con el resto del sistema familiar.

Coordinación intersectorial

Fiel a este enfoque es la convicción de que al sector salud, si bien es cierto le corresponde un rol preponderante en las acciones que se pongan en práctica en un Plan de Salud Mental Infantil, de ninguna manera podría abarcar las múltiples acciones que deben generarse en otros sectores tales como educación en forma muy especial, bienestar social, justicia, vivienda, laboral, medios de comunicación, etcétera.

En el presente capítulo se expondrán las proposiciones de acción que competen fundamentalmente al sector salud. Sin perjuicio de lo cual y en concordancia con las consideraciones doctrinarias precedentes, se enuncian algunas acciones que podrían asumir otros sectores para dar forma a un plan general de salud mental infantil.

En la parte operativa y administrativa, resulta necesaria la creación de un grupo coordinador de los diversos sectores que se haga responsable de elaborar un programa nacional al menos de mediano plazo, acorde con la realidad de cada país y que tenga la autoridad para liderar actividades y asignar tareas específicas a los distintos sectores. Este grupo coordinador nacional debería servir de base para recolectar información y proveer un *feedback* de la misma a los sectores, junto con poder evaluar la eficacia de las diversas intervenciones.

COMPONENTES DE ACCION DEL SECTOR SALUD

Componentes de prevención primaria

El éxito de las medidas de promoción y prevención que emprenda el sector salud dependerán en gran medida y ante todo de las destrezas psicosociales que logre desarrollar el trabajador de la salud que se desempeña especialmente en el nivel primario de atención. El adecuado manejo de las relaciones interpersonales que entre otras cosas requiere de sensibilidad, empatía y capacidad de comunicarse, resulta esencial en este campo. Así entonces, los cursos de capacitación en servicio que debieran ser el primer paso del plan, deben incorporarse no sólo conocimientos técnicos sino que muy especialmente destrezas psicosociales. Tanto las condiciones laborales como la presión asistencial que supera los recursos, la falta de incentivos, etc., hacen que tanto los profesionales de la salud como los de colaboración médica, sufran ellos mismos problemas psicológicos que será necesario detectar y apoyar.

Áreas de acción

De acuerdo a criterios ya prefijados por la OMS las siguientes cuatro áreas de acción deberán ser intensificadas:

Paternidad y maternidad responsable. Existe una comprobada relación entre la capacidad que tengan los padres para regular el tamaño de su familia y la salud física y mental de los niños. Junto con proveer la información a los padres respecto de los métodos contraceptivos existentes, deberá existir la posibilidad de brindarles ese apoyo a quienes lo soliciten.

El drama del hijo no deseado abarca desde el abandono total en el período de recién nacido hasta diversos grados de rechazo afectivo, abierto o encubierto, que favorecerá el creciente problema del maltrato infantil.

Por otra parte, se sabe que la calidad biológica del producto de un embarazo con menos de un año de intervalo, es inferior a lo normal, particularmente si el estado nutricional de la madre es insuficiente o su edad está por debajo de los 15 años.

Como parte del programa de planificación familiar, idealmente debiera existir la posibilidad de consejo genético para minimizar la ocurrencia de enfermedades hereditarias en familias donde exista un riesgo conocido.

Con respecto a la edad de la madre y los riesgos de embarazo, debiera tener suficiente difusión el hecho de que la prevalencia del síndrome de Down aumenta claramente con la mayor edad de la madre. El riesgo estimado del síndrome de Down, en mujeres cuya edad está entre los 20 y 25 años, es alrededor de 1 por 2.000 nacidos vivos, mientras que es de 1 por 50 mujeres de 45 años o más.

Conviene recordar que las anomalías cromosómicas originan aproximadamente el 35% de todos los casos de retardo mental grave en los países desarrollados.

Cuidados prenatales y perinatales:

Prenatales. Un programa integral de cuidados de salud de la madre embarazada debe estar disponible para dar una base adecuada para el crecimiento y desarrollo del feto y del recién nacido. Este debe incluir no sólo el control de patología tales como la hipertensión arterial, entre otras, sino que fundamentalmente promover una alimentación adecuada y prevenir los efectos de la desnutrición en la madre y en el feto.

El consejo dirigido a evitar el consumo de tabaco, el alcohol y otras drogas, resulta indispensable a la luz del conocimiento existente, del bajo peso al nacer en el primer caso, del síndrome fetal alcohó-

lico y de diversas otras injurias al sistema nervioso del organismo en gestación que producen también otras sustancias químicas o drogas ingeridas o administradas durante el embarazo.

En áreas donde existe el tétano en el recién nacido como problema aún prevalente, la mujer embarazada deberá recibir el toxoide correspondiente después del primer trimestre y al personal de salud que atiende el parto deberá entrenarse en técnicas adecuadas para cortar el cordón umbilical.

Existen regiones de América Latina donde el déficit de yodo es aún endémico, con las consecuencias conocidas del hipotiroidismo congénito o adquirido y su repercusión negativa del desarrollo intelectual, más las otras alteraciones neurológicas que lo acompañan. En tales países deberá administrarse inyecciones de aceite yodado o sal yodada a las mujeres en edad gestacional, con lo que se podrá prevenir el síndrome de deficiencia de yodo congénito. En algunas zonas andinas se observa además, una alta incidencia de retardo mental o cretinismo asociado al bocio endémico (en ciertas áreas llega al 14% de la población). De allí la necesidad de legislar en forma obligatoria sobre el agregado de yodo a la sal.

Aunque el bocio y el cretinismo endémico son las manifestaciones más conocidas de deficiencia crónica de yodo en la alimentación, hay un amplio rango de manifestaciones orgánicas y funcionales que constituyen una seria amenaza al potencial genético de millones de personas, entre las que se encuentran algunas anomalías congénitas, sordomudez y diferentes grados de defectos neurológicos.

Otra deficiencia nutritiva específica que puede y debe prevenirse durante el embarazo es el déficit de hierro, que tiene repercusiones funcionales sobre la capacidad mental, endocrina, inmunológica y de trabajo físico. La anemia ferropriva durante el embarazo se relaciona además con el bajo peso al nacer. Los datos de la región permiten estimar la prevalencia de la anemia en mujeres embarazadas variando entre 10 a un 82,3%. Los niños entre 6 meses y los 2 años de vida están particularmente en riesgo de anemia por déficit de hierro y bajo peso.

El embarazo de alto riesgo (madres con cardiopatías, nefropatías crónicas, diabetes, drogadicción, antecedentes de prematuridad en embarazos previos o de hijos con desnutrición grave, madres demasiado jóvenes o demasiado añosas, talla demasiado baja y desnutrición), debe ser reconocido por el equipo de salud del nivel primario y proveerle los cuidados especiales que requiere tanto la atención del embarazo como el parto, ya que desde los trabajos clásicos de Pasamanick y Knobloch se reconoce la alta correlación entre accidentes asociados al embarazo y parto y diversos grados de daño cerebral en el niño.

Especial atención deberá otorgarse al embarazo de la adolescente, ya que constituye un problema de alto riesgo físico y psicológico para la madre y para el niño. Diversos estudios comprueban esta situación como así mismo el aumento de su frecuencia, debido en parte a ignorancia en materias sexuales y al no uso de contraceptivos.

La promoción de la lactancia materna debe iniciarse también durante el embarazo y continuar fomentándose durante el período del lactante en vista de los beneficios fisiológicos y psicológicos que conlleva.

Idealmente debiera acompañarse a las acciones ya señaladas de ejercicios de relajación, de respiración y de fortalecimiento de los músculos que van a favorecer el parto natural. Junto a ello es recomendable el desmitificar diversas creencias populares que contribuyen a percibir el embarazo como una enfermedad o como algo indefinidamente ominoso para la madre gestante o para el hijo.

Perinatales. El parto es el momento del ciclo vital en que ocurren los cambios más radicales y más importantes en el ser humano y en donde por consecuencia se concentra un mayor número de riesgos que pueden operar tanto por déficit de intervenciones médicas o por exceso de las mismas. Sería largo enumerarlas ya que exceden el propósito de este capítulo. La tendencia en la región ha sido más hacia el exceso que hacia el déficit en la última década.

Sin embargo, hay algunas medidas administrativas que probablemente tienen un efecto favorecedor directo o indirecto en la salud mental infantil. Desde los trabajos de Klauss y Kennel, hace alrededor de 20 años atrás, se reconoce hoy la importancia de fomentar el apego madre-hijo mediante el contacto piel a piel o ojo a ojo del recién nacido con su madre, durante la primera hora de vida (ya que posteriormente el niño duerme). Tal práctica entra aún en colisión con la tradicional de separar al niño de su madre durante las primeras horas de vida y en muchos casos aún, mantenerlo así durante el período de estadía en la maternidad, permitiéndole sólo leves contactos para alimentarlo.

El fomento del apego mediante esta práctica se correlaciona con diversos indicadores positivos del desarrollo psicomotor y emocional futuros.

El estrés del trabajo del parto y del parto mismo, se ha comprobado en diversos estudios que puede atenuarse permitiendo que la mujer que va a dar a luz pueda ser acompañada de algún familiar o persona conocida que le brinde apoyo emocional durante este proceso. Investigaciones realizadas en Montevideo y en Guatemala, en madres adolescentes solteras a quienes se les permitió esta compañía, tuvieron menos partos destócicos que en los grupos de control.

Los avances científicos permiten hoy día la detección de enfermedades congénitas y hereditarias durante el embarazo y durante el período neonatal a través de *screening* metabólicos. Se han reconocido varios errores congénitos del metabolismo en los que se puede prevenir primeramente los devastadores efectos físicos y neurológicos que ellos producen, siempre y cuando se instituya un tratamiento corrector en las primeras semanas de vida.

Ejemplos paradigmáticos al respecto lo constituyen la fenilcetonuria, la galactosemia y la enfermedad del "jarabe de arce".

El cretinismo congénito es otra alteración, en este caso endocrina que tiene una prevalencia bastante más alta que las enfermedades antes mencionadas (1 x 3.600 a 1 x 5.000 nacidos) y que también puede prevenirse instituyendo el tratamiento con hormona tiroidea en las primeras semanas de vida.

La implementación de estos test metabólicos requiere de la provisión de técnicas de laboratorio muy confiables, de un seguimiento adecuado y de garantizar que la dieta especial o el tratamiento médico estén disponibles en forma regular y continua hasta que el caso lo requiera.

En muchos países de la región este conjunto de medidas puede ser por el momento de difícil consecución. Sin embargo, a pesar de que la prevalencia de los errores congénitos del metabolismo mencionados es muy baja (1 x 10.000 a 1 x 25.000 en la fenilcetonuria y 1 x 60.000 a 1 x 80.000 en la galactosemia) conviene tener presente los costos que tiene para la sociedad el mantener estos niños y luego adultos severamente dañados durante toda la vida.

Una mención especial merece en el contexto de la atención perinatal el uso indiscriminado de la cesárea en ciertos niveles de la población y su falta de aplicación cuando está indicada en especial en algunos servicios públicos, con las consecuencias de daño cerebral en el niño que podrían haberse evitado.

Cuidados del lactante:

Inmunizaciones. En el período del desarrollo el programa de inmunizaciones debe ser fuertemente reforzado tanto en los contenidos educacionales dirigidos a la madre como en su máxima extensión de cobertura. La prevención del sarampión, rubéola, difteria, parotiditis, poliomielitis y tétanos pueden significar una importante contribución a la prevención de distintas formas de daño cerebral por estas enfermedades infantiles.

Nutrición. Junto con las medidas de prevención de la desnutrición en el embarazo y de las diferencias de yodo y hierro ya mencionadas, el período del lactante, es especial para prevenir la desnutrición en

cualquiera de sus grados ya que constituye, sobre todo la desnutrición grave, un riesgo biológico de retardo mental y de trastornos de aprendizaje.

Conviene puntualizar al respecto que el déficit psicomotor secundario a la desnutrición grave no logra recuperarse junto al peso y talla, después de una recuperación nutricional, si no va acompañada de una estimulación psicosocial. (Cravioto, Winnick, Richardson y cols.).

Como ya se señaló a partir especialmente del segundo semestre, debe vigilarse y corregirse la anemia por déficit de hierro en el niño.

Evaluación del desarrollo psicomotor. En un programa integral de salud infantil, el desarrollo psicosocial es un componente tan importante como el crecimiento físico.

En el taller regional sobre investigación en desarrollo psicosocial del niño convocado por OPS/OMS en 1990, se recomendó introducir instrumentos de medición del desarrollo psicosocial dentro del contexto de los programas existentes vinculados con acciones preventivas, educativas y curativas en el nivel primario de atención. Dichos instrumentos deberán cumplir con varios requisitos: ser suficientemente simples (4-6 Hems por edad), poder administrarse en un tiempo relativamente corto, por miembros del equipo de salud no necesariamente especialistas, con un mínimo de entrenamiento y haber sido validado en su contexto de uso cotidiano. Idealmente debieran poder también cuantificar el desarrollo, a través de un coeficiente del desarrollo que permita establecer metas, efectuar estudios epidemiológicos y el registro estadístico.

La mayoría de los así llamados "baby test" o escalas de evaluación del desarrollo psicomotor del lactante, evalúan el desarrollo del área motora, del lenguaje, de la coordinación de funciones y el área socioemocional. En la región se han desarrollado algunos instrumentos que cumplen con los requisitos antes enunciados y que han sido incorporados oficialmente en los programas infantiles del Ministerio de Salud (Ej. Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor EEDP), del período 0-2 años y el test de desarrollo psicomotor del preescolar de 2 a 5 años (TEPSI) (Chile).

La experiencia recogida a la fecha hace recomendable al menos una primera evaluación del desarrollo a los 2 meses de vida, fundamentalmente para pesquisar precozmente daños orgánicos cerebrales, retardos profundos y handicaps sensoriales.

Una segunda evaluación a los 18 meses que es el período en que se ha visto comienza a manifestarse el retraso de origen sociocultural, en parte importante por el peso que comienza a tener el desarrollo del lenguaje en el segundo año de vida.

Una tercera evaluación alrededor de los 4 años de vida en donde interesa entre otras cosas detectar el grado de desarrollo de las funciones básicas para el aprendizaje escolar.

Sin perjuicio de lo anterior, en los controles de salud intermedios a estas edades y según recursos existentes, se podrán aumentar estas evaluaciones o sustituirlas por pautas aún más simplificadas que, aunque no hayan sido validadas, sirvan para detectar riesgos más evidentes.

Programas de estimulación psicosocial temprana. Paralelo a la evaluación del desarrollo psicomotor deben estar en poder del trabajador de la salud del nivel primario de atención, algunos de los múltiples currículum de estimulación del desarrollo que se han elaborado en la región.

Una revisión exhaustiva de dichos programas fue realizada por UNICEF y UNESCO en 1987 y publicada bajo el título "Proyectos no formales de atención de la niñez marginada en América Latina", París: UNESCO.

Es necesario que las áreas del desarrollo que se estimulan correspondan a las mismas áreas del desarrollo que se evalúan a través de los test y que la estimulación sea efectuada en el hogar y mediatizada por los familiares.

De acuerdo a una revisión de más de 18 investigaciones diseñadas para prevenir el retardo mental leve, también llamado retardo cultural, a través de diversos programas de estimulación temprana se encontró lo siguiente: 1) 72% de reducción del retardo; 2) difusión vertical de la mayor estimulación del desarrollo a los hermanos; 3) menor necesidad de educación especial; 4) menor deserción escolar y participación en conductas antisociales; 5) mayor ocupación vocacional; y 6) mayor nivel educacional y/o de empleo a las madres.

No obstante que el énfasis en el fomento de desarrollo intelectual caracteriza la mayoría de los programas de estimulación temprana como una eficiente prevención del retardo socio-cultural, los programas deberán incluir el fomento del desarrollo afectivo, social y moral, toda vez que la baja autoestima, la desesperanza y la falta de confianza en el esfuerzo personal, forman parte frecuente de la cultura de la pobreza.

Edad preescolar y escolar:

Identificación de las familias de riesgo para la salud mental del niño. Es una actividad de fundamental importancia en la prevención primaria y en la prevención secundaria en el contexto de la salud mental.

Estudios realizados por Rutter y cols. han permitido reconocer seis factores de riesgo originados

dentro del medio ambiente familiar:

- Discordia matrimonial severa
- Bajo estatus social
- Hacinamiento o tamaño de la familia numerosa
- Criminalidad parental
- Trastorno psiquiátrico de la madre
- Colocación del hijo en hogares sustitutos.

La probabilidad de síntomas de trastornos psiquiátricos en los niños, aumentaba progresivamente con la sumatoria de estos factores de riesgo dentro de la familia. La presencia de uno solo de estos factores en una familia, no aumentaba significativamente la proporción de síntomas en los hijos de esa familia, pero con dos de ellos presentes, la probabilidad aumentaba cuatro veces y con cuatro había un aumento de 10 veces.

Este estudio reveló además que algunos niños criados en condiciones extremadamente adversas, no desarrollaban patología debido a la existencia de factores protectores específicos en su medio ambiente. Entre los niños que vivían con sus padres en un hogar deteriorado por severos conflictos conyugales, el 75% de los niños que tenía una relación negativa con ambos padres presentaba síntomas de trastorno psiquiátrico. Pero aquellos niños que tenían una buena relación afectiva con uno de los padres sólo en un 24% de los casos presentaba síntomas psiquiátricos.

Otro estudio encontró que la proporción de trastornos conductuales fue 2° veces mayor en niños que vivían en un ambiente familiar marcado por la hostilidad que niños similares que habían sido colocados en un hogar sustituto donde se les brinda apoyo emocional.

Estudios epidemiológicos recientes han ido identificando más factores de riesgo y por contraste factores protectores de psicopatología en niños. Entre los primeros cabe destacar los estilos parentales, por ej. rechazantes o inconsistentes. También se ha identificado el grupo de pares como factor de riesgo, particularmente cuando junto al rechazo de uno de sus miembros va asociada la coerción o victimización.

Se han podido individualizar en el niño mismo, factores de mayor vulnerabilidad para desarrollar alguna psicopatología; en este sentido se describen: el sexo masculino, la baja inteligencia, los defectos físicos, el temperamento difícil y ciertos tipos de enfermedades tales como sordera (que en más del 50% de los casos se asocia con algún trastorno psiquiátrico).

A la inversa, el reconocimiento de ciertos factores protectores que en general son los opuestos a los anteriores, ha dado origen al concepto de resiliencia o de invulnerabilidad ante la posibilidad de desarro-

llar los trastornos psíquicos; entre ellos se menciona el sexo femenino, la autonomía, una buena autoimagen, las redes de apoyo familiar, etcétera.

Pensamos que estos indicadores de riesgo señalados pueden ser perfectamente aplicables a nuestra realidad latinoamericana.

Identificación de niños de alto riesgo. Es importante definir lo que podríamos llamar niños de alto riesgo en salud mental infantil como son:

- Los niños vagos o "de la calle" a "gamins" como los llaman en distintos países. Es decir, aquel menor que ha perdido todo contacto con sus progenitores y queda liberado a su suerte y a la necesidad literal de sobrevivir en las condiciones más adversas.

- El niño sometido a maltrato (el niño golpeado, sometido a abuso sexual frecuente, explotado sexualmente, obligado a trabajar o a pedir limosna en la calle, etc.).

- El niño sicario, víctima del terrorismo o de bandas delictuales.

- El hijo de padres detenidos-desaparecidos y el hijo de exiliados.

- El desertor escolar temprano.

- El niño drogadicto y/o comprometido en actos delictuales.

Intervenciones posibles. Una vez identificadas las familias de riesgo, es posible desarrollar algunas de las siguientes intervenciones:

- Un oportuno referimiento al especialista en caso que los haya en el nivel secundario o terciario.

- Un trabajo en equipo con servicio social para ver hasta qué punto el sufrimiento emocional de esa familia se debe a algún factor externo de ella que pudiera ser corregido a través de lograr, por ejemplo, un subsidio habitacional o la búsqueda de empleo.

- La conexión de dichas familias con grupos o redes de apoyo en la comunidad.

- La posibilidad de intervención en crisis por ejemplo, secundaria a la muerte de un miembro de la familia. Existe evidencia de que tanto el consejo individual o grupal en estos casos disminuye el riesgo de salud mental secundario. Igual cosa se ha visto de utilidad con respecto a los individuos que se divorcian.

- En casos donde por razones de internación psiquiátrica de alguno de los padres o de encarcelamiento, será de fundamental importancia la ubicación de los hijos en el adecuado cuidado alternativo.

- Existe la posibilidad de que frente a algunas de estas situaciones extremas ya señaladas, la más aconsejable solución sea lograr a través del juzgado de menores retirar la tuición del hijo a los padres

temporal o definitivamente. Conviene recordar que no son sinónimos los términos separación materna con privación materna. A veces justamente para evitar una privación hay que separar al niño de sus madres.

Diversas iniciativas ha puesto en práctica la OMS en algunos países en desarrollo de África y del Este Asiático donde se está probando la eficacia de una serie de protocolos para identificar familias y niños de riesgo psicosocial en el nivel primario de atención. (*Physical Growth and Psychosocial Development of Children*) (Protocolo I-II-III-I, WHO, Ginebra 1992).

Minimizar los efectos de ciertas enfermedades crónicas. Diversos profesionales médicos y colaboradores del nivel primario de atención en salud, deberán obtener una capacitación en el reconocimiento de los déficit motores y sensoriales en los niños de tal manera que puedan lograr la pronta consecución de prótesis en algunos casos, de audífonos o lentes ópticos en otros, lo que permitirá reducir los handicaps psicológicos y sociales de estas patologías.

Un rol también importante en estos casos es la ubicación de estos niños en escuelas especiales o cursos diferenciados en el sistema educacional para prevenir, tanto el bajo rendimiento escolar como el desajuste social.

Prevención de daños psicológicos iatrogénicos. Se estima entre 10 y 37% la aparición de trastornos emocionales de diverso tipo secundarios a la experiencia traumática de la hospitalización en el niño. Tales efectos deletéreos han probado poder reducirse permitiendo a los miembros del grupo familiar acompañar al niño durante esta situación. En hospitalizaciones que no sean de emergencia, preparar al niño familiarizándolo con el lugar y con las personas que lo atenderán, también han probado atenuar el estrés de la hospitalización y sus eventuales efectos negativos en la salud mental del niño.

En varios países europeos al menos se ha generalizado la aplicación estricta de una suerte de reglamento que define "Los Derechos del Niño Hospitalizado".

En Inglaterra desde 1975 el 90% de los hospitales pediátricos había adoptado la política de no restringir las visitas de los padres al niño hospitalizado.

COMPONENTES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA

Existen ciertas patologías neuropsiquiátricas infantiles que han probado ser susceptibles de ser tratadas en primera instancia por profesionales no

especialistas del nivel primario de atención. Entre ellas cabe destacar:

Síndrome por déficit atencional con hiperactividad. Diversos estudios revelan que es posible reducir la hiperactividad y aumentar la concentración en un 70 a 80% de los casos con la administración de metilfenidato y otros psicoestimulantes.

Epilepsia. El manejo y el control del tratamiento con los anticonvulsivantes puede ser delegado en el nivel primario, previsto que estas drogas estarán disponibles ininterrumpidamente en este nivel de atención. El trabajador de salud también podrá ser capacitado en el manejo ambiental que requiere esta enfermedad y a contribuir a eliminar los prejuicios que tan frecuentemente existen frente a ella.

Enuresis. Alrededor de un 15% de los niños mayores de 6 años presenta este trastorno del desarrollo, el que en la mayoría de los casos se supera espontáneamente durante la edad escolar o al entrar a la adolescencia. No obstante, el manejo inadecuado de los padres al culpabilizar o estigmatizar al niño puede generar un trastorno emocional o conductual secundario. Así entonces junto con aconsejar a los padres respecto al hecho de ser un fenómeno involuntario, el agente de salud del nivel primario podrá ser entrenado en el manejo ambiental y farmacológico de este problema. La imipramina ha probado ser un tratamiento que logra alrededor de un 70% de éxito al administrarse por un período de 3 meses. Diversos tratamiento conductuales, en base de un sistema de refuerzos, han logrado similares porcentajes de eficacia.

Manejo de hábitos desadaptativos. Existen frecuentes motivos de consulta sobre todo en edad preescolar que al no encontrar una respuesta adecuada pueden ser el punto de trastornos emocionales o conductuales reactivos. Tal es el caso de:

- Los trastornos del sueño.
- Los trastornos de la alimentación (el principal motivo de consulta pediátrica en la edad preescolar es que "el niño no come").
- La "pataleta" (tan característica del período de resistencia o negativismo del preescolar).
- La masturbación.
- La succión del pulgar o el uso prolongado del "chupete".

- La tartamudez fisiológica.
- La pelea entre hermanos.

En cada uno de estos motivos de consulta existen conocidos manejos de simple ejecución que pueden y deben ser conocidos por el personal del nivel primario.

ACCIONES O COMPONENTES DEL PLAN QUE PUEDEN SER COMPARTIDOS CON OTROS SECTORES

Enseñanza de destrezas parentales

Es demasiado frecuente escuchar de los padres que consultan al psiquiatra infantil la queja de que en la sociedad en que vivimos (en los umbrales del siglo XXI) nadie enseña a ser padres. Esta declaración generalmente está cargada de culpas por no haber sabido antes cómo manejar determinadas situaciones o conductas con sus hijos.

Hoy día existen cientos o tal vez miles de textos y programas de entrenamiento o capacitación dirigidos a los padres para realizar en forma más informada y eficiente esta delicada labor.

La reducción del tamaño de la familia, entre otros factores, ha impedido un aprendizaje que hacían antes al menos los hermanos mayores observando la crianza de sus hermanos menores.

Así como en los programas de educación para la salud se ha integrado la educación para proveer una serie de cuidados físicos al niño o de planificación familiar, no se ve razón alguna para no enseñar nociones básicas de manejo conductual, de teorías de aprendizaje, de las variables reconocidas que fomentan la relación padres-hijos (calidez afectiva, demostración externa de afecto y disciplina tolerante *versus* rechazo y estrictez, por ejemplo).

Existen diversas experiencias de escuela para padres que normalmente funcionan en el sistema escolar, en las iglesias o en otras organizaciones comunitarias.

Sin perjuicio de esas acciones, el consultorio o dispensario de salud, podría ser otra instancia de entrega de esta información, la que puede difundirse a través de charlas, aprovechando los largos períodos del tiempo en que las madres esperan ser atendidas cuando traen a un hijo a control por morbilidad, de folletos u otros medios de difusión.

ACCIONES O COMPONENTES DEL PLAN DE ACCIONES FACTIBLES DE SER IMPLEMENTADOS POR OTROS SECTORES

Salas cuna, jardines infantiles y centros de cuidado diurno

Estos recursos cumplen tradicionalmente dos funciones. Una asistencial para la madre que trabaja fuera del hogar y otra de educación preescolar y de estimulación psicosocial, especialmente importante para niños de bajo nivel socioeconómico y cultural.

En ambos casos pueden ser poderosos instrumentos de fomento, protección y prevención en sa-

lud mental infantil o pueden ser verdaderas situaciones experimentales de privación psicológica. Depende por cierto de la calidad del recurso humano, material y curricular del centro.

La educación preescolar es todavía inexistente o incipiente en algunos países de la región. Su cobertura alcanza aproximadamente a un 20% de los niños de 0 a 6 años y su distribución privilegia a los niños del nivel socioeconómico alto. Así una contribución al Plan de Acción en Salud Mental Infantil sería la ampliación de su cobertura, privilegiando a los niños que más lo necesitan, tanto desde el punto de vista emocional, como desde el punto de vista de la estimulación de las funciones básicas para lograr una mejor adaptación al sistema escolar.

El ideal de un jardín infantil o un centro de cuidado diurno es que su acción no continúe siendo sólo intramural, sino que se extienda a través de visitas al hogar o de centros de difusión de enseñanza de destreza parentales y/o de detección de niños o familias de riesgo.

Experiencias no formales de educación y cuidados del preescolar

Diversas organizaciones no gubernamentales (ONG) en América Latina, han desarrollado innovadoras estrategias para suplir el déficit ya mencionado y abaratar los costos de su operación.

Un modelo se aplicó y evaluó su eficacia en una población marginal de Santiago denominado "Plaza preescolar", consistió en que un grupo profesional del sector salud más una educadora de párvulos capacitó a adolescentes de la propia comunidad donde operaría el programa. Paralelamente se movilizó a los líderes de la comunidad para adecuar un sitio eriazado de la población con los elementos básicos que recomienda el curriculum cognitivo de Weikart, de tal manera que las actividades se desarrollaban en un espacio al aire libre.

Tal iniciativa es altamente recomendable y de fácil reproducción en la comunidad. Su impacto en la salud mental como lo demostró la experiencia mencionada, se traduce en: a) mejorar el desarrollo cognitivo y psicosocial de preescolares en riesgo de privación sociocultural; b) proporcionar un rol social al adolescente que es capaz de responder con gran entusiasmo y responsabilidad (evitando de esta manera su alienación, la drogadicción, la prostitución y los actos antisociales); c) proporcionar una "escuela para padres en servicio" a muchachas que en corto plazo constituirán sus propias familias.

Diversas modalidades de participación comunitaria es el común denominador de la gran mayoría de las iniciativas de organismos no gubernamentales para proporcionar estos servicios dirigidos al preescolar.

Sector educación

Como se expresó con anterioridad, el sistema escolar es tal vez el aliado más importante del sector salud en promover acciones que protejan o prevengan la salud mental del niño en edad escolar.

En varios países de la región, conscientes de esta realidad, se han constituido las comisiones mixtas de salud y educación tanto a nivel central como a nivel provincial y municipal para coordinar las diversas acciones conjuntas que se programen.

Múltiples son las formas en que el sector educación podría contribuir en un Plan de Acción en Salud Mental del Niño.

Educación para la vida familiar

Incorporar a los curriculum de la enseñanza básica y media la educación para la vida familiar. Se trata de enseñar al niño en forma sistemática, gradual y continua contenidos de psicología del desarrollo, comunicación y relaciones interpersonales, igualdad de derechos de la mujer con respecto al hombre, educación sexual, etc. Se trata en definitiva que la escuela no sólo instruya en conocimientos que en su mayoría se olvidarán después de las interrogaciones, sino que básicamente enseñe a convivir y a relacionarse como seres humanos, fundamentalmente en los roles que la inmensa mayoría de la gente va a desempeñar: ser padres y ser parejas o esposos.

Escuela para padres. Sin perjuicio de preparar a los niños para desempeñar en buena forma su rol de padres en el futuro, existe la urgencia de ayudar a los adultos que ya están desempeñando su rol, mediante cursos de entrenamiento en destrezas parentales. En este sentido las experiencias efectuadas en distintos países han tenido una favorable acogida.

Pedagogía de los medios de comunicación. El advenimiento de la televisión ha modificado en forma significativa la ecología del niño. El promedio de horas que los niños en diversos países del mundo ven TV, fluctúa entre 3 y 4 horas diarias. Si se considera los fines de semana y los meses de vacaciones, resulta ser mayor que el tiempo de asistencia a la escuela (1.500 horas al año versus 1.300, aproximadamente).

La TV tiende a distorsionar la realidad por su naturaleza misma (condensar los hechos en el tiempo y en el espacio, por ejemplo), lo que implica un gran desafío para los niños especialmente en edad preescolar. El hecho de que en la totalidad de los países de América Latina prevalezca casi sin contrapesos la TV comercial, significa que los contenidos de los programas, la mayoría de entretenimiento, distan mucho, por no decir que son francamente antagóni-

cos con los valores de la cultura judeo-cristiana occidental a la que se adhiere la mayoría de la población latinoamericana (violencia, erotismo disociado del amor, pornografía, consumismo, hedonismo, etc.). Agréguese a esto la dependencia cultural, ya que más de la mitad de los programas son de origen norteamericano. El mundo de los pobres no aparece en la TV comercial. Desde esta perspectiva se puede aseverar que la TV en América Latina al menos, no es democrática, ya que excluye a más de la mitad de su población.

De allí la importancia de enseñar al niño a decodificar este nuevo lenguaje electrónico y desarrollar un espíritu crítico al respecto.

Educación especial y diferencial. Dado el alto porcentaje de niños que presenta retardo mental, trastornos específicos del aprendizaje y otros trastornos del desarrollo que afectan en grados variables la adaptación al sistema escolar regular y debido a la dramática insuficiencia de los recursos especializados que existen en la región para atender a estos miles de niños, es imperiosa la necesidad de aumentar dichos recursos. De lo contrario esta situación continuará siendo un reconocido factor de trastornos emocionales y conductuales reactivos en el niño y una fuente inagotable de deserción escolar.

Entrenamiento del profesor para detección precoz de trastornos emocionales, conductuales y del aprendizaje. Muchas veces el profesor está en una situación más privilegiada que los padres para detectar problemas de salud mental en los niños ya que está en contacto con ellos un mayor tiempo y los observa en distintas situaciones interaccionales.

Existen distintos inventarios que pueden servir de guía para desarrollar instrumentos de detección a nivel local.

Medios de comunicación

La importancia y responsabilidad de los medios de comunicación en la promoción de la salud mental o en su detrimento no puede dejar de enfatizarse en el contexto que nos ocupa. En particular, dada la abrumadora evidencia existente sobre el impacto que tiene la TV en la conducta de niños y adolescentes.

La impresión generalizada es que este portento de la tecnología moderna no sólo está penosamente subutilizado como instrumento que efectivamente contribuya a mejorar nuestra calidad de vida y fomenta estilos de vida saludables física y mentalmente, sino que es en muchos casos un factor de riesgo para los niños en ambos sentidos, cuando a quienes la administran y financian los guía sólo el espíritu de lucro y abdican de su responsabilidad ética.

Ejemplos de programas, como "Plaza Sésamo",

revelan que no es incompatible entretener a los niños y paralelamente incrementar, en forma significativa, ciertas habilidades y destrezas especialmente cognitivas.

Legislación

a) Existe un amplio rango de disposiciones legislativas que debieran impulsarse en la región para lograr una igualdad de derechos de la mujer, tanto en el ámbito del derecho civil, de familia y de la legislación laboral. Existe consenso entre los expertos en salud mental infantil sobre la importancia que el logro de estos derechos de la mujer tiene en mejorar la salud mental familiar y de los niños.

b) Entre otras legislaciones que favorecen especialmente a la familia en varios países desarrollados, está la flexibilización de la jornada de trabajo, particularmente necesaria cuando ambos padres trabajan fuera del hogar y tienen que dejar a los hijos al cuidado de personas inexpertas o pagar por su cuidado, aparte del escasisimo tiempo de interacción familiar que tal situación conlleva.

c) El permiso posnatal para ambos padres durante el primer año de vida.

d) El permiso laboral por enfermedad de un hijo, válido para cualquiera de ambos padres.

e) El trabajo por media jornada.

Recomendaciones para la investigación. Múltiples son los temas que requieren ser investigados para perfeccionar las líneas de acción de un Plan de Salud Mental del Niño.

Sin pretender agotar el tema se pueden mencionar:

– Estudios epidemiológicos que orienten programas preventivos.

– Factores protectores de la salud mental del niño.

– Causas y mecanismos de producción de las enfermedades psiquiátricas infantiles.

– Validación de los instrumentos diseñados para evaluar el desarrollo psicomotor en países donde esta validación no se haya efectuado.

– Validación de instrumentos simples que puedan identificar mejor a los niños y familias de riesgo en el nivel primario de atención.

– Predictibilidad y cambio en salud mental infantil.

– Estudios de seguimiento.

Lo anterior presupone la capacitación de los profesionales dedicados al tema mediante cursos de metodología de la investigación y nociones de estadística. Paralelamente deberá proveerse el acceso a la información que existe sobre salud mental infantil y sobre todo a fuentes de financiamiento.

SALUD MENTAL ESCOLAR

Consideraciones generales

Después del hogar, la escuela es el medio ambiental que ejerce tal vez mayor influencia en el desarrollo psicosocial del niño.

Analizaremos brevemente este tema porque con gran frecuencia el profesional de Salud Mental debe desempeñar el rol de consultor y por tanto debiera estar en condiciones de proporcionar información respecto al manejo de los problemas de orden emocional, conductual y de aprendizaje, tan frecuentes en el medio escolar.

Partimos de la base que los aliados naturales más importantes del psiquiatra infantil en un plan de salud mental debiera ser por un lado el pediatra y tal vez más importante el maestro. En la medida que el radio de acción del especialista se amplie por estas vías, creemos se estará sacando el mejor provecho a los recursos humanos siempre escasos, en el campo de la salud mental.

De esta manera el médico puede ser un vehículo de información para el maestro en el conocimiento de algunos principios básicos de salud mental, que le permitan fundamentalmente: a) detectar precozmente trastornos psíquicos en el niño y b) abordar los problemas más simples.

Se estima que el profesor está en condiciones excepcionalmente ventajosas para participar en la identificación de trastornos emocionales, conductuales y de aprendizaje en el niño. Incluso aún en mejor situación que los padres y que los médicos. Las razones de esto son varias:

— Poseen un contacto regular y continuo con el niño durante gran parte del día y por períodos prolongados de tiempo. Esto les permite conocer su conducta en una gama muy variada de situaciones, especialmente en el campo de las relaciones interpersonales.

— El maestro está en situación de conocer una gama extraordinariamente variada de conductas distintas de los numerosos niños que tiene a su cargo.

Desde este punto de vista, tiene en general muchos más elementos de juicio comparativo que una padre de familia quien conoce sólo las conductas de sus hijos para juzgar cuando una conducta es normal o patológica.

— A esto debe sumarse el hecho de que en los medios socioeconómicos más bajos el profesor posee un nivel cultural muy superior al de los padres de sus alumnos. Esto en términos de prevención secundaria, es de gran importancia en las clases sociales más desaventajadas, donde característicamente existe una gran tolerancia por los trastornos psiquiátricos en general.

De esta manera, gracias a la intervención del profesor, existe la posibilidad de que la escuela sea un vehículo para hacer llegar a oportuno tratamiento al niño cuando a los padres no les llama la atención la conducta anormal del niño o se resisten a buscar ayuda reconociendo dicha anomalía.

¿Qué indicadores o elementos de juicio concretos se podrían proporcionar al maestro para detectar problemas emocionales o conductuales en el escolar?

Bower recomienda los siguientes indicadores cuando se dan cualesquiera de ellos por un período de tiempo y en forma marcada.

— Inhabilidad para aprender que no puede ser explicada por factores sensoriales, intelectuales o de salud.

— Inhabilidad para formar o mantener relaciones interpersonales satisfactorias con compañeros y/o profesores (ej. Incapacidad de hacer amigos o integrarse al grupo normalmente).

— Reacciones y sentimientos inapropiados bajo condiciones normales (ej. reaccionar desproporcionadamente ante órdenes comunes impartidas por el profesor o conducta impulsiva exagerada frente a provocaciones comunes y triviales de los compañeros o bien inhibiciones extremas frente a interrogatorios).

— Un aire general de tristeza o depresión (ej. el niño que rara vez sonríe o que carece de esa alegría vital tan característica de los niños).

— Tendencia a desarrollar síntomas físicos (ej. dolores, malestares vagos o temores asociados con las actividades escolares).

Es interesante hacer notar al respecto la agudeza de percepción que los mismos compañeros tienen para detectar este tipo de anomalías. Con gran frecuencia se ha encontrado que los cuestionarios que se han usado para ser respondidos por los alumnos (a objeto de detectar la prevalencia de estos trastornos en el medio escolar) demuestran una alta correlación para individualizar los casos problemas, con los cuestionarios respondidos por los profesores. A menudo el niño con problemas ya ha sido catalogado como "raro" por sus compañeros.

Una causa frecuente de consulta ya sea ésta efectuada espontáneamente por los padres o más frecuentemente por referimiento del profesor al médico, es simplemente que "el niño no aprende". Bajo este simple motivo de consulta puede existir una gran variedad de causas que pasaremos en seguida a analizar.

Pseudoretardo (o pseudodeficiencia) mental

Existen por lo menos tres grandes factores etiológicos que pueden redundar en un bajo rendi-

miento intelectual del niño, no explicable por retardo o deficiencia real.

— Factores tales como handicaps sensoriales especialmente visuales y auditivos. Enfermedades crónicas. Convalecencia de enfermedades graves. Estados de desnutrición acentuados, pueden repercutir desfavorablemente en el rendimiento escolar.

— Defectos o variaciones estructurales y de maduración del SNC. Especialmente aquellos que afectan la percepción.

— Problemas emocionales.

El tratamiento en estos casos comienza por reconocer el problema a objeto en primer término de no agravar la situación mediante castigos, es decir haciendo responsable al niño de algo que él no puede remediar. Este reconocimiento debe ser tanto por parte del profesor mismo como de los padres.

En segundo término deberán administrarse las medidas terapéuticas específicas, ya sea de orden médico como pedagógico especial, según el caso.

Retardo lector

Otra forma de presentarse el problema especialmente en los dos primeros años de enseñanza básica es bajo el rótulo general de que "el niño no aprende a leer". Obviamente y como consecuencia de ello, el niño no puede aprender una serie de otras materias para la cual la lectura es básica. Contrariamente a lo que podría pensarse, no todos estos casos presentan una dislexia. Creemos útil al respecto reproducir la clasificación del retardo lector que Eisenberg propone para enfocar el problema, especialmente por su relevancia en nuestro medio, al incluir los factores socioeconómico-culturales. Es sabido que al igual que muchos otros problemas de salud mental, su distribución por clases sociales no es uniforme, castigando más severamente a aquellas que sufren más

los efectos de una nutrición inadecuada, de una privación de estímulos sensoriales en el período preescolar, de una atención obstétrica deficiente, de una sobrepoblación antipedagógica por clase, sobre todo de un vocabulario restringido y de un tipo distinto de lenguaje con respecto a la cultura dominante (Tabla 3-1).

La escuela como causa de problemas de salud mental

Desafortunadamente ésta es una realidad producto muchas veces de la falta de recursos y otras del desconocimiento de los maestros de normas elementales de psicología infantil.

— Respecto a las primeras, es un hecho que el sistema educacional actual tiene muy poco que ofrecer al niño con retardo mental, cualquiera que sea su grado, o con trastornos específicos del aprendizaje (dislexias, disgrafias, etc.) o con graves perturbaciones emocionales. Todo esto redundando en repitencias, deserciones precoces y definitivas del sistema educacional, con la consiguiente frustración y sensación de invalidez. Sin mencionar la pérdida de tiempo y dinero para el estado y además la significación socioeconómica para la sociedad, que cada vez se tecnifica más y por tanto exige cada vez mayores conocimientos para lograr un empleo.

— Aunque el lema de "la letra con sangre entra" pertenece a las anécdotas del pasado, existen aún más resabios de su aplicación de lo que fuera deseable esperar. Aún hay maestros que siguen usando el ridículo, los gritos o el castigo físico en el aula escolar. Muchas veces esto es producto de problemas de personalidad inadecuadas para la enseñanza de niños o bien de ignorancia de un hecho básico, cual es el deber de preguntarse frente a un niño problema no "como corregirlo" en primera instancia

TABLA 3-1
FACTORES DEL RETARDO LECTOR

<i>Factores sociológicos y psicológicos</i>	<i>Factores psicofisiológicos</i>
Defectos cuantitativos y cualitativos de la enseñanza	Debilidad general
Déficit de la estimulación cognitiva en edad preescolar	Defectos sensoriales
Deficiente motivación para aprender por: patología social, psicopatología del niño mismo (causa "emocional")	Defectos intelectuales
	Injuria cerebral
	Inhabilidad específica para leer (idiopática) o dislexia de evolución

sino "qué hay detrás de una conducta anormal o de un mal rendimiento escolar".

Otras veces el maestro puede juzgar erróneamente el comportamiento por desconocer algunos de estos hechos:

- En relación a los factores familiares y sociales que pueden influir en un bajo rendimiento escolar del niño están la desintegración o anormal constitución de la familia, la conciencia por parte del menor de su inferioridad social o económica frente al resto de sus compañeros, la inseguridad afectiva, etcétera.
- En los niños provenientes de hogares muy pobres, no es raro el caso que éste deba trabajar en sus horas libres. Esto naturalmente produce fatiga que a su vez impide un buen rendimiento escolar.

- Otro hecho que suele ser fuente de problemas es el desnivel social en que el profesor debe desempeñarse. Esto es particularmente relevante en cuanto a juzgar como inadecuadas conductas, lenguaje y hábitos que son normales para ese grupo social y que para otros estándares no sería adecuado.

A este respecto es llamativa la falta de adecuación del material escolar para los niños provenientes de grupos sociales marginales.

Estos niños se integran al sistema educacional con tantas desventajas que en realidad lo raro es que logren integrarse adecuadamente y no deserten precozmente.

En primer término como ya se mencionaba anteriormente por carecer de una serie de estímulos ambientales (sensoperceptivos y de lenguaje fundamentalmente) que el sistema educacional presupone deben haber sido entregados por el medio familiar en la edad preescolar.

En segundo término como se mencionaba a propósito del retardo lector, estos niños carecen de la motivación para aprender ya que rara vez han visto un libro o una revista en sus casas y desconocen por completo los beneficios que éstos traen. Rara vez han visto a sus padres, leyendo por ejemplo, y muchas veces los han oído expresarse despectivamente de aquellos que lo hacen o tienden a superarse intelectualmente.

Programas de salud mental en las escuelas

La escuela representa una oportunidad sin precedentes para mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes. En la medida que todos los padres del mundo se han comprometido a otorgar una educación universal, las escuelas están enfrentando la necesidad de expandir su rol proveyendo servicios de salud para abordar los diversos factores que interfieren en el proceso enseñanza-aprendizaje.

La evidencia acumulada en diversos países y recogida en el documento de la OMS titulado *Men-*

tal Health Programs in Schools (1993), comprueba que las escuelas son actualmente el mejor lugar para desarrollar programas integrales de salud mental para niños. Entre los motivos para que esto sea así se menciona:

- Prácticamente todos los niños asisten a la escuela en algún momento de sus vidas.

- Las escuelas son las instituciones sociales y educacionales más fuertes para efectuar intervenciones y tienen una profunda influencia en los niños, sus familias y la comunidad.

- La capacidad y motivación de los niños para permanecer en ellas, aprender y utilizar lo que aprenden es afectado por su bienestar mental.

- Las escuelas pueden actuar como redes protectoras contra los factores que afectan su aprendizaje, su desarrollo y bienestar psicosocial. Junto con la familia, ejercen un rol crucial en construir o deteriorar la autoestima y un sentido de competencia.

- Los programas de salud mental escolar han probado ser eficaces en mejorar el aprendizaje, el bienestar mental y en tratar desórdenes mentales.

De acuerdo al Grupo Escocés de Salud Escolar se han logrado identificar tres elementos principales que caracterizan una escuela que promueve un ambiente saludable: ellos son el currículum formal, el *ethos* de la escuela (dado por su ambiente físico y social) y la relación entre la escuela, el hogar y su entorno comunitario.

Las intervenciones en este sentido se han propuesto proveer experiencias que fortalezcan las habilidades y competencias para contrarrestar el estrés ambiental y las desventajas que hayan tenido en su proceso de crecimiento y desarrollo. Estas intervenciones psicoeducacionales han demostrado reducir el uso de drogas, el consumo de alcohol y cigarrillos en niños y adolescentes.

Estos programas pueden estar orientados a modificar el ambiente escolar o centrados en el niño individualmente.

Los primeros tienden a generar un clima de "vida y aprendizaje" que se ocupa entre otros aspectos de asuntos como estructurar la jornada diaria, las actividades a realizar durante los recreos, cuidar la estructura física y su ornato. Se preocupa además de aumentar la capacidad de los administradores, profesores y personal de apoyo para mejorar áreas específicas de disturbios emocionales o conductuales que puedan ocurrir en los alumnos y si es necesario, saber cuándo hacer uso de otras agencias asistenciales.

Algunos programas enfatizan específicamente lograr mejorar la comunicación, comprensión y respeto entre el cuerpo docente, los estudiantes y padres o apoderados.

Los programas centrados en el niño, incluyen la

TABLA 3-2
RELACION ENTRE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y PSICOSOCIAL
Y NIVELES SOCIALES INVOLUCRADOS

Temas o problemas psicosociales en la escuela	Nivel social de compromiso
Bienestar mental	100% de la comunidad escolar
Conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con salud mental	100% de los profesores
Problemas psicosociales	20-30% de los estudiantes
Trastornos mentales	3-12% de los estudiantes

posibilidad de consultas de salud mental individuales o familiares e intervenciones focalizadas en la resolución de problemas específicos. Como resultado de estas consultas podrán darse recomendaciones a los padres, al profesor y en algunos casos se referirá el caso a un tratamiento fuera de la sala de clases.

Un ejemplo de programa de este último tipo lo constituye el *Primary Mental Health Project* (PMHP) en los EEUU que tiene como objetivo la prevención de los desajustes, al identificar tempranamente los de riesgo incorporándolos a un intensivo programa con metas específicas en un estrecho contacto con monitores no profesionales previamente capacitados.

Modelos de programas de salud mental escolar

En la Tabla 3-2 se presentan los temas o problemas de salud mental y psicosocial que estarán presentes en cualquier escuela y los sujetos que tienen que ver o son afectados por ellas.

Los temas de bienestar y competencia psicosocial afectan a toda la comunidad escolar y se dirigen a mejorar la capacidad de manejar el ambiente escolar general y disminuir el estrés.

El conocimiento de las actitudes y conductas afecta a todos los estudiantes y profesores. La identificación y el manejo de problemas psicosociales y de salud mental será el foco de las intervenciones a este nivel.

De particular importancia es la identificación temprana de niños con problemas psicosociales para ser el objetivo de intervenciones individuales. Esto permitirá prevenir el mal rendimiento escolar, la deserción escolar, el embarazo de la adolescente, el abuso de drogas, la delincuencia y problemas laborales en el futuro. Así entonces, el costo de estos problemas para el individuo, las familias y la sociedad, es extremadamente alto.

Son relativamente pocos los que desarrollarán trastornos mentales graves, cuyo origen generalmente es una vulnerabilidad biológica. Aquí junto con un tratamiento médico especializado, se requiere de un ambiente escolar receptivo y apoyador.

En la Tabla 3-3 se presentan los modelos de intervención que han probado ser eficaces en cuatro niveles.

Aun cuando la mayor eficacia de un programa de salud mental escolar se logrará con la integración de estos cuatro niveles, en regiones donde la salud mental no ha logrado ser un foco de atención, las autoridades pueden desarrollar programas focalizados en sólo uno o dos niveles.

La prevención primaria y la promoción de la salud se logra mediante las intervenciones en los niveles I y II que se focalizan en las causas que generan condiciones saludables o no saludables debidas a determinadas conductas.

La prevención secundaria, que corresponde al nivel III, se focaliza en una población más específica constituida por niños de alto riesgo y el objetivo es protegerlos de llegar a desarrollar una patología.

La prevención terciaria que corresponde al nivel IV centra su atención en niños que ya han desarrollado un trastorno y su objetivo es el tratamiento de esa patología reduciendo el daño y/o previniendo recaídas.

Promoción de la competencia psicosocial

Se entiende por tal la capacidad de una persona para enfrentar eficazmente las demandas y desafíos de la vida diaria.

En los programas de salud mental escolar se trata de enseñarle al niño las destrezas que a continuación se señalan y que han probado influir en el logro de esta competencia:

- Toma de decisiones y resolución de problemas.
- Pensamiento crítico y creativo.

TABLA 3-3

PROGRAMAS INTEGRALES DE SALUD MENTAL ESCOLAR Y SUS NIVELES DE ACCION

Programa	Nivel de intervención
Promover competencia psicosocial	Integrado al curriculum escolar
Educación en salud mental	Parte del curriculum general en salud
Intervenciones psicosociales	Estudiantes que necesitan ayuda adicional en la escuela
Tratamiento profesional	Estudiantes que necesitan intervención adicional en salud mental

- Habilidad para comunicarse y manejo de las relaciones interpersonales.
- Autoconciencia, empatía y autoestima.
- Destreza para manejar sus emociones y diversas situaciones estresantes.

Estas destrezas vitales han sido incluidas en diversos programas escolares, en distintos países, con propósitos tales como educación para la paz, prevención de la drogadicción, prevención del embarazo adolescente, prevención del SIDA, prevención de problemas conductuales, en la promoción de las capacidades intelectuales, en el desarrollo de la autoestima y conciencia de sí mismo.

En ellos se ha involucrado a los alumnos para jugar un rol activo en el proceso de aprendizaje.

Estos programas requieren de capacitación de los profesores. En este sentido el rol que pueden jugar los diversos profesionales de la salud mental es de la mayor relevancia, como así mismo en la elaboración de manuales y cartillas de apoyo al programa. La OMS ha preparado un abundante material que orienta a los países para desarrollar este tipo de programas.

Educación en salud mental

Los contenidos específicos de un curriculum debieran basarse en la constante interacción de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales que van a influir en la salud mental. Ejemplo de tópicos que puedan incluirse:

- El cerebro y la conducta.
- Desarrollo psicológico y emocional.
- Los efectos del estrés.
- Problemas psicológicos comunes en los jóvenes y en la familia. Educación para la vida familiar (para ser padres y ser pareja).
- Factores de riesgo.
- Estrategias exitosas para enfrentar demandas o desafíos de la vida diaria (idealmente ligadas a las clases sobre destreza vitales).
- Cómo y dónde buscar ayuda.

Es importante todo el esfuerzo que se haga por destigmatizar la enfermedad mental. Al respecto ha probado que son un eficaz método los ejemplos e historias de individuos que hayan sufrido o sufran de una enfermedad, idealmente conocidas a través de su testimonio directo.

En la medida que el contenido educativo sea del presente y relevante para la propia vida del alumno, éste concitará mayor interés y mejorará su impacto. Lo mismo puede decirse sobre el involucramiento y activa participación del estudiante en la preparación de las actividades que se llevarán a cabo. Esto incluye discusiones grupales, uso de material audiovisual, visitas a instituciones o a profesionales de la salud mental, competencias de trabajos escritos o dibujos y elaboración de lemas relacionados con salud mental.

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby J. Los cuidados maternos y la salud mental. Monografía de la OMS, N° 2, Ginebra, 1952.
- Bralic S, Seguel X, Montero H. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población escolar de Santiago de Chile. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat* 1987; 33: 316-25.
- Committee on Genetics. *American Academy of Pediatrics* 1989; 83: 449-64.
- Carnegie Corporation. *Starting Points. The report of the Carnegie task force on meeting the needs of young children.* Carnegie Corporation of New York. April, 1994
- Cravioto J. Not by Bread Alone. Effect of early malnutrition and stimuli deprivation on cultural development. In: *Perspectives in Pediatrics.* OP Ohai (editor) Interprint, 1987
- Davis P, Tizard J. Very low birth weight and subsequent neurological defects. *Dev Med Child Neurology* 1975; 17: 3-17
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *World mental health.* New York: Oxford University Press, 1995.

- Hamburg DA, Elliot QR, Parron D. *Health and behavior. Frontiers for research in the biobehavioral sciences.* Washington, DC: National Academy Press, 1982.
- Llanos M. El funcionamiento intelectual de los niños en las zonas marginales de Lima. En: Politt E. *Desnutrición, Inteligencia y Política Social.* Lima, Perú: Ediciones Studium, 1982.
- Montenegro H. ¿Carencias o diferencias socioculturales? En: *Pobreza Crítica en la Niñez. América Latina y el Caribe (CEPAL-UNICEF)* 1981.
- Montenegro H. *TV ¿Comunicación o contaminación? Los efectos de la televisión en los niños.* Santiago, Chile: Editorial Galdoc, 1980.
- Montenegro H. Retardo mental sociocultural. *Psyche*, N° 1: 5-14. Escuela de Psicología U. Católica de Chile. 1992.
- Montenegro H. Early stimulation programs in Latin America. *Int J Ment Health* 1990; 18: 19-39.
- Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas.* Edición 1990. OPS Publicación Científica 1990; 524 Vol 1.
- Organización Panamericana de la Salud. 1° Reunión Interagencial para el Desarrollo de un Plan Regional de Salud Mental del Niño. Informe final OPS, Washington DC, 1993.
- Organización Mundial de la Salud. *WHO's Activities in*

- the Field of Child and Adolescent Mental Health and Psicho Social Development. OMS Division of Mental Health and Psychosocial Development. OMS Division of Mental Health. 1990
- OPS-OMS. *El programa de salud mental de la OPS-OMS.* Washington DC, 1995.
- Seguel X, Bralic S, Edwards M. *Más allá de la sobrevivencia.* CEDEP-UNICEF, 1989
- Rutter M, Tizard J, Whitmore K. *Education, health and behavior.* London: Longman, 1970.
- UNICEF. *The State of the World's Children.* New York, 1991.
- UNICEF-UNESCO. *New York. Proyectos formales de atención a la niñez marginada de América Latina.* UNESCO. Paris, 1987.
- US. Department of Health and Human Services. *Public Health Service NIMH NAMHC National Plan for Research on Child and Adolescent Mental disorders.* NIMH Rockville. Md. USA 1990.
- US. Department of Health and Human Services. *Public Health Service. NIMH. Television and Behavior. Ten Years of Scientific Progress and Implications for the Eighties. Vol. 2. Technical Reviews NIMH Rockville.* MD USA 1982.
- World Health Organization. *Mental health programmes in schools.* Geneva, 1993.

El tema de Salud Mental Familiar puede ser abordado desde diversos puntos de vista. Para los efectos de su relevancia en la educación del psiquiatra, se estima que existen al menos tres áreas de mayor interés. La primera tiene que ver con las experiencias tempranas en el desarrollo psicosocial del niño que necesariamente se dan en el contexto de la interacción familiar, en forma exclusiva, durante los primeros años de vida. El amplio conocimiento existente hoy día sobre el tema, que permite el diseño de eficaces programas de prevención primaria en salud mental, debiera ser necesariamente reconocido por el especialista, no sólo por su importancia preventiva sino para lograr una mejor comprensión sobre el origen de varias patologías del adulto.

La segunda, se relaciona con el hecho simple de que por cada enfermo psiquiátrico que exista va a producirse necesariamente un "efecto contagio" que generará diversos grados de sufrimiento en quienes conviven con él. Por tanto las acciones terapéuticas que se diseñen deben tomar en cuenta también el grupo familiar al que ese individuo pertenece. Desde esa perspectiva resulta conveniente que el especialista se familiarice con el enfoque sistémico familiar para tener un marco teórico y herramientas terapéuticas más eficaces en su accionar.

Por último, también desde una perspectiva preventiva y sistémica, es importante que el psiquiatra no siga considerando al individuo descontextualizado, ni que tampoco vea a la familia descontextualizada. De allí la razón de interesarse por las relaciones entre el sistema familiar y otros sistemas sociales.

Existe un consenso bastante amplio hoy día respecto a la trascendencia que tienen en el desarrollo de la personalidad del individuo las experiencias interaccionales que ocurren en el seno de su familia. Ellas son especialmente importantes en los períodos tempranos del desarrollo psicosocial, como lo avala la abundante evidencia empírica acumulada en los últimos 50 años. A partir de los trabajos clásicos de

Skeels, Buhler, Spitz, Bowlby de los años treinta y cuarenta, se fue construyendo todo un cuerpo de conocimientos, científicamente comprobados y que por ende, no están en disputa por las diversas escuelas de pensamiento psiquiátrico, que permiten hoy día desarrollar políticas y programas de efectiva prevención primaria en salud mental y permiten una mejor comprensión de la génesis de varios trastornos psiquiátricos.

Es interesante destacar que en la medida que se fue estudiando este tema, se comenzó a observar que, si bien es cierto la relación madre-hijo era muy fundamental, esta relación que originalmente fue considerada como unidireccional (vale decir, que todo lo que le ocurría al niño era producto de la conducta materna), se vio que era una interacción bidireccional. Esto significa que tanto la conducta de la madre influye sobre la conducta del niño, como la conducta de éste también modifica la conducta de la madre.

Posteriormente se comienza a descubrir lo que hoy nos parecería obvio y es que la conducta del padre modifica la interacción madre-hijo al igual que la presencia de otros adultos en la familia, la cantidad de hijos, el lugar que ocupa éste en la familia, el sexo del hijo, etc. Todas éstas son influencias recíprocas. En definitiva, la red interaccional familiar, es mucho más compleja que lo que originalmente se creía.

En épocas más recientes U. Bronfenbrenner en su libro *The Ecology of Human Development* nos hace ver cómo el desarrollo humano puede y debe entenderse como el producto de la interacción de múltiples variables, que van más allá de las originadas en el núcleo familiar. A título de ejemplo, nos señala como una práctica administrativa en una maternidad, puede o no significar que se favorezca el contacto piel a piel del recién nacido con su madre en los primeros minutos de su vida y el impacto que hoy sabemos tiene esta práctica en el fomento del apego madre-hijo.

En un estudio reciente llevado a cabo en Santiago de Chile (Seguel X, Bralic S y Edwards M) sobre técnicas de crianza o desarrollo infantil en sectores populares, se pudo comprobar a través de un análisis factorial, que una de las variables que más se correlaciona con un buen desarrollo del niño es la participación de la madre en organizaciones comunitarias. Dicho hallazgo es consistente con la importancia que hoy día se le atribuye a las redes de apoyo en los programas de salud mental.

En el documento de Levav "Salud Mental para todos en América Latina y el Caribe: bases epidemiológicas para la acción" se dice que entre las razones para no considerar exagerada la estimación de servicios de salud mental, está el hecho de que "se ha tomado en cuenta únicamente a las personas enfermas. Sin embargo, las enfermedades mentales tienen importantes repercusiones sobre los familiares del paciente y causan sufrimiento y problemas a toda la familia. En consecuencia, para que un programa de salud mental sea adecuado debe tener en cuenta las necesidades de todas las personas que viven con el enfermo".

Esta es una realidad que no siempre es tomada en cuenta por los especialistas, lo que redundará en que algún otro miembro o varios otros miembros de la familia también vayan a requerir asistencia psiquiátrica, la que a veces obtendrán en otro servicio o con otro especialista, sobre todo cuando éstos son niños o adolescentes, con el frecuente riesgo de que las indicaciones psicoterapéuticas a veces generan mayor disfunción familiar o son francamente contradictorias para los distintos miembros del grupo familiar.

A esto debe agregarse el hecho de que un gran porcentaje de las consultas en los servicios psiquiátricos se dan por situaciones que no son susceptibles de encasillarse en las grandes categorías diagnósticas. Ellas tienen que ver con problemas de pareja, con alteración en la relación padres-hijos, con violencia familiar, etc. En definitiva, son una amplia gama de disfunciones que significan un sufrimiento familiar. El entrenamiento psicoterapéutico tradicional definitivamente no prepara al especialista para enfrentar estos frecuentes motivos de consulta. Menos preparado aún está el médico general, que atiende este tipo de problemas en el nivel primario de atención, que dicho sea de paso, da cuenta de al menos un tercio de los motivos de consulta en los policlínicos no especializados.

Razones de origen práctico como las ya señaladas, así como nuevas conceptualizaciones teóricas, dieron por resultado en los últimos 40 años el cuestionamiento de las terapias individuales y los procesos intrapsíquicos como únicas respuestas a los problemas psicológicos.

Durante este período comienzan a emerger como elementos importantes en el proceso terapéutico variables de tipo situacional e interaccional y entre éstas, especialmente las relaciones con miembros más cercanos de la familia. Así mismo, se da importancia a influencias sociales y en general al contexto.

El foco en las variables familiares se intensificó en la década del 50. Se planteó entonces a la familia como un todo y una unidad, con características propias sujetas a un tipo de equilibrio homeostático, comprensible más allá de sus miembros individuales.

La frustración generada de la aplicación de la psiquiatría convencional para trabajar con familias con un miembro esquizofrénico y con aquellas donde existían trastornos conductuales y delictuales en niños, sirvió de gran incentivo inicial para la terapia familiar.

EL ENFOQUE SISTEMICO-CIBERNETICO EN SALUD MENTAL

Resulta difícil el tema de la salud mental familiar sin mencionar el marco teórico que engloba los distintos modelos de terapia familiar hoy día existentes (Estructural, Interaccional, de Milán, Histórico, Ecológico, Constructivista).

La Teoría General de Sistemas (TGS) fue dada a conocer en 1945 por el biólogo alemán Ludwig von Bertalanffy. Aparece en el ámbito científico como una nueva epistemología, generada como una reacción o propuesta alternativa al pensamiento analítico-reduccionista y mecanicista que había sido tradicional en las ciencias hasta entonces.

Desde el siglo XVII, la física ha sido considerada como el más preclaro ejemplo de ciencia exacta y ha servido de modelo para las otras disciplinas científicas.

Durante dos siglos y medio los físicos han usado su visión mecanicista del mundo para desarrollar y definir el marco conceptual de la física clásica. Han basado sus ideas en la teoría matemática de Newton, en la filosofía de Descartes y en la metodología científica de Francis Bacon.

La materia es la base de toda la existencia y el mundo material es concebido como una multitud de objetos separados que componen una gran máquina, semejante a las construidas por el hombre. En consecuencia, se pensó que un fenómeno complejo podía siempre ser conocido reduciéndolo a sus componentes más básicos y observando los mecanismos a través de los que interactuaban. Esto es lo que se denomina la metodología analítica-reduccionista que ha plasmado nuestra cultura y a la que se identifica como "método científico".

Las demás ciencias aceptaron este método de

conocer mecanicista-reduccionista de la física, como una correcta forma de describir la realidad y moldearon sus propias teorías en una forma concordante. Cada vez que los psicólogos, sociólogos, economistas querían ser científicos utilizaban los conceptos básicos de la física newtoniana.

El método de razonamiento de Descartes es analítico. También consiste en descomponer los pensamientos o los problemas en trozos o partes y arreglarlos en su orden lógico. Sin duda que ha contribuido significativamente en el desarrollo de las teorías científicas actuales. Pero la sobreénfatización del método de pensamiento cartesiano ha conducido a la fragmentación excesiva en las ciencias, que es lo que hoy las caracteriza y a una actitud reduccionista exclusiva en la creencia que la única forma de entender los fenómenos complejos es reduciéndolos a sus partes constituyentes más pequeñas.

Este pensamiento llevó a Descartes a entender a la mente, entre otras cosas, como algo totalmente distinto de la materia, en el sentido que para él, era lo único que existía realmente ("pienso, luego existo"). Todo lo demás es duda). Condujo así a la dicotomía cuerpo y mente que hasta el día de hoy nos produce una enorme dificultad para tener un mejor conocimiento del ser humano.

En contraste con esta visión mecanicista, analítica-reduccionista de entender el mundo, es curiosa-mente derivado de la física moderna de donde surge una nueva visión del mundo holística y ecológica, la visión sistémica en el sentido de la teoría general de sistemas.

De acuerdo a la física moderna, se llegó a descubrir que ni el átomo ni sus partículas componentes, los electrones, de acuerdo a la teoría cuántica, podrían seguir siendo considerados objetos sólidos (materia) como los consideró la física clásica. Dependiendo del observador y de cómo los observara, podían ser en un momento dado partículas y en otros ondas. De allí surge el concepto de complementariedad entre dos fenómenos aparentemente opuestos (cosa que ha hecho a muchos físicos contemporáneos reconocer la similitud con el antiguo pensamiento chino del yin y el yang).

El electrón no tiene propiedades objetivas ni independientes de la mente que lo observa. Así entonces la física atómica no permite mantener como válida la dicotomía o la abrupta división entre mente y materia, entre el observador y lo observado. Por tanto no existe la posibilidad de una descripción objetiva de la naturaleza, ni de una ciencia carente de valores del investigador.

La visión o enfoque sistémico que surge como reacción al pensamiento analítico-reduccionista cartesiano, llama a tomar conciencia de las esenciales interrelaciones e interdependencias de todos los fe-

nómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Trasciende las disciplinas y los límites conceptuales clásicos.

Los sistemas son totalidades integradas cuyas propiedades no pueden reducirse a las de sus unidades más pequeñas. En lugar de concentrar la atención en los componentes básicos, sean éstos de cualquier naturaleza, el enfoque sistémico pone énfasis en los principios básicos de organización.

Por tanto, las propiedades de un sistema se destruyen cuando éste es disecado o fragmentado, en sus elementos, partes o componentes que lo forman, sean estos físicos o teóricos. Podemos discernir y analizar esas partes o elementos, pero la naturaleza del todo es siempre diferente a la mera suma de sus partes.

Otra característica de los sistemas es su naturaleza dinámica. Sus formas no son estructuras rígidas sino flexibles y sin embargo, son manifestaciones estables de un proceso subyacente.

El enfoque reduccionista puede ser útil y necesario en muchos casos, pero se torna peligroso cuando se le considera la completa explicación de un fenómeno. El reduccionismo y el holismo sistémico, el análisis y la síntesis, son enfoques complementarios, los que usados en un balance apropiado, nos permiten un conocimiento más profundo de la vida.

Es interesante destacar el hecho de que en las ciencias humanas la aplicación del método científico tradicional ha significado que por ejemplo, las teorías psicológicas se centran en el individuo y en su mundo interno (psicoanálisis, conductismo). Estas teorías psicológicas se ocupan más del desarrollo intelectual (como la de Piaget), otras exclusivamente del desarrollo emocional y afectivo (psicoanálisis).

Entre los enfoques psiquiátricos por su parte, continúan las controversias entre los organicistas o biólogos por un lado, y los psicólogos por el otro.

A pesar de que en las declaraciones de principio se dice que el ser humano es una unidad bio-psicosocial, esta visión holística o ecosistémica dista mucho de traducirse en la práctica profesional en la comprensión de los aspectos de salud y enfermedad, tanto física como mental.

La definición de sistema más comúnmente aceptada es un conjunto de elementos (partes o eventos) relacionados entre sí y que están en constante interacción de una manera específica (consistente o predecible), formando una unidad o totalidad. Los sistemas pueden caracterizarse como abiertos o cerrados. Para la Teoría General de Sistemas (TGS) los sistemas biológicos son siempre abiertos, al igual que los sistemas sociales, es decir, intercambian materia, energía o información con otros sistemas.

La familia puede entenderse como un sistema social abierto, constituido a su vez por subsistemas (parental, conyugal, fraterno) que a su vez contienen subsistemas individuales y que está en interacción con otros sistemas sociales.

Desde esta perspectiva, los fenómenos son entendidos tomando en cuenta el todo que los comprende y del que forman parte a través de su interacción, de los patrones relacionales y del contexto en que ocurren.

Esta teoría hace un llamado a la necesidad de un enfoque globalizador e interdisciplinario para comprender los diversos fenómenos. Su interés está en considerar la interacción, interrelación y dependencia mutua de las partes de un objeto, que tienen como propósito un conjunto de objetivos determinados.

Los conceptos básicos de la TGS son los de organización, control (operando a través de la retroalimentación o *feedback* y la homeostasis), energía, tiempo y espacio.

En forma más o menos paralela al desarrollo de la TGS, comenzó a generarse otra nueva teoría del conocimiento que comparte muchos elementos con la TGS: la cibernética. Este término viene de la palabra griega *kebernets* que significa timonel, palabra que se asocia con los conceptos de control y regulación. La idea básica de esta teoría es la de *feedback* o retroalimentación, concepto definido por Wiener como "un método para controlar un sistema a través de reinsertar en él los resultados de su actuación". La cibernética fue definida por el matemático Norbert Wiener, como la ciencia que se pre-ocupa de entender y generar sistemas autorregulados.

El antropólogo Gregory Bateson es quien trae esta epistemología al campo de la terapia familiar. Sostiene que es el lenguaje el fundamento más apropiado para hablar sobre el cambio personal y social.

Se comenzó así a reconocer que la organización de los eventos sean estos neurológicos, psicológicos, conductuales o sociales, podía comprenderse en términos de información más que en términos de energía o materia.

La cibernética nos lleva a discernir y conocer los *patterns* que organizan los eventos (por ej.: la secuencia de acción en un episodio familiar). Es decir nos lleva al mundo de las formas, de los patrones organizacionales que no tienen que ver con lo material.

La idea básica que subyace al concepto de *feedback* es la de autorregulación del sistema en la medida que entrega información sobre el estado actual del mismo, estado que se compara con su estado deseado. Tal comparación lleva a la regulación o corrección del desempeño futuro el que nuevamente entrará al sistema y así, subsecuentemente, man-

tiene el equilibrio deseado a través de un proceso circular. Aquí surge otra noción básica, la homeostasis, la que no debe entenderse como un fenómeno estático, sino más bien como un equilibrio dinámico, en constante adecuación. Para la cibernética, cambio y estabilidad, son dos caras de una misma moneda.

En síntesis, se puede afirmar entonces que a través de esta visión muy general del enfoque sistémico-cibernético para entender el comportamiento humano que, a diferencia de otras teorías aplicadas a la psicología y a la psiquiatría, ésta provee además una epistemología para entender el comportamiento de los diversos sistemas (biológicos, físicos, sociales, etc.). En otras palabras pretende abrir la posibilidad de un lenguaje común a las ciencias.

Esta visión difiere significativamente de las tradicionales aplicadas en el campo de la salud mental en varios aspectos fundamentales. Entre otros, su foco de atención ya no es el individuo, ni sus procesos intrapsíquicos, sino su interacción como parte de un sistema mayor. Se cambia el lente desde los contenidos de su problema, a los procesos, estructuras y contextos en los que su conducta ocurre. Se cambia también el lente de las motivaciones de su conducta a los efectos de ella. Interesan más los "para qué" que los "por qué" tradicionales. De los orígenes se cambia la atención a los circuitos que se perpetúan a sí mismos. De los roles a las reglas. De los síntomas a las funciones que cumplen dichos síntomas. Interesa saber qué dicen estos síntomas a los demás y qué modificaciones en el sistema producen; en qué beneficia a los miembros del sistema familiar. Qué conflictos oculta, cómo contribuye cada miembro de la familia a perpetuarlos, etcétera.

Conviene finalmente señalar en el contexto del tema salud mental familiar, que lo que hace que un sistema familiar consulte es el sufrimiento sentido distinguido por sus propios miembros. Al respecto es difícil establecer o fijar reglas estándares para considerar lo que es funcional o disfuncional en una familia desde un observador externo, aún cuando éste sea un profesional de la salud mental. Tal consideración, la estimamos particularmente relevante cuando se trabaja con familias de bajo nivel socioeconómico o pertenecientes a grupos étnicos distintos de la mayoría social, o creencias religiosas particulares.

No obstante lo anterior, existe cierto consenso para estimar como indicadores de salud mental familiar los siguientes:

- Cuando los padres han logrado estar bien diferenciados o han desarrollado una identidad definida antes de separarse de la familia de origen.
- Cuando existe una separación clara de los límites generacionales.

– Cuando existen percepciones y expectativas realistas de los padres acerca de ellos mismos (entre ellos) y de sus hijos.

– Cuando los padres tienen una lealtad con su familia actual mayor que con la familia de origen.

– Cuando los cónyuges priorizan a cada uno de ellos y la relación del uno al otro antes que nadie más, incluido los propios hijos.

– Cuando se estimula el desarrollo de la identidad y autonomía de todos los miembros del sistema familiar.

– Cuando la comunicación es abierta, honesta, directa y clara para tratar cualquier asunto entre sus miembros.

– Cuando se expresa afecto y calidez no posesivo entre los padres, entre éstos y sus hijos y entre los hermanos.

– Cuando existe una relación adulto-adulto y afectuosa, de cada uno de los padres con sus familias de origen.

– Cuando la familia es abierta, dando posibilidades de involucrarse con otras personas fuera de la familia, incluida la familia extensa y amigos.

A la inversa, se estiman como indicadores de alteraciones en la salud mental familiar:

– La comunicación confusa, evasiva, contradictoria y doble vinculada.

– Una actitud de desconfianza entre sus miembros.

– La incapacidad para adaptarse a cambios y/o elaborar pérdidas.

– Los límites difusos entre los subsistemas (familias aglutinadas y desligadas).

– La tendencia a fijar roles (chivos expiatorios o emisarios).

– Alteraciones en el sentido de la realidad.

– Una estructura del poder caótico o en la que existan coaliciones de algunos miembros en contra de otros.

TIPOS DE FAMILIAS

Conviene llamar la atención cada vez que se hable de familia en el contexto de la salud mental, que contrariamente a la idea común de asociarla sólo a la familia nuclear, vale decir, aquella compuesta por ambos padres y un cierto número de hijos, existen varios tipos de familia que generan dinámicas interaccionales y problemas muy diversos.

Existe, sobre todo en la región de América Latina y el Caribe, la familia extendida, en la que coexisten bajo un mismo techo más de dos generaciones y además otros parientes consanguíneos.

Existe la familia monoparental, que generalmente está formada sólo por la madre y un cierto número de hijos, muchas veces de distinto padre.

Existe la familia mixta o reconstituida, de prevalencia creciente proporcional al fenómeno del divorcio o la separación matrimonial. Se genera cuando los padres separados vuelven a casarse o a establecer nuevas relaciones de convivencia, aportando los hijos de su anterior matrimonio.

Finalmente, aunque no siempre reconocida públicamente, se da también en la región la familia poligámica.

Relacionado en cierta forma con el tema, conviene por último recordar que en América Latina alrededor del 60% de los niños nace fuera del matrimonio legal, lo que no siempre indica inestabilidad familiar.

Relaciones del sistema familiar con otros sistemas sociales

El propósito de intentar este análisis es contribuir a tomar conciencia individual e institucional respecto de lo que nos pasa y del por qué nos pasa en nuestra vida familiar. Se pretende despertar una conciencia crítica en especial en los profesionales del ámbito psiquiátrico, acerca de cuáles son las fallas individuales y cuáles son las fallas del macrosistema social que inciden en deteriorar tanto nuestros estilos de vida como nuestra calidad de vida y sus previsible repercusiones negativas en la salud mental. Esto es particularmente importante si se considera que el rol del especialista no debiera seguir centrado sólo en el tratamiento del caso individual, que ha sido desafortunadamente el rol tradicional del psiquiatra, sino constituirse en un principal agente de fomento y promoción de la salud mental. Para ello es indispensable esta mirada ecosistémica que implica el estudio y el conocimiento del máximo número de variables que le permitan un diagnóstico más certero, producto de una mejor contextualización de la vida familiar. Tal visión permitirá, entre otras cosas, proponer medidas de prevención primaria y diseñar programas terapéuticos más eficaces que incluyan por ejemplo, mayores fuentes de apoyo social o comunitario a las funciones familiares.

Por otra parte, cada individuo que llegue a tomar conciencia de esta situación puede transformarse en agente de presión y de cambio de aquellos factores provenientes de otros sistemas sociales que repercuten negativamente en la familia. Esta toma de conciencia crítica generada desde los especialistas, permitirá eventualmente además, desafiar a los sistemas sociales y salir de los moldes estereotipados que ellos imponen.

La gran mayoría de la literatura especializada en terapia familiar sistémica ha centrado su atención en forma predominante sobre los conflictos que se dan al interior del sistema familiar.

Parecería ser que así como las orientaciones psiquiátricas y psicológicas tradicionales ha focalizado su interés en el individuo descontextualizado, existiría en este campo el riesgo de estudiar a la familia descontextualizada. En cierto modo como reacción a esta tendencia resulta de interés reflexionar sobre las relaciones del sistema familiar con otros sistemas sociales.

Es evidente que siendo fieles al enfoque sistémico tendremos que hacer un esfuerzo permanente para ampliar nuestro foco de observación no sólo al individuo, concebido como sistema y a su contexto interaccional familiar, sino que también a sus contextos meso y macrosistémicos. La idea de los círculos concéntricos puede servir para graficar esta situación. Los terapeutas familiares han diferido al respecto en torno donde fijar el límite de su operar sistémico. No es una tarea fácil determinar con qué unidad de análisis es posible operar en clínica. Sin embargo, más allá de su relevancia en el trabajo clínico, parece necesario abordar el tema también desde una perspectiva política y socio-cultural. Ello no significa alejarse del quehacer clínico terapéutico sino que, muy por el contrario, éste puede verse enriquecido en sus posibilidades de construir realidades alternativas. De reestructuración de sistemas, etcétera.

No se puede dejar de pensar, como adherentes a la epistemología sistémica, que dada la extraordinaria complejidad del mundo que nos toca vivir, no existe disciplina que pueda dar cuenta cabal del estudio o de la solución de un problema en forma aislada. Para lograr entender cualquier fenómeno, hoy día más que nunca se requiere de un esfuerzo de integración del máximo número de variables, de enfoques interdisciplinarios (éste es válido en economía, en educación, en salud, en física, etc.) que nos permitan ver su interdependencia.

La familia en crisis. Quisiéramos llamar la atención en primer término a la consabida y manida frase que se nos repite con demasiada frecuencia aseverando que “la familia está en crisis”. Es posible que haya gente de buena fe que así lo cree, producto de una puntuación arbitraria de la realidad. Pero es posible también que existan grupos de gente interesados ideológicamente en que se mantenga esta creencia, con el objeto de preservar inalteradas ciertas estructuras del macrosistema social que son altamente contribuyentes a la crisis del sistema familiar. Como es fácil de presumir, las políticas sociales que se diseñan desde una y otra perspectiva, variarán significativamente, con la consiguiente frustración, culpas y resentimientos que tendrá el que se perpetúe la creencia de que es la familia la que está en crisis.

Nuestro interés es analizar y tratar de conocer qué mecanismos y qué fenómenos están detrás o en

la base de la así llamada “crisis de la familia”. No cabe duda que éste es un mal diagnóstico y una gruesa sobresimplificación de un problema que se debe analizar desde la epistemología sistémica. El hecho de que la familia se haya mantenido como modelo de organización social básico, ha producido la ocurrencia de un fenómeno que parece ser generalizado, al menos en el mundo occidental, que es su progresiva tendencia a la disociación.

Las tasas de divorcios, separaciones o nulidades matrimoniales van en dramático aumento en todos los países. Sabemos que tales situaciones conllevan sufrimientos en todos los miembros del sistema familiar así afectado. El divorcio o las separaciones de hecho son mecanismos homeostáticos, pero dolorosos. Los subsistemas que se producen como consecuencia son precarios en la medida que tienen que asumir funciones que simplemente los superan. Ejemplos en este sentido son los hijos que se crían con un solo padre, las familias simultáneas o mixtas, etcétera.

La tesis que se propone, postula que la crisis surge del conflicto generado en las relaciones entre el sistema familiar y los otros sistemas sociales (y la relación entre estos últimos). Entre los factores más destacados de esta crisis relacional está el hecho de haberse perdido la bidireccionalidad de la relación familia-sociedad, generándose por tanto un desequilibrio relacional.

En nuestra cultura cristiana-occidental, las funciones y estructura de la familia, aún cuando han sufrido transformaciones, en los últimos siglos, han sido la protección social de sus miembros y el brindarse apoyo emocional entre los mismos al interior de ella. Por otra parte, ha debido adaptarse a una cultura y transmitir esos valores culturales a sus miembros. Recordemos que en la Edad Media, las funciones de la familia eran bastante distintas a las actuales. Básicamente su función era la preservación de un patrimonio económico (el matrimonio no era por amor sino por decisión de los padres) y servía de modelo de organización política (en torno a la familia real se organizaban los territorios de los países; en torno a la familia feudal se organizaba un conjunto de población que hoy día podría equivaler a un municipio). Es lo que se llamó familia “institucional” a la diferencia de la actual que ha pasado a llamarse “existencial”.

Al perderse la bidireccionalidad de la relación se ha generado una situación muy significativa: por un lado la familia ha quedado cada vez más pasivamente sujeta a las influencias del macrosistema social, produciéndose de esta manera una relación disfuncional.

Esta disfuncionalidad genera en los miembros de muchas familias un sentimiento de frustración, desesperanza y resentimiento.

Paralelo a este fenómeno, podrían mencionarse la vertiginosa transformación de la población rural en urbana y diversos factores económicos.

De particular relevancia, en el contexto de salud mental, es el desaparecimiento virtual de fuentes de apoyo emocional extrafamiliares que conlleva el estilo de vida urbano (familias de origen, extendida, el de amigos de pueblo chico, etc.). No sólo esto es así, sino que el mundo externo a la familia en general es percibido como más amenazante y caótico.

Como consecuencia de esta progresiva disminución de fuentes de apoyo emocional social, se ha ido generando una mayor y más angustiada necesidad de apoyo emocional dentro del sistema familiar, por parte de cada uno de los miembros, con el consiguiente mayor riesgo de sobrecarga del sistema. Estas mayores expectativas de encontrar apoyo emocional, que en otra época y circunstancias era posible encontrar o satisfacer en parte en otros sistemas fuera de la familia, se tornan progresivamente más difíciles de satisfacer con la consiguiente frustración y sufrimiento de sus miembros. Agréguese a esto el hecho de llegar a constituirse los matrimonios por amor y no por decisión de los padres como en otra época, lo que genera un factor adicional para que las expectativas de la pareja sean mayores hoy de lo que fueron con anterioridad. Si a esto se suma el condicionante cultural de los cuentos infantiles con el típico final "se casaron y vivieron felices ..." el problema de las expectativas y la realidad se torna dramático.

En cuanto al hecho de que la "sociedad no ha desarrollado aún fuentes adecuadas de socialización extrafamiliares" (Minuchin, "Familia y Terapia Familiar") sería necesario agregar que por otro lado ha permitido la irrupción de nuevos agentes socializadores, sobre todo en el desarrollo infanto-juvenil, como es el caso de la TV comercial. Este nuevo sistema educacional no formal, sobre todo cuando queda liberado su manejo y financiamiento a las leyes del mercado, como ocurre en nuestros países de la región, contribuyen a generar otra importante fuente de conflicto en la crisis relacional ya mencionada (entre el sistema familiar y otros sistemas sociales).

Al respecto, es interesante señalar que diversos estudios revelan que la TV y el grupo de iguales, han pasado a desempeñar un rol socializador enormemente significativo en el desarrollo infantil, en comparación con los tradicionales agentes socializadores: familia y escuela.

Entre los múltiples factores que generan este desequilibrio relacional entre el sistema familiar y otros sistemas sociales, conviene mencionar dos, por el hecho de ser inéditos en toda la historia de la humanidad y que han ocurrido predominantemente

en la segunda mitad de este siglo: uno es el cambio acelerado en todo orden de cosas y el otro es la complejidad creciente de las estructuras y funciones del macrosistema social.

Existen teorías que postulan que en este siglo por primera vez en la historia de la humanidad, el ser humano perdió su capacidad de adaptarse al vértigo de cambios radicales que él mismo ha producido en su medio ambiente, producto de la revolución científico-tecnológica.

La familia, sin embargo, sigue siendo básicamente la misma en su estructura y funcionamiento como lo era hace más o menos tres siglos atrás. Los intentos de reemplazarla por otros modelos básicos de organización social, tales como las "comunidades", han fracasado rotundamente.

Las predicciones de David Cooper cuando decretaba "La Muerte de la Familia" no han probado ser válidas, como así mismo los intentos colectivistas de educar los hijos por organismos estatales, separados tempranamente de sus familias.

Tampoco los teóricos que han criticado a la familia, han logrado acuerdo entre ellos. Para Adorno, de la escuela de Frankfurt, quien basa sus postulados en el marxismo y psicoanálisis freudiano, la familia es el principal agente modelador de personalidades autoritarias y rígidas, las que a su vez conducen o hacen proclives al fascismo. Para Marcuse en cambio, el origen de las personalidades potencialmente fascistas está en la falta de autoridad paterna y no en el exceso de autoridad.

La evidencia empírica revela que, no obstante, por ej. en USA las tasas de divorcio se ha triplicado en los últimos 30 años (1 de cada 4 matrimonios en la década del 60, llegando a 1 de cada 2 matrimonios en la década del 80) cuatro de cada cinco divorciados se vuelve a casar y sólo un 2% de estos sujetos que se casan por segunda vez, se vuelven a divorciar, pero contrariamente a lo esperado, se vuelven a casar por tercera vez.

Crisis de valores. Muy ligado a la tesis ya planteada de que no es la familia la que está en crisis, sino que las relaciones entre ésta y los otros sistemas sociales, al perderse la bidireccionalidad de esta relación, está un segundo aspecto de esta crisis relacional. Nos referimos a lo que se ha dado en llamar Crisis de Valores del mundo contemporáneo.

Nuevamente aquí parece ser conveniente hacer una invitación a reflexionar acerca de si lo que se cuestiona al hablar de crisis de valores es la vigencia de los valores que impregnan nuestra cultura judeo-cristiana occidental, es su desaparición o desfiguración, o es la falta de consenso respecto a los mismos.

La perspectiva del autor en torno a la así llamada crisis de valores, es que el conflicto surge de la falta

de concordancia entre los valores que siguen vigentes en la mayoría de nuestros sistemas institucionales jurídicos, educacionales, religiosos, familiares, etc. y los valores que informan la conducta de una reducida pero enormemente poderosa red de sistemas macrosociales que controlan en gran medida la economía mundial y los medios de comunicación de masas. Es en relación a esta contradicción que parecería válido extrapolar la teoría del doble vínculo. En efecto, la interacción del macrosistema social con el microsistema familiar se viene haciendo progresivamente a través de la comunicación de mensajes por decir lo menos, contradictorios. Por un lado está la prédica de los valores así llamados universales, inspirados en el humanismo de nuestra cultura cristiano-occidental, que informa nuestra organización familiar, nuestras leyes, nuestro sistema educacional, que comparten por cierto nuestras religiones, etc. Un principio básico de esta cultura es que "la familia es el núcleo fundamental de la sociedad" y por ende debe protegerse y fortalecerse como sistema social.

Los Derechos Humanos consagrados por las Naciones Unidas, así como los Derechos del Niño y de la Mujer son el reflejo de una concepción antropocéntrica de sociedad. La dignidad del ser humano es el elemento central de esta cultura que está impregnada entre otros valores por el amor, la solidaridad, la cooperación, la afiliación y la espiritualidad.

Por otro lado, y simultáneamente, está la prédica de los valores utilitarios, del culto al bienestar material de la sociedad de consumo "tener es más importante que ser", el individualismo, la competencia, el ansia de poder a cualquier precio, el hedonismo, la búsqueda desenfrenada y exclusiva del placer, el abandono o el desprecio por la dimensión espiritual del hombre, la violación de los derechos humanos en sus múltiples formas, la posesión del capital es más importante que el trabajo, el ser humano se transa en el mercado al igual que las mercancías, de acuerdo a las leyes de la oferta y la demanda, etcétera.

Parecería ser, desde cierta perspectiva, que los grandes conglomerados económicos transnacionales, con intereses creados, entre otras múltiples áreas en los medios de comunicación de masas, no hubieran llegado a acuerdos consensuales con otros sistemas sociales con respecto a este asunto de los valores y al lugar que ocupa la familia en este segundo esquema de valores. La explicación que parece más plausible de este fenómeno es que el afán de lucro y de poder, elimina prácticamente la responsabilidad ética y moral de quienes así manejan el mundo de los negocios.

Sin duda que hay flagrante contradicción, que

llega a ser paradójica, entre otros dobles mensajes a los cuales estamos a diario sometidos.

Revisemos a título de ejemplo algunas de estas contradicciones. Ya dijimos anteriormente que la TV es un nuevo agente socializador de niños, adolescentes y jóvenes. Como resultado de múltiples estudios, se sabe hoy día que toda TV educa, independiente del propósito educativo que tenga un programa de TV. El impacto psicológico de la imagen televisiva es completamente distinto al de los otros medios de comunicación, entre otras cosas porque la imagen es concreta y la palabra oral o escrita es abstracta. Esta última es decodificada predominantemente por el hemisferio izquierdo, que como sabemos, es el analítico, el racional, el que descompone el todo en sus partes, etc. El lenguaje electrónico de la imagen en cambio, es predominantemente decodificado por el hemisferio derecho, que tendría más a su cargo lo emocional, lo intuitivo, lo afectivo. Así entonces, el impacto de la imagen será mayor por ser menos analizada críticamente. Estudios realizados por la UNESCO en distintos países revelan que los niños invierten un promedio de 3 horas diarias viendo TV, lo que supera con creces el tiempo que asisten al sistema escolar formal. Basados en los trabajos de Bandura sobre el aprendizaje observacional, es abrumadora hoy día la evidencia empírica sobre la correlación entre violencia televisiva y conducta agresiva infanto-juvenil.

Pues bien, si analizamos el contenido de los programas de entretenimiento que ofrece la TV comercial, encontraremos una sobrerrepresentación y distorsión de la violencia como un ingrediente básico del drama televisivo tanto dedicados a niños como a adultos. ¿Significa esto que la violencia es un valor compartido por vastos sectores de nuestra sociedad contemporánea? O ¿Es que esta temática permite envasar mejor los avisos comerciales y por ende vender más cosas?

Nunca en los ratings se le pregunta al público qué echa de menos en los programas de TV, siempre la pregunta de las encuestas va dirigida a saber qué programas de la dieta televisiva que ofrecen los canales es la que se prefiere. Así entonces, el sistema se retroalimenta en un esquema cerrado.

Otro ingrediente básico del drama televisivo es la sobrerrepresentación y distorsión de la anormalidad en la relación de pareja y en las relaciones familiares. Exponentes preclaros al respecto son las telenovelas. Junto a esto está un deliberado culto a despojar de compromiso emocional las relaciones entre sexos y a presentar lo erótico también en forma distorsionada. De nuevo aquí cabe la pregunta ¿Es que esta temática contribuye a mejorar nuestra calidad de vida familiar o a fomentar y a fortalecer los lazos familiares?

Por último y sin agotar el análisis de contenidos de la TV comercial (sistema en el cual el avisador es quien determina el tipo de programas que veremos en pantalla), es evidente que el otro gran valor omnipresente y obligado es incentivar al consumismo.

Veamos otros ejemplos de mensajes contradictorios provenientes del macrosistema social, con aquel que nos dice que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad. ¿Cuál es el lugar que ocupan los niños en la sociedad?

Desde luego podemos constatar que no existe una responsabilidad social o colectiva sobre su crianza y educación. Ella descansa exclusivamente sobre los padres, dándose por supuesto que éstos disponen de todos los medios necesarios para hacerlo eficientemente.

Si nos detenemos a analizar lo que realmente ocurre, esta responsabilidad recae en forma casi exclusiva en la mujer. El rol parental es ejercido casi sólo por la madre. Esta función no sólo es mal valorizada sino que tiende a mirarse en menos, fundamentalmente porque no es remunerada económicamente.

Lo que da prestigio y estatus es el éxito logrado en el mundo de los negocios, del comercio, de la vida pública. En síntesis, todo lo que ocurre fuera del hogar y de la familia.

Cuando la madre trabaja fuera del hogar, la situación familiar se torna aún más difícil para lograr un funcionamiento armónico. El cuidado substituido de los hijos constituye un fuerte riesgo sobre todo en los periodos tempranos del desarrollo. La cantidad y calidad de las salas cuna es notoriamente deficitaria. En la práctica se transforman literalmente en guarderías de niños, con la consiguiente privación socio-emocional e intelectual que dicho medio ambiente genera.

La sociedad patriarcal, por otra parte, se resiste aún en forma abierta o encubierta a este nuevo rol de la mujer. Aparte de las varias formas de discriminación que ejerce sobre ellas el sistema laboral, está el conflicto que con frecuencia se produce dentro de la familia. Este va desde el hecho de que la mujer no ha reemplazado su rol tradicional en el hogar por otro nuevo fuera del hogar, sino que ha agregado este último al primero. Todo esto sin contar con elementos de apoyo sociales, hasta en muchos casos, una resistencia velada o declarada de su pareja. La falta de reconocimiento del sistema laboral sobre lo necesario que es el poder compartir el rol parental por ambos padres, cuando los dos trabajan, por ejemplo, en el cuidado del hijo enfermo, o en los primeros meses de vida, o en la posibilidad de ofrecer horarios flexibles de trabajo de tal modo que no necesariamente coincidan el del padre y el de la madre, etc. Estos son algunos de los múltiples factores que no

coinciden con el hecho de que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad.

El sistema educacional por su parte aporta una cuota importante a este doble estándar que nos ocupa. Continúa educándonos como si fuéramos especies distintas los hombres y las mujeres. No sólo se continúa estereotipando los roles sexuales, sino que durante 12 ó más años nunca se nos enseña a ser padres o a ser pareja, es decir, no se nos enseña a convivir en familia. Tampoco se nos enseña a relacionarnos como persona. El fuerte desbalance que se advierte en los programas educativos entre el fomento del desarrollo intelectual sobre el emocional y social es reflejo por otra parte de lo que la sociedad en su conjunto privilegia.

Las características en general, más altamente desarrolladas en la mujer y tal vez más esenciales para el ser humano, son precisamente aquellas que son disfuncionales para el éxito en el mundo de hoy.

En síntesis, podríamos decir que a partir del análisis de al menos dos elementos de la relación familia-sociedad, cuales son la pérdida de la bidireccionalidad de la relación y la teoría del doble vínculo aplicada a los mensajes del macrosistema social, es posible explicarnos, en parte al menos, la crisis y el conflicto relacional entre el sistema familiar y los otros sistemas sociales.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson G. Pasos hacia una ecología de la mente. México: Ediciones Carlos Zohle, 1972.
- Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Boston: Harvard University Press, 1979.
- Covarrubias M, Muñoz M, Reyes C. Crisis en la familia? Cuadernos Instituto de Sociología. Santiago: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile, 1983.
- Elsner P, Monetero ML, Reyes C, Zegers B. La familia una aventura. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1988.
- Gurman A, Kniskem PD. Handbook of family therapy. New York: Brunner Mazel Inc, 1981.
- Levav I, Lima B, Somoza M, Kramer M, González R. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. Bol Of Sanit Panam 1989; 107(3): 197-219.
- Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa, 1977.
- Montenegro H. Relaciones entre el sistema familiar y otros sistemas sociales. Trabajo presentado al Congreso Internacional de Terapia Familiar. Santiago-Chile, 1990.
- Seguel X, Bralic S, Edwards M. Más allá de la sobrevivencia CEDEP - UNICEF. Santiago, Chile 1989.

Capítulo 5

RESILIENCIA

NESTOR SUAREZ y JUAN MANZUR

Revisión conceptual

El tema *resiliencia* ha empezado a ocupar progresivamente más espacio tanto en la literatura médico-psicológica y educativa como en la preocupación de educadores y sanitaristas.

El concepto de resiliencia es tal vez inverso al de riesgo, o complementario de él. Así, en vez de poner énfasis en aquellos factores negativos que permitían predecir quién iba a sufrir un daño, se trata de ver aquellos factores positivos que, a veces sorprendentemente y contra lo esperado, protegen a un niño. En nuestra concepción anterior, basados en el modelo patologizante de cuidado médico, concentrábamos nuestra atención en aquellas condiciones que predecían un daño o resultado negativo. Ahora se está viendo esto otro, que son los factores de riesgo cambiados de signo, que también se han llamado "factores protectores". Estas condiciones o circunstancias forman como un escudo protector del niño, que lo defiende de las agresiones y limitaciones del medio en que le toca crecer y madurar.

En este momento de la evolución histórica de la situación epidemiológica de América Latina, estos conceptos que implican la valorización de los factores positivos, empiezan a tener gran vigencia, perfeccionando algunas metodologías estadísticas y complementando lo que ya se ha trabajado sobre Enfoque de Riesgo. Una reflexión de Robert Myers, psicólogo del desarrollo que analiza muy bien lo referido a la posibilidad de supervivencia, dice que con las cifras actuales de mortalidad infantil en el mundo, de cada 13 niños que nacen 12 van a sobrevivir al primer año de vida y posiblemente gran parte de ellos va a llegar a la adolescencia. Considera que el error en el concepto de sobrevivencia infantil fue concentrarse en ese "uno" y olvidarse de los otros 12 que tendrían que haber sido el objetivo fundamental de la Salud Pública y la Salud Materno-Infantil. Con la cifra de mortalidad infantil (MI) de América Latina y del Caribe, tendríamos 19 de cada

20, es decir que esta prioridad del pensamiento positivo se hace todavía más evidente cuando nos referimos específicamente a nuestra región.

Lo anterior lleva a reconocer la importancia que empieza a tener en este momento todo lo que sea desarrollo psicológico del niño. El énfasis en este tema ha sido expresado por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y reiterado por la Conferencia Mundial de Educación (India 1992) así como por la Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra 1993). Además se ha producido una jerarquización de las acciones de promoción de la salud, a la búsqueda de intervenciones y programas que en vez de evitar daños específicos tiendan a mejorar las condiciones de vida globales de los seres humanos. De allí que el concepto de resiliencia haya adquirido actualidad y que se haya despertado gran interés por su investigación y aplicación.

De las numerosas definiciones que se proponen, se puede extraer como síntesis, la siguiente:

Resiliencia es la capacidad de los seres humanos para sobreponerse a la adversidad y, además, construir sobre ella.

Pilares de la resiliencia

Se han caracterizado lo que se llaman pilares de la resiliencia, para designar atributos que aparecen con frecuencia en los niños considerados resilientes. Entre ellos cabe mencionar:

Introspección. Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una autorrespuesta honesta.

Independencia. Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en aislamiento.

La capacidad de relación. La habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud para brindarse a otros.

Iniciativa. El gusto de exigirse y ponerse a prue-

bas en tareas progresivamente más exigentes.

Humor. Encontrar lo cómico en la propia tragedia.

Creatividad. La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.

La moralidad. Es decir, la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y la capacidad de comprometerse con valores. Este elemento ya es importante desde la infancia, pero sobre todo cuando se pasan los 10 años de edad.

Un aspecto de particular interés es la posibilidad de desarrollar destrezas para acrecentar la resiliencia. Este es un gran campo de investigación que se está impulsando en el mundo entero y en especial en los países en desarrollo.

En este sentido se está trabajando con hechos, buscando ejercicios y prácticas que ayuden a focalizar la atención, que den más capacidad para mantener la concentración y que desarrollen el sentido de la anticipación de resultados.

En el desarrollo de este componente, se reconoce la sabiduría secular de las distintas sociedades y se considera que, aun las más primitivas, han concebido estrategias de sobrevivencia que pueden ser enseñanzas valiosas para la humanidad entera.

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad fija, sino que puede variar a través del tiempo y de las circunstancias. Es el resultado de un balance de factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. En ese sentido es más un *estar* que un *ser* y es necesario insistir en su naturaleza dinámica.

Nuestro conocimiento de las condiciones, proceso y resultado de la resiliencia está lejos de ser

exhaustivo. Sin embargo, ya es posible identificar elementos de resiliencia y factores de protección que, en relación a algunos daños pueden mencionarse en oposición a factores de riesgo. Fuerza es reconocer que existen complejas interacciones entre factores de protección y factores de riesgo y que cada factor no es independiente totalmente de los demás, sino que ellos están relacionados entre sí de una manera compleja.

Al analizar la interacción de factores de riesgo, factores protectores y resiliencia, no se debe concentrar sólo en el nivel individual. Por el contrario se debe ensanchar el concepto para entender el interjuego con las variables sociales y comunitarias. La interacción de estos factores se sintetiza en la Figura 5-1.

Perfil de un niño resiliente

Diversos estudios han demostrado que ciertos atributos de la persona tienen una asociación positiva con la posibilidad de ser resiliente. Estos son entre otros: control de las emociones y de los impulsos, autonomía, sentido del humor, alta autoestima (concepción positiva de sí mismo), empatía (capacidad de comunicarse y de percibir la situación emocional del interlocutor).

También se han encontrado condiciones del medio ambiente social y familiar que favorecen la posibilidad de ser resiliente. Cabe destacar: la seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias, no condicionado a las conductas; la relación de aceptación incondicional por un adulto significativo; la extensión de redes informales de apoyo.

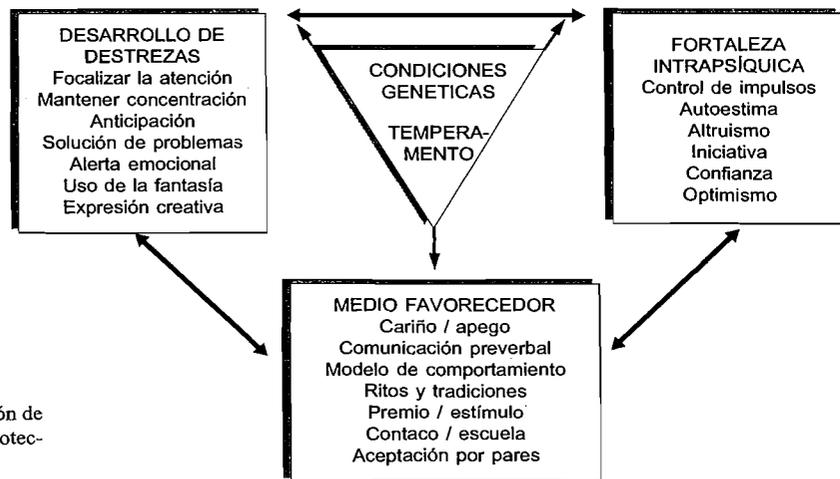


Figura 5-1. Interacción de factores de riesgo, protectores y de resiliencia.

Frecuentemente en la literatura sobre el tema se define al niño resiliente como aquel que trabaja bien, juega bien y tiene buenas expectativas. Esto parecería demasiado abstracto para llevarlo a la práctica por lo que se ha tratado de sintetizar aquellos atributos que han sido consistentemente identificados como describiendo a un niño o adolescente resiliente. Los pilares de la resiliencia, mencionados anteriormente, se han categorizado y agrupado en cuatro componentes principales, cuya observación y estimación permite diseñar estos perfiles de niños en cuanto a su resiliencia. Se han seleccionado los siguientes :

Competencia social. Los niños y adolescentes resilientes responden más al contacto con otros seres humanos y generan más respuestas positivas en las otras personas; además son más activos, flexibles y adaptables aun en la infancia. Este componente incluye cualidades como el estar listo para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto y tener comportamientos prosociales.

Una cualidad que se valora cada vez más y se la relaciona positivamente con la resiliencia, es el sentido del humor. Esto significa tener la habilidad para lograr alivio al reirse de las propias desventuras y encontrar maneras alternativas de mirar las cosas buscando el lado cómico.

Como resultado, los niños resilientes, desde muy temprana edad, tienden a establecer más relaciones positivas con los otros. En los adolescentes, la competencia social se expresa especialmente por la interrelación con los propios pares y la facilidad para hacer amigos dentro del grupo etéreo. Esta cercanía con los amigos, es progresivamente más selectiva y se pasa de actividades grupales a otras en pareja y es frecuente que se inicien relaciones sentimentales que tienen valor como indicadores positivos de competencia social. En este aspecto del perfil, el adolescente resiliente muestra capacidad para establecer relaciones positivas con otros seres humanos.

Estudios hechos en individuos que presentaban problemas como criminalidad, delincuencia, alcoholismo, consumo de drogas y enfermedad mental, consistentemente identifican la falta de competencia social en la infancia de quienes luego caerían en estas prácticas.

Uno de los problemas que emergen claramente en el campo de la salud mental, es la pobreza en las destrezas sociales de los enfermos psiquiátricos, reveladas desde sus primeros años de vida.

Resolución de problemas. Las investigaciones sobre niños resilientes han descubierto que la capacidad para resolver problemas es identificable en la niñez temprana. Incluye la habilidad para pensar en

abstracto reflexiva y flexiblemente y la posibilidad de intentar soluciones alternativas para problemas tanto cognitivos como sociales. Ya en la adolescencia, son capaces de jugar con ideas y sistemas filosóficos. Los estudios en adultos que sufrían de problemas psicológicos, han identificado consistentemente la falta de estas capacidades en su infancia. Por lo contrario, los estudios de personas resilientes, repetidamente encuentran la presencia de capacidades para la resolución de problemas en su infancia. Por ejemplo, Rutter encontró especialmente prevalente en la población de niñas abusadas durante su infancia que llegaron a ser adultas sanas, la presencia de destrezas para planificar que resultaron útiles en sus matrimonios con hombres normales.

La literatura sobre niños de la calle que crecieron en barrios marginales, provee un ejemplo extremo del rol que estas habilidades juegan en el desarrollo de resiliencia, dado que estos niños deben continuamente negociar con un ambiente adverso, como única manera de sobrevivir.

Las investigaciones actuales muestran también que estas destrezas para solucionar problemas son identificables a temprana edad. El niño preescolar que demuestra a temprana edad ser capaz de producir cambios en situaciones frustrantes posiblemente será activo y competente en el período escolar.

Autonomía. Distintos autores han usado diferentes definiciones de autonomía. Algunos se refieren a un fuerte sentido de independencia; otros destacan la importancia de tener un locus de control interno y el sentido de poder personal; otros insisten en la autodisciplina y control de los impulsos. Esencialmente, el factor protector a que se están refiriendo es el sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos elementos del propio ambiente. Otros autores han identificado la habilidad para separarse de una familia disfuncional y ponerse psicológicamente fuera de los padres enfermos, como una de las más importantes características de los niños que crecen en familias con problemas de alcoholismo y enfermedad mental.

En el trabajo con niños de familias alcohólicas, se ha visto que si ellos quieren confrontar exitosamente los dilemas del alcoholismo deben desarrollar un distanciamiento adaptativo, esto es, alejarse del foco familiar de comportamiento disfuncional. Los niños resilientes son capaces de distinguir claramente entre ellos mismos, sus experiencias y la enfermedad de sus padres. Por lo tanto entienden que ellos no son la causa del problema familiar y que su futuro puede ser diferente. La tarea del distanciamiento adaptativo implica dos desafíos: uno, descomprometerse lo suficiente de la fuerza de la enfer-

medad parental para mantener objetivos y situaciones en el mundo externo de los pares, la escuela y la comunidad; otro, sacar a la familia en crisis de su posición de comando en el mundo interno del propio niño. Este distanciamiento provee un espacio que es protector para el desarrollo de la autoestima y de la habilidad para proponerse metas constructivas.

Sentido de propósito y futuro. Relacionado con el sentido de autonomía y de la propia eficacia, así como con la confianza en que uno puede tener cierto grado de control sobre el ambiente, está el sentido de propósito y futuro. Dentro de esta categoría entran varias cualidades invariablemente identificadas en la literatura como factores protectores: expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de los mismos (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor y sentido de la anticipación y de la coherencia.

Este factor parece ser uno de los más poderosos predictores de resultados positivos en cuanto a resiliencia. De las cualidades que lo integran, las que se han asociado con más fuerza a la presencia de adultos resilientes han sido las aspiraciones educacionales y el sentimiento de un futuro mejor. Cuando un futuro atractivo se nos ofrece, somos fácilmente persuadidos para subordinar una gratificación inmediata a una posterior más integral o de mayor significado.

Aunque los estudios actuales permiten identificar muchas otras características de los niños resilientes, estas cuatro que hemos mencionado engloban los atributos que frecuentemente están asociados a experiencias exitosas de la vida. De allí, que las consideremos como los elementos básicos para constituir el perfil del niño resiliente.

Este perfil se puede construir asignando una valoración de 0 a 3 a cada una de estas características, en base a la observación y a encuestas al niño y a sus padres y cuidadores. En esta propuesta, 0 indica la total inexistencia del atributo, 1 marca su presencia en grado mínimo; 2 en forma intermedia y 3 su expresión en grado superlativo.

De esta manera, se puede representar gráficamente en un sistema de coordenadas y asignarle valores numéricos que permiten comparaciones de los distintos casos. Cada niño presenta su propio perfil de resiliencia, pudiendo haber algunos en que la competencia social es alta (3), la resolución de problemas es mediana (2), su autonomía está restringida (1) y su sentido de propósito de futuro llega a nivel mediano (2). Ejemplos al respecto se señalan en la Figura 5-2.

Numerosas variaciones y combinaciones de atributos nos pueden permitir observar una amplia gama

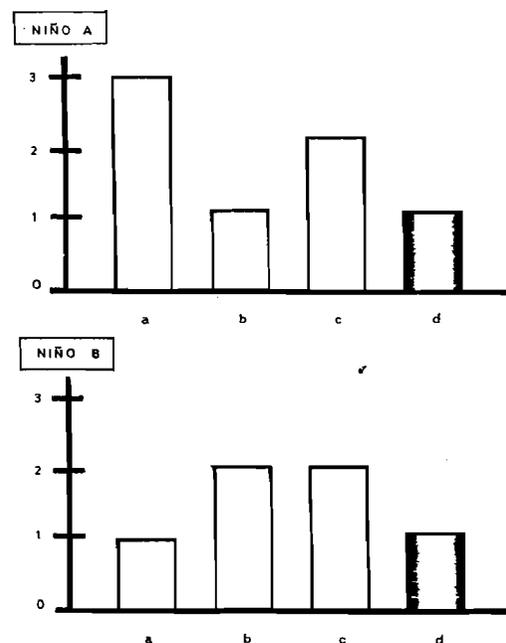


Figura 5-2. Ejemplos de perfiles de niños resilientes. a) Competencia social. b) Resolución de problemas. c) Autonomía. d) Sentido de propósito y futuro.

de perfiles individuales y su manejo numérico nos permite caracterizar grupos de niños que, en relación a diferentes culturas, presentarán distintos perfiles-tipo, para diversas comunidades.

Estos perfiles pueden ser una herramienta útil, en el diseño de proyectos de intervención social en resiliencia, dado que el diagnóstico inicial sobre qué componentes están más débiles nos permitirá orientar las acciones para fortalecer aquellos atributos que más lo requieran.

Asimismo, en la evaluación de proyectos, la comparación de perfiles pre y postintervención, puede ser una manera bastante concreta de estimar el impacto logrado en los niños y su entorno inmediato.

En nuestra opinión, estamos en los primeros pasos de construcción de estos perfiles y aceptamos que otras agrupaciones de los componentes de resiliencia pueden servir mejor en otras comunidades. A medida que se acumulen experiencias, en distintos escenarios culturales, se han de ir puliendo estos instrumentos que, esperamos puedan constituirse en herramientas al servicio del desarrollo integral y del pleno ejercicio de los derechos de los niños.

BIBLIOGRAFÍA

- Baldwin A, Baldwin C y C, Robert E. Stress-resistant families and stress-resistant children. En: Rolf J, Masten AS, Cichetti D, Nuechterlein KH y Weintraub S. Risk and Protective factors in the development of psychopathology (1992). Cambridge, Gran Bretaña: Cambridge University Press, 1992.
- Bradley R II, Whiteside L, Mundfrom D, Casey P II, Kelleher J, Pope S. Early indicators of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birth weight, premature children living in poverty. *Child Development* 1994; 65: 346-60.
- Braveman S, Paris J. The male mid-life crisis in the grown-up resilient children. *Psychotherapy* 1993; 30: 651-57.
- Bronfenbrenner U. Contexts of child rearing: problems and prospects. *American Psychologist* 1979a; 34: 844-50.
- Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge, MA: Harvard University, 1988.
- Building on people's strengths: Conference prospectus child resilience and the family (1992). International Catholic Child Bureau, EE. UU.
- Connel JP, Beale M y Lawrence J. Educational risk and resilience in African-American youth: context, self, action, and outcomes in school. *Child Development* 1994; 65: 493-507.
- Fonagy P, Steele M, Steele II, Higgitt A, y Target M. The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1994; 35(2): 231-58.
- Fergusson DM, Lynskey MT. Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1996; 37(3): 281-92.
- Grotberg Edith. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The International Resilience Project, Bernard Van Leer Foundation. La Haya, Holanda.
- Grotberg E. The International Resilience Project: Promoting Resilience in Children. Eric. Ed. 383424, EE.UU.
- Herrenkohl, Ellen C, Herrenkohl, Roy C, Ego B. Resilient early school age children from maltreating homes: outcomes in late adolescence. *American Journal Orthopsychiatry* 1994; 64(2): 301-09.
- Kotliarenco MA, Cáceres I, Alvarez C. Resiliencia: Construyendo en adversidad (1996). CEANIM, Santiago, Chile.
- Lösel F. Resilience in Childhood and Adolescence (1992). International Catholic Child Bureau, Ginebra, Suiza.
- Loesel F, Bliessner T, Kferl P. On the Concept of Invulnerability: Evaluation and First Results of the Bielefeld Project. En: Brambling M, Loesel F, Skowronek H. Children at Risk: Assessment, Longitudinal Research and Intervention. Nueva York, EE. UU: Walter de Gruyter, 1989.
- Masten Ann S, Morrison P, Peflegini D y Aude T. Competence under stress: risk and protective factors. En: Rolf J, Masten AS, Cichetti D, Nuechterlein KH y Weintraub, S. Risk and Protective factors in the development of psychopathology. Cambridge, Gran Bretaña: Cambridge University Press, 1992.
- Milgram NA, Palti G. Psychosocial characteristics of resilient children. *Journal of Research in Personality* 1993; 27:207-21.
- Myers R. The twelve who survive. Rutledge, UNESCO, London, New York, 1992.
- OPS/OEA/UNESCO/UNICEF. Primera Reunión Interagencial sobre Salud Mental del Niño. Washington, D.C., Enero 1993.
- Werner EE, Smith RS. Vulnerable but Invincible: A longitudinal Study of Resilience Children and Youth. New York: Mac Graw Hill, 1982.
- Werner EE, Smith R S. Overcoming the Odds. High Risk Children from Birth to adulthood. Ithaca. New York: Cornell University Press, 1992.
- Woolin S. The Resilient Self. New York: Villard Books, 1993.

TERCERA PARTE
Diagnóstico

Capítulo 6

ENTREVISTA PSIQUIATRICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

MARCELA LARRAGUIBEL

El proceso de la entrevista está destinado a ayudar al clínico a realizar hipótesis diagnósticas y diseño terapéutico, tomando en cuenta la perspectiva del desarrollo. La habilidad del entrevistador para establecer una relación satisfactoria con el paciente, es esencial para obtener la información más relevante, la que será básica para los subsecuentes estudios, diagnósticos y contrato terapéutico con el niño y sus padres. Por otra parte, una fina evaluación inicial, es de gran ayuda para establecer tipos preferenciales de tratamiento y medir adecuadamente el progreso y los resultados de las intervenciones realizadas.

El niño como el adolescente deben ser evaluados en el contexto de la familia, escuela, comunidad y cultura. A través de la entrevista el clínico debe ir rescatando y jerarquizando síntomas y signos, ya que muchos pacientes presentan trastornos comórbidos o psicopatologías que difícilmente son clasificables en una simple categoría.

Las metas de la evaluación diagnóstica del niño o del adolescente son: (1) determinar la existencia de una psicopatología, y si es así establecer diagnósticos diferenciales; (2) identificar los probables factores que contribuyeron a la aparición de la psicopatología; (3) conocer la historia de desarrollo y funcionamiento global actual del paciente; (4) identificar factores potenciales individuales, familiares, o ambientales que puedan influir aminorando o acentuando las dificultades; (5) determinar si el tratamiento está indicado; y (6) si es así, recomendar planes de tratamiento y facilitar la colaboración del grupo familiar en éstos.

En el caso de que la consulta sea una urgencia psiquiátrica, la entrevista se debe focalizar en la evaluación del riesgo de daño a sí mismo u otros, la necesidad de hospitalización, e intervenciones terapéuticas inmediatas como farmacoterapia.

La evaluación clínica del niño o del adolescente por lo general requiere varias horas. En ella se debe incluir la entrevista con los padres, la entrevista con

el niño, y la comunicación finalmente de la formulación diagnóstica y recomendaciones. Están indicadas clínicamente, intervenciones adicionales como visitas a la casa u observación del funcionamiento infantil en la escuela.

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA

La evaluación del niño difiere en varias formas esenciales a la del adulto. En el caso del adulto, la información es obtenida casi siempre del mismo paciente. Esto no es así en las evaluaciones del niño. En éstas, parte de la información es generada por los padres, profesores, orientadores, pediatras u otras personas o instituciones que se relacionan con el infante. Los síntomas por los que el paciente requiere tratamiento frecuentemente perturban a otros más que a él mismo. El niño cree generalmente que el problema es causado por los demás y que no tiene control sobre éste. Por otra parte, es habitual que no vea al psiquiatra como un experto, sino más bien, como un agente de los padres o un individuo parecido a un profesor.

La habilidad del niño para conceptualizar su discurso en cuanto a sus experiencias y sentimientos difiere a la del adulto y está profundamente influenciada por factores maduracionales y del desarrollo, tanto normales como patológicos. El clínico debe ser capaz de comunicarse con el niño y comprenderlo apropiadamente de acuerdo a su nivel de desarrollo. Obtener información de él puede requerir varios modos de comunicación, más que preguntas y respuestas o un discurso verbal.

La fase inicial de evaluación y tratamiento de un adulto usualmente es acompañada por una alianza terapéutica positiva, lo que generalmente está ausente en la entrevista inicial con el niño, siendo el mayor objetivo en esta fase, lograr que se sienta cómodo, coopere y comprenda el propósito de la evaluación.

En el adolescente, el procedimiento de la entrevista adopta un punto intermedio entre lo descrito anteriormente para niños y adultos. Durante la adolescencia temprana el procedimiento se parece más al usado en el niño, mientras que a medida que aumenta la independencia, la capacidad intelectual y el juicio adquirido, las técnicas van siendo más parecidas a las aplicadas en los adultos.

HABILIDADES REQUERIDAS

Todos los autores que han escrito sobre el tema, concuerdan en la importancia de lograr desde el comienzo una buena relación con los padres y el niño, la que se basa principalmente en un acuerdo implícito de mutua comprensión y cooperación. La actitud abierta, empática e interesada con el entrevistado, es fundamental para lograr este objetivo. El evitar la crítica de la conducta en el relato de los padres o del niño es muy importante, ya que de lo contrario, puede que sólo expresen actitudes consonantes con las expectativas del clínico. En este sentido son útiles la sensibilidad a los sentimientos de las personas, las habilidades para comunicarse verbal y corporalmente. Una actitud cálida, la modulación de la expresión emocional y del tono de voz adecuado, son indispensables para que el informante se sienta comprendido y de esta manera facilitar la autoexploración.

El psiquiatra de niños y de la adolescencia debe ser especialmente competente en cuanto a conocimientos del desarrollo, para poder comprender en forma adecuada la información que se obtiene del paciente. Frecuentemente factores del desarrollo pueden influir en la presentación de síntomas psiquiátricos como la ansiedad y la depresión. En otros casos, los síntomas consisten en una ausencia del progreso esperado en una o más dimensiones del desarrollo, más que síntomas específicos patognómicos presentes en escasos cuadros clínicos. En muchos niños las condiciones clínicas que requieren evaluación pueden ser formas severas de síntomas encontrados normalmente en pacientes no consultantes. Por ejemplo, problemas aislados y transitorios como son los temores, pataletas o aislamiento son comunes en la infancia, en un sustancial número de niños; pero si estas dificultades son suficientemente persistentes, con deterioro en el funcionamiento global del menor y/o le causan intenso malestar, entonces se hace necesaria la atención clínica. Por otra parte, las diferentes fases del desarrollo presentan vulnerabilidad a ciertos estresores específicos, los que deben ser tomados en cuenta en el momento de la evaluación. Por ejemplo, alrededor de los 8 meses los niños se ven más afectados por una hospitalización u otra experiencia de sepa-

ración que en otros períodos etarios.

A la luz de estos conocimientos, la evaluación del niño debe tomar en cuenta el período maduracional en que se encuentra, en conjunto con sus problemas y el medio en que se desenvuelve, de esta manera el diagnóstico surge diferenciando lo que es normal de lo patológico de acuerdo al desarrollo del niño.

LUGAR

Es esencial prestar especial atención al lugar en el cual se desarrolla la entrevista. Una sala puede ser muy pequeña para una entrevista familiar. La falta de juegos y materiales puede causar inhibición en un preescolar. La sala en que se efectúa la evaluación del niño, debe ser lo suficientemente grande como para permitir el desarrollo de la actividad física necesaria en algunos niños para disminuir la tensión, pero no demasiado grande como para dificultar un contacto íntimo entre el examinador y el paciente.

Los juguetes y otros materiales deben estar al alcance de los niños, de acuerdo a su edad, sexo e intereses. Es conveniente situar los juguetes y objetos no apropiados fuera de su vista. Así mismo, demasiados juguetes pueden dar lugar a una sobreestimulación o distracción y por el contrario, si son muy escasos, pueden no motivar la imaginación. Se debe intentar excluir aquellos que puedan entretener al niño en un juego del que no se obtienen conclusiones válidas en una sesión de diagnóstico breve. Por otro lado, los juguetes expuestos no deben responder en forma directa a los intereses del examinador. Por ejemplo, el ofrecer juguetes de "niño" a un varón y juguetes de "niña" a una niña puede limitar la expresión de importantes elementos de la vida interior del paciente.

DESARROLLO

Se han descrito numerosas técnicas de entrevista. Existe toda una gama, que va de entrevistas totalmente estructuradas a no estructuradas. Lo que determina el tipo de entrevista a usar, son las necesidades del niño y su familia. Por ejemplo, algunos menores requieren una entrevista no verbal por su edad, nivel de desarrollo (ej: retardo mental moderado o severo) o diagnóstico (ej: mutismo selectivo). Preguntas específicas son más útiles para obtener datos puntuales o cronológicos, mientras que información acerca de sentimientos o tipo de relaciones pueden obtenerse mejor a través del planteamiento de preguntas más abiertas o indirectas.

Los tres tipos de entrevista diagnóstica inicial para niños y adolescentes empleadas con mayor

frecuencia: entrevista a los padres, entrevista al niño (adolescente) y entrevista familiar. Las tres son usadas en la evaluación diagnóstica, pero generalmente sólo una o dos de ellas se aplica en cada caso particular.

La secuencia del tipo de entrevista es un tema que aún está en debate. Un modelo tradicional es el entrevistar a los padres primero, sin el niño presente. Lo beneficioso de esta aproximación es que los padres pueden rápidamente dar la historia de desarrollo y el motivo de consulta del niño, sin que éste escuche comentarios descalificadores hacia su persona u otros temas que no sea conveniente que se entere. Por esta misma razón, comenzar la evaluación con una entrevista familiar ha sido poco común a pesar de que ésta tiene una gran ventaja, como es la oportunidad para el entrevistador de observar desde un comienzo cómo interactúa la familia y formar alianza con algunos de sus miembros. En el caso de los adolescentes, es recomendable ver a éste primero; de no ser posible, verlo junto a sus padres; durante la entrevista inicial, pues de lo contrario, se corre el riesgo de que vea al clínico como un "aliado" de sus progenitores.

Las entrevistas estructuradas para niños pueden ser un apoyo complementario en el diagnóstico. Estas son comprendidas por algunos pacientes, pero son irritantes para otros. En algunos niños, condiciones altamente estructuradas provoca ansiedad excesiva, la que a su vez los lleva a inhibición en sus respuestas. El entrevistador debe ser lo suficientemente flexible como para cambiar en ese momento de técnica. Por el contrario, en otros, una entrevista no directiva puede, en algunas ocasiones, ser experimentada como estresante y hacer que el paciente se aleje del entrevistador.

Al parecer, lo más aconsejable en un comienzo, es dejar un tiempo en que el entrevistador preste especial atención a los temas que los padres o el niño quieren mostrar. Posteriormente, preguntar acerca de lo hablado y lo que se considera relevante según el motivo de consulta. En este momento, pueden emerger síntomas o conflictos que no habían aparecido previamente, por ansiedad excesiva frente al tema o porque los padres no los consideraron importantes. En teoría, la evaluación inicial debe ser empática y detallada, usando todas las fuentes de información e instrumentos diagnósticos pertinentes. En la práctica, el clínico está limitado por el tiempo, por la necesidad de iniciar rápidamente un tratamiento, por la naturaleza aguda del cuadro clínico o lo disruptivo de los síntomas. Lo esencial es descubrir durante la entrevista como el niño organiza su conducta, los pensamientos y sentimientos que lo motivan y qué fuerzas sociales guían a la familia en su inserción cultural.

Entrevista a los padres

La presencia de ambos padres en la primera entrevista es siempre deseable. La inclusión de ambos implica la observación *in situ* de cómo son, de los roles que desempeña cada uno de ellos, de los aportes que hacen en relación a su hijo, como vivencian la evaluación y la posibilidad de una psicoterapia. Si se cita sólo a la madre, se destaca del resto del grupo familiar. Esto tiene como contrapartida que únicamente a ella se le da la responsabilidad de cómo es su hijo. No asegurar la presencia del padre, equivale a pensar que éste no aporta mayores antecedentes con respecto al niño. La asistencia de ambos permite compartir los sentimientos de culpa de la "enfermedad" del paciente y, por lo tanto, disminuirla. Por otra parte, se evita el peligro de aceptar al ausente como "chivo expiatorio", es decir, como depositario de lo malo del vínculo, y al presente, como representante de lo bueno y exitoso. En el caso de los padres separados, se respeta el deseo de venir juntos a la entrevista o por separado, aceptando que la pareja ya no existe como tal.

La entrevista a los padres tiene varios propósitos: 1) obtener las razones por las cuales consultan, las dificultades del niño y el impacto de los síntomas en los padres individualmente, como pareja y en la familia; 2) obtener una cuidadosa historia del pasado del niño y su desarrollo en el contexto familiar; 3) obtener un cuadro del funcionamiento familiar y parental, incluyendo la comunidad y la cultura; 4) obtener la historia familiar en relación a los trastornos psiquiátricos y médicos que pueden tener un significado en la etiología o tratamiento de las dificultades del menor.

La entrevista inicial con los padres por lo general es semidirigida, es decir, se les entrega libertad para exponer sus problemas, comenzando por donde ellos prefieren e incluyendo lo que deseen. Al mismo tiempo, la entrevista debe ser organizada, con el fin de obtener información detallada del comportamiento del niño, las variables que modifican su expresión, los síntomas más relevantes para los padres, frecuencia y contexto en que éstos ocurren y las circunstancias que parecen precipitar o mitigar ciertos aspectos de la conducta. También deben ser discutidos la edad de comienzo y la cronicidad del trastorno, el grado de deterioro funcional, el grado de estrés infantil, el compromiso con las actividades sociales y académicas y la interferencia en el desarrollo. Un aspecto muy crucial a ser evaluado durante la entrevista, es el significado y el impacto que ha tenido en cada miembro de la familia los problemas del niño.

El objetivo de la entrevista no es sólo obtener una descripción de la conducta problema, sino que

es necesario comprender el significado y función de los síntomas en relación al niño y al ambiente.

En lo que se refiere al desarrollo, es importante indagar acerca de la atmósfera afectiva en que éste ha tenido lugar, historia del embarazo de la madre (patología, si fue deseado por uno o ambos padres, momento por el que pasaba la familia, expectativas de los padres en relación al niño, factores estresantes, etc.), parto, período perinatal inmediato, desarrollo psicomotor, ubicación entre los hermanos, edades de éstos, historia médica de cada miembro de la familia y cómo el niño participa de la vida familiar. Más específicamente el entrevistador puede pedirle a los padres un cuadro de la percepción que ellos tienen del nivel de funcionamiento de su hijo en distintas áreas. Estas pueden incluir desarrollo motor y nivel de actividad, lenguaje y comunicación, resolución de problemas, juego, autorregulación (capacidad de tranquilizarse a sí mismo, capacidad de rutinas, etc.) relaciones con otros y respuestas a los estímulos sociales. La historia maduracional del niño debe tomar en cuenta el significado emocional en los padres de las etapas de desarrollo del niño en términos de las esperanzas, temores, expectativas y circunstancias vitales que las rodearon. Cuando los padres no son confiables al dar una precisa historia cronológica temprana del paciente, ellos pueden relacionar los acontecimientos del niño con importantes eventos familiares (cumpleaños, enfermedades, etc.). Debe ponerse particular atención en aparentes cambios o discontinuidades en el progreso del desarrollo infantil o nivel de funcionamiento.

Un método productivo para obtener información acerca del lugar que ocupa el niño en la familia, es pedir a los padres que describan un día de la vida del niño, sus actividades diarias, cuándo y cómo el niño y sus padres interactúan, en qué momento el niño se relaciona con sus hermanos u otro miembro de la familia, recreación, estudio, etcétera.

La historia también debe focalizarse en las fortalezas, talentos, y áreas de ajuste superior del niño. Esto ayuda a apoyar posteriormente la autoestima de los padres y del paciente, así como también provee de valiosa información acerca de los factores que pueden ayudar a aminorar o compensar las áreas vulnerables del menor.

Es esencial obtener información acerca de los antecedentes de enfermedades médicas y psiquiátricas de otros miembros de la familia que pueden traer potencialmente consecuencias ambientales o genéticas para el niño. Ejemplos de éstos son trastornos afectivos y psicóticos, conductas suicidas, trastornos ansiosos, trastornos en el espectro de los trastornos obsesivo-compulsivo y tic, alcohol y abuso de sustancias, síndrome de déficit atencional, trastor-

nos específicos del desarrollo, trastornos de personalidad antisocial y enfermedades neurológicas o metabólicas. Cuando algunos de estos trastornos han estado presentes en los miembros de la familia, deben hacerse preguntas acerca de su severidad, tratamiento, resultado, e impacto en el niño.

Es de suma importancia para el diagnóstico, la información verbal y no verbal dada por los padres, cómo se comunican entre ellos en relación a los diferentes temas tratados, así como también el tono y el afecto que usan al responder las preguntas. Al mismo tiempo pueden ser evaluadas características generales de los padres como son la salud física y mental, autoestima, competencia, flexibilidad, habilidades que facilitan el desarrollo de su hijo, la percepción de sus necesidades, respuestas frente a éstas y calidad del juego que comparten.

El psiquiatra que trabaja con el niño y su familia debe tener en cuenta que la situación de entrevista es estresante para la mayoría de los padres, éstos tienen temores y fantasías sobre el procedimiento y culpas en relación a cómo ellos han influido en el comportamiento de su hijo. A medida que la entrevista transcurre, la ansiedad va disminuyendo, lo que da lugar al entrevistador para comenzar a trabajar una alianza con ellos, sólo serán sinceros y espontáneos si ven que sus ideas y sentimientos son aceptados y respetados. El psiquiatra debe permanecer atento y sensible a los signos que puedan indicar dificultades en establecer una comunicación fluida y honesta. En caso contrario, la ansiedad no sólo puede hacer perder un tiempo muy valioso, sino que además puede introducir un persistente "como si" en relación con el clínico. Otras posibles fuentes de ansiedad son el recuerdo de anteriores experiencias frustrantes relacionadas con el problema, las circunstancias intercurrentes, el temor a las críticas, sentimientos de injusticia o miedo por las consecuencias del examen. Para prevenir su influencia en la evaluación, estas fuentes deben ponerse de relieve y actuar eficazmente contra ellas, en conjunto con una sólida promesa de alianza con los padres a fin de comprender y ayudar lo más posible a su hijo. Es aconsejable establecer una relación amistosa de mutua confianza, que facilite la reflexión en relación al motivo de consulta y que permita que los padres reconozcan la posibilidad de cambiar si la corrección del problema así lo hiciera aconsejable.

El examinador debe tener presente que las experiencias de su propio desarrollo pueden influir de forma inconsciente en su juicio sobre las actitudes y conductas de los padres, catalogándolas de "normales", "buenas", "patológicas" o "malas". Sin embargo, es el conjunto global de la interacción entre padres e hijos lo que determina el desarrollo infantil. Además, la interacción entre ambos debe valorarse

no sólo en función de la influencia parental sobre el niño, sino también, por la influencia de las características del niño sobre los padres.

Por último, la entrevista provee la oportunidad para darse cuenta sobre qué preparación han dado los padres al niño para su evaluación y recomendar alguna aproximación adicional que pueda facilitar la participación de éste. En caso de necesidad, se debe orientar a los padres sobre la forma cómo deben dirigirse y preparar a su hijo. La edad del niño, la naturaleza y gravedad del problema, y las relaciones con los padres afectan decisivamente el tipo de orientación. La explicación de los padres puede ser muy útil cuando está en relación con un problema que el niño quiere superar. En este caso, pueden decirle al niño que han pedido consejo a un especialista sobre la mejor forma de poder ayudarlo y de ayudarse ellos mismos. Es también importante que ellos otorguen su consentimiento e incentiven al menor a dar a conocer al doctor cualquier cosa concerniente a él o ella, así como materias privadas de la familia.

Entrevista al lactante, preescolar, escolar y adolescente

La entrevista clínica a los lactantes y preescolares requiere de técnicas y ambientes especiales, incluyendo una evaluación cuidadosa del desarrollo y observación directa de la interacción madre-hijo.

Evaluación psiquiátrica del lactante. La evaluación psiquiátrica del lactante tiene características específicas debido a la imposibilidad de acceso a la representación ideo-verbal y a la modalidad de expresión psicopatológica; ésta se expresa preferentemente a nivel somático, motor y como trastorno del desarrollo.

Las características específicas se refieren a:

- El carácter transdisciplinario de la evaluación, ya que el síntoma ocupa un área común somatopsíquica: lo que no se expresa a través del lenguaje y se hace a través del cuerpo.
- La importancia de la incidencia cronológica en los cuadros del lactante.
- El hecho que la evaluación del lactante descansa en el supuesto básico de una interdependencia psíquica con la madre.

La evaluación psiquiátrica del lactante comprende las siguientes dimensiones:

- Características del bebé.
- Interacción entre el bebé y la madre.
- Características de la madre.
- Características del padre y la familia en su conjunto, incluyendo la figura materna sustituta.

Características del bebé. Comprende el examen somático y la observación del comportamiento del

lactante. El análisis semiológico riguroso debe precisar la naturaleza de los síntomas, las variantes clínicas, la concordancia con situaciones significativas y su evolución.

La observación del comportamiento es descrita por los padres y observada directamente durante la entrevista en sus manifestaciones espontáneas, relación con la madre, con el padre, el profesional y otros. Se consignan primordialmente el grado de interés por los objetos y las personas, el comportamiento corporal y sensorial en las interacciones (vocalizaciones, mirada, tonalidad afectiva, placer, apatía, indiferencia afectiva, excitación entre otros)

Interacción entre el bebé y la madre. La observación entre el bebé y la madre tiene un componente completo entre la conducta de ambos: a través de los diálogos visuales, tónicos y auditivos y un componente fantasmático.

La comprensión de una disfunción entre la interacción madre-bebé pasa por decodificar la articulación entre el comportamiento y lo fantasmal. A modo de ejemplo, la no presencia reiterada de interacción visual entre una madre adolescente y su bebé se puede relacionar con un temor transgeneracional de la relación del adolescente con su abuela ciega.

Características de la madre. Las características de la madre inciden en el lactante al menos por dos razones: la madre suele ser la figura primordial del vínculo y la interdependencia entre el funcionamiento psíquico de la madre y el bebé.

Se requiere por tanto, evaluar la personalidad de la madre y los posibles conflictos en torno al rol maternal. Sin embargo, no puede otorgarse un valor unívoco a las características de la madre ya que su afecto es modulado por todas las otras variables que confluyen sean directamente en el niño, o a través de la relación de la madre con el bebé. Estas se refieren principalmente al padre, a la valorización conyugal, a la familia en su conjunto, así como a la situación real y el contexto socioeconómico de la familia.

En suma, la evaluación del lactante requiere una perspectiva trifocal, que considera simultáneamente las características del bebé, las características de los padres y la relación entre ambos.

Entrevista al niño y adolescente. Dos tipos de entrevista son usadas en el niño, la entrevista verbal y la hora de juego diagnóstica. La edad cronológica, mental, la capacidad de expresión verbal y la cooperación del niño, señalan la selección del tipo de entrevista.

El niño es generalmente la causa, pero no el agente de su derivación. Su entendimiento del rol del psiquiatra y el propósito de la evaluación es escaso y requiere clarificación por parte del entrevistador. En un comienzo es conveniente indagar

sobre las ideas que el niño tiene en relación a la razón de la entrevista y cuál es la función del especialista. Luego de una corta explicación del rol profesional, el propósito y confidencialidad de la entrevista, su duración y ausencia de procedimientos físicos dolorosos, se puede pasar a una segunda fase de conversación general. En niños pequeños es importante mencionarles al comienzo que ellos regresarán con sus padres una vez finalizada la sesión.

Durante la conversación con el niño el psiquiatra debe crear un marco emocional en el cual pueda desarrollarse una interacción entre ambos, de forma que el paciente pueda expresar directa o indirectamente sus problemas, así como también sus rasgos personales. Es necesario intentar disminuir la ansiedad (comenzando con un tópico neutral o positivo o haciendo al niño hablar sobre sus sentimientos acerca de la entrevista), dejándole libertad para que soporte solamente el grado de tensión que es capaz de dominar. En ocasiones aclarar que el propósito de la entrevista es la evaluación, y no el comienzo de un tratamiento, es tranquilizador para el paciente.

La entrevista clínica del niño nos da la posibilidad de explorar directamente las percepciones del niño en relación a su problema, la evaluación del desarrollo y el estado mental de éste.

Es conveniente que el psiquiatra observe y realice el mínimo de intervenciones. El contenido de la entrevista puede abarcar distintos aspectos de la vida del niño, como son la escuela, su grupo de pares, la familia, figuras significativas, emociones y vías de expresión, su autoimagen, etc. En este sentido, los sueños, deseos, fantasías y la respuesta del niño frente al psiquiatra, son elementos de evaluación adicionales en la entrevista.

Estudios clínicos y metodológicos sugieren que los padres en comparación con los niños tienden a informar más conductas disruptivas o externalizadas, como son inquietud, inatención, impulsividad, oposiciónismo o agresión. Inversamente, los niños pueden entregar más sentimientos y síntomas ansiosos o depresivos, incluyendo actos o pensamientos suicidas que los padres pueden no darse cuenta. Estudios empíricos sugieren que los padres son más confiables en cuanto a la información relacionada con el tiempo, mientras que los datos entregados por el niño son esenciales para evaluar sus sentimientos o actitudes. El niño puede ser la única fuente de información para algunos eventos, como son el abuso sexual, el grado de sufrimiento personal del niño, pensamientos suicidas, pensamientos obsesivos y alucinaciones. En general, la confiabilidad de los reportes infantiles de síntomas específicos aumenta con la edad, los niños bajo 10 años de edad tienden a ser menos confiables en entregar este tipo de información que sus padres.

Si el paciente es adolescente, conviene citarlo primero y explicarle que sus padres han concertado una cita para conversar sobre él. Es preferible escuchar con anterioridad su punto de vista y sus creencias en relación al motivo por el cual sus padres quisieron que viniera, con el fin de que sepa que su opinión va ser seriamente tomada en cuenta. Excluir al adolescente de la primera entrevista corre el riesgo de que el psiquiatra sea visto como un agente de los padres e ir en contra de la alianza terapéutica. El psiquiatra debe mostrar genuino interés e ininterrumpida atención, ser paciente y no apresurarse en sacar conclusiones, flexible en cuanto a la duración de la entrevista, variando el tiempo de acuerdo a la situación. Los silencios no deben ser muy prolongados. En algunas ocasiones, el adolescente se siente más comfortable si es invitado a caminar con el psiquiatra en lugar de una entrevista cara a cara y en un sitio limitado. Es fundamental ser particularmente claro con el adolescente en cuanto al secreto profesional. Cuando sea el caso, debe estar informado que se entregará un certificado a terceros con los resultados de la evaluación, como por ejemplo, cuando es derivado de un juzgado.

Por último, durante la entrevista clínica con el niño o adolescente, se debe tomar en cuenta la transferencia y contratransferencia. Por ejemplo, niños que son agresivos frecuentemente movilizan fuertes defensas en el psiquiatra; niños con alguna malformación física, pueden provocar rechazo por parte del clínico. Los sentimientos que el paciente despierta en el entrevistador son relevantes en la comprensión de la actitud que tienen los padres y los profesores hacia el niño. Las emociones y pensamientos que el niño provoca en el psiquiatra pueden ser básicos para un buen diagnóstico.

La sesión de juego diagnóstica. El niño puede estar limitado en su habilidad para explicitar verbalmente contenidos acerca de sus sentimientos o interacciones sociales. En estos casos el juego imaginativo con figuras pequeñas puede entregarnos información muy útil en cuanto a sus percepciones, y modos característicos de regular los afectos e impulsos.

En la evaluación de preescolares la sesión de juego diagnóstica es esencial. Esta es una técnica que permite conocer y comprender al niño, y al mismo tiempo observar respuestas que son comúnmente no informadas por éste. Freud fue el primero en utilizar la terapia de juego en el tratamiento del pequeño Hans: "en su juego, los niños repiten todo lo que les ha causado impresión en la vida real, con lo que hacen abreacción a la fuerza de la impresión, y por así decirlo, pasan a dominar la situación".

El juego es el discurso natural del niño. Muchos

fenómenos que no pueden ser explicados verbalmente, pueden ser observados. La capacidad de abstracción y expresión de sentimientos e ideas mediante el lenguaje oral no alcanza un pleno desarrollo, incluso en estado de plena salud, hasta la edad adulta. La comunicación verbal resulta también mermada por los efectos de la psicopatología en el proceso de maduración de la personalidad. Los niños se expresan mediante la acción, cuando les falta la palabra.

La manera como el niño juega es tan importante como el contenido del juego. La forma como lo inicia, lo apropiado para su edad y sexo, la capacidad creativa, estructura, fantasía e intensidad (particularmente en relación a la agresividad y sexualidad), deben ser tomados en cuenta. El contenido del juego imaginativo puede reflejar preocupaciones, percepciones y preconcepciones sobre su mundo subjetivo. La observación del contenido del juego con objetos ayuda a inferir procesos mentales que difícilmente se logran a través de preguntas en niños pequeños.

La labor del entrevistador es facilitar que el niño exprese su vida psíquica, fantasías, temores, impulsos, conflictos, defensas, afectos y relaciones a través del juego.

Es necesario intentar comprender al niño desde su perspectiva, lo que es un proceso simple y complejo a la vez. La imaginación y creatividad deben ser evaluados. Se puede observar cómo el o ella se acerca, explora, manipula y ordena los juguetes en relación a sus objetivos, si ocupa toda la sala o parte de ella, cuánto tiempo permanece en la actividad, su atención, tolerancia a la frustración, si los juguetes que usa son apropiados para la edad y sexo, si intenta incluir o excluir al entrevistador en el juego, por último, cómo se mueve entre la fantasía y la realidad.

En niños en edad escolar, sobre todo alrededor de la prepubertad, es posible que se sientan incómodos y rechacen el juego como medio de comunicación, por lo que es necesario estar atento a esta posibilidad y en tal caso utilizar sólo la entrevista verbal.

Examen mental. El examen mental consiste en una evaluación y descripción de la apariencia del niño y su funcionamiento, manifestado en la situación de entrevista.

El nivel mental que conocemos a través del examen expresa la función global del conjunto de la persona. El paciente puede estar "enfermo", pero él es mucho más que una "enfermedad". Por ello, una de las dificultades mayores de la evaluación del nivel mental del niño es reconocer y tener en cuenta las manifestaciones conductuales, que no están rela-

cionadas en forma directa con la psicopatología. Si el examinador atribuye una importancia sintomática a todo lo que el niño dice o hace, no sólo corre el riesgo de confundirse, sino además, de no apreciar los elementos sanos de la personalidad del paciente, la adaptación global, naturaleza y funciones de las defensas.

En el examen mental el clínico observa y evalúa las siguientes áreas: apariencia física; manera de relacionarse con el examinador y sus padres, incluyendo la facilidad con que se separa; afecto; humor; orientación en el tiempo, lugar y persona; conducta motora (nivel de actividad, coordinación, signos neurológicos suaves, dominancia cerebral, y presencia de tics o estereotipias); contenido y forma del pensamiento, incluyendo alucinaciones, delirio, trastornos del pensamiento; habla y lenguaje; nivel cognitivo; atención; memoria; funcionamiento neurológico; enjuiciamiento e *insight*; y preferenciales modos de comunicación (por ejemplo juego, dibujo, discurso directo). Esto asegura que todos los componentes significativos son examinados, con lo que se obtiene una estimación acuciosa de las capacidades mentales del paciente.

Se debe tomar en cuenta la edad y el nivel de desarrollo del niño o adolescente al realizar el examen mental. Es necesario evaluar varios niveles simultáneamente, por ejemplo, el nivel de desarrollo global y específico, la forma en que responde a los estímulos, lenguaje, cognición, afectos, interacción social y anomalías motoras. Esto puede variar de acuerdo a cómo se desarrolla la entrevista y la relación que se establece entre el niño y el entrevistador.

El clínico debe interrogarse sobre el paciente en todo momento, focalizando sus observaciones agudamente. La complejidad de estas tareas requiere tres principios. Primero, debe haber un mínimo de distractores para el entrevistador así como para el niño. Esto significa privacidad, un sitio claro y cómodo, y no muchos materiales de juego. Segundo, el entrevistador necesita tener una noción preconcebida de qué áreas deben ser exploradas, para que éstas no sean omitidas accidentalmente. Tercero, el entrevistador debe estar dispuesto a ser flexible durante la entrevista, facilitando el control de la ansiedad que ésta provoca.

Entrevista familiar. La interacción entre los distintos miembros de la familia entrega información del origen y los significados de los síntomas del niño. La manera en que las secuencias de interacción características son iniciadas y sustentadas, el rol del niño en el proceso, las emociones evocadas, las defensas empleadas, y el nivel del juicio e introspección de los miembros de la familia, constituyen una valiosa y relevante información.

Es sabido que la presencia de un niño, por su espontaneidad, origina interacciones naturales de la relación padre-hijo, que pueden ser observadas durante la entrevista. Al discutir los miembros de la familia sus problemas en conjunto, es posible pesquisar patrones de comunicación, negociación y dominancia. Sólo con observar la familia en su totalidad se puede determinar cómo los padres responden a los intentos de comunicación del niño (interesadamente, a través de una crítica o simplemente lo ignoran), notar cómo se conforman las alianzas y qué efectos producen éstas, qué miembros tiende a ser aislado por el grupo y cómo los padres ejercen o no control sobre sus hijos (sarcásticamente, maltrato físico, etc.).

Finalmente, la entrevista familiar ofrece la oportunidad de determinar la sensibilidad de la familia como un todo y su capacidad de cambio.

Por todas las razones expuestas anteriormente, es deseable que la entrevista familiar se lleve a cabo en algún momento de la evaluación, aunque esto no siempre puede realizarse, por razones de tiempo o disposición de los miembros de la familia.

Entrevista grupal. La naturaleza de las relaciones del niño y las interacciones con sus pares son tópicos muy relevantes. Mientras que los adultos hacen muchos comentarios acerca de los problemas que puede tener el niño, los pares responden "visceralmente", mostrando la impresión que tienen del paciente. Esta información es casi siempre recibida de forma indirecta desde los padres o los informes de los profesores.

En algunos centros de diagnóstico, los niños son vistos en grupo al comenzar la evaluación, de esta forma se evalúa en forma directa sus interacciones con los pares.

Otras informaciones relevantes. Es útil y necesario obtener información de otras personas que integran el mundo del niño.

Los informes escolares son muy importantes, ya que el profesor o profesora pasa un largo período de tiempo con el niño; por otra parte, tiene la oportunidad de observar las respuestas del niño frente a las demandas de trabajo, en un lugar natural de continuas y diversas interacciones con sus pares.

Muchas derivaciones al psiquiatra vienen directamente de la escuela, o porque ésta se lo ha pedido a los padres. El informe de la conducta del niño y su sintomatología en la escuela puede ser distinta a la descrita por los padres. Por ejemplo, un niño puede ser hiperactivo en la sala de clases, sólo intermitentemente en la casa y no serlo durante la entrevista. Una escala de evaluación diseñada para los profesores nos puede proveer de un formato claro y eficiente

para maximizar la información entregada. Se mejora aún más la intervención cuando el clínico acude a la escuela o habla con el o la profesora.

El pediatra puede ser también central en el proceso de información por ejemplo, respecto por ejemplo de una enfermedad crónica en el niño o un miembro de la familia, la descripción de un patrón persistente de rechazo o algún medicamento y/o sintomatología que cursa ya desde algunos años. Además, puede confirmar los datos sobre el desarrollo del niño dado por los padres; el motivo de consulta, la historia social, familiar y escolar; el desarrollo de las funciones biológicas, como el apetito, sueño, control de esfínteres y menstruación; por último, una descripción de eventos significativos como son las separaciones, enfermedades, accidentes y muertes.

Hobbies, actividades grupales y deportivas pueden ser útiles para entender cómo el niño organiza su vida. Esta información revela la forma en que el niño enfrenta las reglas, estrategias competitivas, su capacidad de funcionar como un miembro del grupo, cómo se ve él mismo en relación a los otros, capacidad de perseverar, habilidades para organizar un proyecto y creatividad. Por otra parte, este tipo de información puede servir para la evaluación de la autoestima y la colaboración en futuras entrevistas.

DEVOLUCION

El psiquiatra debe reunir la información obtenida durante la evaluación e integrarla en un resumen que unifique la naturaleza de las dificultades del paciente, los factores que pueden haber predisuesto al niño a desarrollar psicopatología, las concomitantes y consecuencias de ésta, y los acontecimientos que tienden a mantenerla o aminorarla. Todo esto nos entrega un cuadro multidimensional que orienta al profesional a las hipótesis diagnósticas y a un apropiado diseño terapéutico. Con esta información, se puede seleccionar la información que se entregará, considerando los sentimientos, ansiedades y las capacidades y/o habilidades del niño y sus padres observados en la evaluación. Si durante ésta, se realizaron test psicológicos, se puede invitar al psicólogo a participar en la devolución.

Dependiendo de la naturaleza del problema, la edad del niño y el nivel de comprensión, la devolución puede reunirse al niño con sus padres o citarlos separadamente. Es importante adecuar el tiempo para dar la oportunidad de discutir las impresiones clínicas y recomendaciones. Cuando la evaluación es iniciada por otro clínico o una agencia o la escuela, el resultado de la evaluación y recomendaciones pueden ser también comunicadas a la parte que re-

fiere después de haber conversado con los padres y el niño y haber obtenido su consentimiento.

La devolución de la información obtenida en el proceso evaluativo, difiere de las hechas por otras especialidades médicas. Hay pocas categorías diagnósticas específicas que encapsulen todos los hallazgos de la evaluación del niño. El lenguaje utilizado debe ser claro, acompañado de ejemplos que ilustren y clarifiquen la información entregada. En la discusión con los padres y/o el niño es importante no caer en el uso de terminología técnica, evitar frases ambiguas o equívocas y utilizar dentro de lo posible, el mismo lenguaje que emplea el paciente y sus padres. Es importante que a los destinatarios se les dé la oportunidad de hacer todas las preguntas que quieran.

En el caso de padres de adolescentes, y de acuerdo a la experiencia, se puede considerar útil una entrevista conjunta. Planificar la terapia solamente con los padres puede constituirse en una alianza de éstos con el psiquiatra, que excluya al adolescente, lo cual podría favorecer sus resistencias al tratamiento.

En la mayoría de los casos la familia acude a esta entrevista con considerable ansiedad. Esta, entremezclada con rasgos de la personalidad, determinará su atención o falta de atención en los tópicos discutidos. Lo que sugiere que el psiquiatra debe repetir el diagnóstico, y el plan de tratamiento varias veces, en diferentes formas. Es recomendable comenzar la devolución por los aspectos adaptativos del paciente y continuar con la patología, en la medida y ritmo con que cada pareja parental e hijos puedan tolerarlo. Es decir, comenzar por lo menos ansiógeno para continuar con lo más.

La devolución incluye el asignar al paciente una edad mental o cociente de desarrollo. Además, es necesario integrar todos los datos obtenidos en las entrevistas, las observaciones realizadas, las descripciones cualitativas de las capacidades del niño en sus diferentes áreas de funcionamiento (motora, resolución de problema, lenguaje y comunicación y social entre otras), junto con sus cualidades (por ejemplo un niño puede ser bondadoso, atractivo, inteligente, etc.) y vulnerabilidades. Esto implica integrar la información en el contexto del ambiente individual de cada paciente.

La psicopatología de la infancia generalmente está multideterminada, debe ser abordada la explicación sobre los varios factores que influyen los síntomas del niño, y la relación con el tratamiento. En ocasiones los padres tienen una o dos explicaciones en mente y ya no están dispuestos a considerar otros puntos de vista por ejemplo, la culpa parental y la ansiedad, pueden reforzar patrones patológicos en la familia, que lleven a rígidas formulaciones que

expliquen los síntomas. Esta materia debe ser discutida abiertamente con los padres, para que ellos estén dispuestos a meditar otras probables causas. Por último, también deben ser discutidas la indicación de tratamiento y las recomendaciones.

El observar la respuesta verbal y preverbal ante la recepción de la devolución del paciente y los padres, constituye una fuente informativa. Esto permite sintetizar acertadamente el caso y emitir diagnóstico y pronóstico con mayor certeza al mismo tiempo, planificar más adecuadamente la orientación terapéutica. Es útil preguntar al término de la devolución, a los padres y al niño si comprendieron la información dada y cómo se sienten al respecto. Es frecuente que durante la sesión los padres cambien su percepción en relación con las capacidades del paciente. Ellos pueden ver cualidades de sus hijos que anteriormente no habían sido reconocidas o comenzar a descubrir lados vulnerables que ellos no habían visto previo a la evaluación. Estos cambios en la percepción del niño, afectan a los progenitores en cuanto a la percepción de ellos mismos y de su rol como padres. Por otra parte, frecuentemente los niños cambian durante el proceso de evaluación, a medida que los padres se van involucrando más en una alianza con el clínico y su hijo.

El psiquiatra debe dejar abierta la posibilidad, a los padres y al niño, para que con posterioridad a la entrevista, tengan un espacio para formular nuevas preguntas que han olvidado o se han generado en la elaboración de la devolución. Debe realizarse un seguimiento para determinar como los padres han reaccionado frente a la información recibida y si ellos implementaron las recomendaciones.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Instrumentos de evaluación en lactantes

Las observaciones cualitativas, acompañadas de técnicas de evaluación estandarizada, son frecuentemente las mejores evaluaciones. Estas muestran como el niño reacciona frente a las frustraciones, formas de relacionarse con el mundo adulto, principalmente sus padres, vías que utiliza para expresar emociones, capacidad de persistencia en las tareas, nivel y fuerza con que se involucra en las actividades.

Los lactantes pueden ser observados espontáneamente, en un juego libre, solos o con sus padres. En ambos casos, se debe abarcar por lo menos 4 aspectos: a) tono afectivo predominante de los participantes, b) curiosidad e interés, c) uso de otros (padres o examinador, o los padres al examinador) y d) reacción frente a los cambios (comienzo y final de las sesiones, cambios en relación a la estructura, etc.).

Una evaluación más detallada requiere el uso de escalas como son la Escala de Gessel para Lactantes, Escala de Desarrollo de Bayley, Escala Neonatal de Evaluación Conductual de Brazelton (NBAS), etc. Se debe combinar la evaluación de las capacidades innatas, la capacidad de respuesta a diferentes estímulos y la variabilidad individual. Muchos de los procedimientos mencionados fueron desarrollados expresamente para describir variaciones individuales de las áreas de competencia en recién nacidos sanos. Por ejemplo, el Test NBAS de Brazelton describe las variadas respuestas conductuales frente a estímulos sociales y no sociales, como el comportamiento frente a los estados de alerta y sueño. El énfasis está puesto en la evaluación de las competencias sociales más que en sus capacidades perceptuales o conductuales, que se presume relacionadas con el funcionamiento cognitivo. La escala diseñada por Brazelton, en contraste con la de Gesell, que enfatiza la maduración, se localiza en la variabilidad individual de la organización neurológica del lactante.

Instrumentos de evaluación en niños y adolescentes

Aún existe debate acerca de la aplicación clínica de instrumentos estructurados, debido a la probable diferencia que podrían provocar con la alianza terapéutica por la distancia que toma el entrevistador con el paciente. La evaluación clínica requiere ser comprensiva, detallada y flexible para poder obtener los datos dentro de un contexto empático con el padre y el niño; estos elementos no pueden ser generados sólo en un formato de entrevista estandarizado. Más aún, la mayoría de las entrevistas estandarizadas poseen un inventario de síntomas y no proveen de una evaluación comprensiva de sentimientos, rasgos de personalidad, variabilidad según contextos situacionales y fuerzas adaptativas que la entrevista clínica entrega. Por otra parte, su uso ha demostrado ser útil como ayuda diagnóstica en la situación clínica, por lo que en algunos centros son ampliamente usados como rutina en la práctica psiquiátrica. Estos instrumentos incluyen: entrevistas clínicas estructuradas, cuestionarios, evaluaciones de conductas, escala de síntomas generales, escalas destinadas a identificar síndromes específicos, escalas que miden efectos colaterales de los medicamentos, historia familiar y de desarrollo del niño, datos demográficos, etc. La mayoría de estos instrumentos puede ser administrada por cualquier profesional que trabaje en el área de salud mental. Ellos son especialmente útiles, como *screening* y evaluaciones de seguimiento.

La motivación para el uso de entrevistas estructuradas y semiestructuradas ha sido mejorar la agudeza diagnóstica y confiabilidad. Usadas en un contexto clínico, estas entrevistas pueden ser útiles para facilitar que el entrevistador averigüe sistemáticamente acerca de gran cantidad de síntomas y trastornos, incluyendo los que pueden ser clínicamente significativos, pero que no son parte del motivo de consulta. Similarmente, una lista de síntomas pueden ser completados por los padres y/o niños mayores fuera de la situación de entrevista. Algunos padres o niños, especialmente adolescentes pueden inicialmente ser resistentes en relatar un área de dificultades, facilitándose este hecho a través de un contexto más anónimo, como es un cuestionario comparado con una entrevista cara a cara.

Dos entrevistas estructuradas han sido las más utilizadas. La *Diagnostic Interview for Children and Adolescent* (DICA), que fue una de las primeras en este tipo con preguntas organizadas por síndrome y la *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) que intentó ser una entrevista más fluida, con preguntas organizadas por tópicos e interesándose más por las actividades de la vida diaria del niño.

Tres entrevistas semiestructuradas han sido aplicadas con mayor frecuencia: *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS), *Interview Schedule for Children* (ISC), *Child Assessment Schedule* (CAS). Esta última, aunque menos utilizada tiene la ventaja de tener más estudios validados que los otros instrumentos.

Más recientemente se ha utilizado una gran cantidad de escalas focalizadas en síntomas específicos, las que han sido desarrolladas para permitir validez y confiabilidad en la evaluación cuantitativa de síntomas, lo que sirve para establecer una línea base y evaluar posteriormente la respuesta frente a intervenciones terapéuticas, como son la medicación. Entre las escalas útiles en la práctica clínica están por ejemplo las que evalúan severidad de los síntomas depresivos (Kazdin, 1990; Birlson, 1980); síntomas de hiperactividad, inatención e impulsividad (Conners, 1989; Swanson, 1995); síntomas ansiosos (Gittelman-Klein and Last, 1992); severidad de los tics (Leckman *et al*, 1989); trastornos alimenticios (Garner *et al*, 1983); trastorno compulsivo-obsesivo (Goormany *et al*, 1989), entre otras.

CONCLUSION

Una completa evaluación diagnóstica del niño usualmente requiere datos del paciente, familia y escuela, así como de los profesionales de la salud o instituciones que se relacionan directamente con el niño (educadores, asistentes sociales, terapeutas

ocupacionales, psicopedagogos, pediatras, psicólogos, etc.).

Durante la evaluación es necesario comprender el significado y función de cada conducta, requiriendo para esto un análisis de los múltiples factores en el niño y en el ambiente que aumentan o disminuyen la frecuencia de ésta.

La evaluación del niño es un procedimiento en el cual constantemente se está obteniendo información, revisando impresiones y planteando hipótesis todo lo cual requiere tiempo. Por otra parte, no siempre se da la situación ideal para lograr esto. Los padres pueden insistir en que la evaluación sea hecha en una sesión, o el entrevistador puede tener un limitado acceso al niño como es el caso de las evaluaciones realizadas en un ambiente hospitalario. Es importante, en estos casos, que el entrevistador deje en claro a los padres sobre las limitaciones de esta evaluación.

Lo más importante a destacar en las sesiones de evaluación, es la relación que establece el clínico con los padres y el paciente. Esta permite obtener información, ver como se relacionan con otros y ellos mismos, sentimientos, emociones y pensamientos así como sus patrones de respuesta. Todo esto nos permite una aproximación al diagnóstico psicopatológico y las potencialidades, lo que puede facilitar la introspección en futuras intervenciones.

Por último, es importante no olvidar que la entrevista y el examen mental al niño o adolescente pueden modificarse con la labilidad del paciente y su tendencia a la regresión cuando se encuentra enfermo, aprensivo o en situación no familiar. Por lo tanto, aunque una simple entrevista inicial puede proveer potencialmente información útil, ésta puede no revelar el nivel óptimo de funcionamiento infantil o su habitual nivel de funcionamiento.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury A. Teoría y Técnica del Psicoanálisis en Niños. Buenos Aires: Edit. Paidós, 1981.
- Elmhirst SI. The Kleinian Setting for Child Analysis. *Int Rev Psychoanal* 1988; 15 (5): 5-12.
- Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Edit. Tora-Masson S.A.
- Garfinkel BD, Carlson GA, Wellwe EB. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. Philadelphia: WB Saunders, 1990.
- Kashani JH, Orvaschel H, Burl JP, Reid JC. Informant variance: the issue of parent-child disagreement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1985; 24: 437-41.
- King R. Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 4S-20S.
- Klein M. El Psicoanálisis en Niños. Buenos Aires: Ediciones Hormé S.A.E., 1970.
- Larraguibel M. Historia Clínica de Niños y Adolescentes. Apunte Docente Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Depto. de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Sur.
- Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Baltimore: Williams & Williams, 1991.
- Rutter M, Hersov LL. Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches. 2nd ed. London: Blackwell Scientific Publications, 1984.
- Siquier de Ocampo ML, García ME. Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico. Tomo 1. Buenos Aires: Edit. Ediciones Nueva Visión, 1979.

ANEXO
HISTORIA CLINICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Fecha:.....

Datos aportados por:

Número de ficha:

ENTREVISTA A LOS PADRES

Consignar fuente de referencia

1. Generalidades (nombre, edad, curso del niño, etc.).
2. Motivo de consulta
3. Familia
4. Historia escolar
5. Cuidado extrafamiliar (sala cuna, jardín infantil, etc.)
6. Historia del niño
7. Antecedentes mórbidos familiares
8. Día de vida (día de semana, fin de semana, etc.)
9. Cierre

ENTREVISTA AL NIÑO O ADOLESCENTE

Aclarar rol del entrevistador, propósitos y duración de la entrevista

1. Generalidades (nombre, edad, curso del niño, etc.)
2. Areas a explorar:
 - a. Escolar
 - b. Social
 - c. Familiar
 - d. Emocional
3. Exploración del mundo de fantasía del niño (sueños, deseos, etc.)
4. Motivo de consulta
5. Dibujo de la familia imaginaria

EXAMEN MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

1. Apariencia física
2. Conducta motora
3. Capacidad de atención
4. Habla
5. Capacidad de relacionarse
6. Afectos
7. Lenguaje
8. Procesos del pensamiento
9. Funciones cognitivas
10. Evaluación de la realidad externa
11. Estimación general de la inteligencia
12. Nivel general de adaptación
13. Respuesta subjetiva del examinador respecto del niño

HORA DE JUEGO DIAGNÓSTICA

1. Elección de juguetes y de juego
2. Modalidad de juego
3. Personificación
4. Motricidad
5. Creatividad, capacidad simbólica
6. Tolerancia a la frustración
7. Adecuación a la realidad
8. Vínculo con el entrevistador
9. Lenguaje
10. Capacidad de atención y de concentración
11. Respuesta subjetiva del examinador respecto del niño y del niño con el examinador.

tica o entidad nosológica, está especialmente indicado para revelar la dinámica de las relaciones interpersonales, de sus constelaciones de impulsos y la naturaleza de las defensas contra ella.

Este test proyectivo, como está constituido por dibujos de animales, es relativamente independiente de la cultura y puede emplearse en distintos grupos etnográficos.

L. Bellack propone un análisis interpretativo en función de 10 variables: 1) tema principal, 2) héroe, 3) reacción frente a las figuras visualizadas como..., 4) el héroe se identifica con..., 5) figuras, objetos y circunstancias que introduce, 6) objetos o figuras omitidas, 7) naturaleza de las ansiedades, 8) conflictos, 9) castigo por un crimen y 10) desenlace. Además agrega un ítem: nivel de maduración.

Las respuestas que el niño elabora, es decir, el crear, inventar o fantasear historias en torno a cada una de las 10 láminas son analizadas en torno a las 10 variables mencionadas anteriormente.

EVALUACION DE ASPECTOS INTELECTUALES

Previo a evaluar la capacidad intelectual en un niño es importante considerar los factores maduracionales y de personalidad ya que es posible detectar el coeficiente intelectual (CI) presente y el CI potencial.

Es importante previo a la evaluación, recoger la mayor cantidad posible de información acerca del niño, fomentando la máxima cooperación de profesores, padres, médicos, etc. evitando los diagnósticos ciegos.

A continuación se plantearán algunas hipótesis en torno a la inteligencia de acuerdo a lo estipulado por David Rapaport:

- Todo individuo nace con una capacidad latente para el desarrollo intelectual, esta capacidad se materializa desenvolviéndose a través de un proceso de maduración.

- Este proceso de maduración es favorecido o restringido por la riqueza o pobreza del estímulo recibido en el medio educacional, durante los primeros años de formación.

- El proceso de maduración es un aspecto del desarrollo de la personalidad y es guiado o coartado por el desarrollo emocional experimentado por el sujeto.

- En el curso del desarrollo se diferencian diversas funciones, susceptibles de ser evaluadas por los test de inteligencia.

- Los desórdenes emocionales o las lesiones cerebrales pueden provocar una disminución, detención o regresión del proceso madurativo.

- Las funciones que se desarrollan sin trabas, recogen y asimilan automáticamente del medio educacional hechos y relaciones, y los organizan dentro de un marco de referencia para nuevas experiencias y producciones.

- La educación alimenta a estas funciones, con un material de exposición sistemática, enriqueciendo el repertorio de hechos y relaciones a disposición del individuo.

- La riqueza de la experiencia vital de la última época de la adolescencia y de la edad adulta puede enriquecer ulteriormente dicho repertorio.

- Una predilección cultural específica puede llevar al individuo a fuentes más ricas de información sobre los hechos y relaciones.

Escala de inteligencia de Wechsler

A continuación se realizará una breve descripción de la escala de inteligencia de Wechsler. Este autor prefirió no utilizar el concepto de Edad Mental (EM) en el cálculo del CI. Propuso transformar los puntajes directamente a un coeficiente intelectual, CI.

La edad mental se utiliza para calcular o estimar el grado de madurez mental en un individuo, independiente de su edad cronológica. Se critica que según este procedimiento, dos o más sujetos pueden obtener idéntica edad mental sin tener un nivel intelectual igual.

El CI obtenido a través de la fórmula de Binet no constituye un dato fiel y discriminativo de las capacidades intelectuales de los niños (por ej. si tenemos 2 niños, uno con EC = 5 y EM = 6, y el otro EC = 10 y EM = 12, ambos obtendrán el mismo CI de 120, sin embargo el primero presenta una EM superior en 1 año, mientras que el segundo está presentando diferencia de 2 años).

Al no utilizar el concepto de EM, Wechsler obtuvo los CI comparando el rendimiento de cada sujeto, no con los grupos de edades homogéneas, sino con los puntajes obtenidos por individuos de la misma edad.

Los test de Wechsler entregan 3 CI para cada sujeto: CI Verbal; CI Manual, CI Total, para obtener el CI es necesario conocer exactamente la edad del niño evaluado.

Wechsler ha desarrollado escalas para medir la inteligencia en los distintos grupos o niveles de edad:

- Escala de inteligencia para preescolares (WPPSI). Su aplicación es desde los 3 años, 10 meses, 16 días hasta los 6 años, 7 meses, 15 días.

- Escala de inteligencia infantil en su versión revisada (WISC-R). Su aplicación es desde los 6 años, 0 días hasta los 16 años, 11 meses, 30 días.

TABLA 7-1
CATEGORIAS DIAGNOSTICAS

CI	Categoría
24 ó menor	RM profundo
25-39	RM severo
40-54	RM moderado
55-69	RM leve
70-79	Limitrofe
80-90	Normal lento
90-110	Promedio
110-120	Normal superior

- Escala de Inteligencia para adultos (WAIS). Se aplica a partir de los 16 años de edad.

Los resultados de las escalas de CI verbal, manual y total se distribuyen normalmente en la población según la curva normal de Gauss donde el promedio se ha fijado en 100 y la desviación estándar en 15.

Los valores de C.I. así obtenidos pueden ser agrupados en las distintas categorías diagnósticas utilizadas que se detallan en la Tabla 7-1.

Los test de inteligencia de Wechsler constan de 2 escalas, una verbal y otra manual, las cuales poseen sub-tests que evalúan diferentes habilidades.

A continuación se mencionará cada uno de los sub-tests según la escala que corresponda y lo que mide cada una de ellas.

Sub-tests de la escala verbal:

Información. Mide el grado de conocimientos generales o información que el niño ha adquirido en el contacto con el medio ambiente.

Semejanzas. Mide la capacidad de conceptualización. Evalúa el grado de abstracción del sujeto, reflejando y discriminando distintos niveles de razonamiento (concreto, funcional, abstracto).

Aritmética. Mide la capacidad de razonamiento aritmético aplicada a situaciones concretas. La agilidad mental y capacidad de atención y concentración. Es vulnerable, por lo tanto a la influencia emocional del momento.

Vocabulario. Mide inteligencia general en sus aspectos cualitativos. Evalúa la capacidad para elaborar conceptos, la habilidad de comprender y utilizar el lenguaje, así como la capacidad de aprendizaje formal e informal.

Comprensión. Explora el sentido común (capacidad de enjuiciar racionalmente situaciones sociales problemáticas). Mide información práctica que

tenga el niño. Habilidad para evaluar y utilizar experiencias pasadas.

Retención de dígitos. Mide memoria secuencial, capacidad de retención inmediata, capacidad de atención y concentración.

Sub-tests de la escala manual:

Completación de cuadros. Mide la capacidad para distinguir lo esencial de lo accesorio, habilidad conceptual y perceptual y capacidad de atención y concentración.

Ordenación de historias. Mide la capacidad para captar visualmente una situación global y ordenarla en una secuencia temporal con un orden lógico. Explora la capacidad de anticipación y planeamiento y juicio social.

Cubos. Mide capacidad de percibir, analizar y sintetizar a partir de estímulos abstractos. Evalúa el grado de abstracción del sujeto. Implica coordinación visomotora y atención mantenida.

Ensamblaje. Mide la capacidad de análisis y síntesis a partir de estímulos concretos. Capacidad de inducir una totalidad desde sus partes. Aporta datos cualitativos, reacción ante el fracaso, método de trabajo y coordinación motora.

Claves. Mide coordinación visomotriz; organización no verbal y memoria. Implica asociación de símbolos, rapidez psicomotora, destreza visomotora y flexibilidad frente a nuevas situaciones de aprendizaje.

Laberintos. Mide la capacidad de anticipación y planificación, coordinación visomotora y rapidez.

El realizar el análisis factorial de estas sub-pruebas, permite concluir los siguientes resultados evaluados: relaciones espaciales, habilidad conceptual, secuencias, organización perceptual, comprensión verbal y resistencia a la distractibilidad.

El test de Bender-Koppitz para niños

Tiene como objetivo evaluar la madurez visoperceptivomotora y daño o lesión cerebral en los niños.

Lauretta Bender plantea que es posible estudiar los procesos de maduración y de alteración patológica del funcionamiento cerebral en los niños, exponiéndolos a ciertos complejos estimulantes y observando las modificaciones con respecto a ellos que aparecen en su reproducción por la acción de este sistema integrador y mediador del individuo.

El test consiste en 9 formas o dibujos geométricos trazados en negro sobre láminas de cartulina, las cuales son presentadas al sujeto, una por una, para ser copiadas en una hoja en blanco. A través de las reproducciones así obtenidas, se analiza y se evalúa

como el niño ha estructurado los estímulos perceptuales. Para su evaluación se consideran las desviaciones y distorsiones en las reproducciones de las figuras.

Hasta que el niño llega a reproducir los dibujos con la misma precisión que un adulto normal, pasa por diversas etapas con características específicas, las cuales permiten establecer su nivel de maduración de la función giestáltica y las alteraciones que ésta sufre por la acción de los diversos procesos patológicos.

Elizabeth Koppitz construyó a partir del test de Bender inicial una escala de maduración e investigó la relación entre el test y las lesiones cerebrales, llegando a establecer ítem que son indicadores de esta patología.

Por otra parte también describió indicadores de perturbación emocional para evaluar a los niños con problemas emocionales.

La edad de aplicación del Bender-Koppitz es desde los 5 años hasta los 11 años de edad.

Administración del test de Bender:

Materiales:

- 9 figuras del test de Bender
- Protocolo de prueba: mínimo 2 hojas de papel
- Lápiz grafito
- Goma de borrar.

La prueba se administra en forma individual, sentando al niño frente al examinador.

La escala de maduración consiste en 30 ítem de puntuación mutuamente excluyentes, los cuales se computan como presentes o ausentes de acuerdo a una pauta preestablecida. De este modo un niño podría recibir un puntaje de 30. Como se computan los errores, un puntaje alto indica un pobre desempeño, así como un puntaje bajo indica un buen resultado.

Se considera que el test de Bender es una ayuda valiosa en el diagnóstico de lesión neurológica, al respecto L. Bender señala que la percepción visomotora es una función integral de la personalidad como un todo y que está controlada por la corteza cerebral. Cualquier perturbación en este centro máximo de integración modificará la función integradora del individuo. Existen indicadores de lesión cerebral en niños de 5 a 10 años.

Un Bender pobre indica la posibilidad de daño cerebral, especialmente si el puntaje obtenido está a más de una desviación estándar de la norma para ese nivel de edad. Pero nunca debe hacerse un diagnóstico definitivo de lesión cerebral basándose sólo en el puntaje obtenido en el Bender. Tampoco puede

descartarse la existencia de lesión neurológica porque se obtenga un buen desempeño en el Bender.

La validez de un diagnóstico de daño cerebral aumenta mucho más cuando, al analizar el protocolo se considera no sólo el puntaje total, sino también los ítem individuales que están asociados a lesión neurológica.

Un Bender con un puntaje bajo y que presenta varios indicadores de daño cerebral puede sugerir la existencia de una lesión neurológica, mientras que un Bender también pobre, con un mínimo de indicadores orgánicos puede hacernos suponer que se trata de un niño que madura más lentamente y que no sufre ninguna disfunción en su percepción visomotora.

BIBLIOGRAFIA

- Adriazola A, Ascencis A y cols. Estandarización de la Escala Revisada de Wechsler para la Medición de la Inteligencia en Niños (WISC-R). Tesis para optar al título de Psicólogo. Esc. de Psicología. U. Católica de Chile. 1976.
- Alessandri AM. Test de Rorschach y Psicodiagnóstico de la Personalidad. Santiago, Chile: Ed. Universitaria.
- Aracena M. Introducción al Estudio del Test de Rorschach. Santiago, Chile: Ed. Andrés Bello, 1980.
- Bellack L y S. Test de Apercepción Infantil con Figuras Animales (C.A.T. - A). Buenos Aires: Ed. Paidós, 1979.
- Bellack L y S. Test de Apercepción Infantil con Figuras Humanas (C.A.T. - H). Buenos Aires: Ed. Paidós, 1986.
- Bender L. Test Giestáltico Visomotor. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1955.
- Bernstein J. Introducción al Manual del Test de Apercepción, Temático (T.A.T.) de H. Murray. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Böhm E. Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach. España: Ed. Morota, 1953.
- Bourgues S. Test para el Diagnóstico Infantil, elección e interpretación de pruebas. Madrid: Ed. Kapeluz, 1981.
- Koppitz E. El Test Giestáltico Visomotor para Niños. Buenos Aires: Ed. Guadalupe, 1982.
- Murray H. El Test de Apercepción Temática. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Phillipson H. Test de Relaciones Objetales. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1995.
- Rapaport D. Test de Diagnóstico Psicológico. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1979.
- Siquier de Ocampo MLy otros. Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1987.

Capítulo 8

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS INFANTILES

ROBERTO YUNES

RESEÑA HISTORICA DE LAS NOSOGRAFIAS EN PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

Las primeras descripciones de los problemas mentales del niño aparecen en el siglo pasado con Moreau de Tours y Magnost. En 1903, Binet introduce una primera clasificación basada en la utilización de escalas psicométricas que establece pautas para una escolarización común o especializada. En 1915, Collin describe como retardos mentales cuadros que luego serían descritos como neurosis y psicosis infantiles.

En 1935 Kanner publica su tratado de psiquiatría infantil, donde enumera una serie de principios diagnósticos de varios tipos de "dificultades de la personalidad" (*personality difficulties*) expresión que adjudica a lo que hoy llamaríamos trastornos.

Por otra parte, Hewitt y Jenkins en 1946 llevan a cabo el primer intento de sistematizar los diagnósticos de niños y adolescentes. A partir de 1966, Achenbach y el Grupo por el Avance de la Psiquiatría (GAP) proponen nuevos enfoques conceptuales. El Comité de Psiquiatría Infantil del GAP en los Estados Unidos publicó un documento en el que propone una clasificación de los trastornos psicopatológicos de la infancia que tiende a ser lo más ecléctica posible en la consideración de los diversos enfoques teóricos y hace un esfuerzo extraordinario para agruparlos de la manera más racional y lógica. Achenbach desde sus primeros ensayos, fue tomando en cuenta la necesidad de una diferenciación dimensional de la conducta en la infancia, sustentada por la práctica clínica, siendo este un requerimiento para los estudios epidemiológicos y transculturales.

Entre 1966 y 1979, este autor junto con Edelbrock confeccionó escalas para diferenciar los problemas de conducta de los niños y adolescentes. La idea de estos investigadores era llegar a encontrar, a partir de las investigaciones en la práctica, un instrumento de medición para las características disfuncionales y las habilidades sociales y así, poder evaluar las ne-

cesidades del niño y su pronóstico. Este instrumento debería permitir la evaluación de niños de diferentes culturas sin ser invalidada por los rasgos característicos de las mismas como lo indican los estudios realizados por Montenegro en Chile, Rubio Stipecc en Puerto Rico y Livia & Ortiz en Perú. En 1969, Rutter y sus colaboradores propusieron una clasificación pluridimensional a tres ejes de los trastornos psiquiátricos infantiles y en 1975 Rutter, Shaffer y Shepherd llevaron a cabo la evaluación de una propuesta de clasificación multiaxial para la OMS que incluía cuatro ejes. El mismo año se publicó la guía de clasificación que emplean Rutter, Shaffer y Sturge en Londres que incluía cinco ejes.

En la actualidad se utilizan dos clasificaciones internacionales de trastornos mentales y del comportamiento: el DSM IV elaborado por la *American Psychiatric Association* y otra, la CIE 10, confeccionada por la Organización Mundial de la Salud como parte de su Clasificación Internacional de Enfermedades. La primera se encuentra disponible en su cuarta edición (1994) y la segunda en la décima (1992). Ambas clasificaciones incluyen apartados dedicados a la patología psiquiátrica de la edad del desarrollo.

Conviene tener en cuenta que la *American Academy of Pediatrics* ha desarrollado la Clasificación de los Diagnósticos Mentales de los Niños y Adolescentes para Atención Primaria. Ha llegado hasta nosotros la versión para niños y adolescentes correspondiente al Manual Diagnóstico y Estadístico para Atención Primaria (DSM-PC), que representa un esfuerzo más para facilitar la comunicación entre los profesionales de distintas áreas y la optimización de las derivaciones.

CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

En 1952 aparece el DSM I como una variante de la CIE 6 (primera en dedicar un apartado a los trastornos mentales). En un principio, resultaba muy

difícil encontrar la relación entre los diagnósticos de ambas clasificaciones, pero tal tarea se ha simplificado debido a que en el DSM IV figuran los códigos correspondientes a las dos últimas ediciones de la clasificación de la OMS. Si bien la CIE 10 está en plena vigencia en Europa, en EE.UU. recién se hará oficial para fines de la década del 90 y hasta entonces se rigen por la CIE 9 MC (versión modificada para uso clínico).

Cabe aclarar que existen dos traducciones al castellano del capítulo dedicado a los trastornos mentales de la CIE 10: la publicada en España en 1992 (Editorial Meditor) y la publicada por la OPS, que recién vio la luz en 1995. Entre dichas versiones existen varias diferencias en cuanto a la terminología empleada. Si bien la que corresponde utilizar en Latinoamérica es la de la OPS, sin embargo el uso de la primera está más difundido ya que apareció tres años antes.

Además pueden rastrearse variaciones tanto terminológicas como diagnósticas entre las versiones en castellano de la CIE 10 y el DSM IV. Con respecto a las primeras, señalaremos algunas consideraciones acerca de los temas que atañen a la psiquiatría infanto-juvenil.

A) "Ansiedad" y "angustia" se emplean como sinónimos, pero generalmente figura "ansiedad".

B) "Trastorno" se emplea en la CIE 10 de forma genérica (con mayor amplitud que su equivalente en inglés) para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Si bien no es un término preciso, se evitan así los problemas que plantea el uso de términos como "enfermedad" o "padecimiento".

C) "Trastorno mental" en el DSM IV se lo emplea por razones históricas y por no hallarse una nomenclatura sustituta más adecuada. Se reconoce que el término implica una dicotomía cuerpo-mente que se correlaciona con el dualismo trastornos físicos-trastornos mentales y que dista de expresar objetivamente la realidad. El DSM IV lo define como: síndrome o patrón psicológico o de conducta clínicamente significativa que ocurre en un individuo y que se asocia con disconfort (ej. dolor) o incapacidad (en una o más áreas del funcionamiento personal) o con un riesgo más alto de sufrir la muerte, dolor, incapacidad o una pérdida importante de la libertad. Además, ese síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta normal o previsible frente a una situación dada (ej. la muerte de un ser querido). Independientemente de la causa, debe ser considerado una manifestación de la disfunción biológica, psicológica o del comportamiento de una persona. Ninguna conducta derivada (ej. sexual, política o

religiosa) y ningún conflicto que primariamente ocurra entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales a menos que ese desvío o conflicto sea el síntoma de una disfunción del individuo. En síntesis, el término se emplea para referirse a la mayor parte de las categorías contenidas en el capítulo sobre patología psiquiátrica de la CIE. Algo que tal vez no pensaron quienes decidieron englobar dentro del término "trastorno" a la casi totalidad de las enfermedades mentales, es que lo que siempre se llamó "enfermo mental" o "enfermo psiquiátrico", ahora podría, lícitamente llamarse "trastornado mental" o simplemente "trastornado".

Para alcanzar la validez internacional de las clasificaciones en estudio se ha recurrido a varias estrategias. El respaldo científico se basa en la utilización de la estadística como herramienta. El criterio estadístico considera "normal" al individuo promedio: aquel cuyas características se acercan a la media (o promedio aritmético) de las características del grupo al que pertenece. Se trata de un criterio cuantitativo que considera que cuanto más lejos se está del promedio, más se aleja de la normalidad. En la curva de Gauss los valores se distribuyen alrededor de un valor medio y el resto se ubica a uno y otro lado de la misma. A estas dos desviaciones se las conoce como desvíos estándar. Cuando un valor cae más allá de dos desvíos estándar se lo rechaza o se lo considera falso a la luz de la hipótesis de trabajo. Es decir, un individuo cuyo rendimiento se sitúa más allá de dos desvíos estándar de la media se considerará portador de algún trastorno.

Organización y características del DSM IV

El DSM IV tiene objetivos para su uso clínico, educacional y de investigación. En la parte diagnóstica del manual los trastornos están agrupados en 16 clases principales y una adicional denominada "Otros problemas que puedan ser objeto de atención clínica". La separación de clases no obedece a criterios uniformes sino que cada una se agrupa según principios organizativos particulares. En el plan de organización del DSM IV se lee: "La primera sección está dedicada a los Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia. Esta división de la clasificación de acuerdo con la edad de presentación de un trastorno sólo está planteada por razones de conveniencia y no es absoluta. Aunque los trastornos incluidos en esta sección suelen ponerse de manifiesto por vez primera durante la infancia y la adolescencia, algunos sujetos diagnosticados con los trastornos que aparecen en la mencionada sección (ej. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) pueden no ser objeto de atención clínica hasta la edad adulta. Además, no es raro que la

infancia o la adolescencia sean la edad de inicio de diferentes trastornos incluidos en otras secciones (ej. trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno de ansiedad generalizada). Por consiguiente, los clínicos que trabajan primordialmente con niños y adolescentes deben familiarizarse con todo el manual y quienes trabajan preferentemente con adultos deben conocer este apartado."

Explicita que el hecho de presentar una sección específica destinada a trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia es sólo una cuestión de conveniencia y no se pretende sugerir que existe alguna distinción clara entre los trastornos "infantiles" y "adultos". Aunque la mayor parte de los sujetos con estos trastornos se presentan en la asistencia clínica durante la infancia o la adolescencia, a veces los trastornos en cuestión no se diagnostican en la etapa infantil. Es cierto que cuando aparecen en la niñez no tienen indicadores tan precisos como en el adulto, pero es importante el diagnóstico precoz a modo de prevención. Existen también varios trastornos incluidos en otros apartados de este manual que suelen tener su inicio durante la infancia o la adolescencia. Al evaluar a un niño o adolescente se deben tener en cuenta los diagnósticos incluidos en este apartado, pero también deben considerarse los que se describen en otras secciones de este manual (ej. depresión, trastornos de la conducta alimentaria). Los adultos, pueden ser diagnosticados con trastornos incluidos en este apartado si su presentación clínica satisface criterios diagnósticos relevantes (ej. tartamudeo, pica). Un trastorno que se diagnostica en un adulto puede haber tenido su inicio en la infancia y encontrarse en el momento actual en "remisión parcial" (ej. trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado en remisión parcial). "Pero debemos dejar en claro que, en el DSM IV la mayor parte de los trastornos que se encuentran desarrollados pueden aplicarse tanto a niños como adolescentes y a adultos (ej. si un niño o un adolescente tiene síntomas que cumplen los criterios de trastorno depresivo mayor, se le asignará este diagnóstico prescindiendo de su edad)". A la luz de las características particulares que adoptan las diferentes entidades clínicas según el grupo cultural es muy importante la reciente inclusión en esta clasificación del epígrafe "síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo."

En realidad no se han tomado en cuenta todos los criterios existentes en cada cultura. Los latinoamericanos poseemos nuestros rasgos propios y a su vez, cada país cuenta con costumbres, creencias y mitos autóctonos como también con sus propios modismos en el lenguaje.

En la práctica, los psiquiatras infantiles observa-

mos la importancia de los síntomas que aparecen en edades cada vez más tempranas, constituyendo cuadros propios que dan su peso a la especialidad en Psiquiatría infanto-juvenil, y así observamos en la clínica que en muchos pacientes que presentan trastornos de ansiedad, ya sea como crisis de angustia con o sin agorafobia, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada entre otros, al recabar sus datos en la historia clínica, aparece desde edad temprana el trastorno por ansiedad de separación que en el DSM IV se lo incluye en la sección "Otros trastornos de la niñez o la adolescencia".

En el libro *Sistemas Diagnósticos en Psiquiatría*, el Dr. Jorge Castro Morales expresa que "todos los avances respecto de la identificación de trastornos propios de la adolescencia son borrados de un plumazo y subsumidos en las categorías propias de los adultos. De otro lado, la especificación de trastornos de identidad genérica, propios de la niñez y adolescencia, es también eliminada, por lo que se puede concluir que el DSM IV pone de manifiesto un diferente énfasis en la importancia que se le otorga a los trastornos de la infancia en su conjunto."

Este punto es sumamente importante ya que los que trabajamos con niños y adolescentes nos encontramos con serias dificultades para evaluarlos en las categorías correspondientes a los adultos. No sólo los trastornos de identidad genérica, sino también todos los cuadros que se inician en esa etapa (ej. esquizofrenia, depresión, trastornos de la alimentación, etc.).

La diferencia fundamental entre el DSM IV y la CIE 10 es que con el primero se realiza una evaluación *multiaxial*, quiero decir con esto que se realiza una evaluación en 5 ejes diferentes, cada uno de los cuales corresponde a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. Se describen a continuación los cinco ejes del DSM IV.

EJE I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (Tabla 8-1). Se refiere a los problemas que pueden ser objeto de atención médica. Este eje incluye los Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (se excluye el retraso mental que se diagnostica en el eje II).

EJE II: Trastornos de la personalidad y retraso mental (Tabla 8-2). También este eje se lo utiliza para hacer constar los mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Enumera los trastornos de la personalidad y el retraso mental en un eje separado, asegurando así que se tomará en consideración la posible presencia

TABLA 8-1

EJE I:

TRASTORNOS CLINICOS

OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCION CLINICA

- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
- *Delirium*, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica
- Trastornos relacionados con sustancias
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos facticios
- Trastornos disociativos
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos del sueño
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
- Trastornos adaptativos
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención médica.

TABLA 8-2

EJE II:

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
RETRASO MENTAL

- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno esquizotípico de la personalidad
- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno narcisista de la personalidad
- Trastorno de la personalidad por evitación
- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- Trastorno de la personalidad no especificado
- Retraso mental.

de trastornos de la personalidad y retraso mental, anomalías que podrían pasar desapercibidas cuando se presta atención al eje I, habitualmente más florido.

EJE III: Enfermedades médicas. Incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión y el abordaje del trastorno mental del sujeto. Estos estados están clasificados fuera del capítulo "Trastornos mentales" de la CIE 10.

EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales (Tabla 8-3). Cabe destacar la importancia de incorporar los factores psicosociales con relación a las definiciones centrales en psiquiatría infantil, no como factores asociados ni dentro de ejes aleatorios, sino como agentes etiopatogénicos de la mayor importancia en la comprensión de los procesos del desarrollo normal o patológico.

Estos problemas sociales y ambientales pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Eje I y II). Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, insuficiente apoyo social o de recursos personales. Este eje es muy importante para relacionar al niño con su familia. En la clínica vemos cada vez más, la carencia de familia que contenga a sus miembros, sobre todo a los niños, que son los más indefensos dentro del sistema. La falta de una red más amplia en lo social para proteger a la infancia y de figuras parentales, los problemas y las dificultades económicas en las familias favorecen la disgregación de la misma.

TABLA 8-3

EJE IV:

PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo
- Problemas relativos al ambiente social
- Problemas relativos a la enseñanza
- Problemas laborales
- Problemas de vivienda
- Problemas económicos
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen
- Otros problemas psicosociales y ambientales.

TABLA 8-4

ESCALA DE EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

91 - 100	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
81 - 90	Síntomas ausentes o mínimos (ej. ligera ansiedad ante un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (ej. una discusión ocasional con miembros de la familia).
71 - 80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (ej. descenso temporal del rendimiento escolar).
61 - 70	Algunos síntomas leves (ej. humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (ej. hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
41 - 50	Síntomas graves (ej. ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (ej. sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
31 - 40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (ej. el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio o el estado de ánimo (ej. un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
21 - 30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (ej. a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (ej. permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
11 - 20	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (ej. intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) u ocasionalmente de mantener la higiene personal mínima (ej. con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (ej. muy incoherente o mudo).
0	Información inadecuada.

En la práctica cotidiana observamos que una vez resuelta la crisis aguda o diagnosticada la enfermedad nos vemos impedidos de reubicar al niño en su grupo familiar, por la falta o la peligrosidad de la misma. La inexistencia de redes comunitarias que ofrezcan lugares de derivación retrasan la externación de los niños y adolescentes.

En Argentina la falta de escuelas para niños autistas o con otros trastornos generalizados del desarrollo lleva a los padres a viajar al hospital desde largas distancias que impiden la regularidad del tratamiento y su abandono, muchas veces por la carencia de recursos económicos.

EJE V: Evaluación de la actividad global (Tabla 8-4). Incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto que le permite planear el tratamiento y medir su impacto, predecir la evolución. Puede evaluarse utilizando la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Esta escala sólo debe ser utilizada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. En los hospitales o servicios de salud mental es importante utilizarla tanto en el momento de la admisión como en el alta. En el apéndice B del manual se incluyen 3 escalas adicionales: una de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL), otra de evaluación global de la

actividad relacional (EEGAR) y por último, la escala de mecanismos de defensa.

El tipo de información del DSM IV puede dividirse en: 1) tablas con criterios y 2) subtipos y especificidades. Estos últimos no son tomados en cuenta por la CIE 9 MC, mientras que la CIE 10 codifica sólo algunos.

Organización y características de la CIE 10

El libro "Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico" fue el primero de una serie de publicaciones que desarrollan el capítulo V (al que se le asignó la letra F) de la CIE 10 correspondiente a los Trastornos mentales y del comportamiento. La serie se completa con el volumen "Criterios Diagnósticos de Investigación" y una versión para ser empleada por el personal sanitario general en atención primaria (de reciente aparición en castellano).

La CIE 10 utiliza un sistema de codificación alfanumérico de categorías de una letra seguidos de dos números que completan el nivel de 3 caracteres (A00-Z99). Así se ha conseguido un número considerable de categorías disponibles para la clasificación. Un nivel de cuatro caracteres permite subdivisiones numéricas decimales de mayor detalle. El capítulo V consta de cien categorías. Sin embargo varias de ellas aún no se utilizan con el objetivo de permitir cambios sin necesidad de rediseñar el sistema entero. Fue pensada para ser la clasificación nuclear de cada una de las familias de enfermedades y de circunstancias relacionadas con la sanidad. La utilización de caracteres adicionales hasta cinco o seis permite detallar más específicamente alguna de sus partes. Por el contrario, a veces es necesario condensar las categorías.

Los trastornos de niños y adolescentes (secciones F80 a F89: Trastornos del desarrollo psicológico y F90 a F98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia), abarcan únicamente aquellos que son específicos de estas edades. Varios de los trastornos de otras categorías pueden presentarse en personas de casi cualquier edad y, si bien pueden ser utilizados para niños y adolescentes, al decir de esta clasificación, consideramos que ésta no constituye una propuesta acertada ya que de esta forma parecería que situaciones como los trastornos de la conducta alimentaria (F50), los trastornos no orgánicos del sueño (F51) y los trastornos de la identidad sexual (F64) ocurrieran sólo esporádicamente o que su diagnóstico en los más jóvenes fuera forzado. Por otra parte, para algunos tipos de fobias que se presentan en la infancia se plantean problemas concretos de clasificación, tal como se especifica en el trastorno de ansiedad fóbica de la infancia (F93.1).

En el anexo del tomo V de la CIE 10 figuran en forma breve los capítulos de la clasificación más relevantes para los servicios de salud mental:

Capítulo VI	Enfermedades del sistema nervioso (G)
Capítulo XVI	Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas (Q)
Capítulo XVIII	Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte
Capítulo XIX	Lesiones, intoxicaciones y otras secuelas de causas externas (S,T)
Capítulo XX	Causas externas de morbilidad y mortalidad (X)
Capítulo XXI	Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud (Z)

"La CIE 10 en la sección de Psiquiatría infantil ha abandonado muchas palabras tradicionales (dislexia, por ejemplo) porque han sido utilizadas de manera muy poco precisa. Algo parecido sucede con el autismo. La desventaja de tener que decir trastorno específico de la lectura o trastorno generalizado del desarrollo frente a dislexia o autismo se ve compensada por una mayor precisión. Bien es verdad que es frecuente que las clasificaciones se utilicen mal, es decir, tomando de ellas los nombres de los trastornos sin aplicar pautas y criterios diagnósticos con precisión. Sería penoso que esto sucediera y que trastorno específico de la lectura no fuera un diagnóstico, una alforja, más preciso que dislexia" (nos dice en el prólogo de la edición española el Dr. Juan J López Ibor Aliño, director de la sede en el hospital Ramón y Cajal del Centro colaborador de la OMS).

En resumen, las categorías correspondientes a la infancia, niñez y adolescencia se encuentran en los siguientes apartados de las clasificaciones internacionales:

- CIE 10:**
- F70-79 Retraso mental
 - F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico
 - F90-99 Trastornos del comportamiento y las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- DSM IV:**
- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (codificable en el eje I)
 - Retraso mental (codificable en el eje II)

Es importante reconocer que tanto una clasificación como otra se deben al esfuerzo de muchos

colegas e instituciones que brindaron su aporte para llegar a un entendimiento a las distintas disciplinas y escuelas del pensamiento psiquiátrico de todo el mundo. Por otro lado, se debe pensar en una permanente revisión ya que todavía existen falencias importantes en ambas clasificaciones con respecto a la constelación que abarca la patología de la franja etaria que nos ocupa.

Comparación entre la CIE 10 y el DSM IV

Se ha llevado a cabo la comparación nosográfica teniendo en cuenta el DSM IV y dos de los libros correspondientes a la CIE 10: a) el volumen dedicado a las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico y b) el que contiene los criterios diagnósticos y de investigación.

TEMAS DE PREOCUPACION ACTUAL EN LA CLINICA

Trastornos adaptativos

El DSM IV considera en una sección aparte (dentro del eje I) los trastornos adaptativos, que deben diagnosticarse cuando se desarrollan síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor de estrés psicosocial identificable. En esta evaluación multiaxial, la naturaleza estresante puede ser indicada en el eje IV (ej. divorcio).

En la CIE 10 estos eventos se clasifican dentro de las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43). Es frecuente que los subtipos de los trastornos de adaptación aparezcan en niños y adolescentes (ej. F43.24, Trastornos con predominio de alteraciones disociales). En ellos existe una violación de los derechos de los demás o a las normas y reglas sociales apropiadas para la edad (vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas, incumplimiento de las responsabilidades legales, comportamiento agresivo o disocial).

En la clínica de niños y adolescentes observamos que estos trastornos adaptativos asumen una importancia relevante, ya que el desarrollo de aquellos se encuentra afectado por la concurrencia de una variedad de factores estresantes (ej. comienzo de la escolaridad, abandono del domicilio familiar, divorcio de los padres, falta de recursos económicos, desempleo, etc.).

Trastornos de la personalidad

La característica es un patrón de conducta permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las

expectativas de la cultura del sujeto, inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, estabilidad a lo largo del tiempo y malestar o perjuicios para el sujeto. Aunque se expresa que pueden ser aplicables a niños o adolescentes en los casos relativamente raros en los que los rasgos de personalidad desadaptativos particulares del individuo parezcan ser tendientes a extenderse, a persistir y a no limitarse a una etapa particular del desarrollo (a un episodio codificable en del eje I), habría que reconocer los rasgos de un trastorno de la personalidad que aparezcan en la niñez ya que a menudo no persisten de la misma forma en la edad adulta. Según los criterios del DSM IV para diagnosticar (en el eje II) un trastorno de la personalidad por debajo de los 18 años, las características deben estar presentes durante al menos 1 año. La única excepción que no se puede diagnosticar antes de los 18 años es el trastorno antisocial de la personalidad, cuya cualidad esencial es una modalidad general de desprecio y violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o en el principio de la adolescencia y que continúa en la edad adulta. Esto lo vemos diariamente en la clínica de niños internados, por eso si bien anteriormente dice que no puede evaluarse antes de los 18 años, al hablar del trastorno en forma extensa aclara que deben rastrearse antecedentes en la infancia. Este modelo también se ha denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. Además, para llevar a cabo el diagnóstico, el sujeto debe contar con una historia de algunos síntomas de un trastorno disocial antes de los 15 años (en la clínica diaria esto se ve en edades más tempranas, por eso me parece que estos conceptos tendrían que ser revisados).

La CIE 10 los toma en cuenta dentro del apartado Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-69) como trastornos específicos de la personalidad (F60), trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad (F61) y no hace referencia a la posibilidad de diagnóstico durante la infancia o la adolescencia.

Trastornos disociales

Para hacer el diagnóstico de los trastornos disociales (F91) que marca la CIE 10 se debe tener en cuenta la permanencia de los síntomas y la edad en que se presenta (ej. una rabieta en un niño de tres años no puede ser considerada como una conducta anormal). La CIE 10 también expresa que un crimen violento no podría estar al alcance de los niños pequeños, aunque actualmente estamos viendo casos de violencia extrema en niños cada vez de menor edad. El diagnóstico se basa en la forma de comportamiento de estos niños: peleas permanentes o in-

TABLA 8-5
DIFERENCIAS ENTRE LA CIE 10 Y EL DSM IV

Categoría	CIE 10	DSM IV
Retraso mental	Leve (CI entre 50 y 69) Moderado (CI entre 35 y 49) Severo (CI entre 20 y 34) Profundo (CI inferior a 20)	Leve (CI entre 50-55 y 70) Moderado (CI entre 35-40 y 50-55) Severo (CI entre 20-25 y 35-40) Profundo (CI inferior a 20-25)
Trastornos del desarrollo psicológico	Específicos del habla y del lenguaje	Habla y lenguaje Incluye: Landau Kleffner, Otros trastornos del habla y del lenguaje (En otra sección)
	De las habilidades motoras	Desarrollo psicomotor Incluye: Trastorno del desarrollo mixto
Trastornos del comportamiento	Específicos del aprendizaje	Aprendizaje Incluye: Trastorno específico de la ortografía, Trastorno mixto de desarrollo del aprendizaje escolar
	Generalizados	Incluye: Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados, Otros trastornos generalizados del desarrollo.
Trastornos del comportamiento	Trastornos hiperkinéticos	Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (No se incluye)
	Incluye: Trastorno hiperkinético disocial, Trastorno hiperkinético sin especificación. (No se incluye)	Incluye: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención
Trastornos de las emociones	Trastornos disociales Incluye: Trastornos limitados al contexto familiar, en niños socializados y en los que no lo están. Trastorno del comportamiento social Incluye: Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia, Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.	(No se incluyen) Trastorno de conducta (No se incluye)
	Incluye: Trastorno de ansiedad fóbica en la infancia, Trastornos de hipersensibilidad social en la infancia, Trastornos de las emociones en la infancia sin especificación. Tartamudeo Farfalleo	(No se incluye) (No se incluye) (No se incluye) (En otra sección) (No se incluye)
Trastornos alimentarios	Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.	Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

timidaciones, crueldad con otras personas o con animales, destrucción de objetos ajenos, incendio, robo, mentiras frecuentes, falta de escolaridad, fugas del hogar, provocaciones, desafíos, rabieta frecuentes. En forma persistente puede llegar al trastorno disocial de la personalidad (F60.2, descrito anteriormente).

Los psiquiatras infantiles podemos predecir un diagnóstico de esta envergadura a través de la continuidad de estos síntomas en el tiempo. Por esto es importante ser especialista en el tema de niños y adolescentes para establecer la normalidad o anormalidad de la permanencia de una cierta sintomatología una edad determinada (o sea, si corresponde a un desarrollo normal o a un desarrollo patológico).

Violencia familiar, abuso físico y sexual en la infancia y adolescencia. La violencia familiar es uno de los temas que más se observan en la clínica de hoy. Existen diversos factores que inciden en la unidad familiar para producir familias vulnerables como así también el aumento del estrés (desempleo, muerte de un ser querido, migración, transculturación) llevando al desencadenamiento de la violencia.

El abuso físico y la negligencia por parte de los padres se verifican en forma diaria en la consulta. La CIE 10 lo nombra como una de las causas del trastorno de vinculación de la infancia reactivo (F 94.1) aunque explícita claramente que los síntomas de tristeza, aislamiento, temor, etc. que se presentan en el niño pueden ser también por causas diferentes al maltrato físico o al descuido.

El gran tema del abuso sexual en la infancia no figura en el capítulo V sino que se clasifica bajo el código T del capítulo XIX. En el DSM IV se lo considera en el apartado "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica". Debido a la capacitación profesional para investigar actualmente el abuso sexual en la infancia y la adolescencia vemos en la práctica el aumento de esta situación traumática que produce manifestaciones clínicas y trastornos emocionales importantes. En los datos de la historia clínica recabados en pacientes con intentos de suicidio con asiduidad encontramos abusos sexuales provenientes de los padres, familiares o amigos cercanos a la familia.

Otras consideraciones. Otro aspecto a tener en cuenta es que no todos los cuadros descriptos se agrupan bajo el mismo epígrafe. Por ejemplo, el tartamudeo se incluye en la CIE 10 como un trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia y en el DSM IV dentro de los trastornos de la comunicación.

Es frecuente que la CIE 10 tome en consideración una mayor cantidad de subdivisiones que el DSM IV. En la Tabla 8-5 se exponen las diferencias principales entre estas clasificaciones. En cada área se explicitan solamente los diagnósticos que no tienen correlación con las categorías de aquellas.

Existen otros trastornos no tratados en el anterior cuadro ya que no marcan diferencias entre la CIE 10 y el DSM IV. Por ejemplo: enuresis, tics motrices que incluyen el síndrome de Latourette que serán explicados más adelante.

A continuación se desarrollan más detalladamente cada uno de estos grupos. En las Tablas que se presentan más adelante se consignan las entidades según la CIE 10 y el DSM IV señalando la correlación en los casos en que exista. Sólo se agrega información adicional al título en los casos que se consideren más relevantes. Se ha seguido el ordenamiento de la CIE 10 debido a la correlación numérica de las entidades clínicas y se ha adecuado el orden de las categorías del DSM IV en función de la CIE 10 por razones didácticas.

Retraso mental

La diferencia que existe en este tema entre el DSM IV y la CIE 10 se observa en la Tabla 8-6 al definir los niveles de CI en los diversos grados de retraso mental. La CIE 10 los clasifica con un puntaje exacto, como vimos en el cuadro anterior. En cambio en el DSM IV existe una mayor flexibilización en el puntaje del CI, formando un espectro solapado y teniendo en cuenta a su vez el nivel de adaptación del individuo.

Al hablar de nivel de adaptación, ambos tratados se refieren a la eficiencia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural, en por los menos las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales e interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

Trastornos del desarrollo

Bajo el título (F80-89) Trastornos del desarrollo psicológico la CIE 10 incluye no sólo los trastornos específicos (habla y lenguaje, aprendizaje, psicomotor) sino también el gran cuadro de los trastornos generalizados que, por razones didácticas, se explicarán más adelante. La CIE 10 expresa que los trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89) tienen en común las siguientes características:

a) comienzo siempre en la primera o segunda infancia;

TABLA 8-6
RETRASO MENTAL

CIE 10	DSM IV
F70-f79 Retraso mental	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
<i>Retraso mental</i>	<i>Retraso mental</i>
F70 Retraso mental leve (CI entre 50 y 69) Incluye: debilidad mental, subnormalidad mental leve, oligofrenia leve, Morón	F70.9 Retraso mental leve (CI entre 50-55 y 70)
F71 Retraso mental moderado (CI entre 35 y 49) Incluye: imbecilidad, subnormalidad mental moderada, oligofrenia moderada	F71.9 Retraso mental moderado (CI entre 35-40 y 50-55)
F72 Retraso mental grave (CI entre 20 y 34) Incluye: subnormalidad mental grave, oligofrenia grave	F72.9 Retraso mental grave (CI entre 20-25 y 35-40)
F73 Retraso mental profundo (CI inferior a 20) Incluye: idiocia, subnormalidad mental profunda, oligofrenia profunda	F73.9 Retraso mental profundo (CI inferior a 20-25)
F78 Otro retraso mental	
F79 Retraso mental sin especificación	F79.9 Retraso mental de gravedad no especificado (Existe retraso mental pero no es posible verificar la inteligencia con los tests comunes)

b) deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central;
c) curso estable que no se ve afectado por las remisiones y recaídas que tienden a ser características de muchos trastornos mentales.

En la mayoría de los casos las funciones afectadas son el lenguaje, las funciones visoespaciales y la coordinación de los movimientos. Se piensa en la influencia de factores familiares, genéticos y ambientales. Aunque hay un acuerdo general para el conjunto de la definición de los trastornos de este apartado, en la mayoría de los casos la etiología es desconocida y existe mucha incertidumbre para delimitarlos y subdividirlos.

En línea general, un retraso en el desarrollo del habla y del lenguaje o del aprendizaje escolar o del psicomotor, si es suficientemente grave puede ser considerado como anormal sólo si supera el ya mencionado límite de dos desviaciones estándar en las evaluaciones habituales del nivel esperado para la edad, inteligencia general y nivel escolar, o sea, un deterioro clínicamente significativo.

El término "deterioro" debería reemplazarse por "déficit" ya que el concepto de deterioro presupone la idea de que estas funciones se encuentran instaladas con anterioridad. En cambio el "déficit" da cuenta de la dificultad de la adquisición de las funciones en el desarrollo normal.

El DSM IV en la sección específica de Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia continúa con el apartado de trastornos del aprendizaje (antes llamados Trastornos de las habilidades académicas). Este incluye trastornos de la lectura, trastornos del cálculo, trastornos de la expresión escrita y trastornos del aprendizaje no especificado.

Trastornos específicos del desarrollo (Tabla 8-7). La CIE 10, en el F80 habla de Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje y el DSM IV, después de tratar el tema de Trastornos específicos del desarrollo psicomotor continúa con el capítulo de Trastornos de la comunicación que sería equivalente a los F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje de la CIE 10.

El Trastorno específico de la pronunciación

TABLA 8-7
TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO Y DEL APRENDIZAJE

CIE 10	DSM IV
F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
<i>F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje</i>	<i>Trastornos de la comunicación</i>
F80.0 Trastornos específicos de la pronunciación	F80.0 Trastorno fonológico (antes, trastorno del desarrollo de la articulación)
F80.1 Trastornos de la expresión del lenguaje	F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo
F80.2 Trastornos de la comprensión del lenguaje	F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau Kleffner)	No se lo incluye
F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje	No se lo incluye
F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado (F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia)	F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación
F98.5 Tartamudeo (españolismo)*	F98.5 Tartamudeo
F81 Trastornos específicos del aprendizaje escolar	Trastornos del aprendizaje (antes, trastorno de las habilidades académicas)
F81.0 Trastorno específico de la lectura Incluye: Lectura en espejo Dislexia del desarrollo Disortografía asociada a trastornos de la lectura Excluye: Alexia y dislexia adquirida (R48.0) Dificultades adquiridas de lectura secundarias a trastornos de las emociones (F93.-)	F81.0 Trastorno de la lectura
F81.1 Trastorno específico de la ortografía	No se lo incluye
F81.2 Trastorno específico del cálculo Incluye: Trastorno del aprendizaje de la aritmética Síndrome del desarrollo de Gertsman Acalculia y discalculia del desarrollo Excluye: Dificultades aritméticas asociadas a trastorno de la lectura o de la ortografía (F81.1) Dificultades del cálculo principalmente atribuibles a una enseñanza inadecuada (Z55.8) Trastorno adquirido de la capacidad del cálculo (acalculia, R48.8)	F81.2 Trastorno del cálculo
F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar Excluye: Trastorno específico de la lectura (F81.0) Trastorno específico de la ortografía (F81.1) Trastorno específico del cálculo (F81.2)	No se lo incluye
F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar	F81.8 Trastornos de la expresión escrita
F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar	F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado
F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor	Trastorno de las habilidades motoras
F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.	F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación

* El agregado de F98.5 Tartamudeo en la columna de la CIE 10 es sólo para indicar que esta clasificación no deja de lado este cuadro. Se desarrollará más adelante.

(F80.0) de la CIE 10 concuerda con el Trastorno Fonológico, antes llamado Trastorno del desarrollo de la articulación en el DSM IV. El Trastorno de la expresión del lenguaje (F80.1) de la CIE 10 se correlaciona en el DSM IV con el Trastorno del lenguaje expresivo. La CIE 10 propone que la capacidad para la articulación del lenguaje (en el primer caso) o de la expresión del mismo (en el segundo) debe situarse dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado y una desviación estándar por debajo del CI no verbal para poder realizar estos diagnósticos. Además, y a diferencia del DSM IV, no puede establecerse el diagnóstico si cualquier deterioro de tipo neurológico, sensorial o físico afecta directamente la utilización del lenguaje receptivo (en el primer caso) o del lenguaje hablado (en el segundo) o si hay retraso mental (CI menor que 70).

El trastorno específico de la comprensión del lenguaje (F80.2) de la CIE 10 se relaciona con el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo del DSM IV ya que también se lo conoce como trastorno mixto expresión/compreensión. A diferencia del DSM IV, nuevamente en la CIE 10 no puede establecerse el diagnóstico si cualquier deterioro de tipo neurológico, sensorial o físico afecta directamente la utilización del lenguaje receptivo o si hay retraso mental.

Como ya adelantáramos, para la CIE 10 el tartamudeo (F98.5) se encuentra en otro apartado (Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia), en cambio en el DSM IV se lo incluye dentro de los Trastornos de la comunicación. El DSM IV establece la significación clínica del trastorno expresando que la alteración de la fluidez del lenguaje interfiere en el rendimiento académico o laboral o en la comunicación social. Esto podría deberse a que en la CIE 10 se lo ubica de acuerdo con su probable causa emocional mientras que el DSM IV lo clasifica de acuerdo con la consecuencia que acarrea este trastorno en la comunicación. Por esto existe una gran discrepancia entre los especialistas en el tema.

Trastornos del aprendizaje (Tabla 8-7). El DSM IV en la sección específica de los Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, continúa con el apartado de Trastornos del aprendizaje (antes, Trastornos de las habilidades académicas). Posteriormente incluye en los Trastornos de la comunicación a los Trastornos del habla y del lenguaje. En cambio, la CIE 10 parte de la sección F80-F89 llamada Trastornos del desarrollo psicológico. Dentro de esta sección comienza a desarrollar desde el F80 (F80.0 al F 80.9) los Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje y recién desde el F81 (F81.0-F 81.9) trata los Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

La CIE 10 describe los Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar de forma más exhaustiva que el DSM IV. El Trastorno específico de la lectura (F81.0) tiene prioridad sobre el Trastorno del cálculo, por lo que, si se cumplen los criterios diagnósticos de ambas entidades, tan sólo debe efectuarse el diagnóstico del trastorno de la lectura. Esto representa una diferencia con el DSM IV, que permite diagnosticar ambos trastornos si se dan a la vez.

Para la CIE 10 el trastorno de la lectura es un déficit específico y significativo del desarrollo de la capacidad de leer (a menudo se presentan dificultades en la ortografía). Los niños con trastornos de la lectura suelen tener antecedentes de trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje. El rendimiento de la lectura debe ser significativamente inferior (dos desvíos estándar) al nivel esperado de acuerdo a su edad, su inteligencia general y su nivel escolar. Debe evaluarse en forma individual a través de pruebas estandarizadas de lectura, de comprensión y de precisión de la lectura adecuadas para la cultura y el sistema educativo del niño. Además, y a diferencia del DSM IV, no puede establecerse el diagnóstico si cualquier deterioro de tipo neurológico, sensorial o físico afecta directamente la utilización del lenguaje receptivo (en el primer caso) o del lenguaje hablado (en el segundo) o si hay retraso mental (CI menor que 70).

En cuanto al Trastorno de la expresión escrita que se encuentra especificado ampliamente en el DSM IV, en la CIE 10 se encuentra incluido dentro de Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar (F81.8) en donde se lo nombra sin explayarse sobre el mismo.

La CIE 10 incluye en el código F81.1 el trastorno específico de la ortografía que el DSM IV no toma (ver Tabla 8-4). Tampoco incluye el trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar, como sí lo hace el CIE 10 en el F81.3. Ésta expresa que dicha categoría se utilizará para trastornos que satisfagan las pautas del trastorno específico del cálculo (F81.2), del trastorno específico de la lectura (F81.0) y del trastorno específico de la ortografía (F81.1), es decir, alteraciones en la lectura, ortografía y cálculo en su conjunto.

El trastorno específico de desarrollo psicomotor (F82) para la CIE 10 y el trastorno del desarrollo de la coordinación para el DSM IV se diferencian en que la CIE 10 propone que el punto de corte para el diagnóstico de este trastorno se sitúe, como resulta habitual, dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado de coordinación motora fina o gruesa, valorada mediante tests individuales estandarizados de coordinación de los movimientos finos y gruesos. Es decir que el rendimiento debe ser signi-

ficativamente inferior al nivel esperado de acuerdo con la edad del niño y con su inteligencia general (al igual que el DSM IV).

Trastornos generalizados del desarrollo. La CIE 10 continúa, dentro de los trastornos del desarrollo psicológico con los Trastornos generalizados del desarrollo. El DSM IV los ubica luego de hablar de los trastornos del aprendizaje, de las habilidades motoras y de la comunicación (siempre dentro del gran apartado Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia).

En la CIE 10 existen dos tipos de categorías incluidas en la sección Trastornos del desarrollo psicológico que no satisfacen plenamente las pautas de la definición general citada (ver consideraciones generales). Así, hay trastornos en los que indudablemente ha existido una fase anterior de desarrollo normal, tales como el Trastorno desintegrativo de la infancia y ciertos casos de autismo (ej. Síndrome de Rett). Se incluyen aquí porque aunque su forma de comienzo es diferente, sus características y curso tienen muchas semejanzas con los trastornos del desarrollo en general y además no se sabe si son diferentes o no desde el punto de vista etiológico.

El síndrome de Landau Kleffner, a pesar de tener una pérdida de la comprensión del lenguaje después de haberlo adquirido, no se encuentra ubicado dentro de los Trastornos generalizados del desarrollo sino que se lo ubica en el F80.3 Afasia adquirida con epilepsia, dentro de la sección F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje. El DSM IV no lo considera como tal en ninguno de los dos apartados.

Por otra parte, hay trastornos que están definidos primariamente en términos de desviación más que de retraso en el desarrollo de las funciones. Esto último se refiere en especial al autismo. Los trastornos autísticos se incluyen en esta sección porque, aunque definidos en términos de desviación es constante en ellos un cierto grado de retraso en el desarrollo. Más aún, existe solapamiento con los otros trastornos del desarrollo, tanto en los rasgos de los casos aislados como en las formas cómo se agrupan en familia. Actualmente, gracias al avance de los estudios genéticos se han podido identificar entidades que antes se incluían dentro del autismo (síndrome del cromosoma X frágil, Síndrome de Rett).

En la CIE 10 el primer trastorno generalizado del desarrollo es el Autismo infantil (F84.0). En el DSM IV se lo denomina Trastorno autista. Ambos proponen criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales.

La CIE 10 y el DSM IV proponen criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales para el F84.2 Síndrome de Rett y Trastorno de Rett, respec-

tivamente. La edad de comienzo para el DSM IV es entre los 5 y los 30 meses de vida y para la CIE 10 entre los 7 meses y los 2 años. El DSM IV habla sobre la desaceleración del crecimiento craneano entre los 5 y los 48 meses de edad y la CIE 10, entre los 7 meses y los 2 años. Los dos relatan que se da en niñas, el desarrollo temprano es aparentemente normal pero sigue con una pérdida parcial o completa de las capacidades manuales adquiridas (con adopción de movimientos de lavado de las manos) y del habla.

La CIE 10 separa del autismo al Autismo atípico (F84.1) porque el desarrollo anormal o alterado se presenta después de los 3 años de edad y porque faltan una o dos de las tres áreas comprometidas para el diagnóstico de Autismo (la interacción social, el trastorno de la comunicación social y el comportamiento restrictivo, estereotipado o repetitivo). El autismo atípico suele presentarse en niños con retraso profundo o con graves trastornos específicos del desarrollo de la comprensión del lenguaje. Esta explicación es por la cual la CIE 10 nombra al autismo atípico como cuadro separado del autismo. Incluye las denominaciones de retraso mental con rasgos autísticos y la psicosis infantil atípica.

El DSM IV incluye al autismo atípico dentro del Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

El Trastorno desintegrativo infantil del DSM IV se corresponde en la CIE 10 con Otro trastorno desintegrativo de la infancia (F84.3). Los criterios y códigos diagnósticos son idénticos en que el desarrollo es aparentemente normal los primeros dos años de vida, pero existe una pérdida clínicamente significativa antes de los 10 años de por lo menos 2 áreas involucradas: 1) Lenguaje expresivo o receptivo; 2) Habilidades sociales o comportamiento adaptativo; 3) Control intestinal o vesical; 4) Juego; 5) Habilidades motoras.

Existe un período prodrómico de la enfermedad poco definido durante el cual el niño se vuelve inquieto, irritable, ansioso e hiperactivo y sigue un empobrecimiento y pérdida del lenguaje y el habla con la desintegración del comportamiento.

La diferencia está en que la CIE 10 incluye una "pérdida general del interés por los objetos y el entorno" (concepto extraído por el DSM IV del manual de criterios de investigación). La CIE 10 incluye este criterio porque toma los conceptos teóricos psicoanalíticos de gran desarrollo en Europa. Entran dentro de este cuadro: psicosis desintegrativa, síndrome de Heller, *dementia infantilis*, psicosis simbiótica.

El trastorno de Asperger del DSM IV o síndrome de Asperger (F84.5) de la CIE 10 presenta una incidencia de 8 a 1, con predominio en los varones.

TABLA 8-8

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

CIE 10	DSM IV
F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
F84 Trastornos generalizados del desarrollo	Trastornos generalizados del desarrollo
F84.0 Autismo infantil Incluye: Autismo infantil Síndrome de Kanner Psicosis infantil Trastorno autístico	F84.0 Trastorno autista
F84.1 Autismo atípico Incluye: Retraso mental con rasgos autísticos Psicosis infantil atípica	(se incluye en el Trastorno generalizado del desarrollo no especificado)
F84.2 Síndrome de Rett	F84.2 Trastorno de Rett
F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia Incluye: Psicosis desintegrativa Síndrome de Heller Dementia infantilis Psicosis simbiótica	F84.3 Trastorno desintegrativo infantil
F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados	(no se incluye)
F84.5 Síndrome de Asperger Incluye: Psicopatía autística Trastorno esquizoide de la infancia	F84.5 Trastorno de Asperger
F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo	(no se incluye)
F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación	F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (incluyendo autismo atípico)
F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico Incluye: Agnosia del desarrollo	(no se incluye)
F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación	(no se incluye)

El DSM IV lo desarrolla minuciosamente en cuanto a las características de las alteraciones cualitativas de la interacción social, a los patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas. En la edición correspondiente a las pautas diagnósticas no se explora, pero sí al desarrollar los criterios de investigación. Difiere del autismo en que no hay déficit o retraso del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. Tanto la CIE 10 como el DSM IV proponen criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales.

La CIE 10 habla de Otros trastornos generalizados del desarrollo y nombra el Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación (F84.9) donde ubica a todas aquellas categorías con características de la descripción general de los trastornos generali-

zados del desarrollo, pero que por falta de información adecuada o por hallazgos contradictorios, no satisfacen las pautas de los otros códigos del apartado F84. El DSM IV incluye aquí el autismo atípico, categoría clasificada por separado por la CIE 10. Como se observa en la Tabla 8-8, el código F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico incluye la Agnosia del desarrollo (aunque no la desarrolla). La serie culmina con el F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación. El DSM IV no considera estos últimos dentro de su categorías diagnósticas.

Trastornos del comportamiento (Tabla 8-9). Los trastornos hiperkinéticos para la CIE 10 y el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

TABLA 8-9

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

CIE 10	DSM IV
F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
F90 Trastornos hiperkinéticos	Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador
F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad - F90.0 Tipo combinado - F90.0 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo - F98.8 Tipo con predominio del déficit de atención
F90.1 Trastorno hiperkinético disocial	No se lo incluye
F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos	No se lo incluye
F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación	No se lo incluye

señalado con ese nombre por el DSM IV, son actualmente muy tenidos en cuenta. El DSM IV establece 4 criterios:

- Patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad.
- Los síntomas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad y persistir en la edad adulta.
- Los problemas relacionados con los síntomas se producen en uno o más ambientes, en la casa, en la escuela o el trabajo.
- Interferencia en la vida social, académica o laboral.
- Los síntomas no aparecen exclusivamente en un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Si bien en los últimos años se ha difundido el término diagnóstico de "Trastorno por déficit de atención" la CIE 10 no lo utiliza porque considera que implica un conocimiento de procesos psicológicos del que se carece y llevaría a incluir a niños con preocupaciones ansiosas, apáticos y soñadores cuyos problemas son de diferente naturaleza. Aunque desde el punto de vista del comportamiento, el déficit de atención constituye un rasgo central de estos síndromes hiperkinéticos.

Ultimamente se observa un gran número de niños con los síntomas desarrollados anteriormente frente a los que deberíamos realizar un diagnóstico diferencial concienzudo para no colocar a todos los

niños en esta clasificación, por eso cobra importancia lo expresado en la CIE 10.

Admite que los rasgos cardinales son el déficit de atención y la hiperactividad por lo que se requiere la presencia de ambos y además deben presentarse en más de una situación (por ej. en clase, en la consulta).

Los trastornos del aprendizaje y la torpeza de los movimientos que acompañan al cuadro hiperkinético, en la CIE 10 se codifican aparte (F80-F89), ya que en la actualidad no forman parte del diagnóstico del trastorno hiperkinético.

Los criterios del DSM IV y los de la CIE 10 para el diagnóstico son casi idénticos, aunque la CIE 10 define categorías más estrictas. Mientras que el DSM IV requiere 6 síntomas de inatención o bien 6 de hiperactividad/impulsividad, la CIE 10 requiere de al menos 6 síntomas de inatención y al menos 3 de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad.

En vez de subtipificar el trastorno sobre la base del tipo predominante (tipo combinado, con déficit de atención o con hiperactividad-impulsividad, como lo realiza el DSM IV), la CIE 10 subdivide esta entidad en función del posible cumplimiento de los criterios diagnósticos de un trastorno hiperkinético disocial, en la CIE 10 este trastorno se denomina "Trastorno de la actividad y de la atención" y se encuentra incluido dentro de los trastornos hiperkinéticos y subtipifica el Trastorno de la actividad y la atención (F90.0) y el Trastorno hiperkinético disocial (F90.1). El primero, se pone de manifiesto en la

TABLA 8-12
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO (continuación)

CIE 10	DSM IV
F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia
F94.0 Mutismo selectivo	F94.0 Mutismo selectivo (antes) Mutismo electivo
F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo	F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez Subtipos: F94.1 Tipo inhibido
F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido	F94.2 Tipo desinhibido
F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia	No se lo incluye
F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación	No se lo incluye
	F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados (antes: Trastorno por estereotipias -hábitos motores)
	F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado

cias normales del desarrollo, más que fenómenos cualitativamente anormales en sí mismos.

Trastornos del comportamiento (cont.). La CIE 10 ubica como trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia un grupo heterogéneo de alteraciones que tienen en común la presencia de anomalías del comportamiento social que comienzan durante el período de desarrollo y que, a diferencia de los trastornos generalizados del desarrollo no se deben a una capacidad o déficit del comportamiento de origen constitucional y no se extienden en todas las áreas del mismo. En muchos de estos casos suelen producirse por distorsiones o privaciones ambientales graves que desempeñan un papel importante en su etiología. Este grupo de trastornos se observa en la práctica clínica, pero las pautas que definen el diagnóstico carecen de certeza y no hay acuerdo en cuanto a la forma más adecuada de subdividirlos y clasificarlos.

El DSM IV, en cambio, da comienzo a estos trastornos sin especificar, lo hace a continuación de los trastornos de ansiedad por separación incluidos dentro del título general Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia.

Como se observa en la Tabla 8-12, el código F94.0 se refiere al mutismo selectivo tanto para la CIE como para el DSM IV (aunque antes se lo denominaba mutismo electivo en este último). Se trata de un trastorno caracterizado por una selectividad de origen emocional para no hablar en situaciones sociales determinadas (ej. en la escuela) a pesar de hacerlo sin dificultad en otros lugares (ej. su casa). Tal situación interfiere en el rendimiento escolar o laboral o en la comunicación social.

Tanto en un manual como en el otro los criterios diagnósticos son idénticos. El F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez que describe el DSM IV, se divide en dos subtipos (inhibido y desinhibido) que corresponden de forma aproximada a las dos categorías que menciona la CIE 10 en el F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido y en el F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo. El DSM IV especifica que este trastorno es consecuencia de un contexto sumamente alterado e inadecuado en las relaciones sociales, mientras que la CIE 10 habla de alteraciones emocionales que son reactivas a cambios en las circunstancias ambientales. En otras palabras, las categorías de la CIE 10 son probablemente más

TABLA 8-13
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO (continuación)

CIE 10	DSM IV
F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
F95 Trastornos de tics	Trastornos de tics
F95.0 Trastornos de tics transitorios	Trastornos de tics
F95.1 Trastornos de tics crónicos motores o fonatorios	95.1 Trastornos de tics motores o vocales crónicos
F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (Síndrome de Gilles de la Tourette)	F95.2 Trastorno de la Tourette
F95.8 Otros trastornos de tics	
F95.9 Trastornos de tics sin especificación	F95.9 Trastorno de tics no especificado

amplias ya que no especifican que este trastorno disocial sea consecuencia de un cariño patológico.

La CIE 10 incluye dentro de este cuadro de Trastorno de vinculación desinhibido al síndrome institucional y a la psicopatía por carencia afectiva.

Este cuadro se observa cada vez con mayor frecuencia en la internación psiquiátrica de niños y adolescentes, probablemente como consecuencia directa de la carencia parental y el maltrato psíquico, físico o sexual. Se caracteriza por la alteración en las relaciones con sus compañeros, con el personal hospitalario (enfermeros, psicólogos, psiquiatras, etc.). Son frecuentes las auto y heteroagresiones que alteran el diario vivir y producen serios problemas de convivencia, sobre todo con los pacientes psicóticos que no se pueden defender. Ingresan a la internación por crisis de excitación psicomotriz, graves trastornos del comportamiento, de las relaciones humanas y muchos con *actings* de intentos de suicidio, al aclararse el cuadro, nos encontramos con este trastorno de vinculación que, como dice el DSM IV (y con el cual coincido desde la clínica) son sustentados por una crianza patológica y engendrados en la falta de figuras parentales seguras. A veces es difícil de diferenciar si ya estamos frente a un cuadro de personalidad disocial que habíamos comentado anteriormente.

El trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (Síndrome de Gilles de la Tourette, F95.2) para la CIE 10 corresponde al trastorno de la Tourette para el DSM IV. Como se observa en la Tabla 8-13, la CIE 10 es más detallista en la explicación de este trastorno. Como su nombre lo sugiere, se trata de una forma de trastornos de tics motores múltiples a los que se le agrega

uno o más tics fonatorios. Comienza en la infancia o en la adolescencia. Es frecuente recabar antecedentes de tics motores antes de que se presenten los fonatorios. Estos últimos suelen ser complejos, son vocalizaciones explosivas reiteradas, carraspeos, gruñidos y palabras o frases obscenas, a veces copropraxia que puede ser de naturaleza también obscena (copropraxia). Es habitual que se exacerben ante situaciones estresantes y que desaparezcan durante el sueño. Los criterios de la CIE 10 y del DSM IV para el diagnóstico de este trastorno son prácticamente idénticos.

Encopresis, enuresis. Como se aprecia en la Tabla 8-14, los criterios de las dos clasificaciones para estos trastornos son muy semejantes.

La encopresis en el DSM IV es la emisión repetida de heces en lugares inadecuados (ej. en la ropa o en el suelo). La emisión puede ser involuntaria o intencional, con un episodio por mes y durante un mínimo de tres meses. La CIE 10, en cambio, exige que dure como mínimo seis meses. Ambas clasificaciones tienen como parámetro la edad cronológica de por lo menos 4 años.

En cuanto a la enuresis, que se caracteriza por la emisión repetida de orina durante el día o la noche en la cama o en los vestidos, la CIE 10 toma en cuenta a partir de los cinco años de edad cronológica y mental. Propone el umbral de frecuencia que sigue: al menos dos veces al mes en niños menores de siete años y al menos una vez al mes en los de siete o más. Además, esta clasificación incluye un criterio de exclusión muy estricto que descarta el diagnóstico de enuresis no orgánica si existe cualquier prueba de la existencia de otro trastorno mental.

TABLA 8-14
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO (continuación)

CIE 10	DSM IV
F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	Trastornos de la eliminación
F98.0 Enuresis no orgánica	F98.0 Enuresis (no debida a enfermedad médica)
F98.1 Encopresis no orgánica	Encopresis
	F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
	R15 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento

Si la enuresis se acompaña de alguna otra alteración emocional o del comportamiento será el primer diagnóstico sólo si la emisión involuntaria de la orina tuviese lugar al menos varias veces por semana y el resto de los síntomas presentasen variaciones a lo largo del tiempo relacionado con la intensidad de la enuresis. El DSM IV aclara que la emisión de orina puede ser voluntaria o involuntaria y que la edad a considerar son los 5 años (mental y cronológica). Además destaca que la frecuencia a registrar es dos episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o la presencia de malestar clíni-

camente significativo o deterioro en áreas importantes para el individuo.

Trastornos de la alimentación (Tabla 8-15). La CIE 10 considera bajo el F98.2 al Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia que se presenta con un rechazo a la alimentación que puede acompañarse o no de rumiación (es decir, de regurgitación repetida), de náuseas o malestar gastrointestinal. Dicha clasificación incluye a la Pica en la infancia (F98.3), o sea, la ingestión de sustancias no nutritivas (tierra, pintura, etc.). En cambio, el DSM IV

TABLA 8-15
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

CIE 10	DSM IV
F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	
F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia	F98.2 Trastorno de rumiación
	F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez
F98.3 Pica en la infancia	F98.3 Pica

habla de Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez que se caracterizan por alteraciones persistentes de la alimentación y de la ingestión alimentaria propiamente dichas. Los trastornos específicos que incluye son: Pica, Trastornos de rumiación y Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. O sea que la CIE 10, como se expresa más arriba, incluye a la rumiación dentro del Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia (F98.2), en cambio en el DSM IV se la considera por separado.

Con respecto a la Pica (F98.3), el DSM IV permite efectuar el diagnóstico de la misma en presencia de otro trastorno mental. En la CIE 10 no se permite diagnosticar Pica con otro trastorno mental coexistente, con excepción del retardo mental.

En el DSM IV la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se incluyen en la sección Trastornos de la conducta alimentaria.

En la clínica se observa cada vez con más frecuencia el inicio en edades más tempranas, por lo que considero debería tratarse el tema anorexia y bulimia en esta sección.

Depresión en la infancia. En la CIE 10, dentro del F30-F39 se presentan los Trastornos del humor y dentro de éstos los Episodios depresivos (F32). En el DSM IV, en el capítulo de Trastornos del estado de ánimo incluye los que tienen como característica principal una alteración del humor.

En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste (DSM IV). También el sujeto debe presentar al menos otros 4 síntomas que pueden ser: disminución de la atención y concentración, la pérdida del apetito, trastorno del sueño, falta de energía, sentimiento de inferioridad y de culpa, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, planes o actos suicidas o de autoagresión, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Las formas atípicas de depresión según la CIE 10 son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión.

En los niños y adolescentes más que un estado de ánimo triste o desanimado puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable.

La CIE 10 además advierte acerca de que la depresión puede aparecer enmascarada por otros síntomas, tales como: irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias, síntomas obsesivos preexistentes o preocupaciones hipocondríacas. Esta clasificación divide a los trastornos depresivos en leves, moderados y graves y el DSM IV habla de Trastorno depresivo mayor, distímico y depresivo no especificado.

Los criterios del DSM IV para el Trastorno depresivo mayor son la presencia de 5 ó más de los síntomas que se enumeran a continuación, durante un período de dos semanas (uno de los síntomas debe ser el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de la capacidad para el placer).

1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día indicado por el sujeto y en los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

2) Pérdida del interés o la capacidad para el placer.

3) Pérdida o aumento de peso, en los niños hay que tener en cuenta el fracaso para lograr los aumentos de peso esperados.

4) Insomnio o hipersomnia durante el día.

5) Agitación o entecimiento psicomotor.

6) Fatiga o pérdida de energía.

7) Sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.

8) Disminución de la capacidad de atención o concentración o indecisión.

9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente con o sin planificación.

La CIE 10 contiene diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 síntomas de los 10 implican depresión leve; 6 síntomas o más, depresión moderada y 8 síntomas o más, depresión grave.

En la CIE 10 el algoritmo diagnóstico es distinto al DSM IV ya que requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de la energía en los estados depresivos leves y moderados y los 3 síntomas para los episodios graves.

Además la CIE 10 habla de episodios depresivos con síntomas psicóticos excluye la presencia de síntomas de primer nivel y delirios extraños.

Las alucinaciones auditivas son voces difamatorias o acusatorias y las olfativas de olor a podrido o carne en descomposición). La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor.

Las alucinaciones pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo. El estupor depresivo debe diferenciarse de la esquizofrenia catatónica y del estupor disociativo.

Según el DSM IV, los síntomas y trastornos asociados pueden presentarse como ansiedad por separación, problemas escolares, cansancio o fracaso escolar, abuso de alcohol, de otras sustancias, aumento de utilización de los servicios médicos. El manual recalca que la consecuencia más grave del Trastorno depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas

psicóticos, historia de tentativas de suicidio previos, historia familiar de suicidio consumado, o consumo concomitantes de sustancias (drogas).

Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (muerte de un ser querido, divorcio).

Los Trastornos distímicos se encuentran también dentro de los Trastornos del estado de ánimo y en la CIE 10 se los ubica como Distimia (F34.1). Se denomina así a una depresión crónica del estado de ánimo, la mayor parte del día o todos los días, durante al menos 2 años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración requerida es de por lo menos un año. Se caracteriza por:

- 1) Pérdida o aumento del apetito.
- 2) Insomnio o hipersomnia.
- 3) Falta de energía o fatiga.
- 4) Baja autoestima.
- 5) Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- 6) Sentimiento de desesperanza.

En los niños el trastorno parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social; en general los niños y adolescentes con trastorno distímico están irritables e inestables además de tristes. Tienen una baja autoestima, escasas habilidades sociales y son pesimistas (DSM IV).

Según el DSM IV el Trastorno distímico tiene un inicio muy temprano e insidioso y un curso crónico.

La CIE 10 limita la coexistencia de trastornos distímicos con episodios depresivos mayores y especifica que el Trastorno distímico puede aparecer justo después de un episodio depresivo sin que medie un período de remisión total, en cambio, en el DSM IV se habla que los trastornos distímicos pueden coexistir con un trastorno depresivo mayor y debe existir un período de remisión entre uno y otro cuadro.

El Trastorno ciclotímico para el DSM IV y para la CIE 10 Ciclotimia (F34.0) se caracteriza por períodos de depresión y de euforia leves (hipomanía) que no cumplan criterios de un estado depresivo mayor. En niños y adolescentes la duración debe ser al menos de un año. El diagnóstico de la CIE 10 contiene una lista de síntomas que deben presentarse durante los períodos de estados de ánimo depresivo e hipomanía. Tales síntomas difieren de los que aparecen en el listado de criterios diagnósticos del DSM IV para el Trastorno distímico y la hipomanía.

El desarrollo del apartado sobre Depresión en forma detallada tiene un objetivo didáctico, ya que si observamos con detenimiento los síntomas depresi-

vos en la niñez y adolescencia se expresan en forma ligera y poco clara. ¿Por qué no se le da la importancia que merece la depresión en la infancia? ¿Por qué no se las clasifica dentro de los trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia en el DSM IV o en la CIE 10 en los Trastornos del desarrollo psicológico? Será que la depresión no constituye un trastorno de importancia en la niñez y adolescencia. Lo mismo sucede con la anorexia y bulimia, los trastornos del sueño, los problemas de identidad, la esquizofrenia, las adicciones y los trastornos neuróticos obsesivos e histéricos. A través de la clínica en psiquiatría infantil tenemos el convencimiento cada vez más profundo de que muchos de los cuadros que se presentan en la edad adulta podrían prevenirse en la infancia si se detectan tempranamente. Por eso es necesario que los pediatras y psiquiatras de adultos puedan derivar en forma rápida al especialista en psiquiatría infantil para su diagnóstico y tratamiento. Otro de los temas que merecen especial atención es la esquizofrenia. Existe una gran diferencia en la presentación de dicha enfermedad en los púberes y adolescentes, es por ello que muchas veces no podemos clasificar con exactitud los cuadros de nuestros pacientes dentro de las categorías propuestas por el DSM IV o la CIE 10.

Como conclusión diremos que las clasificaciones nosológicas constituyen herramientas que, aunque necesarias, no deben reemplazar a la semiología bajo ningún concepto: la clínica continúa siendo la soberana indiscutible.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Textbook of child and adolescent Psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press, 1991.
- American Academy of Pediatrics. The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care. Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC), Child and Adolescent version, American Academy of Pediatrics, 1996.
- American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Washington DC: Masson, 1995.
- Bancroft H. Introducción a la Bioestadística. EUDEBA, 1960.
- Fernández A, Guerra S. Nosografías en Psiquiatría Infantil juvenil. Nociones semiológicas básicas extractadas de los textos de uso común en la especialidad. Inédito, 1994.
- Lolas F, Martín Jacod, Vidal J. Sistemas Diagnósticos en Psiquiatría. Santiago, Chile: Mediterráneo, 1997.
- López Mato A, Boulosa, Márquez C. Psiquiatría neoclásica. Vol. 1. Toquito 1996

Montenegro H. Salud mental y Problemas Psicosociales y Psiquiátricos. En: Meneghello J. Pediatría. Vol. 2. Santiago, Chile: Mediterráneo, 1991.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE 10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación. Meditor, 1993.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE 10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Meditor, 1992.

CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

MARIO SEPULVEDA

En clínica psiquiátrica, se recoge la expresión de una anomalía; su significación y sentido lleva a entender u orientarse hacia lo que le dio origen. Qué procesos, qué situaciones, qué relaciones se alteraron. Es entonces, cuando se puede recurrir a las orientaciones teóricas que explican el por qué del hecho psicopatológico.

No es necesario afirmar, que la psicopatología es la base de la comprensión del trastorno psiquiátrico, dada su condición de ciencia. Sin embargo, la existencia de una diversidad de orientaciones epistemológicas, plantean al clínico exigencias en sus aplicaciones, tanto por su variedad, como por el conocimiento de sus bases teóricas la posibilidad de su uso y entendimiento de la organización de las entidades nosológicas.

Ionescu comenta en una visión integradora, 14 enfoques psicopatológicos, mostrando con esto, que de acuerdo con la perspectiva con la que se aborda el hecho psicopatológico, sus manifestaciones son entendidas de manera parcial, perdiéndose una visión holística integradora.

Las diferentes orientaciones psicopatológicas citadas por este autor son las siguientes: psicopatología atórica, conductista, biológica, cognoscitivista, la basada en la teoría del desarrollo, ecosistémica, etnopsicopatología, etiológica, existencialista, experimental, fenomenológica, psicoanalista, social y estructuralista. Esta amplia gama del pensamiento psicopatológico nos plantea la elección de una o algunas de estas corrientes epistemológicas que nos sea útil, hermenéuticamente, en la explicación de los trastornos del desarrollo personificador y en la delimitación de posibles entidades nosológicas que considere los aspectos evolutivos.

Precisamente por esto, en el hacer psiquiátrico de los períodos etáreos evolutivos, es necesario considerar el paso desde las manifestaciones psicológicas propias de un sincretismo indiferenciado a uno diferenciado, o a la visión fisiognómica del mundo, a la conciencia de sí o al logro de su propia identi-

dad, definición de su mismidad. Visto de otro modo, desde lo biofísico, a lo biopsíquico y psicoonético. Por tanto toda aproximación psicopatológica debe considerar este movimiento propio del desarrollo que contemple dinámismos integradores, y luego realizadores propios de una elaboración consciente (Riobo).

De las formas mencionadas por Ionescu, interesa señalar las que más desarrollo han tenido en nuestro medio: las corrientes psicoanalíticas, fenomenológicas, conductistas, cognocivistas y ecosistémicas, que sólo cogen algunos aspectos que permiten explicar los modos de manifestación de la anomalía psicológica o personal; pero no así el conjunto personificador. Agréguese a éstas las corrientes biologicistas que podrían apuntar a un reduccionismo en psiquiatría.

Ahora bien, la expresión de la anomalía psiquiátrica se traduce en signos mayoritariamente polisémicos que en psiquiatría infante juvenil adquieren mayor acentuación, planteando la duda de la comorbilidad y confusión frente a la delimitación de síntomas. Esto exige una línea epistemológica aplicada a la psicopatología, que se extienda más allá de un plano descriptivo signológico —como ocurre con las clasificaciones actuales— y abarque otras significaciones, formas de integración, organización, cursos, posibles disarmonías, relaciones de sentido, es decir, todo lo que apunte a los modos de perturbación del desarrollo personificador.

Concepción evolutiva

En esta oportunidad se tratará de plantear una psicopatología que contemple las perspectivas evolutivas y su aplicación en psiquiatría infante juvenil. Para ello se comentarán algunos aspectos básicos para la concepción evolutiva.

El hecho central que caracteriza el hacer psiquiátrico es la comprensión y conocimiento de las formas de relación, el cómo, con qué y con quién se

establecen las modificaciones que se producen cuando los elementos que la constituyen sufren alteraciones en su forma y contenido; es decir, el cambio en la significación de la forma de relación hasta ahora establecida, que puede extenderse de modo transitorio o permanente, perturbando la significación propia de la persona. Estos se expresan y deben ser recogidos en el acto médico, en el arte y la ciencia del proceder clínico.

Constantemente el niño está inmerso en una situación relacional, la que dependerá y se configurará según las circunstancias, las categorías comprometidas, los componentes participantes, entre los que se destaca el modo y alcance del desarrollo personal.

Imaginemos su desempeño en una situación cualquiera, ésta está formada por objetos y personas. Objetos que son dependientes entre sí por distintas perspectivas relacionales: de causalidad, elementos de una estructura, orientaciones espaciales y temporales, situación de rechazo y contradicciones. Personas que difieren en edad, sexo, actividad, que convergen o no en diversas similitudes, afinidad o diferencias.

Es en esta realidad el medio en el cual el niño vive permanentemente; cambiante sí, pero en relación a la continuidad que da la experiencia propia, a la unidad personal que da la conciencia de *Si it* a la unidad *Yo it* personal. Le importará este medio, esta realidad en la medida que tenga una significación, producto de la experiencia, de las significaciones dadas por la interdependencia de cosas y personas, y las dadas por el medio familiar, receptáculo, además, del medio sociocultural.

Variadas son las significaciones de acuerdo al plano personal comprometido emocional, afectivo cognitivo, social. La significación lo modifica, le revela su participación, le acerca o le aparta de ese medio acogedor o rechazante; proporciona el sentido de la experiencia.

Para que una situación de la realidad logre la condición de significación, necesita de la elaboración de la realidad, y para que ello ocurra, todos los atributos psicológicos de la persona se actualizan al enfrentar al medio a través de los dinámismos relacionales. La elaboración de la realidad es un acto consciente. Por ello es de interés comentar la relación y desarrollo, entre conciencia y personificación.

A través del desarrollo, en la evolutividad de personificarse, el *Ser* se mueve en el curso de sucesivos *Estar* y *Ser* consciente. Al organizarse en el tiempo se modifica, pero manteniendo su unidad, lo que le permite la permanente actualización de esta condición de *Ser* consciente. La organización psicológica del desarrollo es posible por la interacción de los conjuntos intencionales, o significativos, gra-

cias al *Ser* consciente. En la psicopatología evolutiva, se investiga en el sujeto las condiciones de las estructuraciones conscientes, su evolución y delimitación de organizaciones de significación clínica.

Cuando decimos que el niño se actualiza por su condición de *Ser* consciente nos referimos a que se hacen presente tanto la categoría de los hechos conscientes como la de los inconscientes. Que este último no se exprese en vivencias, no significa que antes el sujeto no las hubiera vivido o no hubiera tenido experiencias con sentido. Ambas formas conscientes e inconscientes constituyen la base de la actualización y unidad del *Ser* consciente que recogemos en la conducta de relación (Henry Ey).

En la actitud clínica psicopatológica, es importante inquirir las características singulares de la evolutividad del *Ser* consciente, que dependerá de la historicidad de la organización e integración de los procesos y dinámismos evolutivos.

De esto se desprende que para la psicopatología evolutiva la consideración del *Ser* consciente importa, en la medida que analiza la forma como se organiza la experiencia y el vivenciar en los actos de conciencia, en la actualización de la permanencia y trascendencia del *Ser*.

Rol de la conciencia

Es importante comentar la participación de la conciencia. Es decir, la relación entre conciencia y desarrollo, conciencia y personificación y conciencia y psicopatología.

La conciencia, como todos los hechos del desarrollo es un hecho progresivo que se va construyendo e integrando.

La evolución de la conciencia presenta una constancia que se debe a su dependencia casi exclusiva de las condiciones y transformaciones propias de la infancia.

De esta manera, podríamos distinguir categorías en la evolución del *Ser* consciente.

En las primeras etapas del desarrollo aún no estamos en una situación de conciencia puesto que ésta sólo se tiene cuando aparece la posibilidad de la representación; la representación de sí mismo y del otro *Yo* personal.

Previo a esto no es posible hablar de conciencia sino más bien de que existe un estado indiferenciado o sincrético, hay una "*sensación de sí*", que progresa desde lo sensorial hasta "*la conciencia de tener conciencia de sí*".

El sentir y el vivir el conflicto, su resolución o el continuar dependiendo de éste, se relaciona con la evolución o las etapas del desarrollo de las categorías del *Ser* consciente.

Si consideramos los planteamientos de Henry Ey, que señala que el *Ser* consciente —término que usa preferentemente para designar la conciencia— vive la particularidad de su propia existencia, en la evolutividad del personificarse, el *Ser* se mueve a través del sucesivo estar y ser consciente. De este modo, el *Ser* consciente se organiza en el tiempo, en la relación objeto-sujeto, sujeto-objeto, con permanentes actualizaciones que modifican evolutivamente el *Ser* consciente, conservando eso sí, la unidad en la conciencia de sí, en esa mismidad en que la construcción del *Ser* consciente permite la construcción personificada que recogemos por el análisis de los actos y de las vivencias y entendemos además, mediante los dinamismos realizados en su propia realidad y en la integración con el medio, con sentido y significado.

El desarrollo, como es evidente, no está pre-determinado y tampoco es unidireccional, esto es, porque de acuerdo con Wallon la conciencia está dada por la presencia del otro y del mundo de los objetos, lo que también señala Henry Ey en el sentido que "*La conciencia está prendida en este mundo al igual que ella misma lo prende*".

En el desarrollo del *Ser* consciente la experiencia elaborada puede ser actualizada o no, comunicable o no, recordada o no, lo que permite considerar dos categorías del *Ser* consciente: los hechos conscientes e inconscientes, ambos originados en una experiencia vivida, en el caso del *Ser* inconsciente no como arqueología psicológica sino como cursos modificables.

Los fenómenos que constituyen la organización psicológica del desarrollo son conjuntos intencionales o significativos propios del *Ser* consciente, de ahí que en psicopatología evolutiva sea importante considerarlos como alteraciones de estructuras conscientes, mejor dicho como estructuraciones y no funciones alteradas, así cuando consideramos la cognición, cómo podemos separarla de la afectividad ya que incorporadas a una estructura de relación son parte del sentido y significado que se sintetizan en la persona, en su condición evolutiva, en sus logros como *Ser* consciente.

Este análisis proporciona los elementos de juicio para entender como ha sido el curso del desarrollo, si la personificación ha sufrido disarmonías; y por lo tanto, de qué forma se emplean en el acto de relación personalizador los distintos componentes psicológicos del desarrollo: cognición, conación, afectividad, instrumentalización, y sus proyecciones hacia lo contextual. Por otra parte, permite el plantearse hipótesis diagnósticas del cuadro actual y entender los cambios en la evolutividad de los hechos psicopatológicos, que surgen desde los actos del *Ser* consciente.

El concepto de desarrollo

Al citar reiteradamente lo evolutivo, se hace necesario comentar el concepto de desarrollo. Si se revisan las distintas corrientes, se aprecia que es insuficiente una definición basada en escalas de comportamiento o rendimiento, como también, aquellas que sólo apuntan a descripciones de algunas estructuras de determinadas organizaciones o aspectos. Se corre así, el riesgo de utilizar un término equívoco o restrictivo.

Es preferible concebirlo como una personificación progresiva, que se logra por la conjunción de procesos y dinamismos, mediante un movimiento constructivo dialéctico, que se actualiza en los actos de personalización, lográndose los sentidos y significación; es evolutividad. Personificación es el encuentro.

Estos dinamismos integradores, realizadores, relacionales y los diferentes procesos que armonizan los distintos aspectos del desarrollo, cursan de manera progresiva, superando y reconstruyendo las nuevas etapas que modifican las significaciones de la realidad y el sentido de la relación de acuerdo a lo estimativo, valorativo, y a la simbolización experimentada (Oyarzún).

Desde este punto de vista las etapas pueden ser mejor definidas si se considera cómo la realidad puede ser vivida, sentida y concebida como existencia. Estos son períodos creativos, renovadores y que permiten proyecciones para las etapas que se sucederán.

La valorización de la actualización de los dinamismos y de los procesos, debe tener en cuenta los aspectos genéticos, los progresos logrados por equilibrio sucesivos, la resolución de conflictos que permiten avanzar en la elaboración de la realidad, que plantea la constante y renovada relación. En consecuencia, el desarrollo es una personificación progresiva considerada desde una perspectiva antropológica evolutiva, al recurrir a los dinamismos y procesos del *Ser* consciente que modifica la visión de mundo y, por consiguiente, de la conciencia de *Sí* del *Sí mismo*, y que cursa desde el predominio de la emoción, acción, apego, representación, proyección personal, consideración del otro como interlocutor y formador y los cambios de la realidad o identidad. Los dinamismos integradores apuntan a los hechos estructurales básicos y los realizadores a la integración de la personificación.

La relación entre sujeto y objeto estructura la experiencia, ya que entre ellos existen momentos o cursos históricos condicionados recíprocamente, valorados y estimados en los actos conscientes dentro de una totalidad personal.

Desde una perspectiva evolutiva, la existencia

PERSPECTIVA PSICOPATOLÓGICA EVOLUTIVA O PSICOPATOLOGÍA DE LA EVOLUTIVIDAD PERSONIFICADORA

El concepto de personificación progresiva, dialécticamente construida, es la base epistemológica de la psicopatología evolutiva, en el doble sentido de ser propia de un *Ser* en evolución y de la evolutividad de los procesos psicopatológicos. De esta manera se plantea esta forma específica de psicopatología. Lo que la singulariza es que la organización psicopatológica modifica el curso de la personificación, ya sea como apersonificación distorsión de la personificación, disarmonías patológicas, compromiso de algún o algunos aspectos del desarrollo — trastornos específicos, trastornos ansiosos, trastornos del comportamiento— limitando el desempeño de los elementos que permiten el conocimiento y elaboración de la realidad, o las estrategias empleadas según la evolutividad, y/o por último mostrando desajuste en las etapas.

Se cogen así, los procesos que construyen y alteran la organización evolutiva y el desarrollo normal, dando origen a las diferentes entidades nosológicas, cuya validez se coge en el acto de la personalización. Evolutivamente cambian los procesos y dinamismos en la personificación psicopatológica, lo que se entiende si se toma como base la concepción antropológica del desarrollo, considerando su perturbación como un trastorno de grado variado, expresado en modos de comportamiento, vivencias, posturas frente a la existencia propia y la del contexto relacional.

Por cierto que desde esta concepción psicopatológica evolutiva, se toma en cuenta la influencia de los factores perturbadores que origina los cambios cualitativos en la estructura, integración y organización dinámica del desarrollo y de acuerdo al momento evolutivo que ejerce su influencia, pero que al cambiar el curso del desarrollo, éste se estructura según la forma de su configuración, producto de la forma como se elaboran las nuevas experiencias, es decir, la conjunción de lo genético y epigenético, dando origen a una ontogénesis psicopatológica.

Insistimos en que el planteamiento y consideración de lo evolutivo, para que tenga el carácter de tal, debe contemplar la participación de dinamismos, sin los cuales no es posible entender el motor fundamental del desarrollo normal y perturbado, ya que permite incorporar una forma de relación, de la cual dependerá el modo de construcción y estructuración de la realidad del *Yo* personal y del otro. Al dar importancia a la presencia de la dimensión dinámica de los procesos psíquicos, se señala al desarrollo y sus trastornos como un movimiento progresivo e integrador en lo normal, y desintegrativo o con difi-

humana es un desenvolvimiento constante de incorporaciones, es un flujo de acciones y cambios afectivos, del conocimiento de la intencionalidad y propositividad, de sentido y significaciones, de activos dinamismos y procesos. Estos cambios deben ser considerados dentro del contexto de otros cambios centrados en el niño como *Ser* consciente, por lo tanto como actor de su propia existencia. En suma, el desarrollo humano es visto desde una perspectiva contextual dialéctica, que implica la conjunción, integración y organización de una multiplicidad de procesos dinámicamente interactivos.

La experiencia vivida y experimentada en la relación es una estructuración activa de los objetos que está en función de las acciones del sujeto, las respuestas del objeto y los intentos de interpretación y comprobación de las hipótesis del sujeto. Este planteamiento es la base de las corrientes constructivistas dialécticas, línea epistemológica que explica de mejor forma los hechos sucesivos que se dan en el desarrollo, puesto que consideran los aspectos históricos, genéticos y diacrónicos del sujeto; y los aspectos sincrónicos vistos como una totalidad, como estructura. La relación sujeto-objeto, objeto-sujeto, es por consiguiente básica para el conocimiento: visión de mundo, visión de *Sí*, desarrollo del *Ser* consciente (Tizon García)

Otra perspectiva, que complementa lo anterior es la antropológica dialéctica que plantea una teoría de las relaciones entre los diversos elementos de la realidad, señalando que esta teoría de las relaciones es la teoría del cambio de las relaciones mismas, de persona a persona y de las condiciones en que éstas se comprometen. La dialéctica de la realidad incluye también la dialéctica de ese componente que es el hombre y la sociedad en la cual vive, en nuestro interés la del *Ser* evolutivo infante juvenil (Castilla del Pino).

La perspectiva antropológica dialéctica afirma el carácter real histórico del hombre, su evolutividad, su constante ser hecho, su permanente hacer sobre sí mismo y sobre la realidad. Vínculo, apego, oposición, egocentrismo, angustia y separación, son aspectos de estos hechos antropológicos evolutivos.

De la imbricación en la realidad y su relación en la unidad personal, resulta un compromiso cada vez más complejo de la estructuración personal, que comprende al individuo en su totalidad, permitiéndole coger esta realidad en una síntesis, lo que supone entender que la persona y la realidad se generan recíprocamente, pero complementarias, unidas en el acto sintetizador.

Desde estos planteamientos podemos entregar las bases de lo que creemos que es una forma especial de psicopatología: la psicopatología evolutiva.

cultades de integración en los cursos psicopatológicos.

Estos dinamismos deben ser entendidos como formas de relación y comunicación, tanto en situaciones normales como en la dinámica psicopatológica, lo que dependerá del grado de conciencia de *Sí*. Cuando hablamos de dinámica psicopatológica, nos referimos a que los dinamismos sufren la influencia de lo evolutivo y adquieren su propia evolutividad.

De acuerdo con las teorías psicológicas evolutivas como las postuladas por Piaget y Wallon si el desarrollo neuropsíquico normal se logra a través de una compleja y sucesiva estructuración la que a su vez se alcanza mediante interrelaciones y coordinaciones basadas en transformaciones, recomposiciones, construcciones, tendencia al equilibrio o superación de conflictos, cualquier desorden psicológico aparece aún más complejo y su comprensión sólo puede ser lograda si se entiende cómo se organizan los procesos en estas circunstancias, los que se muestran en conductas cuya relación de sentido es preciso averiguar.

El conocimiento de los procesos psicológicos anormales entendidos como procesos, activa y dinámicamente organizados por interrelaciones y coordinaciones insuficientes desviadas o disarmónicas en relación al contexto del desarrollo, constituye la base de una psicopatología basada en los procesos evolutivos, es decir, una psicopatología evolutiva propiamente dicha, cuyo objetivo sería precisamente el estudio de las perturbaciones que llevan a peculiares formas de desarrollo y que dan origen a relaciones, actos o conocimientos anormales, expresados en comportamientos que comprometen al ser evolutivo como totalidad. Este objetivo es importante, toda vez que en los desórdenes psiquiátricos de la infancia, predominan aquellos que significan un trastorno primario del desarrollo y porque los restantes están de algún modo configurados por las etapas comprometidas por las modificaciones evolutivas posteriores.

El análisis psicopatológico evolutivo describe los fenómenos que aparecen en el actuar y vivenciar, luego la estructura o configuración del desarrollo: como se es, como se fue y se podría seguir siendo, en que se está, la dificultad del ser, del estar siendo; es decir lo que se es en el momento evolutivo y será en la evolutividad.

Los psiquiatras infantiles han llamado la atención sobre la relación entre desarrollo y psicopatología. Así, Sroufe y Rutter consideran a la psicopatología del desarrollo como el estudio de los orígenes y curso de los patrones conductuales individuales de mala adaptación, cualesquiera sea la edad de comienzo, cualesquiera que sea la causa, la transformación de las manifestaciones conductuales. Tam-

bién se indica que la psicopatología del desarrollo tomaría en consideración "la emergencia de un repertorio conductual, las funciones cognitivas y del lenguaje, los procesos sociales y emocionales, los cambios ocurridos en la estructura anatómica y en los procesos fisiológicos del cerebro a través de los cursos de la vida".

Cichetti comenta que en general se está de acuerdo en que la psicopatología del desarrollo estudiaría el funcionamiento a través de la evaluación de lo ontogénico, bioquímico, genético, biológico, fisiológico, cognitivo, social cognitivo, representacional, socioemocional, ambiental y la influencia de la sociedad sobre el comportamiento.

Estos juicios citados, sólo señalan lo que ocurre en el origen y los factores comprometidos. No indica el procedimiento clínico, ni el modo cómo enfocar la esencia de los hechos psicopatológicos, tampoco el método cómo enjuiciar sus significados, su organización y los modos de integración con otros hechos o bien la posibilidad de investigarlos o conocerlos.

Si bien es importante señalar los factores que conducen a la manifestación psicopatológica, la esencia de la psicopatología evolutiva es describir lo que ocurre con los dinamismos y procesos del desarrollo, como así mismo, los modos como se expresa y categoriza la elaboración de la experiencia en las actualizaciones conscientes, es decir, cuál es la base de los procesos cognitivos del pensar, el compromiso afectivo e instrumental: la organización de los actos, la expresión y psicomotilidad, las formas de comunicar, las condiciones de la intencionalidad y la base de la cognición, junto con describir y coger el sentido y el significado de ellos y la impronta que se da a la personificación.

En psiquiatría, para conocer y entender los trastornos, es necesario recurrir a varias líneas epistemológicas. Es así posible distinguir el modo de pensar frente a lo biológico, a lo ambiental, socio-cultural y a lo evolutivo. En la confluencia e integración de estas orientaciones y sus respectivas constataciones teóricas, cobran relieve las orientaciones psicodinámicas, la epistemología genética y aquella orientación constructiva dialéctica indicando el constructo de la psiquiatría del desarrollo. Estas tres orientaciones consideran el hecho psicopatológico desde una línea epistemológica orientada precisamente desde la perspectiva evolutiva. Por eso, más que una psicopatología que ocurre en el desarrollo, se plantea una psicopatología evolutiva y su evolutividad psicopatológica, porque todos los aspectos mencionados anteriormente se expresan de manera peculiar de acuerdo a la etapa del desarrollo, asimismo, se irá conformando también en relación a la etapa evolutiva en la cual transcurre, es decir la

forma como se integra, se organiza y reorganiza su curso.

Conviene aclarar conceptualmente estos aspectos de evolutividad en la aplicación clínica, diferenciando la patología que ocurre en el curso del desarrollo y la psicopatología evolutiva propiamente tal, que no sólo coge los trastornos y sus orígenes en las etapas del desarrollo, sino en lo que es específico de lo propiamente evolutivo.

En razón a la etiopsicopatogenia del trastorno del desarrollo, la etiología no configura la respuesta, ésta corresponde a la elaboración que se hace según la etapa comprometida y que se cursa de acuerdo a sucesivas reorganizaciones. La forma de la manifestación psicopatológica o el carácter que asume la personificación, orienta hacia las grandes configuraciones, permitiendo tener una visión aclaradora de la constitución de las distintas entidades nosológicas, y de la forma en que existen pasos y cursos que se entremezclan, indicando así otra peculiaridad de la psiquiatría de las edades evolutivas: el dinamismo de los cuadros clínicos.

Con el objeto de destacar los dinamismos y qué es lo que involucran, se comentan algunos conceptos centrales y de gran importancia en la experiencia y contenidos de la conciencia y la significación en el desarrollo, tales como la relación, la realidad, el sentido y significado, la forma de ver el mundo y la visión de sí, que también deben ser considerados en el análisis clínico psicopatológico.

Intereses de la psicopatología del desarrollo

Cuando Cichetti comenta que la psicopatología del desarrollo establece comprensión y apreciación de las transformaciones y reorganizaciones del desarrollo que ocurren en la vida, y un análisis de los riesgos y factores protectores y mecanismos que operan en el individuo y sus ambientes a través de la vida, investigación de las funciones convergentes y tareas del desarrollo que modifican la expresión de un trastorno, está apuntado al hecho central del desarrollo, la evolutividad y también al campo de sus intereses, es decir, al conjunto del desarrollo anormal, sin embargo a nuestro parecer la psicopatología evolutiva reconoce y evalúa hechos psicopatológicos, la forma como éstos reciben la influencia de la evolutividad, qué proceso y qué dinamismos, ocurren aparte de señalar qué movimientos y de qué forma se reproducen estas transformaciones y reorganizaciones; la que hemos postulado como una construcción progresiva y dialéctica, que se basa precisamente, en la interrelación de procesos y dinamismos con características propias, proporcionadas por la etapa del desarrollo psicológico.

Por lo tanto, es importante indicar qué aspectos

del desarrollo psicológico son de interés investigar, cómo destacarlos, delimitarlos y describir su esencia (conciencia, formas y estrategias cognitivas, actos, afectos) y señalar la forma en que los hechos psicopatológicos se muestran desde la condición evolutiva, tales como el delirio y las alucinaciones. Esto obligaría a distintas vertientes epistemológicas y su utilidad en clínica. Por ejemplo, a la etopsicopatología, en la teoría del apego, a las corrientes fenomenológicas para poder entender el sentido de algunas conductas, o como se estructuran las psicosis o a corrientes psicodinámicas o sistémicas para comprender los dinamismos relacionales. Para algunos, la psicopatología del desarrollo se refiere a los trastornos que ocurren en las etapas del desarrollo, sin destacar lo propio de lo psicopatológico, confundiendo con el campo de interés de la psiquiatría del desarrollo.

En las definiciones antes mencionadas y en los campos de interés señalados para la psicopatología del desarrollo, lo ocurrido en el tiempo no tiene la categoría de temporalidad, puesto que no se contemplan los dinamismos comprometidos en la anormalidad evolutiva, ni la dialéctica constructiva de los hechos psicopatológicos. Esto es de gran importancia, dado que es necesario considerar la anormalidad psicopatológica como no estable, sino esencialmente dinámica en su aparición y en su mantenimiento o en su tendencia a la agravación o mejoría. Así por ejemplo, uno o varios factores que provocan un desajuste que se expresa en manifestaciones psicopatológicas, no tienen relación directa de causa efecto, sino que las respuestas dependen del acomodo de los procesos y del dinamismo propio de la situación evolutiva, constituyendo una relación que ejercerá nuevos ajustes frente a las experiencias que se sucederán exigiendo al clínico una actitud que contemple la evolutividad psicopatológica aludida.

Desde la perspectiva clínica de la psicopatología evolutiva, es posible y necesario investigar primero las formas cómo se relacionan e integran los distintos componentes del desarrollo. Luego, qué forma de personificación se ha logrado, cuál ha sido su evolutividad y las distintas organizaciones, reorganizaciones e integraciones. Esto permite, de acuerdo al grado de compromiso, y a las características, formular diagnósticos. Así por ejemplo, si todos los aspectos del desarrollo están involucrados, tendremos los compromisos generalizados; si ellos están profundamente comprometidos, o si sólo lo están parcialmente, distintas serán las formas de presentación. Así, si está involucrado alguno de los instrumentos de relación, tales como el lenguaje o la integración de los actos, otras formas clínicas serán las que se presenten. Algo semejante es válido con los compromisos afectivos, sean compromisos par-

ciales o globales, en todos ellos se arrastra el desarrollo de la personificación, debiendo considerarse además, la evolutividad de las manifestaciones clínicas.

La psicopatología evolutiva recoge estas manifestaciones, las valora, describe las formas de cursar el desarrollo y la manera en que el cambio del actuar recibe el sello de la etapa en que ocurre: se modifica o se mantiene la perturbación previa en una consideración actual sincrónica o en el curso del desarrollo disarmónico, una visión diacrónica. Pero no como un mero transcurrir en el tiempo, sino en un movimiento transformador o reorganizador, vale decir, la forma como se presenta la personificación progresiva.

Así mismo, el análisis de los actos, desde una perspectiva psicopatológica, permitirá conocer el modo en que éstos se planifican, su intencionalidad, continuación y organización, es decir, la aplicación de la experiencia y la adecuación frente al objetivo. Al mismo tiempo puede orientar hacia los posibles compromisos de los sistemas funcionales cerebrales involucrados.

La actitud psicopatológica en el examen clínico actualiza los dinamismos y procesos responsables del trastorno, y desde una perspectiva evolutiva, la progresiva dialéctica constructiva de esto.

La perspectiva evolutiva se abre al método fenomenológico, a las concepciones psicodinámicas, al moldeamiento del desarrollo originado por las circunstancias relacionales, al peso de las posibles disposiciones neurobiológicas, ratificando así que tanto el desarrollo normal como el patológico, son formas interdependientes de la construcción personificadora, que se actualiza y se hace vigente en el acto de personificación, el que se atestigua por medio de las distintas maneras del procedimiento clínico.

El método fenomenológico puede ser aplicado, por ejemplo, en el análisis de la expresión de la forma del atender, del sentido de la relación y de los actos, con sus condiciones de intencionalidad y propositividad. También puede aplicarse en el análisis de las categorías conscientes del vivenciar y comportarse y de la estimación de espacio y tiempo, así mismo, la perspectiva estructuralista, en la organización del lenguaje y de las bases instrumentales configuraciones de praxias y gnosias como en las orientaciones psicodinámicas en la consideración de las proyecciones hacia el *Sí* mismo, hacia el otro y el constituyentes del medio circundante y en la aplicación de las concepciones sistémicas, cuando se intenta comprender las integraciones del niño con los componentes significativos de su familia. Todos estos aspectos unidos y sintetizados en la evolutividad constructiva dialéctica actualizados en la actividad

de su condición de *Ser* consciente y en la elaboración de su propia experiencia, es la única forma de validar las orientaciones teóricas planteadas, en la medida en que éstas expresen el real sentido y significado existencia.

Algunas manifestaciones clínicas

Así corresponde aplicar estos planteamientos en la comprensión de ciertas organizaciones y/o manifestaciones clínicas. Por ejemplo, el llamado autismo en las clasificaciones actuales, es catalogado como Trastorno Global o Generalizado del Desarrollo, destacándose el plano descriptivo, lo que es suficiente para darle categoría nosográfica. Esto lleva a buscar una forma que lo haga más comprensible y que lo incorpore como un cuadro mejor delimitado, o una forma de disarmonía evolutiva de organización y estructuración variable y que apunta fundamentalmente a detención de la personificación o a un curso distorsionado de ésta. Esta forma es precisamente la consideración psicopatológica evolutiva que para entenderla nos lleva a describir el comportamiento de un niño en cierta situación.

En el acto de personalización en la situación de estar en la realidad, el niño se actualiza, pues al ser cogido e influir sobre la realidad, realiza una síntesis de lo logrado en el curso del desarrollo, selecciona del conjunto aquello que le motiva, de acuerdo a intereses de carácter variado; así pone en marcha procesos y dinamismos que le permitan descubrir y establecer una relación en un tiempo y espacio dado, representándose la situación que estimará y valorará según los planteamientos originados por ella y su propio compromiso. Para que todo esto ocurra, experimenta y vivencia permanentes simbolizaciones del *Sí* mismo y del medio, movilizadas por los dinamismos implícitos en las relaciones, las que pueden ser de diferente naturaleza y a los que atiende de acuerdo a lo que adquiere sentido para él y las significaciones puestas en juego.

La experiencia y vivencias cursan en un continuo creativo que se unifica y trasciende dada su condición de *Ser* consciente. En la síntesis actualizadora movilizadas por lo que desde él tiene sentido, se ponen en acción las estrategias cognitivas y cognitivas sociales, las emociones, la afectividad, la integración de posturas y movimientos en actos de relación y organización de praxias y gnosias, las conductas comunicativas gestuales y del lenguaje y otros aspectos psicológicos de acuerdo al grado de evolución personal. De este modo se recogen, en un acto de aprehensión y de manera armónica, todos los aspectos del conocimiento, y su elaboración, la resonancia afectiva de aceptación o rechazo, la continuidad y búsqueda de las acciones. Se abren así,

caminos de complementación al resolver los conflictos que permiten la integración y manejo de nuevas experiencias. Esto permite modificar o cambiar la situación y proyectarse en un tiempo y espacio próximo. En este acto de relación participa todo el conjunto personal, el *Yo* personal y el otro, de manera inseparable y con conocimiento total y seleccionador de la realidad, por una interdependencia e interrelación de todos los aspectos psicológicos personificadores. Resultado de esto, es coger el todo y sus partes en un acto integrador, facilitando la orientación del individuo de manera eficaz en el manejo y conocimiento de la realidad.

En la situación psicopatológica, el curso de la vida mental mostrada en la expresión, la comunicación, el curso del pensar, la conciencia de sí, la estructuración del lenguaje, la coordinación de la psicomotilidad y la propositividad, puede darse en forma de islotes sin relación, que coge de manera yuxtapuesta las partes del todo sin sintetizarlo. Al ocurrir esto, no se obtienen las integraciones de los conjuntos de las ideas o representaciones que forman las nociones y conceptos, impidiendo lograr la unidad en la conciencia de sí y por lo tanto de la representación del otro o del yo personal. Y si por añadidura, no se cuenta con la participación estructuradora y organizadora de la emoción y la afectividad, se compromete el sentido, la vivencia del estar, el participar, desear e interesarse y por consiguiente la receptividad de la existencia propia y del otro. Estamos entonces, frente a un trastorno en que el individuo está impedido de construir su propia historia y personificarse y personalizarse de manera total, armónica y trascendente. Por lo tanto, el niño comprometido de esta manera, vive una existencia parcializada, en que él mismo y su mundo circundante son sólo parte a las que se agregan partes, faltando otras que habrían permitido coger el conjunto y el todo de la experiencia y la vivencia.

Por otra parte, se puede añadir que permanentemente y antes de toda situación lógico relacional que se da en la actitud descriptiva de lo sintomático, *a priori* estamos dispuestos a la relación, contamos con la eventualidad del encuentro y esto ocurre en la medida que siempre vigente nuestra condición de *Ser* social.

La habitual espontaneidad de la relación que aparece como dada, que no exige esfuerzo para constituir la dualidad. *Yo - Tú*: ambos, nos sorprende cuando debemos insistir en ser tomados en cuenta o abrir la posibilidad, para que el otro —el paciente— tome conciencia de nuestra presencia.

En este fracaso del encuentro el proceso que no se lleva a cabo es justamente la dialéctica de la expresividad comunicativa; no es posible, por eso una compenetración simbólica, es decir, la recipro-

alidad de significación y sentido. De ahí, entonces, que se pueda plantear que el paciente, al no representar para nosotros un *Ser* en vías de personificación, tampoco representamos nada para él.

No es posible lo expresivo sin su base emocional, pues son precisamente, las manifestaciones emocionales las que son esencialmente expresivas. Introducen motivos de conciencias y llevan a la relación a una gran contagiosidad de individuo, permitiendo así el nacimiento de la empatía, la que es la base de las relaciones personales. La emocionalidad es la que inicia la experiencia de conciencia y al dar acceso a las estructuras de sentido y significado, se hacen presente los procesos cognitivos. Las emociones son por tanto, capaces de realizar la cohesión de las reacciones, de las actitudes; y por consiguiente, son fuentes de relación y facilitan así el desarrollo. La ausencia o inestructuración de la emocionalidad, provoca alteraciones de la expresión, o imposibilidad o arrastra de modo perturbado los hechos constructivos, que debieran sucederse para lograr el desarrollo personificador. Entre éstos cobran importancia las modificaciones que en el curso del desarrollo sufren los contenidos de conciencia, predominando ciertas formas de ellos, según la etapa que transcurre. En los contenidos emocionales se provoca el desarrollo de reacciones ya organizadas y en el caso de contenidos cognitivos se presentan situaciones no conocidas hasta ese momento, lo que lleva a la reestructuración de lo conocido anteriormente. Tanto los aspectos emocionales que se perturban en los llamados autismos como la no estructuración de los procesos cognoscitivos, contribuyen en la alteración encontrada en las estructuras consideradas anormales de los trastornos generalizados del desarrollo, evolutivas de estructura psicótica o distorsiones psicóticas precoces de la personalidad.

¿Pero cómo entender el dinamismo constructivo y estructurador? Es a través de la resolución de los conflictos que se plantean al individuo cuando éste enfrenta un desequilibrio con la realidad. Es importante el papel y la existencia del conflicto como dinamismo de progreso y cambio en el desarrollo. Este permite el advenimiento de formas de actividad radicalmente nuevas. Las síntesis y unidad que provoca el desequilibrio de estos conflictos se realiza en la persona y se resuelve mediante el movimiento constructivo dialéctico, activo y dinámico sustentador de la personificación.

La no existencia de este dinamismo de progresos, fija la ausencia de desarrollo en el niño autista. Por otro lado, la resolución parcial e insuficiente de la situación de desequilibrio, es la que predominará en cuadros con cierto grado de desarrollo como en los síndromes de Asperger u otras formas de psicopatologías límites.

Se pone énfasis en la ausencia de respuestas emocionales, puesto que en estas circunstancias no se producen conflictos, no formándose así los primeros aspectos de la personificación. Estos conflictos deberían ocurrir internamente entre conductas antiguas y las que nacen, y si ello no ocurre no es posible que se realicen las primeras síntesis de las relaciones emocionales y cognitivas.

Las evoluciones clínicas de estos cuadros tienen la dificultad de poder delimitar entidades nosológicas características, debido a los distintos cursos y condiciones evolutivas. Se producen reorganizaciones y reintegraciones disarmonicas que se suceden en el transcurso de las etapas, sufriendo distintos grados de compromiso en la estructuración personificadora. Se plantea así, la necesidad de buscar una unidad entre estas distintas formas de presentación de esta psicopatología. Señalemos lo que habría de común en ellas. En primer lugar las dificultades cognitivas como construcciones disarmonicas, compromiso de la simbolización y significaciones en distinto grado de las cosas, situaciones y personas, pérdida de la condición de *Ser* epistémico, vivencia desde la externalidad, lo que hemos llamado actitud especular, déficits en la planificación, es decir, compromiso de la intencionalidad y propositividad y problemas en lograr la conciencia de *Sí* y sentido y significación del otro yo personal. En todos estos casos las perturbaciones se sintetizan en trastornos en la estructuración de la Personificación, que se traduce en dificultades de la organización del mundo interno y de la visión del mundo. Por ello podrían postularse como síndromes de trastornos del desarrollo personificador por ausencia de la Personificación o distorsión de la Personificación. Desde la perspectiva ya citada planteado como trastorno psicótico del desarrollo personificador.

El seguimiento de estos pacientes muestra que el curso del desarrollo en algunos de ellos se detiene, permaneciendo en etapas propias al período sensoriomotor, sin lograr la simbolización y por tanto la evolución de la conciencia. En otros pacientes, el desarrollo tiene un curso que muestra el distinto grado de compromiso de la integración de los aspectos evolutivos de la organización mental. Las mejoras obtenidas tienden a disminuir las disarmonias, persistiendo, la dificultad en las relaciones personales, en la consideración del otro, en las estrategias cognitivas, actitudes categoriales, y perseveraciones temáticas, hasta el extremo de adquirir un sinnúmero de informaciones que no relacionan con otra área del conocimiento; como juicios repetitivos carentes de proyección y sin propósitos determinados. Aunque estos pacientes adquieren la conciencia de *Sí* informan que son autistas, sin crítica y desde luego sin conciencia de enfermedad, su

conducta es aceptada como natural. Incorporan parcialmente la significación del otro. Su actitud es rígida, amanerada, con una prosodia monótona, pues el lenguaje carece de la modulación expresiva ya que no interesa la intención comunicativa presentan agramaticalismo, y a pesar que el discurso es aparentemente fluido, está construido por frases yuxtapuestas que le impiden conceptualizar. Son pacientes de juicios inamovibles, pensamiento codificado, transductivo.

También podemos considerar en esta perspectiva los desórdenes de la psicomotilidad en la edad evolutiva. Cuando realizamos una actividad, cualesquiera que ésta sea, recibe la influencia de nuestra vida psíquica, ya sea del momento o de la situación que se experimenta, de las características de la personalidad, las condiciones sociales, de la etapa del desarrollo, etc. Así el caminar, aún cuando consideremos que se haya convertido en una actividad automática, no es sólo un suceder mecánico y una regulación dinámica del equilibrio, sino que es también expresión, y en este aparente abandono en una acción, se trasuntan motivaciones y actitudes, que sobrepasan un mero acto de traslado y de locomoción. Las costumbres y usos que acompañan las actividades del individuo en edad evolutiva, están impregnadas de las características del desarrollo psicológico. La apariencia de la vestimenta en los juegos simbólicos de los primeros años, denotan actividades basadas en una gran riqueza y variabilidad de las imágenes mentales. La extravagancia del vestir o del actuar en la pubertad o en la protesta de los jóvenes, se impregna de las vivencias propias de esas etapas o situaciones.

Estas actividades corresponden a conductas, que como tales, tienen un sentido, un significado, que se desprende de la observación de los actos. En la sucesión de éstos, deducimos o interpretamos el sentido de la conducta, que no es sino la relación de sentido de los actos y que da armonía al transcurso de la vida psíquica.

En clínica, en aquellos pacientes en los cuales no se logra conocer sus vivencias, o que no las manifiestan con claridad, es el sentido de los actos el que orienta hacia el significado psicopatológico de las perturbaciones. En la clínica psiquiátrica del niño, por la singularidad de éste, es a través de la búsqueda del sentido de los actos como es posible entender sus anormalidades, en las cuales pudieran encontrarse explícita o implícitamente vivencias que puedan mostrar una continuidad de la vida psíquica o expresiones de presentes sucesivos, como ocurre en el niño menor, cuyos nexos se realizan parcialmente por las coordinaciones de la actividad mental.

El niño, desde pequeño, posee un gran número de movimientos, pero no es sino más tarde que estos

al relacionarse e integrarse entre sí, se estructuran en actos.

Si realizamos un acto cualquiera: lanzar un objeto, practicar un deporte, hacer un saludo, escribir, etc., nos guía un propósito, una intención. Ponemos en marcha movimientos coordinados, reconocemos el objeto, nos representamos la situación y realizamos la acción en un espacio y en un tiempo. A su vez, este acto es medio de expresión del afecto con él, simbolizamos y damos solución de acuerdo a las experiencias previas y a la estructura del pensamiento logrado. Si a esto se agregan otros componentes como el tono de voz, la postura, la adquisición de las asimetrías, de la coordinación, etc., estamos frente a una actividad muy compleja, que abarca todo nuestro ser. De esta forma, este acto es un acto de relación que realizamos con nuestro cuerpo, convertido en instrumento de relación, de diálogo consigo mismo y con el mundo. Cuando esto ocurre hablamos de psicomotilidad. De este modo, el movimiento está implicado en la interiorización de la acción y en el modo de desenvolvimiento de la vida psíquica. Para que un acto se constituya es necesario que un nuevo plan reemplace los planes de las actividades anteriores. De este modo entre un acto y el que le sigue se transmiten, sin duda movimientos; "pero transformados por el hecho de integrarse a otro sistema y obedecer a otras necesidades" (Wallon).

Es necesario luchar por ejemplo, contra las sincinesias que entorpecen el movimiento, que lo hacen impreciso y lo limitan, contra las sinergias que al ceder, permitirán que el aspecto difuso y generalizado de los gestos puedan ser disociados en sistemas más particulares, posibilitando su adecuación a cosas o circunstancias diversas. El acto, tanto en aplicación al propio cuerpo como objeto, como a los objetos circundantes, recibe la influencia del medio sobre el que se despliega, produciéndose sucesivos acuerdos entre éste y sus objetivos, así como la adaptación y la estructura y el uso de objetos. El acto no puede distinguirse de su proyección en el espacio y posee la aptitud de lograr soluciones desde el campo perceptivo motor, que facilita el uso de instrumentos.

La coordinación de los movimientos, los actos, "coordinan a su vez el mundo de las impresiones, permitiendo agrupar los relativos a una misma presencia, a una misma existencia, a un mismo objeto; según lo que se desplaza de un campo sensorial a otro, se anticipa una impresión sobre otra. En una palabra, substituir lo permanente de la causa, al polimorfismo y a la fugacidad de las impresiones" (Wallon).

Estas actividades reconocen desde muy tempranas motivaciones, que en el curso del desarrollo se

hacen más sutiles y que van desde simples efectos sensoriales a situaciones afectivas y valorativas.

La aparición de la función semiótica, y con ella las imágenes mentales que dan cuenta de la continuidad de la actividad mental y de la aparición del pensamiento, perfecciona las substituciones de los elementos de un acto en la imitación o en la actividad lúdica, permitiendo el progreso al aplicar un acto a nuevos objetos y también, como decíamos, creando nuevos actos.

La interiorización de la acción por medio de las imágenes mentales, y posteriormente por las operaciones que permiten el manejo del espacio, del tiempo y del razonamiento irreversible primero y reversible después, da sucesivos atributos a los actos, como el propósito, expresividad, etc. De esta manera la realización de ellos se expresa en la personalidad total, de acuerdo al desarrollo alcanzado y a sus implicancias caracterológicas.

En psicopatología evolutiva es de interés la perturbación del acto como relación y sentido, como se observa precozmente en los trastornos del desarrollo, en el espectro autista o en los retardos mentales y en el desorden de la organización instrumental, las dispraxognosias o debilidades motrices. Todos reciben la influencia de la antelación de otros aspectos del desarrollo: compromiso intelectual; inestabilidad de su curso en los síndromes hiperactivos y en fin, por la impronta que recibe en los trastornos emocionales.

En las llamadas psicosis infantiles ocurre, en forma práctica, que la psicomotilidad como relación está ausente, lo que se reconoce por la carencia de sentido de las conductas.

En los trastornos generalizados del desarrollo la psicomotilidad como relación, el cuerpo y sus movimientos como comunicación y diálogo no tienen ese atributo, a pesar de existir una maduración neurológica que permita postura, locomoción, equilibrio y motilidad fina satisfactoria. Esta forma de trastorno de la psicomotilidad, traduce una grave dificultad en la estructuración mental, cuya consecuencia es la incorporación de las significaciones cognitivas y empáticas y, por consiguiente, el no progreso de los instrumentos respectivos. De este modo, el movimiento no puede alcanzar la categoría de acto y las actividades del individuo a la de psicomotilidad.

Puede ocurrir, que en aquellos casos de grave compromiso neurológico, la actividad motora puede estar impedida de tal forma, que la maduración del movimiento no se dé y, por consiguiente, no se logre una actividad psicomotora propiamente tal. Ahora bien, si la maduración neurológica es deficiente, la psicomotilidad puede alcanzar las características del período sensorio motor, de tal modo que la actividad es la propia de las reacciones circulares, es decir,

actividades repetitivas, centradas en el cuerpo, no proyectadas al espacio próximo y de emotividad primaria.

En los retrasos mentales, la psicomotilidad se muestra en gestos y actitudes pueriles, que indican que el niño vive en el ámbito de un espacio próximo y de significación fisiognómica. En sus actividades predomina la realización motora más que la interiorización de la acción y el curso de ésta es más bien guiado por las relaciones de las partes que por la consideración del conjunto de la experiencia. El acto expresa que el conocimiento de sí mismo, de los otros y de las cosas, tanto en su significación empática cognitiva, como en su relación espacio temporal, está conformado por la analogía, yuxtaposición, sincretismo y predominio del aspecto figurativo, intuitivo, es decir, por la irreversibilidad del pensar.

Para que un acto logre su total realización y cumpla con un propósito, debe cursarse en un tiempo y/o espacio actual, concreto y/o representado, detenerse en la experiencia y relación con el objeto. Lograr de éste su conocimiento y significación, reconocer su forma, ubicación, sucesión y participación en otras estructuras y situaciones, entender su manejo y repercusión sobre el sujeto. Si logra esto, puede originar otros actos que guardan una relación de sentido entre sí y dan armonía a la conducta, facilitando el aprendizaje y permitiendo la continuidad del desarrollo psicológico.

Si predomina la actividad impulsiva, la respuesta fácil a toda clase de solicitaciones estimulantes, la inestabilidad de inconsistencia de las reacciones mentales, el acto es inacabado, muchas veces insinuando e interrumpido. El resultado será una experiencia, conocimiento y aprendizaje mal elaborado y la psicomotilidad considerada como relación de sentido, pierde su condición de tal, ya que estará modulada por una inquietud e hiperactividad como la descrita en los llamados síndromes hiperquinéticos o en los estados ansiosos, siendo permanentes los primeros y transitorios los segundos.

Por último, y sólo es posible mencionarlo brevemente, la psicomotilidad expresa con riqueza el sentido de las reacciones emocionales. Aparte de los trastornos de las funciones del cuerpo, que predominan en las primeras edades (esfínteres, habla, movimiento), los estados depresivos y angustiosos se manifiestan en actitudes y conductas de abandono, oposición, agitación, agresión, etc. y que expresan y simbolizan la significación existencial de la etapa madurativa que cursa. En el conjunto de los actos, en la psicomotilidad, se muestra en forma dinámica la relación de sentido empático con la situación.

En resumen, la esencia de la psicomotilidad es la relación, es la expresión del sentido de los actos, de

su desenvolvimiento. El análisis de los actos que muestran carencia, insuficiencia o disarmonía de su significado cognoscitivo y empático, en la relación a la situación y etapa del desarrollo que se cursa, es un hecho clínico esencial en los desórdenes neuropsíquicos de la edad evolutiva.

De lo anteriormente expuesto se desprende que en el encuentro con el paciente, en el "simbolismo de la personalización" (Oyarzún), se asiste a manifestaciones psicopatológicas, expresadas en conductas y vivencias de tipo tendenciales, emocionales de la vitalidad, del yo individual y transitivas (Lersch) que es preciso categorizar. Para ello se exige la aplicación de métodos clínicos, concepciones teóricas y líneas epistemológicas que permitan entender las perturbaciones, distorsiones o ausencia del sentido y significado de la relación, aún más, y en igual plano, valorar la importancia de lo evolutivo, ya que en relación a la etapa en que ocurre el trastorno, se modulan las formas de respuestas y actitudes asumidas.

Por lo tanto, es importante aclarar qué dinámicos determinan los actos de relación, qué nuevos cursos del desarrollo se originan y las características de su evolutividad, la forma como se estructuran los fundamentos del desarrollo (afectividad, cognición, cognición social, conación e instrumental), la dialéctica de nuevas integraciones y reorganizaciones del sistema de los dinámicos hiperintegradores y realizadores, propios del desarrollo y de los sistemas de relación con el otro, con el mundo de los objetos, los sucesos, situaciones y lo valorativo del todo existencial.

Al citar los dinámicos hiperintegradores (Riobo) referidos al *Ser* consciente, se consideran los hechos biológicos básicos genéticos, maduración de los sistemas funcionales cerebrales, los que apuntan a las disposiciones constitucionales. Todos al dar la base de la sociabilidad del *Ser* evolutivo, participan en la construcción dialéctica de la personificación, conjuntamente con las experiencias dadas desde fuentes relacionales.

Es esta la tarea de la psiquiatría infanto-juvenil: considerar la evolutividad y la aplicación de líneas epistemológicas que expliquen los variados trastornos de la personificación y esto sólo es posible a través de la formulación de una psicopatología evolutiva y su correspondiente evolutividad.

BIBLIOGRAFIA

- Castilla del Pino G. Un Estudio sobre la Depresión. Madrid: Ed. Peninsula, 1966.
Cichetti D, Cohen D. Developmental Psychopathology. New York: John Wiley & Sons, 1995.

- Ey H. La Conciencia. Madrid: Ed. Gredos, 1967.
Jaspers K. Psicopatología General. Buenos Aires: Beta, 1913.
Ionescu S. Catorce Enfoques de la Psicopatología. México: F. Cultura Econ, 1994.
Lain Entralgo P. Antropología Médica. España: Salvat, 1984.
Lersch Ph. La Estructura de la Personalidad. Barcelona: Ed. Scientia, 1958.
Mises R. Cinq études de Psychopathologie de l'enfant. Pivat, 1981.
Oyarzún F. La Persona Humana y la Antropología Médica. Santiago, Chile: Ed. Universitaria, 1983.
Oyarzún F. La Persona, la Psicopatología y Psicoterapia

- Antropológica. Santiago, Chile: Ed. Universitaria, 1992.
Piaget J. Problemas de Psicología Genética. Santiago, Chile: Ariel, 1975.
Piaget J. Psicología de la Inteligencia. Buenos Aires: Ed. Psique, 1955.
Riobó M. Psicodinamismo Evolutivo de la Personalidad. Barcelona: Ed. Herder, 1991.
Sroufe L, Rutter M. The domain of developmental psychopathology. Child Development 1984; 55:17-29.
Tizón J. Introducción a la Epistemología de la Psicopatología y Psiquiatría. Barcelona: Ariel, 1978.
Wallon H. Del Acto al Pensamiento. Ed. Lautaro, 1965.

CUARTA PARTE
Psicopatología

TRASTORNOS EMOCIONALES

HUMBERTO GUAJARDO

En este capítulo se tratarán las alteraciones producidas por factores etiológicos presentes en el medioambiente. La mayoría de ellos actúa sobre el individuo produciendo alteraciones en aspectos cognitivos, afectivos, inconscientes y familiares que generan una alteración de la etiología, generando un síndrome de activación que se caracteriza por una serie de manifestaciones típicas de la estimulación del sistema nervioso autónomo (SNA).

Cuando en un organismo se produce un síndrome de activación, en el plano emocional hay una serie de manifestaciones adversas, caracterizadas fundamentalmente por sensación de ansiedad o angustia.

La acción mantenida de estas noxas ambientales termina produciendo una alteración permanente en el plano emocional. La clasificación internacional de las enfermedades ha hablado por años de trastornos reactivos o trastornos neuróticos, según el grado de intensidad o el nivel de internalización del problema en el tiempo. Por esta razón los trastornos reactivos se han diagnosticado más frecuentemente en los preescolares quienes por su nivel de desarrollo tienen una menor capacidad de elaboración de sus problemas, siendo entonces, los trastornos neuróticos más bien propios de los escolares o adolescentes. Una categoría que también ha usado la clasificación internacional es la de variación normal, para referirse a aquellas situaciones que afectan a un niño, pero que están dentro de un período aceptable de tiempo y que corresponde al proceso de adaptación en que el organismo retoma su evolución normal.

De acuerdo al DSM IV los trastornos del área emocional producidos por factores de estrés ambiental, son catalogados en diferentes tipos como: crisis de angustia, agorafobia, fobias específicas, fobias sociales, trastornos obsesivo compulsivos (ver Capítulo 12: *Trastorno obsesivo compulsivo*), trastorno por estrés posttraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastor-

nos de ansiedad por enfermedad médica, trastornos de ansiedad inducido por sustancias, trastorno de ansiedad no especificado, trastorno por ansiedad de separación, mutismo selectivo, y trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez. Desde el punto de vista de su intensidad se catalogan en leves, moderados o graves según la magnitud de los síntomas.

Epidemiología

Los trastornos emocionales ya descritos son, junto al síndrome de déficit de atención, las causas más frecuentes de consulta en preescolares y escolares. En los adolescentes son claramente la primera causa de consulta.

En preescolares y escolares se han señalado cifras de prevalencia de hasta un 15% para trastornos de ansiedad en general y en forma específica de 3-4% para ansiedad de separación, 2-3% para fobias simples y 1% para fobias sociales.

En los adolescentes aparecen las crisis de pánico con 0,5% de prevalencia y aumentan las fobias sociales.

TRASTORNOS POR ANSIEDAD

En este rubro se incluyen aquellos trastornos en los cuales la ansiedad es el factor más importante. En la clasificación DSM IV se diferencian trastornos en los cuales la ansiedad se produce ante situaciones específicas y otros en los cuales está generalizada a un gran número de circunstancias.

Aspectos psicopatológicos de la ansiedad

Al abordar el mecanismo de producción de los trastornos angustiosos, se analizará desde la perspectiva de un modelo de psicoterapia integrativa (ver Capítulo 41: *Psicoterapia integrativa*) que será el marco teórico empleado en el acercamiento terapéutico.

En este contexto es importante entonces describir y analizar el fenómeno, tomando en cuenta los siguientes factores: ambiente, características del sujeto o individuo (aspectos biológicos, temperamento), características de procesamiento cognitivo, estilos afectivos, conflictos subyacentes, entorno social y familiar.

Factores del ambiente. Son numerosos los factores ambientales que pueden provocar angustia a un niño.

Desde luego, las conductas agresivas de los adultos en forma de retos, castigos o simplemente la negación de afecto al que el niño tiene derecho. Es importante señalar que en Latinoamérica son altas las tasas de alcoholismo y neurosis en los adultos, factores que inciden en actitudes agresivas y de pérdida de autocontrol en el manejo de los menores en su medio familiar. Otras veces no son situaciones tan extremas, pero sí de hostilidad de profesores, adultos que lo rodean e incluso de sus propios compañeros, los que pueden transformarse en un factor de agresión constante hacia el niño.

Muchas veces las altas expectativas de rendimiento de los profesores o de los padres pueden ser un factor altamente ansiógeno para un niño que tiene dificultades de rendimiento o que no tiene habilidades o destrezas para desenvolverse.

Las disfunciones familiares, ambientes de discusión o de mala comunicación favorecen las reacciones de ansiedad ante la imposibilidad de resolver un conflicto que escapa a sus capacidades.

Características del niño. Los estímulos ambientales son percibidos por el niño quien los interpreta y los procesa antes de reaccionar.

En este aspecto hay que señalar que no todos los niños responden de igual forma ante las agresiones del ambiente. Es indudable que hay niños que por temperamento son más sensibles y que interpretarán como estresantes, estímulos que no lo serán para otros niños. Rasgos tempranos como seguridad o ansiedad para explorar situaciones nuevas se han relacionado con trastornos de angustia en escolares y adolescentes. Investigaciones han demostrado que niños con inhibición conductual sometidos a pruebas o exigencias presentan alteraciones fisiológicas como aumento de la frecuencia cardíaca, tensión en la laringe y cuerdas vocales, aumento de niveles de cortisol salival, aumento de catecolaminas urinarias y dilatación pupilar.

Estudios de seguimiento en niños con rasgos de inhibición conductual han mostrado correlación con tendencias a presentar una mayor frecuencia de trastornos de ansiedad.

Recientemente se ha puesto énfasis en factores de desarrollo de apego y características de vínculo

madre-hijo en el estudio de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad. Se ha señalado que la inseguridad en el apego podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad.

El procesamiento y análisis que un niño realiza de los estímulos agresores depende de su nivel de desarrollo, de la escala de valores, normas y conceptos que se le han entregado en su proceso educativo. Un niño al cual se le reiteran constantemente juicios descalificatorios como: "eres inútil", "tú tienes la culpa de nuestras peleas", evaluará negativamente las situaciones conflictivas en que se vea involucrado.

Una vez que el estímulo es procesado y evaluado, su acción en la esfera emocional del individuo determina la respuesta de angustia que depende fundamentalmente de la actuación del sistema nervioso autónomo. En este plano es evidente que también hay diferencias individuales en la intensidad de la respuesta que cada sujeto emitirá.

En el plano de lo que se denomina el "inconciente" del individuo, muchas experiencias que implican fuerte estrés en etapas tempranas del desarrollo que no logran ser asimiladas por carecer el niño de mecanismos defensivos en los subsistemas cognitivo-afectivo, pueden quedar registradas lejos de la conciencia (represión) y producir estrés al ser activadas por situaciones de estimulación sub-liminal no concientes. Este proceso puede dar lugar a trastornos de ansiedad en etapas posteriores.

Respuestas o conductas del sujeto. Los estímulos que producen angustia generan una serie de respuestas del individuo, algunas involuntarias y otras de tipo voluntario.

Entre las primeras, diremos que los niños con angustia presentan taquicardia, sudoración, labilidad emocional con llanto fácil, en ocasiones tics acentuados y en muchos casos somatizaciones con dolor precordial, dolores abdominales, cefalea, afecciones dermatológicas (alopecia, vitiligo), etc. Una conducta típica de los niños con ansiedad es la hiperactividad. Por otra parte, en especial los niños tímidos tienden a aislarse, no conversan e incluso llegan a presentar conductas de mutismo que en el fondo son conductas de evitación frente a las situaciones que los angustian. La mayoría de estos niños no posee un repertorio de habilidades conductuales que les permita enfrentar con éxito sus dificultades, lo cual tiende a agravar el problema y a mantenerlo en el tiempo.

Consecuencias en el ambiente familiar. Las reacciones de quienes rodean al niño con un problema de angustia no siempre son las más adecuadas y además son de muy variado tipo.

Muchos padres, en especial cuando hay patolo-

gías como alcoholismo o neurosis, lejos de percibir la sintomatología del niño tienden a incrementar la agresión por considerar que el niño es torpe o inadecuado en sus respuestas.

Otros por el contrario experimentan un sentimiento de culpabilidad o de sobreprotección que los lleva a acoger inadecuadamente al niño en una relación de doble vínculo.

Los padres muy aprensivos que están en una alerta constante por lo que pueda pasarle al niño, le transmiten una sensación de temor y ansiedad anticipatoria que genera una angustia muchas veces generalizada.

Las consecuencias a su vez por un mecanismo de *feed-back* vuelven a servir de estímulo sobre el niño, quien puede percibir que ante determinadas situaciones su angustia es motivo de rechazo o de burla por sus padres o los adultos.

Formas clínicas

El DSM IV plantea la existencia de varios tipos de trastornos por ansiedad, los que se pueden dividir a grandes rasgos en aquellos que se dan ante situaciones específicas y aquellos en los cuales la ansiedad está generalizada a una gran variedad de situaciones.

Trastorno por angustia de separación

En estos casos se trata de niños que presentan una gran dificultad y angustia en la separación de sus figuras afectivas más cercanas, o al alejarse de su hogar. Se requiere que se manifieste al menos con una duración de cuatro semanas. El inicio debe producirse antes de los 18 años de edad.

Los niños con este problema rechazan ir a casa de sus amigos o familiares, ir de paseo e incluso asistir al colegio. La situación puede ser tal, que no pueden estar solos en una habitación, siguiendo a uno de los padres por toda la casa y en muchos casos aferrándose a ellos.

Cuando se fuerza la separación o el niño percibe que se acerca la hora, por ejemplo, de ir al colegio, puede presentar molestias físicas como dolores abdominales, cefalea, náuseas y vómitos.

Si los padres deben salir, manifiestan gran temor y llaman a los familiares o amigos más cercanos preguntando por ellos. Sienten temor de que no vuelvan o que algo les pueda ocurrir.

El sueño puede presentar alteraciones en especial para dormirse, necesitando compañía o incluso durmiendo en la cama de los padres. También pueden tener pesadillas o despertares frecuentes durante la noche.

Es muy característico el problema de angustia de

separación en niños que deben enfrentar su primer día de clases.

El cuadro se presenta por lo general en forma más frecuente en la edad preescolar, siempre antes de los dieciocho años.

El principal problema es que tiende a ser muy invalidante pudiendo llegar a limitar seriamente el desarrollo socioemocional del niño. Es más frecuente en familias de padres sobreprotectores.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras formas de angustia en las cuales no está presente la situación de separación, con cierta angustia ante la separación que presentan pacientes depresivos o en los psicóticos donde el cuadro de base es lo fundamental.

Criterios diagnósticos DSM IV para trastorno por angustia de separación:

A. Angustia excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concierne a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

- Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.

- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o que éstas sufran un posible daño.

- Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (por ejemplo, extraviarse o ser secuestrado).

- Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.

- Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.

- Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca a una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.

- Pesadillas repetidas con temática de separación.

- Quejas repetidas de síntomas físicos (cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.

B. La duración de la alteración es de por lo menos cuatro semanas.

C. Comienzo antes de los dieciocho años.

La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La alteración no ocurre exclusivamente en el

transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la existencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Mutismo selectivo

En este trastorno nos encontramos con niños que tienen una conducta de evitación intensa, que se presenta especialmente en el contacto con las personas extrañas. En muchos casos los niños son incapaces de articular palabras ante los desconocidos, en el colegio, o ante sus compañeros de juego, dando lugar a lo que se ha llamado un mutismo selectivo.

La alteración interfiere en forma importante en el rendimiento escolar, social o laboral.

Se requiere que esté presente por a lo menos un mes y no se limite al primer mes de escolaridad.

Los niños con este problema tienen un comportamiento normal entre sus familiares y personas conocidas, pero se angustian ante situaciones nuevas.

Esta situación puede llevar a un marcado deterioro en el desarrollo social del niño. El trastorno se manifiesta, por lo general cuando el niño debe ingresar al colegio o al jardín infantil.

Diagnóstico diferencial. Una de las situaciones que hay que diferenciar es la inhibición natural que se produce en muchos niños en un primer contacto con desconocidos y que cede espontáneamente luego de un corto período de tiempo.

— Con la angustia de separación en que la ansiedad es por la separación de las personas conocidas más que por el contacto con extraños.

— Con los cuadros depresivos en que hay aislamiento social, pero que es generalizado.

— Pacientes con trastorno severo del lenguaje (autistas, disfásicos), tienden a aislarse o no comunicarse en forma generalizada tanto ante los conocidos como ante los extraños.

Trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo

El trastorno por estrés postraumático es un trastorno de ansiedad que se produce frente a situaciones específicas. En este caso se presenta la sintomatología típica de la angustia, después de un acontecimiento muy desagradable y que se encuentra fuera de la experiencia habitual del niño.

Por lo general el evento estresante produce angustia a cualquier persona.

La sintomatología se manifiesta ante el recuerdo de la situación o de sus circunstancias asociadas. El diagnóstico requiere que la sintomatología se prolongue por más de un mes de duración.

Diferentes situaciones tienden a producir esta alteración, por ejemplo, el asalto en la vía pública a niños escolares para robarles sus relojes o prendas de vestir, o bien, situaciones en que familias enteras han sufrido asaltos a sus viviendas o incluso el secuestro de algunos de sus miembros. Niños que han visto situaciones de asesinatos o de extrema violencia intrafamiliar. Son múltiples y muy variadas las situaciones en que puede producirse este trastorno.

El trastorno por estrés postraumático se califica como agudo si los síntomas duran menos de tres meses y de crónico si duran más de tres meses.

En el caso del trastorno por estrés agudo se trata de una alteración caracterizada por ansiedad, síntomas disociativos y deterioro en áreas importantes de la actividad del niño en los días posteriores a un episodio muy traumático. Por lo general se resuelve antes del mes de lo contrario pasa a ser catalogado de estrés postraumático.

Trastorno por ansiedad generalizada

La sintomatología de este trastorno se manifiesta por una ansiedad exagerada que dura seis meses o más. El niño con estos problemas aparece como extremadamente cauteloso y preocupado de las más diversas situaciones, como cumplir con sus actividades, temor a enfermarse, preocupación ante el juicio de los demás, en especial respecto de sus actividades escolares, etcétera.

Los niños con este trastorno tienden a evitar muchas situaciones en las cuales se sienten inseguros como competencias, actividades sociales o de grupos. Este trastorno puede prolongarse en la vida adulta con trastornos por ansiedad o fobias. En muchos casos se observa sintomatología de ansiedad en los padres.

Criterios DSM IV para el diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada:

A. Ansiedad o preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar que se prolongan más de 6 meses).

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado constante de preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido por más de seis meses).
Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

- Inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad fácil
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad

- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño como: dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador.

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje 1; por ejemplo la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad de separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer de una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Crisis de angustia o ataque de pánico

Las crisis de angustia o ataques de pánico suelen aparecer en la edad de la adolescencia. Se ha pensado que es probable que los cambios hormonales propios del período adolescente tengan importancia en la génesis de esta alteración.

Estas crisis se presentan en el curso de un trastorno por ansiedad y se caracterizan por la aparición brusca de miedo intenso que alcanza su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

De acuerdo al DSM IV se requiere de la presencia de 4 ó más de los siguientes síntomas: palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores, sensación de ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, sensación de irrealidad, miedo a volverse loco, miedo a morir, parestesias, escalofríos.

Tratamiento de los trastornos por ansiedad. Existen diferentes técnicas y procedimientos tanto psicofarmacológicos como psicoterapéuticos que permiten abordar los trastornos por angustia en sus

diferentes mecanismos psicopatológicos. No son en absoluto excluyentes y lo fundamental es que el terapeuta sepa indicarlos en el momento preciso y defina un plan o estrategia terapéutica que modifique factores ambientales, del individuo y de sus respuestas o consecuencias.

Aplicando conceptos del Modelo Integrativo de Psicoterapia enfocaremos el tratamiento desde los diferentes subsistemas:

Biológico. Hay varios medicamentos de tipo ansiolítico que pueden utilizarse con fines terapéuticos. El objetivo es disminuir o atenuar la intensidad de la respuesta angustiosa, o sea, inhibir la reacción exagerada del sistema nervioso autónomo.

El lector encontrará una explicación detallada de estos medicamentos en el Capítulo 36: *Psicofarmacología*; no obstante citaremos los de uso más frecuente en estos casos.

— **Benzodiazepinas.** Producen un efecto de relajación generalizada del organismo disminuyendo los síntomas de ansiedad. Este hecho por sí solo puede tener un efecto de ayudar al niño a enfrentar y superar muchas situaciones estresantes, sin necesidad a veces de otros procedimientos. Por ejemplo, si un niño con ansiedad de separación se siente menos angustiado al recibir en forma regular un ansiolítico, puede intentar responder ante un desconocido recibiendo un refuerzo aprobatorio, teniendo a la vez un *feed-back* diferente respecto a sus potencialidades y así sucesivamente ir generando una serie de respuestas que le ayuden a resolver su trastorno.

Entre las más utilizadas cabe mencionar:

a) Diazepam. Se presenta en comprimidos de 5 ó 10 mg. Se recomienda comenzar su uso en dos o tres tomas diarias partiendo por medio comprimido. No es recomendable su uso en niños preescolares o en escolares muy pequeños, pues produce muchas veces un efecto paradójico excitando y acelerando al paciente. Es importante señalar que puede producir somnolencia excesiva que afecte el rendimiento escolar. En estos casos basta con disminuir la dosis.

Es necesario recomendar a los padres no dejar estos medicamentos al alcance de niños muy pequeños por el alto riesgo de intoxicación.

b) Bromazepam. Presentación en tabletas de 1,5 y 3 mg.

c) Alprazolam. Presentación de 0,25, 0,5 y 1 mg.
— **Neurolépticos.** Si bien no tienen un efecto ansiolítico importante, son de mucha utilidad en especial en niños pequeños. Dependiendo de la dosis pueden producir un cierto grado de somnolencia que desaparece después de los primeros días.

a) Clorpromazina. Está disponible en tabletas de 25 mg y en gotas de 1 mg por gota. Se recomienda usar dosis de 0,5 mg por kilo de peso/día. Es conve-

niente repartir las dosis diarias en dos o tres tomas y sólo excepcionalmente en la noche, ya que pueden producir alteraciones en el ritmo del sueño.

b) Tioridazina. Viene en presentaciones diversas. En niños las más utilizadas son comprimido de 10 mg, jarabe de 10 mg por cucharadita de 5 cm³, gotas en que una gota es igual a 1 mg y la presentación *retard* de 30 mg por comprimido.

La dosis diaria es similar a la clorpromazina.

Conductual ambiental. Existen muchas técnicas que se han utilizado en el tratamiento de los trastornos por angustia, a continuación se describirán siguiendo la secuencia que se mencionó al hacer el análisis psicopatológico.

a) **Estímulos estresantes del ambiente.** Para dar solución a estos problemas se puede utilizar el manejo ambiental y familiar.

Se buscará eliminar del ambiente aquellas situaciones conflictivas que pueden afectar al niño. Para esto es importante hacer una cuidadosa anamnesis donde se investigue qué situaciones lo afectan. Se buscará evitar situaciones tales como:

– Retos o castigos excesivos sugiriendo otros métodos menos traumáticos.

– Derivar a tratamiento a los adultos que presenten alcoholismo, neurosis y otros trastornos.

– Entrega de pautas a los profesores buscando una acogida cálida y resolviendo los conflictos o agresiones de sus pares.

– Adecuar las expectativas de logros en aquellos padres que se perciban como demasiado exigentes. Sugerirles que pongan más atención al esfuerzo que el niño realice y no tanto a los resultados.

– Propender a mejorar la comunicación en aquellas familias que se perciben como disfuncionales.

En casos de mucha gravedad (alcoholismo severo o psicopatología importante de algún adulto cercano al niño), se requerirá una separación transitoria del ambiente.

b) **Modificación del repertorio de respuestas del niño.** Se ha descrito que muchos niños tienen pocas habilidades o repertorio de conductas que le permitan enfrentar con éxito los desafíos del medio ambiente y en estos casos lo que se busca es incrementar este repertorio.

– Terapia de grupo. Esta es una importante herramienta terapéutica y que se ha utilizado en el tratamiento de los niños con trastornos por ansiedad.

Los grupos se aconseja sean integrados por un promedio de 8 niños de edades similares.

En las sesiones se van desarrollando diferentes objetivos como lograr capacidad de relajación, mejorar la comunicación con sus pares, realizar juegos y ejercicios de expresión emocional y *role-playing* de situaciones estresantes para los niños en que ellos

van proponiendo maneras de resolver las dificultades.

La terapia de grupo puede resultar muy útil en niños con mutismo selectivo.

– Técnicas de moldeamiento de conductas. Consisten en ir reforzando en forma progresiva aproximaciones y logros relacionados con la conducta o habilidad que se quiere desarrollar. Así por ejemplo, un niño que tiene angustia de separación se le pedirá que primero se separe algunos centímetros, conducta que por lo simple es posible que logre. Se le estimulará y reforzará por su logro. Luego sucesiva y progresivamente se irá haciendo exigencias más complejas hasta lograr la meta final.

Afectivo. Diversas técnicas se usan para abordar la forma en que el niño reacciona ante los estímulos ambientales, podemos mencionar entre otras:

– **Relajación.** Esta técnica permite enseñar al niño a controlar la intensidad de sus respuestas emocionales. Es muy útil en especial en los mayores que pueden lograr niveles adecuados de relajación. Se requiere un ambiente tranquilo con un diván o un sillón cómodo y se le pide al niño que con sus ojos cerrados vaya progresivamente soltando y relajando distintas partes de su cuerpo, paralelamente se va asociando con una respiración profunda y tranquila.

Durante este proceso aquellos niños que logren buenos niveles de relajación referirán diversas sensaciones respecto a su cuerpo (“más pesado”, “liviano”, “no lo sienten”).

La relajación disminuirá la intensidad de las respuestas ansiosas.

Expresión adecuada de afectos y emociones.

Muchos niños presentan serias dificultades tanto en el procesamiento como en la expresión adecuada de sus emociones. Esto puede implicar mantener una activación del sistema nervioso autónomo lo que lleva a experimentar síntomas de ansiedad. El reprocesamiento y correcta vivencia emocional en un ambiente de contención por parte del terapeuta al traer a la memoria las situaciones traumáticas permitirá al niño corregir aquellas emociones y afectos que terminan siendo disfuncionales.

Cognitivo. En aquellos niños que tienden a procesar como amenazantes situaciones por una evaluación incorrecta, se puede realizar un entrenamiento a cargo del terapeuta que lo lleve a realizar un análisis equilibrado y racional de las situaciones que lo afectan.

Las técnicas de imaginación pueden resultar útiles para este objetivo. Teniendo al niño en un estado de relajación se le pide que vaya imaginando las situaciones que tienden a estresarlo (por ejemplo a un

niño con angustia de separación se le pide que imagine que está en su casa y que sus padres han salido, se le va sugiriendo que esto no es terrible, que muchos niños lo viven y que no existe la amenaza que habitualmente piensa).

En los niños que tienen una escala de valores negativa o esquemas inadecuados de procesamiento, se busca cambiar estos criterios de enfrentamiento de la realidad razonando sobre la lógica de estas ideas y sugiriendo cambios positivos. Esto permitirá evaluar a futuro de una manera diferente y con elementos personales de defensa las agresiones externas.

Familiar. En este aspecto es importante solicitar a los padres que eviten sobreproteger o prestar atención a conductas de evitación o de angustia del niño en situaciones que estime que por su edad está en condiciones de resolver. En cambio, será deseable que los padres refuercen y estimulen las situaciones en que el niño tienda a ser más independiente o realice intentos de superar sus dificultades.

Pronóstico

Cuando se realiza un tratamiento adecuado y se corrigen las situaciones causales, la evolución es satisfactoria, produciéndose una regresión de la sintomatología. No obstante, muchos pacientes, en especial aquellos con trastorno por ansiedad generalizada, si se dejan a una evolución espontánea, tienden a desarrollar trastornos por ansiedad en la vida adulta de diferentes formas (agorafobias, obsesiones, etc.).

TRASTORNOS FOBICOS

Las fobias están presentes en casi todos los seres humanos, pero sólo en algunas personas se transforman en un problema importante que puede llegar a limitarles seriamente la vida.

En los niños, en especial en los escolares, se describen fundamentalmente las fobias específicas que se refieren al miedo o temor excesivo por una situación u objeto específico y en los adolescentes son más frecuentes las fobias sociales que pueden prolongarse hacia la vida adulta.

Es muy raro ver en los niños las fobias generalizadas como las que se presentan en los adultos.

Fobias específicas

Las fobias más frecuentes en los niños son:

Fobia escolar. Se presenta en niños que han estado asistiendo en forma regular al colegio y que en forma repentina se niegan a asistir a clases. Cuando se les insiste que vayan a clases, manifiestan

angustia, temor, dolores abdominales, cefalea y en algunos casos náuseas y vómitos.

Los padres generalmente optan por dejarlos en casa pensando que la situación se solucionará en los próximos días, sin embargo cada vez el miedo y las manifestaciones son más intensas llegándose a una suspensión de la actividad escolar.

Generalmente se asocian a dificultades que el niño ha debido enfrentar en el colegio como por ejemplo: retos del profesor, agresión de algún compañero, burlas o dificultades con sus pares o severas dificultades de aprendizaje.

La fobia escolar es un cuadro que debe ser solucionado con urgencia, pues puede llegar a afectar seriamente el desarrollo escolar del niño.

Zoofobias. El miedo a ciertos animales es frecuente y no resulta un problema en especial en el caso de animales peligrosos, pero muchos niños desarrollan miedos a animales domésticos como gatos o perros impidiéndoles salir o ir de visita a casas en las que tienen estos animales.

Este temor se produce a veces porque el niño fue mordido o porque el perro le ladró y muchas veces simplemente por la actitud de los adultos que al ver que el niño se acerca al animal lo retiran bruscamente.

Fobia a la oscuridad. Se observa en muchos niños que tienen miedo a quedarse solos en la noche en su pieza o ir a sectores oscuros de su hogar. Es frecuente que esto se produzca porque algún adulto los asustó diciéndoles cosas tales como que en la noche serán llevados por monstruos o demonios.

Generalmente estos niños al atardecer evitan estar en lugares oscuros de la casa y quieren estar permanentemente con los padres o adultos y deben ser acompañados para que se duerman.

Fobias sociales

Se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes. Hay un marcado temor a situaciones en que debe enfrentar grupos de personas, disertaciones, pruebas orales, fiestas o reuniones y acercamiento al sexo opuesto. Muchos niños con obesidad sienten temor a enfrentar la situación de la clase de gimnasia. Hay un miedo intenso a hacer el ridículo o a recibir la burla de quienes lo observan.

Psicopatología del trastorno fóbico

Si bien son válidos la mayoría de los planteamientos hechos anteriormente para la psicopatología de los trastornos de ansiedad, el mecanismo productor más aceptado es desde la perspectiva cognitivo-conductual, en que se plantea que las fobias

siguen un esquema de condicionamiento en su desarrollo.

Se postula que un estímulo incondicionado produce una respuesta incondicionada de ansiedad por parte del niño. Estímulos neutros que se asocian o están presentes durante la acción se transforman en estímulos condicionados, capaces de producir una respuesta condicionada de ansiedad.

Un ejemplo de esto puede ser el caso de una fobia escolar. En este caso el estímulo incondicionado puede ser por el golpe de un compañero, burlas o el reto de un profesor que provoquen ansiedad al niño. La escuela en sí es un estímulo neutro que antes no provocaba ansiedad, pero cuando el niño vuelve a enfrentarla siente una respuesta condicionada de angustia.

Es probable que en esta nueva ocasión ya no esté presente el estímulo incondicionado, ni el profesor ni los compañeros vayan a agredirlo, pero el niño no lo sabe y hace una conducta de evitación diciendo que siente dolores o náuseas y que quiere quedarse en su casa.

Ante la intensidad de la sintomatología los padres deciden dejarlo en casa, mecanismo que al aliviar la angustia actúa como refuerzo de la conducta y a la vez la atención y preocupación en la casa actúan como refuerzo positivo.

El mecanismo propuesto es igual para el resto de los cuadros fóbicos, aun cuando es muy probable que en el caso de las fobias sociales de los adolescentes se involucren mecanismos cognitivos y afectivos que mantengan la sintomatología. Es probable que un adolescente que tenga esquemas cognitivos de inseguridad ("no soy capaz", "se burlan de mí", etc.), tienda a desarrollar y mantener síntomas de tipo fóbico.

Tratamiento

El tratamiento de las fobias puede ser abordado con diferentes técnicas y a diferentes niveles los cuales no son excluyentes entre sí.

Fármacos

Los medicamentos de tipo ansiolítico o tranquilizante al atenuar los síntomas de angustia permiten muchas veces que el niño logre enfrentar la situación temida en algunas ocasiones, aun cuando por lo general su efectividad es mayor si se combinan con otras técnicas.

En los niños pequeños son útiles los neurolepticos o tranquilizantes mayores como lo hemos señalado anteriormente al hablar del manejo de la angustia. En cambio en los mayores se pueden usar las benzodiazepinas en cualquiera de sus tipos.

Psicoterapia cognitivo conductual en las fobias

Factores ambientales. Es muy importante para que el niño pueda enfrentar con éxito las situaciones temidas asegurarse de que aquellos estímulos incondicionados que lo afectaron no estén ya presentes. Por ejemplo, en una fobia escolar conversar con el profesor a objeto que evite agresiones de otros niños o bien, que modifique aquellos aspectos de su metodología que pudieran resultar demasiado chocantes para el niño. En el caso de una fobia a los animales (a los perros) mostrarle o hacerlo observar perritos pequeños e inofensivos.

La actitud de la familia y en especial de los padres también puede ser modificada en lo que se refiere a ser demasiado temerosos o sobreprotectores, por cuanto eso está entregando un modelo negativo al niño.

Desensibilización sistemática. Es una técnica conductual que tiene un excelente resultado en el tratamiento de los cuadros fóbicos y que es compatible con el uso de psicofármacos.

Consiste en un enfrentamiento progresivo del niño al estímulo condicionado fóbico, con el objeto de ir produciendo una extinción de la angustia.

El procedimiento puede ser realizado en vivo o con imaginación. En ambos casos debe construirse una jerarquía progresiva de las situaciones temidas, desde la más simple a la que produzca mayor temor.

Al hacer el enfrentamiento en vivo en el caso de una fobia escolar se pedirá a los padres que primero lleven al niño a pasear cerca del colegio en un horario o día que no tenga clases, luego pueden llevarlo a recorrer el colegio por fuera, posteriormente pueden entrar al colegio recorriéndolo en un horario en que no estén los alumnos ni los profesores, finalmente se solicitará que lo lleven un día de clases sin entrar al interior, hasta que finalmente el niño entre al colegio y permanezca en su interior. Durante todo el proceso el niño debe ir recibiendo reforzamiento positivo de sus padres o del adulto que lo acompañe. Situaciones similares pueden lograrse en otro tipo de fobias en las cuales el niño puede observar a otros niños jugando con animalitos pequeños e irse acercando progresivamente, recibiendo permanentemente el estímulo y afecto del adulto.

Cuando el procedimiento se hace en imaginación, el niño debe ser entrenado previamente en relajación y una vez que se ha logrado un buen nivel de tranquilidad se lo va haciendo imaginar en forma progresiva su acercamiento a las situaciones temidas. Es importante no pasar a otro nivel de jerarquía mientras no superen las sensaciones de angustia que el paciente experimente.



Aspectos cognitivos. En aquellos niños mayores o adolescentes en que existen esquemas cognitivos y/o afectivos que favorecen o están directamente ligados al desarrollo fóbico, aun cuando los procedimientos anteriormente descritos pueden ser de utilidad, es a veces necesario realizar una reestructuración cognitiva que permita modificar la forma en que el niño o adolescente realiza su enfrentamiento a las situaciones fóbicas.

Manejo de refuerzos y consecuencias. Es importante identificar en lo posible desde el principio si estamos frente a una conducta de evitación o ante algún temor. Por ejemplo, si se trata de un rechazo a ir al colegio, verificar si existe una enfermedad real y si se sospecha que es más bien un problema de temor intentar solucionar o eliminar la causa de inmediato. En ningún caso es conveniente que el niño tenga consecuencias reforzantes y el quedarse en su casa le resulte particularmente agradable.

TRASTORNOS DE TIPO HISTERICO

Considerando que en los niños no se ha completado el desarrollo de la personalidad, no encontramos alteraciones como en los adultos que abarquen un trastorno de personalidad múltiple con síntomas en diferentes áreas como gastrointestinal, sexual, neurológico y dolor. Por esta razón en la infancia se presentan más bien algunos de los trastornos descritos en el DSM-IV como trastornos somatomorfos, en los cuales hay síntomas físicos con hallazgos orgánicos demostrables y generalmente asociados a factores o conflictos psicológicos.

La sintomatología no se encuentra bajo control voluntario y esta situación la diferencia de la simulación.

En este tipo de patología lo más frecuente en los niños y en los adolescentes son los trastornos de conversión, el trastorno por dolor y los trastornos por somatización.

Trastornos de conversión

En general este tipo de alteraciones se presenta en niños escolares y adolescentes. Lo más frecuente es la sintomatología que semeja una alteración neurológica como "ataques" con convulsiones, pérdida del tono postural y alteración de conciencia. En estos casos no hay amnesia total del episodio y están ausentes la mayoría de los síntomas característicos de un auténtico problema epiléptico, como por ejemplo pérdida de control de esfínteres, daño físico al caerse y amnesia total del episodio.

En otros casos puede presentarse afonía, ceguera, parálisis o anestesia de alguna extremidad.

Trastornos por somatización

En esta situación se trata de niños que presentan síntomas frecuentes e inespecíficos muchas veces, que han obligado a los padres a frecuentes consultas con especialistas sin que se encuentre una patología orgánica que explique la situación.

Generalmente se expresan molestias gastrointestinales (cólicos, vómitos, náuseas), cardiopulmonares (dolores punzantes retroesternales, suspiros o ahogos, mareos) e incluso en ocasiones cuadros febriles de evolución prolongada cuya única etiología ha sido finalmente un factor psicológico.

Trastorno por dolor

En estos casos el síntoma central es el dolor el cual puede ser agudo si su duración es inferior a seis meses o crónico si su duración es igual o superior a seis meses.

Puede ser de origen psicológico exclusivo o estar además asociado a enfermedad médica. Respecto a la ubicación del dolor, ésta puede ser en diferentes lugares del organismo.

Psicopatología

Diferentes interpretaciones se han dado desde las diferentes orientaciones para explicar estas alteraciones.

Generalmente es posible identificar a nivel del ambiente algunos factores que actúan como elementos generadores de angustia. Con mucha frecuencia se encuentra en el sistema familiar padres o adultos que utilizan una metodología educacional muy estricta con el niño o adolescente, dándoles pocas alternativas para su iniciativa personal. También puede darse ante padres poco afectuosos o con dificultades para expresar emociones a su hijo.

Los niños se caracterizan en cuanto a su área afectiva por una necesidad o demanda permanente de afecto y por tender a evitar la ansiedad que genera enfrentar situaciones difíciles. En ese sentido muchas de estas conductas pueden ser entendidas como de evitación o escape. No es infrecuente que esta sintomatología sea la forma de resolver problemas en niños que tienen niveles intelectuales límite o normal lento, los cuales no tienen un repertorio que les permita enfrentar con éxito situaciones estresantes. En el plano cognitivo con frecuencia se encuentran "estructuras de pensamiento" que tienden a no querer sentir angustia, pena o dolor y dificultades en la expresión de sentimientos.

Los síntomas tienen consecuencias en el medio ambiente que han sido descritas por algunos como ganancias secundarias, las que permiten obtener aten-

ción y afecto en una situación que normalmente habría tenido consecuencias negativas.

Tratamiento

Si bien el uso de medicamentos de tipo ansiolítico puede tener un efecto beneficioso al ayudar al niño a enfrentar los estímulos ansiógenos, parecieran ser las medidas psicoterapéuticas las que ayudan a resolver estos trastornos.

Es importante intentar modificar las variables ambientales solicitando a los padres un cambio en su metodología de crianza cuando se percibe una excesiva estrictez y rigidez. El explicar que los síntomas están en relación directa con las exigencias que ellos hacen puede tener un efecto beneficioso, pero debe ser dicho con mucho criterio, pues hay padres que pueden reaccionar negativamente al percibir que el niño presenta esta sintomatología intentando eludir sus exigencias.

En cuanto al niño, es importante llevarlo a evaluar y reconocer desde un punto de vista cognitivo sus dificultades para enfrentar y resolver situaciones que lo estresan, gatillando una sintomatología que evita enfrentar correctamente sus problemas. Igualmente debe reconocer sus ideas o esquemas que lo llevan a evitar las situaciones que le pueden ocasionar conflictos. Es deseable que el niño aprenda a

reconocer y vivenciar sus afectos cuando éstos están distorsionados.

Es importante realizar una evaluación intelectual en aquellos niños en los cuales se perciben algunas dificultades en este plano.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1987.
- Berstein GA *et al.* School phobia, the overlap effective and anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986; 25:235-41.
- Eisenberg L. School phobia, a study in communication of anxiety. *Am J Psychiatr* 1958; 114:172-78.
- Gorman JM *et al.* A Neuroanatomical hypothesis for panic disorders. *Am J Psychiatr* 1989; 146:148-61.
- Links PS *et al.* The prevalence of emotional disorders in children. *Journal of Nervous and Mental Dis* 1989; 177:85-91.
- Livingston R *et al.* The family histories of depressed and severely anxious children. *Am J Psychiatr* 1985; 142:1497-99.
- Mathson RE *et al.* Empirical measurement of overanxious disorders in boys 8-12 years old. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26:536-49.

Capítulo 11

DEPRESION EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. CONDUCTA SUICIDA

HERNAN MONTENEGRO

Antecedentes históricos. No obstante que en el campo de la psiquiatría infantil el concepto de depresión ha comenzado a delinearse sólo en las últimas décadas, las primeras referencias al tema en el niño datan de comienzos de este siglo. Así es como en 1912 Abraham, al postular un mecanismo psicodinámico de la depresión, hizo alusión a las pérdidas del objeto amado en los periodos tempranos del desarrollo. Sostuvo que había diferencias entre los sentimientos de pena y de melancolía que ocurrían como reacción a tales pérdidas.

Los primeros fueron considerados como respuestas emocionales normales en tanto que la melancolía se asociaba a un sentimiento de rabia y hostilidad hacia el objeto amado, lo que se tornaba en sentimiento de culpa. Freud y Melanie Klein continuaron posteriormente elaborando sobre el tema.

En la década del 40, Ana Freud, Burlingham, Goldfarb y Spitz entre otros, reportan la alta incidencia de trastornos asociados a la separación materna en niños de edad preescolar temprana.

Spitz en 1946 usa el término depresión anaclítica para referirse a un síndrome que afecta al lactante cuando es separado de su madre después de los 6 meses de vida, caracterizado por tristeza, apatía, llanto frecuente, facies inmóvil y mirada lejana, reacción lenta a los estímulos, lentitud de movimientos, rechazo a ser movilizado, trastornos del sueño y de la alimentación.

Los pediatras pronto acuñaron el término de "hospitalismo" para referirse en esencia al mismo fenómeno. Ellos venían constatándolo en lactantes que debían estar hospitalizados por periodos prolongados de tiempo, sin su madre presente. Con posterioridad se ha identificado otro síndrome relacionado con la privación materna del lactante que se denominó "falta de lozanía" y que en la literatura anglosajona se le llama "failure to thrive". Tanto en éste como en el primero, se produce también un retraso en el proceso de crecimiento y desarrollo, como así mismo una mayor morbilidad.

En la década del 50 John Bowlby en su texto clásico "Cuidado Materno y Salud Mental", efectúa una recopilación de los estudios relacionados con el tema de la privación materna temprana. En 1952 un número especial de la revista *The Nervous Child* es dedicado a la enfermedad maniaco-depresiva en niños. En 1954, la Asociación Psicopatológica Americana presenta una publicación que se refiere a la depresión en la infancia en forma incidental sin proveer una definición al respecto.

En los años sesenta, las publicaciones sobre el tema se centran en torno a discutir si la depresión infantil era posible que ocurriera psicodinámicamente y si algunos trastornos conductuales del niño pudieran estar enmascarando una depresión subyacente.

En 1970 comenzó a ganar reconocimiento el hecho de que la depresión infantil existe realmente y que puede traducirse en síntomas, más bien que restringido al concepto de depresión enmascarada.

En el 4º Congreso de la Unión Europea Psiquiátrica (Estocolmo 1971) bajo el tema: "Estados Depresivos en la Infancia y la Adolescencia", se llegó a la conclusión de que los estados depresivos dan cuenta de una importante y relativamente grande proporción de los trastornos mentales de los niños y adolescentes.

En 1975, el *National Institute of Mental Health* de EE.UU. realiza una conferencia sobre la depresión infantil, que se aboca a analizar los diversos aspectos conocidos sobre el tema y los obstáculos que se plantean para su estudio.

Definición del concepto de depresión

La variedad de significados que se le han otorgado al término depresión en la literatura psiquiátrica infantil ha contribuido a una confusión semejante a la que existe en la contraparte adulta sobre el tema.

En un esfuerzo por contribuir a aclarar dicha confusión semántica, Angold propone las siguientes

distinciones: depresión en el lenguaje común (no psiquiátrico), se refiere al punto más bajo de las fluctuaciones del estado de ánimo normal, de la vida emocional de todos los días.

También de uso común, pero compartido por algunos psiquiatras es la depresión como un estado de infelicidad, tristeza o dolor emocional en reacción a una situación o evento displaceroso, cuando éste es habitualmente considerado como causa de tal respuesta emocional (ej. pérdidas o fracasos).

Depresión como un rasgo (de personalidad), estado continuo relativamente estable de incapacidad de obtener placer de un individuo (como figura en el concepto de Trastorno de la Personalidad Depresiva en el Glosario de la OMS), depresión como un síntoma individual refiriéndose a un estado patológico de humor bajo o triste. Al respecto cabe distinguir entre desviaciones cuantitativas de lo normal y desviaciones cualitativas de lo normal.

Las cuantitativas a su vez pueden desviarse de lo normal por su intensidad o severidad o bien por su duración en el tiempo.

Las desviaciones cualitativas se refieren al tono y a ciertas características que la distinguen de la tristeza (ésta es la idea incorporada en el DSM - III-R al describir a la Depresión Mayor de tipo Melancólico).

La depresión como un síndrome se refiere a una constelación de síntomas que regularmente se encuentran juntos. Tal situación no necesariamente se estima como anormal en niños, ya que dependerá de su duración, intensidad, número de síntomas en asociación, edad, etcétera.

Depresión como un trastorno. Se refiere a un síndrome depresivo que se considera desviado de algún estándar de normalidad. Tal trastorno depresivo puede ocurrir sólo o en el marco de otra patología (por ej. de un trastorno conductual en el niño o adolescente, siendo difícil en estos casos distinguir qué es causa y qué es efecto o qué síntomas corresponden a cual origen).

Depresión como una enfermedad. Esta situación es una forma especial de la definición del trastorno y se refiere a aquellos casos en que el trastorno es relativamente bien definido, se acompaña regularmente de ciertas correlaciones psicopatológicas, una clara base genética y etiológica, una patología física, un pronóstico particular o una respuesta específica a tratamientos.

Por último, en depresión se deberán distinguir trastornos o síndromes que son causantes de incapacidad. (Este criterio no está incluido en las categorías diagnósticas del capítulo Trastornos del Estado de Animo del DSM-IV, o de los Trastornos Afecti-

vos del DSM-IV, pero sí en otros sistemas diagnósticos). Es obvio que estas distinciones del término depresión no son mutuamente excluyentes, pero permiten, según el autor, diferenciar estados de ánimo normales de aquellos que no lo son. Permite además referirnos a la depresión como un fenómeno unitario o elemental, que describe sólo el humor *per se*, de aquellos en que se dan en concomitancia con alteraciones biológicas, cognitivas y conductuales.

Factores que contribuyen a las dificultades diagnósticas en psiquiatría infantil

Además de los diversos significados del término depresión ya señalados, en lo que al niño se refiere, existen al menos dos realidades que hacen el diagnóstico de depresión infantil más difícil.

Una se refiere a la variable desarrollo y la otra a la incapacidad o limitación que tiene el niño, sobre todo los más pequeños, para expresar con precisión sus estados de ánimo.

La evaluación clínica de la depresión en adultos descansa en gran medida en el propio reporte verbal que hace el paciente de su estado subjetivo.

En niños esto no sólo es imposible en gran parte de la edad preescolar, sino que en este periodo y en los de edades más avanzadas, es la observación hecha por sus padres (o profesores) lo que, en primer lugar selecciona a aquellos niños que consultan, y el diagnóstico se basa en una medida importante, en el relato del adulto. Por otra parte, si se recurre a los diversos cuestionarios autoadministrados en niños en la edad de la pre-adolescencia, se ha visto que obtienen altos puntajes en las escalas diseñadas para detectar en forma muy sensible y específica la depresión en adultos. Así entonces, existirían niños que pueden aparecer normales en la evaluación clínica y que, sin embargo, a menudo responden positivamente a preguntas que en adultos indicarían un trastorno del humor. Es presumible que lo que ocurre sea que le asignan un valor distinto a tales descripciones. Puede que exista un problema de umbral, pero también nos vemos enfrentados en este caso a un problema de interpretación de las respuestas del niño. Así por ejemplo, los sentimientos de autoculpa o autorreproche, que son característicos de la depresión adulta, se dan a menudo en niños como consecuencia de un trastorno familiar. Por ejemplo, un niño puede declarar que él es el responsable de la enfermedad de uno de sus padres o de la separación de ellos. Tal juicio puede ser fácilmente modificado por una explicación diferente en el niño, pero no así en el adulto depresivo.

Los cuestionarios sobre depresión infantil diseñados para ser completados por los padres han probado que éstos muestran un alto grado de especifici-

dad en sus respuestas, pero eso no garantiza que tengan una adecuada capacidad para detectar síntomas depresivos en sus hijos. Más bien los estudios de Angold y cols. demuestran una baja sensibilidad en tal sentido.

La otra realidad que plantea un problema específico para el diagnóstico de la depresión infantil, es la forma en que ocurre el desarrollo cognitivo, esto es, por etapas de complejidad creciente. Tal proceso conlleva un desarrollo emocional también diferente de acuerdo a las distintas edades. Así por ejemplo, la capacidad para generar o realizar hipótesis alternativas acerca de eventos futuros no es posible que ocurra hasta que el menor haya alcanzado la etapa de las operaciones formales de Piaget. La adquisición de este proceso cognitivo es lo que contribuye a generar los sentimientos de desesperanza. Una situación parecida se da con el sentimiento de baja autoestima o autoimagen, la que no podría ocurrir antes de los 6 a 7 años. Lo mismo ocurre con las ideas de muerte ya que este concepto varía significativamente entre los 4 y 9 años.

En definitiva, debemos reconocer que la experiencia y la forma de expresión del síndrome depresivo en niños depende de la etapa del desarrollo intelectual y emocional en que se encuentra.

Si tomamos debidamente en cuenta esta esencial perspectiva del desarrollo, nadie podría dudar que el hecho de que un lactante aún no posea lenguaje verbal, le impida tener sentimientos de tristeza o sentimientos de alegría. Dependerá en último término de la sensibilidad de los adultos para detectar tales estados de ánimo, el hecho de que tal reconocimiento los lleve a figurar en los estudios epidemiológicos o en las consultas psiquiátricas. La detección de manifestaciones no verbales de cambios en el estado de ánimo del niño menor también es difícil de efectuar según lo revela el estudio de Rutter y cols. en la Isla Wigth. Médicos psiquiatras infantiles encontraron que un 10 % de los escolares presentaba síntomas depresivos al examen clínico, no obstante que el cuestionario llenado por sus padres y profesores los catalogaban como sin trastornos emocionales.

La situación es aún más complicada cuando tanto a los padres como a sus hijos se les pasan cuestionarios en los que figuran síntomas de depresión, encontrándose que el grado de concordancia es más bien pobre.

Además de las dificultades diagnósticas propias de la psiquiatría infantil ya señaladas (que también son válidas para la interpretación de otras patologías del niño), están las que se comparten con las dificultades que existen para el diagnóstico de depresión en el adulto. Así por ejemplo, si nos guiamos por el DSM y reconocemos la necesidad de uniformar cri-

terios para hacer comparables los estudios epidemiológicos o la eficacia de determinados tratamientos, vamos a ver que persisten legítimas dudas para aceptar los criterios operacionales preestablecidos para distinguir lo que es normal y lo que es patológico. Por ejemplo, no existe evidencia empírica que justifique la razón por la cual un número determinado de síntomas haga el diagnóstico. No sabemos si un paciente que presenta sólo 3 síntomas depresivos difiere significativamente de otro que presenta 4 ó 5. Algo parecido pasa con la variable tiempo de duración del síndrome depresivo. Tampoco es convincente que 2 semanas o 1 mes o 6 meses diferencien necesariamente lo patológico. De hecho, la clasificación internacional de enfermedades en su glosario para las enfermedades mentales habla de trastornos de la personalidad de tipo depresivo para referirse a lo que podría corresponder a la depresión de tipo crónico del DSM-IV.

Por último, cada vez existen más adherentes para abandonar la distinción por tanto tiempo mantenida en psiquiatría de adultos, entre depresión endógena y exógena. Tales entidades nosológicas no serían sino polos diferentes de un solo espectro de severidad.

Todos estos antecedentes nos revelan que en el campo de la depresión aún nos movemos sobre un terreno inestable.

Etiología

Cuando se revisan las diversas teorías hoy día vigentes sobre el origen de la depresión, es difícil no reflexionar en torno a la desafortunada persistencia en medicina de la dicotomía entre lo biológico y lo psicológico. Parecería que existe un bloqueo cognitivo para aceptar la abundante evidencia empírica que nos demuestra más allá de toda duda la interacción dinámica permanente que existe en el ser humano entre su parte somática, su parte psicológica y la relación que ambas tienen con su contexto familiar y social. El enfoque ecosistémico del desarrollo humano es aún paradójicamente ignorado por muchos. Desafortunadamente, el avance en medicina tiende por el contrario, cada vez más a fragmentar al ser humano, quedando éste progresivamente más despojado de su ser total.

Teoría psicoanalítica. Como ya se mencionara al comienzo de este capítulo, hizo un aporte al estudio de la depresión infantil al individualizar la pérdida del objeto amado como origen de la pena y la melancolía mórbidas. Independientemente de que alguien adhiriera o no al modelo psicoanalítico, hoy día pocos dudan de que las pérdidas afectivas pueden generar estados depresivos en niños y adultos.

Otra línea de pensamiento psiconalítico dice que la depresión surge por la discrepancia entre el yo ideal y el propio yo, lo que genera una baja autoestima. Esta teoría es difícil de aplicar como ya vimos en niños menores de 6 años por su nivel de desarrollo cognitivo.

Más aplicable a las diversas etapas del desarrollo infantil es la teoría que postula que la depresión es una reacción a la pérdida de un estado de bienestar previo.

También es posible que pérdidas objetales tempranas dejen una mayor vulnerabilidad cognitiva para enfrentar futuras pérdidas y de esa forma generar una mayor proclividad a la depresión. El problema está en que los estados depresivos pueden ocurrir también en ausencia de tales experiencias afectivas.

Teoría conductual. Esta teoría, por su parte, postula que la depresión surge por una inadecuada o insuficiente cantidad o calidad de refuerzos positivos. Al referirse a la pérdida de la madre, por ejemplo, postula que dicha situación generará una depresión en el niño vía pérdida de una fuente primaria de reforzamientos.

Teoría cognitiva conductual de Beck. Esta postula que existe en la depresión una actitud negativa hacia sí mismo, hacia el mundo y hacia el futuro. Tal estructura cognitiva determina respuestas afectivas negativas. Esta situación estaría en la base de la desesperanza aprendida.

Diversos estudios se han centrado últimamente en el asunto de la "falta de control". Weisz y cols., en un estudio realizado en niños entre 8 y 15 años comprobaron que éste era un rasgo definitivo del síndrome depresivo infantil. El control se define como la capacidad de controlar el curso y el resultado de una conducta voluntaria (la contingencia del resultado). El sentimiento de falta de competencia individual en este sentido genera la tendencia a autoculparse de eventos negativos que le ocurren a sí mismo o en su entorno (locus de control interno). Este sentimiento puede explicar la depresión infantil sólo a partir de la edad escolar en adelante.

Perspectiva o modelo genético de la depresión. Se basa en el hecho reconocido desde antiguo, que la depresión se da más frecuentemente en ciertas familias. Hay alguna evidencia de que existe una herencia poligénica. McKnew y Cytryn han estudiado niños de padres depresivos psicóticos y depresivos no psicóticos, encontrando una alta incidencia de síntomas depresivos entre ellos.

Diversos estudios citados en una revisión del tema efectuada por Kashani revelan una concordancia

del 76% de trastornos afectivos en gemelos monocigotos comparado con sólo un 19% de concordancia de dichos trastornos en gemelos dicigotos, aún cuando los gemelos monocigotos hubieran sido criados aparte, mantenían una concordancia de trastornos afectivos del 67%.

Modelo biológico de la depresión. El modelo así llamado postula que ésta es causada por un déficit de neurotransmisores (norepinefrina y serotonina), ha tenido poca demostración empírica en niños. Cytryn y cols. han reportado niveles anormales de 3 metoxi 4 hidroxifenilglicol, un derivado de la norepinefrina, en 8 de 9 niños depresivos.

Perspectiva interaccional. De esta perspectiva, la depresión en el niño puede ser una respuesta emocional a un trastorno afectivo parental. Si ésta es una depresión del adulto, ello limitará sus posibilidades de interacción necesaria para el hijo lo que resultará en un síndrome depresivo infantil. Ana Freud postula que el humor depresivo de la madre durante los primeros años de vida del hijo, crea en este último una tendencia a la depresión que puede llegar a manifestarse varios años después. Grunebaum y cols. estudiaron a hijos pequeños de madres psicóticas depresivas y los compararon con hijos de madres esquizofrénicas y controles. Encontraron que los hijos de madres depresivas graves tenían un compromiso mayor en su desarrollo cognitivo y emocional que los otros dos grupos. Parecería ser, según otros autores, que estos niños tienden a adaptarse a la depresión materna, comportándose en tal forma que cumplen con las necesidades maternas.

Es mediante el hecho de conformarse y no de alcanzar logros en su desarrollo, que estos niños llegan a tener una sensación de armonía con sus madres depresivas. Dicha armonía puede llegar a ser a expensas de frenar su desarrollo cognitivo y social. Al examen pueden aparecer como muy dependientes y sobreprotegidos de agradar a su madre, lo que podría interpretarse como síntomas tempranos de riesgo de una futura depresión.

Perspectiva sistémica familiar. Bajo esta perspectiva, cualquier miembro de la familia que se deprime (o que presente cualquier otra sintomatología) sea éste niño o adulto, revela una disfunción del sistema familiar y sólo se considera a éste como el paciente índice o identificado. Lo importante es reconocer qué función cumple dicha sintomatología depresiva. Para el terapeuta familiar sistémico interesa más para qué ocurren los síntomas que el por qué ocurren, ya que son distintas formas de comunicación.

Diagnóstico clínico

Como ya vimos, una forma de distinguir normalidad de patología, que sirva tanto para investigación epidemiológica como para el diagnóstico individual, consiste en desarrollar un conjunto de criterios operacionalesmetne definidos con tales fines diagnósticos. Dicha estrategia requiere que el paciente que demuestra presentar un número dado de esos rasgos puede asignársele tal diagnóstico.

Este criterio fue inicialmente usado en relación a adulto o posteriormente aplicado a niños.

Como se sabe, la *American Psychiatric Association* en su tercera revisión de su *Diagnostic and Statistical Manual* de 1980 (DSM-III), fijó como criterios para la depresión tanto en adultos como en niños la existencia de humor disfórico, más al menos 4 de los siguientes síntomas:

- Mal apetito o pérdida de peso; o aumento del apetito o ganancia de peso.
- Dificultad para dormir o exceso de sueño.
- Falta de energía.
- Agitación psicomotora o retardo.
- Pérdida de interés o agrado en actividades usuales.
- Tendencia constante al autorreproche o exceso de culpas.
- Disminución subjetiva u objetiva de la capacidad de concentración.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidas.

Este síndrome debiera tener al menos dos semanas de duración para considerarse depresivo.

Ya en la revisión del DSM-III y en el DSM-IV se agrega una mención especial respecto de los niños menores de 6 años. En tales casos se dice que bastará que estén presentes al menos 3 de los síntomas del listado para hacer el diagnóstico. Sin embargo, al igual que en la tercera revisión, en el capítulo dedicado a "Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia" no aparece el tema de la depresión. Se agrega literalmente: "Dado que la sintomatología esencial de los trastornos del estado de ánimo y de la esquizofrenia es la misma para los niños que para los adultos, no existen categorías correspondientes a estos trastornos en este apartado de la clasificación".

(El capítulo dedicado a la Depresión en el DSM-III se denomina Trastornos Afectivos, en tanto que el DSM-III-R y IV pasó a denominarse Trastornos del Estado de Animo).

La otra alusión específica a niños que hace el DSM-III-R y IV es la salvedad referida a niños y adolescentes respecto del primer síntoma "estado de ánimo deprimido" (antes llamado "humor disfórico"), el que puede ser reemplazado por "irritabilidad".

Trastorno distímico

De acuerdo al DSM-IV es una forma de trastorno del ánimo que se diferencia de los episodios de depresión mayor en el hecho de que la duración del ánimo depresivo es crónica (al menos 2 años en el caso de los adultos y al menos de 1 año para los niños y adolescentes). Los otros criterios para el diagnóstico de distimia son el estar presente el humor depresivo durante la mayor parte del día y la mayoría de los días, pudiendo estar libre de síntomas no más de un período de dos meses. Este trastorno del ánimo puede ser reportado subjetivamente por el individuo o por la observación de otras personas. Se hace notar que en el caso de niños y adolescentes el trastorno del ánimo puede consistir en irritabilidad en vez del ánimo depresivo.

Además debe acompañarse de 2 ó más de los siguientes síntomas:

Disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, baja capacidad de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimiento de desesperanza.

Pueden asociarse a los síntomas anteriores sentimientos de inadecuación, pérdida de interés y de placer, aislamiento social, sentimientos de culpa, sentimiento subjetivo de rabia, disminución de la actividad o productividad.

Criterios de depresión según etapas del desarrollo

Para algunos psiquiatras infantiles sin embargo, no obstante reconocer el esfuerzo del DSM-III para uniformar criterios consensuales que sirven de base para futuros estudios, resultan insuficientes tales criterios para diagnosticar depresión en las diversas etapas del desarrollo infantil.

Es notoria la gran diferencia que existe entre información abundante de que disponemos en torno al desarrollo intelectual o al desarrollo del lenguaje en el niño y lo poco que sabemos con respecto al desarrollo emocional. Se necesita una mayor información respecto de cómo el niño conceptualiza experiencia y manifiesta sus estados de ánimo en las diversas etapas del desarrollo.

Es en respuesta a este vacío y considerando centralmente la variable del desarrollo cognitivo y emocional, que Herzog y Rathbun, del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard y del *Massachusetts General Hospital*, han propuesto un sistema evolutivo del diagnóstico de la depresión en niños basado en 5 etapas del desarrollo. La presencia del humor disfórico es requisito para el diagnóstico en cual-

quier edad. Además, por lo menos cuatro conductas disfuncionales deben estar presentes y éstas también varían de acuerdo al desarrollo.

Los síntomas deben estar presentes por lo menos durante dos semanas. Este sistema es derivado de la clínica, basado en la evidencia empírica y modelado de acuerdo al formato del DSM-III que se presenta en detalle en el Anexo de este capítulo.

Diagnóstico diferencial

Resulta de la mayor importancia efectuar un examen físico completo antes de hacer el diagnóstico de un trastorno del ánimo. En el período del lactante y preescolar, los niños que se ven tristes y que no suben de peso, deben ser evaluados pensando en un factor orgánico de "falta de lozanía". Deben descartarse anomalías del SNC, problemas hormonales y gastrointestinales. En ausencia de ellas, conviene plantearse la posibilidad de situaciones de abandono, negligencia parental o maltrato físico, psicológico o sexual. Con frecuencia en estos casos la madre puede presentar una depresión que no ha sido detectada. Para clarificar el diagnóstico puede ser necesario hospitalizar al niño y cuando la causa no es orgánica, se recuperará su aspecto general y su crecimiento ponderal al recibir los cuidados adecuados.

En la edad escolar conviene tener presente la posibilidad de que el niño presente un trastorno de adaptación con humor depresivo, reactivo a un evento negativo específico, como podría ser la separación de sus padres o el nacimiento de un hermano. Una respuesta normal de duelo secundaria a la muerte de uno de sus padres, por ejemplo, puede confundirse con una depresión mayor ya que en un 37% de los casos, estos síntomas van a estar presentes por un período de alrededor de tres meses.

Los síntomas prodrómicos de una esquizofrenia comienzan a veces con sintomatología depresiva.

Los trastornos por ansiedad a veces se asocian con trastornos del ánimo. En estos casos, el tratamiento del cuadro depresivo tiende a aliviar también los síntomas angustiosos.

En el período de la adolescencia, el abuso crónico de drogas especialmente de alcohol, marihuana, cocaína y anfetamina produce efectos depresivos.

La anorexia nerviosa puede presentarse con síntomas de tipo depresivo.

Consideraciones epidemiológicas

Cabe hacer notar que la incidencia de la depresión mayor en niños, utilizando los criterios del DSM-III encontrada por Kashani y Simonds (1979) en una muestra de 103 escolares entre 7 y 12 años

fue de un 1,9% en población no consultante. Esta tasa contrasta demasiado con la que arrojan los estudios en adultos, los que utilizando los mismos criterios del DSM-III arrojan tasas que fluctúan entre 18 y 23% en mujeres y entre 8 y 11% de los hombres. Sin embargo, Kashani y Simonds agregan en su estudio que un 17% de su población cumplía sólo algunos de los síntomas que aparecen como criterios del DSM-III, pero no con la totalidad exigida para hacer el diagnóstico de la depresión mayor. Esto, sugieren los autores, indicaría la existencia de un espectro de enfermedades depresivas en niños.

Es posible que utilizando los nuevos criterios del DSM-IV y más aún, con el sistema para las 5 etapas del desarrollo, las tasas de incidencia para la depresión sean semejantes en niños y adultos.

Si se revisan los porcentajes de prevalencia e incidencia sobre la depresión infantil, nos vamos a encontrar con una amplia gama de cifras. Tal diversidad tiene que ver en parte con los diversos criterios usados en el diagnóstico, como con la metodología empleada. Por ejemplo, otra forma de abordar el problema es el empleo de cuestionarios o escalas estandarizadas para buscar síntomas depresivos en la población. Ya vimos la falta de concordancia que existe entre los cuestionarios administrados a los padres o profesores y aquellos autoadministrados por el niño. En todo caso esta metodología no nos sirve en el grupo etario del preescolar.

Una metodología que posiblemente arroja más luz acerca de las controversias aún existentes en torno a lo que podemos llamar depresión mayor o trastorno depresivo en niños son los procedimientos estadísticos del Análisis factorial (o análisis de componentes principales) que permite aislar síndromes conductuales y el "cluster" análisis, que es más apropiado para categorizar tipos de pacientes. (Análisis de conglomerados).

Dichos procedimientos estadísticos, utilizando la información entregada a través de los inventarios de síntomas previamente estandarizados, permiten observar cómo tienden a agruparse espontáneamente los diversos síntomas (sin partir de ningún prejuicio clínico previo). En una revisión hecha por Quay de estudios de niños clínicos utilizando el análisis factorial, no logró identificar un claro factor depresivo mayor o nuclear, semejante a la depresión "nuclear" o "endógena" encontrada por el grupo de Newcastle, por ejemplo. Cabe señalar que la gran mayoría de estos niños había sido atendido en clínicas ambulatorias.

Sin embargo en el estudio realizado por Nurcombe *et al* en 216 adolescentes de ambos sexos hospitalizados por diversos trastornos psiquiátricos suficientemente severos como para requerir una hos-

pitalización de emergencia, sí se llegó a individualizar un notorio factor depresivo. Su prevalencia fue de 10,6% y 14,9% para hombres y mujeres. Esta información se obtuvo utilizando el inventario de T. Achenbach que fue respondido por sus madres en el momento del ingreso. Al compararse estas cifras de prevalencia con las que arrojó el examen clínico posterior, este último reveló un 34% de trastornos depresivos mayores en los adolescentes hospitalizados.

Este estudio tuvo como grupo control a 126 adolescentes de ambos sexos y edades semejantes, que consultaron en forma ambulatoria por diversos problemas emocionales y conductuales, a la consulta externa del mismo hospital y a cuyas madres también se les administró el Inventario de Achenbach.

Los autores tienden a confiar más en el análisis factorial basado en la información de las madres, que en el diagnóstico clínico. Se basan para ello en la tendencia de los especialistas a dejarse influenciar por los diagnósticos que están de moda. Además, si se parte de un criterio preestablecido, es posible que se sobrevaloren síntomas espurios o se les asigne un significado *ad hoc* a otros, para que calcen en el síndrome, o al revés, se descarten otros, guiados por el "prejuicio confirmatorio" del diagnóstico de depresión. Tales situaciones pueden llevar al clínico a influenciar el reporte de aquellos enfermos que tienden a ser complacientes con el médico. Por último es posible que las madres no estén conscientes del riesgo de suicidio como lo está el médico. Este puede ser otro factor que lleve a este último a diagnosticar demás, antes de correr el riesgo de todas las ominosas consecuencias de no diagnosticar una depresión real.

En todo caso, esta investigación viene a comprobar la existencia de la depresión mayor en adolescentes en forma bastante inequívoca, quedando sólo por afinar las cifras de prevalencia.

Esto se podría lograr agregando información proveniente de los propios adolescentes a través del inventario autoadministrativo y de una entrevista estructurada.

Posteriormente este conjunto de información obtenida por el análisis factorial, puede relacionarse con factores predisponentes (tales como la historia familiar, el desarrollo temprano) o bien con estrés vital, respuesta a tratamiento, pronóstico y variables biológicas.

Con respecto al grupo de adolescentes que consultó ambulatoriamente, no se encontró en esta muestra un factor claramente depresivo, lo que es consistente con otros estudios. En su lugar, los síntomas depresivos aparecían en constelación con quejas somáticas tales como cansancio, cefaleas, náuseas,

dolores abdominales. La disforia consistía en cambios de humor, sentimientos de soledad, hosquedad, suspicacia.

Es posible que los criterios que han estado a la base para el diagnóstico de depresión, vale decir severidad del trastorno y duración del mismo, no siempre en casos individuales, al menos en niños y adolescentes, se correlacionen en forma estricta con el grado de incapacidad o handicaps para su desempeño social o rendimiento escolar. De nuevo aquí nos encontramos con que los criterios utilizados en el adulto no son adecuados para el niño en edad preescolar.

En una revisión más reciente de la literatura sobre el tema aparecida en los últimos 10 años publicada por Birmaher y colaboradores a fines de 1996, se concluye que diversos estudios de prevalencia poblacionales de niños y adolescentes encontraron que éstas fluctuaban entre un 0,4 y 2,5% en niños y entre 0,4 y 8,3% en adolescentes. Las tasas de prevalencia de la depresión mayor durante el curso de la vida en adolescentes se ha estimado fluctúan entre un 15 y un 20%, los que son semejantes a las encontradas en población adulta. Según algunos autores esto sugiere que la depresión de los adultos a menudo comienza en la adolescencia.

Los pocos estudios de prevalencia sobre distimia en niños revelan tasas entre un 0,6 y un 1,7%. En adolescentes reportan tasas entre 1,6 y 8%.

No existen diferencias por sexo en la niñez pero sí en la adolescencia donde la relación mujer-hombre es aproximadamente 2:1.

Un fenómeno sobre el que existe consenso en diversos estudios realizados en muy diversos países revelan un claro aumento de la depresión en el mundo. En efecto, las investigaciones efectuadas en muestras tanto clínicas como en población general, revelan que los individuos nacidos en los últimos años de este siglo tienen una mayor probabilidad de enfermar de trastornos del ánimo y que éstos comenzarán a edades más tempranas en comparación con la generación anterior. Esto ocurre especialmente en casos de depresiones leves o moderadas. Se postula como posible explicación de este fenómeno que dado que la dotación genética de la población no ha cambiado sustancialmente, este aumento secular de la depresión es más probable que se deba a factores ambientales.

Asociación con otros trastornos

Otro de los problemas que han contribuido a la confusión en el diagnóstico de depresión infantil es el planteamiento de algunos especialistas, los que sostienen la existencia de "equivalentes depresivos". Particularmente se refieren a conductas antisociales

y quejas somáticas. Sin embargo, la mayoría reporta, en los casos por ellos descritos, la existencia también de síntomas depresivos convencionales, como parte de su trastorno.

El problema que se plantea entonces es distinguir si la depresión es causal o secundaria al trastorno conductual.

Independientemente de adherir o no al modelo de los equivalentes depresivos, es evidente que en la clínica infantil es frecuente encontrar síntomas de angustia de separación en niños que cumplen con los criterios tradicionales de un trastorno depresivo.

Otro cuadro clínico con el que frecuentemente se asocia una depresión, sobre todo en la adolescencia, es el síndrome por déficit atencional con hiperactividad (disfunción cerebral mínima o síndrome hiperkinético). Se ha podido comprobar en estos casos, que los síntomas depresivos pueden aparecer como consecuencia de los diversos problemas de adaptación social y escolar que con frecuencia presentan estos niños desde muy temprana edad.

Como se mencionó en otro contexto anteriormente, los trastornos conductuales se asocian con frecuencia a síndromes depresivos. Rutter y cols. encontraron que un 42% de los niños que exhibía conductas antisociales tenía asociado un trastorno afectivo. Chiles y cols. reportan que un tercio de un grupo de adolescentes que estaba en prisión por conductas delictuales, aplicando los criterios del DSM-III presentaba un trastorno depresivo. Shaffer encontró que el 75% de los niños y adolescentes que había cometido suicidios había tenido conductas antisociales antes de morir.

De acuerdo a los estudios de Rutter y Puig-Antich y al igual que en las otras asociaciones mencionadas, la depresión parece ser mucho más un fenómeno secundario que causal.

Tratamiento

Existen varias publicaciones que reportan la eficacia de diversas intervenciones psicosociales tanto en casos individuales como en grupos de pacientes que presentaron episodios de depresión mayor. Sin embargo son muy escasas las investigaciones en que se han incluido grupos control. Los hallazgos preliminares de un estudio de este tipo reportado por Brent y cols. en 1995, que compara los efectos de la terapia cognitivo conductual, de una terapia de apoyo no directiva y de la terapia familiar conductual sistémica, durante un tiempo de 12 a 16 semanas, mostró que el 70% de los adolescentes con depresión mayor, respondió favorablemente a los tres enfoques terapéuticos. El grupo tratado con el enfoque cognitivo conductual fue el que mejoró más rápido de acuerdo al autorreporte y al de sus padres.

De acuerdo al mismo autor y a otros estudios, factores tales como la severidad de la depresión, la comorbilidad con trastornos por ansiedad, la falta de apoyo, la psicopatología parental, los conflictos familiares, la exposición a eventos estresantes y el bajo nivel socioeconómico parecen influir en las pobres respuestas terapéuticas.

Especial relevancia tienen los casos en que existe un trastorno por ansiedad asociado ya que se ha visto que tienden a preexistir y a persistir después del episodio de depresión. Así entonces resulta importante tratar simultáneamente ambos trastornos, empleando técnicas de relajación junto con terapias cognitivo conductual.

Tratamiento farmacológico

Imipramina. Parece existir consenso en que la imipramina es el antidepresivo tricíclico mejor tolerado en niños (con la excepción de aquellos que padecen de alguna patología cardíaca, en quienes está contraindicado) y que logra efectos terapéuticos en asociación a psicoterapia y a un manejo ambiental que se oriente a la movilización y estimulación psicossocial del niño.

Al respecto es importante señalar la extraordinaria variabilidad que pueden tener los niveles plasmáticos de imipramina en niños con las dosis recomendables de 2 a 5 mg/kg peso al día. (Se recomienda comenzar con 1,5 mg/kg peso diario e ir subiendo progresivamente la dosis en el lapso de 1 a 2 semanas hasta alcanzar un nivel plasmático terapéutico). Esta se ha observado estar entre 125 y 250 mg/mL de imipramina y desipramina. En un reciente estudio de Preskorn B *et al* se encontró que en un grupo de 48 niños entre 6 y 14 años, hospitalizados por depresión mayor, a quienes se les administró una dosis fija de 75 mg/día diarios de imipramina, el 6% de los niños tuvo niveles plasmáticos por debajo del rango terapéutico ya mencionado y un 12% estuvo por encima de él.

Al ajustar la dosis con el monitoreo plasmático, este estudio comprobó por primera vez con una metodología basada en el clásico modelo doble ciego, la eficacia de la imipramina en el tratamiento de la depresión mayor en niños.

El nivel plasmático más adecuado para lograr respuesta positiva, después de un promedio de administración del medicamento de 7 a 10 días, fue de 185 mg/mL.

Así entonces, si bien es cierto que la dosis de 75 mg diarios de imipramina es razonablemente adecuada para iniciar el tratamiento, resulta de la mayor importancia efectuar un monitoreo de niveles plasmáticos para garantizar una buena respuesta terapéutica.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). En los últimos años han comenzado a utilizarse estos antidepresivos que han probado ser eficaces en el tratamiento de adultos con trastornos del ánimo. Su probada menor cardiotoxicidad, menores efectos secundarios anticolinérgicos, escaso riesgo vital por sobredosis y fácil administración (una dosis diaria) en comparación con los antidepresivos tricíclicos, han facilitado su uso en niños y adolescentes. Se estima que en EE.UU. desde 1989 la prescripción de estos medicamentos para esta población se ha cuadruplicado.

Estudios abiertos han reportado 70 a 90% de respuesta positiva a la fluoxetina en adolescentes con depresión mayor.

Los pocos estudios dobleciego con grupo control han tenido muestras muy pequeñas. En ellos los resultados son contradictorios. Sin embargo, en uno que duró 8 semanas y que logró tener una muestra más grande (n = 96) de niños y adolescentes, mostró diferencias estadísticamente significativas de recuperación en favor del grupo que recibió fluoxetina (56%) comparado con el grupo que recibió placebo (33%). El hecho que del grupo de pacientes que recibió fluoxetina varios sólo mejoraron parcialmente, sugiere que un tratamiento ideal podría lograrse aumentando la dosis o la longitud del tratamiento o una combinación del tratamiento farmacológico con psicoterapia.

Las dosis recomendadas son: fluoxetina 0,3 a 1 mg/kg/día; sertralina 1 a 2 mg/kg/día; paroxetina 0,1-0,5 mg/kg/día; citalopram 0,2-0,5 mg/kg/día.

Conviene recordar que todos los ISRS son metabolizados primeramente en el hígado. El metabolismo hepático es máximo durante el período del lactante y de la edad preescolar. En el período prepuberal es aproximadamente el doble respecto del adulto, llegando a equipararse con éste alrededor de los 15 años. Este hecho sugiere que las dosis sugeridas para los niños más jóvenes pueden ser algo mayores que los de más edad.

Carbonato de litio. Varios estudios indican que el litio puede tener un rol en el tratamiento de los trastornos bipolares. Sin embargo, en el caso de usarlo en adolescentes, no existe acuerdo respecto a cuando iniciar el tratamiento, si después del primer episodio y de los subsecuentes. Tampoco es claro por cuanto tiempo prolongar estos tratamientos.

Pronóstico

La evidencia empírica ha demostrado que la recurrencia de la depresión en niños es frecuente. También se ha demostrado que los niños distímicos pueden llegar a presentar una depresión mayor. Al-

rededor del 80% de los niños que han requerido hospitalización han debido rehospitalizarse dentro de los 2 años posteriores al alta.

Los antecedentes familiares de depresión son más frecuentes en niños depresivos que en adultos depresivos, lo que podría indicar que la depresión infantil es más grave y de pronóstico más reservado.

La depresión mayor tiene una probabilidad acumulativa de recurrir del 40% dentro de 2 años y del 70% a los 5 años. El tiempo promedio de duración de un episodio de depresión mayor en niños y adolescentes es alrededor de 7 ó 9 meses.

Consideraciones finales. A la luz del conocimiento científico alcanzado hoy día en torno al tema de este capítulo, podemos afirmar que existe sin dudas la depresión en niños. Es posible aseverar también que, basándonos en los mismos criterios aceptados para su diagnóstico en adultos, se logra identificar un cuadro en adolescentes que cumple con los requisitos preestablecidos de la depresión mayor del DSM-III. Utilizando como base la información obtenida a través de inventarios administrados a los padres, ha sido posible mediante el análisis de componentes principales, identificar un claro factor depresivo en niños en edad escolar.

En el período del lactante y preescolar no resulta posible utilizar los criterios aplicados en el adulto para el diagnóstico de depresión. Esto pone de manifiesto la necesidad imperiosa de tomar en cuenta la variable de desarrollo cognitivo y emocional, para lograr identificar las diversas formas o manifestaciones con que se expresará el síndrome depresivo, en las distintas edades del desarrollo temprano.

Parte de la confusión y controversia en torno al tema que nos ocupa, surge desde problemas semánticos respecto del término depresión, hasta la postura rígida de aceptar sólo como depresión en niños, todo lo que pueda cumplir con los criterios preestablecidos para adultos. Esto pasa también por considerar equivalentes depresivos a síntomas o trastornos que simplemente se pueden dar en asociación y que diversos estudios al respecto revelan que los síntomas depresivos que sí existen en estos casos son secundarios a otras patologías.

Tanto en adultos como en niños es posible que persistan varios puntos de controversia, tales como: sobre el concepto de depresión endógena y reactiva, sobre los criterios de intensidad de los síntomas, su duración y lo invalidantes que pueden llegar a ser para el individuo depresivo. Mientras eso ocurre las tasas de prevalencia e incidencia continuarán siendo poco concordantes.

Súmese a esto las estrategias o metodología de investigación que parten de criterios operacionales preestablecidos, es posible que sigan arrojando re-

sultados distintos en la pesquisa del síndrome y del trastorno depresivo en contraste con los estudios o procedimientos diagnósticos basados en inventarios. Más aún, si esta última información se procesa mediante criterios técnicos estadísticos (como el análisis factorial o de conglomerados), los resultados serán diversos. El grado de subjetividad inherente en la observación de los síntomas psiquiátricos y en la interpretación de los mismos continuará siendo un desafío al que seguiremos abocados como especialistas.

Entre las múltiples líneas de investigación futura que seguirá siendo necesaria para el mejor conocimiento de la depresión infantil, destaca la necesidad de llenar vacíos en la comprensión del desarrollo de la afectividad.

La existencia de depresión en niños ha sido reconocida desde comienzos de este siglo, relacionándola con las pérdidas afectivas que ocurren en los primeros dos o tres años de vida. En las últimas dos décadas se comienza a individualizar un síndrome depresivo en niños, utilizando los mismos criterios que se usan en el adulto. Paralelamente surge la necesidad de considerar la variable de desarrollo cognitivo y emocional para reconocer la existencia de la depresión, sobre todo en la edad escolar. Parte de la confusión existente en relación al tema, surge de los distintos significados que se le han dado al término depresión y a las distintas metodologías usadas tanto para su diagnóstico como para efectuar estudios epidemiológicos. Por otra parte, existe poca concordancia entre los sentimientos reflejados por niños y adolescentes en cuestionarios que buscan depresión, con la sensibilidad que tienen sus padres para detectar síntomas depresivos en sus hijos y con la entrevista clínica.

Diversas teorías o enfoques han pretendido explicar el origen de la depresión infantil. Los criterios de severidad-duración y eventualmente invalidez, han sido usados para distinguir la tristeza normal de la patológica. La técnica del análisis de componentes principales ha permitido individualizar un factor de depresión mayor en niños en edad escolar avanzada. Entre las líneas de investigación necesarias para continuar conociendo mejor la depresión infantil, está el generar investigaciones empíricas sobre el desarrollo de la afectividad en las distintas etapas del ciclo vital temprano.

CONDUCTA SUICIDA

Definición. De acuerdo a C. Pfeffer la conducta suicida en niños y adolescentes puede definirse como una preocupación o acto que intencionalmente pretende infligir un daño o la muerte a sí mismo.

Según este concepto los pensamientos o ideación suicida serían parte también de un continuo que puede o no seguir de intentos suicidas, los cuales a su vez pueden o no terminar en un suicidio dependiendo de varios factores.

Mucho se continúa debatiendo respecto a este concepto ya que algunos autores plantean que son situaciones distintas y por ende discontinuas.

En relación a la intencionalidad, resulta difícil en niños saber si la conducta tendiente a una autoeliminación pretendía o no lograr algo final e irreversible en su vida. Esta dificultad tiene que ver con el desarrollo cognitivo respecto al concepto de muerte y a la irreversibilidad de este fenómeno, hecho que no se logra entender cabalmente hasta el comienzo de la prepubertad.

En todo caso, existe consenso en diagnosticar una conducta suicida independientemente del grado de realidad que el niño tenga respecto a la muerte como algo final. Por otra parte, hay quienes postulan que sobre todo en niños el término "intento" de suicidio estaría mal empleado ya que en la mayoría de los casos estas conductas son utilizadas primeramente para propósitos no suicidas. En estos casos no hay una intención calculada, ni una determinación final y ni siquiera una ambivalencia entre vivir o morir, más bien lo que hay es un demostrativo llamado de ayuda, un signo de escape o un acto impulsivo.

Sobre lo que no parece haber dudas es que la conducta suicida (que involucra ideas, intentos y suicidios consumados) no es una entidad mórbida específica, sino que ésta puede darse en una gama de situaciones que van desde eventos de vida estresantes, depresión mayor, abuso de drogas y alcohol, conducta antisocial, historia familiar disfuncional, impulsividad y agresividad, imitación a través de los medios de comunicación y otros.

En definitiva, factores biosociales pueden influir en la producción de conductas suicidas. Al respecto resulta difícil recordar el clásico estudio epidemiológico del suicidio que hiciera Emile Durkheim hace ya un siglo atrás en Europa. Siendo él un sociólogo, pudo distinguir 3 tipos de suicidio: el suicidio egoísta, el altruista y el anómico. Al primero de ellos es al que más podríamos hoy día llamar de origen biológico debido a una individualización desintegrada. Sería de acuerdo a Durkheim, un estado en que se encuentra el yo cuando vive su vida personal y no obedece más que a sí mismo. Al contrario, en el altruista el yo no se pertenece y se confunde con otra que no es él, en que el polo de su conducta está situado fuera de él, en alguno de los grupos sociales de que forma parte.

El suicidio altruista se ha dado en varias culturas ligado a ciertas concepciones religiosas, políticas,

nacionalistas de corte generalmente fundamentalistas. En varias culturas a lo largo de la historia el desapego por la vida ha sido altamente valorizado, llegando a ser una virtud de excelencia. Dice Durkheim: "La actitud por ejemplo de los militares para el suicidio es muy superior a la de la población civil de la misma edad. La diferencia varía entre 25 y 900 por 1000".

El suicidio anómico se da en situaciones sociales donde desaparecen las normas que regulen el comportamiento, especialmente en el ámbito moral.

Fueron interesantes sus hallazgos respecto a la influencia que factores tales como el estado civil o la religión podían jugar al respecto, al encontrar que los protestantes se suicidaban más que los católicos, los solteros más que los casados, los viudos más que los casados y menos que los solteros, los militares más que los civiles, los divorciados más que los no divorciados, etc. Es lo que hoy día en salud pública podríamos valorizar al reconocer factores de riesgo y factores protectores o resilientes.

Epidemiología

El tema de la suicidalidad de niños y adolescentes prácticamente no se reconocía hasta hace 20 años atrás. Es a fines de la década del 70 y comienzos de los 80 que comienzan a aparecer estudios empíricos al respecto. Ellos revelan entre otros hallazgos, que si bien es cierto la incidencia del suicidio en niños es baja, este fenómeno puede ocurrir desde la edad escolar tardía, existiendo sí un claro efecto de cohorte que va haciendo aumentar su incidencia al aumentar la edad.

En Chile se estima que para el rango etario entre 5 y 14 años la tasa de suicidio por 100.000 habitantes es de 0,2 para las mujeres y 0,7 para los hombres. Para el grupo de 15 a 24 años en cambio, las tasas son de 2,0 para el sexo femenino y 11,0 en el masculino (Instituto Nacional de Estadísticas, 1990).

En EE.UU. se ha podido constatar un notorio aumento de las tasas de suicidio en las últimas décadas en el rango de edad que va de los 15 a 24 años especialmente en hombres, permaneciendo estable en cambio las tasas para el rango de 10 a 14 años (0,8).

En el grupo de 15 a 24 años aumenta de 5,2 en 1960 a 13,1 en 1986.

En relación a los intentos de suicidio se estima que el 9 % de los adolescentes ha hecho alguna vez un intento de suicidio.

En la población psiquiátrica hospitalizada, alrededor de un tercio intentó suicidarse antes de su hospitalización.

En pacientes psiquiátricos los intentos de suicidio son 9 veces más frecuentes que en población general.

En la población adulta las tasas de suicidio siguen aumentando con la edad llegando a tasas de 28,9 por 100.000 habitantes entre los 75 y 84 años.

Factores predisponentes y desencadenantes

Factores psicopatológicos. Diversos estudios comprueban que los trastornos del ánimo, los trastornos de conducta y las personalidades *borderline* son los problemas psiquiátricos más frecuentemente asociados a la conducta suicida en la población joven.

Shaffer, en una versión de historias de 31 adolescentes que se suicidaron encontró que el 57 % tenía una combinación de síntomas antisociales y afectivos, un 17% tenía sólo sintomatología antisocial, 13% síntomas afectivos y 15% no tenía ninguna de estas patologías. Pudo distinguir además cuatro tipos de personalidad: impulsivos, paranoides, retraídos, no comunicativos y perfeccionistas. Un 46% tenía antecedentes de ideación y actos suicidas.

En otra investigación realizada por Shaffi, de 20 adolescentes suicidas y 17 adolescentes no suicidas pareados por otras variables demográficas, se encontró un 70% de conductas antisociales en el grupo suicida comparada con sólo 24% en el no suicida. Semejante diferencia (70% *versus* 29%) se constató en relación al abuso de sustancias y de alcohol. También existió una significativa mayor incidencia previa de conductas suicidas en el grupo suicida.

La evidencia empírica también ha demostrado que los síntomas de trastornos afectivos son más comunes en adultos suicidas que en adolescentes y jóvenes menores de 30 años, donde predominarían la sintomatología de trastornos de conducta y abuso de drogas.

El suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres, en todas las edades. Se ha sugerido como hipótesis que este fenómeno se debería a que en nuestra cultura existe una mayor tolerancia por la expresión de sentimientos agresivos o de rabia de parte de las mujeres.

Otra hipótesis postula que el hecho de que las mujeres en general eligen métodos más "pasivos" para autoeliminarse, tales como las sobredosis, en comparación con los predominantemente empleados por los varones, como las armas de fuego y el ahorcamiento, la efectividad letal de esos métodos pasivos es menor.

En relación a los factores de riesgo en hombres y mujeres Shaffer encontró en un estudio de 173 adolescentes de Nueva York, que para los hombres que se suicidaron existía un 22,5% de historia de intentos de suicidio previos, en un 8,6% había el diagnóstico de depresión mayor, un 7,1% de abuso

de sustancias, un 4,4% de conducta antisocial y un 5% de historia familiar de suicidios.

En el grupo de adolescentes mujeres que se suicidaron se encontró el antecedente de depresión mayor en un 49%, intentos de suicidio previos en un 8,6%, conducta antisocial en un 3,2%, historia familiar en un 2,7% y abuso de sustancias en un 0,8%.

No hay consenso respecto a si los adolescentes que se suicidan difieren o no de los que intentan suicidarse en cuanto a la psicopatología asociada. Quienes han encontrado diferencias afirman que éstas tienen que ver con una mayor incidencia de trastornos bipolares, más trastornos del ánimo en general y más comorbilidad en los suicidas.

También han encontrado en ellos falta de tratamiento psiquiátrico previo, mayor número de intentos previos y mayor disponibilidad de armas de fuego.

Un síntoma que parece ser un predictor de conductas suicidas más importante que la depresión, es la desesperanza.

De acuerdo a Pfeffer habrían dos tipos de niños suicidas: aquellos que tienen un tipo relativamente estable de funcionamiento del yo y contacto con la realidad, que no son agresivos, pero que se descompenan con el estrés ambiental. El otro tipo que claramente tiene déficit en el funcionamiento del yo, que exhiben una rabia crónica y marcados descontrolos temperamentales.

Según Feldon y Wilson existiría una limitación en la capacidad de tolerar y expresar los afectos, incluyendo una tendencia a descargar los afectos no tolerados mediante conductas agresivas e impulsivas.

Según estos autores, no es la depresión, ni la separación, ni los afectos no tolerados, sino el cómo los afectos son expresados lo que diferencia estos dos grupos. Esto tiene que ver con los niveles de excitación, destacándose al respecto la importancia de este rasgo de la afectividad.

Bajo un intenso estrés, los suicidas, particularmente en el área de la afectividad y de las relaciones objetales, funcionan en niveles semejantes a como lo hacen respecto a la separación. Los sentimientos intensos o persistentes de rabia debilitan los nexos de apego y la agresión se torna maligna y vengativa. En tanto que los suicidas sin trastornos de conducta mantienen alguna esperanza de reunión, más que de destrucción de las figuras de apego.

Respecto a la relación entre suicidio y depresión, a pesar de la noción ampliamente reconocida de que los síntomas depresivos son una señal de advertencia de posibles conductas suicidas, menos de la mitad de los adolescentes suicidas estudiados fueron identificados como deprimidos mediante un cuestionario para diagnosticar depresión y en cambio exis-

tía un significativo número de adolescentes depresivos no suicidas, con trastornos de conducta.

En definitiva y de acuerdo con varios investigadores, menos de la mitad de los niños y de los adolescentes suicidas son depresivos y sin embargo, muchos individuos depresivos no exhiben conductas suicidas.

Es importante tomar en cuenta este hecho para el trabajo clínico ya que existiría el riesgo de centrar la atención sólo en la asociación suicidio-depresión, ignorando un porcentaje mayoritario de adolescentes en riesgo de conductas suicidas cuyo origen es bastante más variado.

Intentos de suicidio

De acuerdo a estudios de análisis de conglomerados en grupos de adolescentes que han intentado suicidarse, éstos caerían en dos categorías. Los de primera categoría tienen una alta intencionalidad y usan métodos de alto poder letal. Tienen una mayor probabilidad de presentar un trastorno psiquiátrico declarado, tienen múltiples factores psicosociales adversos, admiten sentirse desesperanzados y son los de más edad de este grupo etario. Los adolescentes del segundo grupo, han hecho intentos menos peligrosos que a menudo han sido precipitados por una crisis interpersonal aguda. Tienen menos evidencia de trastornos psiquiátricos formales, es más probable que sean niñas y más jóvenes. En éstos la conducta suicida puede interpretarse como intentos de lograr un cambio en sus circunstancias inmediatas.

En todo caso los estudios comparativos con muestras no psiquiátricas, revelan una mayor incidencia de trastornos en aquellos que han presentado intentos de suicidio, pero no hay una especificidad diagnóstica. Existe una mayor probabilidad que tengan más síntomas depresivos y sean más agresivos.

Aproximadamente, la mitad de los niños y adolescentes que intentan suicidarse, repiten esta conducta según lo revelan los estudios de seguimiento efectuados.

Factores familiares y ambientales. Las conductas suicidas están intrínsecamente basadas en la interacción del mundo intrapsíquico y las circunstancias estresoras ambientales. Entre estos últimos las más comúnmente encontradas son los conflictos interpersonales, las pérdidas afectivas, los problemas económicos y las enfermedades, siendo los dos primeros más prevelentes en los individuos menores de 30 años y las dos últimas más frecuentes en los mayores de 30 años.

En los sujetos más jóvenes son frecuentes además las conductas suicidas provocadas por un pro-

blema disciplinario. En efecto, en un estudio realizado por Shaffer en Inglaterra en 30 suicidas menores de 15 años, encontró que una "crisis disciplinaria" había sido el factor precipitante en un 36% de la muestra (ej.: el menor había sido informado por su profesor que le comunicaría a sus padres el haber hecho "la cimarra" o alguna conducta antisocial que sería comunicada a la policía o sería objeto de un castigo en la escuela).

Shaffi comparando a un grupo de 20 adolescentes suicidas con 17 adolescentes no suicidas, encontró que un 60% de los suicidas tenía padres con trastornos emocionales, comparado con sólo un 24% del grupo control. Shaffer al comparar 97 adolescentes hombres suicidas con 65 no suicidas, reportó un 41% de antecedentes familiares de suicidio *versus* sólo un 17% entre los no suicidas. Entre las mujeres la diferencia fue de 33% contra 13%.

La asociación entre psicopatología familiar e intentos de suicidio también ha sido ampliamente documentada.

Particularmente relevante es la asociación de violencia intrafamiliar y maltrato infantil de tipo físico con conducta suicida. Los niños que han experimentado abuso físico tienen 4 veces más probabilidades de intento de suicidarse.

Existe consenso en destacar la importancia que tienen los medios de comunicación en la imitación de conductas suicidas por parte de los adolescentes, especialmente mujeres. Mientras mayor publicidad se le da al suicidio de un adolescente, mayor es la probabilidad de que se produzca una seguidilla de suicidios en el periodo inmediato a su ocurrencia.

Semejante asociación también ha sido reportada en Alemania después de exhibirse 6 capítulos de una serie de ficción en TV en los que se producían suicidios en los actores principales.

Entre los factores de alto riesgo de suicidio han podido comprobarse como de mayor importancia la soledad, la falta de apoyo familiar, el alto grado de estrés ambiental, la baja predictibilidad de la conducta del adolescente, la calidad pobre de su juicio, como asimismo del control de sus impulsos y un alto grado de desesperanza y desamparo.

Modelos interpretativos

Modelo psicodinámico. Explica el suicidio como consecuencia de rasgos intrapsíquicos, tales como: la necesidad de identificarse o reunirse con el objeto amado que falleció, la internalización de la rabia o propósitos interpersonales como la manipulación para obtener afecto o infligir un castigo.

Modelo sociológico. Como ya se mencionó, fue Durkheim quien primero llamó la atención respecto

a las variables macrosociales que influyen en la conducta suicida tales como la falta de integración social o anomia, las dinámicas sociales que favorecen o lesionan la identificación con la sociedad, las presiones político-económicas, tales como los períodos de recesión y desempleo, etcétera.

El origen del problema está en condiciones sociopolíticas que hacen que el individuo no pueda responder ante fuerzas sociales que están más allá de su control.

Se concibe a estos factores en ningún caso como aislados sino interactuando con el modelo psicológico y el modelo enfermedad.

Modelo enfermedad. El suicidio desde esta perspectiva ocurre como una percepción y juicio distorsionados. Esto se debe a un disturbio mental debido a una enfermedad psiquiátrica. Este sería el caso de la depresión o de una intoxicación, por ejemplo secundaria al abuso de alcohol y drogas. El suicidio no es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma o signo de una enfermedad subyacente.

Tal como se dijo al comienzo de este capítulo la conducta suicida surge de la interacción de estos tres factores biosociales.

Tratamiento del intento suicida

Deberá abordar en primer término la situación aguda desde el punto de vista médico, neurológico y psiquiátrico según sea el caso (intoxicación por sobredosis medicamentos, lesiones físicas, etc.) lo que requerirá generalmente una hospitalización. Esta podrá prolongarse más allá del tratamiento de urgencia, para efectuar una evaluación psiquiátrica del caso y de su entorno familiar. En este proceso se podrán evaluar los síntomas depresivos en la historia previa tanto individual como familiar, antecedentes de abuso de alcohol o de otras drogas, de maltrato físico, de abandono o duelo, de pérdidas afectivas. En adolescentes especialmente será necesario explorar sentimientos de rabia asociados con extrema desesperanza y desamparo. Así mismo deberá identificarse aquellos casos en que la conducta autodestructiva puede estar cumpliendo la función de manipular a terceros de tal forma de obtener alguna ganancia secundaria, sea en beneficio personal o de alterar una dinámica familiar disfuncional.

En cualquier caso resulta esencial que el médico tenga una actitud comprensiva y en ningún caso enjuiciadora o crítica respecto al intento suicida o a su grupo familiar. En el trabajo psicoterapéutico es recomendable llevar al adolescente a tomar conciencia de su rabia, disminuir su percepción autodepreciatoria, ayudándolo a buscar soluciones no destructivas de sus problemas y crearle una conciencia

mayor del daño irreparable que su muerte le causaría a sus familiares.

Paralelamente deberá trabajarse con los padres la forma de modificar las relaciones padres-hijos, las dinámicas familiares disfuncionales o los factores estresantes que gatillaron la conducta suicida.

Deberían investigarse cuidadosamente los diversos factores de riesgo mencionados anteriormente y de acuerdo a ellos agregar al manejo psicoterapéutico un tratamiento farmacológico si existe una sintomatología depresiva o el tratamiento de una drogadicción según sea el caso.

Diversos enfoques psicoterapéuticos se han usado para abordar los intentos suicidas. La terapia cognitivo conductual individual y la terapia familiar sistémica parecen tener más adherentes al revisar la literatura al respecto. En todo caso, la explicación de esta conducta tanto para el ejecutor como para su grupo familiar debería incluir la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham K. Notes on the psychoanalytical investigation and treatment of manics-depressive insanity and allied conditions. In: Gaylyn W. The Meaning of Despair, Psychoanalytic Contributions to the Understanding of Depressions. New York: Science House, 1968.
- Albert N, Beck AT. Incidence of depression in early adolescence, a preliminary study. *J Youth Adolescence* 1975; 4: 301-07.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV) American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
- Angold A. Parent and child report of depressive symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1975; 28: 901-15.
- Angold A. Childhood and Adolescent Depression Y. Epidemiological and Aetiological Aspect. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 601-17.
- Beaultrais A L, Joyce P, Mulder R T. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 11 1543-51.
- Berman A L, Schwartz R H. Suicide attempts among adolescent drug users. *Am J Dis Child* 1990; 144: 33, 310-14.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson D, Brent D, Kaufman J, Dahl R *et al.* Childhood and Adolescent Depression: A Review of the past 10 years. Part I: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(11): 1427-439.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson BA, Brent D, Kaufman J. Childhood and Adolescent Depression: A Review of the past 10 years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(12):1575-83.
- Cytryn L, Mc Knew DH, Logne M. Biochemical correlates of effective disorders in children. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31: 659-61.
- Chiles JA, Miller ML. Depression in an adolescent delinquent population. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 37:1179-86.
- Duncan J W. The immediate management of suicide attempts in children and adolescents: psychological aspects. *J Fam Pract* 1977; 4(1):77-80.
- Feldman M, Wilson A. Adolescent suicidality in urban minorities and its relationship to conduct disorders, depression and separation anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(1):75-85.
- Ferguson D M, Lynskey M T. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16 years old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34(10):1308-17.
- Harzog DB, Rathbun JM. Childhood Depression Developmental Considerations. *Am J Dism Child* 1982; 136: 115-20.
- Kashani JH. Current Perspectives on Childhood Depression: An Overview. *Am J Psychiatry* 1981; 138:143-53.
- Kardin AE, Freuch N, Unis A, Esveldawson K. Assessment of childhood depression: correspondence of child and parent ratings. *J Am Child Psychiat* 1983; 22:157-64.
- Kohn R, Levar I, Chang B, Halperin B, Zadka P. Epidemiology of youth suicide in Israel. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:11.
- Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and Childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(1): 8-20.
- Lange E, Ficker F. Psychopathological dynamics of suicidal behavior in childhood and puberty. *Psychiatric Clin (Basel)* 1980; 13(2): 96-107.
- Mc Knew DH, Cytryn L. Offspring of patients with affective disorders. *Br J Psychiatry* 1974; 134:148-52.
- Nurcombe B *et al.* Major Depressive Disorder in Adolescence: A Distinct Diagnostic Entity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28:333-42.
- Pfeffer C, Martins P, Mann J *et al.* Childhood survivors of suicide: Psychosocial Characteristics. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1997; 36(1):65-73.
- Pfeffer C. Suicide and Suicidality. In: Wiener J. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc, 1991.
- Preskom SH. Plasma Levels of Imipramine and Metabolites in 68 Hospitalized Children. *J Am Acad Child Psychiatr* 1989; 28: 373-75.
- Puig-Antich J. Major Depression and Conduct Disorders in Pre-Puberty. *J Am Acad Child Psychiat* 1982; 21:118-28.

- Quay HC. Classification. En: Quay HC, Weny JS. *Psychopathological Disorders of Childhood*. New York: Wiley, 1979.
- Rutter M, Tizard J, Whitmore K. *Education, Health and Behavior*. London: Longman, 1979.
- Shaffer D. Depression. Mania and Suicidal Acts. In: Rutter M, Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985.

- Targum SD, Campodano AE. The Dexametasone suppression test in adolescent psychiatric in-patient. *Am J Psychiatr* 1983; 140:589-91.
- Wenberg WA. Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment. *J Pediatr* 1973; 83:1065-72.
- Weisz JR. Control related cognitions and depression among in-patient children and adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 358-63.

ANEXO

CRITERIOS DE DEPRESION PARA DIVERSAS ETAPAS DEL DESARROLLO

DE 0 A 3 AÑOS

Humor disfórico. Deben estar presentes los siguientes síntomas:

- Cara triste o inexpresiva.
- Evitación de la mirada.
- Mirada lejana.
- Afectividad pobre o apagada.
- Irritabilidad.

Conducta disfuncional. Al menos 4 de los siguientes síntomas deben estar presentes.

- Trastornos somáticos. "Falta de lozanía". (*Failure to thrive*).
- Falta de juego social.
- Persistente irritabilidad o letargo.
- Problemas de separación y/o apego, incapacidad de separarse (12-36 m), separación sin reacción (9-36 m).
- Dificultades conductuales.
- Retraso del desarrollo (lenguaje y motor).
- Dificultades de alimentación.
- Dificultades del sueño.

DE 3 A 5 AÑOS

Humor disfórico:

- Cara triste, mirada de aflicción.
- Irritabilidad.
- Afectividad sombría o lábil.

Conducta disfuncional:

- Trastornos somáticos, encopresis, enuresis, asma, eccema, falta de progreso en la estatura.
- Aislamiento social.
- Exceso de actividad o letargo.
- Problemas de separación, incluyendo fobia escolar.
- Conducta agresiva.
- Autoagresión (tendencia a los accidentes).
- Dificultades de alimentación.
- Dificultades de sueño.

DE 6 A 8 AÑOS

Humor disfórico:

- Infelicidad prolongada
- Irritabilidad
- Afectividad sombría

Conducta disfuncional:

- Trastornos somáticos, quejas vagas, dolores abdominales, eccema, asma, enuresis, encopresis, episodios semejantes a convulsiones.
- Disminución de la sociabilidad.

- Excesiva actividad o letargo
- Conductas fóbicas y/o problemas de separación.
- Conductas agresivas, mentiras o robos.
- Conductas de alto riesgo o preocupaciones mórbidas.
- Cambio de apetito o peso.
- Trastornos del sueño.
- Disminución en la capacidad de concentración.
- Excesiva culpa o autodepreciación.

DE 9 A 12 AÑOS

Humor disfórico:

- Apariencia triste.
- Apatía.
- Sentimiento de incompetencia o incapacidad.
- Irritabilidad.

Conducta disfuncional:

- Trastornos somáticos.
- Falta de placer en actividades usuales.
- Inquietud o letargo.
- Fobia y/o problemas de separación.
- Conducta antisocial.
- Conducta de autorriesgo, pensamientos mórbidos.
- Cambio de apetito o peso.
- Trastornos del sueño.
- Disminución de la capacidad de concentración.
- Excesiva culpa o autodepreciación.

DE 13 A 18 AÑOS

Humor disfórico:

- Apariencia triste.
- Apatía.
- Sentimientos de incapacidad.
- Irritabilidad.

Conducta disfuncional:

- Trastornos somáticos, anorexia nerviosa, colitis ulcerativa, dolores abdominales, reacción de conversión.
- Pérdida de placer en actividades usuales.
- Inquietud o letargo.
- Fobia y/o problemas de separación.
- Conducta antisocial.
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio.
- Cambios en el apetito o peso.
- Trastornos del sueño.
- Disminución de la capacidad de concentración.
- Excesiva culpa o autodepreciación.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

RICARDO GARCIA

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) era considerado de baja frecuencia hasta que en la década del 80 estudios epidemiológicos demostraron una frecuencia de 1 a 2% en la población general; los estudios retrospectivos de muchos de estos pacientes mostraron que muchos de ellos ya presentaban el trastorno en la infancia o adolescencia. Esto motivó el estudio de este problema en niños y adolescentes, observándose una continuidad psicopatológica hacia la adultez y evidencias neurobiológicas crecientes en relación a su etiología.

El desarrollo de la psiquiatría de la infancia y adolescencia, junto a la epidemiología, genética, neuropsicofarmacología y estudio por imágenes ha permitido en forma sincrónica con la psiquiatría de adultos, redescubrir el trastorno obsesivo compulsivo en la dimensión iniciada por Westphal y Janet a fines del siglo pasado.

Desde la perspectiva del desarrollo infantil, el impacto de este trastorno no sólo debe considerarse en la posibilidad de una continuidad psicopatológica en la vida adulta sino en la perspectiva de una interferencia que puede alterar el proceso de personalización del niño, en la interacción dinámica y dialéctica con su entorno que va estructurando su ser en el mundo. La sensación de falta de libertad, de diferencia con sus pares con angustiantes ideas de daño, de contaminación, de dudas o de culpas interactuarán con todos los factores del desarrollo, resultando en un estado en el cual, si no se es ayudado, será de sufrimiento intenso.

Antecedentes históricos

La psiquiatría infantil desde sus inicios ha mostrado una constante preocupación por este trastorno. El primer informe en la literatura de TOC infantil en un niño de 5 años lo describió Janet en 1903. Leo Kanner en 1935 hace una revisión del TOC en la infancia y describe los rasgos premórbidos de los pacientes, su tendencia al aislamiento social y su

lucha por liberarse de estos pensamientos; destaca la relación con los tics motores y la sobreinvolucración familiar, describiendo a estas familias como perfeccionistas y moralistas. Sigmund Freud describe, en relación a los cuadros obsesivos, estilos específicos de defensa y pone énfasis en la lucha por el control ya sea interpersonal o intrapsíquico. Los síntomas emergerían como una defensa estructural que resguarda el quiebre del funcionamiento de la personalidad. Ana Freud en 1965, sugirió una base constitucional para que el trastorno se hiciera presente, apuntando a que el síntoma obsesivo sería parte de una estructura de personalidad. Berman en 1942 realiza un estudio descriptivo del TOC en niños, enfatizando la similitud con el cuadro de los adultos. Despert en 1955 en una serie de 68 niños refiere que generalmente los niños con este trastorno consultan primariamente por síntomas secundarios, enfatizando la necesidad de un diagnóstico diferencial del trastorno.

Judd en 1965, distinguió entre la conducta compulsiva normal propia del desarrollo y la patológica, refiriendo que la primera no es vivida como rara o incongruente y no hay una necesidad interna de resistir esa conducta, es experimentada como placentera y se puede desechar fácilmente bajo leve presión sin manifestar ansiedad. Por el contrario, los síntomas obsesivos serían lo suficientemente graves para interferir el comportamiento normal del niño.

Adams en 1973, realizó un estudio clínico descriptivo de 49 casos de menores de 16 años, descartando una serie de factores ambientales en la génesis de este trastorno, haciendo notar la agresión dirigida hacia los padres, siendo hombres los que con mayor frecuencia tienen un comienzo precoz. Hollingworth 1980, describió la evolución clínica de un grupo de niños con TOC, encontrando una continuidad significativa en la vida adulta.

Los estudios más acabados se han realizado en el NIMH (*National Institute of Mental Health*) por Swedo y Rapoport; en ellos se realizó una descrip-

ción fenomenológica de 70 niños y adolescentes con una edad media de 10 años que presentaban este trastorno. Siete de estos pacientes habían comenzado su enfermedad antes de los 7 años, los varones eran los que tenían el comienzo más precoz, generalmente en etapas prepuberales. Estas investigadoras analizan también la respuesta a los tratamientos y métodos de exploración neurobiológica del trastorno mediante PET (*Positron Emission Tomography*). A la luz de estos hallazgos, Rapoport establece una hipótesis neurobiológica del trastorno. Este grupo marca en la década de los 80 un notable desarrollo en el estudio de este trastorno en niños y adolescentes que enriquece y trasciende también al estudio de los adultos.

Definición

El trastorno obsesivo compulsivo es una categoría diagnóstica psiquiátrica que se emplea descriptivamente en los individuos que presentan obsesiones o compulsiones patológicas. Para distinguir entre fenómeno obsesivo normal o patológico, el criterio del DSM IV exige que la obsesión o la compulsión sea experimentada por el individuo como inapropiada y además que tenga la suficiente intensidad, frecuencia y duración que sea una suficiente fuente de estrés para el individuo. Los pensamientos, impulsos o imágenes que caracterizan al trastorno obsesivo compulsivo se distinguen de las preocupaciones excesivas de la vida o conducta diaria e interfieren el funcionamiento y la rutina normal del individuo así como la relación con otros. Además se requiere que el individuo reconozca que el contenido de sus pensamientos son el producto de su mente y que existan esfuerzos para resistir, ignorar o suprimir estos pensamientos, siendo de todas formas ineficaces.

Por compulsión se entiende una conducta repetitiva en respuesta a una idea obsesiva o acorde a reglas rígidas que deben ser seguidas en forma estricta. La compulsión no es gratificante, pero logra reducir la ansiedad o estrés asociada con alguna situación o idea amenazante. La conducta compulsiva es también excesiva y pierde la relación con la situación temida.

Debido a que la sintomatología del TOC así descrita, involucra ideación cognitiva, el diagnóstico se basa principalmente en la descripción del fenómeno por el paciente. En el caso de los niños, la medición y cuantificación de los procesos mentales de egodistonia, resistencia e interferencia, plantea dificultades dadas las limitaciones del desarrollo cognitivo y de las habilidades para referir sus propias cogniciones y conductas. Dados estos argumentos, el DSM IV ha agregado que los niños no requie-

ren reconocer que sus pensamientos obsesivos o conductas compulsivas son excesivas o irracionales, debiendo examinarse el tema de la egodistonia en el contexto de las capacidades cognitivas emergentes del niño.

Normalmente los niños presentan en su desarrollo una constelación de conductas repetitivas, por lo que es necesario delimitar claramente cuando estas conductas y pensamientos tienen el carácter de síntomas patológicos y constituyen un trastorno.

En las primeras etapas del desarrollo que son fundamentalmente psicomotoras, se puede observar fenómenos como las reacciones circulares. Para Piaget se trataría de actos facilitadores del conocimiento de lo real, provenientes de la constitución biológica, pero desencadenados por la estimulación del medio y que el niño realizaría sin un control voluntario.

Posteriormente en el juego del niño existen imitaciones, repeticiones que son de suma importancia en la construcción de su propia realidad siendo muy placenteras y gratificantes. Aparecen una serie de rituales en la etapa pre-escolar que pueden ser bastante complejos: colocarse una determinada ropa o una manera especial de colocársela, no aceptando otras posibilidades, rituales de aseo como revisarse minuciosamente algunas partes del cuerpo especialmente los espacios interdigitales de los pies, el ombligo etc; rituales al acostarse con solicitudes exigentes o "formas" diferentes para acostarse y finalmente dormirse: escuchar cuentos, rezar, despedirse varias veces de su padres, aferrarse a algún objeto, etcétera.

Al inicio de la pubertad es frecuente y normal que el niño también realice actos repetitivos como saltar las uniones de las veredas, saltar las sombras de los transeúntes, fijarse en las patentes de los automóviles que pasan por un lugar o contarlos, contar los escalones de las escalas, etcétera.

Estos rituales normales hay que distinguirlos de los patológicos. J. Toro propone la siguiente diferenciación:

- El ritual obsesivo-compulsivo va acompañado de ansiedad; el ritual normal es experimentado como placentero, como experiencia lúdica,
- La interrupción del ritual obsesivo produce irritabilidad y desencadena la agresividad del niño; la interrupción del ritual normal no la provoca,
- El ritual obsesivo interfiere en la organización de la vida cotidiana y en el funcionamiento corriente del niño, e incluso, en su desarrollo general; el ritual normal carece de consecuencias negativas.
- El ritual obsesivo suele ser finalista, en el sentido de suprimir o mitigar, mediante su práctica, sentimientos, actos o cualquier fenómeno negativo;

el ritual normal sólo tiene finalidad lúdica o práctica.

– El ritual obsesivo suele ser juzgado como perturbador por padres y maestros; el ritual normal no se percibe de esta forma.

La clasificación francesa de los problemas mentales del niño y del adolescente, considera al TOC dentro de la categoría de las alteraciones neuróticas de predominio obsesivo y las describe como: "rasgos y mecanismos pertenecientes al registro obsesivo", comprendiendo especialmente:

– síntomas dominados por la actividad compulsiva, ideas obsesivas y/o rituales conjuradores;

– conductas y modalidades relacionales dominados por la vacilación, la duda, la necesidad de verificación y la ambivalencia.

Los criterios actuales para definir el TOC son más descriptivos que teóricos. El DSM IV separa obsesiones de compulsiones y enfatiza que una o ambas contribuyen a un deterioro del funcionamiento en la persona, consumiendo bastante tiempo o produciendo interferencia con su rutina normal, que en el caso de los niños afecta el desempeño escolar y las actividades sociales, los cuales son fundamentales para su desarrollo.

Como parte fundamental del diagnóstico, se considera que debe haber una intensa angustia del paciente frente a su sintomatología.

Las últimas clasificaciones abandonan el criterio excluyente con otras patologías, así el TOC, no excluye la presencia de un trastorno depresivo mayor u otro. También se puede considerar comórbido con otros desórdenes como el síndrome de Gilles de la Tourette, tics crónicos, etcétera.

Para algunos autores, el reconocimiento por parte de los pacientes de las obsesiones como sin sentido o ilógicas no es tan claro, especialmente en los casos graves, así como tampoco la resistencia al síntoma que también se describe en la mayoría de estos pacientes. Esto es particularmente evidente en los niños en que el pensamiento depende del grado de desarrollo cognitivo que han alcanzado.

Estudios epidemiológicos

La percepción general de que el TOC era un trastorno poco frecuente, cambió radicalmente con la publicación del estudio *Epidemiology Catchment Area* (ECA) que informó una prevalencia de vida de 2,5% en la población general adulta. Estudios posteriores utilizando entrevistadores y encuestas estructuradas en muestras de la comunidad, han informado resultados similares.

Estudios retrospectivos en adultos con TOC han mostrado que aproximadamente un tercio de ellos

presentó el comienzo de la sintomatología antes de la edad de 15 años. Varios autores han informado también que alrededor de un tercio de los casos de TOC comienzan en la infancia; la mayoría de los síntomas se presentarían entre 10 a 24 años, pero un tercio de ellos los presentaría aun antes.

Al igual que en el caso de los estudios en adultos, ha sido difícil investigar la prevalencia en adolescentes y especialmente en niños. Se ha señalado la necesidad de usar criterios diagnósticos comunes, sin embargo, múltiples factores lo han impedido, destacando entre otros, la reticencia de los padres o los pacientes a divulgar los síntomas, fallas en el reconocimiento de síntomas obsesivos compulsivos, errores diagnósticos que incluyen principalmente la confusión entre síntomas y trastorno, la no incorporación de preguntas sobre TOC en el examen mental de rutina, considerar que es una conducta propia del desarrollo y que por lo tanto será autolimitada, etcétera.

Son pocas las investigaciones de TOC en adolescentes y más aún en la población infantil. Entre los estudios con muestras clínicas de niños, la prevalencia ha sido estimada entre 0,2% a 1,2%. Karno *et al.*, sugirieron que la tasa de prevalencia de vida del TOC –según definición del DSM III– es 40 a 60 veces mayor de la que ha sido estimada para las muestras clínicas. Esto sugirió que el TOC en la población general de adolescentes era más frecuente de lo que se pensaba.

Desde los estudios de prevalencia del *Epidemiology Catchment Area* en 1984, en que se encontró que la prevalencia era 50 a 100 veces mayor que en los estudios previos, se han realizado estudios en población adolescente: Flament y Rapoport en New Jersey usaron el *Leyton Obsesional Inventory* en 5.596 estudiantes del *High School* del grado 9 al 12 de una población semirural de clase media, predominantemente blancos, luego entrevistaron con psiquiatras expertos a los que obtuvieron puntaje sobre el punto de corte, obteniendo una prevalencia actual de 1% ($\pm 0,5$) y prevalencia de vida de 1,9% ($\pm 0,7$).

Zohar encontró en una población de adolescentes entre 16 y 17 años que realizaban el servicio militar en Israel, una prevalencia de TOC de 3,6%.

Estudios en la Universidad de Carolina del Sur revelaron cifras más altas. A partir de un estudio longitudinal de trastornos depresivos mayores y conducta suicida en adolescentes de 7 y 8 grado (12 y 14 años) con un total de 3282 sujetos; el estudio consistió en dos etapas: un *screening* escolar y una evaluación diagnóstica. La prevalencia fue aproximadamente de 3% y la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos fue de 19%, sin encontrarse diferencias significativas respecto del sexo o la raza. Se encontraron cifras más altas de TOC entre los ado-

TABLA 12-1
DESCRIPCIÓN FENOMENOLÓGICA DEL TOC
EN NIÑOS SEGUN SWEDO Y RAPOPORT

Síntomas	%
Lavado de manos, ducha, cepillado de dientes en forma excesiva	85
Rituales	51
Revisiones repetitivas	46
Rituales de remoción de contaminantes	23
Tocar objetos	20
Tomar medidas para prevenir daños en sí mismos o en otros	16
Ordenar	17
Contar	18
Rituales de coleccionar	11
Rituales de limpieza de la casa	6
Rituales misceláneos	26
Preocupación por suciedad, gérmenes, toxinas	40
Ideación catastrófica	24
Rituales de simetría, orden, exactitud	17
Obsesiones religiosas	13
Preocupación o disgusto por excreciones corporales	8
Contar números de mala o buena suerte	8
Pensamientos agresivos, prohibidos, sexuales	4

lescentes que no vivían con sus padres y de rasgos sintomáticos entre los de clase media alta y alta y de cursos superiores, sin embargo esta diferencias no eran significativas.

No se han encontrado diferencias significativas entre nivel socioeconómico y este trastorno.

En cuanto a la diferencia por sexo, se ha encontrado un predominio de hombres en las presentaciones del TOC más precoces, prepuberales y puberales, siendo de frecuencia similar en la adolescencia tardía.

La relación entre síntomas obsesivo compulsivos y TOC no es muy clara. Flament *et al.*, encontraron en la evolución de una muestra de 356 adolescentes con síntomas obsesivos compulsivos, que 14 de ellos llegaron a conformar un TOC. En un estudio prospectivo durante dos años de 10 adolescentes que tenían sólo síntomas, 50% de ellos los continuaba y sólo el 1% había desarrollado el cuadro clínico definido.

Es indudable que se deben continuar haciendo esfuerzos para aunar criterios diagnósticos y metodológicos que permitan precisar más la cuantía de este trastorno en este grupo etario.

Edad de comienzo del TOC

En los últimos 40 a 50 años se ha descrito constantemente en los estudios, que el promedio de edad de comienzo es en la adolescencia tardía o inicio de la segunda década, sin embargo 1 de cada 3 adultos con TOC, refieren el comienzo de este trastorno en la etapa de la infancia o de la adolescencia. Casos aislados se han descrito desde edades tan tempranas como los dos años. J. Toro en España encontró en una muestra clínica de 72 niños y adolescentes que el 7% había iniciado su trastorno entre los 3 y 5 años. Diversos estudios sitúan la edad de comienzo más frecuente entre los 10 y 12 años.

La evolución de los casos precoces, en general se describe de carácter crónico con exacerbaciones periódicas.

Manifestaciones clínicas

Los niños más pequeños pueden presentar una constelación de conductas compulsivas cambiantes, luego rituales antes de instalarse el cuadro. Las compulsiones pueden ocurrir en ausencia de ideas obsesivas, sin manifestar mayor angustia pero percibido como perturbador por los adultos que lo rodean. Los síntomas tienden a mostrar un curso variable a través del tiempo y según los lugares, siendo más frecuente que los presenten en la casa, aumentando en circunstancias que les generen estrés: entrada a clases, período de exámenes, problemas familiares

etc. Dada la rareza de algunos síntomas, el niño mayor tiende a ocultarlos, consultando muchas veces por sintomatología ansiosa, depresiva, ansiedad de separación, rechazo escolar, problemas de concentración, etcétera.

Todas estas alteraciones tienen gradiente de severidad, pudiendo en muchos casos interferir en la vida social relacional y la capacidad de concentración, lo que conlleva en algunos casos a alteraciones en el desarrollo emocional-social.

La presentación clínica del TOC en niños y adolescentes puede ser muy similar a la presentada por los adultos. Existen varios estudios con muestras clínicas, la descripción fenomenológica más detallada ha sido el realizado por Swedo y Rapoport en el NIMH. En 70 casos se pudieron recoger los síntomas clínicos que se muestran en la Tabla 12-1.

En España la serie clínica de J. Toro en 1992 es similar a la de Swedo y Rapoport.

Como se observa en la Tabla 12-2, los síntomas generalmente no son únicos, sino que se dan en

TABLA 12-2
DESCRIPCIÓN FENOMENOLÓGICA DEL TOC
EN NIÑOS SEGUN J. TORO

Síntomas	%
Limpieza	56
Repeticiones	74
Comprobaciones	51
Contaminación	35
Orden	42
Evitación de daños	21

combinación con otros y es habitual que el paciente los vaya refiriendo en la medida que se alcanza un vínculo terapéutico adecuado, y no es raro también que los padres se atrevan a referir en el transcurso del estudio o tratamiento de sus hijos que ellos presentan sintomatología similar. Los rituales compulsivos de limpieza, rituales en general y las comprobaciones, son al igual que en los adultos, los más frecuentes.

La ideación obsesiva es más difícil de determinar y aparece más tardíamente que las compulsiones en los niños más pequeños, dado el nivel cognitivo que presentan. A edades superiores se da la compulsión junto a la ideación obsesiva. Al parecer menos frecuente es la ideación obsesiva pura, presentando una frecuencia inferior al 5% en las poblaciones clínicas estudiadas. Sólo un autor encontró en una serie pequeña de 20 pacientes en que las obsesiones eran más frecuentes llegando a un 50%. Las obsesiones más frecuentes están focalizadas en gérmenes y contaminaciones, temores en relación a daños o peligros para el paciente u otros.

Se han descrito ciertos patrones de síntomas de acuerdo al sexo, por ej., los rituales de limpieza son más frecuentes en mujeres y las obsesiones "puras", sin compulsión, serían más frecuentes en hombres.

Etiología

Históricamente se han postulado una serie de hipótesis en la génesis del TOC, desde las concepciones psicoanalíticas, cognitivo y conductuales hasta las últimas concepciones biológicas en que la respuesta a psicofármacos específicos como bloqueadores de la recaptación de la serotonina y los hallazgos en neuroimágenes, han contribuido a establecer una serie de hipótesis neurobiológicas en la génesis de este trastorno, que como se ha argumentado, es un continuo en las diferentes edades.

Por mucho tiempo se postuló que un tipo de crianza punitiva, exigente, perfeccionista en los niños con TOC, habría generado un conflicto en el estadio anal del desarrollo psicosexual, que corresponde al período de aprendizaje del control de esfínteres. Frente a este conflicto con sus padres, los síntomas obsesivos representarían los intentos manifiestos de afrontar los impulsos agresivos amenazadores para la integridad del yo.

Sin embargo, en la descripción de los métodos de crianza observados por varios investigadores de niños con TOC, no se ha podido comprobar de manera significativa lo planteado por la teoría psicoanalítica.

Las teorías del aprendizaje y los modelos conductuales y cognitivos han contribuido a explicar los procesos de mantención y agravación de los síntomas, y han sido útiles en el tratamiento, sin embargo, no explican la etiología primaria del trastorno.

La mayoría de los estudios en relación a la etiología de estos trastornos apuntan a que los individuos que desarrollan esta patología obsesiva compulsiva tienen una vulnerabilidad biológica para presentar estos fenómenos. Los mecanismos específicos involucrados en esta vulnerabilidad biológica aún no están completamente identificados, pero existen evidencias crecientes en el área genética y neurobiológica.

Factores genéticos

Se ha sostenido una base genética de este trastorno, Paul *et al* en 1986 al observar la ligazón de este trastorno con la enfermedad de Gilles de la Tourette, sugirió que estas dos enfermedades pueden ser diferentes manifestaciones del mismo gen.

La evidencia de que los factores genéticos son importantes en la manifestación del TOC, provienen de dos tipos de estudios: estudios con gemelos y estudios familiares.

Los estudios con gemelos han mostrado concordancia de hasta 87% en gemelos monocigotos que presentaban el TOC comparados con un 47% en los pares dicigotos. En otro estudio, la concordancia entre monocigotos alcanzó un 65%. Un estudio con gemelos realizado por Clifford, encontró que los factores genéticos son importantes en la expresión por separado de los rasgos de personalidad obsesiva compulsiva por un lado y los síntomas obsesivos compulsivos propios del TOC, por otro. Esto quiere decir que los factores genéticos para los rasgos obsesivo compulsivos son independientes de aquellos factores genéticos para la expresión del TOC.

Estudios familiares también entregan más evidencias en relación a que los factores genéticos juegan un rol importante en la manifestación de las

obsesiones y compulsiones. Existen estudios que muestran desde un 35% de TOC entre los parientes de primer grado de una paciente con TOC, hasta estudios que no muestran diferencias significativas con grupos controles. Muchos de éstos son difíciles de interpretar debido a las diferencias en los criterios diagnósticos y en las diferentes metodologías.

Estudios en familias de un niño con TOC, en los cuales se han entrevistado directamente a los familiares y se han usado criterios diagnósticos estandarizados, han mostrado apoyo suficiente a la hipótesis que el componente familiar es importante en la expresión obsesiva compulsiva. El estudio de Lenane mostró que el 25% de los padres y el 8% de las madres tenían TOC, y el riesgo de tener un pariente de primer grado con TOC era de un 35%. En la serie estudiada por Riddle en 1990 se encontró que el 35,7% de los padres presentaba TOC. Leonard en 1992 encontró un 13% del trastorno en los familiares de primer grado. Estudios que contaban con un grupo control no encontraron diferencias significativas entre el grupo de niños que tenía TOC con los que no lo tenían, sin embargo, sí encontraron diferencias al considerar familiares que presentaban síntomas relacionadas con el espectro de síntomas obsesivos compulsivos, además las tasas de trastornos ansiosos entre los familiares de los pacientes con TOC era significativamente más alta que en el grupo normal.

Factores neurobiológicos

Numerosos daños cerebrales que afectan ganglios basales han sido relacionados con el comienzo de TOC, por ejemplo la enfermedad de Parkinson post-encefálica de Von Economo (1931) y la intoxicación por monóxido de carbono. Los estudios por neuroimágenes de pacientes adultos cuyo comienzo del TOC fue en la niñez han mostrado una disminución del tamaño del núcleo caudado en estudios tomográficos. Estudios con tomografía axial computarizada han mostrado disminución del tamaño ventricular, especialmente en niños que tienen compulsiones sin obsesiones. Estudios posteriores con adolescentes que habían comenzado el trastorno en la infancia, mostraron disminución de volumen del núcleo caudado en comparación con sujetos normales. Estudios con resonancia nuclear magnética aún no se han informado en niños, pero en adultos no se han encontrado diferencias significativas con sujetos normales.

Se ha descrito además un incremento de la incidencia del TOC en pacientes pediátricos con corea de Sydemhan, postulándose que estos pacientes producían anticuerpos que afectaban el núcleo estriado.

La etiología del TOC es desconocida, pero pare-

ce estar relacionada con una disfunción que abarca lóbulos frontales, sistema límbico y ganglios basales. La disregulación de neurotransmisores y susceptibilidad genética serían factores importantes en este trastorno.

La hipótesis de la serotonina está basada en los resultados de los tratamientos con bloqueadores de la serotonina que han mostrado ser de eficacia específica en el TOC. Estudios neuroanatómicos, neurofisiológicos, neuroinmunológicos y anomalías metabólicas apoyan estas hipótesis.

Swedo y cols. en 1989 a partir de su clásico estudio de adultos con TOC iniciado en el período de la infancia, postularon una hipótesis etológica de estos trastornos. Plantea que los rituales de los pacientes con TOC constituyen "comportamientos propios de los mamíferos, de carácter instintivo y, por consiguiente, heredados por el animal humano. Las conductas de lavado de manos, evitación de contaminantes, revisiones, serían conductas que formarían parte de las prácticas de limpieza, supervivencia, supervisión de territorio, etc.". Rapoport, en su hipótesis neurobiológica, plantea que la ejecución de ciertos patrones fijos de conducta se fundamentan en la actividad de los ganglios basales, actividad que puede y suele ser inhibida por el lóbulo frontal. Esta investigadora postula que el "TOC sería un conjunto de actos adaptativos específicos de la especie, tales como limpiarse o reaccionar frente al peligro, que resultaría liberado anormalmente por un estado alterado de impulsos". La disfunción fronto-estriatal es postulado como una de las hipótesis más sustentable en la etiología del TOC.

Las áreas del cerebro más frecuentemente identificadas como potencialmente involucradas en el TOC son la corteza orbitofrontal, el área anterior del cíngulo y la cabeza del núcleo caudado. Todas estas áreas están relacionadas funcionalmente con estructuras límbicas en un circuito cortico-estriato-tálamo-cortical. Se ha hipotetizado que estos circuitos estarían hiperactivos en los individuos con TOC. Esta hiperactividad podría resultar en un circuito autorreforzante que sería difícil de interrumpir.

Estudios realizados con técnicas de medicina nuclear ha permitido visualizar actividad cerebral, mediante el PET (*Positron Emission Tomography*) y flujo sanguíneo cerebral mediante el SPECT (*Single Photon Emission Computerized Tomography scan*). Así en estudios en sujetos con TOC de comienzo en la infancia pudieron detectar:

- incremento del metabolismo en región frontal orbital izquierda, sensoriomotora derecha, prefrontal bilateral y cíngulo anterior;
- correlación entre metabolismo de glucosa cerebral y respuesta clínica al tratamiento con clomipramina.

TABLA 12-3
ALTERACIONES DEL SPECT EN NIÑOS CON TOC

	Anterior frontal	Lateral frontal	Girus cingulado
Bilat/Unilat	81% / 6%	43% / 31%	25% / 25%
Total	87%	75%	50%

Los estudios de SPECT cerebral en niños son iniciales de tipo exploratorio descriptivo en este trastorno. En una muestra de 16 niños y adolescentes chilenos con TOC (13,2 ± 2,5 años), sin antecedentes de organicidad ni comorbilidad importante, comparados con 13 niños normales (9,3 ± 3,2 años) estudiados con HMPAP Tc 99m, se encontró que:

– los niños y adolescentes con TOC, tienen SPECT significativamente anormales (más de dos desviaciones estándar) comparados con grupos controles de su misma edad y sexo.

– las alteraciones del SPECT muestran principalmente una disfunción frontal anterior y lateral, del *girus* cingulado, expresadas en hiperperusión (Tabla 12-3).

Hipoperfusión temporal mesial se observó en el 93% de los niños.

En estos estudios preliminares, también se ha observado que existirían subgrupos de TOC que presentarían antecedentes de organicidad o comorbilidad, los cuales presentarían un patrón de perfusión sanguínea cerebral diferente al SPECT que presentan los niños con TOC sin estos antecedentes.

Estudios farmacológicos y neurobiológicos han relacionado varios sistemas de neurotransmisores en la patofisiología del TOC. La evidencia farmacológica más consistente se refiere al sistema serotoninérgico y la eficacia comprobada de los potentes inhibidores de la recaptación de la serotonina. Sin embargo, otros sistemas también están relacionados, como el sistema dopaminérgico y el sistema opioide, que al parecer participan en la expresión de algunas formas de TOC. Más recientemente algunos estudios han implicado dos neuropéptidos estrechamente relacionados, la arginina vasopresina y la oxitocina en la patofisiología de algunas formas de TOC.

Trastornos asociados

Muchos trastornos coexisten con TOC. Flament encontró que el 75% de los adolescentes que habían presentado TOC tenía uno o más diagnósticos psiquiátricos adicionales. Aproximadamente el 25%

tiene el TOC como único diagnóstico al momento de la evaluación, asociándose a trastornos ansiosos en un 40% (fobia simple 17%, ansiedad generalizada 16%, ansiedad de separación 7%), trastornos depresivos en un 35%, trastorno oposicionista 11%, trastorno de déficit de atención 10%, trastorno de conducta y uso de sustancias 33%, trastorno de aprendizaje 24%, tics motores 20-30%. En cuanto al desarrollo de personalidad, se ha encontrado rasgos de personalidad compulsiva en un 11% de los casos y en relación a sujetos cuyo comienzo del TOC ha sido muy precoz. Los trastornos más comunes en estudios de prevalencia de vida eran depresión mayor, distimia, esquizofrenia, trastornos ansiosos (fobia y ansiedad de separación), trastorno de déficit de atención, trastorno de conducta disocial, trastorno de la alimentación y abuso de sustancias.

Tratamiento

Por las características propias de las personas en desarrollo, se postula para niños y adolescentes un tratamiento multimodal que contemple:

- Farmacoterapia.
- Instrucción conductual.
- Terapia familiar.
- Terapia individual y/o grupal.
- Apoyo y rehabilitación escolar.

Farmacoterapia. Estudios han demostrado que los niños con TOC, responden igualmente bien que los adultos a la clomipramina, un antidepresivo tricíclico el cual ha demostrado tener un efecto específico sobre la sintomatología del TOC. En un primer estudio, 23 pacientes niños participaron en 10 semanas de tratamiento con doble ciego y grupo control-placebo; la clomipramina en dosis de 3 mg/kg peso fue significativamente mejor que el grupo placebo en disminuir la sintomatología en la quinta semana, con un comienzo de la mejoría en la tercera. De los 19 pacientes que completaron el tratamiento, el 75% tuvo una mejoría importante siendo objetivable por una disminución del tiempo que consumían en las conductas y pensamientos obsesivo-compulsivos y por una disminución de la angustia subsecuente.

El segundo, fue un estudio comparativo doble ciego entre clomipramina y desipramina (un bloqueador selectivo noradrenérgico) en 48 niños y adolescentes. La clomipramina fue significativamente mejor en disminuir los síntomas obsesivos compulsivos a la quinta semana, en algunos casos se pudo observar una mejoría en la tercera semana; la desipramina no fue más afectiva en mejorar los síntomas que lo que se había informado con placebo en el estudio anterior. La clomipramina era bien tolerada a dosis de 3 mg/kg peso.

En el estudio multicéntrico de Deveugh-Geiss *et al* (1992) se encontró que un 37% de los niños mejoraban con clomipramina.

El uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina, ha sido estudiada recientemente en niños y adolescentes. Riddle concluyó que la fluoxetina parece ser segura y bien tolerada en dosis de 10-40 mg/día en un estudio de un grupo de 10 niños y adolescentes. También en el estudio del NIMH, 15 adolescentes que no respondieron a clomipramina o no soportaron los efectos laterales, fueron tratados con fluoxetina sin presentar efectos indeseables de consideración.

El maleato de fluvoxamina también se ha estado usando en niños y adolescentes con TOC desde 1997 en EEUU. Se realizó un estudio multicéntrico randomizado con grupo control en 120 niños cuyas edades fluctuaban entre 8 y 17 años por un período de 10 semanas. Los resultados mostraron que la fluvoxamina es más efectivo que el placebo en el TOC. Solamente tres niños no siguieron el estudio por efectos adversos, ninguno de los cuales fueron considerados graves. Estos efectos laterales pueden ser agitación, hiperkinesia, depresión, dismenorrea, flatulencia y rash.

Instrucción conductual. Las técnicas conductuales de exposición y prevención de la respuesta, han mostrado también ser un tratamiento efectivo para el TOC en niños y adolescentes, sin embargo, los clínicos refieren la dificultad de que los niños cumplan las instrucciones y por otro lado los padres encuentran que los clínicos están poco entrenados en este tipo de técnicas. No hay estudios sistemáticos en este sentido.

March y cols. propusieron en 1994 un protocolo de tratamiento para niños y adolescentes con TOC ("*How I Ran OCD Off my Land*"). Comprende cuatro etapas distribuidas en 16 semanas de tratamiento. La etapa 1 es predominantemente psicoeducacional, la etapa 2 analiza y objetiva las experiencias obsesivo compulsivas del niño dentro de un contexto narrativo, la etapa 3 y 4 inicia una terapia formal cognitivo conductual. Este entrenamiento incluye a los padres en tres sesiones. El monitoreo incluye evaluación clínica, registros de las conductas, la escala de Yale-Brown, la NIMH *Global Scale* y las *Clinical Scales of Global Improvement*.

La evaluación de este protocolo reporta mejoría sintomática en el 40% de los pacientes, y en el 60% restante, se encontró una disminución de al menos el 50% de su sintomatología. A pesar de que los pacientes sometidos a este protocolo además recibían medicamentos, se postula que el resultado es superior a los estudios en que los pacientes reciben sólo el medicamento. Además, se encontró que la mejo-

ría persistía a pesar de que el medicamento se discontinuara, a diferencia de la frecuente recaída al retirar el medicamento, en los casos de farmacoterapia sola.

Intervenciones familiares. Es importante realizar siempre un diagnóstico del grado de funcionalidad familiar, ya que un buen logro de ésta ayudará al cumplimiento de las indicaciones del tratamiento y a la no involucración en los rituales del niño, lo cual pudiera empeorar su pronóstico. La familia requiere, junto al niño, entender las características de este trastorno, sus posibles etiologías y los objetivos del tratamiento. Por otro lado, la mantención del sintoma pudiera servir para la homeostásis disfuncional familiar, siendo recomendable en este caso incluir en el tratamiento terapia familiar sistémica.

Es necesario tomar en cuenta además que la frecuencia de psicopatología en los padres es mayor que en la población general y que aproximadamente un 25% de los parientes de primer grado de un niño con TOC, presenta el mismo trastorno, que muchas veces es dilucidado en el transcurso del tratamiento del hijo, solicitando ayuda también para ellos.

Terapia individual. Las terapias de *insight* en niños y adolescentes no han mostrado su utilidad directamente en este trastorno, sin embargo, pueden ayudar en forma complementaria, en los niños mayores, a disminuir la ansiedad que esta alteración les significa, al mismo tiempo que les puede ayudar a dimensionar el rol que la presente sintomatología juega en su vida e incrementar sus capacidades de adaptación.

También existe indicación de psicoterapia individual si el paciente presenta además un desarrollo anormal de personalidad u otro trastorno psiquiátrico que lo amerite.

Apoyo y rehabilitación escolar. En algunos pacientes en los que el TOC ha afectado su escolaridad en términos de rendimiento y de habilidades sociales, se hace necesario brindar ayuda específica en esas áreas, siendo conveniente una adecuada coordinación con el sistema escolar.

BIBLIOGRAFIA

- Black DW, Noyes RJr, Goldstein RB, Blum NA. Family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49:362-68.
- Clifford CA, Murrar RM. Genetic and environmental influences on obsessional traits and symptoms. *Psychological Medicine* 1984; 14:791-800.
- Flament MF, Rapoport JL, Berg CJ *et al*. Clomipramina

- Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:977-83.
- Of Childhood Obsessive Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:219-25.
- Flament M, Whitaker A, Rapoport JL *et al.* An Epidemiological Study of Obsessive-Compulsive Disorder in Adolescents. Washington: American Psychiatric Press, 1989.
- García R, De la Barra F, Mena I, Neubauer S, Solé C. Simposio Trastorno Obsesivo Compulsivo. 49 Congreso Sociedad Neurología Psiquiatría y Neurocirugía, 1994.
- Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, Pauls DL, Sceery W, Rapoport J. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990; 28:407-12.
- Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE *et al.* Tics and Tourett's Disorder: A 2- to 7- year follow up of 54 Obsessive-Compulsive Children. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1244-51.
- Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL *et al.* Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: A Double-Blind Crossover Comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:1088-92.
- March J, Mullen K, Herbel B. Behavioral Psychotherapy for Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial of a New Protocol-Driven Treatment Package. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 3.
- Riddle MA, Scahill L, King RA *et al.* Doble-blind, crossover trial of fluoxetine and placebo in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 1062-69.
- Swedo SE, Schapiro M, Grady C, Cheslow D, Leonard H, Rapoport J. Cerebral Glucose Metabolism in Childhood-Onset Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1989; Vol 46.
- Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H *et al.* Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:335-41.
- Toro J, Cervera M, Osejo E, Salamero M. Obsessive-Compulsive Disorder in Childhood and Adolescence: A Clinical Study. *J Child Psychol Psychiatr* 1992; 33(6): 1025-107.
- Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL *et al.* An epidemiological Study of Obsessive Compulsive Disorder and Related Disorders in Israeli Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(6):1057-61.

Capítulo 13

SINDROME DE DEFICIT DE ATENCION

HUMBERTO GUAJARDO

Es un trastorno que preocupa a los profesionales del área de la salud mental infantil en todo el mundo. Por su alta frecuencia agrupa la mayor cantidad de investigaciones en la especialidad.

Es un cuadro que está presente por lo general desde los primeros años y que se prolonga en un alto porcentaje de pacientes hasta la edad adulta. Actualmente se acepta que está determinado por causas biológicas a las cuales se asocian factores ambientales. Se manifiesta de preferencia en el sexo masculino. Se caracteriza porque afecta patrones conductuales y genera mal rendimiento escolar.

Con mucha frecuencia escuchamos polémicas respecto al porqué hoy en día hay tantos niños en tratamiento, y tanta demanda de parte de los colegios y de los padres. ¿Es una moda? ¿Antes no se conocía?

Es probable que no exista una respuesta definitiva al respecto, pero es posible señalar algunos factores que pueden explicar que hoy exista un mayor número de niños a los cuales se les diagnostica el trastorno:

- Se piensa que el trastorno se debería a una disfunción en algunas estructuras del sistema nervioso, las cuales se producirían por pequeñas alteraciones durante los períodos de gestación o perinatal. El desarrollo actual de la tecnología médica, ha permitido que en la mayoría de los países latinoamericanos se estén aplicando programas de detección precoz de patologías tanto del embarazo, parto, como del período de recién nacido, permitiendo que niños que antiguamente no eran viables o que quedaban con graves daños, nazcan y se desarrollen sin graves problemas, pero desarrollando probablemente estas pequeñas alteraciones funcionales.

- El incremento en el consumo de drogas en madres jóvenes, ligado por lo general a uso de alcohol, se ha señalado podría estar incidiendo en provocar alteraciones que se expresen en los hijos en el trastorno de atención.

- El progresivo desarrollo económico que van

alcanzando muchos países de Latinoamérica, determina que los sistemas educacionales estén cada vez más presionados a preparar individuos con mayores niveles de instrucción a objeto de incorporarse a un campo laboral mucho más exigente. Por tanto, en cuanto un niño presenta dificultades conductuales o de rendimiento, es derivado para su tratamiento.

- Por otra parte, es necesario señalar que en la mayoría de las escuelas, en especial de sectores de bajos recursos, los profesores deben atender a un alto número de alumnos por curso que en algunos casos llegan a 40 ó 50. Esto hace que difícilmente puedan tener un manejo adecuado cuando un niño se sale de los márgenes habituales.

Definición y antecedentes

- El síndrome de déficit de atención es un cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de niños con un corto período de atención, generalmente asociado a impulsividad e hiperactividad. Muchos de estos síntomas pueden persistir hasta la etapa adulta.

Por tratarse de un cuadro de alta complejidad, han existido varios cambios en su denominación y en la terminología utilizada.

En una primera etapa se asoció a factores orgánicos y Strauss en 1947 habló de "síndrome de daño cerebral mínimo", por cuanto muchos de los síntomas se encontraban en niños con retardo mental y/o daño orgánico cerebral. Sin embargo, en la mayoría de estos niños no fue posible comprobar un daño, motivo por el cual se empezó a hablar de una "disfunción cerebral mínima" en 1962. Este término fue criticado por estimar que ponía énfasis en una alteración de la corteza cerebral, lo cual se cuestiona; y por otra parte la palabra "mínima" se pensó que inducía a error, y a creer que el cuadro no requería mayor preocupación.

Entre los años 1962-1968 las clasificaciones CIE-9 y DSM II se refirieron a un "síndrome hiperquinético"

y se excluye en USA a los niños con daño orgánico y retardo mental.

Hacia 1980 se empieza a enfatizar el problema de atención y la falta de autocontrol. El DSM III habla de trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad. Los síntomas principales son falta de concentración, impulsividad e inquietud excesiva. El DSM III-R plantea el diagnóstico de un déficit de atención con hiperactividad, desechando la hipocinética.

El DSM IV admite tres variedades con implicaciones diferentes según el predominio en el déficit de atención, en la impulsividad/hiperactividad o en ambas áreas en forma mixta. Los criterios para el diagnóstico del trastorno son casi idénticos entre el CIE-10 y el DSM IV, pero el CIE-10 define categorías más estrictas.

Prevalencia

Hay grandes diferencias y variaciones entre las cifras que entregan distintos países. No obstante, la cifra que se ha ido consolidando en la mayoría de los autores es de un 3-5% de los niños en edad escolar. Por años las cifras entregadas en Gran Bretaña son manifiestamente menores situándose incluso alrededor de 1x 1000 niños para algunas publicaciones.

El cuadro se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, en una proporción de 4 ó 5:1.

Según trabajos recientes, los síntomas pueden persistir en la edad adulta en un 40 a 60% de los casos.

La variedad en las cifras de prevalencia se produce por cuanto:

- Se han utilizado diferentes terminologías y clasificaciones que hacen los estudios no comparables.

- El estudio de la hiperactividad requiere de escalas de medición muchas veces subjetivas y con distintos puntos de corte usados por los diferentes investigadores.

- La cifra varía dependiendo de si la información es obtenida de los padres, profesores o médicos en forma simultánea o aislada.

Síntomas

En la actualidad el diagnóstico es asignado a niños o adultos que presentan ciertas características conductuales mantenidas durante un cierto período de tiempo.

Las conductas más comunes se agrupan en tres categorías: desatención, hiperactividad e impulsividad.

Desatención. Las personas con desatención tienen una gran dificultad para mantener su mente en una sola cosa y pueden aburrirse con una tarea en pocos minutos. Pueden dar esfuerzo y atención automática a tareas que les son muy motivantes o los entretienen. No obstante se les dificulta el focalizar en forma deliberada y conciente su atención en una tarea o aprendizaje.

Hiperactividad. Las personas que tienen hiperactividad parecen estar siempre en movimiento. Sentarse durante una clase puede ser una tarea casi imposible. Los niños hiperactivos se paran de su asiento y caminan alrededor de la clase. Mueven constantemente sus pies, tocan todo o golpean ruidosamente sus lápices. Los adolescentes y adultos se ven inquietos, impacientes, hacen varias cosas a la vez y fluctúan entre una actividad y la siguiente.

Impulsividad. Las personas impulsivas parecen incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o pensar antes de actuar. Como resultado pueden hacer comentarios inadecuados, correr por una calle sin mirar, no esperar su turno en los juegos o quitar un juguete a otro niño.

Para asegurar que un niño tiene un déficit de atención es importante considerar algunos aspectos: ¿Son estas conductas excesivas, prolongadas en el tiempo y problemáticas? ¿Ocurren más a menudo que en otra gente de su edad? ¿Son un problema permanente o responden a una situación transitoria? ¿Ocurren en distintos lugares o sólo en un lugar específico como el colegio o la oficina?

El DSM IV nos entrega una serie de criterios para efectuar el diagnóstico.

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. (1) o (2)

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de *desatención* han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

- A menudo tiene dificultades para mantener la atención en actividades lúdicas.

- A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

- A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).

- A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

- A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

- A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

- A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

- A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de *hiperactividad/impulsividad* han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Hiperactividad:

- A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

- A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

- A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

- A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

- A menudo está "en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.

- A menudo habla en exceso.

Impulsividad:

- A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

- A menudo tiene dificultades para guardar turno.

- A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los siete años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela o en el trabajo, o en la casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no

se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01): si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00): si se satisface el criterio A1, pero no el criterio A2 durante los últimos seis meses.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01): si se satisface el criterio A2, pero no el criterio A1 durante los últimos seis meses.

Nota: En el caso de sujetos —en especial adolescentes y adultos— que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en "remisión parcial".

Aspectos clínicos y comorbilidad

La edad más frecuente de consulta es entre los 6 y los 11 años. Es el grupo que más se conoce y la demanda de consulta se produce por las dificultades para estudiar, su mal rendimiento escolar y sus problemas de conducta.

La mayoría de los niños presentan ciertas características como sentimientos de disconformidad, baja autoestima, sentimientos de culpa, cambios inesperados del humor e inadecuación social. Estos sentimientos derivan generalmente de que constantemente está siendo sometidos a críticas, burlas y castigos tanto en el ambiente familiar como escolar.

Se ha descrito que estos niños son propensos al consumo precoz de tabaco en la adolescencia. El trastorno ha sido vinculado al inicio del trastorno bipolar del cual sería precursor. Está demostrada en algunos casos su asociación al síndrome de Gilles de la Tourette. Por último el trastorno está vinculado al abuso de sustancias, incluido el alcohol en la edad adulta y a la agresividad y desadaptación social.

En un 25-30% de estos niños es posible encontrar un trastorno específico del aprendizaje, aunque muchos casos tengan una inteligencia superior. Muchos de estos niños tienen trastornos en el lenguaje, de predominio sobre el área expresiva.

Cerca de un 50% de los casos presentan al menos una alteración psiquiátrica adicional. El trastorno oposicional desafiante y los trastornos de conducta se presentan con frecuencia. Se describe que al menos un 25% de los casos tiene baja autoesti-

ma, asociado al menos a un episodio de depresión mayor durante sus años escolares y también con frecuencia sufren de trastorno de ansiedad con miedos y rabietas.

Por supuesto que no todos los niños con trastorno por déficit de atención tienen comorbilidad. Por otra parte no todos los pacientes que tienen síndrome de Latourette, trastorno oposicional desafiante, trastorno de conducta, ansiedad o depresión tienen trastorno por déficit de atención. Sin embargo, la presencia de estos desórdenes o la posibilidad que se den en conjunto, permiten señalar que todo niño con un trastorno por déficit de atención debe ser evaluado por un especialista que tenga entrenamiento en psicopatología.

Diagnóstico

El diagnóstico es esencialmente clínico, no existe un test simple que haga el diagnóstico definitivo del trastorno por déficit de atención. El diagnóstico resulta de analizar la información de una variedad de fuentes, fundamentalmente los padres y los educadores. La información se contrasta con los criterios DSM IV. El criterio "B" sobre la edad es actualmente debatido ya que para algunos autores no debería existir restricción al diagnóstico por la edad.

Una de las herramientas más usadas en la actualidad es la escala de Conners, de la cual existe una forma validada en castellano y que puede ser usada en cualquier consulta, siendo ideal que sea completada tanto por los padres como por los educadores del niño.

Recientemente se han introducido programas computarizados como el TOVA (*Test of variables of Attention*) de gran sensibilidad (89%), con un 11% de falsos negativos y un 10% de falsos positivos.

El electroencefalograma no tiene un valor diagnóstico por cuanto las alteraciones que se pueden encontrar son de carácter inespecífico.

Se piensa que a futuro podrían utilizarse potenciales evocados visuales y auditivos donde se ha comprobado una latencia aumentada de la onda P3 (a 300 msec), con menor amplitud en los sujetos con trastorno por déficit de atención que en los controles. Otros autores plantean que podría usarse mediciones de imágenes de resonancia magnética donde se encontraría un núcleo caudado de mayor tamaño en los niños con trastorno por déficit de atención. Sin embargo, estos exámenes por el momento no están ampliamente difundidos y deberán ser objeto de una mayor difusión y validación antes de generalizar su uso.

Diagnóstico diferencial

Los síntomas del trastorno por déficit de atención pueden confundirse con una serie de patologías que hay que tener presente:

- La actividad de un niño normal cuyos padres son inexpertos y aprensivos. Hay niños que pueden ponerse hiperactivos por estar en ambientes un poco desestructurados o desorganizados. Sin embargo, el trastorno no es permanente como en el caso del niño con déficit de atención.

- Los trastornos del aprendizaje sin hiperactividad, pueden también generar confusiones, por cuanto estos niños pueden aburrirse en el colegio al no recibir ayuda ni progresar en el aprendizaje. En estos casos un detenido estudio y evaluación de sus problemas y un examen psicopedagógico ayudarán al diagnóstico.

- Los trastornos de conducta sin déficit de atención pueden a veces tener un cierto grado de desconcentración e inquietud en la escuela por desmotivación. Sin embargo, el hecho de que han empezado tardíamente en la vida ayuda a diferenciarlos.

- Los estados depresivos pueden llevar a una baja en el rendimiento escolar, irritabilidad, problemas de concentración y dificultades con sus pares.

- La angustia puede exteriorizarse como hiperactividad.

- El uso de fármacos (antihistamínicos, broncodilatadores, teofilina, etc.) puede producir hiperactividad.

- Problemas visuales o auditivos pueden afectar en forma secundaria la atención y la memoria.

- Es necesario señalar una serie de condiciones, que hay que tener presentes, como crisis de ausencia, intoxicación por plomo, trastornos generalizados del desarrollo (autismo) y maltrato físico o psicológico que pueden producir dificultades en la concentración e hiperactividad.

Etiología y psicopatogenia

La etiología no está claramente precisada. Por la complejidad del síndrome, es muy improbable que exista una etiología única, salvo quizá para un pequeño grupo. Los estudios actuales tienden a dar una mayor importancia a los factores biológicos y lo más probable es que los factores psicosociales contribuyan a una expresión más o menos intensa del trastorno.

En los últimos años se ha desarrollado un nuevo modelo en el campo de la psicoterapia y muchos autores han desarrollado el concepto de psicoterapia integrativa (recomendamos al lector leer el capítulo respectivo de este libro donde encontrará las bases teóricas de este enfoque). La psicoterapia integrativa

busca potenciar el efecto en el diagnóstico, comprensión etiológica y en la psicoterapia, incorporando en forma estructurada los conocimientos aportados desde hace muchos años por diferentes paradigmas o enfoques en los que confluyen la mayoría de las técnicas y terapias que se conocen. Los paradigmas a considerar son: biológico, conductual-ambiental, cognitivo, afectivo, inconsciente, sistémico familiar y recientemente se ha incorporado el concepto de *self*. En la psicoterapia integrativa estos paradigmas constituyen subsistemas que lejos de competir entre sí, aportan todos a la comprensión de un trastorno.

A continuación describiremos el aporte de los diferentes enfoques o paradigmas a la comprensión del síndrome de déficit de atención.

Enfoque biológico

Basándose en las dificultades de autocontrol, de procesamiento de la información, de capacidad de atención, etc., se ha planteado una disfunción del sistema nervioso central que afectaría el equilibrio de neurotransmisores, sin embargo esto no ha podido ser definitivamente establecido.

Entre las líneas de investigación actualmente vigentes podemos mencionar las siguientes:

Influencias genéticas. Se ha señalado que habría una cierta transmisión en padres con antecedentes de conducta antisocial, alcoholismo y abuso de drogas en especial durante la gestación.

Estudios han señalado que el trastorno es cuatro veces más frecuente en las familias donde existe un miembro afectado. También en gemelos idénticos es más frecuente la concordancia de aparición que entre hermanos.

Estudios neuroquímicos. Por el efecto positivo de los estimulantes se ha sugerido una disfunción de sistemas adrenérgicos o serotoninérgicos.

Metabolitos de transmisores cerebrales como 3 metoxy, 4 hidroxifenilglicol (MHPG) se encontraron más bajos en un estudio de niños con síndrome de déficit de atención. Estos estudios no han sido replicados. En general, se plantea que los estudios en sangre, orina o líquido cefalorraquídeo no reflejan los valores de las zonas específicas que estarían alteradas y más bien son valores de tipo global.

Los estimulantes deprimen la excreción de MHPG por dos semanas después que se suspenden. También se encontraron medidas más bajas de otro metabolito (ácido homovanílico) en el líquido cefalorraquídeo de niños con el síndrome, pero los estudios se han efectuado con pocos niños y sin grupo control, lo que limita su validez.

No obstante es un hecho aceptado que el funcionamiento de catecolaminas y su equilibrio estarían involucrados en la patogénesis y terapia del síndrome de déficit de atención.

Esta disfunción neuroquímica afectaría ciertas áreas centrocefálicas y corticales del sistema nervioso relacionadas con la atención, control de la actividad e impulsos corticales, alterando el umbral perceptual a los mecanismos de aprendizaje (refuerzo y castigo).

Estudios de neuroimágenes. La tomografía por emisión de positrones (PET), ha mostrado cambios a través de la niñez y adolescencia en la densidad de receptores de dopamina. Se han determinado diferencias entre los niños con trastorno por déficit de atención y los normales, en cuanto al flujo de sangre al cerebro y al uso de glucosa en los lóbulos frontales medidos por el PET.

Sujetos adultos fueron expuestos a aprender un listado de palabras y los investigadores midieron los niveles de glucosa usados por las áreas del cerebro que inhiben impulsos y controlan atención. Dado que la glucosa es la principal clase de energía que utiliza el cerebro, su medición es un buen indicador del nivel de actividad cerebral. Las investigaciones encontraron importantes diferencias entre los sujetos que tenían trastorno por déficit de atención y los normales. En los sujetos con trastorno por déficit de atención, las áreas cerebrales que controlan la atención usaban menos glucosa, lo que indicaba que estaban menos activas. De estas investigaciones parece concluirse que un bajo nivel de actividad en algunas partes del cerebro puede causar falta de atención.

El metilfenidato aumenta el flujo de sangre al mesencéfalo y ganglios de la base, disminuyendo el flujo de sangre a las áreas motoras corticales, lo que explicaría el efecto de los estimulantes, ya que la corteza cerebral estaría envuelta en las conductas de impulsividad y agresividad.

Plomo. Algunos autores han señalado que altos niveles sanguíneos de plomo pueden producir alteraciones conductuales y cognitivas en los niños. Thompson (1989), mostró que 501 niños tenían una correlación entre altos puntajes en escalas de reporte para profesores y altos niveles sanguíneos de plomo.

El estado actual de las investigaciones ha permitido descartar como factores causales:

- ver mucha televisión;
- alergia a los medicamentos;
- exceso de azúcar;
- vida familiar anormal.

Enfoque conductual ambiental

Entre los aspectos más destacados aportados desde este subsistema, está el planteamiento de que a partir de las alteraciones ya descritas de desequilibrios en los niveles de neurotransmisores en algunos núcleos centroencefálicos, estos niños tendrían altos umbrales a percibir estímulos de refuerzo y castigo.

En estas condiciones, resulta fácil comprender las dificultades que tienen padres y maestros para ir moldeando la conducta del niño. Técnicas muy poderosas como los contratos conductuales fracasarán rotundamente mientras no se corrijan los trastornos neuroquímicos que generan la alteración.

Al fracasar las técnicas habituales es muy fácil que se incrementen los niveles de castigo que estos niños reciben pudiendo ser muy golpeados y agredidos.

Estos niños tienen seriamente comprometidas por la misma razón sus capacidades de aprendizaje observacional y de imitación, lo que les inhibe desarrollar un repertorio de conductas de acercamiento social, adquiriendo más bien a partir de su impulsividad muchas conductas agresivas.

Enfoque cognitivo

Las alteraciones en la capacidad de atención afectan seriamente los procesos de organización del pensamiento. De esta manera no logran adquirir capacidad de ordenar sus conocimientos, jerarquizar en la toma de decisiones ni desarrollar mecanismos de autocontrol.

Por otra parte en la línea de la adquisición de estructuras de pensamiento o ideas irracionales como las planteadas por Beck, Ellis y otros autores cognitivistas, tempranamente reciben mensajes que por su constante repetición y por su fuerte contenido afectivo son incorporados por el niño con mucha facilidad. "Eres malo", "todo lo haces mal", "eres mal alumno", "eres desordenado", "nos haces sufrir", etc., son algunos ejemplos de frases a las que los pacientes con el trastorno se ven sometidos.

Enfoque afectivo

Cuando se plantea que estos niños tienen un alto umbral al refuerzo y castigo, estamos diciendo que en el área de los afectos y emociones tienen también muchas dificultades para percibir y expresar sus estados emocionales.

Con frecuencia muchos de estos niños tienden a no aceptar que se les haga cariño teniendo dificultades en su sensibilidad posterior y en la expresión de afectos. En otros casos sometidos a retos y rechazo

por sus padres, familiares y profesores, desarrollan verdaderas barreras en torno a su vida afectiva eludiendo sentir o vivir la angustia, pena y dolor que las consecuencias de su conducta debieran producirles. Un último mecanismo presente es que aquellos niños sometidos a intensos castigos y agresiones por su conducta, vivencian fuertes sentimientos de rabia, frustración, ira, vergüenza, etc., todos los cuales pueden aflorar en situaciones futuras.

Es muy probable que los mecanismos descritos estén presentes en muchos de los sujetos que habiendo tenido un trastorno por déficit de atención, desarrollan posteriormente trastornos de conducta, trastorno oposicional-desafiante o trastorno de personalidad.

Enfoque inconiente

Considerando las dificultades crecientes que muchos de estos niños presentan desde los primeros años de vida, es muy probable que muchos de los planteamientos psicoanalíticos hoy científicamente comprobados, como represión, estimulación subliminal y disociación jueguen un rol importante para explicar la conducta y trastornos posteriores que se observan en estos pacientes.

Pacientes con trastornos severos en la adolescencia y vida adulta sometidos a terapias de asociación traen a la mente situaciones y recuerdos que les generan intensas emociones negativas, de los cuales no tenían conciencia.

Enfoque familiar sistémico

Es indudable que un niño con las características de trastorno por déficit de atención puede producir serias alteraciones en la estructura de familias que están en un equilibrio inestable. Por otra parte, familias disfuncionales pueden transformar al niño en el "chivo emisario" de sus dificultades.

Las características de estos pacientes pueden facilitar reacciones de ambivalencia en los padres, alteraciones en los subsistemas familiares, doble vínculo, etcétera.

Las líneas de autoridad pueden verse fácilmente afectadas por la producción de alianzas inadecuadas.

Self

De incorporación reciente en la psicoterapia, ha sido descrito como el elemento integrador de la personalidad. Es una instancia de autoorganización y de integración de la experiencia que desempeña funciones de identidad personal, de significación de la experiencia y de administración de la conducta.

Por las características ya descritas, muchos de estos pacientes ven alterada su capacidad para desarrollar un *Self* armónico lo que puede afectar el desarrollo de la estructura de su personalidad.

Tratamiento

Así como se ha planteado un abordaje en la perspectiva integrativa para el diagnóstico, la psicoterapia integrativa resulta un interesante aporte para un enfoque adecuado de la terapia.

Desde luego debe quedar claro que el tratamiento no puede consistir en el uso exclusivo de un medicamento. Considerando además la frecuente presencia de comorbilidad, el paciente deberá ser abordado desde todos los subsistemas, privilegiando obviamente el trabajo en aquellos que se encuentren más afectados.

Variables inespecíficas

Este es uno de los aspectos que hoy día se consideran más importantes para el éxito de una terapia. Estas incluyen: variables del paciente, variables del terapeuta, relación paciente-terapeuta.

No corresponde describir las exhaustivamente por lo que sugerimos al lector remitirse al capítulo respectivo. No se señalarán aquellos aspectos que resultan más relevantes para el tratamiento del trastorno por déficit de atención.

Respecto a las variables del paciente en estos casos resulta fundamental evaluar las características de los padres. Muchos de ellos vienen a tratamiento sin aceptar el problema de su hijo, molestos con los profesores y con ideas preconcebidas respecto a rechazar algunos tipos de terapia. Es muy importante darse tiempo para explicarles detalladamente la naturaleza del problema, destruir ciertos mitos respecto a los fármacos y señalarles el pronóstico en caso de que no se realice un adecuado tratamiento. Es fundamental que los padres entiendan que el tratamiento es un proceso que en muchos casos puede significar años de trabajo.

De las variables del terapeuta la empatía, es decir la capacidad de ponerse en el lugar del niño y de los padres comprendiendo sus inquietudes y temores, resulta fundamental para asegurar el éxito de la terapia.

Por último, es preciso desarrollar una adecuada relación paciente-terapeuta, que en este caso incluye a los padres, generando confianza mutua y en especial aceptación de las intervenciones que se realizarán.

Biológico

Es importante señalar que si bien el uso de psi-

cofármacos no es en absoluto la forma exclusiva de tratamiento, su utilización es fundamental y previa al abordaje a través de otros subsistemas.

Psicoestimulantes. En 1937 Bradley describió el efecto paradójico de los estimulantes en el tratamiento del trastorno. Su uso tendería a normalizar los desequilibrios a nivel de neurotransmisores ya que aumentan la liberación de catecolaminas al espacio intersináptico, esto permitiría el adecuado funcionamiento de áreas del sistema nervioso alteradas en su funcionamiento.

Numerosos estudios encuentran que son efectivos en el 75% de los casos. Si algún paciente no responde al uso de la droga, en el 70% de los casos responderá a un segundo estimulante.

Los psicoestimulantes disponibles son: anfetamina, metilfenidato y pemolina.

En los menores de seis años de edad tienden a ser poco efectivos, su uso puede ser necesario en pacientes adolescentes e incluso en adultos.

Durante años se han desarrollado controversias respecto al uso de estos medicamentos en especial respecto a factores como riesgo de adicción, alteraciones en el desarrollo y necesidad de suspender la terapia en la adolescencia.

La información disponible permite aseverar al respecto que:

- No existe riesgo de adicción en niños. En adolescentes y adultos si el uso es adecuado y bajo control médico, no hay problemas de adicción.
- No se ha comprobado que la medicación produzca alteraciones permanentes en el crecimiento y desarrollo.
- No es imprescindible suspender la medicación en la adolescencia, cerca de un 80% de los adolescentes que han estado en tratamiento cuando niños necesitan mantenerla. Un 50% incluso la necesitaría como adulto según diversos estudios.

Anfetamina. Está disponible en comprimidos de 10 mg. Se recomienda una dosis de 0,3-0,5 mg/kg de peso día. Su vida media en el organismo es de alrededor de 6 horas.

Es el medicamento de elección en especial en el trastorno de déficit de atención cuando predomina la forma hiperactivo-impulsiva.

Los efectos secundarios son más intensos al inicio del tratamiento y pueden incluir insomnio, pérdida del apetito, cefalea y pérdida de peso. Estos síntomas tienden a ceder disminuyendo la dosis.

Se distribuye generalmente en dos dosis diarias, una en la mañana y otra al mediodía. Cuando predomina el déficit de atención se indica de lunes a viernes y se suspende en períodos de vacaciones. Sin embargo, en los casos con predominio hiper-

activo-impulsivo hay que evaluar su uso permanente, manteniendo incluso en los períodos de vacaciones.

Metilfenidato. De efecto muy similar a la anfetamina, se recomienda utilizar en las formas del trastorno con predominio del déficit de atención. Mejora la hiperactividad, la atención y el control de impulsos. Muestran mejoría el test de Conners y las pruebas cognitivas.

Dosis: se recomienda 0,6 mg por kilo. Se sugiere no exceder una dosis de 1 mg por kilo. La vida media en el organismo es de 4 horas. En la mayoría de los niños se requerirá dos dosis diarias. Cuando el trastorno es de predominio en el déficit de atención se recomienda su uso de lunes a viernes durante los períodos escolares.

La presentación habitual es de tabletas de 10 mg. En USA y probablemente en otros países está disponible el metilfenidato (Ritalin®) en la forma *retard* que permite su uso en una sola toma diaria con efecto por 8 a 10 horas.

Efectos secundarios: son similares a la anfetamina. Pueden presentarse problemas de apetito o insomnio. Algunos niños se quejan de cefalea o de dolor gástrico. Estos síntomas se pueden controlar disminuyendo la dosis.

Hay estudios que aconsejan no utilizarlo en niños con tics o enfermedad de Gilles de la Tourette. Otros sugieren que puede ser de ayuda para niños que tengan ambos diagnósticos. En todo caso es preferible tener precaución y realizar un control muy estricto de su uso en estos casos.

Pemolina. Es un estimulante del sistema nervioso central que se incorporó recientemente al arsenal farmacológico.

Está disponible en comprimidos de 37,5 mg.

Respecto a la dosis se recomienda empezar con un comprimido, en una dosis única diaria al desayuno y durante toda la semana. Se aumenta de a medio comprimido semanal hasta llegar a la dosis útil que por lo general es de dos comprimidos diarios, pudiéndose llegar a un máximo de tres. El efecto máximo sobre el síndrome de déficit de atención se produce por acumulación y alrededor de las tres semanas de tratamiento. Por eso es un error usarlo sólo de lunes a viernes.

Efectos secundarios: como todos los psicoestimulantes puede inhibir el apetito, por lo que debe controlarse el desarrollo periódicamente. En los primeros días de tratamiento puede producir insomnio en algunos pacientes. Recientemente se ha advertido sobre la aparición de un mínimo de casos de daño hepático severo que podrían estar relacionados al uso de este medicamento, por lo que se recomienda

realizar pruebas hepáticas previo a su uso y durante el tratamiento. Algunos autores han sugerido por esta razón utilizarlo como medicamento de segunda línea.

Medicamentos de segunda línea:

Neurólépticos. Se han utilizado de preferencia en menores de seis años y en especial para disminuir una hiperactividad muy intensa, protegiendo al niño de accidentes o de situaciones de agresividad.

Efectos secundarios: somnolencia, diskinesias tardías y desarrollo de tolerancia. En pacientes en edad escolar si bien pueden disminuir la hiperactividad, deterioran el rendimiento en diferentes test en especial en lo que se refiere a concentración.

— **Clorpromazina.** Se presenta en tabletas de 25 mg y en solución de manera que una gota es igual a 1 mg. La dosis recomendable es de 1-2 mg por kilo de peso, distribuida en dos dosis diarias.

— **Tioridazina.** En niños se utilizan las presentaciones de: comprimidos de 10 mg; jarabe en que una cucharadita de 5 cm³ corresponde a 10 mg; y solución en gotas en que una gota es equivalente a 1 mg. Se recomienda dosis de 1-2 mg al día. En los últimos años está disponible en la forma *retard* (liberación prolongada) de 30 mg y de 200 mg, su uso puede ser útil asociado a psicoestimulantes en niños con un trastorno oposicionista-desafiante o cuando se asocia un trastorno de conducta.

— **Haloperidol.** Las presentaciones utilizadas en niños son en comprimidos de 0,25 y 0,50 mg. También hay solución en que una gota es equivalente a 0,1 mg. La dosis a utilizar es de 0,03 mg/kg de peso.

Antidepresivos:

Imipramina. Se puede encontrar en presentaciones de 10 y 25 mg. Es la droga de primera elección en casos con depresión o ansiedad asociados al trastorno por déficit de atención. La dosis varía de 0,5 a 3 mg/kg de peso día repartido en dos o tres dosis. Su introducción y retirada deben ser paulatinas. Sus efectos laterales incluyen irritabilidad y cardiotoxicidad en especial en pacientes con antecedentes de arritmias cardíacas.

Conductual ambiental

Diferentes son las intervenciones que pueden efectuarse a nivel de este subsistema. Es fundamental que el niño esté con la dosis de medicamento adecuadas previamente, ya que las diferentes técnicas han mostrado poca utilidad si se usan aisladamente.

En primer lugar es importante bajar la presión o agresividad que los padres puedan tener hacia el niño por su mala conducta o mal rendimiento, expli-

cándoles detalladamente las características del problema.

Algunas de las medidas sugeridas son:

Autoridad. Solicitar a los padres que definan una línea de autoridad, con indicaciones simples, claras y consistentes evitando las desautorizaciones entre los adultos.

Psicopedagogía. En aquellos casos en que hay un trastorno específico del aprendizaje asociado es necesario indicar apoyo psicopedagógico.

Uso del refuerzo positivo. Se ha descrito que estos pacientes tienen un alto umbral para percibir los estímulos afectivos, rechazando incluso el acercamiento afectivo. El uso de psicoestimulantes tiende a modificar esta situación, lo que unido a los cambios positivos en la conducta del niño, permite que los padres puedan entregar en forma sistemática atención o afecto, en forma contingente a las conductas positivas que el niño vaya desarrollando.

Contrato conductual. Esta es una técnica particularmente útil en el desarrollo de hábitos o control de conductas desadaptativas. En especial estos niños requieren desarrollar el hábito de estudio, pues por sus características no puede esperarse que el solo uso de medicamento establezca un trabajo sistemático. Se establece con el niño un compromiso en que se determina un período diario de estudio, con horas precisas y un control de los padres al respecto. Se especifica los premios o situaciones a las cuales el niño tendrá acceso por cumplir con su compromiso, y las sanciones y privaciones de privilegios que ocurrirán por el no cumplimiento del mismo. Puede especificarse alguna otra conducta a controlar y llevar un registro del cumplimiento diario de los compromisos.

Escuelas para padres y atención grupal. En servicios y clínicas que tienen mucha demanda, una forma de incrementar el rendimiento de pacientes atendidos es realizar un número de cuatro o cinco sesiones en forma paralela tanto a los niños como a los padres. En estos casos las sesiones dirigidas a los niños buscan observar su comportamiento en una situación parecida a la de sala de clases con actividades libres y luego estructuradas. Los terapeutas pueden utilizar el test de Conners para la observación. En la segunda o tercera sesión previamente se indica uso de medicamentos a aquellos niños en los que se ha certificado el diagnóstico y se observa su respuesta. Paralelamente, los padres están asistiendo a sesiones con terapeutas que les informan sobre las características del trastorno y los entrenan respecto al uso de medicamentos y técnicas conductuales.

Manejo escolar. A nivel de la sala de clases hay una serie de estudios que han probado que las modificaciones efectuadas en el aula mejoran la conducta

y el rendimiento académico. Desde luego es preferible intentar ubicar a los niños en cursos poco numerosos. La clase ideal para estos niños es una altamente estructurada y bien organizada. Es conveniente que el paciente tenga un sitio próximo a la profesora, lejos de las ventanas y una agenda concreta a practicar. Dado que con frecuencia les cuesta trabajar, deben disponer de un tiempo extra para terminar sus deberes escolares. Es importante entrenar al profesor en técnicas conductuales. El trabajo diario en casa es una forma de ayudar a la estructuración y organización del tiempo del niño.

Cognitivo

Las permanentes críticas y opiniones negativas a las que se han visto sometidos estos niños, contribuyen a estructurar un conjunto de pensamientos y juicios negativos hacia sí mismos en la perspectiva de lo planteado por autores como Beck o Ellis. Por este motivo es frecuente que tengan una baja autoestima y desarrollen una comorbilidad en torno a una sintomatología depresiva.

Al detectar este tipo de alteraciones y una vez establecidas las medidas ya descritas en torno a los subsistemas biológico y ambiental conductual, el terapeuta está en condiciones de efectuar una reestructuración cognitiva, contrastando con el paciente las nuevas evidencias respecto a su conducta y efectuando a través de un diálogo socrático la estructuración de nuevas ideas y pensamientos respecto a su valor como persona.

Estas técnicas ayudan al paciente a trabajar en sus dificultades inmediatas y cambiar activamente su conducta. Se le enseña a pensar en sus dificultades y a estructurar su trabajo. Se puede ayudar a los niños agresivos a aprender a controlar sus conductas de enfrentamiento y en especial a pensar antes de actuar.

Afectivo

Como se analizó en la sección de psicopatología de este capítulo, en este trastorno y en especial en pacientes adolescentes y adultos pueden desarrollarse serias alteraciones en la perspectiva de los afectos y emociones.

Estas pueden ir desde una dificultad para sentir a la presencia de emociones negativas como rabia, vergüenza, pena, etc. El lector puede revisar más a fondo los problemas relacionados con los afectos y emociones en el capítulo respectivo.

En estos casos el terapeuta está en condiciones de realizar una reestructuración afectiva. Esto implica el lograr vivenciar en las sesiones, en la forma más real posible, emociones despertadas en diferen-

tes situaciones, prolongando las vivencias y conteniéndolas para luego reprocesarlas y dar paso a emociones menos distorsionadas.

Entre las técnicas que pueden ser citadas en el manejo de afectos y emociones está la de la silla vacía.

Inconciente

Si bien en muchos pacientes, en especial adolescentes y adultos, puede requerirse de un proceso de terapia de orientación psicodinámica de larga duración, en muchos casos se puede abordar en el contexto de una terapia integral algunos aspectos que pueden aparecer como relativamente evidentes y necesarios de abordar.

En especial es posible detectar cogniciones y afectos reprimidos o disociados en el inconsciente y en estos casos un cuidadoso procesamiento de la historia vital del paciente poniendo énfasis en situaciones de tipo traumático en edades tempranas puede ser un importante aporte.

Familiar

Un abordaje desde esta perspectiva requerirá un trabajo con todos los miembros del grupo familiar. Familias muy disfuncionales necesitarán ser derivadas a un terapeuta familiar.

No obstante, habría que destacar algunas orientaciones para el resto de los casos. Desde luego, el entregar información y asegurarse de una adecuada comprensión de las características del trastorno, es ya un importante logro en buen número de casos.

Es necesario que las líneas de autoridad estén muy bien definidas, que se eviten dobles mensajes o una ambivalencia afectiva. Velar porque el hijo problema no esté incorporado al subsistema parental formando alianza y recibiendo sobreprotección de alguno de los padres.

Self

Considerando el alto porcentaje de pacientes que desarrollan trastornos de conducta y personalidades *borderline* que tienen el antecedente de haber tenido un trastorno por déficit de atención, es fundamental el trabajo armónico en las diferentes áreas y subsistemas de la personalidad para el desarrollo de un *Self* armónico.

Por esta razón, es altamente necesario entender que el tratamiento del trastorno por déficit de atención es de mucha complejidad y debe ser integral, realizado por profesionales que junto con entender la psicopatología del mismo estén en condiciones de realizar intervenciones en diferentes áreas.

Tratamientos controvertidos

La angustia de los padres y la complejidad del trastorno han llevado a la existencia de una serie de tratamientos no comprobados científicamente. Entre otros destacamos:

- Biofeedback
- Restricciones dietéticas
- Tratamientos antialérgicos
- Tratamientos con medicamentos para corregir problemas del oído interno
- Megavitaminas
- Quiropraxia
- Anteojos con coloraciones especiales.

Evolución

Algunos síntomas del trastorno por déficit de atención desaparecen a medida que el niño se aproxima a la etapa de la adolescencia. Su hiperactividad puede disminuir, pero unida a la impulsividad puede constituir un riesgo cuando el joven se enfrenta a iniciar actividades de alto riesgo como conducir vehículos, citas con jóvenes del sexo opuesto y exposición a sustancias controladas incluyendo bebidas alcohólicas. Si la adolescencia es un período muy difícil para cualquier joven, lo es mucho más para un joven con el trastorno.

Perspectivas futuras

Las futuras investigaciones deberán ayudarnos a entender mejor el rol del cerebro y desarrollarán tratamientos más efectivos.

Las nuevas técnicas de imágenes cerebrales que permiten visualizar cómo el cerebro trabaja nos aportarán nuevos elementos respecto a las causas del trastorno.

Será necesario desarrollar nuevas investigaciones respecto a los tipos de terapias más efectivas y a la combinación de las mismas.

BIBLIOGRAFIA

- Aronson M, Hagberg B, Gilberg C. Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: a follow-up study. *Dev Med Child Neurology* 1997; 39:583-87.
- Ball JD, Tiernan M, Janusz J, Furr A. Sleep patterns among children with attention-deficit hyperactivity disorder: a reexamination of parent perceptions. *Journal Pediatric Psychology* 1997; 22:389-98.
- Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of American Acad Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36:1204-210.

- Breakley J. The role of diet and behaviour in childhood. *Journal of Paediatric Child Health* 1997; 33: 190-94.
- Efron D, Jarman F, Barker M. Side effects of methylphenidate and dexamphetamine in children with attention deficit hyperactivity disorder: a double-blind, cross-over trial. *Pediatrics* 1997; 100:662-66.
- Faraone SV *et al.* Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype? *Journal American Acad Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36:1378-87.
- Faraone SV *et al.* Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *Journal American Acad Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36:1046-55.
- Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal American Acad Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 1036-45.
- Hazell P. The overlap of attention deficit hyperactivity disorder with other common mental disorders. *Journal Paediatrics Child Health* 1997; 33:131-37.
- Jensen PS, Martin D, Cantwell DP. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-IV. *Journal American Acad Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36:1065-79.
- Levy F, Hay DA, McStephen M, Wood C, Waldman I.

Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal American Acad Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36:737-44.

- Mataro M *et al.* Magnetic resonance imaging measurement of the caudate nucleus in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder and its relationship with neuropsychological and behavioral measures. *Arch Neurology* 1997; 54:963-68.
- Purvis KL, Tannock R. Language abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder, reading disabilities, and normal controls. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1997; 25:133-44.
- Sherman DK, Iacono WG, Mc Gue MK. Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: a twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *Journal American Acad Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36:745-53.
- Wilens TE *et al.* Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *Journal of Nerv and Mental Disease* 185: 475-82.
- Zametkin AJ, Nordhal TE, Gross M *et al.* Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Eng J Med* 1990; 323:1361-66.

TRASTORNOS DEL CICLO SUEÑO-VIGILIA

AMANDA CESPEDES

El ciclo sueño-vigilia es una conducta observable y susceptible de ser estudiada neurobiológicamente desde un amplio espectro de perspectivas, que van desde los estudios psicofisiológicos comparados hasta las sofisticadas técnicas de registro telemétrico en viajeros espaciales. Ello es posible porque esta conducta es el marcador biológico por excelencia en los seres vivos y ofrece al observador la posibilidad de acceder al mundo misterioso de la organización funcional cerebral en todos sus niveles, desde el molecular hasta el etológico.

El ciclo sueño-vigilia tiene una ontogénesis, adquiriendo así el valor de un marcador evolutivo-involutivo en la biología del individuo y ofreciendo al trabajo clínico una colaboración insustituible, tanto desde el punto de vista explicativo como operacional, guiando el diagnóstico psicopatológico, la elección terapéutica y los índices de respuesta y evolución clínica.

En la infancia, el carácter altamente dinámico de este biorritmo otorga a su concepción de marcador biológico un sello particular, evolutivo, acompañando al niño en su viaje desde una condición netamente biológica (período neonatal) hasta los más elevados confines de su ser social, enraizado con su ambiente histórico cultural. Los niños de hoy tienen un sueño diferente al sueño de los niños de comienzos de siglo y las diferencias se advierten desde el nacimiento, siendo máximas durante el segundo y tercer lustro de vida, en gran medida por la acción de nuevos sincronizadores sociales. En la niñez, los disturbios del sueño constituyen un índice de alta especificidad en trastornos psicológicos, psiquiátricos y neurológicos; cuando el disturbio del sueño aparece tempranamente (primer semestre de vida) y es persistente y refractario a las medidas de ajuste, se convierte en el primer y más sólido predictor de disturbios neuropsiquiátricos futuros. Por otra parte, la ruptura prolongada del esquema normal del ciclo sueño-vigilia en la niñez puede provocar severos desórdenes neurobiológicos.

Abordar el ciclo sueño-vigilia como marcador biológico en psiquiatría infantil exige establecer previamente algunas premisas:

– No existe el sueño sin vigilia; en otras palabras, no tiene sentido hablar de “trastornos del sueño”, porque hacerlo exigiría postular la existencia de “trastornos de la vigilia”. Sueño y vigilia son fenómenos interdependientes, que se determinan uno al otro y que a menudo, tienden a buscar expresión complementaria.

– El ciclo sueño-vigilia es un endorritmo, biorritmo o ritmo endógeno, determinado por fenómenos cerebrales pero influido por fenómenos extracerebrales.

– Su carácter es circadiano, esto es, posee una periodicidad acoplada al ciclo de 24 horas que constituye un día, el que, a su vez, se acopla al movimiento de rotación del planeta.

– Una vez puesto en marcha por la acción del programa genético (que activa un oscilador hipotalámico), el ciclo sueño-vigilia ha de ser sincronizado. Los sincronizadores pertenecen a dos categorías: naturales (ciclo de luz-oscuridad, ciclo de alimentación) y sociales (laborales, recreativos, hábitos).

– La proporción sueño *versus* vigilia en las 24 horas depende de un factor endógeno (evolución - involución cerebral, psicopatología) y de factores exógenos (enfermedad somática, factores sociales).

– En el ciclo sueño-vigilia se identifican varias etapas: despertar o “arousal”, crepúsculo del despertar, vigilia propiamente tal, crepúsculo del dormir, sueño de ondas lentas, sueño de ondas rápidas.

– Durante el sueño, las etapas se organizan de un modo característico, denominado arquitectura del sueño, que posee el carácter de marcador psicofisiológico. Esta arquitectura hipócnica es susceptible de ser registrada electrofisiológicamente, acoplado al registro la medición de correlatos de variada naturaleza (funciones neuroendocrinas, neuroinmunitarias, etcétera).

– El ciclo sueño-vigilia es la expresión observa-

ble de un proceso o conjunto de procesos de ajuste químico cerebral, cuyo escenario microestructural es la sinapsia y cuyo sustrato funcional es la existencia de una quimioarquitectura aún incompletamente dilucidada.

– La fisiología normal del ciclo sueño-vigilia depende en última instancia de un adecuado balance neuroregulador y es susceptible de ser modificado con neuroreguladores exógenos.

CARACTERÍSTICAS ONTOGENÉTICAS DEL CICLO SUEÑO-VIGILIA

Características psicofisiológicas y arquitectura hipócnica

El oscilador hipotalámico que determina la existencia de este biorritmo se inicia en el período fetal; una vez ocurrido el nacimiento, acontece la sincronización, la cual inicialmente es de tipo alimentario: la fase vigil se acopla a la fase hambre y la fase hipócnica a la fase de saciedad. Entre los 3 y 6 meses, sobreviene un primer “ajuste” al ciclo de luz-oscuridad, aumentando los períodos hipónicos nocturnos a expensas de una mayor extensión de la vigilia diurna. Los estudios polisomnográficos durante la primera infancia, muestran que alrededor del 44 % de los bebés de 2 meses se ha ajustado al ciclo luz-oscuridad, alcanzando a un 78 % a los 9 meses. Esta sincronización mixta se mantiene durante los 3 a 4 primeros años y se expresa en una organización muy característica del período preescolar:

– Dos a 3 siestas diurnas de aproximadamente 2 horas (matinal, post comida principal y vespertina) entre los 12 y los 24 a 30 meses.

– Una siesta diurna post comida principal entre los 30 meses y los 4 años de edad.

Diversos estudios muestran que los niños preescolares que duermen siesta muestran una mayor capacidad de concentración y mayor estabilidad del temperamento que aquellos que dejan la siesta antes de los 4 años de edad. Por otra parte, muchos de los que abandonan tempranamente la siesta, lo hacen por presiones sociales más que por determinantes neuromadurativas; así, un estudio mostró que un 60% de los preescolares que había dejado la siesta a los 4 años lo había hecho por conflicto con la jornada escolar; en un 30%, los padres deseaban que el niño se fuese más temprano a la cama durante la noche, un 10% simplemente por resistencia del niño a dormir, y un 10% por desorganización familiar y carencia de hábitos.

Organización circadiana

Es la propia del niño en edad escolar y se asemeja mucho a la organización adulta, diferenciándose

en la relativa ausencia de factores sincronizantes sociales. La oscuridad ambiental nocturna, sincroniza la conducta de sueño y la luz diurna, la vigilia. Sin embargo, costumbres como la instalación de un aparato de TV en la habitación del niño, o dar licencia para jugar videojuegos durante el crepúsculo del dormir, están alterando gravemente la sincronización del sueño infantil con la oscuridad ambiental, favoreciendo la temprana aparición de disturbios a todo nivel de la fisiología.

La duración del período hipónico en relación al período vigil es inversamente proporcional a la edad, alcanzando en el recién nacido un 90 % de sueño en las 24 horas, hasta la distribución 8/24, característica del adulto y del niño mayor de 10 años.

Organización de la arquitectura hipócnica

A lo largo del período que transcurre durmiendo, un individuo pasa por las siguientes etapas:

Sueño lento, sueño de ondas lentas, sueño no MOR o NREM. Se organiza en cuatro etapas:

Fase I: Somnolencia, latencia del sueño (tiempo que tarda en sobrevenir el sueño) y sueño superficial. Conductualmente, se producen movimientos oculares lentos, relajación muscular progresiva con miclonías globales súbitas (sensación de “caer al vacío”) y ocasionales alucinaciones hipnagógicas. En el electroencefalograma se observa desaparición de la actividad alfa, aumento de los ritmos rápidos, ondas aisladas lentas occipitales, actividad beta frontal, theta frontal y temporal.

Fase II: Se mantiene una relativa hipotonía corporal general; conductualmente, se observa una posición relajada, ojos inmóviles. Puede aparecer cabeceo o balanceo rítmico. El electroencefalograma es característico, aparecen los husos de 14 cps en la zona tampo-parietal y los “complejos K” del vértex, constituidos por una amplia onda lenta irregular polimorfa o con una punta intercalada.

Fase III: Aumenta la hipotonía corporal. Conductualmente suele presentarse un episodio de sonambulismo, de terrores nocturnos o de enuresis. El electroencefalograma muestra un 20 a 50% de actividad delta, con algunos husos esporádicos y complejos K.

Fase IV: Corresponde al sueño profundo. Conductualmente, el durmiente permanece inmóvil, ligeramente relajado. En esta etapa se segrega hormona de crecimiento y aumentan los niveles de cortisol. Electroencefalográficamente, la actividad delta invade el trazado; ocasionalmente se observan husos lentos (a 10 Hz).

Sueño rápido, de ondas rápidas, sueño MOR o sueño REM. Ocurre una agitación conductual,

con cambios de posición corporal, fenómenos vegetativos, sudoración, aumento de la tensión arterial, taquicardia, erección penénea, tumefacción del clítoris, etc. Si se observan los ojos del durmiente ellos se mueven rítmicamente, en un movimiento pendular rápido horizontal. Sobreviene la actividad onírica. La relajación muscular es completa, pero pueden ocurrir cambios posturales bruscos.

A lo largo de la noche, estas distintas etapas se van alternando, comenzando por un progreso desde la etapa I No MOR hasta la IV No MOR, lo cual ocupa las 2 primeras horas de sueño; luego sobreviene la primera etapa MOR, que dura unos 10 a 20 minutos, para volver a la etapa No MOR, a partir de la II a III. La salida hacia etapa I suele acompañarse de un brevísimo despertar, que rara vez es percibido por el adulto, acostumbrado a reanudar el sueño de modo automático; en cambio, el niño pequeño suele requerir la presencia y ayuda del adulto para reconciliar el sueño y el anciano tarda bastante en volver a dormirse, recurriendo a menudo a conductas que contribuyen a alertarlo, ahuyentando el sueño (encender la luz para consultar el reloj; beber un vaso de agua; aliviarse de la presión miccional por nicturia, etc.). A lo largo de la noche se suceden unos 5 a 6 periodos MOR, cada uno con su correlato onírico.

NEUROBIOQUÍMICA DEL CICLO SUEÑO-VIGILIA

La neuroregulación del ciclo sueño-vigilia obedece a las leyes generales de la señalización interneuronal, esto es, a la existencia de un aparato sináptico y de un conjunto de neuroreguladores (neurotransmisores y neuromoduladores) sintetizados en el terminal sináptico, los que modifican la estructura química de la membrana y de los receptores pre y postsinápticos, generando y manteniendo los procesos electroquímicos que constituyen la base de la transmisión de información. Los neuroreguladores, la membrana y los receptores, son susceptibles de ser modificados por acción de sustancias exógenas (no sintetizadas en el terminal sináptico), constituyendo esta característica la base molecular de la acción neuropsicofarmacológica.

La regulación del ciclo sueño-vigilia depende de la acción interdependiente de varios neurotransmisores:

Acetilcolina. El sistema colinérgico participa en la regulación de la vigilia y del sueño rápido. Su acción va a depender del estado de activación neural basal. La estimulación o el bloqueo colinérgicos modifican la sensibilidad del receptor, pero esta acción depende del estado previo de sensibilidad del receptor colinérgico.

Norepinefrina. Los receptores alfa 2 adrenérgicos parecen tener un papel importante en la regulación del ciclo sueño-vigilia. Estos receptores se localizan pre y postsinápticamente, ejerciendo un complejo mecanismo de autorregulación por inhibición colateral. La clonidina es un antagonista alfa 2, mientras que el propanolol es un antagonista beta adrenérgico.

Serotonina. Juega un papel crucial en la producción de sueño, pero también se le ha asignado una participación en la regulación del continuo vigilia-sueño a lo largo de las 24 horas y en el mecanismo del despertar. La complejidad de la organización de receptores serotoninérgicos explica la diversidad de sustancias con acción a este nivel y la diversidad de efectos sobre el ciclo.

Dopamina. Al parecer, los efectos de la dopamina sobre el ciclo sueño-vigilia se realizan a través de la interacción con otros neurotransmisores. Sin embargo, los fármacos con acción a nivel de receptor D2 muestran efectos sobre el ciclo que parecen ser directos. Es el caso de algunos neurolepticos como la pimozida y de psicotropos como la anfetamina.

Histamina. Se le ha asignado un papel importante en la regulación del despertar (arousal). Este neurotransmisor muestra un típico ciclo circadiano en sus niveles de liberación, lo cual apoya la hipótesis de un papel protagónico en el ciclo de sueño-vigilia. Los antihistamínicos provocan somnolencia diurna y en dosis altas ejercen un rápido efecto inductor de sueño, por acción a nivel de receptores histaminérgicos H1. Los antihistamínicos H2, como la cimetidina y ranitidina, no modifican el ciclo de sueño-vigilia.

Adenosina. Este neurotransmisor actúa inhibiendo la liberación de otros neurotransmisores, es decir, tiene una acción predominantemente neuromoduladora. Se ha sugerido que la cafeína y otras metilxantinas, que aumentan el alerta vigil y retardan la aparición del sueño, son antagonistas de receptores adenosínicos, mientras que algunas benzodiazepinas inhiben la receptación de adenosina, al igual que los antidepresivos tricíclicos, las fenotiazinas y algunos sedantes no benzodiazepínicos, como el meprobamato y la zopicona.

Gaba. Es el neurotransmisor inhibitorio por excelencia. Se estima que el 30% de todas las sinapsis cerebrales es gabaérgica. Su acción es pre y postsináptica, ejerciendo un poderoso efecto neuromodulador. Los receptores gabaérgicos se asocian con receptores benzodiazepínicos (BDZ). Los recepto-

res BDZ 1 son postsinápticos y los BDZ 2, presinápticos. La acción farmacológica sobre receptores BDZ 1 provocaría ansiolisis y efecto anticonvulsivante, mientras que la acción sobre BDZ 2 produciría sedación. Los benzodiazepínicos modifican la arquitectura del sueño además de modificar el tiempo total y los fenómenos fásicos. Los barbitúricos, que actúan modificando el canal del calcio, ejercen netos efectos sobre el sueño: acortan la latencia de sueño, reducen el tiempo de sueño rápido y aumentan el sueño total a expensas del sueño de ondas lentas en fase 2.

Melatonina. Esta hormona secretada por la glándula pineal, es liberada cuando la oscuridad ambiental es detectada por receptores retinianos, los que informan a esta glándula, la cual procede a activar la liberación de melatonina; la luz diurna y al día siguiente, inhibe la secreción. La melatonina contribuye a mantener el sueño nocturno, optimizando su calidad (manteniendo la arquitectura hipócnica y favoreciendo todos los procesos acoplados al sueño).

La quimioarquitectura cerebral tiene una ontogénesis, dependiente de los grandes procesos neuromadurativos: neuromorfogénesis embrionaria, migración neuronal fetal y sinaptogénesis posnatal. La existencia de una quimioarquitectura dinámica, en evolución, explica las considerables diferencias en la acción de los psicofármacos sobre el sueño-vigilia infantil en comparación al ciclo sueño-vigilia del adulto.

CARACTERÍSTICAS TEMPERAMENTALES Y LA RUTINA DEL DORMIR

Si bien el sueño-vigilia es una conducta común a la especie humana, con su ontogénesis, sus mecanismos biológicos, su psicofisiología, existen significativas diferencias individuales que se organizan en torno al denominador común conductual.

El sueño nocturno es precedido de un periodo de aproximadamente 2 horas, denominado crepúsculo del dormir, el cual posee una función bien definida, cual es preparar al organismo para iniciar el sueño. Durante este crepúsculo se produce un paulatino alejamiento de la actividad física e intelectual, con un acercamiento gradual a la intimidad, a la quietud. Se reduce la intensidad de los estímulos ambientales (lucos, ruidos) y se va constriñendo el espacio físico (privilegiando la permanencia en el dormitorio). Los niños "fáciles", una de cuyas características psicobiológicas es la regularidad de los biorritmos, muestran desde muy pequeños una disposición innata a organizar su propio crepúsculo: reducen la actividad física, aceptan de buen grado

las normas relativas a la hora de acostarse (la comida, el baño, colocarse el pijama, encender la luz del velador, meterse en la cuna) y cierran sus ojitos con la regularidad de los pétalos de una flor, sonrientes y confiados. Por el contrario, los niños "difíciles" encuentran en el crepúsculo del dormir un escenario favorable para entrenarse en su comportamiento favorito: desafiar al adulto. Se resisten al baño, se escapan del dormitorio a medio desvestirse, encienden las luces y el televisor y cumplen con una serie de rituales exasperantes, como paseos interminables a la habitación de los padres, al refrigerador, a la cocina, al baño. El resultado es una irregularidad en la hora de conciliar el sueño y un escaso o nulo respeto por el crepúsculo del dormir. Esta conducta desafiante se va a perpetuar si los padres:

- Utilizan la coacción, aderezada con castigos físicos, lo cual sólo contribuye a exacerbar el oposicionismo.
- Se declaran agotados, cediendo y permitiendo al niño hacer su voluntad.

Es aconsejable que los padres transformen la hora de ir a dormir en una experiencia grata; que ella sea la oportunidad para estrechar los lazos afectivos con el niño, relatándole cuentos y acariciándolo, pero manteniendo en forma inflexible el hábito de acostarse a la misma hora. Los niños criados en ambientes muy permisivos o inconsistentes, con padres que carecen del sentido común indispensable para establecer sanas rutinas en la vida cotidiana, viven en forma anárquica el crepúsculo del dormir, y jamás logran establecer un hábito de irse a la cama, con los consiguientes disturbios emocionales y físicos.

Al igual que el adulto, el niño también estructura un ritual del dormir, cuyo significado es universal: la preparación para un largo viaje, parecido al morir, de modo que se realizan ciertos rituales de exorcización, que impiden el viaje sin retorno y garantizan seguridad durante el viaje; la almohada favorita, un trozo de frazada vieja, un pañal, muñecas y ositos de peluche, y para los más ansiosos, la mano de mamá fuertemente cogida...

Los niños que mantienen inalterables los rituales del dormir, son emocionalmente más estables y muestran mejores niveles de concentración durante el día.

El término del sueño es seguido por un crepúsculo del despertar, que prepara al organismo en sentido inverso: gradualmente se comienza a activar todos los sistemas: alerta, disposición a enfrentar la realidad, actividad física, lucidez mental. Este paulatino "calentamiento de motores" se lleva a cabo a través de conductas tales como abrir la ventana, respirar aire fresco, realizar una breve gimnasia,

meterse a la ducha, beber un café, etc. Los niños también preparan su organismo para enfrentar el día; aquellos "fáciles" suelen despertar con una sonrisa, bien dispuestos y aceptan las rutinas matinales de buen grado, a menos que se hayan acostado muy tarde la noche anterior y el despertar impuesto les cause desazón, disgusto y frustración. Los niños "difíciles" en cambio suelen despertar irritados y descompuestos; se resisten a enfrentar las actividades del crepúsculo, reclamando airados porque el agua de la ducha está excesivamente fría, la leche del desayuno excesivamente caliente, la tostada es muy pequeña, etc. Por lo general, se requiere de energía para despertarles, o suelen despertar excesivamente temprano, iniciando de inmediato las quejas de rigor.

Una vez dormidos, los niños muestran conductas características, que varían según el temperamento. Los niños "fáciles" suelen dormir apaciblemente, con los cambios posturales propios de la organización fisiológica del sueño, rara vez el lecho muestra un gran desorden, y el análisis de las posiciones que adopta mientras duerme muestra que éstas son constantes a lo largo de la noche. La mayoría de estos niños adopta una posición fetal al iniciar el sueño, para cambiar una vez dormidos a una posición más relajada, como la llamada "real" (de espaldas, con los brazos a lo largo del cuerpo o extendidos sobre la cabeza), la posición prona (en decúbito ventral) o la semifetal (de lado, piernas extendidas o semiflectadas, un brazo encogido y el otro extendido). Los niños "difíciles" muestran una conducta radicalmente diversa: una verdadera "hiperkinesia" hipnótica aparece a poco de conciliado el sueño, manifestada en innumerables cambios posturales, que van convirtiendo el lecho en un campo de batalla, con los cobertores por el suelo. Si bien inician el sueño en posición fetal o prona, las más bizarras posturas corporales se suceden a lo largo de la noche, como atravesarse en diagonal, realizar una versión total colocando los pies sobre la almohada, la posición "esfinge" (de rodillas, la cabeza agachada, los glúteos levantados), la de "boxeador" (de espaldas con los brazos en alto y los puños cerrados), etcétera.

TRASTORNOS DEL CICLO SUEÑO-VIGILIA EN LA INFANCIA

En este capítulo se adscribirá a la clasificación actual de "trastornos del sueño", pero insistiendo en que tal clasificación es artificial, por cuanto no existen los trastornos del dormir disociados de la vigilia.

Disomnias

Con este término se designan las alteraciones del esquema normal de sueño a lo largo de la ontogénesis.

Pseudodisturbios del sueño

Se estima que un 30 % de los niños menores de 5 años presenta en algún momento de su evolución madurativa una perturbación del esquema normal de sueño. De este porcentaje, la gran mayoría constituye "pseudodisturbios", limitándose a un 4 a 6% solamente las alteraciones verdaderas del patrón normal hipnótico.

Lactante. Los niños amamantados naturalmente suelen presentar un ajuste circadiano del sueño más tardío que los alimentados en forma artificial. En consecuencia conservan una sincronización infradiana, despertando unas 3 a 6 veces durante la noche.

En los preescolares, las etapas I que se suceden a lo largo de la noche se acompañan de una breve vigilia, que el niño no puede enfrentar por sí solo, requiriendo la colaboración del adulto, ya sea a través del llanto (si los barrotes de la cuna le impiden salir) o trasladándose a la cama de los padres. La reacción de los padres a la solicitud del niño constituye el "problema", por cuanto se establece inadvertidamente un sistema operante de respuestas (se perpetúa por las consecuencias). Cogerlo, pasearlo, colocarle el chupete de entretenimiento, palmotearle suavemente la espalda, es una consecuencia grata a la conducta de despertar y llorar, por lo que tal conducta se perpetúa. Pero la conducta de respuesta parental más crítica es la de proporcionarle al niño alimentación como un modo de favorecer la conciliación del sueño. Estos niños suelen despertar unas 3 a 8 veces por noche, consumiendo cantidades considerables de líquido, carbohidratos, proteínas y grasas, todo lo cual activa los sistemas digestivo, renal y endocrino, rompiéndose el normal balance metabólico nocturno. Por otra parte, el aumento en el consumo de líquidos favorece las micciones nocturnas con el consiguiente desagrado físico y nuevas despertadas.

Preescolar. La causa más común de disturbios del esquema normal de sueño entre los 2 y 5 años reside en inadecuados hábitos de crianza. No es infrecuente que los padres decidan ser "modernos", pasando por alto el crepúsculo del dormir y los rituales de preparación al sueño. El niño no logra identificar las señales ambientales que le invitan a dormir y mantiene un estado de hiperalerta que ahu-

yenta el sueño. Cuando ya lleva un tiempo deambulando por la casa a la hora en que debería estar en brazos de Morfeo, resulta imposible establecer el hábito. La firmeza de los padres es derribada mediante mil subterfugios: ir a la cocina a beber agua, ir a darles el besito de las buenas noches, ir al baño, saltar de la cama a buscar juguetes, reencender el televisor o el video juego, etcétera.

La mayoría de los preescolares que se resisten a ir a la cama a cierta hora tiene padres permisivos, que desestiman la importancia de poner límites a la conducta infantil y que ignoran los efectos que produce en la vigilia del día siguiente un tiempo insuficiente de sueño. En otros, las condiciones ambientales no son las apropiadas para que el pequeño inicie el tránsito relajado hacia el dormir: se comparte una habitación con el resto de la familia, existe hacinamiento o no se respeta la necesaria calma y quietud del crepúsculo, hiperalertando a los niños con gritos, música estridente, exceso de iluminación ambiental, etc. Esta situación es frecuente cuando el niño es el menor de la casa, y sus hermanos ya son adolescentes o jóvenes que se resisten a colaborar con la necesaria quietud de las horas nocturnas. Algunos niños se resisten a dormir porque perciben un clima de violencia y temen facilitar el camino a la agresión si "desaparecen de escena", mientras que otros son utilizados por uno de los cónyuges para evitar la intimidad de pareja; activan al niño invitándolo a jugar o retardando el llevarlo a la cama, para que el cónyuge no le busque ni le solicite sexualmente. También suele ocurrir que los preescolares ven programas de TV inadecuados a la hora crepuscular, reaccionando con miedo a la hora de dormirse, con la consiguiente resistencia. Finalmente, la ansiedad excesiva de tipo constitucional alarga la latencia de sueño, por cuanto el niño experimenta un inmenso temor a quedar inerte cuando cierra sus ojos en una habitación oscura.

Otros niños concilian con relativa facilidad el sueño, pero presentan frecuentes despertadas nocturnas, recurriendo a la solución universal: correr a la cama de los padres. La mayoría suele finalizar la noche en cama ajena, pero algunos progenitores, armados de paciencia, devuelven al visitante a su habitación, lo cual suele producir los siguientes resultados: se establece un sistema de "paseos" nocturnos, por lo general estériles (finalmente el padre cede y el niño se queda en la cama matrimonial).

Algunos padres utilizan las dificultades del dormir del niño como subterfugio para expresar tácitamente su hostilidad matrimonial. Es frecuente que se descubran conflictos de pareja cuando uno de los progenitores se cambia de lecho o cuando permanece por más de una hora acompañando al

pequeño que se resiste a dormir, "abandonando" al cónyuge, el cual, ofuscado y resentido, opta por evadirse frente a la TV, leyendo el periódico o durmiéndose.

Escolar. La gran mayoría de los niños mayores de 6 años muestra una conducta de sueño dentro de lo esperado. Sin embargo, el advenimiento de la tecnodiversión (televisión y videojuegos), unida a la permisividad - e incluso indiferencia - de los padres, ha implicado un dramático aumento de los pseudosomnios en escolares. Estos niños juegan en la hora crepuscular o permanecen con el televisor encendido hasta la medianoche. Los mayores de 12 años suelen controlar en forma autónoma su televisor, instalado frente a la cama, haciendo un uso abusivo del control remoto; si están conectados a la televisión satelital, permanecen mirando películas hasta 1 ó 2 horas pasada la medianoche. Como al día siguiente tienen que ir a clases, se va produciendo una paulatina "deuda" de sueño que se va a expresar en disminución de la capacidad de concentración, irritabilidad, agresividad, aspecto físico desmejorado (palidez, ojeras), desmotivación y signos de fatiga. Estos síntomas configuran uno de los más peligrosos trastornos del sueño en la niñez, la denominada *cronoastenia*, que hoy en día constituye la principal causa de dificultades escolares, tanto en la esfera académica como en la adaptativa. En efecto, la deuda de sueño provoca un efecto devastador sobre las funciones cognitivas, especialmente la capacidad de concentración y la memoria de retención; la somnolencia diurna, a menudo insoportable, es contrarrestada por el niño privilegiando la actividad física por sobre la mental; aparece entonces la temida "hiperactividad", que suele ser erróneamente diagnosticada como "síndrome del déficit atencional"; la hipoactivación de los lóbulos frontales, además de deteriorar las funciones intelectuales, produce una pérdida de la capacidad de autocontrol, apareciendo impulsividad, inestabilidad emocional y agresividad.

Algunos padres acuden a la consulta a causa de un pretendido insomnio en su hijo (de 7 a 10 años), quien va a clases en horario de tarde. La cuidadosa evaluación anamnésica pone de manifiesto que existe un pseudodisturbio del ciclo sueño-vigilia; el niño duerme hasta las 10 AM, toma su desayuno en cama, hace los deberes y luego ve televisión hasta el mediodía; se baña, almuerza y se va a clases. Regresa a las 19 horas, bebe su leche, mira televisión, a las 22 horas cena con sus padres, los acompaña a ver la programación nocturna de la TV y concilia el sueño a la medianoche. Ese niño duerme 10 horas (por lo tanto no sufre de insomnio) pero existe una inadecuada higiene de vida.

Disturbios cronofisiológicos

Fase adelantada. El niño concilia el sueño al anochecer, pero despierta excesivamente temprano (al alba). El tiempo total de sueño / 24 horas es normal.

Fase retardada. El niño concilia el sueño alrededor de la medianoche (23 a 24 horas) y se resiste a despertar en la mañana. En preescolares, los padres sólo advierten el problema de un "búho" en casa, pero en los escolares se produce la cotidiana batalla para levantarlos para ir a la escuela y es frecuente que se presenten disturbios de la concentración y somnolencia matinal. En estos casos, debe evaluarse cuidadosamente la influencia perturbadora de la siesta (una siesta prolongada retarda la fase de sueño nocturno).

Esquema de sueño-vigilia irregular. Se produce un sueño inconsistente y una vigilia perturbada. Suele presentarse en niños pequeños durante viajes con pernoctación en distintos hoteles o en "campings", en escolares durante campamentos de scouts y muy frecuentemente, en los adolescentes durante vacaciones, cuando cada día es una experiencia excitante, las fiestas se prolongan hasta el amanecer y se pierde definitivamente el hábito de acostarse siempre a la misma hora, propio de los meses escolares. Este disturbio es común en hogares donde existe una extrema desorganización familiar, con psicopatología parental o hábitos y costumbres inusuales (por ejemplo, hogares de artistas que tienen horarios laborales nocturnos); los niños son abandonados a su suerte, permitiéndoseles elegir el lugar y la hora de dormir sin ningún control por parte de padres ausentes.

Insomnios verdaderos

Un 4 a 6% de los niños entre 0 y 5 años presenta una alteración del esquema de sueño que obedece a disturbios neurobiológicos. Dicho disturbio adquiere así la cualidad de marcador, con un sustrato neuroquímico abordable y en la gran mayoría de los casos, modificable.

- Los insomnios verdaderos se caracterizan por:
- reducción del tiempo total de sueño/24 horas;
 - alteración de la conducta de sueño;
 - alteraciones conductuales en la vigilia.

Lactante. No se observa el ajuste de sueño-vigilia característico, es decir, alrededor de los 3-6 meses el niño conserva un esquema aparentemente infradiano (ciclos de 2 horas aproximadamente), pero predomina el esquema errático, durmiendo por

períodos que van desde unos minutos a 2 a 3 horas. El sueño se caracteriza por ser superficial (los padres crean una atmósfera "de iglesia" mientras el pequeño duerme, pues saben que despertará al más mínimo ruido) y los períodos de vigilia interhipnóticos son de gran irritabilidad (la minoría de los niños permanece relajado al despertar). Si se mide el tiempo total de sueño/24 horas, se aprecia una reducción que va de un 20% a un 40% en relación a lo normal (por ejemplo, un niño de 10 meses que duerme 9 horas/24 horas). Durante la vigilia diurna el lactante es irritable, demandante, llora frecuentemente y con energía y reacciona exageradamente a los estímulos ambientales o bien muestra una pasividad inusual, permaneciendo en su cuna sin moverse durante largo rato, no reactivo a los estímulos (voces, juguetes) como si fuese ciego o sordo.

Preescolar. Por lo general, el niño se resiste a ir a la cama, una minoría cumple el rito sin problemas. Una vez acostado, la latencia de sueño es muy prolongada, por lo que recurre a variadas demandas que exasperan a los padres. Después de dormido suele despertar entre 1 y 5 veces durante la noche, recurriendo a trasladarse de cama o encendiendo la luz para jugar; algunos lloran y reclaman la presencia de un progenitor. Si bien habían conciliado el sueño cerca de la medianoche, alrededor de las 6 AM ya están nuevamente en pie, despertando al resto e iniciando una vigilia intensa, no exenta de contratiempos: La conducta durante el sueño es la característica del niño "difícil" (actividad conductual excesiva, acentuación de los fenómenos propios del dormir). Durante la vigilia, la mayoría de estos niños muestra hiperactividad, irritabilidad, exacerbación del oposicionismo y una sobrerespuesta emocional (que se expresa, por ejemplo, en la intolerancia a la frustración y las rabietas). Algunos muestran conductas autísticas o de extrema destructividad. En la gran mayoría de los preescolares con insomnio verdadero, éste es de grado leve a moderado, pero una minoría muestra insomnio severo (habitualmente con hiperkinesia diurna extrema), lo cual es un factor de alto riesgo de maltrato físico y de agotamiento parental.

Escolar. La reducción del tiempo total de sueño/24 horas se manifiesta en una prolongación de la vigilia crepuscular (la que precede al sueño) y en un despertar matinal excesivamente temprano (entre 6 y 7 AM). Estos niños son "búhos" (activos durante la noche), y suelen resistirse a ir a la cama, buscando actividades a la hora en que el resto de la familia literalmente "se cae de sueño". Una vez dormidos, la conducta hipnótica es la descrita para los niños "difíciles" (cambios frecuentes posturales, inquietud motriz y exacerbación de los fenómenos propios del

dormir). Durante el día, la mayoría de estos niños muestra hiperactividad, dificultades de concentración, sobrerespuestas emocionales, etc. Una minoría muestra comportamientos autísticos o evidencias de daño orgánico cerebral. El despertar suele ser accidentado: se muestran malhumorados, disfóricos, disgustados, agresivos y muy inquietos.

Los insomnios verdaderos hasta aquí descritos se caracterizan por ser persistentes (duran más de 6 meses). También es posible encontrar insomnios verdaderos transitorios en niños, por lo general relacionados con enfermedades físicas (estados febriles, incomodidad derivada de yesos, férulas, prótesis, aparatos ortopédicos, dolor postoperatorio) y en los trastornos depresivos, en particular las depresiones endógenas, las que suelen cursar con insomnio de conciliación, con despertar precoz o por fraccionamiento del esquema de sueño nocturno.

Abordaje terapéutico de las disomnias en la infancia

Es fundamental realizar una cuidadosa historia clínica antes de proceder a elegir un tratamiento. La amplia disponibilidad de psicofármacos induce al médico a actuar precipitadamente, por lo que es frecuente un abuso de tratamientos farmacológicos a menudo innecesarios en los trastornos del sueño-vigilia infantil.

Se debe partir de la base que sólo un 10% de los pretendidos insomnios es verdadero. El 90% restante es un pseudoinsomnio o un disturbio cronobiológico. En consecuencia, la primera tarea es descubrir el o los factores que han contribuido a crear y mantener el pseudoinsomnio.

Lactante. Será preciso señalar a los padres no reforzar las despertadas nocturnas, explicándoles que no son un disturbio del sueño sino un fenómeno normal. La eliminación de las conductas de refuerzo, reemplazándolas por conductas "neutras" (acunarle suavemente, sin cogerlo en brazos, sin hablarle y sin transmitirle ansiedad) pueden ser una buena medida si se aplica sistemáticamente por varios días. Si ello no da resultados, el uso de un hipnoinductor suave (un antihistamínico puro sin descongestionante, pues la pseudoefedrina produce efectos vegetativos e insomnio, lactobionato de calcio, propepricazina o tioridazina en dosis bajas) por 10 ó 15 días con reducción gradual de la dosis, puede ser de ayuda. Si el pseudoinsomnio es reforzado con alimentación láctea nocturna, será necesario reducir gradualmente la cantidad de leche, esto debe hacerse muy lentamente, pues se debe acomodar el reloj biológico del hambre, el cual se ha sincronizado inadecuadamente. Si resulta muy arduo, puede uti-

lizarse un hipnoinductor suave por unas dos semanas.

Preescolar. Se debe comenzar por establecer una adecuada higiene de vida, animando a los padres a ser firmes y consistentes. Deben aprender a hacer un hábito de sueño, reduciendo la estimulación ambiental y transformando la hora de dormirse en un suceso grato para el niño. La compañía de un progenitor, las caricias, los cuentos "con la condición de escucharlos acostadito y con los ojos cerrados" puede ser muy estimulante. Obviamente esta quietud requiere de televisores apagados, silencio en el resto de las habitaciones y un razonable control del tiempo invertido en los videojuegos (que provocan sobrealerta en los niños, el cual es más intenso y desquiciante mientras menor es el niño), especialmente en la hora crepuscular. Si todas estas medidas fracasan se puede recurrir a un psicofármaco, pero controlando rigurosamente sus efectos (por ejemplo, las benzodiacepinas rara vez son eficaces, pues provocan efectos paradójicos). Suelen ser de utilidad los antihistamínicos (clorfenamina), los neurolépticos con efecto sedante (tioridazina, propepricazina), el lactobionato de calcio (Calcibronat®, Sedofantil®), empleándolos por un período breve (10 a 20 días) y disminuyendo gradualmente la dosis.

Escolar. Es fundamental el control de las variables ambientales favorecedoras de un hábito inadecuado. Los padres deben ser adiestrados convenientemente, explicándoles la importancia que tiene para la salud física y mental del niño un adecuado hábito de sueño. Enseñarles la fisiología de la hormona de crecimiento puede ser aleccionador (su secreción es máxima a la medianoche y durante etapa IV), lo que obliga a una conciliación del sueño nocturno por lo menos 2 horas antes de la medianoche.

Si se sospecha un insomnio verdadero, la conducta a seguir exige gran rigurosidad, habilidad y mesura. En primer lugar, debe diferenciarse la perturbación neurológica de perturbaciones somáticas, de las cuales la más frecuente es la intolerancia alimentaria a la leche de vaca. Este fenómeno inunitario se sospecha cuando la aparición del insomnio coincide con el cambio de leche materna a leche artificial. Cuando se pesquisa un disturbio neurológico de base (de tipo disfuncional u orgánico cerebral), el factor causal del insomnio es la alteración neurobioquímica en los circuitos dopaminérgicos, serotoninérgicos, adrenérgicos, etc. En consecuencia, se debe intentar una regulación psicofarmacológica. Es sorprendente comprobar que la regulación de la conducta en vigilia suele modificar

positivamente el insomnio en algunos niños, especialmente aquellos preescolares que responden a psicotropos. En otros, se requiere emplear neurolepticos, los cuales se administran espacialmente a lo largo de las 24 horas; es conveniente utilizar un neuroleptico con escaso efecto sedante durante el día (por ejemplo clorpromazina o haloperidol), reservando para la noche el neuroleptico con mayor efecto de sedación (propriciazina). Se deben evaluar cuidadosamente los efectos buscados y los efectos colaterales, por cuanto la mayoría de los neurolepticos tiende a producir acciones extrapiramidales, neurohormonales y vegetativas. El médico debe intentar un uso cauteloso de estos fármacos, en especial evitando su empleo prolongado; lamentablemente el disturbio sueño-vigilia es directamente proporcional a la severidad del trastorno neurológico de base, por lo que el insomnio tiende a reaparecer al suspender el fármaco. Esto se puede atenuar llevando a cabo suspensiones graduales, "gota a gota", para evitar los fenómenos de desensibilización e hipersensibilización de receptor.

En algunos niños con disfunción neurológica de base o daño cerebral, tanto preescolares como en edad escolar, suele ser útil el empleo de carbamacepina en dosis de 10 mg/kg/día, en lo posible en fórmula de liberación lenta, administrando una dosis baja en la mañana y el doble después de comer. La dosis matinal se administra basándose en el principio de la regulación de la vigilia como elemento favorecedor de un buen sueño.

Definitivamente contraindicados en el manejo de los insomnios verdaderos en niños están los barbitúricos, los hipnoinductores benzodiazepínicos y los hipnoinductores de segunda generación.

Parasomnias

El sonambulismo, los terrores nocturnos y las despertadas confusionales son fenómenos caracterizados por un despertar (arousal) parcial desde la fase IV NO MOR, por lo que se les agrupa genéricamente como trastornos del despertar (arousal).

Sonambulismo

Se reconocen dos formas clínicas de este fenómeno:

Sonambulismo calmo. Se observa habitualmente en escolares, menos frecuentemente en preescolares. El niño se yergue y camina tranquilamente alrededor de la cuna o del lecho, retornando espontáneamente o debiendo ser conducido por los padres a la cama nuevamente. Algunos suelen orinar en un rincón de la habitación o en las vecindades de la sala de

baño. Se informa de pequeños que han abierto silenciosamente la puerta de calle, cruzando a la vereda de enfrente y caminando algunos metros, sin percibir el aire frío nocturno (o inclemencia como la lluvia o la nieve).

Sonambulismo agitado. Es más frecuente en escolares. El niño se ve sobreexcitado; farfulla frases incoherentes y adopta una actitud beligerante cuando se le intenta coger o tranquilizar, este episodio suele durar algunos minutos y una vez despierto, se calma y acepta retornar a la cama.

Despertadas confusionales

La espectacularidad del episodio confusional suele aterrorizar al espectador. Comienza con un movimiento corporal que provoca el despertar, seguido de signos físicos de pánico (midriasis, sudoración, taquicardia, hiperventilación), los padres suelen describir al niño como "confuso, parece poseído por una fuerza sobrenatural". Por lo general, el episodio se prolonga por 10 a 40 minutos (lo habitual es entre 5 y 15 min). Si bien el niño suele llamar a viva voz a los padres, no les reconoce, y sus ojos "parecen mirar al vacío". Rechaza con energía los intentos de acunarlo o abrazarlo, aumentando la agitación. Se estima que más del 90% de los preescolares presenta entre 1 y 5 despertadas confusionales entre los 0 y 5 años de edad. Se les debe asignar cierto valor clínico cuando son muy frecuentes, muy intensas o se prolongan a lo largo de la niñez (son casi privativas de la edad preescolar, siendo insólitas en la adolescencia).

Terrores nocturnos o pavor nocturno

Suelen presentarse en escolares e incluso en adolescentes. Se presentan en forma abrupta: el niño se sienta súbitamente en el lecho, gritando y llorando. Los ojos están desorbitados, hay intensa sudoración y taquicardia y la expresión facial es de franco pavor. Algunos niños saltan de la cama y corren por la habitación como escapando de algo o alguien. Esta agitación involucra un serio riesgo de daño físico, pues pueden romper los cristales de la ventana o herir a quien trata de calmarles. Suelen durar algunos minutos y el niño despierta abruptamente intentando explicar lo sucedido ("me perseguían", "había algo detrás mío"), al día siguiente hay amnesia de lo ocurrido.

Las despertadas confusionales y los pavores nocturnos parecen tener un sustrato común: las despertadas parciales después de finalizar una fase IV NO MOR. Suelen aumentar con el cansancio físico, los estados febriles, el estrés, ciertos fármacos, los episodios de apnea, etc. Serían provocados por fac-

tores gatillantes externos e internos. Entre los primeros, se citan las alarmas, el acomodar los cobertores, etc. Entre los segundos, se considera como importante el desajuste en la sincronización "despertar-sueño", por factores neuromadurativos.

El sonambulismo, las despertadas confusionales y los terrores nocturnos rara vez requieren medidas terapéuticas específicas. Es más recomendable realizar una cuidadosa evaluación de la higiene de vida (hábitos, alimentación, etc.) para corregir rápidamente los vicios de crianza.

Enuresis nocturna

Dicho nombre no es apropiado, sería más apropiado denominar a este fenómeno del dormir "enuresis asociada al sueño", por cuanto también suele ocurrir durante las siestas. Se define como la emisión involuntaria de orina durante la noche o la siesta, que se presenta diariamente o de modo ocasional desde los 5 años de edad.

Es el trastorno del sueño más prevalente en la edad infantil. Se estima una prevalencia de 10 a 18% en niños entre 5 y 6 años de edad, con una relación varón/mujer de 4,3 a 1. Se estima una remisión espontánea de 15% por cada año que transcurre. La incidencia depende de los antecedentes familiares, siendo 15% en hijos de padres no enuréticos. Los gemelos monocigotos tienen una incidencia de enuresis del sueño el doble que en gemelos dicigotos.

La enuresis del sueño puede ser primaria (no ha controlado nunca esfínteres) o secundaria (reaparece la enuresis después de 6 a 12 meses con control miccional total).

El episodio aparece en etapa No MOR o en etapa MOR y no tiene relación con las despertadas parciales desde etapa IV No MOR como se creía inicialmente.

Su etiología sería neuromadurativa. Se han postulado los siguientes factores causales:

- Capacidad vesical reducida;
- Alteraciones en el funcionamiento del esfínter uretral;
- Alteraciones en el esquema arquitectónico de las etapas del sueño;
- Antecedentes familiares de enuresis del sueño.

La enuresis del dormir puede ser habitual (todas las noches y con ocasión de cada siesta), ocasional (desde 3 a 4 por semana hasta algunos episodios por mes). No requiere de medidas terapéuticas específicas, recomendándose lo siguiente:

- Adecuado hábito de sueño;
- moderada ingestión de líquidos después de las 20 h;
- entrenamiento vesical y del esfínter.

El factor terapéutico más efectivo es la adecuada información a los padres acerca de la naturaleza del fenómeno; muchos padres son exageradamente castigadores, otros angustian al niño innecesariamente relacionando las "noches secas" con "cariño hacia mamá" y las húmedas, con insuficiente voluntad y mala disposición a colaborar.

En la población infantil institucionalizada se ha descrito una incidencia del 55%. Un 75% de las enuresis del dormir remite antes de los 12 años; un 20% antes de los 15 años, y el 5% restante, entre los 16 y 25 años. Se ha descrito una relación entre trastorno de la personalidad y enuresis de remisión tardía. En una minoría de niños, especialmente menores de 7 años y/o mujeres, la enuresis del dormir se asocia a enuresis diurna, probablemente por un predominio del factor inestabilidad vesical.

Cuando la enuresis del dormir suele entorpecer las actividades habituales del niño (campamento de scouts; fiestas con alojamiento o "pijama parties", etc.), se opta por elegir un fármaco que disminuya o elimine episodios enuréticos. Los mecanismos por los cuales un determinado fármaco elimina los episodios enuréticos es muy variado, y el clínico debe estar muy consciente acerca de los efectos colaterales, por cuanto un desequilibrio entre "costo" y "beneficio" puede tener consecuencias muy negativas para el niño.

Tratamiento farmacológico

Se postula un mecanismo de acción central, sobre la neuroregulación cerebral, con la consiguiente modificación de la arquitectura hipócnica. Se parte del principio de supresión farmacológica de la etapa IV NO MOR para eliminar o reducir las despertadas confusionales, que serían la condición *sine qua non* para que se desencadene un episodio enurético. Se han utilizado tricíclicos, psicotropos, inhibidores de MAO, neurolepticos, benzodiazepinas, anticolinérgicos, diuréticos, un anorexígeno, el mazindol, un antiviral antiparkinsoniano, la amantadina, etc. En el último tiempo se ha utilizado la desmopresina intranasal. De esta amplia batería de fármacos, todos ellos con conocidos efectos indeseados, sólo dos se han mostrado realmente efectivos y con mínimos efectos colaterales:

Imipramina. Es un antidepresivo tricíclico, cuyo mecanismo de acción es bloquear la recaptación de neurotransmisor, por lo tanto, actúa como agonista. Posee un suave efecto ansiolítico y francos efectos anticolinérgicos, por lo que se ha postulado un efecto directo a nivel del esfínter vesical y la capacidad de la vejiga. Se utiliza a partir de los 5 años y las dosis habituales van de los 0,5 a 2 mg/kg/día administrados al acostarse, por 2 meses, complementan-

do con un "calendario de registro", el cual sirve para evaluar el éxito o fracaso del tratamiento y para reforzar convenientemente al niño si predominan las noches secas por sobre las húmedas. Es probable que se subvaloren los efectos colaterales del fármaco, los que podrían tener riesgosas consecuencias, especialmente en los muy pequeños o en los niños de bajo peso corporal. Entre éstos, cabe destacar:

- Irritabilidad y agresividad, probablemente por acción agonista sobre el circuito mesolímbico dopaminérgico;
- efectos anticolinérgicos a nivel vegetativo y cortical, como por ejemplo, constipación, sequedad bucal, visión borrosa, disturbios de la memoria;
- efectos a nivel cardiocirculatorio como descenso de la presión arterial, taquicardia sinusal leve);
- sudoración excesiva, temblor, cansancio muscular, astenia;
- propensión a crisis convulsivas y manifestaciones maniformes leves como insomnio, euforia, irritabilidad, hiperactividad.

Estos efectos se observan cuando las dosis exceden los 3 mg/kg/dosis o concentraciones plasmáticas superiores a 0,5 µg/mL.

Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis nocturna de 0,5 mg/kg, evaluando la respuesta a los 7 días. Si es negativa, se reevalúa a los 7 días. Si no hay respuesta, es preferible suspender gradualmente el fármaco (en un plazo de 7 a 10 días) en lugar de continuar aumentando la dosis y el consiguiente riesgo de efectos colaterales.

Cuando se sospecha de un disturbio predominante de la capacidad vesical, se recomienda distribuir la imipramina en pequeñas dosis a lo largo del día, con la dosis mayor en la noche.

Los niños que responden a la imipramina lo hacen a dosis bajas o moderadamente altas y la respuesta sobreviene dentro de los primeros 3 a 4 días. La recidiva después de finalizado el tratamiento es del 30 al 50% de los casos, por lo que se deben realizar unos 2 a 4 intentos de una duración no mayor a 45 días, antes de considerar superado el problema.

Psicotropos. Algunos niños responden favorablemente al uso de pequeñas dosis de metilfenidato administrado al acostarse (0,25 a 0,40 mg/kg), durante 30 a 45 días. Sorprendentemente, no muestran efectos colaterales de insomnio y suelen dormir relajados y secos.

Desmopresina. Se ha sugerido una deficiencia en la producción de desmopresina durante la noche en niños enuréticos, relacionándose tal deficiencia con fenómenos disfuncionales en circuitos cerebrales reguladores de funciones vegetativas.

En mamíferos existe un mecanismo de antidiuresis, formado por un sistema hipotálamo hipofisario y un sistema renal. El sistema hipotálamo hipofisario registra información proveniente de osmoreceptores, baroreceptores vasculares y otros sitios periféricos y centrales, despolarizándose la membrana y liberándose las neurohormonas (ADH, oxitocina y dinorfina). El estímulo para liberar ADH es la hiperosmolaridad plasmática y la disminución del volumen extracelular, pero se ha descrito una infinidad de mediadores de liberación de ADH: angiotensina, prostaglandinas, sustancia P, acetilcolina, GABA, etc. Los antidepresivos tricíclicos, la carbamazepina, la nicotina, etc., actúan como estimuladores de ADH, mientras que el etanol y la fenitoína la inhiben. La ADH a nivel renal actúa por un complejo mecanismo cuyo resultado final es la modificación de la permeabilidad de la membrana luminal del conducto colector.

El acetato de desmopresina es un biopreparado análogo a la ADH, que se administra como solución intranasal y que se ha utilizado como tratamiento de la enuresis del sueño, administrada antes de dormir; posee escasos efectos colaterales y tendría una eficacia superior a la de la imipramina, con menor frecuencia de recidivas o con mínimos efectos colaterales, entre los cuales los más frecuentes son la rinitis y la cefalea. Se recomienda utilizar un máximo de 2 inhalaciones por fosa nasal al acostarse, por un período de 30 días. No se han demostrado efectos colaterales de tipo neuroendocrinológico (cambios en la secreción de hormona de crecimiento, cortisol, prolactina) con las dosis habituales (el nebulizador nasal libera 19 mcg de desmopresina por aplicación) en niños ni en adultos enuréticos.

FENOMENOS PROPIOS DEL DORMIR

Cabeceo, *jactatio capitis*, rocking

Consiste en un movimiento estereotipado de la cabeza que aparece durante sueño superficial. Es más frecuente en preescolares y escolares, aunque se observa esporádicamente en adultos. Puede manifestarse como un rítmico golpear la cabeza contra la almohada, un rodar la cabeza de un lado al otro o un rodar todo el cuerpo rítmicamente. El golpear de la cabeza es de más riesgo, tanto por eventuales injurias corporales como por la ansiedad que produce en la familia.

El movimiento consiste en un girar rítmico de la cabeza en sentido lateral o en un rítmico dar de cabezazos en sentido anteroposterior, sobre la almohada, los barrotes de la cuna o el muro vecino al lecho, mientras el niño está en posición supina o

prona. Una minoría de niños se coloca apoyado sobre manos y rodillas y balancea rítmicamente el cuerpo; otros se balancean sentados, en posición prona o supina.

La *jactatio capitis* suele aparecer antes de los 12 meses de vida y su máxima expresión se da entre los 2 y los 3 años de edad. Los movimientos aparecen durante el sueño superficial (etapas I y II No MOR), tanto durante el sueño nocturno como durante la siesta. En el 84% de los casos el episodio es único y aparece al comienzo del sueño; en un 6%, aparecen repetidos episodios a lo largo de la noche, mientras que un 10% presenta un episodio al iniciar el sueño y otro al despertar por la mañana. En algunos preescolares, la *jactatio capitis* aparece mientras descansan relajados y somnolientos, o mientras viajan en un vehículo. Lo habitual es que los episodios se presenten durante todas las noches, durando unos 15 minutos, con una media de 40 giros o movimientos rítmicos por minuto; la expresión facial del niño durante la *jactatio capitis*, sugiere que se trata de una actividad placentera y relajante.

Un elevado porcentaje de niños con *jactatio capitis* presenta disturbios psiconeurológicos de variada índole; alrededor del 40% es enurético; una minoría presenta retraso del desarrollo psicomotor. Las familias reaccionan ante la *jactatio capitis* con ansiedad e irritación, y el niño suele presentar algún grado de dificultad adaptativa. Es más frecuente en varones y no parecen existir diferencias raciales, aunque Margaret Mead afirmó no haber encontrado este fenómeno en culturas primitivas; un 20% de los niños con *jactatio capitis* tiene antecedentes familiares del mismo fenómeno, y suele afectar a ambos gemelos cuando son monocigotos. Las frecuencias más altas se describen en niños con retardo mental o trastorno del desarrollo, mientras que no se ha descrito alguna relación con orden de nacimiento, edad materna ni factores perinatales específicos. El diagnóstico diferencial incluye espasmos masivos del lactante y conductas autoestimulatorias durante la vigilia (balanceo cefálico o corporal).

Se recomienda mantener una actitud de espera; más del 75% de los casos mostrará desaparición de la *jactatio capitis* antes del 4^{to} año de vida. En algunos casos, es conveniente acolchar los barrotes de la cuna para evitar lesiones faciales o del cuero cabelludo. Se ha sugerido acompañar el cabeceo con un metrónomo sincronizado, cuya interferencia disminuiría la conducta motriz. Sólo aquellos casos que se extienden más allá del 4^{to} año de vida, implica riesgos físicos o es particularmente molesta para la familia, se aconseja el uso de una sedación suave con miorelajación, utilizando benzodiazepinas (alerta ante efecto paradójico), neurolepticos con efecto sedante o antidepresivos tricíclicos en dosis bajas.

Apneas del sueño

El reconocimiento de la muerte súbita del lactante centró el interés pediátrico en las apneas infantiles, en particular en aquéllas que aparecen durante el sueño. La técnica de registro polisomnográfico permitió su ulterior clasificación en apneas centrales o diafragmáticas, obstructivas o del tracto respiratorio superior y mixtas. La Figura 14-1 muestra sus principales características.

Las apneas deben distinguirse de las pausas respiratorias hípnicas normales, las que tienen una duración inferior a 15 segundos antes de los 6 meses de vida. La verdadera apnea supera los 20 segundos de duración y se acompaña de bradicardia, cianosis, palidez y desaturación de oxígeno.

Hipoventilación alveolar central congénita o primaria

Es una causa relativamente común de apnea del sueño (AS) en la infancia, siendo una de las posibles causas de muerte súbita del lactante. Se reconoce durante el período neonatal, cuando el lactante aparece cianótico en ausencia de cardiopatía. Los gases en la sangre muestran hipoxia e hipercapnia. Este tipo de apnea suele asociarse a disfunción autonómica severa, por lo que existe un elevado riesgo de arritmia cardíaca o paro cardíaco post apnea en sueño No MOR. Se ha intentado el uso de fármacos, todos ellos altamente riesgosos para el recién nacido, por lo que se aconseja proceder de inmediato a una respiración asistida durante el sueño (traqueostomía y respirador mecánico).

Laringoespasmó

Durante algunos procesos obstructivos respiratorios suele presentarse compromiso laríngeo; este fenómeno ensombrece la evolución del lactante si éste presenta parálisis cerebral. El laringoespasmó es más frecuente durante la vigilia, de modo que su presentación durante el sueño, frecuente en niños con antecedentes familiares de laringoespasmó o de crisis convulsivas, obliga a un cuidadoso diagnóstico diferencial. El único tratamiento efectivo parece ser la traqueostomía, si bien algunos trabajos informan de una buena respuesta al sulfato de atropina en dosis de 0,025 mg/kg/día.

Laringoespasmó y reflujo gastroesofágico

La experimentación animal ha puesto de manifiesto una respuesta de espasmo laríngeo a la estimulación química de la laringe; en niños, la asociación entre apnea del sueño y reflujo gastroesofágico

CLASIFICACION	TIPO	CAUSA
Inmadurez Apnea del prematuro	Primaria o idiopática	?
	Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> Cardiorrespiratoria Disfunción neurológica
Apnea en neonatos de término y lactantes	Idiopática	?
	Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> Patología cardiorrespiratoria Disfunción neurológica
Disturbios en el control respiratorio	Congénito	
	Adquirido	
Síndrome de apnea obstructiva del sueño	Idiopática	?
	Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones del tracto respiratorio superior Enfermedades neuromusculares

Figura 14-1. Clasificación de las apneas infantiles.

nocturno ocurriría sólo si existe un compromiso orgánico cerebral de base.

Síndrome de muerte súbita del lactante

Constituye la tercera causa de muerte durante el primer año de vida. Los niños que han muerto víctimas de este misterioso fenómeno han tenido rasgos en común que sugieren la existencia de un desbalance autonómico central: sudoración profusa durante el sueño, hipersomnio, alta frecuencia de apneas hípnicas, obstructivas o mixtas, frecuencia cardíaca

inestable, persistencia del ingreso o fase MOR después de la vigilia, factores que se imbrican con elementos ambientales para generar una condición de elevado riesgo. El desbalance autonómico sería provocado por una disfuncionalidad cerebral -descrita *post mortem*- de tipo microestructural a nivel de tronco del encéfalo, posiblemente por sutiles anomalías migracionales; se ha inculpado al estrés materno. Los estudios polisomnográficos han mostrado un neto aumento de la frecuencia de apneas normales, respiración periódica, anomalías electrocardiográficas, etcétera.

Apnea en preescolares

Se ha descrito la presencia de apneas del sueño REM en párvulos con hipertrofia tonsilar y/o de adenoides. Estos niños se caracterizan por hipersomnio diurno, sudoración excesiva, hiperactividad motriz durante el sueño y ronquidos. La curva estatural es plana y el niño suele ser hiperactivo durante el día, irritable, excesivamente tímido, con cefalea matinal, obesidad, infecciones respiratorias altas a repetición y dificultades de aprendizaje. Durante el sueño se aprecia una respiración trabajosa, ronquidos intensos, episodios de apnea, inquietud, terrores nocturnos y enuresis. Estos niños deben ser rigurosamente evaluados, comenzando por un estudio otorrinológico acucioso que incluya el análisis de la cavidad oral, amígdalas, tejido adenoideo, micrognatismo, retrognatismo, paladar hendido, infiltración de los tejidos blandos retrofaríngeos por enfermedades de depósito, etc. En caso de obesidad, debe estudiarse la distribución del tejido adiposo. Finalmente, debe procederse a un análisis polisomnográfico que incluya EKG, EMG; pletismografía, saturación de oxígeno, etc. Este estudio pondrá en evidencia fenómenos tales como el aumento de las etapas I y II No MOR a expensas de las II y IV No MOR, una etapa MOR muy breve y una brevísima vigilia posterior a cada episodio de apnea, lo cual fragmenta la arquitectura hípica. Dependiendo de los hallazgos otorrinológicos, deberá procederse a mediadas tan simples como la adenoidectomía, hasta medidas extremas como la cirugía máximo facial.

Hipersomnios infantiles

Son muy poco frecuentes. Algunos pediatras maldiagnostican como hipersomnio al aumento fisiológico de la necesidad de sueño que ocurre durante la pubertad y adolescencia; en otros casos, suele ocurrir que el muchacho retarda el momento de conciliación del sueño por malos hábitos, como exceso de televisión nocturna, videojuegos, navegación por Internet o lecturas a deshora, con el consiguiente hipersomnio de compensación durante el día a través de siestas extemporáneas o la negativa a levantarse temprano.

Algunas depresiones atípicas de la adolescencia cursan con un neto hipersomnio, el cual se convierte en un sensible marcador psicofisiológico del curso de la depresión. Este cuadro se caracteriza por humor disfórico susceptible de modificar por expe-

riencias placenteras; hiperfagia; pesadez corporal, hipersensibilidad al rechazo y frecuente asociación con histeria, fobias y desorden de pánico. Es más frecuente en mujeres y suele tener un patrón estacional. Cuando se asocia a bulimia, se observa hiperfagia nocturna, vómitos provocados y abuso de laxantes y diuréticos.

Narcolepsia

El misterioso trastorno del sueño denominado narcolepsia se asocia a hipersomnio diurno, observándose un sustancial aumento de la fase MOR. La narcolepsia se produce por una falla intrínseca del oscilador MOR, el cual en condiciones normales se desactiva en vigilia; en las personas narcolépticas continúa oscilando con una periodicidad algo inferior a la habitual (cada 80 a 90 minutos en vez de cada 110 a 120 minutos). Al irrumpir súbitamente durante la vigilia, el sueño MOR provoca los fenómenos que sorprenden y confunden al observador: cataplejía por atonía muscular, parálisis del despertar, alucinaciones hipnagógicas, hipersomnio, etc. Este trastorno suele aparecer en muchachas prepúberes o adolescentes y exige un cuidadoso diagnóstico diferencial; suele ser confundido con histeria o epilepsia. La supresión del oscilador MOR en vigilia se logra mediante el uso de tricíclicos o anfetamínicos.

BIBLIOGRAFIA

Anders TF, Carskadon, MA, Dement WC. Sleep and sleepiness in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 1980; 27: 29-43.
 Bax MGO. Sleep disturbance in the young child. *Br Med J* 1980; 280: 1177-79.
 Broughton R. Sleep disorders: disorders of arousal? *Science* 1968; 59: 1070-78.
 Dunkell S. Posiciones durante el sueño. Barcelona: Ediciones Grijalbo, 1977.
 Ferber R. The sleepless child. In: *Sleep and its disorders in children*. New York: Raven Press, 1987: 141-63.
 Ferber R. Clinical assessment of child and adolescent sleep disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1996; 5: 169-80.
 Mindell JA. Treatment of child and adolescent sleep disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1996; 5: 741-52.
 Sheldon SH. Sleep-related enuresis. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1996; 5: 661-72.

TRASTORNOS DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

TRINIDAD GREZ

Dentro de los denominados trastornos del lenguaje nos encontramos, por una parte, con que hay trastornos que pueden definirse con precisión a partir de su etiología como lo son, por ejemplo, los trastornos de lenguaje secundarios a trastornos auditivos, trastornos de lenguaje secundarios a déficit intelectuales y trastornos de lenguaje secundarios a daños neurológicos.

Sin embargo, junto a estos trastornos de lenguaje que aparecen en un contexto etiológico preciso, existen numerosos síndromes clínicos caracterizados por alteraciones menos o más graves de las funciones lingüísticas que, en la actualidad, no tienen una etiología conocida y claramente delimitada. Este es el caso de los trastornos específicos o primarios del lenguaje.

Los intentos de descripción o de clasificación de estos trastornos, suelen situarse a distintos niveles; es así como algunas se basan en una descripción lingüística, otras en un sustrato neurológico o en un modelo de explicación funcional. Si a esto se suman diferencias idiomáticas, se puede ver que el título de este capítulo corresponde a entidades nosológicas muy dispares.

De acuerdo a lo anterior, en el presente capítulo, se expondrán los trastornos específicos del lenguaje, siguiendo un criterio de utilidad para la práctica profesional diaria.

Pese a que frente a los trastornos del habla existe una situación similar en cuanto a las dificultades de clasificación, el problema se reduce dado que estos trastornos presentan un cuadro sintomatológico lo suficientemente característico o limitado como para utilizar una terminología clara y universalmente aceptada.

Previo a la descripción de los trastornos específicos del habla y del lenguaje, será necesario clarificar lo que se entenderá por habla y lenguaje y abordar generalidades en relación a su desarrollo y principales características.

CONCEPTOS GENERALES SOBRE HABLA Y LENGUAJE

El lenguaje se puede definir como el resultado de una actividad neurológica compleja que permite la comunicación interindividual a través de la materialización de signos de acuerdo con una convención propia de una comunidad lingüística.

Su desarrollo comienza a partir del nacimiento y se incrementa con el tiempo si la estimulación ambiental lingüística es adecuada y si existe indemnidad del individuo.

La función que cumple el habla es la de ser un medio por el cual materializamos el lenguaje. Proceso que tiene lugar en los órganos fonarticulatorios tales como labios, lengua y velo del paladar.

De acuerdo al modelo formulado por Bloom, el lenguaje posee tres componentes principales: contenido, forma y uso, los cuales en su conjunto dan realidad a este sistema.

Contenido del lenguaje. Dentro de él se encuentra el vocabulario (palabras usadas) y los conceptos (significado de las palabras) como elementos fundamentales. Abarca a su vez, el conocimiento de los objetos, relaciones entre éstos y relaciones entre sucesos y eventos.

Forma del lenguaje. Dice relación con la manera como se estructura el lenguaje en cuanto a sonidos, palabras y oraciones.

Uso del lenguaje. Se refiere a los propósitos y funciones con que se utiliza el lenguaje para la comunicación. Implica el manejo adecuado de la forma y el contenido en las diferentes situaciones comunicativas.

Por otra parte, se puede decir que el lenguaje está conformado por tres procesos básicos: *comprensión, expresión y pragmática*. Dentro de los proce-

sos de expresión y comprensión existen, a su vez, los niveles fonológico, semántico y morfosintáctico.

Dentro del nivel fonológico se incluye la estructura de las palabras. La articulación de los fonemas, es decir, el proceso motor para producir un fonema aislado se va a incluir dentro del proceso del habla; cuando estos fonemas pasan a integrar la palabra se hará referencia al lenguaje. Con la palabra fonema se denomina a todos los elementos que corrientemente se llaman letras, en cuanto son elementos de producción oral. Fonema se refiere a todo tipo de articulación que forma el sistema fonético de la lengua.

El nivel semántico incluye conceptos y contenidos.

El nivel morfosintáctico dice relación con la morfología y estructura de las oraciones.

El proceso de pragmática se refiere al uso del lenguaje. Abarca el uso de tópicos, turnos de habla e intenciones comunicativas, entre otros.

Teniendo en cuenta todo este marco, se puede decir que:

Nivel fonológico - nivel morfosintáctico dicen relación con la forma del lenguaje; el nivel semántico dice relación con el contenido del lenguaje; pragmática dice relación con el uso del lenguaje.

Desarrollo del habla y del lenguaje

En este capítulo se clasificarán las etapas del desarrollo del habla y lenguaje en relación a los procesos y niveles anteriormente señalados.

Es importante considerar los siguientes aspectos, antes de describir el proceso del desarrollo del habla y del lenguaje.

– El número preciso de etapas en un modelo de adquisición del habla y lenguaje es fijado sólo con fines didácticos y puede variar de un modelo a otro.

– Existen ciertos rangos en la adquisición de cada etapa del desarrollo del habla y del lenguaje que deben ser considerados dentro de los límites del desarrollo normal. Alrededor de tres meses bajo la edad de cuatro años y seis meses por sobre ésta.

– Sólo con fines didácticos se hará referencia a la adquisición de los fonemas y al nivel fonológico de manera conjunta.

Todos los niños presentan capacidades innatas para desarrollar el lenguaje, las cuales deben coexistir con una indemnidad anatomofuncional y un ambiente adecuado que le permita interactuar con las personas, los objetos y el mundo que lo rodea, para así lograr lo mejor de sus capacidades mentales, físicas y sociales.

Tradicionalmente se ha descrito el desarrollo del lenguaje en dos periodos. La etapa prelingüística que comprende aproximadamente el primer año de

vida o hasta que aparece la primera palabra y la etapa lingüística.

Etapa prelingüística (0-12 meses aproximadamente)

Para la adquisición y desarrollo del lenguaje tiene especial importancia la etapa prelingüística, debido a que en su evolución se van integrando tres instancias básicas:

– La interacción del niño con el mundo que lo rodea, lo que va originando el contenido del lenguaje; tener un *qué* decir.

– La manera como estructura sonidos, palabras y oraciones considerando la forma del lenguaje; tener un *cómo* decirlo.

– Los propósitos con que utiliza el lenguaje para la comunicación; implica tener un *para qué* decirlo.

Si bien a esta edad aún no existe el lenguaje propiamente tal, el niño ya se comunica ampliamente, emitiendo sonidos, manejando algunas nociones en relación a su entorno e interactuando con otros. Es por esto que en esta etapa se habla de precursores del lenguaje. Estos precursores se refieren a los requisitos necesarios para posteriormente adquirir los aspectos de contenido, forma y uso del lenguaje. Durante esta etapa aparecen en forma independiente uno del otro, y luego, en la etapa lingüística se integrarán.

Precursos del contenido:

- Atención a los estímulos.
- Procesamiento de estímulos.
- Almacenamiento de los estímulos procesados.
- Permanencia del objeto.

Precursos de la forma:

- Llanto.
- Otras vocalizaciones (fines del primer mes), arrullo (fines del segundo mes). Durante las primeras semanas sólo existen gritos, al principio del segundo mes ciertos gritos comienzan a diferenciarse en su tonalidad y en su ritmo. Algunas variantes de gritos parecen corresponder al estado de bienestar y otros al de malestar. El arrullo corresponde a vocalizaciones similares a consonantes posteriores (k, g, j).

– Balbuceo (seis meses aproximadamente). Proceso constituido por muchos sonidos que no forman, necesariamente, parte de la lengua hablada. Paulatinamente dichas vocalizaciones comienzan a adquirir algunas características del lenguaje propiamente dicho como entonación, ritmo, tono y duración.

Aparecen algunas estructuras del tipo consonan-

te-vocal con un modelo de entonación característico del habla materna. Se observa que todos los lactantes, incluso los hipoacúsicos, tienen el mismo balbuceo, solamente cuando el lenguaje se esboza es cuando aparecen las características de la lengua hablada en la familia.

– Imitación del lenguaje (fines del primer año). El adulto invita al niño a repetir y éste lo imita. Esta es una etapa de transición hacia la etapa lingüística.

Cabe señalar que hasta la etapa de imitación del lenguaje, los sonidos emitidos por los niños tienden a ser similares en todos los niños del mundo, independientemente de la lengua de origen. Posteriormente, sigue un período de inhibición productora donde se ve una restricción de la gama de sonidos. En la actualidad no existe consenso en relación a si esta disminución es debida a un proceso de selección dentro de esta extensa gama de emisiones, de aquellos sonidos claramente diferenciables que están de acuerdo al código lingüístico de la lengua materna o si bien constituyen un hecho nuevo que aparece a partir de cierto nivel de desarrollo psicomotriz, que es el que lo hace posible. Probablemente sean ambos hechos los que favorezcan que desde el estadio prelingüístico hasta el lingüístico se produzca la interiorización de patrones o estereotipos fonemáticos y posteriormente palabras.

Precursores del uso:

- Contacto físico entre el niño y el adulto.
- Contacto ocular entre el niño y el adulto para posteriormente mirar a un tercero.

A la décima semana se alcanza el máximo de contacto ocular entre madre e hijo, posteriormente este contacto va disminuyendo en su característica de exclusivo dado que aparecen nuevos objetos en su mundo (24 semanas aproximadamente).

Al analizar las distintas secuencias de este contacto ocular se encuentra que: en un comienzo la madre sigue la mirada del niño, luego aparecen miradas recíprocas, posteriormente, a fines del segundo mes aproximadamente, el niño sigue con la mirada a la madre para finalmente, al cuarto mes aproximadamente, ser capaz de seguir la mirada de la madre.

– Contacto auditivo. En un comienzo se producen vocalizaciones simultáneas entre adulto y niño luego se ve que comienza a existir alternancia de roles, el niño vocaliza más durante los intervalos dejados por el adulto e intenta dejar lugar a la respuesta del adulto; situación conocida con el nombre de protoconversación.

Las intenciones comunicativas constituyen parte importante en el uso del lenguaje. Cabe señalar que dichas intenciones no comienzan a partir de la primera palabra, sino que son previas a este hecho. La

literatura plantea que las intenciones comunicativas empiezan a desarrollarse a los 3-4 meses para llegar a instaurarse a los 9 meses aproximadamente.

En cuanto a la comprensión de palabras y estructuras durante esta etapa se puede ver, que en un comienzo el niño reacciona indiferenciadamente a la voz humana y que paulatinamente va logrando el efecto diferenciado, reaccionando según la entonación de la voz. Al final del año el menor identifica su nombre, es capaz de reconocer partes gruesas de su cuerpo y algunos objetos de su entorno inmediato (ej.: auto, mamá, papá). Comprende palabras como ven, mira, no, toma, dame. Durante esta etapa su comprensión se extiende, principalmente, hacia palabras aisladas.

Etapa lingüística (inicio 12 a 18 meses aproximadamente)

El inicio de esta etapa está marcado por el surgimiento de las primeras palabras. La articulación de los fonemas como tales, ajustados a las normas del habla adulta, se inicia con la emisión de estas primeras palabras dichas por el niño.

La mayor parte de las primeras palabras emitidas tienen estructura monosilábica formada por una vocal más un fonema consonántico articulado, generalmente, en la zona anterior de la cavidad bucal como lo son por ejemplo los fonemas p, b, m, t, d, n; o bien presentan formas bisilábicas producto de una duplicación de la sílaba (mamá, papá, tete, entre otros).

En cuanto a la secuencia de aparición de los fonemas la adquisición de los fonemas vocálicos es temprana (a los 18 meses aproximadamente ya los ha adquirido) mientras que el manejo de los fonemas consonánticos requiere de un tiempo mayor como lo son los cinco primeros años de vida aproximadamente. Sobre este último aspecto cabe señalar que, a la fecha, en nuestro país no existen estudios sobre el desarrollo fonético propio de nuestra lengua, motivo por el cual, se debe guiar por estudios extranjeros, en relación a los cuales, según apreciación clínica personal, existirían ciertas discrepancias en cuanto a nuestra realidad.

Desde la clínica se podría establecer el siguiente orden en la progresión fonemática del niño. A las vocales le siguen:

- Fonemas /m/, /p/, /b/ = 1-2 años.
- Fonemas /k/, /g/, /t/, /n/, /f/, /j/, /ch/, /ll/ = 2-3 años.
- Fonemas /l/, /d/, /s/, /r/, son fonemas móviles que pueden presentarse temprana o tardíamente.
- Fonema /rr/ = 4-5 años.

Nota: para facilidad del lector los fonemas no fueron escritos según transcripción fonética.

TABLA 15-1
COMPARACION DE PALABRAS
ENTRE UN NIÑO Y UN ADULTO

Adulto	Niño
helicóptero	cottero
plato	pato
tren	ten
pantalones	lones
elefante	fante

En el transcurso de la etapa lingüística se observa que el niño quiere decir palabras, sin embargo, éstas no le resultan como al adulto. Es común encontrar un niño, por ejemplo de dos años y medio, que emita las siguientes palabras frente a las palabras del adulto (Tabla 15-1):

En base a lo anterior, surge la necesidad de estudiar la adquisición del sistema fonológico en niños normales. Es así como esta etapa ha sido estudiada con distintos enfoques a través del tiempo, los que han enfatizado unidades y aspectos diferentes, pero que han permitido lograr una comprensión cada vez mayor de este fenómeno.

Los enfoques más recientes acerca del desarrollo fonológico del niño están basados en la teoría de los procesos fonológicos de simplificación (PFS). Esta postura teórica, llamada a veces fonología natural, se relaciona especialmente con Ingram, quien, recogiendo el término *proceso fonológico* utilizado por Stampe, intenta dar explicación a la adquisición del sistema fonológico en los niños normales.

En la teoría de los PFS se postula como unidad de análisis la palabra, no el fonema. El supuesto teórico es que el niño normal oye la palabra del adulto e intenta reproducirla, pero al hacerlo la simplifica. Las simplificaciones no se producen al azar, como podría parecer en un principio, sino que obedecen a un sistema innato de PFS que no son otra cosa que las estrategias usadas por el niño para simplificar fonológicamente la palabra adulta. Dichos PFS son eliminados paulatinamente en el transcurso del desarrollo fonológico hasta llegar al momento en que el niño es capaz de emitir la palabra adulta según el modelo dado. Este proceso generalmente se consolida alrededor de los 6 años de edad.

Los PFS han sido clasificados en tres grandes categorías: procesos relacionados con la estructura silábica, procesos de asimilación y procesos de sustitución.

Procesos de estructura silábica. Son aquellos procedimientos mediante los cuales se tiende a la simplificación de las sílabas al esquema consonante-vocal y a la reducción del número total de sílabas de la palabra. De esta forma las palabras son transformadas en unidades más simples. Dentro de esta categoría se han descrito 16 subprocesos como por ejemplo:

- Omisión de consonantes trabantes: pantalón = patalón
- Omisión de sílabas pretónicas: peineta = neta.
- Simplificación de grupos consonánticos: plancha = pancha.

Procesos de asimilación. Se habla de procesos de asimilación cuando un fonema se hace similar o se ve influido por otro que, generalmente se encuentra presente en la palabra modelo. Mediante este procedimiento el niño tiende a crear simetrías dentro de la palabra facilitando así su emisión. Se han descrito 11 subprocesos de asimilación como lo son por ejemplo:

- Asimilación nasal: peineta = penneta / mariposa = mariposa.
- Asimilación labiodental: fuego = fuefo / bufanda = fufanda.

La sustitución es el proceso mediante el cual un fonema o clases de fonemas son sustituidos por miembros de otra clase de fonemas para facilitar la emisión de la palabra modelo. Se han descrito 32 subprocesos de sustitución dentro de los cuales se describen por ejemplo:

– Procesos de frontalización, donde fonemas con zona articuladora posterior son reemplazados por fonemas de articulación anterior.

Ejemplo: gorro = moro / fuego = fuebo.

– Sustitución de vibrante simple: mariposa = madiposa jirafa = jidafa.

Es importante señalar que en las emisiones infantiles pueden coexistir distintos tipos de PFS como por ejemplo:

rifle = dife / iglesia = guesia.

Posteriormente a la aparición de la primera palabra, las habilidades expresivas del niño aumentan rápidamente. Del año y medio hasta los seis o siete años, los avances logrados son notorios. Llama la atención la rapidez con que el niño va superando sus dificultades. Durante estos años va venciendo distintos tipos de errores como:

Generalización: se refiere a la extensión del significado a otros elementos, es el caso del niño que llama perro a todos los animales de cuatro patas. La generalización puede considerarse normal hasta los 30 meses aproximadamente.

Hiperregularización: dice relación con la utilización de un sistema de reglas propio creado por el niño. Por ejemplo aquel niño que emite lo siguiente: comer.....comio

poner.....ponio / pusio.

Lenguaje telegráfico. En general, las primeras frases expresadas por los niños se estructuran mediante dos palabras sin la utilización de palabras funcionales o relacionales como artículos y preposiciones, dando así la impresión de un habla telegráfica. Esta característica puede considerarse normal hasta los 30 meses aproximadamente.

Desde el punto de vista estructural del lenguaje, las primeras emisiones y combinaciones de dos palabras aparecen y se incrementan con rapidez desde los 18 meses aproximadamente. A partir de este momento, hay un gran incremento en el sistema semántico del menor (aproximadamente a los 16 meses: maneja 22 palabras, 19 meses: 118 palabras, 21 meses: 272 palabras, dos años: 446 palabras). Tal incremento podría estar determinado por una mayor necesidad de vocabulario requerido por la etapa sintáctica que se inicia.

Previo a la aparición de las primeras agrupaciones de dos palabras existe un período de transición, en el cual el niño frente a un suceso es capaz de emitir dos enunciados pero sin la coherencia prosódica que caracteriza a una oración, existiendo pues, una pausa entre ambos enunciados. Por ejemplo un niño ve un auto que se cayó y dice: *ato-rotó*.

Posteriormente a la etapa de frases constituidas por dos elementos, comienzan a aparecer secuencias de tres elementos (24-27 meses aproximadamente). A medida que se avanza en el desarrollo es posible ver como la estructura de la frase se va complejizando cada vez más. Alrededor de los 30-33 meses el menor comienza paulatinamente a utilizar estructuras gramaticales complejas del tipo sujeto-predicado, complementos, cláusulas, frases coordinadas y frases subordinadas, entre otras.

El aprendizaje de la estructura gramatical básica debe estar concluida a los cuatro años de edad. En lo sucesivo, el niño sigue aprendiendo nuevas formas de estructuración del discurso a nivel más alto. Diversas estructuras de frase, como por ejemplo el uso de voz pasiva, van perfeccionándose y generalizándose para llegar a un mayor manejo a la edad de siete, ocho años.

En relación al nivel comprensivo se puede ver que este también evoluciona progresivamente. Alrededor de los 12-18 meses el menor es capaz de señalar otras partes del cuerpo, objetos comunes, animales y algunos verbos.

Posteriormente, entre los 18-24 meses es posible observar que la comprensión evoluciona más que la expresión. El menor es capaz de identificar más

objetos, animales e incluso canciones infantiles. Puede ejecutar órdenes simples con verbos como toma, mira, cierra, dame.

Entre los dos y tres años de edad el menor afianza el concepto del vocabulario logrando su utilización con mayor asertividad. Es capaz de comprender órdenes con distintos verbos. Se puede observar que comienza la comprensión de plurales.

Entre los tres y cinco años el niño logra la comprensión del vocabulario y estructuras básicas de su idioma que le permiten desenvolverse adecuadamente ante las distintas situaciones cotidianas. Sin embargo, el nivel comprensivo debe seguir evolucionando para así ir logrando un mayor grado de destrezas comprensivas que le permitan, por ejemplo, la comprensión de términos abstractos para poder interpretar fábulas, cuentos, refranes y proverbios (siete-quince años).

Posterior a la edad de quince años, la evolución lingüística va a depender, en gran medida, del nivel cultural, intelectual, social y ocupacional de cada individuo.

TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL LENGUAJE

Como ya fue expuesto en un comienzo, resulta engorroso intentar clasificar los trastornos específicos del lenguaje, puesto que existen distintos criterios y tendencias válidas.

Junto con los partidarios de una clasificación rigurosa se encuentra otra corriente donde se renuncia a toda clasificación. Ambas tendencias presentan ventajas y desventajas. Por una parte, querer clasificar y precisar demasiado el trastorno, es una actitud que podría tener el riesgo de enmascarar lo esencial, el niño en su conjunto. Ignorar deliberadamente el trastorno también puede resultar dañino, dado que se corre el riesgo de pasar por alto elementos importantes que podrían dar respuesta al por qué del trastorno y permitir una mayor adaptación de los medios habilitatorios y rehabilitatorios.

Por otra parte, también es posible encontrarse con quienes se basan en un criterio cronológico de clasificación *versus* quienes lo hacen en uno semiológico. Al igual que en el caso anterior, ambos criterios presentan ventajas e inconvenientes. Al basarse exclusivamente en un criterio cronológico se corre el riesgo de dejar escapar tempranamente casos que en un futuro próximo, puedan evolucionar en un mayor grado de alteración. La utilización única de un criterio semiológico podría conllevar el riesgo de tener, prácticamente, una visión ligada al síntoma.

Independiente de la tendencia a abordar, es fundamental tener presente que el lenguaje y el habla no

existen aisladamente y que el trastorno, sea cual sea su especificidad, tiene repercusión en el conjunto de la persona.

En este capítulo, dado que se intentará presentar una clasificación de los trastornos específicos del habla y del lenguaje que resulte funcional para el lector, se tomarán aspectos tanto del criterio semiológico (severidad) como del cronológico. Se insiste en que esta clasificación y denominación son arbitrarias y pueden variar de un modelo a otro.

Trastorno leve del lenguaje

Trastorno que representa la forma más leve de un trastorno del lenguaje. Se caracteriza por presentar perturbaciones en la organización articulatoria de secuencias complejas. Dichas perturbaciones, a diferencia de lo que ocurre en las dislalias, no recaen en la articulación de los fonemas como entidad aislada, sino que es ante la forma de la palabra en su conjunto frente a la cual el menor presenta dificultad y por ende no es capaz de reproducirla adecuadamente.

El término *trastorno leve del lenguaje* es homologable al llamado *retardo del habla* según un criterio cronológico o al término *trastorno de lenguaje grado I* en la clasificación de Ingram según severidad del cuadro.

Características verbales:

– *Baluceo:* no necesariamente se presenta disminuido en relación al niño normal.

– *Primeras palabras:* pueden o no aparecer tempranamente.

El trastorno leve del lenguaje se caracteriza por un déficit en el proceso de expresión, específicamente a nivel fonológico del lenguaje. En relación a este nivel destaca la persistencia de PFS más allá de la edad esperada. Tanto el nivel semántico como el morfosintáctico se encuentran en un nivel adecuado de desarrollo. Respecto al proceso de comprensión del lenguaje, éste se mantiene dentro de niveles normales.

Desde el punto de vista de la pragmática no se advierten mayores dificultades. En general estos niños presentan buena adaptación al medio, un lenguaje útil que les permite participar en las conversaciones y un adecuado desarrollo del interés comunicativo.

Características no verbales:

– Se puede observar alteración de habilidades prácticas en relación a praxias bucolinguofaciales.

– Desarrollo motor, generalmente se presenta dentro de rangos normales.

Etiología. La etiología del trastorno es inespecífica, pero en general se orienta hacia causas múltiples y acumuladas.

Factores hereditarios y constitucionales. Se habla de terreno genéticamente frágil. A través de la anamnesis se evidencian casos similares en el grupo familiar o antecesores.

Debray detecta una incidencia elevada de antecedentes familiares de retraso de lenguaje en los menores con retraso de lenguaje, 61% contra 16% en el grupo control.

Factores neurológicos. Alteraciones neurológicas no necesariamente demostrables al examen clínico de rutina. Se trata de niños indemnes pero que, sin embargo, presentan cierto número de antecedentes patológicos que evocan la idea de una afección o disfunción cerebral. Son niños o muy inestables o demasiado tranquilos. Al examen neurológico pueden aparecer signos blandos de funcionamiento anómalo, como por ejemplo exceso de sincinesias y dificultades de integración visomotriz.

Factores ambientales. Se refiere a un ambiente empobrecido en cuanto estimulación tanto verbal como sensoriomotriz y modelo lingüístico otorgado. Es sabido que el desarrollo del lenguaje depende, en gran medida, del medio. Niños insertos en medios adecuados pueden presentar un adelanto lingüístico notable en relación a niños de igual edad de medios menos apropiados.

Factores afectivos y relacionales. Dice relación con la actitud del medio familiar y la actitud del niño.

Una de las actitudes parentales que más influyen en el establecimiento de un trastorno del lenguaje es la actitud sobreprotectora. También se invocan actitudes del tipo ambivalente o demasiado rechazante como posibles factores relacionados.

En cuanto a la actitud del niño, en ocasiones, se puede observar un desarrollo que se fija en un infantilismo. Los celos del niño pequeño con el hermano es fuente de frecuente regresiones en el lenguaje del menor.

Pronóstico. Este trastorno presenta buen pronóstico al recibir reeducación precoz. En ausencia de intervención adecuada podría adquirir formas más acentuadas y, en consecuencia, entorpecer su pronóstico.

Trastorno moderado del lenguaje

Se habla de trastorno moderado del lenguaje al encontrarse ante un niño que presenta un desfase cronológico en la adquisición del sistema lingüístico.

El término *trastorno moderado del lenguaje* es homologable al *retraso simple del lenguaje* según un criterio cronológico, y a *trastorno del lenguaje grado II* de Ingram según un criterio de severidad.

Características verbales:

Baluceo: reducido en relación a un niño normal.

Aparición tardía del lenguaje: primeras palabras comienzan a aparecer hacia los dos años o bien éstas aparecen a la edad correspondiente (al año) pero el progreso se ve enlentecido y el menor llega a la edad de dos años con lo mismo que adquirió al año de edad.

Comunicación gestual. Durante las primeras etapas hay predominio de la comunicación gestual. Las intenciones comunicativas son manifestadas principalmente mediante la modalidad gestual.

En el trastorno moderado del lenguaje, la expresión es el aspecto más afectado. En general el proceso de comprensión no ofrece dificultades o, en todo caso, son leves. La comprensión del lenguaje resulta aparentemente normal. Esta le permite al niño adaptarse relativamente bien a situaciones de la vida corriente, aún más al apoyarse en claves extralingüísticas como ambiente físico, gestos y objetos. El menor es capaz de captar las órdenes dadas y responder adecuadamente a lo que se le pide. Sin embargo, al evaluar más puntualmente la comprensión, se evidencian ciertas dificultades tales como que el niño percibe inadecuadamente enunciados relacionados con nociones espaciales y temporales; aspectos que, por lo general, no utiliza en su lenguaje espontáneo. A pesar de lo anterior, está claro que los contenidos cognitivos del menor son mayores que los que es capaz de codificar.

La alteración del proceso de expresión se proyecta hacia los distintos niveles, es así como:

En el nivel fonológico es posible encontrar persistencia de los PFS más allá de la edad esperada. Lo anterior puede redundar en un habla poco inteligible y por lo tanto expresión similar a un niño de menor edad.

Respecto al nivel semántico se evidencian problemas de vocabulario expresivo. El menor es capaz de nombrar objetos familiares pero desconoce el nombre de muchos otros objetos conocidos por los niños de su edad. Conceptos de color, forma y tamaño se encuentran disminuidos, al igual que la capacidad de clasificar semánticamente. Se observa dificultades en relación a oposiciones y similitudes.

En relación al nivel morfosintáctico, éste también se presenta alterado. El estadio del lenguaje telegráfico se prolonga más allá de lo esperado. El niño yuxtapone palabras, no es capaz de hacer frases complejas y en general utiliza muy poco o no utiliza

plurales y preposiciones. Pronombres, adjetivos posesivos y demostrativos, artículos y adverbios también escasean. Conjuntamente es posible observar alteración en cuanto a la concordancia género y número, dificultad con las conjugaciones verbales y agramatismos.

Características no verbales. Praxias bucolinguofaciales se ven alteradas tanto aisladas como en secuencia.

Se observa torpeza en precisión y coordinación de los movimientos, alteración en psicomotricidad tanto fina como gruesa.

En el dibujo es posible ver reflejados dificultad en el manejo de espacio, problemas de esquema corporal y déficit de lenguaje (al solicitar por ejemplo que dibuje un cuento es posible observar alteración de la secuencia). El dibujo aparece desordenado en la página, al colorear no respeta los límites del trazado.

Denota dificultad en reproducción de secuencias rítmicas.

Con frecuencia se puede observar trastorno emocional reactivo producto de sus dificultades en el lenguaje.

Etiología. Las etiologías invocadas son las mismas que para el trastorno leve del lenguaje.

Pronóstico. El pronóstico de este trastorno es favorable si recibe tratamiento oportuno dado que suele responder positivamente a la intervención logopédica. No se debe olvidar que un trastorno del lenguaje, por más simple que éste sea, puede traer dificultades escolares ulteriores como trastornos de aprendizaje si no es bien llevado.

Trastorno severo del lenguaje

Es un trastorno funcional del lenguaje sin sustrato lesional orgánico clínicamente demostrable. Corresponde al grado III en la clasificación de Ingram y a la disfasia según una clasificación cronológica.

Según este último criterio, la disfasia, al ser considerada dentro de la trayectoria del retraso simple del lenguaje, sólo puede ser diagnosticada después de los seis años. Previo a los esta edad, los diagnósticos posibles de otorgar son los de retardo del habla y retraso simple del lenguaje.

La disfasia es una forma perturbada de desarrollo del lenguaje, donde éste se construye sobre bases distintas a las del lenguaje normal.

Dicho trastorno se caracteriza por presentar alteración de la comprensión del lenguaje, principalmente en cuanto a discriminación y retención auditiva, lo que estaría determinando una serie de dificultades en la expresión lingüística.

Características verbales:

Baluceo: igual o superior respecto a un niño normal.

Primeras palabras: no necesariamente presentan una aparición tardía.

Primeras frases: es aquí donde se evidencian las dificultades.

En el trastorno severo del lenguaje se ve un compromiso tanto de los procesos de expresión como de comprensión en los distintos niveles. Se observa una comprensión del lenguaje aproximativa.

En relación al nivel fonológico se ve presencia de múltiples PFS, lo cual, en ocasiones, torna su lenguaje ininteligible.

Respecto al nivel morfosintáctico, éste aparece disminuido en cuanto su expresión y comprensión. Los errores sintácticos son abundantes. Los patrones morfosintácticos aparecen muy reducidos y el orden sintáctico perturbado. Se denota alteración en cuanto concordancia sujeto-verbo, tiempos verbales, entre otros. Se visualizan importantes dificultades de síntesis y problemas en relación a nociones temporales y espaciales.

En relación al nivel semántico, se observa que éste también se ve afectado en ambos procesos (expresión y comprensión). Se aprecia vocabulario disminuido, dificultad en evocación de palabras, retención deficiente de palabras y dificultad en la comprensión de las propiedades de las cosas.

Respecto al proceso pragmático, éste se presenta alterado. Denota una baja mantención de tópicos, adecuación a la situación comunicativa disminuida y dificultad en cuanto a la toma de turnos.

La organización verbal y la actitud del niño permiten, según Ajuriaguerra, distinguir dos tipos característicos:

Lacónicos o parcos mesurados: es decir, sujetos reservados en el plano verbal. Prima la utilización de frases simples y relatos donde predomina la enumeración o nominación. Destaca homogeneidad entre los procesos de expresión y comprensión. Estos pacientes presentarían conciencia del trastorno.

Prolijos o locuaces poco controlados: Se observa desfase acentuado entre expresión y comprensión estando generalmente esta última más afectada. Con frecuencia utilizan frases complejas estructuradas de manera inadecuada, no respetan el orden de los elementos. Son sujetos capaces de relatar pero con una débil coherencia.

Características no verbales. Praxias bucolinguofaciales aparecen alteradas, se observan perturbaciones en la motricidad correspondiente a la zona.

Se observan dificultades de psicomotricidad tanto a nivel de motricidad fina como gruesa, alteraciones en la coordinación.

Ritmo alterado, denota dificultad en reproducción rítmica.

Nivel de atención disminuido.

Se puede encontrar un trastorno emocional reactivo, producto del trastorno del lenguaje.

Etiología. Las etiologías posibles son las mismas que las mencionadas para los trastornos anteriores.

Pronóstico. El pronóstico de este cuadro es incierto. Por lo general la evolución es lenta o muy lenta. Se observa escasa generalización de las formas enseñadas. Los pacientes requieren de gran apoyo.

Trastornos graves o muy severos del lenguaje

Es un trastorno caracterizado por una perturbación grave en la elaboración del lenguaje. Dicha patología agrupa las formas más severas de los trastornos de organización del lenguaje.

Corresponde al *trastorno del lenguaje grado IV* según la clasificación de Ingram y a los términos *audiomudez / sordera verbal* según otros autores.

Características verbales:

Baluceo: Disminuido en relación a un niño normal.

Aparición tardía del lenguaje: Primeras palabras aparecen sobre los cinco años de edad, progreso posterior lento.

El lenguaje aparece alterado tanto en el proceso de expresión como en el de comprensión en sus tres niveles.

Launay distingue dos estados en esta patología:

Estado que compromete principalmente la expresión. El lenguaje se constituye tardíamente. Se observan severas deficiencias en su expresión oral y comprensión. Las palabras aparecen con gran utilización de PFS. El vocabulario se presenta severamente disminuido. Se observa agramaticalidad en las frases y falta de organización de éstas. Lo anterior le da al lenguaje la característica de jerga. Cabe destacar que el nivel comprensivo aparece mejor que el nivel expresivo, sin embargo éste es muy inferior al de un niño normal de la misma edad.

Estado que compromete un trastorno de la percepción auditiva, también llamado sordera verbal. La palabra espontánea aparece más tarde que en la audiomudez, se observa una comprensión verbal nula o muy débil. Los pacientes presentan jerga amelódica. Se ve incapacidad en la repetición de palabras y la memorización de unidades silábicas resulta prácticamente imposible.

Características no verbales. Se observa un desarrollo motor deficiente, marcha tardía, dificultad en actividades del tipo subir - bajar escaleras, salto, carrera y baile, torpeza con los gestos cotidianos como el comer, vestirse y bañarse, torpeza en las actividades que exigen motricidad fina.

Denota incapacidad para coordinar movimientos como mantenerse en un pie, juego con las manos, entre otros.

Se visualizan sincinesias mantenidas después de los ocho años.

También se puede observar alteración importante en praxias bucolinguofaciales, dificultades de orientación espacial y alteración del ritmo.

Estos pacientes comúnmente siguen dependiendo de su familia incluso en la edad adulta.

Etiología. Las etiologías posibles coinciden con las señaladas en los trastornos del lenguaje anteriores.

Pronóstico. El pronóstico de este cuadro, puesto que son un conjunto de factores comprometidos, es desfavorable.

Según lo descrito por S. Borel - Maissonny, independiente de la duración de la reeducación entregada por ellos a niños con este trastorno no han visto un solo sujeto que haya logrado la adquisición de una palabra normal. Sólo llegan a hacerse comprender.

Cabe destacar que el realizar el diagnóstico de trastorno grave del lenguaje resulta extremadamente dificultoso. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con patologías como trastorno del lenguaje secundario a déficit intelectual, se debe cerciorar que la ausencia del lenguaje no se explique por una lesión auditiva o que dicha ausencia sea parte de un trastorno mayor como por ejemplo de un trastorno psiquiátrico.

TRASTORNOS DEL HABLA

Trastorno del habla referido al proceso de articulación

Dislalia funcional

Trastorno del habla que se da a nivel del proceso motor básico de la articulación y que afecta la emisión de uno o más fonemas en forma permanente y sistemática.

En la articulación de los fonemas intervienen órganos que entran en actividad acercándose o tocando a otros. A los primeros se les conoce como órganos activos (labios, lengua y velo del paladar,

entre otros) mientras que a los segundos se les denomina pasivos (dientes y alvéolos, entre otros).

Cada uno de los distintos fonemas son perceptibles al control acústico, visual y/o táctil, y por consecuencia, con la ayuda del oído, vista y/o tacto estos pueden ser articulados, corregidos o transformados.

Si en el momento de articular un fonema los órganos se colocan en la posición tipo exacta correspondiente a otro fonema, se producirá la sustitución del fonema. Por ejemplo, cuando se quiere decir rosa pero el paciente emite *losa*, ocurre que los órganos se ubicaron en la posición del fonema /l/ en lugar del /r/.

Si los órganos se colocan en una posición intermedia entre dos fonemas, el que se pretende articular y otro, se producirá una alteración o deformación. Por ejemplo, cuando el paciente quiere decir sopa, dice *schopa*, colocando la lengua en posición intermedia entre los fonemas /s/ y /ch/ y en consecuencia, no articula nítidamente ni uno ni el otro.

Otra situación factible de observar es que los órganos no entren en actividad cuando se desea articular un fonema, existiendo entonces omisión de éste. Por ejemplo al emitir *osa* por *cosa*.

A la sustitución, alteración u omisión de uno o más fonemas en forma sistemática y permanente se le denomina *dislalia*.

Las *dislalias* pueden ser clasificadas según dos criterios: el de causa y el del fonema alterado.

Frente a la clasificación de las dislalias según causa se encuentran las secundarias a algún tipo de patología orgánica de los órganos fonoarticulatorios, como por ejemplo fisura palatina o aquellas que obedecen a una alteración de la audición.

Dentro de esta clasificación también se encuentran las *dislalias funcionales*. Dichas dislalias presentan alteración del estereotipo motor, no se observa alteración de los órganos fonoarticulatorios ni del aparato auditivo. Puede existir un retardo en el desarrollo psicomotor, producto del cual no se cuenta con la motricidad necesaria para la realización de los distintos movimientos. Otra explicación puede estar dada por una falta de estimulación que no permitió al menor preparar su musculatura para posteriormente poder emitir adecuadamente los distintos fonemas de la lengua. También es posible hacer referencia a algún tipo de inmadurez emocional, niños que perseveran en actitudes infantiles producto, por ejemplo, del nacimiento de un hermano.

Al clasificar las dislalias según fonema ésta recibirá el nombre del fonema afectado. Cuando se alteran las consonantes cada una de éstas se denomina añadiendo la terminación *ismo* o *cismo* al nombre griego del sonido defectuoso. Por ejemplo, la articulación deficiente del fonema /s/ se denomina

sigmatismo y la del fonema /g/ *gammacismo*. En el caso que el fonema sea sustituido por otro, se antepone el prefijo *para*, así el *paralambdacismo* es la sustitución del fonema /l/ por otro fonema.

Pronóstico. Con un adecuado desarrollo de las funciones cognitivas, audición, aparato fonoarticulatorio, edad cronológica y tratamiento correspondiente, es posible asegurar, en la gran mayoría de los casos, una rehabilitación exitosa.

Cabe señalar que si el paciente conoce su defecto y no le molesta, es un mal caso para rehabilitación. Si el menor está consciente del defecto y sufre por ello, la reeducación se ve facilitada.

Trastornos del habla referidos al proceso de fluidez

Disfemia, tartamudez o espasmofemia

Es la alteración del ritmo del habla caracterizado por frecuentes perturbaciones de la emisión, ya sea por prolongación o cesación involuntaria de ésta. El defecto estaría constituido por la repetición de sílabas o dificultad en la emisión de éstas, produciendo entonces espasmos en la fluidez verbal.

Litré define la disfemia como una perturbación más o menos grave de la palabra caracterizada por la duda, repetición, suspensión penosa o por el impedimento completo de la facultad de articular.

Allen postula que la espasmofemia podría ser un síntoma o efecto de un trastorno emocional.

En general, en la disfemia se puede encontrar un ritmo de habla alterado, una palabra mal organizada, perturbación en la fluidez y un miedo anticipado a hablar.

En general se ha descrito que la disfemia en sus comienzos se instala sin mayores signos y síntomas evidenciables. Paulatinamente cuando el sujeto va tomando conciencia del problema, dado que los otros le van informado y dando cuenta de éste, van apareciendo diversas reacciones verbales y motoras que tienden en conjunto a perturbar el cuadro.

Se puede distinguir la tartamudez fisiológica y la patológica.

La tartamudez fisiológica se presenta en niños entre dos años y medio y cuatro años aproximadamente. En esta espasmofemia más que espasmos se encuentra incoordinación, la cual probablemente sea consecuencia de la rápida adquisición del lenguaje que se produce durante este período, lo que conlleva a que el menor tenga un conjunto de ideas, quiera contar gran cantidad de experiencias, se presenta acelerado, ansioso y por lo tanto, no es capaz de emitir adecuadamente los enunciados realizando omisiones y repeticiones.

Cabe destacar que este cuadro no es en sí un problema, sin embargo según el manejo que reciba puede evolucionar hacia una tartamudez patológica.

La tartamudez patológica se caracteriza por presentar espasmos de distintas categorías y severidad. Dichos espasmos pueden ser del tipo:

Espasmos clónicos: el niño repite en forma de clones unidades de emisión que tienen como base la sílaba (sílabas o palabras bisilábicas) no el fonema. Por ejemplo *yoyoyoyo*.

Espasmos tónicos: afectan a diversos grupos musculares relacionados con el habla los cuales producen un bloqueo de gran intensidad que el paciente se esfuerza por superar aumentando con esto la tensión del espasmo, el cual finalmente se resuelve abruptamente. Por ejemplo ...Juanito (en forma brusca).

Espasmos clónico-tónicos: aparece primero el espasmo del tipo clónico y luego el de tipo tónico.

Espasmos tónico-clónicos: se evidencia primero el espasmo tónico y luego el clónico.

En la tartamudez es posible encontrar distintos tipos de reacciones como lo son:

Reacciones observables:

– Reacciones de ansiedad: se relaciona con situaciones verbales producto de las cuales hay un aumento de la tensión y un control angustioso del habla.

– Retraimiento: disminuye considerablemente la expresión verbal.

– Actitud de espera: tienden a ser respondedores.

– Movimientos como tics.

– Línea plana de prosodia: de predominio en pacientes con espasmos tónicos.

– Utilización del habla residual: exclusivamente en pacientes con espasmos tónicos.

Reacciones internas:

– Miedo: presentan temor anticipado a hablar.

– Vergüenza: se da entre los seis, siete años aproximadamente.

– Rabia: se da principalmente en los adolescentes.

– Culpa: se da entre los quince y dieciséis años aproximadamente.

Cabe señalar que esta evolución puede variar dado que depende de lo perceptivo que sea el menor.

Etiología. A pesar de la gran cantidad de investigaciones que se han llevado a cabo a fin de determinar la etiología de este cuadro, aún no se ha logrado una determinación clara. Dentro de las posibles causas se encuentran algunas como:

Herencia. Se señala que padres disfémicos tienen mayor probabilidad de tener hijos disfémicos. Wepman encontró que el 68,8% de los pacientes

disfémicos tienen antecedentes familiares y sólo un 15,6% no presenta antecedentes.

Gedda, Braconi y Bruno estudiaron en pares de mellizos mono y dicigóticos la herencia de disfemia, encontrando que ésta no siempre sigue la ley hereditaria de dominancia y recesividad y que aunque su transmisión no está ligada a los cromosomas sexuales, con mucha frecuencia se transmite por la línea paterna.

Causas orgánicas. Existen muchos postulados, pero haciendo referencia a algunos de ellos, como por ejemplo Bruno y Girone, luego de realizar un examen detenido a cincuenta pacientes disfémicos, postularon que la esencia del cuadro es una incoordinación funcional corticodiencefálica, basándose en la gran frecuencia con que se presenta hiper-hipogenitalismo, alteraciones de la curva de glicemia, sonambulismo, aumento de la sed, hambre y sueño, entre otros.

Giraldi y Amatulli encontraron alteraciones electroencefalográficas en el 42% de los pacientes espasmofémicos y alteraciones vestibulares en el 52%. Dado lo anterior, postulan la existencia de lesiones congénitas de nivel subtentorial.

Teorías audiógenas. Existen diversas teorías que tienen como base común la influencia de la audición sobre la producción del habla. Maraist y cols. comprobaron una supresión temporal de los espasmos en pacientes disfémicos al ensordecerlos. Se han descrito casos (Froeschels, Arnold) de desaparición de la espasmofemia cuando el paciente se vuelve hipoacúsico total.

Teorías psicógenas. Psiquiatras como Henderson y Gillespie, entre otros, postulan que en la base de este cuadro existiría un estado de conflicto sostenido por dos fuerzas opuestas, las de hablar versus las de no hablar, derivándose así una situación de compromiso.

Pronóstico. El pronóstico de este cuadro es incierto dada la intervención de un conjunto de factores.

Farfulleo, taquifemia o tartajeo

J. Rondal define este cuadro como un trastorno del ritmo del habla, la cual resulta precipitada, desordenada, entrecortada, con paros recurrentes y frecuentemente incomprensible.

El farfulleo es una desorganización temporal de la palabra con desestructuración de la frase, omisión de sílabas y articulación blanda. Dicho cuadro se caracteriza principalmente por presentar los siguientes síntomas:

- taquilalia: ritmo acelerado del habla;
- producción defectuosa de la voz;

- ritmo defectuoso en el habla "a sacudidas";
- línea plana de prosodia;
- repetición de sílabas y palabras, lo cual lleva a confundirlo con tartamudez;
- telescopismo de sílabas: superposición de éstas;
- dificultad de producción rítmica, lo cual se proyecta, en general, a todo el esquema corporal;
- omisión de sílabas.

Cabe destacar que, generalmente, es un síntoma el que prevalece, no se dan todos juntos.

Otras características:

- compulsión logorreica: necesidad de hablar;
- baja conciencia de problemas;
- sin logofobia (miedo a hablar);
- no presentan sensación de rechazo;
- no se produce ruptura de la comunicación;
- el paciente rinde mejor en situaciones de alta responsabilidad comunicativa, por ejemplo en una disertación.

Etiología. La etiología de este cuadro ha suscitado diversas discusiones. Al igual que en la tartamudez la causa aún no ha sido claramente establecida. Se postula (Luchsinger) la existencia de antecedentes hereditarios por cuanto existiría una alta probabilidad de que padres farfullantes tengan un hijo farfullante con las mismas características.

Por otra parte, otros autores postulan la existencia de alteración de alguna región cerebral. Seeman habla de los núcleos grises centrales.

Pronóstico. Cuadro que presenta buen pronóstico si se logra la toma de conciencia del trastorno.

Prevalencia de los trastornos del habla y lenguaje

Según estudios realizados en nuestro país en relación a la prevalencia de los trastornos específicos del habla y lenguaje, se puede hacer referencia a las siguientes investigaciones:

- En base al estudio realizado por Gallardo y cols., en la Comuna de Conchalí, se evidenció la existencia de un 22% de trastornos del habla en menores entre cinco y siete años de edad, de los cuales un 61,2% eran niños y un 38,7% niñas. Las principales causas de estos trastornos fueron, en orden decreciente: causa no precisada, factores audiógenos y factores orgánicos.

- En un estudio de Benavides y cols. realizado en menores de entre cuatro y cinco años, de nivel socioeconómico bajo de distintos sectores de la Región Metropolitana, se reveló que un 90% de los niños presentaba a la evaluación al menos un aspecto del habla o lenguaje alterado, primando la presen-

cia simultánea de trastornos de habla y lenguaje.

- Hering y cols. (1988), realizaron un estudio en menores de entre cuatro y cinco años pertenecientes a un nivel socioeconómico alto donde se constató que el 94% de los niños presentaba al menos un aspecto de su habla o lenguaje alterado, encontrándose las principales dificultades a nivel articulatorio.

Al comparar los dos últimos estudios, se concluyó que los menores de entre cuatro y cinco años de edad presentaban, en forma similar, dificultades articulatorias, independiente del nivel sociocultural al cual pertenecieran. Sin embargo, respecto al rendimiento en comprensión y expresión gramatical y semántica, éste fue mejor en los niños del nivel socioeconómico alto.

BIBLIOGRAFIA

- Benavides L, Benavides C, Cabello P, Dellafiori C. Evaluación de la Conducta Lingüística de Niños de Centros Abiertos de 4 a 4,11 años. Seminario para optar al título de Fonoaudiólogo. Facultad de Medicina. U. de Chile. 1987.
- Bosch L. Identificación de procesos fonológicos de simplificación en el habla infantil. Rev de Logopedia y Fonoaudiología 1983; Barcelona: Vol.III, Nº1. 1983.
- Bouton Ch. El Desarrollo del lenguaje, Aspectos Normales y Patológicos. Aizenman (trad.). Buenos Aires: Huemul, 1976.
- Bustos I. Discriminación auditiva y logopedia. Manual de ejercicios de recuperación. Madrid: Impresa y Revistas S.A. 1992.
- Gallardo P, Hernández E, Ríos J, Vivanco Z. Detección de problemas de habla en niños de 5, 6, 7 años en la Comuna de Conchalí. Seminario para optar al título de Fonoaudiólogo. Facultad de Medicina. U. de Chile. 1988.

Hering C, Matus D, Osorio M, Vallejos L. Desempeño lingüístico en niños de 4 a 4,11 años pertenecientes al nivel sociocultural alto. Seminario para optar al Título de Fonoaudiólogo. Facultad de Medicina. U. de Chile. 1988.

Ingram D. Trastornos Fonológicos en el Niño. Barcelona: Ed. Médica y Técnica, S.A., 1983.

Launay C, Borel-Maisonny S. Trastornos del Lenguaje, la Palabra y la Voz en el Niño. Barcelona: Ed. Toray-Masson S.A. 1979.

Leonard L. Phonological deficits in children with developmental language impairment. En: Brain and Language. 1982.

McReynolds L, Elbert M. Criteria for phonological process analysis. En Journal of Speech and Hearing Disorders. 1981.

Monfort M. Enseñar a hablar. IV Simposio de Logopedia. Ed. Impresas y Revistas, S.A. (IMPRESA). Madrid, 1995.

Mysack E. Fisiología de los Mecanismos del Habla. Columbia University. Columbia. 1980.

Nieto M. Retardo del Lenguaje. Sugerencias Pedagógicas. Ed. Impresas y Revistas, S.A. Madrid. 1990.

Perelló J y cols. Fundamentos Audiofoniátricos. Barcelona: Ed. Científico médica. 1976.

Perelló J y cols. Perturbaciones del Lenguaje. Barcelona: Ed. Científico médica. 1979.

Perelló J y cols. Trastornos del Habla. Barcelona: Ed. Científico médica. 1977.

Peña J. Manual de Logopedia. Barcelona: Ed. Masson S.A. 1988.

Rondal JA, Seron X. Trastorno del Lenguaje, III. Barcelona: Ed. Paidós. 1988.

Schieffebusch RL. Bases de la Intervención en el Lenguaje. Madrid: Ed. Alhambra. Universidad de Madrid. 1986.

Siguan M. Estudios sobre psicología del lenguaje infantil. Madrid: Ed. Pirámide S.A. 1984.

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

HUMBERTO GUAJARDO

Estos trastornos se caracterizan por presentar un grave retraso en varias áreas del desarrollo, en especial en lo que se refiere a interacción social, retraso del lenguaje y desarrollo de una serie de conductas atípicas. Se describe principalmente el autismo infantil, el síndrome de Rett y el trastorno de Asperger.

AUTISMO INFANTIL

Antecedentes históricos

El autismo infantil fue descrito originalmente por Leo Kanner en el año 1943, en Estados Unidos. Este autor describió una serie de niños, hijos en su mayoría de intelectuales de ambiente universitario, los cuales presentaban un cuadro de retiro y aislamiento social grave que los afectaba desde el nacimiento, manifestando posteriormente una serie de alteraciones conductuales severas. Por sus características de aislamiento, los denominó autistas y pensó que el cuadro generalmente se presentaba en niños de nivel socioeconómico medio-alto, los cuales tenían un nivel intelectual normal.

Al denominarlos autistas estos niños fueron incluidos por muchos años en la categoría diagnóstica de la psicosis, confusión que se produjo por el síntoma de autismo presente en muchos pacientes esquizofrénicos. Se pensaba que la evolución natural de esta patología en la vida adulta sería la de una psicosis.

Sin embargo, en los últimos años se ha aceptado que este trastorno corresponde más bien a una alteración severa del desarrollo, que puede darse en cualquier nivel socioeconómico y que en un porcentaje importante de los casos, cursa con retardo mental y/o daño orgánico cerebral. Esta última situación ha sido evidente, por cuanto se ha visto que en muchos niños autistas, en los cuales se descartó el daño orgánico ante un examen neurológico normal,

se constató con posterioridad un examen anormal. El posible daño se hace manifiesto al comprobarse que un 18% de los autistas desarrolla convulsiones hacia la adolescencia.

Síntomas

Edad de comienzo. El cuadro tiene un comienzo antes de los 30 meses de edad o bien está presente desde el nacimiento y es probable que se haya consultado muchas veces al pediatra sin que se haya hecho el diagnóstico.

Severo retraso del contacto social. Estos niños habitualmente no desarrollan contacto afectivo ni con sus padres, ni con quienes los rodean. La sonrisa social, tan característica del lactante, está ausente. No piden los brazos de sus padres, y las madres describen que al tomarlos tienen la sensación de estar alzando un "saco de papas".

Los seres humanos son tomados como un mueble o cosas dentro de la habitación. Es muy característico, en especial en niños no rehabilitados, la ausencia del contacto visual, el cual si se produce es fugaz y el niño rápidamente quita la vista.

Déficit severo del lenguaje y de la comunicación. Frecuentemente el lenguaje está ausente, tanto en sus aspectos verbal como no-verbal.

En los casos en que se ha desarrollado lenguaje, este es bastante peculiar. Hay frecuentes ecolalias, inversión de pronombres (uso del "tú", en vez del "yo"), dificultades en la abstracción y alteraciones en el tono de la voz, la cual puede ser monótona o inusualmente aguda en momentos inadecuados de una frase.

Juego. La mayoría de los niños autistas no sabe cómo jugar. Manipulan y ordenan los juguetes sin darse cuenta de lo que representan y no logran integrarse a los juegos de otros niños normales.

Otros síntomas asociados. Los pacientes autistas presentan:

- Hiperactividad y fallas de concentración.
- Generalmente hay un cierto grado de retraso mental que en la mayoría de los casos es moderado.
- Cuando se excitan aparecen estereotipias como aleteo de los brazos, de las manos y otros.
- Un alto umbral para la mayoría de los estímulos sensoriales; como frío, calor, dolor o bien mucha sensibilidad para otros como olores o estímulos luminosos.
- Pueden presentar autoagresión.
- Salvo que estén entrenados, no presentan control de esfínteres.

Prevalencia

La mayoría de los estudios en diferentes países encuentra cifras de 4 niños con autismo por cada 10000 niños de la población general. Se plantea que estas estimaciones pueden actualmente ser un poco bajas, por cuanto la difusión de los criterios diagnósticos del DSM IV y de la Clasificación Internacional de las Enfermedades ha permitido identificar un mayor número de casos.

Un estudio de 21.610 niños japoneses seguidos desde el nacimiento hasta los tres años de edad, encontró cifras de 1,3 niños con trastorno autista por cada 1.000 niños. Un cuestionario a 20.800 niños en Nueva Escocia encontró prevalencia de 1 por 1.000. Estudios recientes sugieren que en los Estados Unidos hay entre 58.000 y 115.000 autistas entre los 57 millones de niños de 1 a 15 años de edad. Esto equivale a cifras de 5,8 a 11,5 niños autistas por cada 10.000 niños normales.

Criterios diagnósticos DSM IV

Trastorno autista:

A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

(1) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- Importante alteración de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, adecuadas al nivel de desarrollo.
 - Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetivos de interés).
 - Falta de reciprocidad social o emocional.
- (2) Alteración cualitativa de la comunicación

manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo de modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
- En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- Ausencia del juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

(3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos por una de las siguientes características:

- Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
- Adhesión, aparentemente inflexible, a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- Manerismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo: sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- Preocupación permanente por partes de objetos.

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los tres años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.

C. No se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Diagnóstico diferencial

Puede resultar bastante complejo en muchos casos. Muchos niños han recibido distintos diagnósticos dependiendo de la cantidad de especialistas consultados.

Retardo mental. Los niños con retardo mental pueden presentar muchas de las características de los niños autistas e incluso ambos diagnósticos no son excluyentes.

El niño con retardo mental tiene, a diferencia del autista, contacto afectivo con sus padres y con quienes lo rodean. Desarrolla lenguaje y se comunica dependiendo de su nivel de retraso, lo cual no ocurre con el autista.

Esquizofrenia infantil. En este cuadro el niño presenta un desarrollo normal tanto afectivo, como cognitivo, hasta el momento en que se presenta la

enfermedad en la vida escolar o en la adolescencia. La sintomatología se caracteriza por la presencia de alucinaciones y un cierto grado de elaboración delirante.

Trastornos severos del lenguaje. Aquellos cuadros de alteración grave del lenguaje, tanto en el nivel expresivo como comprensivo, pueden confundirse con el trastorno de tipo autista. Estos niños pueden ser muy inquietos, tener severos retrasos en sus habilidades y en su desarrollo en general por su defecto comunicativo. La diferencia fundamental con el autista, es la existencia de contacto afectivo y social, que en estos casos está presente a diferencia de lo que sucede en el autista.

Trastorno de Rett. Ha sido diagnosticado sólo en mujeres, hay desaceleración del crecimiento craneano, pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas y aparición de marcha y movimientos de tronco pobremente coordinados.

Trastorno de Asperger. A diferencia del autismo no tiene retraso del desarrollo del lenguaje.

Trastorno desintegrativo infantil. Aparece tras por lo menos dos años de desarrollo normal.

Psicopatología

Es preciso señalar que el autismo infantil ha sido objeto de múltiples explicaciones, dependiendo de la orientación teórica de los diversos autores. Lo analizaremos desde una perspectiva integrativa refiriéndonos al aporte de los diferentes subsistemas a una explicación más integral.

Aspectos biológicos. Se han señalado diferentes causas biológicas. Algunos factores prenatales incluyen rubéola intrauterina, esclerosis tuberosa, anomalías cromosómicas y anomalías cerebrales como hidrocefalia. Las dificultades perinatales no parecen tener un rol muy importante. Frecuentemente se citan condiciones posnatales asociadas con autismo tales como fenilketonuria no tratada, espasmos infantiles, encefalitis por herpes simple y cuadros tumorales. Sin embargo, la proporción de casos en los cuales existen factores a los que se puede asignar un factor causal del autismo, no alcanzan más allá de un 10-30%.

Hay evidencia de que la genética tiene un rol importante. Es así como se ha descrito que existe un 3-8% de recurrencia en familias con un niño autista. Estudios en gemelos monocigotos muestran una concordancia de hasta un 90% para el diagnóstico y una concordancia de un 5-10% entre mellizos dicigotos del mismo sexo.

A lo largo de muchos estudios se ha ido concordando una teoría neurofisiológica del trastorno. Estudios de neuropatología en cerebros de autistas establecen hallazgos preliminares que apuntan a una

disminución de células en la corteza cerebelosa y además estas células son más pequeñas que lo normal. Algunas alteraciones de agrupaciones celulares de estructuras límbicas, incluyendo la amígdala y el hipocampo sugieren alteraciones perinatales.

En los últimos 10 años, muchas investigaciones han apuntado a la importancia del sistema límbico en el autismo. Mucho de lo que se sabe en cuanto a la importancia de la amígdala e hipocampo se refiere a daños quirúrgicos producidos por los investigadores en esas áreas. Se ha mostrado en animales que cuando la amígdala es removida, éstos exhiben conductas similares a las de individuos autistas, tales como aislamiento social, conducta compulsiva, dificultades para aprender el peligro, fallas en traer información desde la memoria y problemas para adaptarse a situaciones nuevas.

El hipocampo parece ser responsable principalmente del aprendizaje y de la memoria, por lo que un daño a este nivel afectará la capacidad de almacenar nueva información en la memoria.

Los estudios de rutina de imágenes del cerebro, no revelan importantes anomalías. En algunos casos se ha descrito hipoplasia del cerebelo, delgadez del tronco cerebral y del cuerpo calloso posterior y dilatación de los ventrículos, pero esto no es generalizado y sólo ocurre en algunos casos.

Las nuevas técnicas de tomografía computarizada (TAC) y de emisión de positrones (PET) no han revelado hallazgos sistemáticos y lo más recurrente es que puede haber un hipometabolismo bitemporal en niños con espasmos infantiles que posteriormente desarrollan autismo.

Por último, es importante señalar que algunos investigadores han focalizado su actividad en neurotransmisores y neuromoduladores, entre ellos el sistema límbico dopaminérgico y últimamente serotonina, porque se ha identificado una relación entre autismo y trastornos afectivos y se ha descubierto un efecto conductual favorable de drogas serotoninérgicas.

Aspectos conductuales, cognitivos y afectivos. Siendo el autismo un trastorno grave del desarrollo se ven afectados desde temprano diferentes elementos del desarrollo psicológico normal.

La base del trastorno pareciera estar en que estos niños tendrían un mayor umbral para percibir los afectos desde el nacimiento, lo cual resulta concordante con los planteamientos biológicos respecto del sistema límbico.

Al tener estos niños un mayor umbral para percibir los afectos, no logran alcanzar los procesos de condicionamiento que son fundamentales en el desarrollo del contacto afectivo y social, que caracterizan los primeros meses del desarrollo.

Para los conductistas, los padres y quienes rodean al niño normal, son inicialmente estímulos neutros que, al satisfacer necesidades básicas y de estimulación sensorial placentera, se transforman en estímulos condicionados que adquieren significación afectiva. Posteriormente actúan moldeando sus conductas según sus niveles de desarrollo y maduración neurológica. En esto son coincidentes con las teorías del apego. Es indudable que si estos mecanismos no se producen, el niño autista sufre un deterioro importantísimo en todos sus procesos de desarrollo.

Es probablemente este mayor umbral ante los estímulos el que hace que los niños autistas tiendan a autoestimularse o bien respondan selectivamente sólo a estímulos de alta intensidad, visuales, táctiles o auditivos.

Se explicarían de esta forma los síntomas característicos del autismo, tales como el retraso severo en su comunicación afectiva, en el lenguaje y en la mayoría de las habilidades de su desarrollo, que requieren de un proceso de moldeamiento, estimulación y refuerzo para desarrollarse.

Evolución y pronóstico

La gran mayoría de estos pacientes tiene una vida sin autonomía y dependientes del apoyo de sus padres y familiares.

Hay que considerar que según cifras de diferentes estudios, un 75% de estos niños tiene un coeficiente intelectual (CI) bajo 52 y sólo un 2% sobre 85. El nivel intelectual es predictivo del grado de adaptación que el paciente pueda desarrollar. En general es claro que con niveles de CI sobre 60 se obtienen los mejores resultados. El CI no varía en el tiempo y aún con rehabilitación se mantiene el retardo.

Muchos de los pacientes rehabilitados, en la vida adulta, no presentan diferencias en su actividad respecto a aquellos con retardo mental. Los que tienen mejor nivel intelectual, en su mayoría muestran un cierto grado de aislamiento y dificultades en su comunicación afectiva.

Tratamiento

Las características del cuadro y su impacto en los padres y en la familia, han determinado que haya proliferado una enorme cantidad de tratamientos, muchos de los cuales no tienen un adecuado soporte científico. Es habitual que los padres recurran constantemente a diferentes especialistas en busca de una solución que por lo general no llega.

Nos referiremos al uso de psicofármacos, a técnicas de rehabilitación conductual que son las que

tienen un mayor soporte en la investigación científica y a otras terapias que las mencionaremos sólo por un interés de cultura general.

Farmacoterapia. Se usa para atenuar la sintomatología y en ningún caso su efecto es curativo. El principal objetivo es disminuir la hiperactividad y atenuar en parte el aislamiento y las esterotipias, posibilitando una mejor adaptación a las técnicas de rehabilitación.

Los medicamentos más utilizados son:

- **Bloqueadores de receptores de dopamina.** Entre ellos destacan el haloperidol, tioridazina, clorpromazina y pimozida. Se utilizan para controlar agresividad, destructividad y autoinjuria. El haloperidol es el más utilizado y se menciona un efecto positivo hasta en un 60% de los casos. El uso prolongado de estos medicamentos puede tener algunos efectos negativos como diskinesias tardías, aumento exagerado de peso y alteraciones en el proceso de aprendizaje.

- **Estimulantes.** Metilfenidato y pemolina. Se utilizan en aquellos casos en que se desea controlar el déficit de atención y la hiperactividad. Su efecto es más positivo mientras mayor es el CI del paciente. Pueden aumentar las esterotipias y tics en algunos casos.

- **Inhibidores de la recaptación y agonistas de serotonina.** Se han probado antidepressivos como fluoxetina, clomiparamina, sertralina y fluvoxamina. Son útiles en pacientes que tienen predominio de obsesiones, perseveraciones, agresividad y depresión.

- **Agentes noradrenérgicos** (betabloqueadores, y alfa 2 agonistas) como el propranolol y la clonidina se han probado en casos con conducta explosiva y agresividad. Sus efectos secundarios son depresión, terrores nocturnos, somnolencia, hipotensión y sequedad de la boca.

- **Ansiolíticos.** La buspirona ha sido utilizada en casos de ansiedad. Sedación y cansancio son sus efectos secundarios.

Rehabilitación conductual. Es el aspecto fundamental en el tratamiento del niño autista. Hay un cierto grado de consenso en el sentido de que las técnicas de orientación conductual son las que obtienen los mejores resultados. El principal objetivo de la rehabilitación es lograr el máximo de resultados en cada niño, según sus potencialidades. Desde esta perspectiva todo niño puede ser objeto de rehabilitación y obtener avances. El ideal es que la rehabilitación se realice lo más temprano posible, por lo que es esencial un diagnóstico precoz.

La principal dificultad en el proceso de rehabilitación es el costo económico que involucra, por

cuanto en las primeras etapas se requerirá de una relación paciente profesional de 1:1. Por otra parte es deseable la participación de diferentes profesionales (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicopedagogo, psicólogo, etc.), con el objeto de formar un equipo de trabajo, lo cual es otro factor que aumenta el costo del tratamiento.

En la mayoría de los países no hay programas oficiales orientados al autismo, siendo organizaciones de padres las que realizan los mayores esfuerzos al respecto.

La mayor parte de los padres debe asumir en forma privada la rehabilitación de sus hijos, lo que involucra visita dos a tres veces a la semana al especialista y por períodos limitados de tiempo. Por esta razón, se recomienda trabajar con los padres como co-terapeutas, entregándoles instrucciones y conocimientos que les permitan trabajar con sus hijos. Esto es particularmente útil en aquellos padres, que son de ciudades alejadas y que no tienen acceso a equipos multiprofesionales.

Etapas de la rehabilitación conductual:

Identificación de reforzadores. El uso del refuerzo es uno de los factores esenciales en el proceso de rehabilitación con técnicas conductuales. En estos niños, en las primeras etapas debe usarse el refuerzo primario ya que son refractarios al refuerzo social. Si bien el alimento y las golosinas funcionan en muchos de los autistas, hay un grupo que es refractario y en los cuales hay que destinar un período de observación para detectar el reforzador más adecuado.

En muchos casos el reforzador más eficiente ha sido un sonido característico o el de una radio con audífonos, en que el terapeuta controla la entrega de música en la medida que el niño emite las respuestas solicitadas.

Al trabajar con reforzadores de tipo golosinas o alimentos, es importante que el niño tenga un cierto grado de privación previa a objeto de potenciar la respuesta al uso del reforzador. Asimismo, es preferible entregar sólo pequeñas cantidades de refuerzo cada vez para que no se produzca un mecanismo de saciedad.

En una primera etapa se usarán programas de reforzamiento continuo, para pasar posteriormente a reforzamiento intermitente.

Contacto visual. Esta etapa es una de las más importantes en el proceso de rehabilitación, por cuanto es la base para el desarrollo de contacto afectivo y el posterior condicionamiento de reforzadores sociales.

Se recomienda hacer en primer lugar una línea base de registro en cuanto a cantidad de contactos visuales en un período de tiempo (5 minutos) y

calidad de los mismos (permanencia del contacto; es satisfactorio llegar a 5 segundos de contacto).

Inicialmente se recomienda reforzar cualquier contacto aunque sólo sea de un segundo, luego se refuerza progresivamente aquellos de mayor duración.

Una vez que se ha logrado el objetivo con uso de reforzadores primarios, se recomienda ir alternándolos con reforzadores sociales (afecto).

Es importante advertir que esta etapa puede tomar varios meses y que debe realizarse con paciencia y persistencia.

Conducta imitativa. Esta etapa consiste en implementar una conducta de imitación para lo cual se construye una jerarquía que va desde conducta muy simples hasta las más complejas.

Una jerarquía bastante adecuada se compone de aproximadamente 40 conductas. Las más simples pueden ser por ejemplo: levantar el brazo derecho, levantar el brazo izquierdo, levantar ambos brazos, sentarse, pararse, etcétera.

En cambio las más complejas serán: poner los dientes superiores sobre el labio inferior o bien poner la punta de la lengua en el paladar.

El terapeuta se coloca frente al paciente y realiza la conducta que debe ser imitada. Si no hay respuesta puede usarse instigación (consiste en ayudar o empujar al paciente a realizarla). Al emitirse la conducta se entrega inicialmente refuerzo continuo y luego intermitente. Se recomienda trabajar dos conductas en forma simultánea a objeto de permitir la discriminación. La conducta debe emitirse antes de 5 segundos para considerarla correcta.

Antes de pasar a la siguiente jerarquía debe haber al menos un 90% de conductas correctas.

Seguimiento de instrucciones verbales. Esta etapa para ser trabajada requiere que el paciente tenga ya algunas conductas de imitación.

En este caso nuevamente se construye una jerarquía, esta vez de órdenes verbales que se entregan al paciente.

Para esta etapa se recomienda una escala de 20 pasos en que los más simples son: "párate, siéntate, anda, ven" y los más complejos: "abre la puerta, toma el lápiz y déjalo en la mesa". Al trabajar esta etapa la orden se da dos veces, se espera 5 segundos para considerar la respuesta como correcta. Si no hay respuesta se puede usar instigación o aprendizaje por imitación. Se requiere que el paciente dé al menos un 90% de respuestas correctas en la escala antes de pasar a nuevas etapas. Nuevamente en este caso se usa refuerzo continuo y luego se pasa a reforzamiento intermitente.

Instrucciones verbales más complejas. Esta es una etapa previa a la enseñanza de lenguaje. En esta primera instancia se entrena al niño en igualación de

vocales y posteriormente en igualación de sílabas que el terapeuta va entregando. Incluso puede usarse una jerarquía más simple que sería igualar dos sonidos (golpe en una mesa). Como en las etapas anteriores, debe hacerse una línea base.

Discriminación visual. Esta etapa requiere que el paciente haya pasado hasta la etapa de instrucciones verbales simples. Se busca que el paciente realice la conducta de marcar con un lápiz figuras iguales.

Conductas de autocuidado. Buscan que el paciente sea autosuficiente durante el día. Para esto se requiere que esté el repertorio de imitación y de seguimiento de instrucciones. Se sugiere definir un conjunto de conductas en niveles de complejidad y trabajarlas con técnicas de moldeamiento. Lo más frecuente es: vestirse, lavarse, comer solo, hacer su cama, etcétera.

Conducta social. Esta etapa busca desarrollar un juego cooperativo, agrupamiento, descanso, respeto de turnos, verbalización en grupo, etcétera.

Cuando el niño ha llegado a esta etapa está en condiciones de ingresar a un colegio y continuar con un entrenamiento de acuerdo a sus capacidades, iniciando el aprendizaje de la lecto-escritura.

Otros tratamientos. Hay una enorme cantidad de terapias, la mayoría de las cuales no tiene una validación experimental de resultados. Mencionaremos entre otras:

- **Vitamina B6.** Algunos le atribuyen éxito en la reducción de los síntomas autistas cuando se ingiere en grandes cantidades.

- **Dietas sin gluten ni caseína.**

- **Entrenamiento de integración auditiva.** Método para modificar la sensibilidad de las personas a los sonidos en diferentes frecuencias. Ayudaría a niños autistas que muestran una fuerte aversión hacia algún tipo de sonido.

- **Terapia de integración sensorial.** Método que se basa en ayudar a los autistas aplicándoles experiencias sensoriales fuertes, por ejemplo: balanceo, saltos, vueltas, rodar, etcétera.

- **Terapia de abrazos.** Marta Welch es su defensora principal. Argumenta que el autismo está causado por falta de vínculo maternal con el niño. El niño es abrazado a la fuerza por la madre. Varios autores opinan que esta terapia ofrece simplemente una estimulación sensorial, pero que su base psicológica es errada.

- **Terapia de juegos.**

- **Terapia con delfines.** Se baña a los niños en una piscina con delfines para estimular la comunicación del autista con ellos.

SINDROME DE RETT

Es un trastorno neurológico visto casi exclusivamente en niñas y que se encuentra en una variedad de grupos étnicos y raciales. Fue descrito por el Dr. Andreas Rett en 1966.

Los niños con este trastorno muestran un período de desarrollo casi normal hasta los 6-18 meses de edad. A partir de ese momento se observa una disminución del crecimiento del cráneo, seguido de una detención de las principales destrezas con pérdida de la capacidad de comunicación y movimientos de las manos sin un propósito claro. Una incapacidad para programar los movimientos motores del cuerpo (dispraxia), es uno de los principales problemas del trastorno.

Es a menudo diagnosticado erróneamente como autismo, parálisis cerebral, o retardo inespecífico del desarrollo.

Se le atribuye una frecuencia de 1:10.000 a 1:23.000 mujeres.

La mayoría de los investigadores está de acuerdo en que es un trastorno del desarrollo más que un trastorno progresivo degenerativo como un tiempo se pensó.

A pesar que hay una fuerte evidencia de una base genética, su origen y causa permanece desconocido.

Criterios diagnósticos DSM IV

A. Todas las características siguientes:

- Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
- Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
- Circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

- Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.

- Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y los 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos estereotipados (p.ej., escribir o lavarse las manos).

- Pérdida de interacción social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia se desarrolla posteriormente).

- Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.

- Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Tratamiento

El curso de la enfermedad puede ser mejorado por terapias que ayudan a detener el progreso de las dificultades motoras y las destrezas de comunicación. La fisioterapia destinada a mantener la deambulacion y el equilibrio es muy importante. Del mismo modo, la terapia ocupacional puede ayudar a mejorar el uso de las manos.

Una evaluación fonoaudiológica es importante para corregir y estimular las fallas de comunicación.

Se recomienda exposición temprana a libros, juguetes y música apropiada para la edad.

SINDROME DE ASPERGER

Fue descrito por Hans Asperger en 1944, mostrando una serie de casos que se apartaban de las características descritas por Kanner en 1943 para el autismo infantil. Los casos analizados diferían principalmente en que el lenguaje estaba menos retrasado, los déficits motores eran más comunes, el comienzo era más tardío y los pacientes eran sólo niños. Actualmente, sin embargo, han aparecido casos reportados en niñas.

Para muchos autores no está claro si este síndrome es diferente al autismo sin retardo mental, o lo que se ha llamado "autistas altamente funcionantes".

A pesar de su incorporación al DSM IV, el conocimiento es aún muy limitado. Por ejemplo no se conoce la tasa hombres/mujeres, ni su frecuencia o si hay factores genéticos que aumenten su frecuencia en miembros del grupo familiar.

Criterios DSM IV

Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.

- Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).

- Ausencia de reciprocidad social o emocional.

Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

- Preocupación absorbente por uno o más patro-

nes de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, o por su objetivo.

- Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

- Manerismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo, sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).

- Preocupación persistente por partes de objetos.

El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (por ejemplo, a los dos años de edad utiliza palabras sencillas, a los tres años de edad utiliza frases comunicativas).

No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

Tratamiento

El tratamiento en estos pacientes es esencialmente sintomático y de soporte. Debe estimularse la adquisición de destrezas de interacción social así como en otras áreas de funcionamiento. Una terapia de apoyo centrada en problemas de empatía, dificultades sociales y síntomas depresivos puede ser útil, aunque es muy difícil que estos sujetos acepten una psicoterapia de *insight*.

El tratamiento farmacológico se orienta a tratar los problemas depresivos, obsesivos o angustiosos, pero es importante dejarle en claro a los padres que esta terapia no resuelve el trastorno en su totalidad.

TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL

Este trastorno es bastante menos frecuente que el autismo, por lo que nos referiremos sólo a algunos hechos relacionados con el problema.

Este trastorno desarrolla síntomas que parecen autismo pero sólo después de un periodo relativamente prolongado (generalmente 2 a 4 años) de desarrollo normal.

El niño pierde su lenguaje, interés en el medio social, pierde el control de esfínteres, habilidades de autocuidado y hay una pérdida de interés en el medio ambiente.

En general, la información disponible señala que el pronóstico de este trastorno es peor que el del autismo.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV. Barcelona: Masson SA, 1995.
- Anderson GM. Studies on the neurochemistry of autism. En: Bauman ML, Kemper TL. The Neurobiology of Autism. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1994; 227-42.
- Ballaban-Gil *et al*. Longitudinal examination of the behavioral, language, and social changes in a population of adolescents and young adults with autistic disorder. *Pediatr Neurol* 1996; 15:217-23.
- Bryson SE *et al*. First report of a Canadian epidemiological study of autistic syndroms. *J Child Psychology Psychiatry* 1998; 29:433-45.
- Comings DE *et al*. Clinical and genetic relationships between autism-pervasive disorder and Tourette syndrome: a study of 19 cases. *Am J Med Genet* 1991; 39:180-91.
- Cook EH Jr *et al*. Evidence of linkage between the serotonin transporter and autistic disorder. *Molecular Psychiatry* 1997; 2:247-50.
- Chaberslain RS, Herman BH. A novel biochemical model linking dysfunctions in brain melatonin, propiomelanocortin peptides, and serotonin in autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*; 28:773-93.

Delong R. Children with autistic spectrum disorder and family history of affective disorder. *Dev Med Child Neurology* 1994; 36:674-87.

Gillberg C, Coleman M. Autism and medical disorders: a review of the literature. *Dev Med Child Neurology* 1996; 38:191-202.

Klin A, Volkmar FR, Sparrow SS, Cicchetti DV, Rourke BP. Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: convergence with nonverbal learning disabilities syndrome. *J Child Psychol Psychiatr* 1995; 36:1127-40.

Mc Eachin JJ, Smith T, Lovaas OI. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *Am J Mental Retard*; 97:359-72.

Ritvo ER *et al*. The UCLA-University of Utah epidemiologic survey of autism: the etiologic role of rare diseases. *Am J Psychiatr* 1990; 147:1614-21.

Rutter M, Bailey A, Bolton P, Le Couteur A. Autism and known medical conditions: myths and substance. *J Child Psychol and Psychiatr* 1994; 35:311-22.

Volkmar FR, Cohen DJ. Desintegrative disorder or "late onset" autism. *J Child Psychol and Psychiatr* 1989; 30:717-24.

Woodhouse W *et al*. Head circumference in autism and other pervasive developmental disorders. *J Child Psychol and Psychiatr* 1996; 37:665-71.

TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

PATRICIO FISCHMAN

Antecedentes y definiciones conceptuales

La utilización del término "psicosomático" data de principios del siglo XIX. Se encuentra mencionado por psiquiatras como Heinroth y Bucknill. Sin embargo, y pese a haber sido utilizado, bajo el concepto de "psicofisiológico" por investigadores como Pavlov y Cannon hacia fines de siglo, no fue sino hasta la tercera década del presente siglo que se comienza a utilizar formalmente. Deutsch en 1922 acuña la frase "medicina psicossomática" y Helen Dunbar la designa como un área de investigación científica, válida y legítima.

La medicina psicossomática concierne la exploración científica de la relación entre los factores psicológicos y los procesos fisiológicos en general, y la patogénesis de las enfermedades en particular.

En un contexto más amplio corresponde a un enfoque o perspectiva filosófica del cuidado y abordaje de los pacientes que involucra y enfatiza los aspectos psicosociales de la atención médica.

Durante el presente siglo han predominado, entonces, estas dos acepciones del concepto de lo "psicosomático":

- una rama científica involucrada en el estudio de los efectos psicológicos en los estados fisiológicos;

- un enfoque filosófico acerca del cuidado y atención de los pacientes, enfatizando la integración de conceptos biológicos, psicológicos y sociológicos.

Algunos problemas conceptuales han derivado del uso de esta terminología:

- una escisión de la relación mente cuerpo implícita en el término psicossomático;

- el uso peyorativo de este término, tanto por el público en general como por la comunidad médica, ya que se asocia a formas "ilegítimas" de enfermar, generadas por personas "inmaduras" que "imaginan" o de "alguna manera psicológica crean" los síntomas físicos.

Clasificación y nomenclatura actual

En las sucesivas ediciones del Manual Diagnóstico Estadístico (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana aparece una evolución cronológica de los acercamientos nosológicos en esta rama científica. El DSM II, en 1968, designa bajo la rúbrica de "Trastornos psicofisiológicos", a aquellas condiciones en las cuales factores psicológicos y emocionales desencadenan la formación de síntomas somáticos. El DSM III, en 1980, modifica la terminología adoptando la categoría de "Factores psicológicos que afectan los estados físicos". Se intentaba así integrar las contribuciones psicológicas a las enfermedades médicas dentro de un sistema diagnóstico multiaxial, ampliando el rango de factores emocionales y conductuales que pudiesen contribuir al comienzo o exacerbación de enfermedades físicas.

El DSM IV, en 1994, reevalúa extensamente esta categoría clínica y decide mantenerla pese a la abundante controversia. Con el fin de tornarla más útil clínicamente, contiene un formato de subcategorización que permite especificar el tipo de factor psicológico o conductual que afecta el estado médico del paciente: comienzo, exacerbación o desenlace de una enfermedad física.

Críterios diagnósticos para factores psicológicos que afectan al estado físico

A. Presencia de una enfermedad médica (codificada en el eje III).

B. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:

- los factores han influido en el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación.

- los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica.

- los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona;

- las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica.

Escoger nombre basándose en la naturaleza de los factores psicológicos (si hay más de un factor, indicar el más prominente). Por ejemplo:

Trastorno mental que afecta a... (indicar enfermedad médica) (por ejemplo: un trastorno del eje I como trastorno depresivo mayor que retrasa la recuperación de un infarto de miocardio).

Síntomas psicológicos que afectan a... (indicar enfermedad médica) (por ejemplo, síntomas depresivos que retrasan una recuperación quirúrgica; ansiedad que exacerba una crisis de asma).

Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento (enfrentamiento) que afectan a (indicar enfermedad médica) (por ejemplo, negación patológica de la necesidad de cirugía en un paciente con cáncer; comportamiento hostil e impaciente que contribuye a la enfermedad cardiovascular).

Comportamientos desadaptativos que afectan a... (indicar enfermedad médica) (por ejemplo, sobrealimentación, falta de ejercicio, comportamientos sexuales de riesgo).

Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a... (indicar enfermedad médica) (por ejemplo, exacerbación de una úlcera relacionada con el estrés, hipertensión, arritmia o cefalea tensional).

Otros factores psicológicos no especificados que afectan a... (indicar la enfermedad médica) (por ejemplo, factores interpersonales, culturales o religiosos).

Teorías psicossomáticas

Teorías iniciales

En tiempos prehistóricos predominaba la idea de que fuerzas externas afectaban al cuerpo y que la enfermedad representaba la intervención de espíritus o fuerzas malignas, o bien el resultado de una intervención divina para probar o castigar al culpable o hereje. Las "curaciones" contemplaban tanto el exorcismo como la destrucción (del cuerpo) de la persona enferma (poseída). El poder de la oración, la súplica, los rituales y los sacrificios como invocación a la ayuda terapéutica de poderes superiores sigue vigente hasta el tiempo presente.

El pensamiento clásico de los antiguos griegos (Hipócrates, Aristóteles, Platón y Sócrates) consideraba la relación existente entre los estados emocio-

nales (ira, temor, alegría, amor) y los estados físicos, en la llamada "doctrina de las pasiones". Hipócrates estableció conceptos psicossomáticos primordiales al postular su "teoría de los humores".

Galeno, posteriormente, validaba la importancia de las emociones en la génesis de enfermedad.

Pese a la responsabilidad que le cupo en propiciar un dualismo mente-cuerpo, el cual dificultó una integración holística de los modelos psicossomáticos en la evolución de la medicina moderna, René Descartes, por otro lado contribuyó a su facilitación al especificar a la glándula pineal del cerebro como el lugar donde mente y cuerpo interactuaban.

Postulaba así una extensa interacción entre estados afectivos y material somático, explicando que la mayoría de los aspectos afectivos eran primariamente somáticos.

Teorías psicoanalíticas

Conceptos psicossomáticos tales como la participación de factores psicológicos en la etiología de reacciones conversivas histéricas, como la parálisis y la ceguera, fueron aportes teóricos de Sigmund Freud (1900). Las entendía como la manifestación sustitutiva de un conflicto psíquico inconsciente, involucrando órganos inervados sólo por el sistema nervioso voluntario neuromuscular o el sensorio motor. La energía psíquica acumulada sería entonces descargada a través de vertientes fisiológicas.

Visiones neo-freudianas como la de Sandor Ferenczi (1910) aplicaban el concepto de histeria conversiva también a órganos inervados por el sistema nervioso autónomo, explicando así enfermedades como la colitis ulcerativa sobre la base de representaciones de fantasías psíquicas específicas.

La teoría conversiva es llevada al extremo de lo absurdo al invocarse teorías psicodinámicas en prácticamente todas las enfermedades; como en las fiebres y las hemorragias, las cuales eran entendidas como poseyendo significados psíquicos ocultos (Groddeck, Jelliffe 1910).

La tradición psicoanalítica en la teorización psicossomática culmina con el trabajo de Franz Alexander (1934) quien diferencia la conversión histérica de las llamadas neurosis de órgano. Estas últimas estarían causadas por conflictos inconscientes entre deseos o impulsos agresivos o dependientes y efectos opuestos del yo y superyó, llevando a distrés emocional crónico. Los conflictos psicodinámicos definidos se postulan entonces como causas de tipos específicos de enfermedades a consecuencia del estrés, el que causaría un estado de alerta autonómico, que aunque parcialmente suprimido, redundaría en distrés emocional y fisiológico crónico. Es decir, los síntomas psicossomáticos ocurrirían

sólo en órganos inervados por el sistema nervioso autónomo y no tendrían un significado psíquico específico (como en la conversión histérica), sino, serían más bien el resultado final de prolongados estados fisiológicos, que son los acompañantes de ciertos conflictos psíquicos específicos, reprimidos e inconscientes.

Alexander aplicaba esta teoría principalmente a siete enfermedades: la hipertensión esencial, artritis reumatoidea, tirotoxicosis, úlcera péptica, colitis ulcerosa, asma bronquial y neurodermatitis.

Helen Dunbar (1936) sugirió un tipo particular de personalidad asociado a enfermedades psicósomáticas específicas, en un concepto precursor de las teorías de la personalidad tipo coronaria o tipo "A" de Friedman (1959).

Helen Deutsch (1939) postulaba la influencia de traumas emocionales del nacimiento y de la infancia como predisposición a enfermedades psicósomáticas en la vida adulta.

La teoría de la especificidad ha sido esencialmente desvirtuada e incluso vilificada. Sin embargo, los aportes de Alexander se reconocen y validan por su abordaje multifactorial de la vulnerabilidad de enfermar, el cual considera en plenitud los factores que contribuyen e interactúan, tales como los constitucionales (genéticos), los medioambientales o del entorno y una variedad de factores psicosociales. Alexander centró también su interés en el tipo de enfermedad "escogida" (el porqué de una enfermedad que se expresa y no otra, en una persona específica), relacionando la "elección" de la expresión de enfermedad a factores psicodinámicos.

Ruesch (1958) enfatizó la importancia de la comunicación entre las personas, es decir, la comunicación del paciente con su entorno. Un trastorno en aquella comunicación conllevaría a enfermedad psicósomática, la cual sería un modo "regresivo" de comunicación. Sifneos y Nemiah (1970) elaboraron el concepto de *alexitimia*, explicando la formación de síntomas psicósomáticos como el resultado de detenciones o deficiencias en el desarrollo emocional de las habilidades de expresar afectos relacionados con conflictos. Por ejemplo, la incapacidad de "leer" y por lo tanto expresar y comunicar emociones o sentimientos conflictivos, hace que éstos tomen una vía de expresión somática.

Teorías psicofisiológicas

Cannon (1927), basándose en los diseños experimentales de Pavlov, demostró la existencia de los concomitantes fisiológicos de las emociones y la importancia del rol del sistema nervioso autónomo en aquellas reacciones. Wolff (1943), usando tests objetivos de laboratorio, intentó correlacionar even-

tos vitales estresantes, y conscientes, a respuestas fisiológicas, las que en caso de mantenerse en el tiempo, pudiesen ocasionar un cambio estructural. Estableció los paradigmas básicos de investigación en psiconeuroendocrinología y psicocardiología.

Selye (1945) demostró el desarrollo de un *síndrome de adaptación general*, con participación de hormonas corticoesteroidales, cuando un organismo es sometido a estrés.

Mason (1968) enfatizó el rol de la respuesta emocional individual, como el factor primordial en la determinación de la magnitud de las respuestas fisiológicas relacionadas al estrés. Sus conceptos presajaron los de Lazarus (1984), quien enfatizó la evaluación (calificación y jerarquización) emocional individual que toda persona hace del estresor, como factor crítico y determinante de la respuesta o reacción ante éste.

Friedman (1959), como se menciona antes con relación a los conceptos de Dunbar, promulgó la asociación de un tipo específico de personalidad, a la cual él denomina "coronaria o tipo A", con el riesgo de enfermedad cardiovascular. Ader y Solomon (1964) establecieron los conceptos básicos de la psiconeuroendocrinología: las relaciones y conexiones entre procesos psíquicos, funciones neuroendocrinas y funcionalidad del sistema inmune.

Teorías socioculturales

Horney, Halliday y Mead (1947) enfatizaron las influencias culturales en el proceso de desarrollo de enfermedades psicósomáticas. Estas influencias culturales, como por ejemplo en relación al amamantar y la crianza de los hijos, influyen a la madre y por ende afectan la relación madre-hijo y por lo tanto también al niño.

Holmes y Rahe (1975) desarrollaron un instrumento (escala jerarquizada) que correlaciona sistemáticamente la severidad y el número de eventos vivenciales estresantes recientes con la probabilidad de enfermar. Cassel (1976) enfatizó el que los factores psicosociales pueden intervenir tanto como *estresores* o *protectores* en la determinación de vulnerabilidad a enfermar.

Teorías sistémicas

Mayer (1958), formuló un enfoque psicobiológico en la evaluación de los pacientes, el cual enfatiza la exploración integral de aspectos del desarrollo evolutivo, como aspectos psicológicos, sociales, del entorno y también biológicos, en relación al estado particular de cada paciente.

Lipowski (1970) propuso un abordaje total de la

enfermedad psicósomática, considerando factores externos, internos e históricos:

Factores externos: ecológicos, medioambientales, infecciosos, culturales.

Factores internos: biológicos (genéticos, somáticos y constitucionales), emocionales.

Factores históricos: pasados y presentes.

Engel (1977), basándose en la teoría general de sistemas, desarrolló el concepto *biopsicosocial*, y Weiner (1977) invocó también un modelo integrativo de los factores que contribuyen a la vulnerabilidad de enfermar, pero enfatiza la necesidad de entender estos procesos en los niveles genéticos, moleculares y neurofisiológicos.

Modelo de estrés

Investigaciones epidemiológicas de una variedad de eventos vivenciales estresantes, como la muerte de un familiar, abandono, separaciones, fracaso académico o laboral, desastres naturales, deterioro socioeconómico, escaso apoyo social, etc., demuestran el aumento de la probabilidad de enfermar y de un desenlace médico desfavorable.

Un modelo que resume adecuadamente el entendimiento actual del concepto de estrés considera un enfoque científico interdisciplinario. En él se identifican tres elementos principales de estrés:

- el activador del entorno (medioambiental);
- la reacción al activador (la reacción de estrés);
- las consecuencias resultantes.

Los activadores pueden ser reales o potenciales, dependiendo del significado del prospectivo estresor para el individuo. Un *activador* sería un evento o condición interna o externa que pudiese alterar el estado psíquico o físico de una persona. Los activadores pueden ser cualificados y cuantificados en base a la intensidad, duración, frecuencia y de acuerdo al nivel orgánico en la cual actúen, esto es, en forma global o molecular. Un activador se transforma en un estresor si su efecto se considera suficiente como para ocasionar una reacción física o psicológica significativa. Una reacción al activador (*reacción de estrés*) puede también ser cuantificada y descrita cualitativamente desde un punto de vista psicológico y físico; y puede también involucrar una variedad de mecanismos de estabilización y equilibrio. Las *consecuencias* son lo que se considera el efecto prolongado de las reacciones, las que pueden ser biológicas, psicológicas y sociológicas.

La secuencia activación-reacción-consecuencia (A-R-C) es individualizada y está determinada por la percepción que la persona tiene del evento y por su habilidad de enfrentarlo.

Los *mediadores* son cualidades y características

de la persona, del entorno, o del medio social, los que pueden ofrecer efectos protectores o bien impartir una vulnerabilidad adicional. La secuencia A-R-C constituye un sistema interactivo en el cual cada parte interactúa y modifica las otras. Los mediadores pueden incluso ser modificados como resultado de experiencias pasadas y del éxito o fracaso en los esfuerzos realizados con el fin de producir adaptación.

Procesos e interacciones psicósomáticas en niños

Las investigaciones realizadas examinando los efectos biológicos del apego y de la separación traumática, tanto en animales como en humanos en desarrollo, han aportado significativamente a la validación de muchos de los conceptos psicósomáticos. Por ejemplo, existe una relación ya tradicional entre el comienzo de una enfermedad física con los efectos estresantes del estado de duelo y pérdida afectiva. Las pérdidas con las que no se ha podido lidiar ni enfrentar, o bien han abrumado las capacidades adaptativas de una persona, pueden ocasionar una ruptura de los mecanismos de resistencia a las enfermedades y precipitar el comienzo o la exacerbación de enfermedades desde la diabetes hasta el cáncer.

Separaciones traumáticas y pérdidas han sido consideradas causa de enfermedad psiquiátrica desde tiempos lejanos. La depresión anaclítica de lactantes privados de cuidados maternos conlleva a detención del desarrollo e incluso la muerte. En primates se ha descrito un fenómeno similar al ser separados de la madre. Inicialmente se desarrolla una fase de protesta y búsqueda frenética, luego se observa una respuesta depresiva con expresión facial triste, postura alicaída, cese del juego, aislamiento y otros cambios sociales.

Como se mencionaba anteriormente, los niños, debido a su inmadurez e indiferenciación neural, son particularmente sensibles y vulnerables a los efectos de agentes externos y también a eventos como separaciones y pérdidas o dificultades en la relación con las figuras parentales. Experiencias como éstas pueden afectar significativamente y globalmente el desarrollo psicológico y físico de estos niños. La evolución de la madurez neural en los niños va íntimamente ligada a los procesos de diferenciación psicológica.

En las últimas dos décadas, se ha estudiado la asociación de eventos vivenciales estresantes y trastornos fisiológicos graves en poblaciones infanto-juveniles, en casos tales como la exacerbación de asma bronquial y en infecciones estreptocócicas recurrentes. También se ha intentado correlacionar,

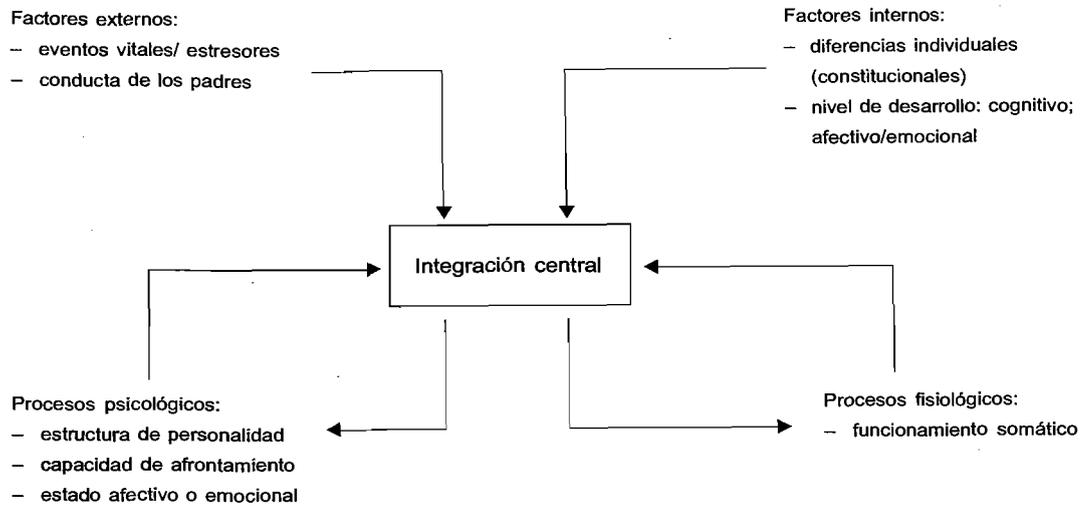


Figura 17-1. Modelo de interacciones entre procesos fisiológicos y psicológicos.

al igual que en adultos, algunos rasgos de personalidad premórbidos con enfermedad inflamatoria intestinal y con síndromes de dolor recurrente. Pese a lo difícil de discernir entre factores precursoros y reacciones de adaptación a la enfermedad, es claro que algunos estados afectivos en niños, tales como la angustia y la depresión, exacerban una variedad de trastornos somáticos.

El modelo presentado en la Figura 17-1 vuelve a presentar un concepto neurofisiológico de organización centro - periferia a través de señales aferentes y eferentes continuas. Los órganos periféricos reciben y envían señales desde y hacia la corteza cerebral. De la misma manera, las funciones psicológicas, representadas por la estructura de personalidad, capacidad de enfrentamiento y estado afectivo, envían y reciben señales desde y hacia la corteza. A su vez, las funciones integradoras centrales son modificadas por factores externos e internos. Los factores internos incluyen las diferencias individuales o constitucionales y los niveles del desarrollo cognitivo y emocional.

Las diferencias individuales son clínicamente observables a través del "temperamento", o en niveles distintos de sensibilidad a estímulos externos e internos.

Estas variables serían, muy probablemente, mediadas por un funcionamiento neuroquímico, ya que siendo identificadas en la infancia precoz, rara vez

sufren modificaciones sustanciales en el desarrollo hacia la adultez.

En cualquier punto en el tiempo, la función integrativa central está determinada por el estado evolutivo, tanto cognitivo como afectivo.

En los primeros años de vida, debido a la escasa diferenciación de los procesos fisiológicos y psicológicos, las respuestas del niño, tanto a los factores externos como internos, tienden a ser más bien respuestas globales que definidas o discretas. Tal es el caso de niños que ante la deprivación psicosocial (afectiva) reaccionan a través de una detención o retraso general de su crecimiento. Es así como este trastorno revela las íntimas interconexiones entre los mecanismos fisiológicos que controlan el crecimiento físico y los efectos psicológicos de la relación figura parental - niño. El "fracaso" en el crecimiento es generalizado y no sólo expresado en un retraso físico, sino que también el desarrollo psicológico se paraliza.

En niños mayores, generalmente se aprecian síntomas somáticos más diferenciados acompañando a una disfunción psicológica.

Trastornos fisiológicos en infantes

Dado el desarrollo de un tipo de respuesta global e indiferenciada a procesos psicológicos, en esta edad existen menos presentaciones somáticas.

Retraso o detención del crecimiento de origen psicosocial (*Failure to thrive*). Como se describió anteriormente, es una profunda perturbación física a la luz de un entorno ambivalente o rechazante del punto de vista emocional.

Trastornos de la alimentación:

Calasia, mericismo o rumiación. Estas manifestaciones generalmente ocultan un marcado desinterés del niño por su entorno y antecedentes de carencias en la relación materno - infantil. Pueden presentarse durante el 1^{er} y 2^{do} año de vida.

Rechazo alimentario. También denominado anorexia del segundo semestre, es con frecuencia una reacción oposicionista a algún cambio en la relación madre - hijo o en las rutinas diarias, incluyendo el cese del amamantamiento.

Cólicos idiopáticos. Los cólicos de los primeros meses de vida parecieran representar una combinación de factores individuales y constitucionales del infante con una maternidad ansiosa e insegura.

Síndromes de dolor recurrente en niños mayores

En niños mayores, las respuestas fisiológicas mejor diferenciadas permiten una mayor especificidad de "elección" de órganos blanco para los procesos psicológicos, como ocurre en los síndromes de dolores recurrentes. Los más frecuentes en niños son los dolores abdominales (en un 10-15%), articulares o de extremidades (15%) y cefaleas (15-20%). En menos de un 10% de estos niños se encuentra una sola causa fisiológica del dolor.

La disfunción somática en estos síndromes dolorosos es variable. Puede ir desde lo sutil e indetectable hasta trastornos sistémicos significativos como en la enfermedad inflamatoria intestinal o en la migraña. Las señales de disfunción periférica se transportan a la corteza cerebral donde se localizan e interpretan. Esta interpretación individual lleva a la variedad de las respuestas a estados disfuncionales similares. En este caso, a descripciones disímiles respecto de la intensidad del dolor.

La evaluación del funcionamiento a un nivel central es importante ya que existen diferencias individuales en la respuesta no sólo al dolor, sino que también en la respuesta o reacción a una variedad de señales somáticas. Existen niños vigilantes de sus propios procesos internos y que pueden expresar esta hipervigilancia también a través de síntomas somáticos. En el otro extremo están aquellos pequeños que raramente responden a cualquiera sea el tipo de disfunción somática que experimenten. Estas diferencias pueden apreciarse en aquellos niños inquisitivos y sensibles a los cambios, los que con

mayor frecuencia responden a señales de disfunción somática y expresan formación sintomática. A mayor madurez intelectual y emocional, mayor diferenciación evolutiva y por lo tanto mayor especificidad en las respuestas de los diferentes sistemas a las centrales reactivas a estados afectivos como la angustia y la tristeza. Se desconoce la razón de la "elección" del órgano efector. El nivel cognitivo del niño influye en su respuesta al dolor a través de la capacidad de comprensión que este tenga del funcionamiento corporal. Los niños elaboran sus propias ideas de la razón del dolor en base a su grado de madurez cognitiva.

Factores externos o del entorno también afectan la integración central de las señales de dolor. Los eventos vivenciales estresantes son generalmente los gatillantes de muchos de estos síndromes dolorosos. Sin ser el factor causal único, estos estresores generan una variedad de emociones -miedo, tristeza, angustia- y a través de ese proceso activan una vía somática hacia algún órgano o sistema, o amplifica una señal somática que de otra forma hubiese sido ignorada.

Las respuestas parentales del niño al dolor son otro canal de reforzamiento de vías somáticas, ya que el niño puede aprender que la queja tiene aspectos tanto dolorosos como agradables (el concepto de ganancia secundaria).

Finalmente, el proceso integrativo central iniciado por las señales somáticas también se conecta al funcionamiento psicológico del niño e influencia la capacidad de enfrentamiento, su estado afectivo, y el desarrollo de su personalidad. En la clínica se perciben aquellos niños con dolores recurrentes que desarrollan capacidades de enfrentamiento (*coping*) y estados afectivos predominantes y relativamente específicos.

En todos estos casos, la evaluación fisiológica es una pequeña parte de la exploración integral y multidisciplinaria que debiese ocurrir. El proceso diagnóstico debe contemplar la obtención de anamnesis en forma reiterativa, observaciones seriadas en el tiempo y conversaciones con el niño y la familia. Con aquellos infantes en etapa preverbal, una evaluación de su nivel de desarrollo es una manera de explorar sus capacidades adaptativas y su estilo de interacción. Es también necesario el trabajo conjunto de un pediatra, la obtención de una historia médica familiar, y exámenes de laboratorio para evaluar la integridad de los sistemas u órganos en estudio.

Relaciones de colaboración entre pediatras y psiquiatras infantiles

Hasta épocas recientes, la colaboración entre pediatras y psiquiatras asumía el que cada uno abor-

daba aspectos separados y diferentes de los problemas de los niños. Los términos *orgánico* y *no-orgánico* indicaban una división diagnóstica crítica entre los problemas fisiológicos y psicológicos de los niños. Los pediatras habitualmente diagnostican problemas no-orgánicos a través de eliminar todas las posibles causas orgánicas y consideran la categoría no-orgánica como de dominio y soberanía psiquiátrica. Este proceso excluyente dicotomiza ya que cualquier sugerencia de disfunción orgánica parecería excluir la posibilidad de un trastorno psicológico concomitante. Por otro lado, el psiquiatra infantil muchas veces refiere los problemas orgánicos al pediatra. Este enfoque categorial dicotómico genera escasa interacción y colaboración entre especialistas. Es así como está siendo gradualmente reemplazado por una perspectiva multifactorial de la interacción entre procesos psicológicos y fisiológicos. Esta visión multifactorial enfatiza y facilita una relación colaborativa entre pediatras y psiquiatras, al compartirse intereses y desarrollar un lenguaje comunicacional común. El campo de las interacciones psicológicas - fisiológicas es tan abundantemente complejo, en sus vertientes tanto clínicas como de investigación, que no puede pertenecer a especiali-

dad alguna. La necesidad de un entendimiento y abordaje multidisciplinario garantiza, eventualmente, el tipo de atención clínica que nuestros pacientes y sus familias se merecen.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander F. Psychosomatic Medicine. New York: WW Norton & Co., 1950.
- Alexander F. The History of Psychiatry. New York: Harper & Row, 1966.
- Engel G. The Biopsychosocial Method. Ann Int Med 1974; Lipowski ZI. Psychosomatic Medicine: Past and Present. Can J Psych, 1986.
- Mayer A. Psychobiology: A Science of Man, 1958.
- Reiser M. Changing Theoretical Concepts in Psychosomatic Medicine, 1975.
- Selye H. The Stress of Life. New York: Mc Graw-Hill, 1978.
- Weiner H. Psychobiology and Human Disease. New York: Elsevier, 1977.
- Mayes L. Biomedical Assessment: the interaction of psychological and physiological processes. Psychiatry, Lippincot, 1988.

Capítulo 18

TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

CARLOS ALMONTE

El estudio del desarrollo de la psicosexualidad en el niño y en el adolescente, ha interesado a los distintos profesionales involucrados de manera directa o indirecta en el desarrollo psíquico del ser humano.

Los trastornos que puedan ocurrir en este desarrollo han motivado múltiples investigaciones en el área de la psicología y psiquiatría, tanto infantil como de adultos. Al respecto, es importante para la psiquiatría infantil todo lo referente al desarrollo psicológico normal y perturbado, siendo la psicosexualidad uno de los aspectos básicos de éste. Freud, ya postulaba el papel central de la sexualidad en el desarrollo humano y en el funcionamiento de la estructura psíquica.

Para la psiquiatría de adultos, el interés por las perturbaciones del desarrollo psicosexual surge del hecho que la mayoría de los adultos con este tipo de trastornos registran antecedentes de haber iniciado las manifestaciones de éstos durante la niñez y adolescencia.

Antecedentes históricos

Las investigaciones en esta materia se han referido al desarrollo de la identidad de género, a las conductas típicas del sexo en niños con desarrollo psicosexual normal y perturbado, además de estudios retrospectivos en adultos homosexuales y transexuales.

Ya en 1957 Money publica los resultados del estudio de la identidad de género en niños con ambigüedad de los genitales externos, concluyendo que al ser educados éstos como miembros definidos de uno u otro sexo, lograban una identidad de género estable entre los 18 y 36 meses de edad.

En 1960, Green y Money, describen 5 niños con conductas sexuales del sexo opuesto y dificultades en el logro de la identidad de género, cuya descripción marca el inicio de numerosos estudios en este campo. En las principales clasificaciones interna-

cionales (DSM-IV, ICD-10) se han utilizado las descripciones hechas por estos autores en la elaboración de los criterios diagnósticos de los trastornos de la identidad de género en niños.

Años más tarde, en la década del setenta, F. Whitam estudia en homosexuales masculinos adultos, el antecedente de conductas del rol sexual opuesto en la niñez y adolescencia, encontrando que el 40% tenía antecedentes de haber usado ropa femenina o haber participado en juegos típicamente femeninos.

En 1979, Imperato-Mc Ginley y cols. describen varones con deficiencia de alfa-1-5 reductasa, a quienes se les asignó el sexo femenino por la apariencia de los genitales externos, los cuales revirtieron su identidad de género y conductas del rol sexual cuando las características sexuales secundarias masculinas se hicieron presentes en la pubertad (síndrome huevo doce).

Hamer y cols., en 1993, publican resultados genéticos, encontrando anomalías en el brazo largo del cromosoma X en un grupo seleccionado de varones homosexuales adultos.

DESARROLLO DE LA PSICOSEXUALIDAD

Diferentes teorías explicativas se han desarrollado para explicar algunos aspectos del desarrollo de la psicosexualidad, pero ninguna de ellas explica todos los aspectos involucrados, ya que tanto el desarrollo normal como el perturbado obedecen a múltiples factores.

A continuación se mencionarán los principales grupos de teorías explicativas respecto a la psicosexualidad.

Teorías biológicas

Se han centrado en la influencia de las hormonas sexuales prenatales en las conductas sexuales que

diferencian a ambos sexos. Mediante la inyección de propionato de testosterona oxígena en hembras de macacos *rhesus* en distintos momentos del embarazo, se ha podido inducir conductas típicamente masculinas en ausencia de modificaciones de las estructuras reproductivas externas, lo que sugiere que puede haber una separación en los efectos morfológicos y conductuales de las hormonas sexuales en primates no humanos. Se postula que mecanismos similares podrían presentarse en el ser humano.

Teorías del desarrollo cognitivo

Esta teoría relaciona el desarrollo psicosexual al proceso de organización cognitiva. Plantea que mientras el niño está formando su propia identidad y rol sexual, puede verse influido por diversos factores ambientales. Los valores de lo masculino y lo femenino y las conductas respectivas, se desarrollan por una necesidad de conducirse de modos que son consistentes con el concepto que tiene el niño de sí mismo de ser hombre o mujer. Una vez que estos valores se han adquirido, el deseo de ser masculino o femenino lleva a la identificación con modelos masculinos o femeninos.

Teorías del aprendizaje social

Considera que la imitación y/o identificación con modelos del mismo sexo y refuerzos diferenciales de conductas del rol social, constituyen la base del desarrollo psicosexual.

El desarrollo normal de la psicosexualidad está orientado a que se realicen los propósitos específicos para cada etapa del desarrollo:

- Identificación de género corresponde a la identificación psicológica con el sexo biológico.
- Tipificación sexual se refiere a la incorporación de los roles diferenciales por la cultura para los individuos de distinto sexo.
- Elección de pareja, orientación del erotismo hacia una determinada configuración apetecible.

Finalmente, debería lograrse la integración armónica de la sexualidad a los distintos componentes de la personalidad adulta.

El desarrollo de la sexualidad normal y perturbada resulta como todo desarrollo, de la interacción estructurante de factores biológicos (genético-disposicionales) y de factores psicosociales y culturales.

Factores biológicos

Es fundamental considerar este aspecto, ya que toda conducta, para expresarse, requiere un sustrato

biológico. En tal sentido, el sexo, desde el punto de vista biológico se refiere al conjunto de caracteres morfofuncionales que permiten, a través del mecanismo de recombinación de material genético, la perpetuación de la especie.

El sexo biológico está integrado por diferentes componentes que se refieren a:

Sexo génico. Se refiere a la diferenciación de la gónada a testículo u ovario por acción de segmentos de ADN.

Sexo cromosómico. Se refiere a la diferencia en la dotación de los cromosomas sexuales, siendo XX en la mujer y XY en el varón, y cuya mayor importancia está relacionada con la transmisión de caracteres y enfermedades hereditarias.

La genética molecular intenta localizar la influencia genética de la orientación sexual. Hamer DH y colaboradores describen en 1993, una vinculación entre la orientación sexual de algunos varones y marcadores de ADN, en las proximidades del término del brazo largo del cromosoma X en la región XQ 28. Su estudio lo realiza en un grupo de 40 familias en las que existían dos hermanos homosexuales con antecedentes en la línea materna (tíos y primos) de homosexualidad, en efecto, en el 64% de los pares de hermanos investigados se encontraron 5 marcas polimórficas localizadas en el cromosoma X. Este hallazgo indicaría que en un subgrupo de varones homosexuales su orientación sexual podría ser influida genéticamente.

Sexo gonadal. Alude a la posesión de testículo, ovario u ovotestes.

Sexo de genitales internos. La diferenciación de los conductos precursores depende, para el sexo masculino, de hormonas producidas por el testículo embrionario, y en ausencia de éstas se diferenciarán como genitales internos femeninos.

Sexo de genitales externos. Su mayor importancia está relacionada con la asignación del sexo y la configuración anatómica de éstos y la que está condicionada principalmente por la acción de la testosterona secretada por los testículos y suprarrenales embrionarios. Esta hormona es transformada en dihidrotestosterona por acción de las enzimas 5 alfa reductasa o 17 betahidroxiesteroide dehidrogenasa. Al existir deficiencia de una u otra de estas enzimas en los varones, se produce ambigüedad de los genitales externos, lo que determina que se les asigne como pertenecientes al sexo femenino y se les eduque como tales, pero al llegar éstos a la pubertad, se produce una modificación de la morfología genital

externa, hecho que los lleva a revertir su identidad de género (síndrome huevo 12). De un modo similar, en las niñas que nacen con hiperplasia suprarrenal virilizante, por estar aumentada la producción de testosterona, se masculinizan los genitales externos y se desarrollan conductas propias del sexo opuesto, como es la preferencia por juegos bruscos en la niñez, y en la adultez, presencia de fantasías homoeróticas y reducción de la actividades e intereses heterosexuales.

Sexo neuroencefálico. Corresponde a diferencias sexuales cualitativas y cuantitativas del sistema nervioso central (SNC), especialmente del cerebro.

Sexo neuroendocrino. Se refiere a niveles plasmáticos o tisulares de hormona y a tipos de respuestas del sistema neuroendocrino a la estimulación interna o externa.

Factores psicosociales y culturales

En las distintas culturas hay diferencias en relación a los patrones de permisividad y restricción de las expresiones de la sexualidad. Así, conductas sexuales que un grupo cultural rechaza, para otros grupos serían legítimas, como por ejemplo: comportamientos homosexuales transitorios como parte de ritos de iniciación en algunas comunidades tribales.

La tendencia actual de las sociedades occidentales, es hacia la liberación en materias de conductas sexuales y la tendencia a la igualación de roles sexuales que se evidencian, especialmente en el vestuario, la presentación personal y en la elección vocacional.

En relación a esto, aparece clara la influencia de la cultura en los estilos de socialización de los padres. El modo de vinculación con cada uno de los padres influye de distinta forma, siendo comprensible lo difícil que puede resultar a un niño identificarse con un padre periférico y desprestigiado en su rol. Además, el papel de los padres es relevante en el logro de la identidad psicosexual del hijo, ya que éstos con sus actitudes pueden favorecer o desalentar la expresión de conductas del rol sexual propio o del sexo opuesto en sus hijos. En general, se rechazan más los comportamientos afeminados del varón que los comportamientos "poco femeninos" de la mujer. Se espera que el hombre no lllore, participe en juegos bruscos y que la mujer sea tolerante y pasiva. Las preferencias sexuales prenatales de los padres, según investigaciones, no serían significativas, pero sí resultan importantes las relaciones madre hijo que cuantitativa y cualitativamente pueden corresponder a una simbiosis intensa. También importa el tiempo compartido, el funcionamiento emocional de cada

uno de los padres y la calidad de las relaciones conyugales que establezcan.

Los hechos significativos en el logro de la identidad sexual son:

Sexo asignado. Resulta de la interpretación que realiza el adulto de la morfología de los genitales externos del recién nacido definiendo al sujeto como masculino o femenino, pudiendo ser esta designación errónea si existe ambigüedad en la configuración anatómica de éstos.

Sexo enseñado. Corresponde a los estereotipos culturales que tipifican las actitudes como vestimentas y actividades del hombre y de la mujer, y que el niño incorpora por imitación, identificación y educación.

Sexo asumido. Se refiere a la actitud psíquica y sentimientos que resultan de las decisiones conscientes e inconscientes que realiza el individuo respecto a su identidad sexual, en cada una de las etapas del desarrollo de ésta.

Como resultado de la interacción de los factores biológicos y psicosexuales ya descritos, se produce el desarrollo de la identidad psicosexual, que desde el punto de vista cronológico reconoce tres etapas cruciales que son:

Identidad de género: Se refiere al sentimiento básico internalizado de pertenecer a uno u otro sexo, que generalmente corresponde al sexo biológico. Este concepto abarca la toma de conciencia, las emociones, las fantasías, creencias y motivaciones que sostienen la masculinidad o la femineidad.

Tipificación sexual o papel de género: Se refiere al aprendizaje de papeles sexuales, apropiados, aprobados para los miembros del grupo social con el que se identifica el individuo, como también a la aceptación de los valores, las actitudes y creencias que son representadas por las conductas externas.

Elección de pareja u objeto sexual (ya sea heterosexual, homosexual, ambisexual): Es el resultado de la orientación sexual y del asumir una identidad psicosexual determinada. La orientación sexual involucra afectos, emociones, valoraciones, voliciones y reacciones neurovegetativas en relación a la atracción erótico sexual.

La alteración en el logro de cada una de estas etapas, puede condicionar distintas patologías que se mencionarán más adelante.

TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL

La sexualidad humana es siempre psicosexualidad, porque debería estar integrada a los aspectos

cognitivos, afectivos, morales y sociales del psiquismo.

El desarrollo de la identidad psicosexual puede sufrir perturbaciones en sus distintos momentos evolutivos las que pueden expresarse clínicamente, según la etapa, en síntomas o agrupaciones de síntomas, que podrían ordenarse de la siguiente forma:

– Asunción de características del sexo opuesto. Esta puede expresarse de dos maneras, como el deseo de ser o pertenecer al sexo opuesto o como la asunción de conductas típicas del sexo opuesto, como por ejemplo:

En el niño: preferencia por vestir con ropas femeninas, uso de atavíos femeninos, a menudo usan toallas, delantales, pañuelos para representar faldas o pelo largo, dibujan niñas y princesas alhajadas. Preferencia por ídolos femeninos favoritos en la televisión, utilización de muñecas como juego favorito, preferencia de las mujeres como compañeras de juego, desarrollan papeles femeninos al jugar a la familia, desinterés por el uso de autos. Expresión de gesticulaciones y ademanes femeninos.

En la niña: insistencia en usar sólo ropa masculina, preferencia por juegos bruscos y preferencia de varones como compañeros de juegos.

– Malestar persistente con el sexo asignado. Esta sintomatología implica un rechazo a los propios genitales y hacia otros caracteres sexuales secundarios.

– Falta o ausencia de desarrollo de conductas que se consideran típicas del sexo biológico. Este fenómeno ocurre especialmente en varones, por ejemplo: rechazo de juegos bruscos, desinterés por el deporte, excesivo interés por actividades pasivas y dificultades por integrarse a grupos de pares del mismo sexo.

Cuando en un individuo se expresan varias de las conductas ya señaladas, y éstas persisten en el tiempo, las posibilidades de dificultades en la orientación sexual adulta son casi de regla. Lo mismo ocurre cuando las conductas que significan identificarse con el sexo opuesto y el rechazo con el propio sexo son numerosas y persistentes; en cambio, cuando no se asumen conductas que la cultura considera como características del sexo biológico, las perturbaciones de la orientación sexual son menos predecibles en su evolución.

Las conductas que corresponden al rol sexual opuesto tienen distintos significados según el tipo de éstas. El realizar roles femeninos en las distintas actividades lúdicas de la niñez y preferir juegos con muñecas, son más predictivos de perturbaciones de la orientación sexual en la adolescencia y en la adultez. A partir de estudios de seguimiento se ha concluido que parecería ser más importante la per-

manencia de las conductas en el tiempo, que la cantidad de éstas.

Para evaluar el significado de una determinada conducta es necesario describirla, informarse respecto a su intensidad, frecuencia, permanencia en el tiempo, contexto en el que se da, significado que se le otorga, como también las reacciones que provocan en los padres, los pares y en el niño mismo.

Edad de comienzo. Los trastornos del desarrollo de la identidad sexual se inician en los años preescolares. Han sido descritos algunos casos iniciados tan precozmente como a los 2 años de edad. A los 5 años, en el 90 % de los niños, las manifestaciones del trastorno ya se habían hecho aparentes.

Examen del niño. La primera entrevista está dirigida a establecer una atmósfera de respeto y confianza mutua, que comunique al niño la decisión del profesional de aceptarlo y de estar disponible para orientarlo en la resolución de sus problemas y atender sus necesidades psicológicas.

Los niños con problemas en el desarrollo psicosexual habitualmente ofrecen resistencia a dialogar sobre aspectos que pudiesen indicar perturbación en esta área de su desarrollo, ya que la mayor parte de ellos, por sus gestos, actitudes y conductas, ha sufrido el rechazo social de sus pares y adultos.

El interrogatorio debe adecuarse a la edad y desarrollo cognitivo del menor. Se referirá a los contenidos habituales de la entrevista psiquiátrica y además se recabará información respecto a conductas, sentimientos, fantasías actuales y proyectadas en el tiempo, en cuanto a su desarrollo psicosexual. Se indagará acerca de los sentimientos del niño respecto a ser hombre o mujer, creencias relacionadas con su desarrollo sexual, se indagará acerca de si le agrada pertenecer a su sexo biológico o si hay condiciones que le desagradan, si prefiere ser hombre o mujer y qué razones tiene para afirmar lo que responde.

En los niños mayores y adolescentes es necesario precisar, además, los tipos de vinculación afectiva que han establecido con personas del mismo sexo o del sexo opuesto, características del despertar erótico, si se masturba y tipos de fantasías que la acompañan, si ha tenido experiencias sexuales y con qué resultados. En base a las respuestas dadas por el niño, se podrá concluir que éste ha logrado un desarrollo psicosexual normal, o que presenta algunos sentimientos o conductas del rol sexual opuesto o que reúne las características de un trastorno de la identidad de género.

Evolución a largo plazo. La serie más importante de niños con trastornos de la identidad de

género controlados a largo plazo corresponde a Green, quien de una muestra original de 66 niños, logró controlar 44 en un plazo de 10 a 12 años, cuando tenían una edad promedio de 18,9 años. Luego de realizar una entrevista clínica semiestructurada observó que el 75% de éstos refería fantasías homosexuales y bisexuales y de 30 pacientes que habían tenido experiencias sexuales, en el 80% las conductas habían sido bisexuales u homosexuales y en el 20% restante heterosexuales. En tanto en el grupo control, sólo un niño tuvo conductas bisexuales, 69% conductas heterosexuales y 100% fantasías heterosexuales.

Zucker refiere, en el seguimiento a largo plazo de 41 niños con trastornos de la identidad de género, que 5 fueron clasificados como transexuales, 21 como homosexuales, lo que significa que en un 66% hubo perturbaciones del desarrollo de la identidad sexual.

Hallazgos de laboratorio. No hay exámenes de diagnóstico específico para el trastorno de la identidad sexual. Los test proyectivos pueden revelar una identificación o patrones de comportamiento del otro sexo.

Criterios de diagnóstico

Las clasificaciones internacionales DSM IV y CIE 10 utilizan criterios semejantes en el diagnóstico de los trastornos de la identidad sexual. Los autores del DSM IV considerando que un porcentaje de los niños mayores no refiere el deseo de ser del sexo opuesto, que era uno de los criterios exigidos por las clasificaciones anteriores para el diagnóstico del trastorno de la identidad sexual en la infancia, han ubicado ese criterio como una posibilidad dentro de otras opciones; con estas modificaciones se reducirían los diagnósticos falsos negativos.

Criterios de diagnósticos DSM IV:

A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales). En los niños el trastorno se manifiesta por 4 ó más de los siguientes rasgos:

– Deseos repetidos de ser o insistencia de que uno es del otro sexo.

– En los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas insistencia en llevar solamente ropa masculina.

– Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.

– Deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo.

– Preferencia marcada por compañeros del otro sexo.

En los adolescentes y adultos, la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o de ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol. En los niños, la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos:

– Sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, ya que sería mejor no tener pene.

– Aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propias de los niños.

– En las niñas la alteración se manifiesta por rechazo de orinar en posición sentada.

– Sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla, o aversión acentuada a la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias o secundarias, por ejemplo, pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales, y de esta manera parecerse al otro sexo o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Diagnóstico diferencial

Comportamiento de disconformidad con el papel del propio sexo. Comprende el comportamiento afeminado en los varones y marimacho en las niñas. El comportamiento de estos niños no se corresponde con el estereotipo cultural de masculinidad o femineidad. El sentido de identidad del individuo con respecto a la masculinización o feminización no está profundamente alterado.

Fetichismo transvestista. Se presenta en varones heterosexuales o bisexuales. La mayoría no tiene historia de comportamientos típicos del otro sexo durante la infancia.

Trastorno de la identidad sexual no específica. En que se asocia un problema de identidad sexual a un estado intersexual congénito.

Esquizofrenia. En que pueden existir ideas delirantes de pertenecer al otro sexo.

Tratamiento

Toda intervención terapéutica requiere de una fina evaluación clínico-psicopatológica, que facilite la elección de los procedimientos a usar y su oportunidad en el curso del desarrollo.

Las variables normales de las conductas que tipifican sexualmente al niño deberán ser confirmadas como tales y por lo tanto no iniciar ningún tipo de tratamiento directo con el niño, sino más bien confirmar y asegurar la condición de normalidad a los padres y reducir las inquietudes y angustias respecto al futuro de su hijo.

Respecto al tratamiento existen algunos consensos entre los diferentes autores que se han dedicado a esta materia:

- Los resultados del tratamiento serán más satisfactorios mientras más precozmente se inicie.
- En el tratamiento es conveniente lograr la cooperación de ambos padres y de otros familiares cuando corresponda. Si existe una disfunción parental o conyugal debiera ser tratada. Si el niño está involucrado en el conflicto conyugal corresponde liberarlo.

- Deben favorecerse todos los factores que contribuyan a un desarrollo psicológico y psicosexual normal, lo que significa estimular el logro de la autonomía, reducir el egocentrismo y la dependencia, incentivar el desarrollo de una autoestima positiva, facilitar la socialización, reducir actividades oposicionistas defensivas. También es necesario facilitar la participación grupal, mejorar la calidad de relación con ambos padres, valorizar la importancia de la masculinidad o femineidad según corresponda y desalentar las conductas del rol sexual opuesto.

- Deberán considerarse no sólo los enfoques teóricos del terapeuta, sino también los intereses de los padres y del propio niño. Este último, habitualmente ha desarrollado mecanismos defensivos inadecuados para protegerse de la intolerancia de los adultos y pares respecto a sus conductas.

Es necesario realizar controles periódicos de la evolución de los síntomas, sobretodo, en el periodo de prepubertad y adolescencia para apoyar a los padres y al niño en las dificultades que pudiesen emerger.

La metodología y técnicas a utilizar reconocen metas a corto, mediano y largo plazo e incluyen terapia individual, lúdica, gráfica, de interacción verbal, participación en terapias de grupo mixtas, terapia de padres y terapia familiar cuando esté indicada.

En el corto plazo, se espera facilitar la integración grupal, la reducción del aislamiento y de las conductas del sexo opuesto. En el mediano y largo

plazo se busca favorecer el logro de la orientación sexual o la aceptación de ésta.

Estos diversos tipos de intervenciones no son excluyentes y tienen sus mejores indicaciones en distintos momentos del desarrollo de la sexualidad del niño o del adolescente, así por ejemplo, en las primeras etapas del desarrollo estarán más indicados los tratamientos dirigidos a los padres, para que resuelvan sus problemas y adquieran mayor seguridad en la orientación de la psicosexualidad del hijo. En el niño, estarán indicadas las actividades lúdicas y las terapias de grupo orientadas a facilitar una interacción fluida con niños de ambos sexos y a mejorar la integración social. En tanto en los niños mayores y adolescentes, la terapia individual de interacción verbal será el procedimiento terapéutico más indicado para facilitar la resolución de los conflictos relacionados con la identidad psicosexual y conductas respectivas.

TRASTORNOS DE LA PSICOSEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Trastorno de la identidad sexual

En la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE 10) se utilizan códigos separados para la transexualidad y el trastorno de la identidad sexual, en tanto en la cuarta revisión de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV) ambas situaciones se incluyen en los trastornos de la identidad sexual, por estimar que esta denominación abarca un amplio espectro de perturbaciones de la identidad sexual, independiente de las eventuales soluciones o tratamientos que se propongan.

La transexualidad está definida por la búsqueda de un tratamiento quirúrgico u hormonal, para que el cuerpo concuerde lo más posible con la conformación corporal del sexo opuesto.

La mayoría de los adolescentes con trastorno de la identidad sexual tienen antecedentes de que éste se inició en la niñez. En algunos casos los antecedentes no son claros o no hay recuerdos precisos, o el adolescente ha mantenido ocultas sus inclinaciones. Las manifestaciones del trastorno se asemejarán más a las manifestaciones del niño en la adolescencia temprana y a las manifestaciones del adulto en la adolescencia tardía.

La evolución del trastorno es generalmente crónica, aunque han sido publicadas remisiones espontáneas y algunas "curas". Con frecuencia se asocia a otros problemas psiquiátricos como escasa tolerancia a la ansiedad, trastornos de la personalidad, abuso de drogas, depresión y suicidio.

Tratamiento. El tratamiento está dirigido a favorecer que el adolescente defina su identidad sexual y se le apoye en las distintas dificultades que esta definición le trae aparejada.

Otras características del cuadro se encuentran incluidas en los criterios de diagnóstico de los trastornos de la identidad sexual (DSM IV).

Transvestismo fetichista

Se refiere al uso de ropa interior femenina, generalmente hurtada, con el propósito de lograr excitación sexual y que puede ser seguida de masturbación. En general, la iniciativa de consultar es asumida por la madre y ocurre en el contexto de una entrevista solicitada por otras patologías a las que se asocia, como son los trastornos de conducta. En la mayoría de estos adolescentes predomina la orientación heterosexual. En el transvestismo fetichista no se registran antecedentes de trastornos de la identidad de género en la niñez. No se ha descrito que esta patología ocurra en la mujer.

El transvestismo fetichista puede ser transitorio o ser las primeras manifestaciones de un transvestismo adulto.

Criterios diagnósticos del DSM IV:

A. Durante un periodo de al menos 6 meses fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de transvestirse en un varón heterosexual.

B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El curso del trastorno es crónico con esfuerzos esporádicos de detener o controlar el comportamiento. La iniciación puede ocurrir antes de los 10 años o en la pubertad.

El transvestismo se relacionaría con dificultades importantes de la relación madre-hijo, ya sea, frustración, abandono, experiencias traumáticas.

Tratamiento. Se han descrito resultados favorables con el uso de antidepresivos (clomipramina, fluoxetina) y terapia cognitivo conductual, para reducir la intensidad de los síntomas.

Homosexualidad

Aunque la tendencia actual es no considerar la homosexualidad como trastorno psíquico, se señalan algunas de sus características en el adolescente, ya que la homosexualidad constituye en algunos casos, la continuidad de los trastornos de la identidad sexual de la niñez, o bien puede ser un motivo

de consulta de los adolescentes con problemas derivados de asumir una identidad homosexual. También resulta necesario tener conocimientos objetivos a fin de orientar a los padres en cuanto a las formas más adecuadas de relacionarse con estos hijos.

La homosexualidad se refiere a la condición en que el individuo, en forma exclusiva o preferencial, busca gratificaciones sexuales con miembros del mismo sexo. Esta definición comprende aspectos de conducta y de orientación sexual frente a la pareja, pero además debe considerarse un tercer aspecto que es el de asumir una identidad homosexual, es decir, el sujeto reconoce su orientación homosexual y se identifica como perteneciente a este grupo humano.

Cuando en un adolescente se dan estas tres condiciones, es posible plantear el diagnóstico de homosexualidad cuya evolución más probable será hacia la homosexualidad adulta. Al respecto, Saghir señala en un estudio retrospectivo de homosexuales adultos de ambos sexos, que el 77% tuvo experiencias homosexuales activas antes de los 19 años, que el 80% tenían vinculaciones homosexuales antes de los 14 años, por lo que se puede concluir que la mayoría de los homosexuales adultos de ambos sexos iniciaron su comportamiento homosexual en la adolescencia.

La conducta homosexual única, no vinculada, no orientada homosexualmente, es decir, que no se asocia a enamoramiento, ensoñación, fantasías y sueños, ni tampoco se asume una identidad de tipo homosexual, puede corresponder a una conducta exploratoria, transitoria, compatible con la asunción de una identidad heterosexual.

Es frecuente observar en adolescentes varones que fueron abusados sexualmente en la niñez, que en la adolescencia cometen abusos de tipo homosexual con niños, situación que puede continuarse en la adultez como pedofilia.

Desde el punto de vista de los antecedentes, podemos distinguir un grupo de varones adolescentes homosexuales que en la niñez presentaron severas perturbaciones de la identidad sexual y que tuvieron los problemas propios de este tipo de niños. Otro grupo está constituido por homosexuales adolescentes o adultos, que no tuvieron trastornos de la identidad sexual en la infancia, que no sufrieron presiones ni rechazos del ambiente familiar y escolar, que pudiesen interferir en su desarrollo personal o en su socialización, y que al llegar a la adolescencia tardía o adultez temprana se sienten preferentemente atraídos por individuos de su mismo sexo. En este grupo, los gestos y expresiones corporales son menos notorias.

Otra situación que puede darse en la adolescencia es el llamado pánico homosexual, síndrome ca-

racterizado por intensa angustia, originada por el temor a ser homosexual o de ser atraído por personas del mismo sexo. Habitualmente, ocurre en adolescentes con rasgos inseguros u obsesivos de la personalidad.

Los jóvenes homosexuales están en mayor riesgo psicosocial que los jóvenes heterosexuales, lo que se comprueba por la mayor frecuencia de uso de alcohol y drogas, intento de suicidio, abandono del hogar y depresión.

Tratamiento. El tratamiento precoz de los desórdenes de la identidad sexual y de la tipificación sexual podría favorecer el logro de una identidad heterosexual.

Homosexualidad femenina

A diferencia de la homosexualidad masculina, en la homosexualidad femenina las primeras experiencias se dan en relaciones con vínculos afectivos habitualmente de carácter simbiótico, mientras que los varones suelen iniciarse con encuentros breves de naturaleza exclusivamente sexual. La iniciación de la homosexualidad femenina se da en general a una edad promedio mayor que en los varones y comparten con éstos las otras características ya señaladas.

Tratamiento. Por ser la homosexualidad femenina habitualmente de carácter egosintónico, es decir, esta condición es vivida como propia y natural, las jóvenes no buscan tratamiento de la homosexualidad, pero puede ocurrir que soliciten orientación respecto a situaciones relacionales de pareja, o con familiares o consigo mismas. Cuando esto ocurre, la psicoterapia individual de distintas orientaciones puede resultar beneficiosa.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. DSM IV breviario. Criterios Diagnósticos, 1997.
- Bradley SJ. Gender dysphorias of childhood and adolescence. En: Garfinkel BD, Carison GA, Weller EB. Psychiatric disorders in children and adolescent. Philadelphia: Saunders, 1990.
- Green R, Roberts CW, Williams K, Goodman M, Mixon A. Specific cross-gender behaviour in boyhood and later homosexual orientation. Br J Psychiatry 1987; 151:84-88.
- Hamer DH, Hu S, Magnuson VL, Hu N, Pattatucci AML. A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. Science 1993; 261: 321-27.
- Hurlock EB. Desarrollo del Niño. México: Mc Graw Hill, 1978.
- Lothstein L. The adolescent transsexual: An approach to treatment and management. J Curr Adolesc Med 1980; 2: 11-14.
- Meyer-Bahlburg HF. Psychobiologic research on homosexuality. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am 1993; 2:489-500.
- Pérez M, Almonte C. Homosexualidad en el adolescente. Cuadernos Médicos Sociales 1991; 1:16-20.
- Valenzuela C. Fenotipos sexuales psicosociales. Una proposición y su ontogenia. Rev Med Chile 1993; 121:693-98.
- Zucker KJ, Green R. Gender identity and psychosexual disorders. En: Wiener J. Textbook of child - adolescent psychiatry. Washington: American Psychiatric Press, 1991.
- Zucker KJ, Green R. Psychological and familial aspects of gender identity disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am 1993; 2 (3):513-42.
- Zucker KJ, Bradley SJ. Gender identity disorder and psychosexual problems in childrens and adolescents. New York: The Guilford Press, 1995.

Capítulo 19

ASPECTOS PSIQUIATRICOS DE LA EPILEPSIA EN NIÑOS

FLORA DE LA BARRA

En el estudio de la epilepsia confluyen los intereses de neurólogos, psiquiatras, psicólogos y sociólogos. Taylor elaboró una teoría general de la naturaleza de las enfermedades, utilizando la epilepsia como paradigma. Esta teoría tiene tres componentes: causa, enfermedad y predicamento. La causa es la lesión patológica, la enfermedad son sus manifestaciones y el predicamento es el impacto en el individuo y la familia.

Otro modelo (Cohen) concibe la epilepsia como un estresor, requiriendo que la familia utilice estrategias de enfrentamiento para adaptarse exitosamente. La adaptación en el corto y largo plazo depende de una evaluación cognitiva adecuada y del uso de respuestas conductuales efectivas. Estas ideas se conectan con la investigación más amplia de la adaptabilidad frente a la adversidad o riesgo y la búsqueda en tales situaciones de factores protectores (resiliencia). El énfasis en los recursos adaptativos como respuesta a la discapacidad, representa una reorientación significativa del énfasis en las investigaciones. Ritchie encontró que las familias con un miembro epiléptico eran más efectivas para tomar decisiones que las familias control, representando una forma exitosa de adaptación al estrés.

ASPECTOS NEUROLÓGICOS

El lugar del cerebro donde ocurren las descargas, el control de las crisis, el medicamento usado y una serie de otras variables neurológicas, tienen importancia para el estudio de la psicopatología en los niños con epilepsia.

Dreyfuss ha resumido los aspectos neurológicos de la epilepsia, y señala que la prevalencia de todas las formas de epilepsia, con la sola excepción de las crisis febriles, es del 2%.

La crisis convulsiva epiléptica es una descarga paroxística del sistema nervioso central (SNC) que produce una alteración brusca, involuntaria y transi-

toria del movimiento, de la experiencia sensorial, vegetativa, de la afectividad o de la conciencia.

Clasificación

Se denomina epilepsia a la repetición de las crisis convulsivas en el tiempo.

Las epilepsias se pueden clasificar según sus características clínicas y electroencefalográficas, duración, relación con la edad, su origen en el cerebro, su causa, o si están o no asociadas a situaciones febriles. La maduración cerebral del niño juega un rol en la generalización de la descarga, lo que se evidencia en las manifestaciones clínicas y en el cambio que se observa en las crisis al paso de los años. El desarrollo de nuevas drogas, cada vez más eficientes y específicas para tratar distintos tipos de crisis, hace necesario una descripción precisa. Por otra parte, el aumento del conocimiento de los efectos secundarios de los medicamentos ha permitido revisar la forma de tratamiento y su duración, de acuerdo a cada tipo de crisis.

Disponer de tecnología sofisticada, como el registro simultáneo de video de las crisis y electroencefalogramas (EEG), y las nuevas técnicas de imágenes radiológicas, han permitido desarrollar clasificaciones de la epilepsia universalmente aceptadas (Tabla 19-1).

Una utilidad adicional de determinar el tipo de crisis, es que ésta sugiere etiologías, ya que, por ejemplo, en las crisis parciales, la sospecha de lesión estructural es mayor.

En las crisis parciales, los primeros cambios EEG y clínicos indican la activación de un sistema de neuronas limitado a parte de un hemisferio cerebral.

Las crisis parciales simples se manifiestan por la alteración aislada de un movimiento o sensación, sin compromiso de conciencia. Las crisis parciales complejas presentan una variedad de movimientos y sensaciones, con compromiso de conciencia variable (respuesta o alerta alterada).

TABLA 19-1
CLASIFICACION INTERNACIONAL MODIFICADA
DE LAS EPILEPSIAS

Clase	Características
Parciales:	<p>Simples</p> <p>Complejas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con alteración sólo de conciencia - con sintomatología cognitiva - con sintomatología afectiva - con sintomatología psicosensoresial - con sintomatología psicomotora (automatismos) - formas compuestas <p>Que evolucionan hacia generalizadas</p>
Generalizadas:	<p>Ausencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - típicas - atípicas <p>Tónico-clónicas</p> <p>Mioclónicas</p> <p>Clónicas</p> <p>Tónicas</p> <p>Atónicas</p>
No clasificadas	

En las crisis generalizadas, los primeros cambios clínicos y EEG indican un compromiso inicial de ambos hemisferios. La conciencia puede estar alterada y puede ser la primera manifestación, los síntomas motores son bilaterales.

Procedimientos generales

Electroencefalograma (EEG). Respecto de su utilidad, rara vez se consigue un registro ictal, que confirme el diagnóstico de epilepsia al mostrar descargas paroxísticas durante las crisis. El monitoreo con video aumenta la probabilidad de registrar paroxismos ictales, permitiendo diferenciar crisis clínicamente parecidas, distinguir crisis de pseudocrisis y cuantificar los espasmos masivos. En el 40% de las epilepsias, el registro interictal muestra anomalías inespecíficas, que también están presentes en el 2,7% de los niños normales. Por otra parte, un EEG normal no excluye el diagnóstico de epilepsia.

La activación del EEG mediante la hiperventilación y la fotoestimulación puede inducir paroxismos

EEG o precipitar ausencias. La fotoestimulación prolongada puede inducir una crisis tónico-clónica generalizada. El EEG de sueño post privación puede facilitar la manifestación de focos epilépticos.

Mapeo cerebral computarizado. Facilita la detección de focos y permite observar la reactividad de los ritmos cerebrales durante la estimulación cognitiva. Los estudios de flujo cerebral (SPECT) y metabolismo de la glucosa cerebral (PET) han mostrado ser de gran utilidad para precisar la localización de focos epilépticos (Duncan, Rowe).

Tratamiento farmacológico

En cuanto al tratamiento farmacológico de la epilepsia, su objetivo es reducir el impacto negativo de la epilepsia en la calidad de vida del paciente, minimizando los efectos adversos del tratamiento. A través del tratamiento se busca elevar el umbral para los ataques epilépticos. Ya que nuestra comprensión acerca del mecanismo básico de la epilepsia y del efecto de los medicamentos epilépticos es aún limitada, y el conocimiento de su eficacia es empírico.

Se han descrito perfiles de efectos tóxicos para la mayoría de los anticonvulsivantes, en cualquier sistema del organismo, pero más frecuentemente en el sistema nervioso central, gastrointestinal, hepático y hematopoyético. Hay una escasa correlación entre la dosis y los efectos biológicos, pero se ha demostrado una estrecha relación entre los niveles plasmáticos y los efectos biológicos. El rango terapéutico es aquel en que es más probable que se logre control de las crisis sin efectos secundarios adversos. Una vez que se alcanza una concentración estable, las concentraciones plasmáticas en los intervalos entre las dosis permanecen constantes.

Cualquier medicamento anticonvulsivante puede ser efectivo para un tipo de crisis y no para otro. En general, las crisis generalizadas responden mejor al tratamiento que las parciales. El espectro de la eficacia de las drogas más comunmente usadas es el siguiente: en crisis tónico-clónicas generalizadas y parciales son efectivos carbamacepina, oxcarbamacepina, fenitoína, fenobarbital y primidona. La etosuccimida es efectiva sobre la ausencia generalizada. Sobre un espectro amplio de crisis tienen efectividad el ácido valproico, clonazepam, gabapentina, lamotrigina y vigabatrin.

ASPECTOS PSIQUIATRICOS

Coefficiente intelectual. La mayoría de los niños epilépticos son inteligentes y van a colegios normales. Sin embargo, el CI promedio es levemente infe-

TABLA 19-2
RELACION ENTRE EPILEPSIA Y RETARDO
MENTAL

CI	Edad (años)	% epilepsia
50 a 70		3-6
< 50	< 5	25
< 50	10 - 15	5

rior al de los niños sin epilepsia, habiendo descartado a aquellos con lesión neurológica. La epilepsia que comienza a edad temprana tiene peor pronóstico intelectual. Una pequeña proporción de niños con epilepsia crónica desarrollan un deterioro cognitivo, cuyas causas no están totalmente claras, probablemente debido a alta frecuencia de crisis o a efectos de administración prolongada de anticonvulsivantes.

Relación entre epilepsia y retardo mental. La epilepsia es más frecuente en niños con retardo mental que en niños con CI normal, siendo mayor la tasa de epilepsia mientras más bajo sea el CI.

En los niños con retardo mental, la tasa de epilepsia va disminuyendo con la edad. Sin embargo, algunos de ellos presentan la primera crisis durante la adolescencia.

Relación entre trastornos específicos de aprendizaje y epilepsia. En estudios no controlados, Mitchell y Seidenburg reportan tasas de mal rendimiento escolar entre 16 y 50% en niños epilépticos, tanto en conocimientos generales como en aritmética y ortografía. Estudios que comparan niños epilépticos y niños controles, muestran una disminución significativa del potencial cognitivo y aumento de deterioro neuropsicológico (Farwell). Los niños que presentan crisis motoras menores y ausencias atípicas son los más afectados. Rutter comprobó que más del doble de los niños epilépticos tenía retardo lector severo (promedio dos años de atraso), comparados con los niños sin epilepsia. Fedio demostró que los problemas de lenguaje son especialmente frecuentes si presentan un foco en el hemisferio izquierdo, mientras que los que tienen crisis del hemisferio no dominante, presentan problemas visoespaciales. Stores, en cambio, observó que las epilepsias generalizadas con descargas de estructuras subcorticales de la línea media, estaban asociadas con déficit en la atención. Holdsworth mostró que el 42% de los niños epilépticos que asistían a escuelas corrientes era catalogado como "muy desatentos".

Prevalencia de los desórdenes psiquiátricos. En general, los niños epilépticos no presentan problemas psiquiátricos ni psicológicos. La mayoría de sus padres desarrollan ideas realistas, acerca de la naturaleza de la enfermedad de sus hijos y enfrentan y manejan bien los problemas que ésta produce. Sin embargo, los niños epilépticos como grupo están en mayor riesgo de tener problemas emocionales y conductuales que los no epilépticos.

Las investigaciones más recientes han intentado definir y medir cuidadosamente aspectos particulares de la conducta en subgrupos específicos dentro de la población de niños epilépticos. El grupo etéreo más estudiado ha sido el de los niños en edad escolar.

Blumer reporta un total de 65% de desórdenes psiquiátricos en 97 niños epilépticos derivados a monitoreo neurodiagnóstico: 34% tenía desorden del ánimo atípico, 22% pseudocrisis y 9% otros desórdenes. Fiordelli encontró 19% de desórdenes psiquiátricos en 100 niños con epilepsia criptogénica y CI normal, comparados con un 15% en 100 controles, concluyendo que este tipo de niños no está en riesgo aumentado para presentar psicopatología. Los síndromes más frecuentes fueron ansiedad y depresión. Trimble reporta 20-30% de desórdenes psiquiátricos en niños epilépticos. En Chile, Devilat encuentra un 29% de desórdenes psiquiátricos en niños con epilepsia no complicada.

El diagnóstico de desorden penetrante o autístico del desarrollo, predispone a tener epilepsia. Por otra parte, los niños con epilepsia del lóbulo temporal aumentan el riesgo de presentar desórdenes psiquiátricos en general y psicosis en particular; comparados con aquellos niños que sufren de epilepsia generalizada. Los espasmos masivos o síndrome de West, se asocian con una alta proporción de retardo mental, características autistas e hiperkinesia.

Clasificación de los desórdenes psiquiátricos de la epilepsia

Taylor propone 5 categorías: psicopatología de daño cerebral, de la disfunción epiléptica misma, psicopatología concomitante con la epilepsia, derivada de la enfermedad crónica y debido al tratamiento de las crisis.

Psicopatología del daño cerebral

Las tasas de prevalencia de desórdenes psiquiátricos obtenidas por Rutter en niños con discapacidad física de origen no neurológico fue de un 11,5%, es decir, el doble que la población general (7%). En los niños con epilepsia no complicada fue 4 veces más frecuente que en la población general (28%) y en

epilepsias con lesión demostrable sobre el tallo cerebral, la tasa de desórdenes psiquiátricos fue del 58% (8 veces la tasa de la población general). Si está acompañada de retardo mental severo, la tasa de desórdenes psiquiátricos es del 67%.

Disfunción cerebral difusa:

Retardo mental. Esta disfunción, junto con las crisis, son reflejo de patología cerebral subyacente.

Encefalopatías epilépticas. En las cuales las crisis constituyen sólo uno de muchos síntomas y signos de un síndrome orgánico cerebral (S. de West, S. de Univerrricht-Lundberg, leucoencefalitis esclerosante subaguda, S. de Lennox-Gastaut). En todas ellas, los estudios de imágenes funcionales (PET, SPECT) muestran hipoperfusión severa. Están asociados a alteración intelectual global, frecuentemente progresiva, irritabilidad, impulsividad y lentitud.

Síndromes psicóticos. Aquellos penetrantes del desarrollo o de personalidad de etiología incierta, acompañados frecuentemente de ataques recurrentes, que parecen ser una manifestación de disfunción cerebral subyacente, aún no identificada (psicosis desintegrativa, síndrome de Rett, autismo, cambio de personalidad).

Rutter efectuó seguimiento de niños autistas, encontrando que un tercio de aquellos con CI menor de 70 sufrían ataques convulsivos en la adolescencia, mientras que los niños con CI mayor de 70 no los presentaban. Corbett señaló que las enfermedades neurológicas que producen autismo secundario (rubéola, S. de West y otras encefalopatías) y psicosis desintegrativas (sarampión, herpes, vacuna pertusis y enfermedades neurodegenerativas) están relacionadas a su vez con epilepsia. En un estudio de niños con retardo mental severo, este autor encontró que la epilepsia es más frecuente en niños con retardo mental con psicosis atípicas y alteraciones del afecto.

Los problemas conductuales de los niños con espasmos masivos y/o esclerosis tuberosa han sido estudiados por varios autores. De 192 niños con espasmos masivos, 24 se hicieron autistas y 29 hiperkinéticos (Riikonen). En 90 jóvenes con esclerosis tuberosa y espasmos masivos, el 71% presentaba autismo o hiperquinesia. Entre aquellos que tenían sólo esclerosis tuberosa sin espasmos masivos, el 57% tenía autismo o síndrome hiperkinético.

Enfermedad cerebral focal. Si el daño es focal, se presentan déficit cognitivos localizados. La localización del daño según algunos autores influye sobre el tipo de desorden psiquiátrico que se presenta. Según Stores, la disfunción temprana del lóbulo temporal produce alteración de los mecanismos de la memoria y del aprendizaje, aumentando así la

posibilidad de tener psicosis. El lóbulo temporal también ha sido relacionado con agresión y otras conductas antisociales. Lamentablemente, estos estudios presentan problemas metodológicos, ya que todos se han realizado en poblaciones de epilépticos referidos a servicios psiquiátricos, y esos pacientes tienen más probabilidades de presentar varios tipos de crisis. Por otra parte, es muy difícil aislar los efectos del daño cerebral.

Se observan manifestaciones psicopatológicas debidas a daño cerebral focal en algunos tumores cerebrales, S. hemiconvulsión-hemiplejía-epilepsia, encefalitis crónica de la epilepsia o S. de Rasmussen, que presenta crisis focales, hemiparesia y deterioro cognitivo progresivo, acompañados de hallazgos histopatológicos de degeneración encefalítica crónica.

Psicopatología de la disfunción epiléptica

Preictales. Se presentan horas antes de las crisis y se alivian después de ellas. Se observan especialmente en pacientes crónicos. La manifestación más frecuente es la irritabilidad y disforia.

Ictales (debidas directamente a la descarga): crisis parciales complejas, ausencias, *status* psicomotor. Las crisis complejas se manifiestan por conducta automática, ilusiones, alucinaciones, cambios de afecto, memoria e ideación (*dejà vu*, despersonalización). La diferencia entre estos síntomas y aquellos similares que ocurren en otras enfermedades psiquiátricas, es que los síntomas epilépticos son bruscos, cortos, estereotipados y percibidos como impuestos por el paciente.

Post ictales. Se presentan inmediatamente después de las crisis, acompañados de oscurecimiento de conciencia breve (estados crepusculares, fugas).

La epilepsia cingulada se manifiesta por alteración de conciencia, estado afectivo alterado y actividad motora y autonómica durante las crisis. En forma interictal, puede manifestarse como conducta sociopática o psicopática.

La severidad de la epilepsia misma aumenta el riesgo de problemas psiquiátricos. Tanto el comienzo precoz como la cronicidad son predictivos de psicopatología. Una frecuencia alta de crisis agrava directamente la conducta, incluso si las descargas son diurnas sin tener expresión externa (Binnie) o suceden durante el sueño (Boel). Además la conducta es afectada indirectamente a través del aumento de restricciones de vida y del daño cerebral. Las caídas de la epilepsia mioclónicas o atónicas pueden causar lesiones físicas y mucha angustia. Otro tipo de crisis con conservación de la conciencia, pero

con experiencias subjetivas desagradables pueden ser psicológicamente muy dañinas. Los cambios dramáticos de conducta y el deterioro de habilidades en los *status* no convulsivos pueden causar mucho sufrimiento a los padres.

Psicopatología concomitante con la epilepsia

Se trata de desórdenes interictales cuya ocurrencia no está relacionada en el tiempo con las crisis. Sin embargo, pueden estar influidos por la frecuencia de éstas. Lo más frecuentemente observado es una exacerbación de ellas y en una minoría de casos, se produce una reducción en la frecuencia. La existencia real de este tipo de psicopatología alternante con las crisis es aún controvertida.

El tipo de desórdenes psiquiátricos son los mismos que presentan los niños sin epilepsia, con algunas diferencias cualitativas en los síntomas, por ejemplo, en las psicosis esquizofreniformes y en los síndromes afectivos.

En 1978 se describieron 50 niños epilépticos con desórdenes psiquiátricos en el Servicio de Neurología y Psiquiatría del Hospital Luis Calvo Mackenna (Chile), de acuerdo a la clasificación triaxial OMS, vigente en ese momento. El 36% presentaba trastornos emocionales, el 8% trastornos del desarrollo (incluyendo síndrome de déficit atencional / hiperactividad, según los criterios diagnósticos en uso en ese momento), 8% trastornos de conducta, 4% conducta autoestimulatoria, 2% trastorno mixto emocional / conductual, 2% psicosis y 2% alteraciones conductuales secundarias a medicación.

Se describen dos tipos de psicosis interictales crónicas de la epilepsia: esquizofreniformes / paranoideas y afectivas. Ninguna de las clasificaciones de desórdenes psiquiátricos en uso actualmente (CIE-10, DSM-IV) contiene una categoría específica para los síndromes psicóticos asociados a la epilepsia, por lo cual, se deben codificar ambos cuadros por separado.

La evidencia actual muestra que existe incidencia aumentada de psicosis esquizofreniformes en pacientes epilépticos de ambos sexos (6 a 12 veces más que en la población general). El debate acerca del tipo de epilepsia no está resuelto, pero los hallazgos entregan apoyo para una relación entre psicosis esquizofreniforme y epilepsia temporal, aunque no exclusiva. En cuanto a la lateralidad del foco, la mayoría de los autores encuentra asociación entre dicha psicosis y foco temporal izquierdo, aunque algunos estudios de lateralidad han informado resultados negativos.

La presentación clínica de la psicosis epiléptica es indistinguible de la esquizofrenia, excepto por diferencias mínimas encontradas por algunos auto-

res, que podrían ser explicadas por sesgo de selección de los pacientes. Se describen como factores de riesgo para psicosis, el comienzo temprano de la epilepsia, su severidad y cronicidad, transcurriendo 10 años o más de epilepsia hasta el comienzo de la psicosis, ausencia de antecedentes familiares de esquizofrenia, tener personalidad premórbida y haber sido sometido a lobectomía temporal.

En el seguimiento de 25 niños con psicosis esquizofreniformes del Servicio de Neurología y Psiquiatría del Hospital Luis Calvo Mackenna, 11 de los cuales presentaron además crisis epilépticas, se observó que en la mayoría de ellos, la epilepsia comenzó antes que la psicosis.

Los estudios de resonancia nuclear muestran anomalías semejantes tanto en epilepsia temporal como en esquizofrenia: ventrículos grandes, hipocampo pequeño. Gallhofer comparó pacientes epilépticos con y sin psicosis usando tomografía de emisión de positrones, demostrando que el grupo psicótico tenía reducción significativa del metabolismo en los lóbulos frontales y temporales del hemisferio dominante y los ganglios basales.

Los estudios neuropatológicos mostraron que los pacientes con epilepsia y psicosis tenían menor proporción de esclerosis mesial temporal y mayor proporción de lesiones de tejido extraño: tumores pequeños, hamartomas y displasias focales. Esto, sumado al comienzo temprano de las crisis, sugiere una lesión evolutiva en estructuras temporales medias, que habría estado activa desde edad temprana.

Respecto a los mecanismos patofisiológicos de las psicosis en la epilepsia, aún no hay consenso, existiendo apoyo empírico parcial tanto para la hipótesis de la psicosis como consecuencia directa de la epilepsia, o la hipótesis de ambos cuadros causados por una disfunción neuropatológica o fisiológica subyacente. También se ha desarrollado un modelo que sintetiza ambas hipótesis: los pacientes epilépticos que desarrollan psicosis tienen una lesión cerebral que los hace vulnerables a dicha enfermedad. La lesión puede ser neuroevolutiva y llevar a disgenesia cortical, o adquirida por trauma, hipoxia, infección, etc. La anomalía puede ser extensa, pero compromete especialmente las estructuras límbicas, llevando a una conectividad anormal de estas estructuras con sus regiones de proyección aferentes y eferentes. Probablemente cause tormentas eléctricas en la corteza límbica y crisis en edades tempranas. La ocurrencia de estas crisis exacerba la anomalía debido a un mecanismo de encendido y cambios regenerativos de brotes axonales y reorganización sináptica. Con el tiempo, estos cambios alteran la distribución anatómica de los sistemas funcionales y llevan a psicosis esquizofreniforme. Las crisis, ya sea por la ocurrencia de actividad

subictal continua o por modulación de la actividad catecolaminérgica y gabaérgica, modulan la expresión de la psicosis o la frenan, lo que a veces hace aparecer como antagonísticos a ambos cuadros. Nuevas técnicas de imágenes, citológicas y citoquímicas están siendo usadas para dilucidar en un futuro próximo las interrogantes aún presentes.

En el diagnóstico diferencial de las *pseudocrisis* (o *histeria*) es importante considerar las características clínicas: generalmente su forma es atípica y los movimientos parecen tener un propósito, se observan reacciones inconsistentes a estímulos durante el ataque. El EEG durante la crisis no muestra descargas paroxísticas y no se observa la elevación de la prolactina características después de las crisis epilépticas.

Psicopatología secundaria al hecho de tener una enfermedad crónica

El diagnóstico de epilepsia frecuentemente tiene efectos perturbadores en los padres, en especial si no se les ha entregado explicaciones suficientes. Después de presenciar la primera convulsión, muchos piensan que su hijo ha muerto y los siguientes ataques les traen la misma amenaza. Algunos creen que ellos causaron la enfermedad o que su hijo puede volverse loco o retardado. Ziegler señala que la epilepsia altera el sistema familiar al romper la sensación de control y eficiencia de los padres. Esto, a su vez afecta el proceso familiar de negociación de la autonomía del niño. La sobreprotección es común y la restricción innecesaria de actividades del niño reduce sus oportunidades de adquirir destrezas sociales. Hoare encontró que los niños epilépticos eran catalogados como más dependientes que los diabéticos. Por otra parte, Mathews observó que los niños epilépticos tenían propensión a experimentar el control de los eventos de sus vidas como ejercido externamente. Los padres a veces temen imponer medidas de disciplina habituales al niño, para no desencadenar crisis. Otras veces, se producen desacuerdos entre los padres y actúan en forma inconsistente.

Se ha demostrado la presencia de actitudes de la familia y la comunidad hacia la epilepsia que contribuyen a causar desórdenes emocionales: los niños con epilepsia son más aislados y molestados por sus pares; los padres y profesores esperan menos de ellos, los estimulan menos y les exigen menos; lo que disminuye el aprendizaje de destrezas sociales y baja el rendimiento escolar. Algunos niños con epilepsia son sistemáticamente retirados del colegio o enviados a casa después de una crisis, por profesores o padres demasiado cautelosos.

Por otra parte, tener un niño con epilepsia impone un estrés especial a la familia. Se ha detectado un

aumento en la tasa de desórdenes psiquiátricos en los padres y hermanos y un aumento en la frecuencia de rompimiento del matrimonio en los padres. Rutter informó que las madres de niños epilépticos tenían más alteración emocional que las madres de niños discapacitados físicos no epilépticos.

Muchos estudios están limitados en la utilidad de sus conclusiones debido a que están basados en pocos sujetos, son extraídos de poblaciones atípicas o las medidas de morbilidad psiquiátrica y ajuste social no han sido evaluadas en cuanto a confiabilidad y validez. Es aconsejable que los estudios comparen niños epilépticos con niños que sufren otro tipo de desórdenes psiquiátricos sin crisis, para hacer posible entregar información sobre patogénesis específica para la epilepsia. Se podría entonces, identificar niños en riesgo especial de desadaptación psicológica y social para luego aislar los factores asociados con una adaptación exitosa.

A los efectos del retardo mental y los trastornos específicos de aprendizaje que el niño puede presentar, se suman los efectos de la percepción que el niño tiene de la crisis: temor a perder el control y a ser molestado. Al compartir las creencias populares acerca de la naturaleza y consecuencias de la epilepsia, puede tener ansiedad y preocupaciones innecesarias. Moore encontró que los niños epilépticos son más retraídos, socialmente aislados y con autoestima más baja que sus hermanos.

Los tests neuropsicológicos están alterados en una pequeña minoría de los niños con epilepsia; pero cuando lo están, son predictores de psicopatología (Farwell).

Los estudios rigurosos de las características estables de los pacientes epilépticos, comparados con no epilépticos, han puesto en duda las afirmaciones anteriores sobre la existencia de una "personalidad epiléptica".

Los profesores pueden tener conceptos errados acerca de la epilepsia, imponer restricciones innecesarias a las actividades y subestimar el potencial intelectual del niño. Las bajas expectativas, poca estimulación, el aburrimiento y otros problemas contribuyen a causar bajo rendimiento.

Los niños epilépticos tienen más problemas cognitivos y conductuales que las niñas, que no se deben al riesgo general del sexo masculino. Por lo tanto, la combinación de epilepsia y sexo masculino conlleva una desventaja especial, por razones biológicas y culturales.

Psicopatología debida al tratamiento

Los estudios de niños con convulsiones febriles con y sin tratamiento han aportado evidencias acerca de los efectos cognitivos y conductuales de algu-

nos medicamentos anticonvulsivantes. Cull realizó estudios de seguimiento en niños en tratamiento por epilepsia con tests de procesamiento de información automatizados y evaluaciones de CI. Comparó niños a los cuales se les había aumentado la dosis con niños a los que se les había disminuido o mantenido la dosis. Los que tenían dosis mayores respondían más lentamente en varios tests cognitivos (reconocimiento de caras, identificación y categorización de estímulos), mientras que los que se les había bajado la dosis, respondían más velozmente.

Estudios de lactantes hijos de madres epilépticas expuestos a anticonvulsivantes *in utero* mostraron que tenían menor autorregulación y estabilidad autonómica neonatal y que su desarrollo a los 2 años, medido con las escalas de Bailey, estaba atrasado. En la edad preescolar tenían menor desarrollo intelectual y psicolingüístico que una muestra control normal. Steinhausem comparó hijos de madres y padres epilépticos, con y sin exposición *in utero* a anticonvulsivantes, no encontró efectos de la epilepsia *per se*, pero documentó efectos teratogénicos, disminución de CI, de habilidades motoras, psicolingüísticas y perceptuales en la edad preescolar en aquellos niños expuestos a anticonvulsivantes.

Se ha demostrado efectos cognitivos y conductuales en varios fármacos anticonvulsivantes. Según algunos investigadores, estos efectos están relacionados con una disminución significativa del folato en el plasma.

Fenobarbital. Se ha evaluado su efecto sobre pacientes en profilaxis de convulsiones febriles y se ha demostrado que en dosis terapéuticas, hay aumento significativo de la irritabilidad, excitabilidad, hiperactividad, agresividad, llanto y problemas del sueño; en comparación con niños no tratados. En dosis tóxicas, se produce intoxicación crónica, manifestada por confusión y deterioro.

Fenitoína. Se han observado efectos iniciales de baja cognitiva sólo en sujetos con niveles plasmáticos sobre los terapéuticos. En niveles tóxicos, se produce intoxicación aguda con signos cerebelosos. Se han descrito casos con niveles terapéuticos, que presentan encefalopatía subaguda, manifestada por cambio de personalidad, entorpecimiento y disminución de destrezas motoras y de lectura. A largo plazo, se observan efectos psicológicos secundarios al hirsutismo e hipertrofia gingival, cuando estas complicaciones están presentes. Cuando la fenitoína alcanza niveles tóxicos, se pueden exacerbar las crisis mioclónicas y tónico-clónicas.

En el resto de los medicamentos, las evidencias de la presencia de efectos adversos o beneficiosos sobre la conducta es confusa. Smith reportó que el ácido valproico y la carbamacepina usados en niveles terapéuticos, no producen deterioro cognitivo.

En una minoría de niños, tanto la carbamacepina como la etosuccimida, primidona y valproato producen déficit atencional, desorientación menor e irritabilidad. Con etosuccimida se han descrito episodios psicóticos.

En general, la polifarmacia y los niveles tóxicos de los medicamentos constituyen factores de vulnerabilidad psiquiátrica.

Los distintos factores causales generalmente se combinan. Hermann efectuó un análisis multivariado en el cual los agentes etiológicos potenciales fueron analizados en forma regresiva escalonada para explicar el grado de problemas conductuales y de rendimiento de los niños. Tanto el control de las crisis como la situación matrimonial de los padres, la politerapia, el ingreso familiar, el tipo de crisis, la edad de comienzo, el daño cerebral coexistente y la duración de la epilepsia eran predictivos, incluso corrigiendo el efecto de las otras variables.

Kokkonen efectuó seguimiento de 81 adultos que iniciaron su epilepsia en la niñez comparados con 211 controles. El 20% no pudo terminar la enseñanza básica, 27% completó enseñanza media (la mitad que el grupo control). Los factores de riesgo para presentar mal pronóstico social y educacional fueron: la existencia previa de CI bajo o problema de aprendizaje. El haber sido epiléptico y haber tomado medicamentos no constituyeron riesgo para presentar desórdenes psiquiátricos.

En 50 niños epilépticos con desórdenes psiquiátricos consultantes en el Servicio de Neurología y Psiquiatría del Hospital Luis Calvo Mackenna, se encontró una etiología aislada sólo en el 28%, mientras que la mayoría presentaba causalidad múltiple. La causa más frecuente fue la ambiental en el 86% de los pacientes, probable daño cerebral en el 38%, posible contribución de las crisis frecuentes en el 18% y de los medicamentos en el 16%.

MANEJO DE LOS ASPECTOS PSIQUIATRICOS DE LA EPILEPSIA

En primer lugar se debe evaluar la causa, tipo y severidad de las crisis, escoger el medicamento apropiado y monitorear sus efectos, incluidos los posibles efectos adversos. Se recomienda que los padres y pacientes participen en repetidas discusiones acerca de los múltiples aspectos del problema.

Es apropiado considerar a los niños con epilepsia, en riesgo especial para desarrollar problemas educacionales y emocionales. Por este motivo, su médico debe tener una idea clara de la situación familiar, incluyendo las actitudes y conocimientos de los padres acerca de la epilepsia, el estado emocional de padres y hermanos y la calidad de la vida

familiar. Conocer las circunstancias escolares, en términos de las expectativas y actitudes del profesor, restricciones y amistades. Idealmente, en el colegio, se debería evaluar constantemente el progreso social y académico del niño, sin ser intrusivo o excesivamente preocupado. Si se presentan problemas, se debe referir precozmente a un especialista.

El Comité de Drogas de la Academia Americana de Pediatría recomienda:

- Precisar en la historia clínica la relación temporal entre el comienzo del tratamiento anticonvulsivante y de los síntomas conductuales o cognitivos.

- Conocer el tipo de anticonvulsivante más apropiado para cada tipo de crisis y su espectro de posibles síntomas secundarios.

- Monitorear la conducta y el aprendizaje permanentemente con preguntas específicas.

- Reevaluar el medicamento prescrito en aquellos casos en que se produce un cambio conductual o de rendimiento relacionado con el comienzo del tratamiento.

- Efectuar una evaluación completa de CI, aprendizaje y lenguaje a todo niño epiléptico con mal rendimiento escolar persistente.

No existe una intervención terapéutica aislada especial para los niños con epilepsia y desorden psiquiátrico, se requiere la gama completa de destrezas psiquiátricas. Frecuentemente, el tratamiento dura largos períodos de tiempo, durante la infancia y adolescencia.

La adolescencia puede ser un período difícil. Aunque algunas crisis mejoran con la edad, otras se intensifican en la pubertad. Las consecuencias sociales de la epilepsia se sienten más intensamente a esa edad.

El hecho que factores ambientales o emocionales puedan influir sobre la frecuencia de las crisis, es de gran interés e importancia práctica. El monitoreo EEG ambulatorio es de gran ayuda en este punto.

La consejería debe incluir explicaciones repetidas en un lenguaje apropiado, acerca de la naturaleza de la condición y su pronóstico. Es conveniente estimular la expresión de opiniones, ya que permiten revelar fantasías y temores, así como explicar el propósito y el valor limitado del EEG y lo que sucede durante el registro. Igualmente es necesario revisar las limitaciones de vida, evitando un exceso de restricciones y enseñar qué hacer frente a una crisis. Incluir en el monitoreo de los anticonvulsivantes tanto la vigilancia de niveles plasmáticos, como la evaluación de la atención-concentración.

El manejo adecuado de los pacientes con epilepsia en el nivel primario de atención contribuye a disminuir la frecuencia de problemas psiquiátricos. Si presenta psicopatología, el manejo es el habitual, pero tomando en cuenta la posibilidad de presenta-

ción de manifestaciones epilépticas, existencia de sobreprotección o rechazo, efectos secundarios de los anticonvulsivantes y angustia familiar.

En pacientes epilépticos con depresión, es importante recordar que los antidepresivos tricíclicos son potencialmente epileptogénicos y utilizar otro tipo de medicación antidepresiva cuando sea necesario. Al presentar síntomas ansiosos, es útil recordar que el retiro de las benzodiazepinas puede desencadenar crisis, ya que tienen también efectos anticonvulsivantes. Se recomienda evitar la administración de benzodiazepinas y utilizar métodos conductuales alternativos para el control de la ansiedad, tales como relajación o *biofeedback*.

El manejo farmacológico de las psicosis en epilépticos es complejo. Se debe indicar antipsicóticos, la mayoría de los cuales, incluso los de nueva generación, especialmente la clozapina; pueden producir anomalías electroencefalográficas e inducir crisis. Por otra parte, los anticonvulsivantes pueden agravar o inducir la psicosis en un grupo pequeño de pacientes. Esta inducción de psicosis se ha reportado con succinamidas, clobazam, fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, benzodiazepinas y vigabatrina, pero no con valproato.

BIBLIOGRAFIA

- Bredkjaer S, Mortensen P, Parnas J. Epilepsy and non organic affective psychosis. *Br J Psychiatry* 1998; 172:235-38.
- Committee on Drugs. Behavioral and cognitive effects of anticonvulsant therapy. *Pediatrics* 1995; (96)3: 538-40.
- Corbett J. Childhood Psychosis. Relationship to epilepsy and other neurological conditions. En: Wing J. *Handbook of Psychiatry*, 1980.
- Czochanska J, Langner-Tyszka B, Eosiowsky Z, Schmidt-Sidor B. Children who develop epilepsy in the first year of life: a prospective study. *Develop Med Child Neurol*, 36 : 344-50.
- De la Barra F, Devilat M, Katz I. Análisis de 50 niños con trastornos psiquiátricos. I: Características neurológicas, psiquiátricas y escolares. *Neurocirugía* 1978; (36) 4:322-29.
- De la Barra F, Castillo C, Devilat M. Análisis de 50 niños epilépticos con trastorno psiquiátrico II: Causas del trastorno psiquiátrico. *Neurocirugía* 1980; (38) 1-4:38-43.
- De la Barra F. Evolución de 25 niños con psicosis esquizomorfas y su relación con epilepsia y daño orgánico cerebral. *Rev Chil Neuropsiq* 1983; XXI: 2, 117-26.
- Fenton G. Psychiatric disorders of epilepsy: classification and phenomenology. En: Reynolds, Trimble: *Epilepsy*

and Psychiatry. New York: Churchill Livingstone, 1981: 12-26.

Ferrie CD, Madigan C, Tilling K, Maisey M, Mardsen P, Robinson R. Adaptive and maladaptive behaviour in children with epileptic encephalopathies: correlation with cerebral glucose metabolism. *Devel Med Child Neurol* 1997; 39:588-95.

Hart YM, Andermann F, Fish DR, Dubeau F, Robitaille Y, Rasmussen T *et al*. Chronic encephalitis and epilepsy in adults and adolescents. A variant of Rasmussen's syndrome? *Neurology* 1997; 48:418-23.

Hoare P. Children with epilepsy and their families. *J Child Psychol Psychiatr* 1987; 28(5): 651-55.

Kokkonen J, Kokkonen R, Saukkonen A, Penmanen P. Psychosocial outcome of young adults with epilepsy in childhood. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1997; 62:265-68.

Steinhausen H, Lösche G, Helge H. The psychological development of children of epileptic parents. I: Study design and comparative findings. *Acta Paedtr* 1994; 83:955-60.

Sachdev P. Schizophrenia-like psychosis and epilepsy: The status of the association. *Am J Psychiatry* 1988; 155(3): 325-36.

Stores G. Problems of learning and behaviour in children with epilepsy. En: Reynolds & Trimble. *Epilepsy and Psychiatry*. New York: Churchill Livingstone, 1981: 33-48.

Taylor D. A psychiatric perspective of epilepsy. *Arch Dis Child* 1997; 77:86-88.

Ziegler R. Impairments of control and competence in epileptic children and their families. *Epilepsia* 1981; 22:339-46.

Definición conceptual

Se entiende por retraso o retardo mental (RM) un estado de funcionamiento intelectual general bajo el promedio, que se origina durante el período del desarrollo, vale decir antes de los 18 años y se asocia a un menoscabo en la conducta adaptativa.

El término *retraso* o *retardo mental* ha terminado imponiéndose internacionalmente sobre los que históricamente se usaron para describir esta condición, tales como amencia, debilidad mental, deficiencia mental, idiocia, imbecilidad, oligofrenia, etc. Analizaremos brevemente el significado de los conceptos empleados en la definición. Los vocablos retraso y retardo (R) se usan indistintamente en este capítulo como así mismo en la literatura especializada.

De acuerdo al DSM-IV, se ubica al RM dentro del Eje II del Sistema Multiaxial de evaluación psiquiátrica propuesto por la *American Psychiatric Association*.

Por funcionamiento intelectual bajo el promedio se entiende un rendimiento que está más allá de dos desviaciones estándar bajo la media de la población de una edad determinada, en mediciones de funcionamiento intelectual general, vale decir, aproximadamente un coeficiente intelectual por debajo de 70.

El nivel de funcionamiento intelectual general puede ser evaluado por el desempeño que el individuo tenga en uno o más de los varios tests que se han desarrollado para este propósito. Dado que ninguna medición es infalible, los test de CI tienen un error de medida de aproximadamente 5 puntos, de ahí que un CI de 70 se considere situado dentro del intervalo que va de 65 a 75.

Aunque es difícil establecer en forma precisa el límite superior del período del desarrollo, éste puede fijarse con fines prácticos alrededor de los 18 años. Según Bloom el 40% del desarrollo intelectual y cultural del niño ocurre entre 0 y 4 años, el 30% entre los 4 y los 8 años; un 20% entre los 8 y 11 años y un 10% posteriormente.

La definición específica además que este funcionamiento intelectual bajo el promedio, debe traducirse en un menoscabo en la conducta adaptativa. Esto se refiere principalmente a la efectividad del individuo para adaptarse a las demandas naturales y sociales de su medio ambiente. Una conducta adaptativa menoscabada puede reflejarse en:

- curso que sigue la maduración;
- en la capacidad de aprendizaje; y/o
- el ajuste que logre socialmente.

Estos tres aspectos de la adaptación son de diferente importancia para calificar el RM en las distintas edades y en distintas culturas.

El curso de la maduración se refiere al desarrollo secuencial de las distintas destrezas que va adquiriendo el lactante y preescolar. Estas le permitirán sentarse sin apoyo, gatear, pararse, caminar, hablar, controlar sus esfínteres, interactuar con otras personas, etc. En los primeros años de vida la conducta adaptativa es determinada casi completamente a través de estos logros y otras manifestaciones del desarrollo sensorio-motor. Consecuentemente, el retraso en la adquisición de estas destrezas tempranas es de primordial importancia como criterio de RM durante los años preescolares.

La capacidad de aprendizaje se refiere a la facilidad con que los diversos conocimientos son adquiridos como función de la experiencia. Las dificultades de aprendizaje son generalmente puestas de manifiesto en la situación escolar. Si éstas son leves, puede que no se lleguen a evidenciar sino hasta que el niño entra a la escuela. Es así entonces que una capacidad de aprendizaje menoscabada constituye un elemento muy importante en el diagnóstico de RM durante la edad escolar.

El ajuste o adaptación social es particularmente importante como criterio de RM sobre todo en el adulto. Este ajuste se evalúa tomando en cuenta el grado en el que el individuo es capaz de mantenerse en forma independiente en la comunidad, a través de un empleo remunerado. También interesa determinar en qué medida el individuo se somete o se ajusta

a las normas de comportamiento culturalmente impuestas que rigen la convivencia de la comunidad. Durante los años preescolares, el ajuste se refleja en gran medida a través del grado y la forma en que el niño se relaciona con sus padres y otros adultos o individuos de su misma edad.

Los problemas que se le crean al individuo por fallas en algunos de estos tres aspectos de la conducta adaptativa son los que van a determinar la necesidad de servicios profesionales para su rehabilitación y/o de acciones legales que se reglamentan en su custodia o inhabilidad para efectuar determinados actos.

Existen muy pocos tests estandarizados para medir los diversos grados de adaptación social en el retardo mental. (Por ejemplo, el *Vineland Social Maturity Scale*). En una situación ideal estas escalas debieran utilizarse paralelamente al juicio clínico sobre el grado general de adaptación. Si no se dispone de ellas puede bastar este último considerando la edad, trayectoria y los conocimientos culturales de la persona.

Este último aspecto de la definición sirve para ilustrar cómo el concepto de RM está determinado en gran medida por un criterio social. Es la sociedad la que separa a los normales de los retardados. Mientras más compleja y tecnificada es una sociedad, más exigencias van a existir y más altos serán los requerimientos para entrar a competir exitosamente en ella. Consecuentemente, menor tolerancia tendrá para los individuos con handicaps, quienes a su vez verán limitadas sus posibilidades de adaptación al medio.

Dentro del marco de referencia conceptual ya señalado, el RM es un término que describe un estado actual del individuo en relación a su funcionamiento intelectual y a su conducta adaptativa. Por lo tanto, un individuo puede presentar estas limitaciones a una edad y no en otra. Esto implica erradicar el concepto de que la inteligencia es algo fijo e inmodificable. De ahí entonces que no puede atribuirse un valor predictivo absoluto al rendimiento de un niño frente a un test de inteligencia, ya que por una parte, los diversos test miden funciones distintas (por ej.: en el lactante y en el escolar) y por otra, la maduración no siempre sigue un ritmo de desarrollo parejo. Además un niño preescolar al mejorar sus condiciones de estimulación sensorial después de haber obtenido un CI de 68 por ej. puede llegar a obtener un CI normal. Lo contrario puede suceder a un niño afectado por una privación afectiva secundaria a otras condiciones ambientales negativas.

El otro factor que puede hacer variar la condición de RM en una persona es la modificación de las exigencias ambientales. Este es uno de los factores que explica las diversas tasas de prevalencia que se

han encontrado en distintas edades. Es así como Goodman y Gruenberg encontraron que en el rango de edad comprendida entre los 0 y los 4 años, la prevalencia del RM es de un 0,5%. Esta se eleva a un 2,2% a los 5 años, a un 4% a los 6 años, continúa subiendo para alcanzar un máximo de 8% entre los 10 y 14 años y luego decrece notablemente a un 2,8% después de los 16 y 17 años.

Es justamente al comenzar la edad escolar en que comienzan a manifestarse las dificultades de aprendizaje que inadaptan socialmente al niño al medio ambiente escolar. Al retirarse éste de la escuela y ocuparse en un oficio simple (ascensoristas, obrero de la construcción, estafeta, portero, etc.), desaparece el problema de inadaptación, no obstante que su CI sigue siendo el mismo.

Sintomatología asociada

Es muy frecuente que en la asociación del RM con otros variados síntomas, por ejemplo con el síndrome de Down, estén presentes los signos somáticos característicos de este trastorno. Cuanto más intenso sea el grado de retraso, mayor es la posibilidad de que se presenten otras anomalías que pueden afectar al sistema nervioso central (SNC), por ejemplo crisis convulsivas, al sistema neuromuscular, visual, auditivo, cardiovascular, etc. Tales alteraciones pueden afectar aún más la capacidad adaptativa del individuo.

Los síntomas conductuales más frecuentes en el RM incluyen la pasividad, dependencia, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, la agresividad, la impulsividad, conductas estereotipadas, automutilantes y autoestimulantes.

La correlación entre el nivel intelectual medido por los tests de inteligencia y la adaptación general al medio ambiente, es alta sólo durante los años escolares. Esto no es de extrañar ya que los tests mencionados miden precisamente habilidades y funciones que son altamente valoradas en el sistema escolar. Antes de que el niño entre a la escuela y después que éste sale de ella, la correlación entre el CI y la adaptación general deja de ser alta. Vale decir, que muchas personas con un coeficiente de inteligencia inferior a 70 se desempeñan lo suficientemente bien como para que no se sospeche de un retardo mental.

Edad de comienzo y evolución

Por definición, el RM requiere que su comienzo haya ocurrido antes de los 18 años. Si el retardo mental se produce después de esa edad se debe diagnosticar una demencia, si con anterioridad la persona tuvo una inteligencia normal. Sin embargo,

una demencia puede agregarse a un retraso mental preexistente. En este sentido el DSM-III-R pone como ejemplo el caso de un niño que, teniendo un retraso mental leve, sufre un accidente que le provoca una lesión cerebral prolongada, producto de la cual su funcionamiento intelectual se deteriora, entonces debe hacerse el diagnóstico de RM y demencia. Si el cuadro clínico aparece antes de los 18 años en un individuo que previamente tenía una inteligencia normal, debería hacerse el diagnóstico de retraso mental.

La evolución que tenga un RM, dependerá de múltiples factores tanto psicológicos como ambientales. Entre estos últimos cabe destacar el nivel y las oportunidades educativas, la estimulación ambiental y el trato que se le brinda al sujeto. Respecto de los factores biológicos ellos podrán influir si los trastornos orgánicos subyacentes tienen un valor etiológico. Si la causa orgánica subyacente es estática, como el caso del frágil síndrome X, el curso del RM es variable. Con una influencia ambiental óptima, el funcionamiento puede mejorar y lo inverso ocurrirá si las condiciones ambientales son nocivas. En cambio, si la patología subyacente es progresiva, como en el trastorno por depósito de lípidos, el funcionamiento tenderá a deteriorarse.

El pronóstico del RM ha mejorado considerablemente en los últimos años, entre otras cosas, por el consenso existente de evitar, hasta donde sea posible, la institucionalización de tipo cerrado.

La evolución también va a estar influida por la asociación de otros trastornos depresivos, trastornos psicóticos de la personalidad, etc. Diversos estudios epidemiológicos revelan que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en individuos con RM, es tres a cuatro veces más frecuente que en la población general.

DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION

Lograr una uniformidad de criterio para diagnosticar y clasificar el RM debería ser una tarea más fácil que lograr este acuerdo en temas psiquiátricos tales como las neurosis, psicosis o los trastornos de la personalidad. Sin embargo, una revisión de la literatura sobre el RM, no confirma esta impresión en la medida esperada. Se señalarán sólo algunas de las áreas de discrepancia que hemos podido detectar.

Tradicionalmente, las dificultades mayores que han surgido en torno a los diagnósticos psiquiátricos se refieren a dos hechos fundamentales: a las diferencias que pueden darse en cuanto a la percepción de los síntomas y a las diferencias en la interpretación del significado de los síntomas. A esto debe sumarse las diversas escuelas de pensamiento psi-

quiátrico actualmente en voga. Dependiendo de la orientación teórica que el observador tenga será la etiología que éste atribuye a tal o cual anomalía psíquica.

Históricamente en el caso del RM, las discrepancias surgieron en primer término en relación al empleo del coeficiente intelectual como criterio para definirlo. En diversos estudios de prevalencia que se hicieron en la década del 60, el CI límite, bajo el cual se consideró retardado intelectualmente un sujeto, varió considerablemente. Es así como por ejemplo el *Great Britain Mental Deficiency Committee* lo fijó en 65, el *Baltimore Health District Study* lo fijó en 68, un estudio efectuado por el Profesor Lemkau de la Universidad de Johns Hopkins lo fijó en 70, existiendo otros estudios de prevalencia en la literatura anglosajona que fijaba este límite en 75 y 85 respectivamente. No es por lo tanto de extrañar, que las tasas de prevalencia encontradas fueran distintas. Para qué decir de los instrumentos que se han utilizado y de los errores que su aplicación defectuosa pueden acarrear. Extenderse en señalar las limitaciones de los diversos tests no está dentro de las intenciones del capítulo.

En cuanto a la clasificación, se han usado básicamente dos criterios: uno médico y el otro conductual. El primero se basa en los agentes etiológicos que producen el RM. El segundo se basa en la severidad del retraso. Este se expresa en términos de coeficiente intelectual y el del grado de adaptación al medio.

Clasificación conductual

De acuerdo al DSM-IV se reconocen cuatro niveles de gravedad (Tabla 20-1).

A continuación se transcribe la descripción que hace esta clasificación de cada uno de estos niveles.

Retraso mental leve. El retraso mental leve corresponde a la categoría pedagógica de "educable". Este grupo reúne un amplio sector de la población

TABLA 20-1

NIVELES DE GRAVEDAD DE RETARDO MENTAL	
Niveles de gravedad	Rango de CI
Leve ("educable")	50-55 a 70
Moderado ("entrenable")	35-40 a 50-55
Severo	20-25 a 35-40
Profundo	< 20-25

afectada por este trastorno, alrededor del 85%. Los niños con este nivel de retraso mental pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante el período preescolar (0-5 años) y tienen un deterioro mínimo en las áreas sensoriomotrices, lo que a menudo hace difícil distinguirlos de los niños normales y obliga a establecer el diagnóstico en una edad más avanzada. Los adolescentes que sufren este tipo de trastorno, pueden aprender distintas habilidades hasta el nivel del sexto curso y durante la vida adulta, pueden adquirir fácilmente habilidades de tipo social y profesional que les permitan tener una independencia mínima. No obstante, estos individuos pueden necesitar orientación y asistencia cuando eventualmente se encuentren sometidos a situaciones de estrés social y económico. En la actualidad, toda persona con retraso mental leve puede vivir perfectamente adaptada a su comunidad, vivir en forma independiente, en apartamentos supervisados o en viviendas agrupadas, a menos que exista algún trastorno asociado que impida estas posibilidades".

Retraso mental moderado. El retraso mental moderado equivale a la categoría pedagógica de "entrenable". Este término no debería emplearse porque da pie a la errónea conclusión de que la población con retraso mental moderado no puede beneficiarse de los programas educativos existentes. Este grupo constituye el 10% de las personas afectadas de retraso mental.

Aquellos niños con este nivel de retraso mental pueden mantener una conversación y aprender habilidades de comunicación durante el período preescolar. Pueden beneficiarse de un entrenamiento profesional y con una supervisión moderada, pueden cuidarse a sí mismos. Pueden también beneficiarse del aprendizaje de habilidades sociales y laborales, aunque los que siguen estudios son incapaces de progresar más allá del nivel de segundo grado. Pueden aprender a viajar de forma independiente por los lugares que les resulte más familiares. Durante la adolescencia, sus dificultades para reconocer normas sociales pueden interferir en sus relaciones interpersonales.

En la vida adulta, pueden contribuir a su propio mantenimiento, efectuando trabajos que no requieran una gran habilidad, bajo estrecha supervisión en talleres protegidos o en el competitivo mercado de trabajo. Necesitan orientación y supervisión cuando se encuentran en situaciones de estrés. Se adaptan bien a la vida comunitaria, aunque normalmente viven en grupos de viviendas protegidas".

Retraso mental severo. "Este grupo constituye el 3-4% de la población con retraso mental. Durante

el período preescolar se observa un desarrollo motor pobre y el niño adquiere pocas o nulas habilidades verbales para la comunicación. En la etapa escolar pueden aprender hábitos de conversación y recibir entrenamiento en los principales hábitos de higiene. Estas personas apenas pueden sacar provecho de los aprendizajes preacadémicos, como familiarizarse con el alfabeto y el cálculo elemental, aunque pueden dominar distintas habilidades, como leer y entender rápidamente algunas palabras con valor de "supervivencia", como "hombre", "mujer" y "alto". en la vida adulta, pueden hacer tareas sencillas bajo una estrecha supervisión. Muchos se adaptan perfectamente a la vida en comunidad, en viviendas protegidas o con sus familias, a menos que tengan alguna dificultad asociada que requiera atención especializada u otro tipo de cuidados".

Retraso mental profundo. "Este grupo está formado aproximadamente por el 1-2% de la población con retraso mental. Durante los primeros años estos niños muestran una capacidad mínima para el funcionamiento sensoriomotriz. Para un óptimo desarrollo requieren un entorno altamente estructurado, con ayuda y supervisión constantes y una relación personalizada con su cuidadora. El desarrollo motor, la autonomía y las habilidades de comunicación pueden perfeccionarse con un entrenamiento adecuado. Actualmente, la mayoría de esta población vive en comunidades, en viviendas protegidas, en régimen de cuidados intermedios o con sus familias. Muchas personas acuden a un programa de rehabilitación durante el día y algunos practican tareas sencillas bajo atenta supervisión de talleres protegidos".

Retraso mental no especificado. "Esta categoría debería emplearse cuando existe una fuerte sospecha de retraso mental, aunque no pueda ser detectada por las pruebas de inteligencia convencionales. Este puede ser el caso de los niños, los adolescentes o los adultos que tienen un deterioro importante o que se muestran poco cooperadores al ser evaluados. También puede ser el caso de aquellos niños más pequeños en los que no es factible utilizar las pruebas de inteligencia adecuadas, como el Bayley, Cattell y otros, dado que no admiten valores numéricos de CI. Así estos casos podrán incluirse en este apartado cuando exista un juicio clínico de una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio. En general, cuanto más joven es la persona, mayor es la dificultad para hacer un diagnóstico de retraso mental, excepto en aquellos casos de deterioro profundo.

No se usará esta categoría cuando se presuma que la capacidad intelectual es mayor a 70.

Otra clasificación del RM

La Asociación Americana para el Retardo Mental (AAMR) desarrolló en 1992 una nueva clasificación del RM, que incluye los mismos tres criterios para definirlo: funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio, limitaciones en la adaptación social y apareamiento antes de los 18 años. Sin embargo, pone más énfasis en las formas que comprometen la adaptación social y el tipo de apoyo que necesitaría el individuo para lograr adaptarse mejor a su medio, que en el grado de impedimento debido a su CI bajo.

Esta clasificación, específica "patrones e intensidad del apoyo y cuidados necesarios" (por ejemplo intermitente, limitado, extensivo, generalizado) y define 10 dominios en los cuales el individuo puede mostrar déficit, debiendo presentar al menos en 2 de ellos limitaciones. Estos incluyen el área de la comunicación, del autocuidado, las destrezas sociales, vivir con su familia o en instituciones, uso de la comunidad, autonomía, cuidado de su salud y seguridad, funcionamiento académico, uso del tiempo libre y trabajo.

Cabe señalar que estos dominios o áreas no fueron seleccionados empíricamente y no existen medidas para evaluarlos.

Quienes adhieren a este enfoque conceptual prefieren comenzar a usar el término discapacidad o discapacidad intelectual al de retraso mental.

Factores etiológicos y antecedentes familiares

De acuerdo también al DSM-IV se transcribe lo relativo a la etiología del RM. "Los factores etiológicos pueden ser principalmente biológicos, sico-sociales o una combinación de ambos". Aproximadamente, en el 30-40% de los casos observados en las consultas médicas, no se ha podido determinar una etiología clara, a pesar de llevarse a cabo complejas evaluaciones. En los casos restantes, se consiguió aislar los factores predisponentes que a continuación se señalan:

Factores hereditarios. Se han detectado en aproximadamente el 50% de los casos metabopatías congénitas (la enfermedad de Tay-Sachs), otras anomalías genéticas simples (la esclerosis tuberosa) y las cromosopatías (el síndrome de Down por translocación cromosómica).

Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario. Ocurren en aproximadamente el 30% de los casos. Estos pueden ser cromosómicos (por ejemplo, el síndrome de la trisomía 21), lesiones prenatales provocadas por toxinas (por ejemplo, consumo

de alcohol por la madre, infecciones) o causas indeterminadas.

Problemas prenatales o perinatales. Se han encontrado en aproximadamente un 10% de los casos, como malnutrición fetal, prematuridad, hipoxia, trauma.

Trastornos somáticos observados en la niñez. Se han observado en aproximadamente el 5% de los casos, infecciones, traumatismos e intoxicación por plomo.

Influencias del entorno y trastornos mentales. Dan cuenta de aproximadamente el 15-20% de los casos. Estos pueden ser privación alimentaria, social o verbal y otro tipo de estimulaciones, considerándose también las complicaciones de otros trastornos mentales graves (por ejemplo, pérdida de capacidad adaptativa en una persona con un CI en el límite de la normalidad tras el comienzo precoz de una esquizofrenia).

La prevalencia del retraso mental debido a factores biológicos conocidos, es muy similar entre los niños de las clases socioeconómicas altas y bajas, excepto en el caso de aquellos factores etiológicos que estén claramente relacionados con el *status* socioeconómico bajo, como la intoxicación por plomo y los partos prematuros. En aquellos casos en los que no se puede determinar ninguna causa biológica específica, hay una mayor representación de las clases socioeconómicas bajas y el retraso mental normalmente es más leve (aunque pueden observarse todos los niveles de gravedad).

Los avances de la biología molecular de la última década han permitido identificar nuevos mecanismos genéticos que se asocian al retardo mental. Por ejemplo, al síndrome del cromosoma X frágil, se han agregado últimamente el síndrome de Prader Willi, el de Angelman y el síndrome de Williams.

El síndrome X frágil se caracteriza por presentar en varones con orejas grandes, macroorquidismo, pobre desarrollo del lenguaje, debilidad en la memoria de corto plazo, en la coordinación visomotora, procesamiento secuencial, matemáticas y capacidad de atención. Existe un relativo mejor funcionamiento de la memoria de largo plazo. En estos casos es predecible una declinación del CI entre la edad escolar y la pubertad.

La capacidad de estos individuos de relacionarse con sus pares, es baja, existe hiperactividad y estereotipias.

Persiste aún controversia en torno a la relación que podría existir entre el síndrome X frágil y el autismo.

El síndrome de Prader Willi se caracteriza por

hipotonía, hiperfagia, obesidad patológica y búsqueda de comida constante. El grado de retardo es leve o moderado, con relativo buen vocabulario expresivo, memoria de largo plazo, integración visoespacial y memoria visual. De hecho, un inusual interés por los rompecabezas es un elemento de apoyo diagnóstico. Los pacientes exhiben además otras conductas desadaptativas, aparte de las relacionadas con la comida, tales como pataletas, labilidad emocional, síntomas relacionados con el humor, ansiedad, pellizcarse la piel y síntomas obsesivos-compulsivos.

En el síndrome de Angelman el grado de retardo es severo, hay ausencia de lenguaje, convulsiones, ataxia y explosiones de risa.

El síndrome de Williams es un raro trastorno genético y caracterizado por estenosis aórtica supra-avalvular, hipercalcemia y retardo del crecimiento. Presenta además, una pobre capacidad visoespacial e integración visomotora. Sin embargo, los pacientes tienen una gran facilidad para reconocer rasgos faciales. Su lenguaje es locuaz, pseudomadura y superficial en contenido. Los niños portadores de este cuadro se les cataloga como amistosos, encantadores y abiertos.

Epidemiología

Las estimaciones de prevalencia del RM han variado a lo largo del tiempo, en parte como reflejo de los cambios ocurridos en la definición del concepto. A comienzos de la década del 70 se logró consenso en rebajar el punto de corte del CI desde 1 desviación estándar bajo el promedio a 2 desviaciones estándar bajo el promedio para considerar retardo mental. Paralelamente, se introdujo el criterio diagnóstico de adaptación al medio. Ambos hechos redujeron drásticamente la prevalencia a alrededor de un 1% de la población.

Un estudio efectuado por Mc Lazen y Bryson en 1987, encontró una prevalencia del RM leve de un 3,7-5,9%, en tanto que el RM moderado, severo y profundo en su conjunto, alcanzan una prevalencia de 3-4%. En el período etáreo comprendido entre los 10 y los 20 años se observaron las tasas más altas, interpretando este fenómeno como originado por el sistema escolar, frente al cual los individuos con RM leve no logran adaptarse. El RM en su conjunto es más prevalente en hombres, en una proporción de 1,6:1.

La asociación de RM con convulsiones se encontró en un 15 a un 30% de los casos. Los handicaps motores, incluida la parálisis cerebral, se encontraron en un 20 a un 30% y los déficit sensoriales en un 10 a 20%. A mayor severidad del retardo, más alta la prevalencia de estos trastornos asociados.

Tomando en consideración los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país y en otros países latinoamericanos, resulta necesario hacer notar la mayor prevalencia de niveles intelectuales subnormales en la población perteneciente a los estratos socioeconómicos desventajados. En la medida en que éstos representan alrededor de la mitad de la población, conviene distinguir la relevancia que tiene el problema del RM en los países desarrollados a diferencia de aquellos que no lo son. Por tal motivo, se analizará con mayor extensión en este capítulo el tema del así llamado retardo mental sociocultural o como se especificará más adelante, de la desventaja sociocultural, su implicancia en el rendimiento escolar y en la adaptación general del individuo a la sociedad actual.

Panorama nacional y de la región

De todas las características que acompañan a los individuos que viven en la pobreza, hay dos que interesa recalcar hoy en día y que son producto tanto de la observación común como de la investigación científica: ellos tienen un promedio de rendimiento inferior en los tests psicométricos de inteligencia y alcanzan niveles educacionales inferiores en relación a los individuos que no son pobres.

En Chile, el estudio realizado por Lira y Rodríguez (1979) en una muestra de 1400 lactantes beneficiarios del Servicio Nacional de Salud de las Áreas Sur y Sur Oriente de Santiago, revela que a los 21 meses de vida existía un 12% de niños con un coeficiente de desarrollo inferior a 70 y un 17% con un CI entre 70 y 90. Estos datos son concordantes con un estudio similar realizado en Temuco por Bralic y Rodríguez, con niños mapuches, rurales y urbanos.

Gazmuri, Milicic, Sarquis y Schmidt, en 1975 reportaron un 26% de retardo mental en niños que asistían a escuelas públicas en Santiago *versus* un 2 a 4% en los colegios privados de la capital.

Diversos estudios realizados en América Latina sobre los efectos de la pobreza en el desarrollo cognitivo de niños en edad escolar, también comprueban diferencias demasiado significativas según el nivel socioeconómico en poblaciones de un mismo país y de una misma ciudad.

En una exhaustiva investigación realizada por M. Llanos (1974) en Lima, en una muestra de aproximadamente 300 niños entre 6 y 7 años, la mitad de nivel socioeconómico medio-alto (grupo A) y la otra mitad de nivel socioeconómico bajo (grupo B) se encontró la distribución que se muestra en la Tabla 20-2.

A resultados semejantes llegan otros investigadores del tema (McKay *et al*, 1978; Monckeberg, 1977).

TABLA 20-2
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CI
EN DOS GRUPOS SOCIOECONOMICOS

CI	Clasificación	Grupo A %	Grupo B %
60-69	Retardo mental	0	9,7
70-79	Limítrofe	0	31,9
80-89	Normal lento	4,8	34,6
90-109	Promedio	59,8	23,8
110-119	Normal superior	25,8	0
120	Superior	8,0	0

En el estudio (1989) de Seguel, Bralic y Edwards sobre una muestra de 1.025 niños de 0-6 años (851 familias) de bajo nivel socioeconómico, pertenecientes a diversas comunas de Santiago, se encontró un 16% de déficit en el desarrollo psicomotor en el grupo etéreo menor de 2 años y un 40% en grupo etéreo de 2 a 5 años. Estas tasas se desglosan en 14% de riesgo y 2% de retraso en el grupo de lactantes (más de 1 D y más de 2 D bajo el promedio respectivamente) y en un 31% de riesgo y 9% de retraso para el resto del grupo preescolar.

Al examinar los resultados obtenidos por niños de 2 a 5 años de acuerdo al área del desarrollo, se observa que el 50% de ellos tiene déficit en el lenguaje, un 30% en el área de la coordinación y un 17% en la motricidad.

Es posible que este hallazgo esté relacionado con el que encontrara Rodríguez y cols. al estandarizar la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor. En dicho trabajo, se pudo constatar que no existían diferencias significativas en los CI de lactantes de clase obrera y lactantes de clase media alta hasta alrededor de los 18 meses de vida. No obstante, a partir de esa edad, comenzaron a notarse las diferencias en favor de los niños de nivel socioeconómico medio-alto.

Entre las hipótesis más plausibles que explican este interesante fenómeno está, por una parte, el efecto acumulativo de experiencias privadoras o bien a la función del lenguaje que aparece después del segundo semestre del segundo año de vida. Conocido es el hecho de las características peculiares que tiene el lenguaje en la cultura popular, tales como vocabulario restringido, presencia de la comunicación funcional más que analítica o reflexiva, gramática alterada, etcétera.

Información de la Superintendencia de Educación de Chile en 1972, revelaba que el promedio de

escolaridad alcanzado por los niños que entran a las escuelas públicas (75%) era de 4,7 años. A fines de la década del 80 los antecedentes permiten estimar que este promedio es 7,5 años aproximadamente (conviene tener presente al respecto la promoción automática vigente para el primer ciclo básico). Cabe hacer notar que en los colegios privados prácticamente no existe deserción en la educación básica. Es interesante hacer notar que en ningún país sudamericano, la retención en la Educación Básica logra superar el 50% de los niños que ingresan a ella. Esto es así incluyendo a países como Chile, Argentina y Uruguay que son los que tienen más altas tasas de escolaridad (Shiefelbein, 1981, UNICEF, 1982).

Este fenómeno de la deserción escolar no guarda relación con un permanente aumento de las matrículas en toda la región.

Por otra parte, existe consenso en todos los organismos internacionales donde se ha estudiado el problema del desarrollo de los países, que la variable más estrechamente ligada al mismo es el nivel educacional que alcanza la población.

RM sociocultural

En la década de los años 60, se conocen las primeras investigaciones llevadas a cabo en USA, que correlacionan la pobreza con un menor rendimiento escolar y nivel educacional.

Se acuña por esta época el término de "deprivación cultural" y después el de "retardo mental sociocultural" para describir este fenómeno.

En 1959, la Asociación Americana del Retardo Mental, acuña por primera vez la categoría diagnóstica de "retardo mental cultural-familiar" (retardo del desarrollo o retardo mental leve).

Si bien es cierto se sabía que las tasas de RM en los países desarrollados, como U.S.A., fluctuaban entre 3 y 5% de la población al comenzar a efectuarse estudios epidemiológicos más finos, se vio que en ese país la distribución por clase social era significativamente mayor en los estratos socioeconómicos más pobres (15 veces más).

En la medida en que se han realizado estudios para establecer la etiología del RM se ha podido llegar a establecer, según G. Tarjan un origen biológico en no más del 25% de los casos (alteraciones traumáticas, metabólicas, anóxicas, infecciosas, etcétera). Queda así un 75% de casos de RM en los cuales no es posible identificar un agente causal de tipo biológico específico. Llama la atención que en este último grupo cae la mayoría de los retardos mentales leves (CI entre 50 y 70 aproximadamente). En tanto que los RM severos y profundos se correlacionan mucho más con una causa biológica identificable.

También ha llamado la atención que los RM de este grupo viven generalmente en hogares con condiciones ambientales muy adversas que tienen un rol etiológico en este tipo de retardo.

En el DSM-III de la *American Psychiatric Association* (1980) el capítulo dedicado al retardo mental dice en referencia a la etiología: "los factores etiológicos pueden ser primeramente biológicos, psicológicos o una interacción de ambos". "En un 25% de los casos los factores etiológicos son anomalías biológicas reconocidas, siendo las más comunes los trastornos cromosómicos y metabólicos tales como el síndrome de Down y la fenilcetonuria. En tales casos el diagnóstico es generalmente establecido al nacer o en edades tempranas y la severidad del RM es generalmente moderada o profunda.

El RM de origen biológico es probable que ocurra tanto entre niños de clases sociales altas como de clases sociales bajas.

En el 75% de los casos, no es posible encontrar factores biológicos específicos del RM. En ellos el grado de retardo es generalmente leve (CI 50-70) y el diagnóstico se hace comúnmente no antes de entrar a la escuela. Las clases sociales más bajas están sobrerrepresentadas en estos casos de RM el significado de lo cual no está claro. A menudo hay un *pattern* familiar de grados de severidad similar en padres e hijos.

El RM sin etiología biológica reconocida, puede ser asociado con deprivación psicológica de varios tipos, tales como deprivación social, lingüística y de estimulación intelectual. Se genera básicamente por una falta de ciertos estímulos sensoriales que son indispensables para que se desarrollen una serie de funciones intelectuales. Esto comienza a ser impor-

tante desde el primer día de vida en adelante. Estos estímulos deben ser mediatizados a través de una amplia gama de experiencias con personas y con objetos".

En la Tabla 20-3 se presenta un cuadro comparativo en que se resumen las diferencias más significativas entre el retardo mental sociocultural y el retardo mental de origen biológico.

Lo dramático de este problema es que no existe conciencia suficiente de que existen períodos de la infancia temprana que son cruciales en este sentido. Vale decir, que no da lo mismo comenzar a proporcionar esta estimulación a cualquier edad. Es más, existe la noción de que si el niño va a ingresar a un sistema de instrucción sistemática escolar tradicional, no importa preocuparse de su educación antes, nada más erróneo. Lo que pudiera ser válido para un niño de clase media, definitivamente no lo es para la gran mayoría de los niños de bajo nivel socioeconómico.

Estos últimos, se incorporan al sistema educacional a una edad en que hay demasiados impedimentos acumulados y en que se ha perdido el tiempo más precioso de su desarrollo. Según Bloom el 70% del desarrollo intelectual se produce antes de los 8 años. Es este período en que se debiera entrenar una serie de funciones que son, quiérase o no, requisitos previos para poder rendir adecuadamente en la escuela con posterioridad.

RM y pobreza

Con frecuencia los niños que se crían en la pobreza, son producto de embarazos no deseados ni planificados, concebidos en forma accidental y a

TABLA 20-3
COMPARACION ENTRE RETARDO MENTAL SOCIOCULTURAL Y RETARDO MENTAL BIOLÓGICO

Nivel	RM Sociocultural	RM Biológico
Etiología	Deprivación ambiental durante los primeros años	Noxas que afectaron el SNC
Morbimortalidad	Igual que población general	Mayor que población general
Estigmas físicos	No existen	Son frecuentes
Grado de retardo	Leve o rango limítrofe	Moderado o severo
Reconocimiento	Tardío (en edad escolar)	Temprano (lactante)
Distribución por clase social	15 veces mayor NSEB en países desarrollados	Igual, en distintos estratos sociales

menudo por madres solteras. Se crían en hogares donde generalmente no existe la imagen paterna o si está, va a encontrarse disminuida por largos períodos de cesantía y desesperanza. La madre, agobiada por problemas de sobrevivencia, no puede brindarse afectivamente, ya sea porque físicamente debe entregarlos a otras personas para su cuidado o porque existe un rechazo consciente o inconsciente.

Los estímulos que existen en su medio ambiente, le son entregados en forma desorganizada y con un sistema de reforzamiento con frecuencia anárquico.

A menudo pasan la mayor parte del día confinados en espacios restringidos. La falta de espacio físico para ejercitar su motricidad desde la época del gateo y más aún desde que comienzan a caminar, limita notoriamente su conducta exploradora. Las madres sobrecargadas de trabajo, habitando generalmente una sola pieza que hace las veces de living, comedor, cocina y dormitorio, se ven obligadas a restringir la movilidad de sus numerosos hijos. Así entonces, es común encontrar niños en edad preescolar de a dos o tres en la cama durante el día o confinados al espacio de un cajón. En estas condiciones, el niño tendrá menos exposición a estímulos táctiles, visuales, auditivos, kinestésicos, olfatorios y otros.

Entre muchas consecuencias negativas de este fenómeno de pasividad, están la falta de creatividad que esta situación conlleva, al verse limitado el número y la calidad de sus experiencias.

Además, estos niños rara vez han conocido algo más que la cuadra o manzana de la población donde viven. Desconocen lo que es un museo, el zoológico, el mar, la montaña, un aeródromo, los espectáculos de títeres o el cine.

Pero donde diversos estudios han coincidido, es en demostrar que el área donde la influencia puede ser de un medio ambiente privado aún más negativa sobre estos niños, es en el área del lenguaje. Como se sabe el adecuado desarrollo de esta función, guarda una estrecha relación con el desarrollo del pensamiento abstracto.

Desafortunadamente, en las familias pobres existe un hecho que es culturalmente determinado y es que se habla en general menos que en niveles sociales medios o altos. Los pensamientos se expresan con un número menor de palabras.

Existe un sistema de comunicación no verbal que reemplaza en alguna medida al verbal. Por otra parte la escasa comunicación verbal que existe está distorsionada gramaticalmente. Las palabras son mal pronunciadas y las frases mal construidas, es más, se usan palabras cuyo significado sólo lo comprenden los individuos de esa "subcultura" marginal.

Este es el vocabulario que aprenden los niños

que se crían en la pobreza. Cuando llegan a la escuela, en muchos casos y en la práctica, deben aprender otro idioma.

Finalmente y sin pretender agotar los múltiples factores que generan estas diferencias culturales que se transforman en desventajas, está el menor nivel de expectativas que tienen los padres de nivel socioeconómico bajo en relación con sus hijos. Esta variable es ampliamente reconocida como contribuyente al fenómeno que nos ocupa.

Análisis y reflexión

Una vez analizado los orígenes y factores que determinan un RM ¿es lícito hablar de una privación "cultural"? ¿es lícito hablar de un retardo mental sociocultural? ¿existen realmente carencias o déficit o son sólo diferencias?

Depende del punto de vista con que se analice este fenómeno. Desde un punto de vista relativista cultural que nos parece el más lógico, no cabe duda que estamos sólo frente a diferencias y no carencias o déficit.

Desde luego porque la gente que vive en la pobreza tiene su propia cultura, con valores, creencias y actitudes propias, que por cierto son distintos a los de los niveles medios o altos.

En los sectores marginales pobres existen fuertes influencias culturales indígenas y de la vida rural. Por tanto, no sería lícito hablar de privación cultural. Si en algo están privados es en lo educacional, pero de una educación que ha sido diseñada por los grupos dominantes de la sociedad, con sus valores y en donde los pobres no han tenido ninguna participación.

Es ese mismo grupo el que ha diseñado los tests de inteligencia en íntima relación con los contenidos de los currículos educacionales.

El concepto de "privación sociocultural" implica carencia de experiencias que fomentan el desarrollo de aquellas destrezas que evalúan los tests psicométricos y que guardan estrecha relación con aquellos que es necesario poseer para adaptarse al sistema escolar.

Curiosamente estos tests sólo evalúan el desarrollo intelectual, pero prácticamente no existen tests que evalúen el desarrollo socioemocional. Es decir, una de las características más importantes del ser humano, como es su relación interpersonal, no ha sido aún objeto de estudio científico en edades tempranas. El ser humano es esencialmente social. Este hecho llama la atención, ya que varios estudios han comprobado diferencias culturales importantes al respecto, siendo más rica esta capacidad en relación social en culturas más "primitivas".

En las culturas donde se han desarrollado los

tests de inteligencia, se evalúan diferentes destrezas en relación casi exclusiva con el mundo de los objetos. Cuando se llega a incluir la relación personal en los tests infantiles es para evaluar su influencia en el desarrollo cognitivo.

Dada la creciente dependencia cultural (que fomentan sobre todo los medios de comunicación) de nuestros países latinoamericanos, los valores cuyo origen se encuentran en culturas especialmente anglosajonas, comienzan a ser rápidamente adoptadas por las culturas dominantes de la región.

Uno de los ejemplos más importantes, en el contexto que nos ocupa, es aquel que reconoce el éxito individual sólo en comparación con otros. Este principio informa la manera de considerar el desarrollo infantil.

Nuestra mayor preocupación es por el logro individual, sin considerar las consecuencias para el grupo. Incluso para algunos el desarrollo es mejor si es más rápido.

Nuestros investigadores, que pertenecen a la cultura dominante local, tienden a reproducir el enfoque etnocentrista y paternalista, al reconocer como desventaja todo lo que no es igual a los padrones de su grupo.

Muchos de estos principios están en la base de la mayoría de los estudios comparativos del desarrollo infantil y tienen su origen en el etnocentrismo cultural de los países occidentales. Sus investigadores, conscientes o inconscientes tienden a juzgar como "normal" los patrones de crianza y desarrollo que se dan en los países europeos o en U.S.A. y como patológicos los que se encuentran en otros países.

En estos estudios psicológicos está implícito el juicio de valor de los individuos pertenecientes a la cultura dominante, que presupone que ésta es superior a otras.

En esta situación alguien determina quienes son normales y quienes no lo son. Los que efectúan esta diferenciación son los mismos que fijan las reglas del juego, en términos de las habilidades y destrezas que realmente cuentan y que por lo tanto van a ser valoradas. Siguiendo estos criterios, gente perteneciente a este mismo grupo, construye las varas de medida con que se hará la diferenciación y serán quienes además someterán a prueba, administrando estos instrumentos, a individuos que no pertenecen a este grupo. Podría llegar a decirse que en este proceso son jueces y parte a la vez.

El hecho mismo de medir sólo la inteligencia y no el desarrollo social y emocional trasluce una ideología, que presupone valorar un aspecto del ser humano más que otros.

Generalmente, para este enfoque etnocéntrico, el concepto de inteligencia ha pasado a significar la

posesión de aquellas destrezas que aseguran un buen rendimiento en el sistema escolar.

Se juzga la inteligencia de otros por estos estándares y no por las destrezas que son adaptativas y valorizadas en su propia cultura.

Contrapuesto al enfoque etnocéntrico está el de relativismo, pluralismo cultural que reconoce que en una sociedad pueden haber diferentes culturas, sin pronunciarse sobre cuál es mejor.

Este enfoque supone una actitud de respeto y de reconocimiento por los valores que subyacen a las diferentes culturas y tiende a reconocer que aquellos valores que son adaptativos en un contexto, no necesariamente lo son en otro.

Es ésta una orientación relativamente nueva en las ciencias de la conducta.

Se sabe poco todavía respecto de la relación entre el desarrollo psicológico y la cultura de un grupo social determinado. Por ejemplo: no sabemos aún cuales son los propios o característicos de cada cultura. Aún desconocemos si es universal o no la estructura del pensamiento humano. En otras palabras, si los procesos cognoscitivos son distintos en los individuos que pertenecen a diferentes culturas.

Al respecto, un grupo de investigadores que sigue las teorías de Piaget sobre el desarrollo de la inteligencia, estudió el proceso cognoscitivo en niños africanos que viven en pequeñas aldeas en la Costa Marfil, llegando a la conclusión de que los procesos durante el período sensorio-motriz, no difieren sustancialmente de los que poseen los niños estudiados en París y en Ginebra.

Como conclusión, y a la luz de las consideraciones precedentes, se puede decir que los niños que se crían en la pobreza desarrollan un tipo de inteligencia distinta a la de los niños de sectores no pobres, el que no es necesariamente adaptativo para las exigencias del sistema escolar, el que como se vió, está diseñado según valores de la cultura dominante. Por ejemplo: los niños de extrema pobreza realizan más tareas domésticas en forma autónoma que los niños de niveles medios y altos y dicha capacidad no se valora en la escuela.

Con todo y dentro de esta compleja red de factores biopsicosociales que determinan estas desventajas, es importante reconocer el hecho de que el niño que se cría en la pobreza, no tiene en su medio ambiente condiciones que le permitan desarrollar las habilidades cognoscitivas necesarias para adaptarse a la sociedad industrial moderna (Politt, 1978, 1982).

Es posible no obstante, que sus habilidades cognoscitivas, culturalmente determinadas fueran bastante más adaptativas para vivir en la sociedad agrícola (Leiderman *et al.*, 1977).

El RM como un fenómeno biomédico

Es útil considerar el RM como una manifestación conductual y del desarrollo, producto de variaciones en la forma, funcionamiento y adaptación del SNC. También es importante reconocer desde el punto de vista médico, la contribución de otros sistemas orgánicos y de diversos agentes ambientales exógenos a su aparición.

Categorías etiológicas del RM de origen biológico

Errores en la morfogénesis del sistema nervioso central. Pueden ser malformaciones y síndromes malformacionales, enfermedades neurológicas producidas *in utero* que alteran la forma y posición (deformaciones). Disrupción (por injurias diversas) del desarrollo del SNC.

Alteraciones en el medio ambiente biológico intrínseco. Se refiere a errores congénitos del metabolismo y cambios metabólicos no congénitos.

Influencias extrínsecas extraordinarias. Situaciones como hipoxia, trauma, intoxicaciones.

Procedimientos diagnósticos

Historia clínica. Constituye al igual que en otros aspectos de la medicina una herramienta extremadamente importante, sobre todo en lo que al desarrollo psicomotor se refiere. Resultan importantes también los datos socioculturales y emocionales del medio familiar (deprivación materna, deprivación cultural, etcétera). Debe explorarse la información genética relevante, la fertilidad de la madre y el tipo de embarazos que ha tenido, historia del embarazo y del parto, incompatibilidades sanguíneas y otros. Entre los antecedentes mórbidos del niño son importantes las infecciones, los accidentes, respuestas a terapias, convulsiones o equivalentes convulsivos.

Examen físico. Este debe incluir una evaluación del desarrollo psicomotor en el bien entendido de que sólo permite estimar el estado actual del desarrollo, pero no necesariamente tiene un valor para predecir el curso que éste tendrá en el futuro. Cualquier alteración detectada en este campo, debe ser motivo de preocupación, ya sea para solicitar exámenes complementarios al aumentar la frecuencia de controles posteriores que permitan un tratamiento precoz.

Algunos de los signos físicos importantes en detectar síndromes biológicos son:

Cráneo: La circunferencia craneana es uno de

los elementos más importantes en este sentido ya sea para detectar micro o macrocefalia.

La configuración normal del cráneo resulta importante en el diagnóstico de sinostosis prematura. La transiluminación del cráneo del lactante puede ayudar a diagnosticar quistes poroencefálicos, hidrocefalia, hematomas subdurales.

Facies: Son importantes las desproporciones craneo-faciales típicas como las que se observan en el síndrome de Down.

Ojos: Son verdaderas extensiones del SNC lo que permite una oportunidad de acceso al examen directo a éste. Además de evaluar la agudeza visual, debe explorarse anomalías específicas tales como: el sesgo oblicuo de los ojos del síndrome de Down, epicantus, microoftalmia (de la toxoplasmosis congénita); la opacidad de la córnea, de la lipocondrodistrofia o enfermedad de Hurler, las cataratas de la embriopatía por rubeola o de la galactosemia; degeneraciones de la mácula como en la enfermedad de Tay-Sachs o en las formas tardías de la idiocia amaurótica, la retinitis de la embriopatía rubeólica; la coreoretinitis de la toxoplasmosis congénita o de la enfermedad por inclusión citomegálica; los nódulos gliomatosos retinales de la tuberoesclerosis; la atrofia óptica y el edema que revelan otras patologías intracraneanas, el estrabismo, etcétera.

Orejas: Además de evaluar la audición, las anomalías de configuración o de la implantación de las orejas pueden ser significativas.

Hepatomegalia: Puede sugerir trastornos metabólicos tales como la lipocondrodistrofia o la enfermedad por inclusión citomegálica, entre otras.

Dígitos: Las anomalías en los dedos de las manos o de los pies son frecuentemente asociadas a trastornos cromosómicos.

Piel: Un eccema puede ser un indicio de fenilcetonuria, los adenomas sebáceos están frecuentemente asociados con la esclerosis tuberosa o las manchas café con leche con la neurofibromatosis. La piel seca, fría y delgada, asociada a veces a una hernia umbilical, puede revelar precozmente un hipotiroidismo. Existe evidencia de que esta última enfermedad, a diferencia del resto, es más frecuente y no diagnosticada en la mayoría de las veces, pudiendo serlo muy precozmente.

Debe pensarse en hipotiroidismo cuando un lactante presenta letargo, constipación, trastornos de la alimentación y por lo tanto, bajo desarrollo ponderal, problemas respiratorios, lengua de mayor tamaño que lo normal, fallas en la orientación (por ej. para encontrar el pezón materno), llanto enronquecido, debilidad muscular, pulso bajo. Muy importante es el retraso en el crecimiento y el desarrollo del esqueleto, especialmente la falta de osificación de la epífisis distal del fémur. En estos

casos deben solicitarse los exámenes de laboratorio pertinentes.

Examen neurológico. Las anomalías neurológicas pueden ser sutiles tales como incoordinación motora fina, temblores al realizar un movimiento, movimientos coreoatéticos, diferencias de tamaño en las extremidades, leves hemiparesias, dificultad en discriminar entre dos puntos estimulados simultáneamente en la superficie corporal, alteraciones de los reflejos a menudo unilaterales, signos de Babinsky, entre otros.

Exámenes complementarios:

- Exámenes de orina seriados, para detectar fenilcetonuria o galactosuria.
- Test cromatográficos en sangre y orina para detectar trastornos bioquímicos asociados con RM.
- Exámenes de glicemia en casos de crisis convulsiva.
- Determinación de yodo-proteínas en casos de hipotiroidismo.
- Radiografía de cráneo y scanner.
- Radiografía de extremidades que permitan determinar la edad ósea.
- Electroencefalograma.
- Resonancia magnética nuclear.

Evaluaciones psicológicas. Pueden realizarse mediante los diversos tests de inteligencia en uso o aquellos que permiten diferenciar trastornos orgánicos que produzcan RM.

Como cualquier otro medio que ayude a un diagnóstico, la determinación del CI debe juzgarse en el contexto general del cuadro clínico. No debemos olvidar que el rendimiento de un niño frente a un test determinado puede estar influido por varios factores ajenos a su potencial de inteligencia. Basta mencionar en este sentido la competencia del examinador, su habilidad para establecer una buena relación con el paciente, la variable cultural que la mayoría de los tests no contempla. Por otra parte, el niño puede llegar a ser evaluado en condiciones de temor, fatiga, hambre, negativismo frente al examinador, etc.

Prevención primaria

Tradicionalmente se consideró el problema del retardo mental como muy poco atractivo desde el punto de vista médico y de otras profesiones, ya que la idea prevaleciente era que prácticamente nada se podía hacer por el individuo afectado de esta condición patológica.

En las últimas décadas, la investigación tanto de las causas biológicas que lo determinan como de las socioculturales, lo han transformado en un verdadero paradigma de prevención primaria en salud mental.

Hoy día, al menos teóricamente, es posible evitar que se produzca un gran porcentaje de las enfermedades que provocan retraso mental. Esto dependerá del perfeccionamiento de los programas materno-infantiles, del reconocimiento de las variables ambientales que influyen en su producción y de las mejores técnicas de laboratorio.

Programas educativos

Los contenidos educativos tanto de los programas escolares como de aquellos dirigidos al público general, deben contemplar los siguientes aspectos:

- Destacar la importancia de la nutrición adecuada, especialmente en relación al contenido proteico y de hierro de la dieta durante el embarazo.
- Evitar el alcohol, tabaco y otras drogas durante la gestación.
- Destacar las edades óptimas para procrear por parte de la mujer (17-35 años). Dar a conocer al público cómo se modifica sustancialmente la proporción del síndrome de Down, por ejemplo, según la edad de la madre (Tabla 20-4).
- Destacar la necesidad de que toda mujer sea vacunada contra la rubéola antes de su edad fértil. En caso contrario, recurrir a la reacción que revela si hay o no inmunidad contra esta enfermedad antes de exponerse al embarazo.
- Detectar y controlar especialmente enfermedades crónicas en la mujer embarazada (cardiopatías, nefropatías, etcétera).
- Subrayar la importancia de la lactancia materna para prevenir la desnutrición.
- Dar a conocer la importancia de la estimulación psicosocial temprana del lactante y del preescolar.
- Recalcar la importancia de la "paternidad y maternidad responsable" como prevención de patología materna e infantil.
- Favorecer la búsqueda de consejo genético ante dudas sobre existencia de anomalías cromosómicas en la familia.

TABLA 20-4
RELACION ENTRE EDAD DE LA MADRE
Y SINDROME DE DOWN

Edad de la madre (años)	Síndrome de Down (x nacidos vivos)
<30	1 x 1.500
30 - 35	1 x 700
40 - 45	1 x 100
> 45	1 x 40

Actividades específicas de salud en la prevención primaria del retardo mental

Entre las actividades específicas de salud más importantes se consideran:

Vacuna contra la rubéola. Aquellas mujeres que lleguen a su edad fértil y no sepan si están inmunes contra la rubéola, deberá aplicarse la prueba con antígeno HI, vacunando a las no inmunes.

Embarazo de alto riesgo. Otorga especiales precauciones asistenciales a la mujer con un embarazo de alto riesgo. Entre los indicadores del mismo deberán considerarse:

- mujer menor de 15 años y mayor de 40 años;
- número superior a 5 embarazos;
- enfermedades crónicas (cardiopatías, nefropatía, diabetes);
- mala nutrición proteica y déficit de fierro;
- antecedentes de abortos espontáneos, mortinatos y partos prematuros;
- infección viral severa en el primer semestre del embarazo;
- farmacodependencia;
- antecedentes de haber tenido algún hijo con desnutrición de III grado.

En este sentido es recomendable que estas pacientes se controlen en clínicas especiales para embarazadas de alto riesgo. Lo mismo vale para el recién nacido de alto riesgo.

Prematuridad. Singular énfasis debe darse a la prevención y tratamiento de la prematuridad, que es el problema obstétrico de mayor relación con el retardo mental. En presencia de historia de partos prematuros, se justifica descartar la posibilidad de corrección quirúrgica de patología, especialmente del cuello del útero.

Embarazo en adolescentes y prevención de enfermedades venéreas. Incrementar y fortalecer actividades educativas, ante la creciente evidencia de embarazos en adolescentes, junto a un control urológico orientado a la prevención de la sífilis congénita dada la también creciente frecuencia de las enfermedades venéreas en este grupo etéreo.

Amniocentesis. Se recomienda la instalación progresiva de centros regionales donde pueda efectuarse la amniocentesis para detectar precozmente durante el embarazo la existencia de anomalías cromosómicas (en el 3^{er} o 4^{to} mes idealmente). El desarrollo de esta técnica en los centros donde ya existe experiencia, revela que el riesgo de accidentes no es superior al 1%.

Como criterios de alto riesgo de anomalías cromosómicas se sugieren los siguientes:

- Existencia de un progenitor portador, especialmente cuando éste es la madre;
- madre mayor de 38 años de edad (el riesgo se estima ser 70 veces mayor que en mujeres de 20 años o menos);
- existencia de un hermano con alteraciones cromosómicas;
- existencia de un hermano con retardo mental, sin causa conocida;
- existencia de malformaciones somáticas (especialmente en cara, dedos supernumerarios, u otros defectos físicos de conocida etiología genética);
- antecedentes en la madre de exposición a radiaciones o de consumo de ciertas drogas teratogénicas.

Es importante señalar que el análisis del líquido amniótico sirve también para estudiar anomalías congénitas del metabolismo y de ciertas enzimas.

Capacitación. Capacitar progresiva y constantemente personal que pueda efectuar un adecuado consejo genético.

Anomalías metabólicas congénitas. Incorporar rutinariamente en el examen del recién nacido en la maternidad los exámenes de laboratorio que permitan la detección precoz de anomalías congénitas del metabolismo. Actualmente el estudio de varias de esas anomalías es posible con una misma muestra de sangre.

Especial atención debe otorgarse a la detección temprana del hipotiroidismo congénito cuya prevalencia se estima el doble de la fenilcetonuria (1 x 5.000 nacidos vivos *versus* 1 x 10.000 de esta última).

Al respecto, y con el objeto de obtener un financiamiento para estas acciones, es importante destacar el hecho que aún cuando la prevalencia de anomalías congénitas del metabolismo es baja en relación a otras patologías, la incapacidad que ellas generan afecta al individuo durante toda su vida. El costo para el Estado de la mantención de estos individuos, que constituyen un grueso segmento de pacientes hospitalizados en establecimientos para enfermos psiquiátricos crónicos, es elevadísimo. Sería importante hacer un estudio de costo-efecto al respecto.

Instalación de centros regionales. Se recomienda fomentar la instalación de centros regionales los que permitirán para reducir los costos y garantizar un mejor rendimiento de estos esfuerzos.

Prevención primaria del retardo mental sociocultural

Debido a la alta prevalencia de este tipo de retardo en los países en desarrollo y al conocimiento que existe sobre su génesis, resulta de la máxima importancia diseñar programas que lo prevengan.

Desde la década de los años sesenta se vienen implementando programas de estimulación psicosocial temprana para niños provenientes de los sectores sociales más desventajados, tanto en EE.UU. como en Latinoamérica.

En Chile, después de una exitosa experiencia piloto llevada a cabo en los consultorios pediátricos del Servicio Nacional de Salud de un área de Santiago, en la década de los años setenta, se incorporaron finalmente estas nuevas actividades al Programa Infantil. En efecto, el control de Salud del Lactante y Preescolar contempla ahora la evaluación sistemática de rutina del desarrollo psicomotor y ejercicios de estimulación de su desarrollo psíquico. La primera se realiza mediante escalas estandarizadas en Chile que administra personal del equipo de salud (especialmente la enfermera) previamente capacitado. Cada vez que se detecta un niño de riesgo o con retraso en algún área de su desarrollo psicomotor, se enseña a la madre un plan específico de estimulación para ser llevado a cabo en el hogar.

Tanto los ejercicios preventivos como terapéuticos están contenidos en manuales de estimulación.

Prevención secundaria

Una de las mayores dificultades encontradas hasta la fecha para tratar adecuadamente el retardo mental, está en la falta de conciencia que existe entre los médicos sobre lo fundamental que es el diagnóstico precoz. Cuando se llega a detectar retardo en el desarrollo existe la tendencia a "esperar un tiempo más" por parte del pediatra o del médico general, antes de tomar alguna acción.

Desafortunadamente, la mayoría de las veces no se detecta el retraso en el período del lactante por no evaluarse en forma rutinaria el desarrollo psicomotor mediante una escala estandarizada. A lo más se explora uno que otro reflejo del niño con lo que sólo se podría eventualmente detectar algún daño orgánico severo.

En otros casos parecería existir un temor de comunicar a los padres la existencia de un retardo.

Esta es una situación que ocurre también en países como EE.UU. En un estudio al respecto realizado por Aldrich y Holiday, se encontró que la primera sospecha del retardo mental profundo se hacía como promedio a los 7-8 meses y la del retardo moderado a los 13-15 meses. La muestra del

estudio en su conjunto lo era a los 25 meses, vale decir después de los 2 años.

También se estudió el tiempo que transcurre entre la primera sospecha y la confirmación definitiva del diagnóstico. Este fue de 6 y medio meses adicionales en el caso del retardo profundo y de 12 meses más para el retardo moderado.

Esta situación es lamentable ya que está comprobado que a mayor precocidad del diagnóstico y tratamiento, mayor es la recuperación del retraso mental. Esto es válido tanto para la instauración de tratamientos específicos, como para la ejercitación motora, del lenguaje, de coordinación de funciones y para el desarrollo social y emocional.

Detección y tratamiento precoz de enfermedades hereditarias

En distintos países se ha instaurado ya un sistema de identificación de trastornos congénitos del metabolismo. Este sistema recomienda para la fenilcetonuria, la galactosemia y la enfermedad de "Maple Syrup". Como se sabe, en la primera de estas enfermedades el tratamiento consiste en una dieta pobre en fenilalanina que debe instaurarse dentro de los primeros tres meses de vida para lograr prevenir el retardo mental y las anomalías conductuales.

En el caso de la galactosemia, el tratamiento requiere eliminar la leche de la dieta la que puede ser introducida en cantidades moderadas a los 4 ó 5 años de edad.

El hipotiroidismo congénito, es otra condición patológica que puede prevenirse completamente con la administración de extracto tiroideo. Este tratamiento debe comenzarse durante los primeros 6 meses de vida si se quiere evitar el retardo mental subsecuente. Con el test para la tiroxina (T4) que fue desarrollado primero en Canadá, se puede usar la misma muestra de sangre que se envía al laboratorio dentro de los primeros días de vida para detectar fenilcetonuria, permitiéndose de ese modo instaurar oportunamente el tratamiento adecuado.

Tratamiento médico y quirúrgico de otras enfermedades

El diagnóstico y tratamiento oportuno de las infecciones bacterianas que afectan el SNC, reducirán significativamente las posibilidades de daño orgánico cerebral y de retardo mental. Lo mismo puede decirse de las intoxicaciones con plomo. La evacuación quirúrgica de una hematoma subdural después de un trauma o meningitis, debe a veces seguirse de la eliminación de una membrana desde el espacio subdural. Si ésta no se realiza se puede

producir un daño irreversible y retardo mental. Lo mismo ocurre en casos de craneostenosis, aún cuando no siempre el éxito es total, debido a las anomalías cerebrales que esta condición patológica lleva asociada en algunas oportunidades.

Reconocimiento y tratamiento rehabilitador de trastornos específicos del desarrollo y de limitaciones sensoriales

Los niños que presentan fallas madurativas específicas, debidas a trastornos del desarrollo o a lesiones mínimas cerebrales, verán afectados colectivamente la percepción, la psicomotricidad, el lenguaje y otros aspectos, lo que va a repercutir muchas veces en el aprendizaje y en el estado emocional. Lo mismo puede decirse de los niños ciegos o sordomudos. En ambos casos la estimulación de los canales sensoriales indemnes o de la rehabilitación específica, evitarán que se produzca secundariamente un retardo mental.

Prevención terciaria

Tratamiento de los trastornos conductuales

Tanto los problemas de lenguaje como aquellos relacionados con la formación de conceptos, limitan la comunicación psicoterapéutica.

No obstante, las técnicas de modificación conductual en especial aquellas basadas en condicionamiento operante, son particularmente efectivas en desarrollar conductas apropiadas en el retardo mental.

Se trata de técnicas que ponen énfasis en los factores ambientales que demostrablemente influyen en la conducta, dejando en segundo plano los factores intrapsíquicos. Una vez individualizadas y registradas esas conductas con sus frecuencias de aparición, se refuerzan positiva o negativamente.

Si es necesario, las conductas a ser modificadas mediante el refuerzo positivo se pueden descomponer en partes más pequeñas, de tal modo de ir reforzándolas una a una en la dirección final deseada. El refuerzo positivo puede ser material (alimentos, golosinas o fichas que luego se canjean por los primeros) o bien intangible como atención a premios simbólicos. En la medida que más serio es el retardo, mayor será la indicación de refuerzos tangibles.

El estímulo negativo busca la extinción de las conductas indeseadas (por ejemplo, el castigo social como el aislamiento).

Psicofarmacoterapia. Existe una larga historia de uso irracional de diversos psicofármacos en este

campo, particularmente en instituciones, para hacer el retardo mental más dócil y manejable. La mayoría de las veces esto revelaba ineficiencia en proveerle otras formas de programas de rehabilitación. Puede decirse no obstante, que juegan un papel en el manejo conductual del retardo mental. Sobre todo, en el manejo de la impulsividad e hiperactividad que suelen acompañar a estos individuos, especialmente en el período infantil. Tanto las fenotiacinas como los psicoestimulantes se han usado con eficacia en este sentido. Estos últimos, están indicados cuando existe un efecto paradójico de los psicofármacos (excitación cortical por el fenobarbital y otros depresores y viceversa).

No existe ninguna evidencia científica de que existan drogas que mejoren el retardo mental, contrariamente a lo que induce a pensar la propaganda comercial de algunos productos farmacéuticos.

La evidencia empírica acumulada en los últimos años, aunque escasa, apoya la idea de que los trastornos psicopatológicos asociados al RM, tienden a responder favorablemente a los psicofármacos en forma semejante a como actúan en individuos sin RM. Es así como el metilfenidato se ha usado con éxito en los niños con retardos leves y moderados asociados a los síntomas del síndrome del déficit atencional con hiperactividad (Hagan, 1991, Handten 1994). Cook *et al* en 1992, reportan resultados favorables en 6 a 8 niños y adolescentes con retardo entre leve y profundo tratados con fluoxetina y diagnosticados además con trastornos de la impulsividad y el humor.

Kastner *et al* en 1993, emplearon ácido valproico en pacientes retardados de entre 8 - 18 años que presentaban irritabilidad, conducta autodestructiva y trastorno del humor cíclico, obteniendo claros resultados positivos en 9 de 12 pacientes.

Educación especial

Un eje fundamental en la rehabilitación del retardo mental es una educación especial o diferencial de acuerdo a las limitaciones que el niño plantea y a su intensidad. Al respecto se ha clasificado a los retardados mentales en educables y entrenables. En el primer grupo, la meta educacional es lograr el manejo de las más elementales destrezas escolares (leer, escribir, sumar y restar). En el segundo grupo, sólo se pretende la adquisición de hábitos sociales básicos practicados en forma autosuficiente.

Dependiendo de las limitaciones más severas que el niño presente con su retardo mental, será necesario instruir un tratamiento psicoterapéutico si el problema es motriz, foniátrico en el caso que fuera del lenguaje. Lo mismo corresponde hacer en caso de déficit sensoriales agregados.

Institucionalización

Se parte de la base que es una situación que debe evitarse en la medida que sea posible, sobre todo en el período preescolar, debido a las influencias negativas que ésta tiene sobre el desarrollo psicosocial del niño en los primeros 6 años de vida.

Cuando la conducta del paciente se torne inmanejable en el hogar, deteriorando francamente la dinámica familiar, se recomienda recurrir a la internación del paciente en una institución especializada.

Consejo a los padres

Son múltiples las oportunidades en que los padres de un niño con retardo mental requieren ser aconsejados. Desde luego cuando se hace el diagnóstico por primera vez. En este caso deberá explicarse en forma franca y simple las limitaciones que esta condición conlleva. Deberá evitarse fomentar esperanzas poco realistas como asimismo un pesimismo exagerado. Deberá enfatizarse que en cuanto al pronóstico, aun cuando no puede expresarse que el retardo mental se "cure", el grado de adaptación al medio ambiente dependerá de las oportunidades de rehabilitación específica y de una adecuada educación especial.

Conviene aclarar sobre todo en los casos de retardo secundario a un daño orgánico cerebral producido por toxas que hayan lesionado el SNC, que no existen "taras" hereditarias. Son frecuentes los casos en que por ignorancia, los padres se reprochan mutuamente culpabilidad respecto de haber tenido un hijo retardado mental. Este hecho los lleva incluso a la separación o a evitar tener otros hijos.

Sólo en los casos en que se haya comprobado un origen hereditario, se justifica que la pareja recurra a obtener un consejo genético antes de tener nuevos hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aman MG, Marks RE, Turbott SH. The clinical effects of metilphenidate and thioridazine in intellectually subnormal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 246-56.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Bralic S, Haeussler IM, Montenegro H, Rodríguez S. Estimulación temprana. Santiago de Chile. CEDEP-UNICEF, 1978.
- Bravo L, Montenegro H. Educación, niñez y pobreza.

- Santiago, Chile: Ediciones Nueva Universidad, 1977.
- Bryan HK, Mattew WS, Bhavik S, Davanzo P, Paul Dykens E. Mental retardation: A review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1656-63.
- CEPAL-UNICEF. Pobreza crítica en la niñez. América Latina y el Caribe. Santiago Chile. 1981.
- Cook EH, Rowlett R, Laselskis C, Leventhal BL. Fluoxetine treatment of children and adults with autistic disorders and mental retardation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 739-45.
- Gazmuri V, Milicic N, Sarquis C, Schmidt S. Incidencia del retardo mental y trastornos del aprendizaje. Trabajo presentado al Simposio: "El Niño Limitado en Chile" Universidad Católica de Chile. Santiago Chile, 1975.
- Handen BL, Janosky J, Breaux AM, Feldman H. Prediction of response to metilphenidate among children with ADHD and Mental Retardation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1185-93.
- Kastner T, Finesmith R, Walsh K. Long term administration of valproic acid in the treatment of affective symptoms in people with mental retardation. *J Clin Psychopharmacol* 1993; 13:448-51.
- Langmier J, Matejcek Z. Psychological deprivation in childhood. New York: Halsted Press Book, 1975.
- Mattew WS, Bryan K, Dykens E. Mental retardation: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1977; 36: 1664-71.
- Monckeberg F, Tislers S, Toro S, Gattas V, Vegas L. Malnutrition and mental development. *Am J Clin Nutr* 1977; 25:766.
- Montenegro H. El retardo mental sociocultural. En: Jean Piaget y otros. Los años postergados. PAIDOS-UNICEF, 1975.
- Politt E. Early childhood intervention in Latin America: a selective review. Fundación Ford, 1979.
- Politt E. Desnutrición, inteligencia y política social. Lima: Ediciones Studium, 1982.
- Shiefelbein E. Efectos de la educación preescolar en el ingreso al sistema formal. En: Pobreza Crítica en la Niñez América Latina y el Caribe. CEPAL-UNICEF. 1982.
- Skeels HM, Dye HB. A study of the effects of differential stimulation on mentally retarded children. *Proceedings of the American Association of Mental Defectives*, 1939: 44-114.
- Seguel X, Bralic S, Edwards M. Más allá de la sobrevivencia. CEDEP-UNICEF. Santiago de Chile, 1989.
- Szymanski LS, Kaplan LC. Mental retardation. In: Wiener JM. Textbook of child and adolescent psychiatry. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press, 1991.

Para una adecuada delimitación conceptual del tema habremos de utilizar el marco nosográfico de las dos clasificaciones más importantes.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA CIE 10

Trastornos disociales (F91)

Definición. Los trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no son, por sí mismos, base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.

Los rasgos del trastorno disocial pueden también ser secundarios a otros trastornos psiquiátricos, en cuyo caso debe codificarse el diagnóstico del trastorno subyacente.

Los trastornos disociales pueden evolucionar en algunos casos hacia un trastorno disocial de la personalidad (F60.2). Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar, y se presenta con más frecuencia en varones. La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos de las emociones es bien definida, mientras que su diferenciación del trastorno hipercinético es menos clara y es frecuente un solapamiento entre ambos.

Pautas para el diagnóstico. La valoración de un comportamiento antisocial debe tener en cuenta el nivel de desarrollo del niño. Las rabietas, por ejemplo, forman parte de un desarrollo normal a la

edad de tres años y su mera presencia no debería ser una indicación para el diagnóstico. Del mismo modo, la violación de los derechos cívicos de otras personas (como un crimen violento), no se encuentra al alcance de la mayoría de los niños de siete años de edad, y no constituye una pauta diagnóstica para este grupo de edad.

Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser del tipo de las siguientes: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes. Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son.

Son criterios de exclusión otros trastornos subyacentes, algunos de ellos poco frecuentes, pero importantes, como la esquizofrenia, la manía, los trastornos del desarrollo, el trastorno hipercinético y la depresión.

No se recomienda hacer este diagnóstico a menos que la duración del comportamiento descrito sea de seis meses, o más.

Diagnóstico diferencial. Hay que tener en cuenta que el trastorno disocial puede solaparse con otros trastornos. La coexistencia de trastornos de las emociones de la infancia (F93.-) lleva al diagnóstico de trastorno mixto de las emociones y trastorno disocial (F92.-). La categoría trastorno hipercinético (F90.-) tiene prioridad si un caso satisface también las pautas de este trastorno hipercinético. No obstante, grados ligeros o limitados a situaciones concretas de hiperactividad y de falta de atención, se presentan con frecuencia en niños que presentan un trastorno disocial, así como también una baja estimación de sí mismos y trastornos emocionales menores. Ni unos ni otros excluyen el diagnóstico.

Excluye: Trastornos disociales asociados a:
Trastornos emocionales (F92.-)
Trastornos hipercinéticos (F90.-)
Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)
Trastorno generalizado del desarrollo (F84.-)
Esquizofrenia (F20.-)

Comentarios. En la definición se incluye la categoría a definir. Luego, en las pautas para el diagnóstico, se utiliza antisocial como sinónimo de disocial. El prefijo *dis* denota que algo (un comportamiento, en este caso) se aparta de lo que se considera normal o funcional a un propósito. El no acatamiento de las normas establecidas por los adultos, en el supuesto que estas fuesen adecuadas, puede ser disfuncional a una convivencia armónica y devenir presumiblemente anormal, pero no necesariamente patológico. *Anti* entraña una oposición que, para el caso que nos ocupa, resulta violatoria de las normas sociales (los derechos de los demás).

Lo patológico del comportamiento disocial está indistinta y difusamente pautado en los criterios diagnósticos en los planos funcional y axiológico. Para fines prácticos, gira en torno a tres consideraciones: la persistencia y reiteración de la conducta, un plazo mínimo de duración (coincidente con el DSM IV) y su intensidad (con lo que se aparta del criterio categorial y adopta el dimensional).

La definición se hace tanto más confusa cuando alude a características como agresivo y retador, que aparecen en variados trastornos del comportamiento o vendrían a representar el rasgo más pronunciado de una entidad como el trastorno disocial desafiante y opocionista, según el caso. Igual confusión se nota cuando se involucran condiciones tales como la edad o el nivel de desarrollo del niño. La asignación de características comunes por bandas etáreas o etapas del desarrollo no es más que un abuso de la estadística o de conceptualizaciones cuestionadas. Lo que importa es el contexto social y cultural en que vive el niño, su dotación genética y el tipo de experiencias a que está sujeto. En este sentido, es congruente hacer alusión a la sociedad en que se desenvuelve y los factores psicosociales anormales (ver clasificación adjunta) que pudieran perturbar el despliegue de sus potencialidades constitucionales (factores genéticos, temperamento y no carácter, desarrollo neurointegrativo) o trastornar sus interacciones (vinculación, desarrollo del self, cohesión y adaptabilidad familiares, escolaridad, resiliencia frente a situaciones carenciales). El sustrato neuroquímico de algunas de las entidades de las que el trastorno de conducta pudiera ser secundario, pudiera tener valor etiopatogénico común, a juzgar por los avances de la investigación farmacológica.

Tipos de trastorno disocial (con definiciones de la CIE 10 entre comillas):

Trastorno disocial limitado al contexto familiar (F91.0). Está completamente, o casi completamente, restringido al hogar o a las relaciones con miembros de la familia. El diagnóstico requiere el cumplimiento de todos los criterios aplicables a F91.

"Las manifestaciones más frecuentes son robos en el hogar referidos con frecuencia específicamente al dinero o a las pertenencias de una o dos personas concretas (sic), lo cual puede acompañarse de un comportamiento destructivo deliberado, de nuevo con preferencia referido a miembros concretos de la familia, tal como romper juguetes u objetos de adorno, ropas, hacer rayados en muebles o destrucción de pertenencias apreciadas".

Se agregan otros criterios como la violencia contra miembros de la familia o provocar incendios deliberados en el hogar.

La validez nosológica de este tipo de trastorno es endeble. No está incluido en el DSM IV.

Trastorno disocial en niños no socializados (F91.1). Se caracteriza por la combinación de un trastorno que satisface las pautas diagnósticas de F91 "con una significativa y profunda dificultad para las relaciones personales con otros niños(as)". Los problemas de las relaciones con los compañeros se manifiestan principalmente por un aislamiento o un rechazo, por la impopularidad entre otros niños(as) y por una falta de amigos íntimos o de relaciones afectivas recíprocas y duraderas con los compañeros de la misma edad. Con frecuencia se presentan alteraciones emocionales sobreañadidas, lindantes con lo especificado para los trastornos disociales y de las emociones mixtos (F92). Esta concurrencia de factores afectivos y relacionales con trastornos de conducta haría pensar, más bien, en un trastorno de personalidad larvario o un *borderline* infantil.

"Si se presenta un comportamiento delictivo, lo típico, pero no indispensable, es que sea en solitario". Esta descripción guarda relación con el llamado trastorno agresivo no socializado o el trastorno disocial solitario de tipo agresivo, entidades ampliamente discutibles. Tampoco figura en el DSM IV.

Trastorno disocial en niños socializados (F91.2). Se presenta en individuos por lo general bien integrados en grupos de compañeros. Estos compañeros son "otros jóvenes" implicados en actividades delictivas o disociales ("en tal caso, el comportamiento inaceptable del niño puede estar aprobado por los compañeros y regulado por normas de la subcultura a que pertenece").

Como en los otros tipos de trastorno disocial, requiere el cumplimiento de los criterios para diagnosticar F91 y algunos más específicos, tales como

el que se manifieste fuera del seno familiar o que genere relaciones alteradas con las víctimas u otros grupos, cuando media la intimidación.

Este diagnóstico excluye las actividades de bandas sin trastornos psiquiátricos manifiestos (Z03.2). No figura en el DSM IV.

Trastorno disocial desafiante y oposicionista (F91.3):

A. Definición. Este tipo de trastorno disocial es característico de niños con edades por debajo de 9 ó 10 años. Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobediente y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y el derecho de los demás. El trastorno requiere que se satisfagan las pautas generales de F91. Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en sí mismo suficiente para el diagnóstico. Muchos autores consideran que las formas de comportamiento de tipo oposicionista desafiante representan una forma menos grave de trastorno disocial, más bien que un tipo cualitativamente distinto. No hay datos experimentales sobre si la diferencia es cuantitativa o cualitativa. Sin embargo, los hallazgos actuales sugieren que si se tratara de un trastorno distinto, lo sería principal y únicamente en los niños más pequeños. Se debe utilizar esta categoría con cautela, sobre todo con los niños de mayor edad. Los trastornos disociales clínicamente significativos en los niños mayores suelen acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que van más allá del desafío, la desobediencia o la subversión, aunque con frecuencia suele precederse de un trastorno disocial oposicionista en edades más tempranas. Esta categoría se incluye para hacerse eco de la práctica diagnóstica habitual y facilitar la clasificación de los trastornos que aparecen en los niños pequeños.

B. Pautas para el diagnóstico. El rasgo esencial de este trastorno es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocadora y subversiva, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural y que no incluye las violaciones más importantes de los derechos ajenos que se reflejan en el comportamiento agresivo y disocial especificado para las categorías de trastornos disociales F91 a F91.2. Los niños con este trastorno tienden frecuentemente a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas. Suelen tender a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades. Generalmente tienen una baja tolerancia a

la frustración y pierden el control fácilmente. Lo más característico es que sus desafíos sean en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos. Por lo general se comportan con niveles excesivos de grosería, falta de colaboración y resistencia a la autoridad.

Este tipo de comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien y los síntomas del trastorno pueden no ponerse de manifiesto durante una entrevista clínica.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de la violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La presencia definitiva de cualquiera de estas formas de comportamiento excluye el diagnóstico. Sin embargo, el comportamiento disocial oposicionista-desafiante, tal como se ha perfilado en el anterior párrafo, se encuentra con frecuencia en otros trastornos disociales. Se deberá codificar cualquier otro tipo de trastorno disocial (F91.0 - F91.2) con preferencia al trastorno disocial desafiante oposicionista, cuando el comportamiento sea abiertamente disocial o agresivo.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM IV

Trastorno de conducta (312.8)

Un patrón conductual repetitivo y persistente en el que son violados los derechos básicos de los demás, así como las normas y/o reglas sociales y éticas establecidas por los mayores, tal como se manifiesta por la presencia de tres (o más) de los criterios diagnósticos que siguen, en los doce meses pasados; y con por lo menos uno de ellos presente en los últimos seis meses:

Agresión a la gente y a los animales

- Fastidia, amenaza o intimida frecuentemente a los demás.
- Provoca peleas frecuentemente.
- Ha usado un arma que podría causar serio daño físico a los demás (por ejemplo: un palo, ladrillo, botella rota, navaja o arma de fuego).
- Ha utilizado la crueldad física con los demás.
- Ha utilizado la crueldad física con los animales.
- Ha confrontado a su víctima mientras le robaba (por ejemplo: acogotándola, arrebatándole su bolso, extorsionándola o a mano armada).
- Ha forzado a una persona a sostener relaciones sexuales.

Destrucción de la propiedad

- Ha prendido fuego en forma deliberada, con la intención de causar grave daño.
- Ha destruido deliberadamente la propiedad ajena (por medios distintos a prender fuego).

Engaño o robo

- Ha irrumpido en casa ajena, un edificio o se ha apropiado de un automóvil.
- Con frecuencia miente para obtener cosas o favores de los demás, a fin de evadir sus propias obligaciones (embroma a los demás).
- Ha robado cosas de cierto valor, sin confrontar a sus víctimas (por ejemplo, roba en las tiendas de autoservicio, sin irrupción violenta; realiza falsificaciones).

Grave violación de las normas

- Permanece fuera de casa por las noches, pese a prohibición parental, empezando a hacerlo antes de los trece años.
- Se ha fugado de la casa por una noche, por lo menos dos veces mientras vivía en el hogar paterno o sustituto (o una sola vez, sin retornar por un período prolongado).
- Truhanería en la escuela, empezando antes de los trece años.

El trastorno de conducta causa perturbación clínicamente significativa en el funcionamiento social, académico u ocupacional del sujeto.

Si el sujeto tiene 18 años o más, no reúne los criterios para el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial.

Especificar el tipo de acuerdo a la edad de inicio

Tipo de inicio en la niñez: inicio de por lo menos un criterio diagnóstico de trastorno de conducta antes de los diez años de edad.

Tipo de inicio en la adolescencia: ausencia de criterio alguno característico del trastorno de conducta antes de los diez años de edad.

Especificar la severidad

Leve: Pocos, si los hubiere, problemas conductuales, además de aquellos requeridos para establecer el diagnóstico. Estos problemas no causan mayor daño a los demás.

Moderado: El número y el efecto en los demás de los problemas conductuales es intermedio entre "leve" y "grave".

Grave: Muchos problemas conductuales, además de los requeridos para establecer el diagnóstico; o éstos causan considerable daño a los demás.

Trastorno oposicionista desafiante (313.81)

A. Un patrón de conductas negativistas, hostiles y desafiantes que duran por lo menos seis meses, durante los cuales cuatro (o más) de los síntomas siguientes están presentes:

- Se descontrola con frecuencia.
- Discute con los adultos frecuentemente.
- Desafía abiertamente o rechaza cumplir las normas establecidas por los adultos, en forma frecuente.
- Irrita frecuente y deliberadamente a los demás.
- Acusa a los demás de ocasionar sus errores o mala conducta, con frecuencia.
- Frecuentemente muy sensible e irritable por la actitud de los demás.
- Frecuentemente colérico y resentido.
- Frecuentemente despectivo o vengativo.

Nota. Se considera que reúne el criterio cuando la conducta ocurre más frecuentemente que lo que se observa típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparable.

B. El trastorno de conducta causa perturbación clínicamente significativa en el funcionamiento social, académico u ocupacional del sujeto.

C. El trastorno de conducta no aparece exclusivamente en el curso de un trastorno psicótico o afectivo.

D. No reúne los criterios para diagnosticar trastorno de conducta y, si el sujeto tiene 18 años o más, no satisface los criterios para diagnosticar trastorno de personalidad antisocial.

Comentarios. El DSM IV no incluye tipos de trastorno de conducta como el *Disocial en niños no socializados*, *Disocial en niños socializados* y el *Disocial limitado al contexto familiar*, que aparecen bajo el epígrafe de Trastornos Disociales (F91) de la CIE 10.

Tomando en consideración su organización multiaxial, en el eje IV del DSM IV se pueden incluir los factores psicosociales anormales asociados (Eje V) de la OMS (ver Tabla 21-1). El DSM IV contempla los factores siguientes:

- Problemas con el grupo de soporte primario.
- Problemas relacionados con el ambiente social.
- Problemas educativos.
- Problemas ocupacionales.

- Problemas de vivienda.
- Problemas económicos.
- Problemas para acceder a los servicios de salud.
- Problemas relacionados con la interacción con el sistema policial y judicial.
- Otros problemas psicosociales y ambientales.

En torno al diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial, el DSM IV plantea como criterio de edad (B) que el sujeto tenga 18 años, por lo menos, pero en el (A) señala que el patrón de ignorar o violar los derechos de los demás aparece a los 15 años y en el (C) se sostiene que debe haber evidencia de trastorno de conducta desde antes de los 15 años, con lo cual las precisiones diagnósticas precedentes quedan obliteradas.

ETIOLOGIA Y PATOGENESIS

Factores biológicos

Los rasgos temperamentales del "niño difícil", de acuerdo a los criterios de Chess y Thomas, son característicos en la historia de vida de estos niños.

El riesgo de trastornos de conducta es mayor entre los hijos de padres con trastornos de conducta, trastorno de personalidad antisocial y trastornos por consumo de sustancias psicótropas. Dada la prevalencia de estos trastornos en varones, se ha propuesto a la testosterona como un factor etiológico importante. Desde esta perspectiva, se ha podido demostrar una correlación positiva entre los niveles plasmáticos de testosterona y agresividad en adolescentes varones, pero no en chicos prepuberales.

Seguendo las teorías de Gray, se postula una disfunción del sistema septo-hipocámpico, modulado por fibras noradrenérgicas provenientes del *locus ceruleus* y las serotonérgicas de los núcleos del rafe, y a su vez conectado con la corteza prefrontal, la que no ejerce su función inhibitoria por déficit de serotonina (demostrada por la disminución del ácido 5-hidroxi-indolacético en LCR) y de la dopamina B-hidroxilasa (DBH) plasmática (responsable de la transformación de dopamina en noradrenalina). La explicación patogénica sería que este déficit de neurotransmisores subyace a una hiporreactividad autonómica, la que condiciona que estos sujetos tengan una respuesta fisiológica deficiente a estímulos aversivos y -subsecuentemente- una menor capacidad para aprender cómo inhibir la agresividad. Un estudio reciente plantea que el maltrato infantil (abandono o abuso antes de los 6 años) condiciona la disminución de DBH que se observa en esos niños cuando alcanzan la edad escolar y esto -a su vez- explica sus trastornos de conducta.

Gabel *et al* (1994) postulan que las personas que buscan sensaciones intensas tienen una disregulación noradrenérgica y que existe correlación entre la búsqueda de sensaciones intensas y conductas disruptivas.

Factores psicológicos

Eysenck puntualiza que lo que caracteriza al niño antisocial es un fracaso en el aprendizaje social, resultado de pobre capacidad de condicionamiento, lo que se asocia con extraversión (E) y neuroticismo (N) altos. Posteriormente se ha demostrado que la relación con E es baja y -en cambio- hay un alto índice de psicoticismo (P).

Las teorías conductuales del aprendizaje social y el desarrollo infantil (Bandura, Bijou *et al*), señalan que la carencia de reglas claras y consistentes en el hogar, así como una disciplina coherente con estas normas; modelos parentales (y fraternales) antisociales o agresivos; la violencia percibida, sufrida o perpetrada; y el modelaje a partir de los medios de comunicación masiva (exaltación de conductas violentas y/o disruptivas en la televisión y la prensa escrita), actúan como factores patogénicos de los trastornos de conducta.

La interacción con un grupo de pares está estrechamente ligada a los estilos de vida de los pares, los que entrañan riesgo de trastorno de conducta acrecentado cuando los factores socioeconómicos son negativos.

Determinados tipos de conducta violenta pueden ser adaptativos a las *circunstancias difíciles* -en la terminología de UNICEF- en que viven vastos sectores de la infancia en latinoamérica, tales como los niños de la calle o los trabajadores informales (ambulantes). Estos procesos adaptativos entrañan una ruptura epistemológica con las nociones de juicio moral tributarias de Piaget y Kohlberg, en tanto que las necesidades primarias de supervivencia, esquematizadas por los seguidores de Max Neef, se antepone a principios posconvencionales. Así, el robo a pequeña escala o la mendicidad adquieren -desde la perspectiva de estos niños- patente de viabilidad social.

Desde otra perspectiva, la mayor o menor obediencia a las normas establecidas por los adultos dependerá del grado de aceptación por los niños de los patrones de normalidad establecidos por aquellos. De acuerdo a Winnicott, para que emerja un *self* auténtico es necesario que el niño sea suficientemente obediente, pero no que lo sea en extremo, como muchos padres quisieran. En el otro extremo, se abre paso el control coercitivo (Patterson), que apela a una petición con efecto perverso: el niño desobediente responde con un comportamiento aver-

sivo y disuasivo, mediante el cual intimida a quienes están en su entorno y perpetúa una escalada de agresión, que se hace patente en los trastornos oposicionistas y desafiantes.

Factores sociales

La Tabla 21-1 señala factores psicosociales que con frecuencia condicionan los comportamientos perturbados de los niños y adolescentes. Rutter cuestiona cuantos de ellos son causa, correlato o consecuencia. Afirma, sí, que determinadas circunstancias, a las que se han atribuido poderes patogénicos casi omnímodos, requieren ser tratados con cautela: por ejemplo, los estilos de vinculación del niño con su madre, la mayor impronta de las disputas previas en comparación con la separación de los padres, como tal, o la vigencia del nivel socioeconómico como agentes determinantes de trastornos de conducta. Una y otra vez, estudios sobre conducta violenta, consumo de sustancias psicótropas y suicidio apuntan a una pluricausalidad que es ajena a la individualización de factores de riesgo *per se*.

A las variables personales como ser varón, tener un determinado temperamento y una relativa dotación intelectual, se suman -como predictores tradicionales de mayor prevalencia de trastornos de conducta- un bajo estatus socioeconómico y una familia disfuncional, en la que las prácticas parentales son cruciales. A todo ello se agregan la actitud del niño/a frente al colegio y la influencia que sobre él(ella) ejerzan sus pares.

Un estudio sobre factores psicosociales de riesgo suicida en niños y adolescentes, publicado en 1997 por Gould *et al*, resalta que "las pérdidas interpersonales y las crisis disciplinarias fueron más frecuentes en las víctimas con trastornos disgregantes"; en otro acápite advierte que los antecedentes familiares de conducta suicida aumentaron mucho el riesgo de suicidio, pero ello "puede reflejar un factor genético y no un índice general de caos y psicopatología familiares...".

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD

El DSM IV no es sensible para diferenciar variaciones por edad, nivel de desarrollo o sexo. Tampoco establece criterios para el diagnóstico diferencial de los trastornos de conducta. Tomando en cuenta que éste es un diagnóstico descriptivo, con heterogeneidad etiológica y sobreinclusión de síntomas, es necesario estar atento a la psicopatología subyacente.

Para empezar, la exclusión entre el trastorno de conducta y el oposicionista desafiante es difícil de establecer en muchos casos. El 90% de niños con trastornos de conducta de aparición temprana satisfacían los criterios para el diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante a una edad previa. Se estima que el *pick* de aparición de este último trastorno se halla a los 6,5 años, mientras que el de los trastornos de conducta se encuentra a los 9 años. Estos mismos trastornos, cuando aparecen a edad tardía, también revelan antecedentes de trastorno oposicionista desafiante.

La otra asociación frecuente es con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El 45% de niños con trastornos de conducta u oposicionistas desafiantes también presentan este diagnóstico. Adicionalmente, un 20% adolece de trastornos de aprendizaje. En estos casos, los trastornos de conducta tienden a ser más severos, debido a una mayor disfunción del SNC y a la frustración generada por el fracaso escolar, lo que contribuye a mayor rebeldía y conducta antisocial. El diagnóstico de esta "disfunción" ha quedado confinado -tradicionalmente- a los aportes de la electroencefalografía con electrodos estándar. Es recomendable utilizar otras técnicas, como el EEG con electrodos nasofaríngeos, potenciales evocados (es interesante el valor predictivo del decremento P300 frontal en las recaídas por consumo de psicótropos, Bauer, 1997) o el diagnóstico por imágenes (SPECT, RM con FLAIR), para afinar la detección de casos difíciles. Es importante identificar alteraciones en el funcionamiento del sistema límbico y en el lóbulo frontal. La incapacidad para el autocontrol, la atención, el planeamiento y la programación que exhiben muchos de estos niños es concordante con la sintomatología agresiva de los niños con daño frontal postraumático. En la esfera cognitiva, si bien el CI promedio de estos niños se enmarca en el rango normal bajo, es notoria su dificultad con el lenguaje hablado y escrito.

La asociación con los trastornos afectivos es también notoria, especialmente con el trastorno depresivo mayor y las distimias (DSM IV), alcanzando en algunos estudios el 50% de correlación.

Otra asociación importante se da con el consumo de sustancias psicótropas. En un estudio norteamericano de 226 adolescentes hospitalizados por abuso de estas sustancias, el 44% satisfacía los criterios diagnósticos de trastorno de conducta. En el estudio de Young *et al*, realizado en inmejorables condiciones de investigación, la mayor parte (77%) de los adolescentes abusadores de estas sustancias declara haber tenido comportamientos antisociales *previos al consumo y no como consecuencia del mismo*. Esto nos lleva a la consideración de los trastornos de

TABLA 21-1

SITUACIONES PSICOSOCIALES ANORMALES (EJE V OMS)

00.	No hay distorsión significativa o inadecuación en el ambiente psicosocial
1.	Relaciones intrafamiliares anormales
1.0	Falta de calidez en la relación parentofilial
1.1	Desacuerdo intrafamiliar entre los adultos
1.2	Hostilidad hacia el niño o utilización de éste como "chivo expiatorio"
1.3	Maltrato físico del niño
1.4	Abuso sexual (en el contexto familiar)
1.8	Otros
2.	Trastorno, desviación o minusvalía mental familiar
2.1	Trastorno o desviación mental parental
2.2	Minusvalía o discapacidad parental
2.3	Discapacidad en los hermanos
2.8	Otros
3.	Comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada
4.	Anormalidades cualitativas en la crianza
4.0	Sobreprotección parental
4.1	Supervisión o control parentales inadecuados
4.2	Privación de estímulos adecuados para la crianza
4.3	Presiones parentales que se apartan de lo normal
4.8	Otros
5.	Entorno inmediato anormal
5.0	Crianza institucionalizada
5.1	Situación parental anómala
5.2	Familia aislada
5.3	Condiciones de vida que crean situaciones psicosociales potencialmente peligrosas
5.8	Otros
6.	Acontecimientos vitales negativos inmediatos
6.0	Pérdida de una relación de amor
6.1	Cambios en el ambiente hogareño con una connotación amenazante significativa
6.2	Patrón de relaciones familiares alterado
6.3	Eventos que generan pérdida de la autoestima
6.4	Abuso sexual /extrafamiliar)
6.5	Experiencia personal aterrizante
6.8	Otros
7.	Estresores sociales
7.0	Persecución o discriminación adversa
7.1	Migración o trasplante social
7.8	Otros
8.	Estrés crónico asociado con el colegio/trabajo
8.0	Relaciones discordantes con los pares
8.1	Interacciones negativas con los profesores/supervisores en el trabajo
8.2	Conflictos generalizados en el colegio/trabajo
8.8	Otros
9.	Eventos o situaciones estresantes como consecuencia de un trastorno o discapacidad en la niñez
9.0	Crianza institucionalizada
9.1	Cambios en el ambiente hogareño con una connotación amenazante significativa
9.2	Eventos que generan pérdida de la autoestima
9.8	Otros

conducta como agentes predictivos de comportamientos que configuran el perfil de la personalidad antisocial, asunto que parece ser confirmado por el propio DSM IV pero que, de acuerdo a los datos epidemiológicos de seguimiento, no aparece concluyentemente. Las corrientes psicoanalíticas, luego de haber postulado la noción del superego lacunar, apuntan actualmente a la importancia de las estructuras *borderline* en los problemas conductuales (Kernberg).

Es necesario subrayar la comorbilidad de trastornos de conducta, del afecto y el consumo de sustancias psicótropas como un factor de riesgo de suicidio, sobre todo cuando se suman los factores psicosociales mencionados en el estudio de Gould *et al.*

La asociación entre el síndrome de Gilles de La Tourette, conducta disruptiva, hiperactividad y trastornos del aprendizaje plantea la posibilidad de un trono etiopatogénico común y la utilización de diversos psicofármacos para su tratamiento. La especificación del fenotipo conductual en varones con S. de cromosoma X frágil (aumento de la hiperactividad, movimientos estereotipados y habla inusual) nos remite, como en los casos anteriores, a la delimitación de un diagnóstico primario y otro de comorbilidad, que permitan un abordaje terapéutico adecuado a cada caso.

CUADRO CLINICO, CURSO Y PRONOSTICO

Aun cuando convengamos con Lolas en que no toda agresión es violenta y no toda violencia sea agresiva, de un lado; y que del otro mantengamos nuestras reservas frente al concepto de *delincuencia* en niños; para fines prácticos aceptaremos la noción que *agresión* es un acto dirigido a causar daño a otro(s) y que el daño causado, aunque no implique un ataque físico en todos los casos, al contravenir las normas legitimadas socialmente, deviene *delito*. A partir de estas premisas, se pueden diferenciar dos grupos sindrómicos en los trastornos de conducta: el agresivo y el delictivo, estando aquel frecuentemente asociado a la impulsividad.

Siguiendo las líneas del desarrollo caracterizadas en los senderos psicopatológicos de la Tabla 21-1 y los criterios del DSM IV, se puede afirmar que el trastorno de conducta de inicio en la infancia (antes de los 10 años) aparece precedido por un temperamento difícil, un alto grado de agresividad física en los años preescolares y un trastorno oposicionista desafiante en los primeros años del colegio, especialmente en los varones. Patrones perturbadores inmanejables a los 4 años predicen un trastorno de conducta a los 8, el que a su vez predice conductas delictivas en la adolescencia. Las patole-

tas, actitudes desafiantes, destrucción de propiedad, agresión a los pares y la crueldad con los animales aparecen en secuencia en las fases tempranas, para luego dar lugar a mentiras, robos, fugas del hogar y otras conductas francamente delincuenciales en la adolescencia. Se asocian igualmente signos de hiperactividad, dificultades en el aprendizaje y fracaso escolar. La tendencia a provocar incendios se manifiesta más pronunciadamente a los 8 y 13 años, especialmente entre niños que viven en situaciones psicosociales anormales, con poca supervisión parental. La trasgresión de la ley hace que estos adolescentes caigan en la categoría de infractores y se vean involucrados en problemas con la policía o sean institucionalizados. Estos pacientes muestran poca empatía o remordimiento, tienen poca tolerancia a la frustración y reaccionan en forma irritable e impulsiva.

El riesgo de las actividades sexuales en la adolescencia adquiere contornos dramáticos cuando la adolescente se embaraza o el paciente, sin distinción de sexo, adquiere enfermedades de transmisión sexual.

El trastorno de conducta de aparición tardía (más de diez años) es menos severo, con menor frecuencia es precedido por un trastorno oposicionista desafiante, signos de hiperactividad o secuelas de fracaso escolar. El modelaje a partir del grupo de pares es más marcado, lo que guarda estrecha relación con la mayor prevalencia de estos trastornos en ambientes urbanos, en especial en los urbano-marginados, por las condiciones de hacinamiento y la proclividad al pandillismo, tal como ha sido estudiado por Rutter.

Su razón de prevalencia hombre/mujer es menor que en la forma de aparición temprana y su pronóstico es mejor.

El trastorno de conducta confinado al ámbito familiar de la CIE10 tiene un pronóstico igualmente favorable, a diferencia del trastorno no socializado, que por implicar groseras perturbaciones en las relaciones interpersonales es de peor pronóstico.

En torno al trastorno oposicionista desafiante, sólo se puede afirmar que —en la mayoría de los casos— no evoluciona a un trastorno de conducta de tipo delincuenciales y se considera que pertenece al *cluster* de los trastornos con agresividad leve.

Clínicamente, a veces resulta difícil diferenciarlo de las dos etapas de individuación/separación admitidas en las conceptualizaciones psicodinámicas (3 y 13 años) y presenta comorbilidad con otras entidades, además de las comunes a los otros trastornos de conducta. Es importante resaltar su asociación con la ansiedad de separación, TOC y problemas de comunicación. Se ha descrito su potencial predictivo de un trastorno de personalidad pasivo-agresivo.

De los múltiples instrumentos clínicos reportados en la literatura internacional, es pertinente rescatar tres de interés para el área latinoamericana:

– La entrevista diagnóstica estructurada adaptada a los criterios DSM para niños, o DISC (*Diagnostic Instrument Scale for Children*).

– Los cuestionarios de Conners para padres y profesores, cuya última versión en español está siendo aplicada en diversos países.

– Los Inventarios de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de Achenbach, estandarizados en varios países del área.

Los estudios prospectivos y retrospectivos hechos con estos y otros instrumentos muestran que los trastornos de conducta tienen alta estabilidad en el tiempo, persisten en la adolescencia y predicen una gran probabilidad de conducta antisocial en la adultez, especialmente cuando la agresividad es grave y persistente. En un estudio longitudinal, el 50% de niños calificados como extremadamente agresivos a los 13 años, cuando llegaron a adultos cometieron delitos, mientras que de los calificados con agresividad leve, sólo el 14% registró infracciones, muchas de ellas consideradas faltas y no delitos. Se calcula que entre un 30 a 50% de niños con trastornos de conducta crece para desarrollar comportamientos sociopáticos.

El peor pronóstico se asocia con inicio temprano del trastorno, comorbilidad con trastorno por déficit de la atención con hiperactividad, alto nivel de agresividad, CI bajo, problemas policiales/judiciales, rechazo del grupo de pares y pobre socialización. Siguiendo la ruta crítica de la Tabla 21-2, los delinquentes juveniles tienen más riesgo de abandonar los estudios, carecer de empleo o ser aceptados como mano de obra eventual, permanecer solteros o, si se casan, de divorciarse y alejarse definitivamente de sus hijos.

TRATAMIENTOS POSIBLES

Tratamiento farmacológico

Neurolépticos. Su uso debiera considerarse sólo en casos con agresividad peligrosa para el entorno y entrafía el riesgo de sus efectos secundarios, entre los cuales el embotamiento y la somnolencia son decisivos en conexión con las exigencias del desarrollo del niño. Como es conocido, los niños presentan una mejor tolerancia de posibles efectos extrapiramidales, pero la disminución del umbral epileptógeno puede acarrear efectos colaterales indeseables, sobre todo en aquellos casos con disfunción SNC significativa. El neuroléptico más usado es la propriciapina, hasta llegar a 1 mg/kg de peso. El

TABLA 21-2
SENDEROS PSICOPATOLÓGICOS

Edad	Evento
Gestación	Ingesta de medicamentos
Recién nacido	Prematuridad Hipotrofia
1 año	Hipotonía
3 años	Fallas en el lenguaje Fallas en habilidades sociales
7 años	Fracaso en la lecto-escritura
11 años	Fracaso escolar Truhanería
15 años	Conducta delictiva (varones) Embarazo (mujeres)
17 años	Infracción de la ley penal
19 años	Prisión

Tomado de Cohen, 1997.

haloperidol también es usado como “camisa de fuerza” farmacológica en casos de agresividad extrema y a altas dosis/peso.

Carbamacepina. Es recomendable cuando se asocia a disfunción SNC demostrable o trastornos afectivos. La dosis se debe ajustar a los niveles séricos indicados en ambos casos (4 a 8 µg/mL y 7 a 12 µg/mL, respectivamente). Se deben hacer controles hemáticos para vigilar la fórmula leucocitaria antes y durante el tratamiento.

Litio. En los trastornos afectivos asociados o en combinación con la carbamacepina en los trastornos de conducta graves. Los niveles de litemia no deben superar 1,3 mEq/L.

Ansiofíticos. Cuando el trastorno oposicionista desafiante se asocia a ansiedad de separación o TOC. Se recomienda el clonazepán 0,5 mg en niños y el de 2 mg en adolescentes, variando la dosis de acuerdo al peso.

Antidepresivos. En los trastornos de conducta asociados con distimias o TOC. Se recomienda la clomipramina y un ISRS como la fluvoxamina, en dosis ajustables de acuerdo al peso.

Psicoestimulantes. Debiera restringirse a los trastornos de conducta asociados a trastorno por déficit de la atención con hiperactividad, en los que no exista disfunción SNC demostrable. En este caso, las dosis deben ser mayores a las que se utilizan en esa entidad comórbida (0,6 mg/kg de dextroanfetamina en promedio).

“Neurolépticos atípicos”. Se recomiendan en casos con daño cerebral, retardo mental y trastornos de la personalidad. No existe experiencia mayor que refrende su dosificación y eficacia.

Miscelánea. Valproato sódico, clonidina, pemolina, guanfacina, selegilina, propranolol, nadolol, bloqueadores opiáceos.

Tratamiento psicológico

Los tratamientos más efectivos, desde esta perspectiva, son los de orientación cognitivo-conductual. En 1995, Kendall y Panichelli-Mandel, por un lado, y Kazdin, por otro, establecieron algunas premisas básicas para estas formas de tratamiento. Señalaron que para un adecuado abordaje es necesario tomar en cuenta el compromiso familiar, los factores de desarrollo del propio niño/adolescente y aspectos metodológicos del tratamiento (comorbilidad y normas comparativas de la conducta). Son agentes predictivos del resultado la severidad y amplitud del trastorno del niño, el estrés parental y la psicopatología y disfunción familiar.

Algunas de las modalidades utilizadas en los trastornos de conducta son las siguientes:

- Combinación de esquemas de refuerzo no contingente y diferenciales.
- Manejo de contingencias.
- Modificación de conducta en hospitalización.
- Condicionamiento operante en ambientes clínicos.
- Tratamiento multimodal de clínica de día.

Las técnicas cognitivas, que necesariamente incluyen aspectos conductuales, tienen como objetivo no sólo la modificación de la conducta explícita, sino también cambios en la esfera afectiva. Tienen mejor pronóstico en adolescentes (T.C. tardío) que en niños.

Tratamiento desde una perspectiva social

Este tipo de abordaje se centra en dos vertientes: la familiar y la comunitaria.

A nivel familiar. Veerman (1995) propone una batería evaluativa para un enfoque psicosocial adecuado:

– *Questionnaire of Life Events* (QLE), para mensurar el grado de estrés familiar.

– FACES, para evaluar la adaptabilidad y cohesión familiares, de acuerdo al modelo circunplejo de OLSON.

– *Child Behavior Check List* (CBCL), para detectar trastornos emocionales / conductuales en los niños.

Según este autor, el número de eventos vitales familiares de signo negativo es el que más influye en la evolución del caso.

Kazdin (1997) señala que se utilizan los métodos siguientes:

- Entrenamiento en habilidades para la solución de problemas.
- Entrenamiento en manejo parental (PMT).
- Terapia familiar funcional.
- Terapia multisistémica.

Las limitaciones de estos métodos estriban en que el seguimiento es difícil y que el significado de las mediciones sociales no tienen una clara correlación clínica.

A nivel comunitario. Algunos de los métodos en uso son los siguientes:

– Programas comunitarios de paternidad para grandes grupos.

De acuerdo a Cunningham *et al*, son seis veces más efectivos (costo/efectividad) que los programas clínicos/individuales.

– Terapia multisistémica (MST), basada en un modelo socioecológico.

– Terapia recreacional multifamiliar, con un componente psicoeducacional y otro de autoayuda, que propenden a la disminución de los conflictos en el hogar y acrecentar las habilidades de los padres.

– Programa de orientación comunitaria basado en la vinculación, utilizando ésta como principio organizador del afecto y la conducta.

– Terapia de grupo de corta duración, basada en la comunidad.

Las limitaciones de estas técnicas giran en torno a la dificultad del seguimiento y la discontinuidad de las intervenciones. En un seguimiento de 25 jóvenes diagnosticados con trastornos de conducta, se encontró que en nueve años habían sido objeto de 19 intervenciones por parte de 15 agencias distintas. Cada institución se hacía cargo del caso por un período de siete meses, aproximadamente, sin evaluaciones subsiguientes.

Cualquier abordaje terapéutico debe tomar en cuenta la multicausalidad estudiada y la necesidad de no prescribir psicofármacos desde el inicio. Macione *et al* señalan que se debe establecer una línea base, utilizando placebos si fuera necesario, antes de iniciar el uso de medicamentos.

SITUACION EN AMERICA LATINA

Un estudio socioepidemiológico realizado entre escolares de Duque de Caixas, Brasil, revela que el 31,5% declaraba recibir castigos corporales en el colegio. En Perú, alrededor del 20% de adolescentes escolarizados respondían haber percibido/sufrido maltrato físico o psicológico en su hogar y hasta un 40% de otra muestra de escolares refería una amplia gama de castigos. Es probable que porcentajes similares se repitan en otros países de la región.

Esto traduce la repercusión que en el microcosmos hogareño o escolar tiene la violencia macrosocial, instalada en casi todas las sociedades latinoamericanas como un problema mayor de salud pública. Colombia, con cincuenta años de violencia a cuestas, descubrió hace una década la "escuela violenta". En Brasil se asiste a un proceso de banalización de la violencia que corre paralelo a la banalización de la injusticia social. En la misma encuesta realizada en Duque de Caixas, se encuentra que el 20% de los escolares refiere tener algún pariente asesinado.

En otro trabajo efectuado en Chile, al interrogar a 948 escolares (600 mujeres), se encuentra que 10% de los varones y 24% de las mujeres tienen una autoimagen negativa; 48% de los varones y 25,5% de las mujeres se han emborrachado alguna vez; 23% de los varones y 35% de las mujeres han presentado ideación suicida. Esto último guarda relación con el incremento de intentos suicidas de adolescentes que se reporta en salas de emergencia de hospitales de la región.

En relación a un segmento poblacional característico —el de los trabajadores informales y los llamados "niños de la calle"— Castro (1995) encuentra que la prevalencia de trastornos de conducta entre los niños de la calle de Brasil va del 25 al 70%, con manifestaciones que varían desde la fuga del hogar hasta la violencia sexual y el asesinato. Castro y Kruger (1997) encuentran cifras menores en Perú, entre adolescentes trabajadores, pero señalan la necesidad de afinar criterios clínicos, no solamente en el eje I de la DSM IV, sino en la identificación de trastornos en los ejes II y III. La presencia de comorbilidad se hace patente a través de estados depresivos, abuso de sustancias psicótropas y trastornos por déficit de la atención con hiperactividad. Pero, concomitantemente, se debe prestar atención a los efectos de la desnutrición, por ejemplo. Es por ello que Pérez *et al* (1991) recomendaban realizar exámenes de la psicomotricidad, neurológico y médico general en todos estos casos.

Además de los factores de riesgo ya reseñados en torno a la familia, un estudio realizado en Jamaica pone énfasis en situaciones específicas: ausencia

de la madre, pobre contacto afectivo con la madre y número de mudanzas.

Conclusión

El estudio de los trastornos de conducta (llamados disociales en la clasificación de la OMS) nos permite revisar una serie de consideraciones etiopatogénicas que llegan a cuestionar la validez epistemológica y metodológica de algunos de los supuestos teóricos de la psicopatología infantil y nos conduce, en forma inexorable, a un abordaje clínico multidisciplinario, en el que la especificidad de cada caso va de la mano con la mayor o menor influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales:

— No se pueden asumir modelos de comportamiento normal - anormal - patológicos universalmente válidos, sin tomar en cuenta condicionamientos culturales y sociales que modifican fenotípicamente los determinantes genéticos.

— La atribución de causalidad a los denominados factores de riesgo puede ser un artefacto metodológico, sobre todo en las investigaciones latinoamericanas, en las que luego de un estudio transversal o después de cortes seriados se concluye que determinado factor asociado a un trastorno de conducta es necesariamente de riesgo, sin el debido seguimiento en el tiempo de ese factor.

— La detección de factores biológicos es tanto más necesaria si, como ocurre con alguna frecuencia, el sesgo de determinadas escuelas psicoterapéuticas impide hacer una exploración temprana de los mismos, con el resultado de la derivación al médico luego de varios meses (y hasta años) de ineficaces sesiones de psicoterapia.

— El uso de modelos cognitivo-conductuales es la forma de psicoterapia más utilizada y validada en los trastornos de conducta.

— La utilización de psicofármacos debería estar orientada a la corrección de los factores etiopatogénicos de orden biológico y no a la mera supresión de síntomas, salvo en casos de impulsividad/agresividad extremas.

— El abordaje de los trastornos de conducta en el primer nivel de atención debe tener presente las circunstancias del niño, su nivel de escolaridad y la dinámica familiar vigente. Para ello es conveniente establecer un flujograma de atención que tome en cuenta los recursos profesionales y comunitarios existentes y elaborar árboles de decisiones que sigan los modelos propugnados por el DSM IV y las pautas diagnósticas y de actuación desarrolladas por la OMS para la aplicación de la CIE 10 en atención primaria.

— A escala latinoamericana, es conveniente enfatizar la presencia de los factores psicosociales

asociados que se exponen en la Tabla 21-1 y el estudio de la cohesión y adaptabilidad de la familia del niño, siguiendo el modelo circunplejo de Olson. No obstante la gravedad de algunos de los factores sociales adversos que puedan encontrarse, es conveniente recordar que la resiliencia de muchos de estos niños y el refuerzo de su vinculación con la madre o una figura sustituta, son factores de pronóstico favorable en los trastornos de conducta que puedan presentar.

— El adecuado seguimiento clínico y la utilización de intervenciones grupales y/o comunitarias probadamente eficaces es la garantía de no caer en el síndrome de puerta giratoria o el ominoso derrotero psicopatológico delineado en la Tabla 21-2.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV), Washington, APA, 1994.
- Bauer LO. Frontal P300 decrements, childhood conduct disorders, family history and the prediction of relapse among abstinent cocaine disorders. *Drug Alcohol Depend* 1997; 44 (1) 1-10.
- Castro H. Trastorno de conducta em crianças e adolescentes de rua no Brasil. *J Bras Psiquiatr* 1995; 44 (8) 403-409.
- Castro J, Kruger H. Salud Mental de Niños y Adolescentes Trabajadores en el Perú, Lima, Rádda Barmen (Documento), 1997.
- Cunningham CE, Bremme R, Boyle M. Large group community-based parenting program for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: utilization, cost effectiveness and outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36 (7): 1141-59.
- Gabel S, Stadler J, Bjorn J, Schindedecker R, Bowden

CL. Sensation seeking in psychiatrically disturbed youth: relationship to biochemical parameters and behavior problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33(1): 123-29.

Gould M, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Factores de riesgo psicosociales del suicidio en niños o adolescentes. *Arch Gen Psychiatry* 1997; Julio:23-32.

Kazdin AE. Child, parent and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behav Res Ther* 1995; 33(3): 271-81.

Kazdin AE. Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38 (2): 161-78.

Kendall PC, Panichelli-Mindell SM. Cognitive-behavioral treatments. *J Abnorm Child Psychol* 1995; 23(1): 107-24.

Organización Mundial de la Salud, CIE 10- Trastornos Mentales y del Comportamiento (Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico). Madrid, Meditor, 1992.

Pérez M, Vicente B, Quijada C. Familia, pobreza y delincuencia: un estudio en un centro de rehabilitación juvenil. *Rev Psiquiatr* 1991; 8(2): 821-27.

Rutter M. The city and the Child. *Amer J Orthopsychiatr* 1981; 51(4): 610-25.

Rutter M. Stress, coping and development: some issues and some questions. *J Child Psychol Psychiatr* 1981; 22 (4): 323-56.

Veerman JN. Family stress, family functioning and emotive/behavioural problems followig child psychiatric treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1995; 4 (1): 21-31.

Young SE, Zocollillo MS, Mikulich R, Crowley TJ. Relationship between conduct disorder and adolescent substance use. Presentation in the 54th CPDD Annual Meeting, 1992.

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE ESCOLAR

LUIS BRAVO

Las dificultades del aprendizaje y las alteraciones de conducta son motivos de consulta muy frecuentes en los servicios de psiquiatría y de neurología infantil. También motivan numerosas consultas, a los centros de diagnóstico educacionales, de escolares que presentan bajo rendimiento. En este capítulo se tratará de describir estas dificultades desde la perspectiva de la psicología clínica.

CONTEXTO ESCOLAR Y FAMILIAR

Las dificultades de aprendizaje escolar son alteraciones del desarrollo infantil que se manifiestan principalmente dentro del contexto escolar. Su diagnóstico y tratamiento debe considerar dos perspectivas: la individual, del desarrollo cognitivo y emocional de los niños y la sociocultural, especialmente de su ambiente pedagógico y familiar. Una consecuencia de esta doble perspectiva es que el diagnóstico debe distinguir, en primer lugar, entre los déficits neuropsicológicos cognitivos y las alteraciones emocionales, que interfieren el aprendizaje escolar, y/o un posible déficit en los procesos cognitivos superiores, de los factores familiares, pedagógicos y socioculturales desfavorables, que también inciden en un rendimiento escolar insuficiente. Una dificultad para efectuar este diagnóstico es que con frecuencia los niños que consultan por este motivo, tienen un historial de fracaso escolar previo, asociado con problemas conductuales o desadaptación social, lo cual implica poner atención para no confundir los concomitantes emocionales de los procesos que son origen de sus trastornos. Por otra parte, también están asociados con frecuencia a alteraciones neurológicas del desarrollo, que condicionan el aprendizaje escolar, sin que sean causa de los déficits cognitivos.

Otro factor importante en el estudio clínico de las dificultades de aprendizaje, es que la evaluación del rendimiento de los niños, que motiva las consul-

tas, depende de las expectativas de los padres y de las exigencias de su escuela, lo cual puede variar mucho según sea el origen sociocultural de los alumnos. Con frecuencia consultan por bajo rendimiento escolar o por posibles "trastornos de aprendizaje", niños que tienen un rendimiento lento, o que no han respondido a las altas expectativas de sus padres o que están en colegios con muy elevadas exigencias pedagógicas.

En consecuencia, el estudio clínico de las dificultades de aprendizaje no sólo implica hacer un diagnóstico de las características cognitivas, emocionales y escolares de los niños, sino también evaluar las características de su ambiente escolar y familiar. Para efectos del diagnóstico de las dificultades del aprendizaje, no es posible considerar el rendimiento escolar como una variable absoluta e independiente.

Prevalencia. La prevalencia de los trastornos escolares, según consultas efectuadas en los Centros de Diagnóstico del Ministerio de Educación de Chile, en 1993, se presenta en la Tabla 22-1.

TABLA 22-1
PREVALENCIA DE TRASTORNOS ESCOLARES
EN 12.506 CASOS

Tipo de trastorno	Porcentaje
Aprendizaje lento	22,2
Trastornos específicos	11,7
Retardo mental	11,1
Inmadurez escolar	9,7
Trastornos del lenguaje	13,2
Emocionales y de conducta	4,1
Déficit atencional	3,2
Sin alteraciones	5,8

LAS DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE ESCOLAR

Antecedentes históricos

El estudio clínico de las dificultades del aprendizaje escolar se remonta a fines del siglo pasado, cuando aparecieron en Inglaterra y en Alemania las primeras publicaciones sobre trastornos para aprender a leer, efectuadas por oftalmólogos y neurólogos. En esa misma época se empezó a usar el término "dislexias", aplicado al trastorno del aprendizaje de la lectura. En los Estados Unidos fueron pioneras las publicaciones de Orton en 1925, sobre el origen neuropsicológico de las dislexias. Posteriormente en 1963, Kirk habría sido el primero en utilizar el término dificultades del aprendizaje (*learning disabilities*). En algunos países de Latinoamérica, las primeras publicaciones clínicas sobre este tema fueron realizadas por Quirós (1959), y Azcoaga (1964), en Argentina; en Chile por Olea (1962) y Bravo (1968); y en Uruguay por Mendilaharsu (1972). Estas primeras publicaciones se centraron principalmente en estudiar las alteraciones en el desarrollo de los procesos perceptivo visuales y psicomotores, vinculados con una disfunción cerebral, pues se presumía que los trastornos del aprendizaje se originaban en un déficit de ellos.

En las décadas posteriores, con el auge de las neurociencias y en especial de la neuropsicología y de la psicología cognitiva, los estudios clínicos e investigaciones en este tema adquirieron una nueva orientación, asociando su origen con déficits específicos en el desarrollo del lenguaje y de algunos procesos cognitivos superiores, diferentes al retardo mental.

Definición

El término *dificultades del aprendizaje* (*learning disabilities*) fue definido por un grupo de especialistas norteamericanos como un término genérico, que se refiere a un grupo heterogéneo de alteraciones del desarrollo, que se manifiestan en dificultades significativas para escuchar, hablar, leer, escribir, razonar, usar habilidades matemáticas o en las destrezas sociales. Estas alteraciones se consideran intrínsecas al individuo y se presume que se originan en una disfunción del sistema nervioso central diferente al retardo mental.

De acuerdo con la misma definición, las dificultades del aprendizaje pueden aparecer de manera concomitante con otras alteraciones del desarrollo infantil, como son las alteraciones emocionales, las deficiencias socioculturales o las limitaciones intelectuales, que también pueden originar problemas

para aprender. Sin embargo, la definición circunscribe el término dificultades del aprendizaje a las que tienen un origen neuropsicológico.

Desde una perspectiva más amplia, esta definición tiene algunas limitaciones que pueden incidir en los criterios para efectuar su diagnóstico, ya que sólo considera el origen neuropsicológico de ellos, prescindiendo del contexto escolar y del ambiente familiar en el cual los niños aprenden, aunque agregue que hay otros factores que "también originan problemas para aprender". Además, una aplicación estricta de esta definición permite suponer que las escuelas y las familias ejercen una influencia pareja sobre el desarrollo y el aprendizaje de los niños, explicando las dificultades en el rendimiento escolar solamente por factores de orden neuropsicológico. De este manera habría que descartar, para hacer este diagnóstico, los problemas de aprendizaje que se originen en privación sociocultural, en condiciones de pobreza o en situaciones familiares o pedagógicas adversas, lo cual no se ajusta siempre con la realidad latinoamericana, donde muchos fracasos escolares están asociados directamente con condiciones ambientales y escolares muy desfavorables.

En síntesis, la definición norteamericana no distingue entre las dificultades para aprender provenientes de algunos trastornos neuropsicológicos intrínsecos al desarrollo, de las que se originan en deficiencias producidas por déficits culturales o pedagógicos. Como una manera de superar estas limitaciones, se ha propuesto para el diagnóstico distinguir entre los "problemas generales para aprender" y los "trastornos específicos de aprendizaje" (TEA) (Bravo, 1996).

Problemas generales para aprender. Estos se caracterizan por una insuficiencia en el rendimiento escolar que puede tener diversos orígenes y que afecta al rendimiento global. Algunos provienen de un desarrollo deficitario de los procesos cognitivos superiores y de la inteligencia, otros tienen origen en un aprendizaje interferido, sea por déficit atencional o por alteraciones sensoriales emocionales y/o conductuales. Entre los más frecuentes están los problemas de aprendizaje originados en un nivel intelectual limítrofe o en retardo mental leve, en alteraciones en el desarrollo del lenguaje, en aprendizaje lento, en inmadurez escolar durante los primeros años, y en trastornos angustiosos y depresivos.

Trastornos específicos del aprendizaje (TEA). Se caracterizan porque los niños presentan un desnivel entre su capacidad intelectual o potencial para aprender y su rendimiento efectivo, y por la disparidad en el rendimiento en las diferentes áreas o materias escolares, como puede ser entre el aprendizaje

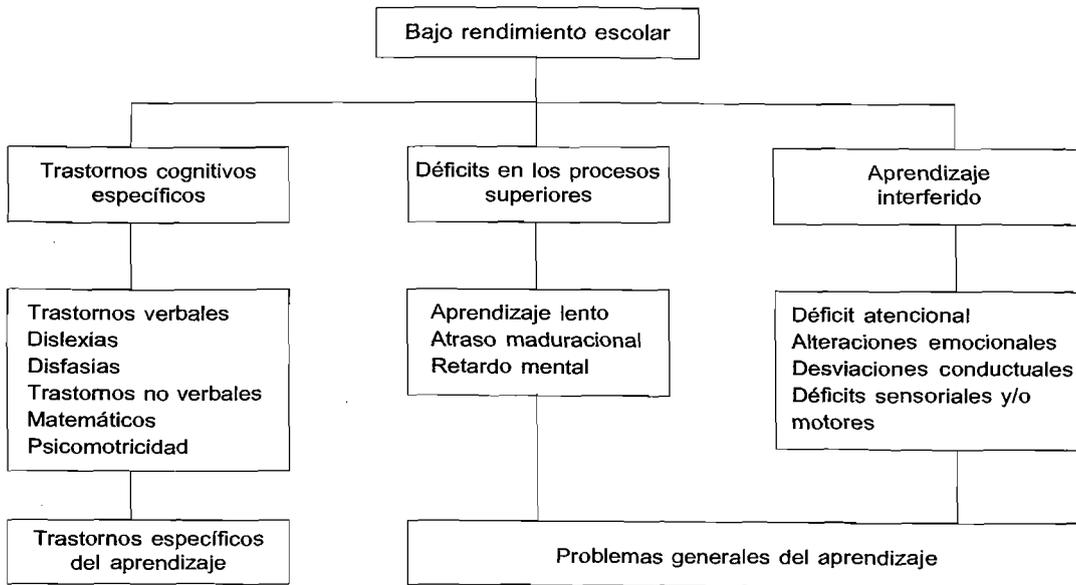


Figura 22-1. Origen y características de las dificultades de aprendizaje.

de la lectura y el de las matemáticas. Los TEA son dificultades reiteradas y crónicas y su origen está relacionado con un desarrollo insuficiente en algunos procesos cognitivos específicos, especialmente para la recepción, el análisis, la comprensión, la retención, la evocación, la expresión y la creatividad de los contenidos del aprendizaje escolar.

La distinción entre trastornos específicos y problemas generales para aprender no descarta que se produzcan dificultades de origen mixto, las que implican la presencia de trastornos neuropsicológicos, en niños que también tienen otro tipo de problemas para aprender, como puede ser un rendimiento intelectual lento o un déficit atencional (Figura 22-1).

En la Figura 22-1 se muestra el rendimiento escolar como un término genérico, que permite determinar las dificultades del aprendizaje y que abarca tanto a los trastornos específicos, como a los problemas generales.

En relación a su etiología, la figura describe tres grupos principales. En primer lugar aparecen los trastornos específicos, que se asocian con deficiencias en el desarrollo neuropsicológico de algunos procesos cognitivos intermedios, pero que son determinantes para el aprendizaje escolar, como pueden ser la percepción visual o la fonológica, la

memoria verbal o la atención selectiva, lo que origina trastornos para aprender algunas materias específicas, como es el caso de las dislexias, sin que se altere el rendimiento global. Estos trastornos se caracterizan por su especificidad y no son evaluables con los tests de CI, sino mediante pruebas más específicas.

En segundo lugar, aparecen los déficits en el desarrollo de los procesos intelectuales superiores, sean permanentes, como es el retardo mental, sean transitorios, como sucede con los niños que no tiene una madurez necesaria para iniciar sus estudios.

En este grupo están los niños llamados de "aprendizaje lento" (*slow learners*), término que caracteriza a un grupo bastante numeroso de escolares cuyo ritmo de avance pedagógico es insuficiente y por eso quedan rezagados continuamente frente a sus compañeros. Con frecuencia este ritmo lento es resultante de la combinación de una inteligencia limitrofe, en un nivel sociocultural bajo y con una motivación escolar insuficiente, lo que causa numerosas repeticiones de curso. Los niños de aprendizaje lento se caracterizan psicológicamente por no tener suficientemente desarrollados algunos procesos verbales superiores y del pensamiento, lo que les dificulta elaborar con éxito y retener la información escolar.

Su déficit está asociado con estrategias cognitivas débiles para los requerimientos del aprendizaje, más que con la velocidad para aprender. Por eso mismo, la denominación "aprendizaje lento" no es muy exacta. Hay investigaciones que muestran que darles más tiempo para efectuar un aprendizaje determinado no los nivela con los niños de aprendizaje normal, por lo tanto, no se trataría solamente de un problema cuantitativo de velocidad o de tiempo, sino de la calidad de sus estrategias de aprendizaje. El aprendizaje lento, en sí mismo no forma un cuadro clínico, aunque los niños requieren de una atención pedagógica especial, dentro del contexto de la clase común y consulten con frecuencia para un diagnóstico adecuado. Algunos maestros piensan que su menor ritmo de aprendizaje se debe a inmadurez y tratan de nivelarlos con niños de menor edad haciéndolos repetir el nivel, lo cual no produce el efecto buscado.

La tercera categoría de la Figura 22-1 se refiere a los niños cuyo aprendizaje escolar se encuentra interferido por alteraciones que les impiden tener un rendimiento normal, aun cuando tengan un nivel de desarrollo adecuado en los procesos superiores. La más frecuente de las interferencias es la provocada por el *déficit atencional*, que bajo una denominación cognitiva comprende un conjunto de alteraciones neurológicas y conductuales, que sobrepasan ampliamente el proceso de atender. Al respecto, es conveniente tener claro que la desatención crónica y/o la inquietud de algunos escolares en las clases también puede deberse a otras causas diferentes del déficit atencional clínico. Además, pueden interferir el aprendizaje escolar, las alteraciones emocionales, angustiosas y/o depresivas, las desviaciones de conducta y los déficits sensoriales, especialmente de la audición. Estas alteraciones no siempre se pueden evaluar con los test tradicionales de inteligencia, debido a que el rendimiento en los mismos también puede encontrarse interferido.

TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL APRENDIZAJE (TEA)

Algunos autores dividen los TEA en trastornos verbales y trastornos no-verbales.

Los trastornos no-verbales del aprendizaje son alteraciones específicas, que no aparecen asociadas directamente con los procesos del lenguaje, sino que afectan el aprendizaje de la escritura, del cálculo y del razonamiento matemático. En la lectura puede estar disminuida la comprensión de textos.

Los trastornos específicos verbales más frecuentes durante la educación básica son las disfasias y las dislexias. En la educación preescolar son los retar-

dos del habla y del lenguaje, que en ese nivel pueden confundirse con los déficits verbales de origen cultural o familiar. En la educación secundaria, se manifiestan a través de las deficiencias en la comprensión oral y escrita y en la expresión escrita.

Trastornos específicos no-verbales. Se caracterizan por estar asociados con deficiencias en la percepción y en la discriminación visual de detalles, en la organización visual-espacial, en déficit perceptivo-táctiles bilaterales, y en deficiencias bilaterales de la coordinación psicomotora. Entre sus déficits secundarios, aparecen la atención disminuida a los estímulos visuales y táctiles y cierto grado de hipokinesia. Entre los déficits terciarios, se señalan las deficiencias en la memoria visual, en la formación de conceptos, y en las estrategias para resolver problemas y para plantearse hipótesis. Una característica de estos niños es que su lenguaje tiende a ser verborreico y repetitivo. Estas características inciden negativamente en el aprendizaje de la escritura, del cálculo, del razonamiento matemático y de la comprensión de textos, pero no afectan directamente al aprendizaje de la lectura.

En su aspecto social, van asociados con dificultades en la percepción de claves sociales, tales como las expresiones faciales o los gestos de otras personas, lo cual puede originar problemas de adaptación y de conducta.

Trastornos verbales del aprendizaje. La mayor prevalencia en las consultas en esta área son las dificultades para aprender a leer. Ellas son causa de serios problemas escolares que con frecuencia se asocian con alteraciones emocionales y con desviaciones de conducta, como se verá más adelante.

El diagnóstico de los niños con dificultades para aprender a leer debe distinguir entre dislexias y el atraso para aprender a leer. Este último puede ser un problema general del aprendizaje que dependa de diversos factores escolares y emocionales y que a menudo se confunde con la dislexia específica o dislexia de desarrollo, debido a que los niños cometen los mismos errores iniciales para decodificar. Las mayores diferencias entre ambas están en la especificidad y persistencia de los errores que cometen para decodificar y la asociación de ellos, en el caso de las dislexias, con deficiencias en algunos procesos cognitivos específicos.

DISLEXIAS

Con este término se describe a un trastorno del desarrollo infantil cuya principal característica es un retardo severo y persistente para aprender a leer, no

explicable por factores pedagógicos, socioculturales, emocionales, o intelectuales. Las dislexias pueden ser definidas como "un desorden específico en la recepción, en la comprensión y/o en la expresión de la comunicación escrita, que se manifiesta en dificultades reiteradas y persistentes para aprender a leer. Se caracterizan por un rendimiento inferior al esperado para la edad mental, el nivel socioeconómico y el grado escolar, sea en los procesos de decodificación, de comprensión lectora y en su expresión escrita". El diagnóstico de las dislexias debe efectuarse en ausencia de retardo mental y también de otros déficits sensoriales —visuales o auditivos— que puedan estar interfiriendo el aprendizaje de la lectura.

Los niños disléxicos tienen dificultad para reconocer y asociar los signos gráficos de la escritura con su pronunciación, cometiendo errores específicos persistentes, tales como omisiones de letras, de sílabas y/o de palabras, sustituciones de palabras, adiciones de letras o de palabras inexistentes en el texto, errores en las asociaciones entre palabras consecutivas, como también cortando la pronunciación de las series de sílabas donde no corresponde, lo cual les impide entender las palabras y frases que leen. Otra característica puede ser una lectura muy lenta o "hiperanalítica", donde la falta de velocidad y el deletreo les impide "armar" las palabras en configuraciones completas (*gestalt fonográfica*) que les sirvan para entender lo que están leyendo.

En escritura se pueden encontrar con frecuencia los mismos errores, siendo los dictados de párrafos un buen instrumento de diagnóstico para detectar dislexias subyacentes, especialmente en adolescentes y adultos en los que se sospeche que sólo la han superado parcialmente.

En el diagnóstico de las dislexias conviene distinguir entre las "dislexias de decodificación" y las "dislexias de comprensión". En las dislexias de decodificación es fundamental evaluar el grado de dificultad que tienen los niños para aprender con rapidez el procesamiento fonológico y ortográfico del código escrito y la utilización que hacen de la memoria semántica. En el diagnóstico de la dislexia de comprensión es indispensable evaluar previamente la comprensión oral y el nivel intelectual, que pueden ser otra causa de una comprensión lectora disminuida.

Un criterio general para efectuar este diagnóstico es que los niños hayan mantenido un rendimiento inferior al percentil 30, en los tests de lectura, por un periodo superior a un año, luego de recibir algún tipo de ayuda pedagógica especial. Alrededor de un 15% de los escolares con atraso en el aprendizaje inicial logra un rendimiento normal luego de una ayuda psicopedagógica temprana. Los niños dis-

léxicos van acumulando el déficit lector a medida que avanzan de curso, lo que incide en un fracaso escolar de mayor amplitud.

Desde el punto de vista del contexto escolar, no es adecuado hacer el diagnóstico de dislexia en un niño antes de que la mayor parte de los alumnos del mismo curso aprendan a leer normalmente, lo cual se logra entre los 6 y 8 años, según sea su nivel sociocultural. En ningún caso es recomendable hacerlo en jardín infantil o al comienzo del primer año básico. Esta precaución para formular un diagnóstico de dislexia no significa descuidar a los niños prescolares que presenten retardos maduracionales, especialmente en el desarrollo verbal.

Respecto a su prevalencia, ésta se considera aproximadamente entre el 4 y el 8% de la población escolar, variando según los sectores poblacionales y los niveles socioculturales.

El enfoque cognitivo de las dislexias. Las investigaciones en psicología cognitiva sobre las dislexias muestran que los disléxicos tienen algunos déficits en procesos específicos, tales como identificar, evocar, discriminar, segmentar, y/o combinar los fonemas, lo que afecta el aprendizaje de la decodificación. Estos déficits impiden a los disléxicos conectar la información visual de la escritura con la pronunciación de las palabras y transformarlas en significado.

Un modelo cognitivo explicativo de los déficits en las dislexias plantea que están alterados los procesos cognitivos y verbales que cumplen la función mediadora de transformar la percepción visual de la información escrita en significado verbal. Estos procesos mediadores cuyo déficit se ha observado con mayor frecuencia en las investigaciones sobre las dislexias, son la memoria operacional verbal de corto término, el procesamiento fonológico y el procesamiento visual-ortográfico.

Respecto a la memoria verbal operacional (*working memory*), las investigaciones muestran que los niños disléxicos tienen un déficit en la velocidad para retener y para evocar oportunamente los fonemas, y asociarlos con los estímulos gráficos. Este déficit se refleja tanto en la lentitud para retener y para evocar los fonemas cuando enfrentan las letras, como en los "olvidos" que presentan frente a algunas letras y palabras. Estos "olvidos" no se observan cuando se les presentan estímulos no verbales.

En segundo lugar, el déficit en el procesamiento fonológico ha sido considerado como "el núcleo" de las dislexias. Este proceso consiste en asociar rápidamente los fonemas con las letras respectivas, lo cual, además de la memoria verbal necesaria para reconocerlos y recordarlos, se necesita identificar los fonemas, como componentes auditivos mínimos

esenciales y así poder configurar las palabras y su significado. El procesamiento fonológico es el eslabón intermediario entre la percepción de las secuencias de letras y la comprensión del significado de las palabras y requiere que los niños que inician el aprendizaje de la lectura, hayan alcanzado cierto nivel o umbral de conciencia fonológica. Numerosas investigaciones internacionales, efectuadas en distintos idiomas, muestran que este proceso es básico para el aprendizaje de la decodificación. Este es un déficit diferente a la hipocusia y con frecuencia los exámenes de otorrino y la audiometría muestran una audición normal de estímulos no verbales.

El procesamiento ortográfico, es el tercer proceso mediador que aparece deficitario en las investigaciones sobre las dislexias. Este proceso implica la habilidad para reconocer y utilizar las claves ortográficas del lenguaje escrito, como facilitadoras de la articulación de las palabras y de su significado. El procesamiento ortográfico depende de la percepción y de la memoria visual, pero necesita además, tomar conciencia del significado lingüístico de los signos ortográficos percibidos. Muchos niños disléxicos, muestran una insuficiencia crónica para atender selectivamente a las claves ortográficas. Tampoco este déficit es asimilable a deficiencias visuales.

La aplicación de estos procesos en la decodificación de las palabras culminan en la pronunciación, la cual debe formar *gestalt fonográfica*, con la articulación correcta de las secuencias fonémicas, lo que permite el acceso al significado de lo leído.

Aportes de la neuropsicología. Los resultados de las investigaciones en psicología cognitiva son convergentes con investigaciones cerebrales que han mostrado de manera consistente algunas características atípicas en la estructura y en el funcionamiento de algunas áreas del cerebro, especialmente en el hemisferio izquierdo. Las diferencias entre los disléxicos y los lectores normales han sido investigadas con métodos de imagenología de resonancia magnética (MRI), tomografía de emisión de positrones (TEP) y tomografía computarizada (CT). Los resultados de estos estudios señalan distintas áreas cerebrales que se activan durante la lectura o durante el reconocimiento de una palabra, y diferentes velocidades para procesar la información verbal. Entre las convergencias encontradas es posible señalar cuatro áreas principales:

— La relación entre localizaciones atípicas en el funcionamiento cerebral de los disléxicos, durante el proceso lector y el tipo de trastornos que presentan para decodificar.

— La relación entre algunos procesos de compensación visual, que se observan en la lectura de

los disléxicos, que los ayuda a suplir sus déficits en el procesamiento fonológico, y la mayor activación de las áreas visuales y espaciales del cerebro, cuando tienen que reconocer palabras.

— La relación entre las dificultades para integrar los procesos perceptivo visuales y fonológicos observado en los niños disléxicos, con una posible "desconexión cerebral" funcional, observada por Paulesu *et al* (1996).

— La mayor lentitud para leer, relacionada con menor velocidad en las transmisiones visuales y fonológicas que van desde la periferia a los centros corticales.

Anomalías en hemisferios cerebrales. Los déficits en el desarrollo psicolingüístico de los disléxicos convergen con investigaciones que muestran anomalías —tanto estructurales como funcionales— en el hemisferio cerebral izquierdo. Son muy conocidas las publicaciones de Galaburda *et al*, que han mostrado las diferencias entre cerebros de disléxicos y cerebros normales, especialmente en las áreas de los planos temporales de los hemisferios derecho e izquierdo y que consideran que el efecto de estas anomalías, en el cerebro de los disléxicos, tendría consecuencias de mayor amplitud en las redes neuronales conectadas.

Por otra parte, varias investigaciones neuropsicológicas, han encontrado, entre disléxicos y lectores normales, diferencias en la actividad eléctrica cerebral de los lóbulos occipital y temporal izquierdo, y frontal bilateral. Las áreas cerebrales que presentan mayores diferencias son el giro angular, el área de Wernicke, el fascículo arqueado y el área de Broca, las cuales se asocian con déficits cognitivos en el reconocimiento fonológico de las palabras, en la integración visual-auditiva y en la articulación oral. Otras investigaciones han ampliado estas diferencias a la región parietal inferior que queda justo sobre el plano temporal. En ambos casos las regiones mencionadas se asocian con el reconocimiento auditivo de las palabras, lo cual puede explicar los trastornos en los procesos fonológicos que caracterizan a algunos disléxicos.

Por su parte, Habib *et al* (1996) observaron cierto grado de proporcionalidad entre la simetría que tienen los disléxicos en las regiones parietales de ambos hemisferios y sus dificultades lectoras. Asociaron esta anomalía con los déficits en la memoria verbal de corto término, que les impide evocar y/o retener los fonemas mientras tratan de decodificar una palabra.

Anomalías en las conexiones cerebrales. Referente a deficiencias en las conexiones cerebrales y en la integración temporal de la información, Paulesu

et al estudiaron adultos ex-disléxicos que habían aprendido a leer tarde. Este estudio mostró que los adultos ex-disléxicos no activaban de manera sincrónica las distintas áreas cerebrales involucradas en la lectura. Tanto ellos como los lectores normales activaron las mismas áreas para leer, pero no lo hicieron en el mismo momento. Según los investigadores, los disléxicos mostraron un "trastorno de desconexión" que consiste en una desincronización entre dos áreas que deberían intervenir de manera simultánea para la decodificación. Ellas fueron el área de Brocca, que procesa la articulación, y el área de Wernicke, que procesa la pronunciación. Esta conexión asincrónica impediría la conversión correcta y eficiente de los códigos gráficos y generaría dificultad para establecer la *gestalt fonográfica*, con una articulación correcta de las palabras.

Como consecuencia de estas investigaciones Habib et al plantearon la hipótesis que las dislexias se originarían en deficiencias en las conexiones cerebrales entre áreas que se deben integrar para producir el lenguaje. Expresan que cuando los disléxicos empiezan a leer, se produce una activación de algunos circuitos que están conectados inadecuadamente, originando asociaciones erradas, las que se estabilizarían con el tiempo, haciendo que las dificultades se hagan persistentes. Una manera de revertir esta situación sería una intervención precoz en ejercicios de segmentación del lenguaje, en las etapas anteriores al aprendizaje de la lectura.

Otras investigaciones también han mostrado diferencias en áreas subcorticales, talámicas y en el grosor y en la forma del cuerpo caloso, lo que podría explicar algunas dificultades en la transmisión interhemisférica, entre la información visual y la fonémica.

Estas anomalías también han sido relacionadas con la menor velocidad que tienen los disléxicos para encontrar las correspondencias entre los signos gráficos y sus correspondientes fonémicos. Sin embargo, los investigadores piensan que parte de las diferencias encontradas en el cuerpo caloso podrían ser consecuencia de los mismos procesos de aprendizaje y del mayor empleo de estas vías por los lectores normales (Habib y col. 1996).

Anomalías en la activación de áreas cerebrales. Otra convergencia de estos estudios, ha sido que los disléxicos cuando leen activan algunas áreas del hemisferio derecho, permaneciendo su hemisferio izquierdo bastante "silencioso" en las áreas del lenguaje. Esta característica podría reflejar una "sobre-actividad compensatoria", en algunas áreas de la corteza visual, para suplir las deficiencias en el procesamiento fonológico.

Gross-Gleim et al compararon la actividad meta-

bólica cerebral durante la lectura oral de adultos disléxicos y lectores normales, mediante el método de tomografía emisión de positrones. Observaron en los lectores normales mayor actividad metabólica izquierda -frontal y occipital-, en cambio los disléxicos no mostraron esta asimetría en las áreas posteriores. Estiman que esta diferencia puede relacionarse con el procesamiento ineficiente de las formas visuales de las palabras y con posibles deficiencias atencionales para integrar estímulos diferentes. Recientemente Habib et al también han señalado esta particularidad, aun cuando encontraron variabilidad entre los sujetos disléxicos, lo que complica saber cuál es el significado de estas diferencias.

Otro estudio señaló que también se han encontrado diferencias en las imágenes de la irrigación sanguínea durante los procesos de decodificación y de comprensión lectora. Estas diferencias tienden a mostrar convergencia con las hipótesis que plantean que habría dislexias de codificación que son distintas de las dislexias de comprensión, y que estarían asociadas con distintas áreas cerebrales.

Finalmente, Rumsey investigó a sujetos disléxicos y a lectores normales, mediante la TEP, en tareas auditivas de rimas y de semejanza semántica en pares de oraciones. Sus resultados señalaron que los disléxicos tienden a aumentar la actividad del hemisferio derecho -en comparación con los lectores normales- y a disminuirla en el hemisferio izquierdo.

Anomalías en la velocidad de transmisión de información. Algunas investigaciones cognitivas también han estudiado la velocidad de la transmisión de la información visual. Ellas muestran que los disléxicos tienen un déficit para discriminar visualmente los estímulos secuenciados y que necesitan mayor tiempo entre los umbrales de separación de dos estímulos para poder diferenciarlos. Las investigaciones neuropsicológicas de Galaburda y Livingstone coincidieron en que los disléxicos son más lentos que los lectores normales, en tareas de distinguir imágenes secuenciadas. No encontraron diferencias cuando les presentaron secuencias de imágenes visuales a baja velocidad, en cambio sí las encontraron cuando dieron mayor rapidez a la presentación de los estímulos. Las diferencias aparecían cuando tenían que separar los estímulos visuales presentados con alta velocidad y desaparecían al disminuir la rapidez de la presentación. Los disléxicos necesitaron sobre 100 m.s. más que los lectores normales para separar perceptivamente imágenes presentadas en secuencias rápidas. Este resultado se relaciona con los estudios de Tallal et al quienes encontraron un fenómeno análogo en el proceso de reconocer diferencias auditivas en las secuencias de consonantes y de vocales, cuando aumentaba la velocidad de

presentación de los estímulos. Los niños con retardo de lenguaje y con retardo lector tuvieron dificultad para reconocer las diferencias entre consonantes y vocales cuando los estímulos eran presentados a velocidad mayor de 40 m.s.

Tanto la lentitud visual como la auditiva, se deberían a deficiencias en el procesamiento de la transmisión temporal, lo que afecta la velocidad para decodificar. Los investigadores piensan que se originan en anomalías en las conexiones talámico-corticales de las cortezas visual y auditiva.

Una explicación neurofisiológica propuesta por Livingstone plantea que la percepción visual tiene distintas vías de transmisión periférico-central, una rápida -o magnocelular- y otra más lenta, o parvocelular. Sus estudios señalan que los disléxicos sólo presentan deficiencias en las vías de transmisión rápida, lo que es difícil de observar en la práctica clínica o pedagógica, pues la velocidad de esta transmisión visual tiene que ser medida en milésimas de segundo. También Lovegrove estudió la agudeza para reconocer las mismas palabras en estímulos con y sin movilidad, proyectados a una pantalla. Sus resultados le hacen suponer que los disléxicos con déficit en la transmisión rápida, tienen dificultades para integrar la información periférica con la central.

Estos hallazgos tienen coincidencia con la hipótesis cognitiva, que plantea que los disléxicos tienen un déficit de transmisión en procesos intermedios entre la percepción visual de los estímulos gráficos y su decodificación fonológica y verbal.

Otra hipótesis sobre la menor velocidad de los disléxicos, es que dispondrían de un sustrato anatómico menor, lo que disminuye la activación neuronal en las áreas del lenguaje necesarias para la decodificación. La lentitud para decodificar hace que el sujeto pierda parte de la información mientras trata de leer, lo cual afecta su retención.

Al respecto, Tallal, Miller y Holley Fitch expresan que algunos niños tienen un déficit severo y altamente específico "para procesar componentes breves de la información que reciben en sucesión rápida en el sistema nervioso, y un déficit motor para organizar con rapidez las respuestas secuenciales", lo cual altera la velocidad para procesar el lenguaje y la lectura. Consideran que las investigaciones de Galaburda y Livingstone muestran un nexo directo entre la información anatómica, la fisiológica y la conductual.

La menor velocidad en el procesamiento verbal sería un elemento común para las dislexias y las disfasias y se refleja en la dificultad para articular las palabras. La disfasia subyacente o subclínica de los disléxicos, interfiere la articulación de los signos gráficos, impidiéndoles que las palabras sean reco-

nocidas y serían "dos caras de la misma moneda". Esta hipótesis aparece concordante con la hipótesis cognitiva de un déficit en la *gestalt fonográfica* en las dislexias.

Investigaciones genéticas. Además de los estudios neuropsicológicos han aparecido numerosas investigaciones genéticas que muestran un claro componente familiar en algunos disléxicos, apareciendo cierta convergencia entre los resultados de los estudios de prevalencia familiar con las investigaciones genéticas. Se ha encontrado una diferencia de alrededor de un 41% de riesgo, en familias con antedecentes disléxicos, contra un 5% estimado en la población general. Este antecedente, que tiene cierto grado de confirmación en la práctica clínica corriente, puede contribuir al despistaje prematuro de niños con riesgos de presentar este trastorno.

Otros estudios señalan que el modo de transmisión sería un determinado cromosoma (15), y muestran que la aparición de la dislexia estaría ligada a este cromosoma en aproximadamente un 20% de las familias.

Respecto a los procesos cognitivos alterados en los disléxicos y afectados por la transmisión genética, las investigaciones señalan que ésta no afecta directamente al aprendizaje de la lectura, sino que incide especialmente en el desarrollo de las habilidades para el procesamiento fonológico. Es interesante ver que no se ha encontrado esta misma relación del componente genético con los déficits en el procesamiento ortográfico.

En síntesis, los resultados de las investigaciones neuropsicológicas y de psicología cognitiva coinciden en que el trastorno disléxico se caracteriza por presentar deficiencias en el procesamiento psicolingüístico de la información escrita, las que aparecen reflejadas en el funcionamiento de algunas áreas cerebrales. También explican la lentitud que tienen los disléxicos para leer, por la menor velocidad en las transmisiones nerviosas visuales y auditivas, lo que puede explicar la mayor cantidad de errores que cometen y la menor comprensión del texto. Este trastorno es diferente del retraso para aprender a leer originado en factores culturales o emocionales.

Aspectos psicopedagógicos. Una característica psicopedagógica de los trastornos disléxicos es su resistencia al tratamiento. Diversos estudios de seguimiento señalan que en la mayoría de los niños con retardo lector inicial severo, las deficiencias en el rendimiento se mantienen durante la mayor parte de la educación primaria. Esta persistencia del retardo lector se explicaría, en parte, por su origen genético y por las alteraciones neuropsicológicas del desarrollo. Los estudios de Galaburda y colaborado-

res, señalan que las diferencias del cerebro de los disléxicos se generan durante las primeras semanas de gestación del sistema nervioso central y otras investigaciones señalan que sus manifestaciones se pueden reconocer desde el jardín infantil, en el desarrollo del lenguaje oral. A esa edad ya se pueden observar los agramatismos, las disnomias, los déficits en la memoria y en la comprensión verbal, y la insuficiente discriminación fonológica. Posteriormente, esas mismas deficiencias afectan el aprendizaje de la lectura. Los déficits específicos en el lenguaje, observables durante la etapa del jardín infantil pueden asociarse con el denominado "efecto lectura inicial", que consiste en que un alto porcentaje de los niños con retardo severo en la etapa inicial del aprendizaje, se mantienen largo tiempo bajo el rendimiento normal, a pesar de recibir tratamiento.

Este "efecto lectura inicial" constituye un dato de interés para el pronóstico. Un estudio de seguimiento de 22.193 niños con retardo lector severo en primer año (percentil de lectura < 20) mostró que un 62% de ellos tuvo éxito para superar este retardo inicial, pero que su progreso no se mantuvo, sino que, por el contrario, luego de un tiempo aumentó la brecha con sus compañeros lectores normales. Una condición para que el tratamiento de las dislexias tuviera éxito fue su continuidad durante todo el período escolar básico y la efectividad del apoyo familiar. Otro seguimiento, entre el 2° y el 6° año mostró que solamente el 28% de los retardos lectores de segundo año lograron un rendimiento normal.

Sin embargo, otra investigación encontró que había un subgrupo denominado con "inicio lector tardío", que comprendía un 17% del grupo total. Este subgrupo se niveló con sus compañeros de aprendizaje lectores normales, luego de un año. Una característica de este subgrupo era que tenía mejor nivel de desarrollo psicolingüístico y de procesamiento fonológico, que el grupo de los retardos lectores iniciales que no superaron su retraso.

DIFICULTADES DE APRENDIZAJE Y ALTERACIONES EMOCIONALES Y DE CONDUCTA

Un problema de bastante interés para la psiquiatría infantil es profundizar las relaciones entre las dificultades del aprendizaje escolar, con las alteraciones emocionales y las desviaciones de conducta. Algunos estudios muestran que entre los niños con síndrome de déficit atencional (SDA) hay cuatro veces más alteraciones clínicas, emocionales, conductuales y sociales que entre niños sin SDA. También aparece mayor prevalencia cuando se establece

la relación inversa: la incidencia de los SDA entre los niños con alteraciones emocionales severas.

En las investigaciones sobre este tema aparecen al menos, cuatro modelos explicativos de esta relación. El primero plantea que las dificultades de aprendizaje son origen de las alteraciones emocionales y de las desviaciones de conducta escolar; el segundo afirma que habría una relación inversa; el tercer modelo postula que se producen interacciones causales recíprocas; y el cuarto plantea que ambas se originan en variables comunes "externas", que pueden ser de origen sociocultural y familiar.

En general, las investigaciones que buscan establecer la direccionalidad de las relaciones entre ellas, han sido poco consistentes en sus resultados. Esta inconsistencia estaría relacionada con tres situaciones. Una de ellas, es la variedad de significados que se da al término alteraciones emocionales o de la personalidad. Aparece una variedad de términos, estrechamente relacionados o parcialmente superpuestos, tales como "alteraciones socioemocionales", "dishabilidades sociales", "desviaciones de conducta", "desadaptaciones", "síntomas psiquiátricos", "infantiles o juveniles", "conductas anormales" o "atípicas", etc. que hacen difícil comparar los diferentes estudios.

En segundo lugar, cuando se analizan los resultados de las investigaciones, es conveniente distinguir entre los estudios efectuados a partir de muestras "clínicas", formadas en su mayor parte por niños o jóvenes que asisten a centros psiquiátricos o psicológicos, cuyos trastornos tienen mayor severidad, de las investigaciones efectuadas en muestras "escolares", formadas por grupos de pacientes tomados directamente en las escuelas. Los resultados entre ambos tipos de muestra no siempre son coincidentes y hay estudios comparativos, efectuados directamente en el aula escolar, que no encontraron diferencias, ni en la conducta ni en las expresiones emocionales, entre niños con y sin SDA, lo que no ha sucedido en investigaciones con grupos de origen clínico.

En tercer término, las alteraciones emocionales y/o de conducta no son percibidas de igual manera en diferentes ambientes. Una investigación realizada por el autor señaló que los niños y niñas que habían tenido repitencias de curso diferían en las alteraciones conductuales y/o emocionales que presentaban sus compañeros y compañeras que no habían repetido cursos. Sin embargo, las evaluaciones de los padres no fueron coincidentes con la de los maestros, lo cual indicó que el tipo de alteraciones conductuales y/o emocionales que presentaban, eran diferentes en el contexto de la escuela o del hogar.

Otras investigaciones relacionan estrechamente las alteraciones emocionales y las desviaciones de

conducta escolar, en niños con SDA, con algunos factores externos, tales como actitudes parentales inadecuadas o ambientes socioemocionales familiares frustradores, agresivos, inestables o inconsistentes en sus normas de conducta.

Ninguno de los modelos investigados ha mostrado tener una validez explicativa única sobre el origen de este problema. Esta situación indujo a Rock, Fessler y Church a estudiar las características que presentan los niños que tienen ambos tipos de trastornos. Para estos investigadores, la concomitancia de los SDA con las alteraciones emocionales y de la conducta, determinan desórdenes psicológicos de mucho mayor severidad y complejidad de los que aparecen en uno solo de ellos, especialmente debido al aumento progresivo de las desviaciones de conducta hasta la vida adulta. Las causas de este deterioro conductual progresivo son explicadas por la interacción de cinco variables:

- El fracaso escolar, debido a la mayor resistencia que presentan al tratamiento psicopedagógico, que los niños que solamente tienen SDA.

- Limitación en su adaptabilidad, con menor flexibilidad, para que desarrollen y generalicen estrategias compensatorias para superar las dificultades del aprendizaje.

- Mucho menor tolerancia a las frustraciones, las cuales son exacerbadas por sus fracasos en el aprendizaje.

- Autoconcepto negativo, disminuido o asociado con depresión.

- Problemas serios en adaptación social. De acuerdo con los autores mencionados la suma de estos factores afecta seriamente el pronóstico.

Resultados de algunas investigaciones. Greenblatt, Mattis y Trad estudiaron los protocolos clínicos de 500 niños con inteligencia normal, de una población psiquiátrica infantil, a fin de determinar la prevalencia de los trastornos del aprendizaje. Encontraron que la cantidad de sujetos que habían tenido dificultades para aprender era más alta que en la población infantil no psiquiátrica. Un dato de interés fue que la proporción de niños con trastornos en la lectura era significativamente menor que la de niños con trastornos en el aprendizaje de las matemáticas.

La evolución de las alteraciones psiquiátricas estuvo asociada con el menor CI y con un bajo rendimiento académico. Una conclusión de este estudio fue que la severidad de la enfermedad psiquiátrica tenía una incidencia limitada en los trastornos del aprendizaje y que la relación entre ellos es más bien indirecta.

Porter y Rourke efectuaron un estudio factorial en base a un cuestionario sobre alteraciones socio-

emocionales, en una muestra de 100 niños con dificultades de aprendizaje que consultaron a un centro clínico. Encontraron que la mitad de ellos presentaba un funcionamiento socioemocional normal. Las alteraciones encontradas en el resto del grupo, las dividieron en "internalizadas", tales como angustia, depresión y retraimiento, en un 25% de los niños; y "externalizadas", como agresividad e hiperactividad, en un 15%. Un subgrupo menor presentaba alteraciones psicósomáticas.

Bruck publicó un estudio sobre las alteraciones sociales y emocionales en niños con dificultades de aprendizaje. Concluyó que los niños con SDA presentan mayores desadaptaciones que los niños con aprendizaje normal. Entre los factores asociados con la deficiente adaptación social y emocional de los niños con SDA, aparecen algunos déficits cognitivos específicos, tales como el procesamiento de la información temporal y espacial. También se encontró relación entre las SDA, la hiperactividad y el sexo masculino, aunque los seguimientos mostraron que los varones superaron estos problemas mejor que las niñas.

Un elemento predictivo de las desadaptaciones en la adolescencia fue la severidad de las alteraciones emocionales en la infancia, pero no así la severidad de las dificultades del aprendizaje. Un factor que incidió en la desadaptación social y emocional, fue la repitencia de cursos, las que afectaron principalmente las relaciones con los compañeros.

Bruck concluyó que, si bien los niños con SDA pueden diferir de sus compañeros en las evaluaciones de adaptación social y emocional, ellas no alcanzan a un nivel clínico, salvo en un pequeño subgrupo. Además, encontró que muchos de los problemas de adaptación, de los niños con SDA no persistieron más allá de la escolaridad obligatoria. La severidad de las dificultades de aprendizaje tampoco aparecían relacionadas con el grado de adaptación en la vida adulta. En resumen, este autor no logró encontrar una asociación directa ni causal, entre las dificultades del aprendizaje y las alteraciones emocionales, salvo para un pequeño grupo.

Por su parte, Hinshaw publicó una amplia revisión sobre la relación entre las desviaciones de conducta de tipo "externalizados" y el bajo rendimiento escolar, en niños y adolescentes. Delimitó como desviaciones externalizadas, la impulsividad, las actitudes provocativas, las agresiones, las conductas descontroladas, la sobreactividad y los rasgos antisociales. En las desviaciones de conducta externalizadas, distinguió la sobreactividad con déficits en la atención y las conductas agresivas. Las contrapuso con las desviaciones de conductas "internalizadas" o "sobre controladas".

Los resultados de las investigaciones revisadas

señalaron que en los niños con SDA solamente aparece como significativa la sobreactividad, con déficits en la atención. También se encontró que la combinación del retardo en el aprendizaje lector, acompañado de hiperactividad y agresividad, predispone para que en la adolescencia se manifiesten desviaciones de conducta severas.

Entre los adolescentes, se encontró una relación más estrecha entre el bajo rendimiento escolar y las actitudes agresivas y antisociales. Ambas variables estuvieron asociadas con un CI verbal inferior al normal. En estos casos, las desviaciones de conductas y el bajo rendimiento, aparecían asociados con las repeticiones de cursos e inasistencias a clases, las que a su vez fueron más frecuentes en adolescentes hiperactivos y agresivos.

Respecto al momento en que aparece la asociación entre las alteraciones emocionales y de conducta infantiles con los trastornos del aprendizaje, Thompson y Kronenberger muestran que los niños que manifiestan algún retardo en su desarrollo y presentan problemas de aprendizaje en el jardín infantil, presentan mayores riesgos de llegar a tener posteriormente desviaciones de conducta.

Esta misma investigación señaló que los escolares que son enviados a centros clínicos, por su bajo rendimiento, presentan con mayor frecuencia desviaciones de conducta y desórdenes afectivos, pero que no se ha encontrado en ellos un tipo específico de alteraciones. Los resultados de esta investigación sugieren la necesidad de abordar desde muy temprano los eventuales problemas de adaptación conductual, en los niños que han tenido algún retardo en su desarrollo o en el aprendizaje, ya que pueden ser predictivos de alteraciones posteriores.

Entre las investigaciones de seguimiento más relevantes hay un estudio de Rutter *et al* en escolares ingleses. En sus resultados iniciales, encontraron que entre los grupos de niños con dificultades del aprendizaje de la lectura había mayor cantidad de alteraciones emocionales. Mencionan que una cuarta parte de los niños con retardo lector específico, de 9 y 10 años, tuvieron una alta incidencia de conductas antisociales, y que un tercio de los niños que tenían desviaciones de conducta eran lectores retardados específicos. Estas cifras se contrastaron con un 4% encontrado en la población general. Sus conclusiones sugieren que, tanto las desviaciones de conducta como el retardo lector específico, tendrían factores etiológicos comunes. Entre ellos mencionan el retardo en el desarrollo del lenguaje, un desarrollo insuficiente de la lateralidad, bajo nivel de concentración, e historia de dificultades lectoras familiares, que podrían ser factores determinantes para ambos tipos de trastornos. Es importante notar, sin embargo, que estas conclusiones son aplicables so-

lamente al 25% de los niños con retardo lector específico que presentaron desviaciones de conducta.

Posteriormente, estos mismos autores publicaron los datos de un seguimiento de 200 niños del mismo grupo, hasta cuando tenían 29 años. El grupo estuvo dividido, según el diagnóstico inicial, en retardados lectores específicos, niños con atraso lector general y lectores normales. Se analizaron las relaciones entre las desviaciones de conducta antisociales, las dificultades lectoras, y algunas variables atencionales y el sexo. Los resultados obtenidos hasta el momento no mostraron una relación tan clara entre las dificultades lectoras y las desviaciones de conducta antisociales; sin embargo, los niños con retardo lector específico (disléxicos) fueron más vulnerables para asumir desviaciones de conducta de tipo externalizadas.

Los autores piensan que el aumento en las desviaciones de conducta antisociales y de delincuencia, en los varones, estaría originada más bien en las inasistencias a clases que en el déficit lector mismo. Sin embargo, también comprobaron la persistencia de las desviaciones de conducta antisociales, hasta la vida adulta.

El seguimiento de este grupo numeroso durante 26 años muestra que las relaciones entre los trastornos del aprendizaje y las desviaciones de la conducta escolar son un problema complejo, y que no es posible atribuir una relación de causalidad directa entre ellos. En cambio, se encontró relación entre las deficiencias atencionales, combinadas con retardo lector, y las desviaciones de conducta, las que en algunos casos persistieron hasta la vida adulta.

Características psiquiátricas de los trastornos no-verbales del aprendizaje. Algunos investigadores señalan que el grupo de niños caracterizados como *trastornos no-verbales del aprendizaje*, presenta características psiquiátricas importantes, debido a que sus alteraciones emocionales y sociales serían más severas que en los grupos de control y que persisten hasta la vida adulta. Little efectuó una revisión de 12 investigaciones publicadas entre 1983 y 1991, con el objetivo de determinar si había evidencia empírica de la asociación entre algunas alteraciones socioemocionales de los niños y adolescentes, con trastornos no-verbales del aprendizaje. Las investigaciones revisadas, muestran que los sujetos con trastornos no-verbales de aprendizaje que consultaron a centros especializados, presentaron mayor intensidad en sus alteraciones emocionales.

Por otra parte, Badian comparó a niños diagnosticados con trastornos no-verbales de aprendizaje, que fueron divididos en buenos y malos lectores. Encontró que el subgrupo de niños que también eran

malos lectores tenían mayores déficits en las habilidades sociales. Consideró que un bajo nivel de destrezas verbales, junto con una probable disfunción en el hemisferio derecho, tendría un efecto adverso en la habilidad para organizar la conducta social.

Respecto al origen de los trastornos no-verbales, que explicarían esta concomitancia con las alteraciones sociales y emocionales, las hipótesis apuntan a dos explicaciones diferentes, las que no son excluyentes. Una hipótesis neuropsicológica presentada por Rourke *et al* postula que la concomitancia se debería principalmente a alteraciones en algunas estructuras neuronales del hemisferio derecho, especialmente en las fibras que conforman la sustancia blanca. Este origen cerebral contribuye a explicar que las perturbaciones de conducta sean más persistentes en estos casos.

La psicología cognitiva, por su parte, ha propuesto la hipótesis que estos niños tendrían una insuficiencia perceptiva para reconocer las claves sociales, tanto visuales como verbales. Este déficit dificulta su adaptación social y provoca reacciones conductuales inadecuadas. Little menciona algunos estudios experimentales hechos con videos y fotografías, que muestran que los sujetos tuvieron mayor dificultad para reconocer visualmente algunas emociones faciales, tales como la de sorpresa o de disgusto. Habría una relación entre el tipo de trastornos de aprendizaje no-verbales, especialmente en matemáticas, con las dificultades para percibir claves sociales, lo cual explicaría la mayor cantidad de alteraciones de conducta encontradas en este grupo.

Little señala también que los adolescentes con este síndrome presentarían mayores riesgos de suicidio.

Las dificultades de aprendizaje y la adaptación social. En la definición de los trastornos del aprendizaje se señaló que también se pueden presentar déficits en el aprendizaje de las destrezas sociales. Al respecto, diversas investigaciones han estudiado a los niños con SDA desde el punto de vista de sus habilidades y competencias sociales y su adaptación al grupo. Algunas de ellas muestran que un porcentaje de los niños con SDA tienen déficits sociales, tales como conductas inaceptables, menor percepción de situaciones y claves sociales, dificultades en la comunicación verbal y no verbal, y en la percepción de los pensamientos y sentimientos de otras personas. Estos déficits ocurren tanto en el hogar, como en la escuela y son reconocidos tanto por los padres como por los profesores.

Desde el punto de vista de las relaciones con sus compañeros, Pearl y Bryan encontraron que son más vulnerables a las influencias sociales, lo cual los hace propensos a incurrir en conductas socialmente

inaceptables por presión de su grupo. Los datos de algunos estudios muestran que "muchos estudiantes con SDA carecen de conocimientos y destrezas que les sirvan de *antenas* para ponerlos en alerta y pueden ser víctimas de compañeros demasiado amistosos". Esta condición sería mayor en varones, lo cual los hace más vulnerables para caer en hechos delictuales y los coloca en una situación de mayores riesgos sociales que sus compañeros. Este riesgo tiende a aumentar o a disminuir, según sean las actitudes familiares y pedagógicas que se adopten.

A esta situación, se agregan resultados de investigaciones que muestran que los niños con SDA son percibidos de manera menos favorable por sus propios padres y profesores; reciben mayor cantidad de comunicaciones negativas por parte de ellos; con más frecuencia son ignorados o rechazados por sus profesores; son más castigados por sus padres; les interesa menos la vida familiar, todo lo cual los predispone a tener más alteraciones emocionales. También Hazel y Schumaker encontraron que los niños con SDA tienden a ser más rechazados por sus compañeros y a presentar mayor cantidad de problemas conductuales.

Kavale y Forness efectuaron un metaanálisis de 152 estudios de investigación sobre los déficits sociales en niños con dificultades de aprendizaje, encontrando que el 75% de ellos presentaba déficit sociales, cuando eran comparados con sus compañeros.

Desde la perspectiva de los maestros y compañeros, también ellos consideran que la menor competencia académica de los niños con SDA aparece asociada con una menor interacción social, menor aceptación y mayor rechazo por parte de sus compañeros. Los maestros observaron mayores índices de ansiedad, distractibilidad e inquietud, y su percepción global es que tienen menor grado de adaptación. Entre las conclusiones más generales de este meta-análisis aparece que no es posible determinar una relación de causalidad entre los SDA y los déficits sociales, sino solamente una concomitancia. Tampoco los déficits sociales de los niños con SDA estuvieron delimitados a algunas áreas específicas, lo que impidió considerarlos como criterios para hacer su diagnóstico.

Para Milicic las dificultades en la adaptación social aparecen relacionadas con dos factores principales. Uno de ellos es una capacidad insuficiente de los niños para controlar sus impulsos, lo que provoca respuestas desconectadas de las situaciones sociales y por lo mismo, aparecen poco atinados, recibiendo el rechazo de sus compañeros. Por otra parte, hay también niños que presentan un modo de pensamiento que favorece su aislamiento social, perdiendo así el apoyo emocional de los demás.

DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DE LAS DIFICULTADES DEL APRENDIZAJE

El diagnóstico clínico de las dificultades del aprendizaje requiere de un estudio sistemático de algunas áreas del desarrollo cognitivo y verbal, en relación con las exigencias del aprendizaje escolar. No basta con diagnosticar las dificultades del aprendizaje. Este es un término vago, que no permite establecer un enfoque operacional de sus dificultades ni orientar un tratamiento psicopedagógico.

Por otra parte, el diagnóstico diferencial entre los problemas generales para aprender y los trastornos específicos de aprendizaje es un proceso interdisciplinario y complejo, que debe tomar en cuenta la multivariación de factores intervinientes en la vida escolar y familiar, además de algunos relacionados con el desarrollo neuropsicológico infantil. El concepto de *rendimiento normal* es relativo al logro obtenido en determinadas escuelas, y varía de un medio sociocultural a otro.

Teniendo en consideración la complejidad social, psicológica y neurológica de muchas de estas dificultades, se hace necesario abordarlas con un criterio interdisciplinario. El aporte psicológico es necesario para evaluar los diferentes procesos cognitivos involucrados en los trastornos, la capacidad intelectual, además de los concomitantes emocionales y familiares. El aporte de los profesores de educación especial, es indispensable para el trabajo de reeducación o rehabilitación psicopedagógica, particularmente cuando se presentan trastornos específicos en la lectura, escritura o cálculo. En estos casos, las metodologías de enseñanza convencionales no dan el resultado esperado y es raro que los niños con TEA logren nivelarse con sus compañeros.

El diagnóstico presenta obstáculos adicionales cuando se hace con escolares de sectores populares, porque no es fácil evaluar las deficiencias en el desarrollo cognitivo y su incidencia sobre el rendimiento escolar cuando las condiciones ambientales son muy desfavorables. Tampoco es fácil determinar si un niño presenta dificultades de aprendizaje, cuando es muy alto el porcentaje de alumnos con rendimiento deficiente. En estos casos se puede establecer una estrategia de "diagnóstico dinámico", evaluando sucesivamente a los niños varias veces en el año escolar, lo que permite determinar mejor la posible especificidad y severidad de sus dificultades y su pronóstico, en la medida en que se tratan sus dificultades.

Una consecuencia no deseada, que se presenta a menudo en la atención clínica de las dificultades del aprendizaje, es que los maestros o los padres transfieran a los médicos y/o a los psicólogos, la responsabilidad de los niños. No es raro que algunos padres

o maestros consideren que el tratamiento médico o a la ayuda psicopedagógica, es solamente complementario a la labor educacional, familiar o pedagógica, y atribuyan a los psicólogos o a los médicos, una responsabilidad que no les corresponde.

Por otra parte, algunos establecimientos educacionales tratan de integrar a los niños con dificultades severas de aprendizaje en el aula común, sin darles ayuda psicopedagógica especial, lo cual puede provocar un retraso mayor, por cuanto no pueden seguir el ritmo de la enseñanza normal. Para evitar que aumente la segregación social de estos niños, el trabajo de rehabilitación debería efectuarse siempre en horario diferente al de las clases comunes, y con la coordinación de los maestros de aula con los profesores de educación especial o psicopedagogos, de manera que puedan seguir asistiendo normalmente a la escuela.

BIBLIOGRAFIA

- Badian N. Dyslexia: A validation of the concept at two age levels. *Journal of Learning Disabilities* 1996; 29: 102-12.
- Bravo L. Una convergencia epistemológica entre las neurociencias y la psicología cognitiva: Los estudios sobre el lenguaje y las dislexias. *Psychké* 1997; 6: 23-34.
- Bravo L. Psicología de las dificultades de aprendizaje. 5^a ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1996.
- Bravo L. Lenguaje y dislexias. Santiago de Chile: Universidad Católica, 1995.
- Bravo L, Bermeosolo J, Pinto A, Oyarzo E. Seguimiento de niños con retraso lector severo. *Infancia y Aprendizaje* 1996; 76: 3-12.
- Bruck M. Social and emotional adjustments of learning-disabled children: A review of the issues. En: Ceci S. *Handbook of cognitive, social and neuropsychological aspects of learning disabilities*. Vol I. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1986.
- Dehaene S. *Le cerveau en action: l'imagerie cérébrale en psychologie cognitive*. Paris: P.U.F., 1997.
- Galaburda A. Dyslexia and development. Neurobiological aspects of extra-ordinary brains. MA: Harvard Univ. Press, 1993.
- Galaburda A. *From Reading to neurons*. Cambridge, MA, 1989.
- Hazel JS, Schumaker JB. Social skills and learning disabilities: Current issues and recommendations for future research. En: Kavanagh J, Truss T. *Learning Disabilities: Proceedings of the National Conference*. Maryland: York Press, 1988.
- Hynd G, Cohen M. *Dyslexia: Neuropsychological theory. Research and clinical differentiation*. Grune-Stratton, 1983.

- Kavanagh J, Truss T. *Learning disabilities: Proceedings of the National Conference*. Maryland: York Press, 1988.
- Kavale K, Forness S. Social skills deficits and learning disabilities: A meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities* 1996; 29:226-37.
- Maugham B, Pickles A, Hagell A, Rutter M, Yule W. Reading problems and antisocial behavior: developmental trends in comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1996; 37: 405-18.
- Milicic N. Factores afectivos y rendimiento escolar. En: Scagliotti y Pinto. *Dificultades de aprendizaje. Avances en psicopedagogía*. Monografías en Educación. Santiago, Chile: P. Universidad Católica. Facultad de Educación, 1997.

- Paulesu E, Frith U, Snowling M, Gallagher A, Morton J, Frackwiak R, Frith Ch. Is development dyslexia a disconnection syndrome. Evidence from PET scanning. *Brain* 1996; 119:143-57.
- Rock E, Fessler M, Church R. The concomitance of learning disabilities and emotional behavior disorders: A conceptual model. *Journal of Learning Disabilities* 1997; 30: 245-63.
- Waring, Prior, Sanson, Smart. Predictors of "recovery" from reading disabilities. *Australian Journal of Psychology* 1996, 48: 160-66.
- Wood F, Felton R, Flowers L, Naylor C. Neurobehavioral definition of dyslexia. En: Duane D, Gray D. *The reading brain*. Parkton: York Press, 1991.

Los niños crecen, florecen, recorren sin mayores dificultades las primeras etapas de su desarrollo, nos estimulan y gratifican con sus sonrisas, sus balbuceos y el contacto de sus manos que nos buscan, que nos piden respuesta. Pero no todos. Algunos pequeños responden pobremente, tropiezan de diversas formas, se retardan de manera notoria o caen sin poder levantarse en estancamientos que muchas veces parecen anular toda posibilidad de evolución positiva. No podemos ignorar que, para todo niño, durante este período temprano y precisamente en relación con dicho proceso de desarrollo se está cimentando su vida futura y eso despierta en nosotros enormes expectativas, las más jubilosas o las más desesperanzadas. En este último caso lo negativo impera, el desaliento es fácil y el rechazo domina la situación. Con frecuencia se establecen círculos viciosos inexorablemente deteriorantes que arrastran en la pendiente a todos: niños, padres, profesionales, integrantes de la sociedad en general.

Sabemos desde hace mucho, y cada día de manera más precisa, que la presencia de diferentes daños orgánicos es el factor determinante de un gran número de las diferencias evolutivas entre los niños que llegan en un mismo momento al mundo, aunque por supuesto no es el único aspecto a considerar (1). Ante tales situaciones y en particular en las encefalopatías, la respuesta médica más frecuente es considerar que el conjunto de las conductas observadas es consecuencia del defecto neurofisiológico lo que implica reducir al niño enfermo a su puro déficit. Sin embargo, sabemos también cuánto influyen en los cuadros psicopatológicos las severas distorsiones del medio familiar que provoca el nacimiento de un niño discapacitado y las múltiples fuerzas que interactúan para estimular o retardar su maduración. Por esta razón y desde el comienzo es preciso subrayar que la organicidad no justifica de ningún modo la focalización del problema en el niño y la exclusión del medio humano que lo rodea. Todo padecimiento psíquico es dinámico y siempre es una

resultante del encuentro e interacción entre las posibilidades del niño y las de los adultos: padres, profesionales, medio social.

Con frecuencia se observa que el diagnóstico de organicidad cerebral aleja al médico clínico, incluido el psiquiatra infantil, porque suele confundirse con una profecía de incapacidad e irreversibilidad ya que todo estaría determinado desde la lesión corporal reconocidamente grave. Desde esta postura parecen disminuir las expectativas de atención y recuperación y aliviarse la responsabilidad hacia el futuro. El problema está demostrado, la resignación a partir del más negro de los pronósticos y el desaliento son la primera respuesta. Nuestro planteamiento contrariamente, es que dicho diagnóstico nos convoca y nos compromete profundamente a intervenir. La sociedad entera y muy particularmente el equipo médico debe preguntarse qué es lo que está determinado y qué está por desarrollarse en el discapacitado al igual que se lo plantea para cualquier niño. No todo está escrito en el cuerpo enfermo.

Se pretende aquí ahondar respecto al lugar y las posibilidades de intervención del psiquiatra infantil y del equipo terapéutico en su conjunto toda vez que nos solicitan atender a pacientes con trastornos del desarrollo de causa orgánica. Para responder adecuadamente a la demanda de los padres y no quedar limitado a los aspectos estrictamente médicos es necesario no sólo conocer más sino reflexionar profundamente sobre nuestro lugar en esta patología.

Algunas puntualizaciones y conceptos de base

No se pretende hacer en este capítulo una exposición descriptiva de las afecciones cerebrales conocidas que pueden ocasionar trastornos psicológicos. Se sabe que se trata de lesiones prenatales o adquiridas, por alteraciones cromosómicas, metabólicas, infecciosas o tóxicas y que hay conocimientos fundamentales para tratar la vertiente médica de estos

niños. Pueden consultarse al respecto los textos especializados. Esta vertiente física del problema será objeto de atención de manera constante e incluso por períodos de manera preponderante, pero nunca irá en detrimento de la intervención sobre los aspectos propiamente psíquicos que aquí se exponen que también están presentes durante todo el proceso. Se propone un trabajo de colaboración entre ambas vertientes, coordinado de manera equilibrada y sensata, por supuesto sin excluirse entre sí y basado en la comunicación y el conocimiento recíproco. Propuesta nada fácil de realizar pero sí posible.

Esto implica recordar las funciones del médico que debe cubrir varios aspectos, todos ellos de gran responsabilidad: diagnosticar y realizar una valoración de cada situación clínica en particular, indicar un tratamiento y recomendar respecto a la actitud general aconsejable en cada caso.

Es evidente que sólo utilizando un enfoque pluridimensional (mediante un equipo formado por médicos, psicólogos, educadores y asistentes sociales) se podrá realmente ayudar a estos niños y sus familias. La conexión con las instituciones sociales adecuadas es también esencial. El lugar del psicoanálisis en esta labor suele ser menos considerado y conocido, pero es una postura imprescindible para lograr el tratamiento integral de estos problemas y es capital para las ideas presentadas en este texto. Su inclusión, tanto teórica como clínica, implica un giro conceptual y terapéutico ya que aporta un modelo de abordaje basado en la estructura del aparato psíquico que posibilita intervenciones más integradas y coherentes que evitan la frecuente multidisciplinariedad por pura sumación de acciones, que fragmenta al sujeto y no logra concretar un verdadero eje de acción. Además la consideración de la dimensión histórica de cualquier padecimiento abre nuevas puertas de comprensión e intervención terapéutica.

Se podrá percibir entonces la pertinencia de este capítulo que plantea al psiquiatra infantil nociones también indispensables para su labor específica como especialista médico en el terreno de lo psíquico, quien a partir del diagnóstico orgánico más o menos definido ya por otros especialistas de campos relacionados—genetistas, neurólogos, bioquímicos—debe participar e incluso dirigir la labor del equipo asistencial encargado del tratamiento concreto de cada uno de estos niños para rescatar la condición de sujeto psíquico en ellos, a pesar de su padecimiento físico.

Esto nos lleva a incursionar, aunque sea brevemente, sobre la concepción de *paidopsiquiatría* sostenida por nosotros que seguramente resulta discrepante con otras posturas actuales. El enorme avance de las neurociencias ha sido sin duda un fundamento

muy importante para el desarrollo de la especialidad, pero a nuestro parecer, no alcanza a “regularizar” la psiquiatría como una especialidad más de la medicina de base biológica. Porque por definición ella se ocupa de un nivel de fenómenos diferentes, que no pueden ser plenamente explicados y menos aún comprendidos por los hallazgos orgánicos.

Una demostración de esta dificultad es lo que ocurre mayoritariamente con los padecimientos orgánicos cerebrales mencionados, que son ejemplo reiterado hasta el cansancio de los efectos nocivos de la dicotomía mente-cuerpo presente en el esquema referencial de muchos médicos y psiquiatras.

Organismo y psique. Apoyan esta postura, desarrollada teórica y clínicamente durante los últimos veinte años, algunos conceptos fundamentales. Es importante citar solamente y de manera esquemática algunos puntos tomados de escritos anteriores (Plá, 1990 y 94) y de dos textos de autores latinoamericanos, el de José Bleger que trata de los niveles de integración de la conducta y el de los Dres. Cerejido que se refiere a los niveles jerárquicos de organización de los seres vivos.

1. El psiquismo debe ser pensado como una concomitante dependiente del sistema nervioso, o sea que sólo si existe una integridad neurológica apreciable puede desarrollarse un psiquismo más o menos normal.

2. Se sabe que en última instancia los sistemas biológicos son sistemas químicos, pero también es cierto que al plantearnos los procesos mentales nos estamos manejando en otro nivel de integración. La vida, tanto en su ontogenia como en su filogenia consiste en una serie de saltos a nuevas estructuras con nuevas formas de funcionamiento. Se organizan así los niveles jerárquicos que en el ser humano van desde las reacciones químicas, pasando por el nivel enzimático, genético, celular, endocrino, cerebral, hasta el nivel mental. Un nivel superior se genera del inferior de un modo aún no bien conocido. El nuevo nivel tiene siempre propiedades emergentes que no son simple suma de las propiedades anteriores. El sistema se autojerarquiza en su interacción con el medio. Para la descripción de nuevos niveles se requieren nuevas leyes dinámicas, nuevos lenguajes. Por eso no puede describirse cabalmente y en su especificidad el funcionamiento mental desde el nivel neurológico. Sólo podrán citarse las correlaciones entre las manifestaciones propias de cada uno de ellos (2). El cerebro es construido, conectado y echado a andar en cumplimiento de la información genética copiada una y otra vez en lo más íntimo de nuestras células. Pero no basta con esto, requiere de la crianza y de la educación para que se instalen los programas con que funciona el aparato psíquico en

nuestra cultura. Las fallas detectables en los niveles jerárquicamente inferiores tendrán consecuencias en el nivel psíquico, pero no de manera directa y lineal sino luego de interactuar con los factores propios de lo psíquico.

3. El sistema nervioso del hombre completa su maduración y logra su funcionamiento óptimo en la relación con otro ser humano, y ésta es una instancia ineludible y fundamental. Así se introducen y entretienen el lenguaje, la dimensión histórica, el simbolismo. Así se constituye el sujeto psíquico.

4. La terminología se ajusta a las diferentes perspectivas que describen los procesos evolutivos por los cuales un recién nacido llega a ser un hombre (ontogénesis). Se habla de *crecimiento* para designar los cambios pondo estaturales, de *maduración* para nombrar las transformaciones de las estructuras biológicas y el ajuste de su funcionamiento hasta alcanzar su plenitud y de *desarrollo* para designar el proceso global que incluye a los dos anteriores pero también al nivel psicológico, o sea que es a la vez orgánico y psíquico. Decimos que el desarrollo es un proceso en el que el sujeto, que se va constituyendo, va utilizando en cada instante el cuerpo que madura, para realizar su deseo. Más recientemente se ha llamado *epigénesis* a toda la organización progresiva somática y conductual del individuo que depende a la vez del programa genético y de los apórtes ambientales. Esta conjunción terminológica intenta mostrar que es forzado separar radicalmente lo innato y lo adquirido.

Bleger señala que todas las ciencias no son sino fragmentos de una sola realidad y propone considerar lo psicológico como un nivel de integración, tan específicamente humano, conteniendo y sintetizando a su vez los niveles biológico y social. Todos los fenómenos están relacionados entre sí y se condicionan recíprocamente. Es una equivocación tomar la metodología de cada ciencia, que necesariamente para su estudio divide y aísla la compleja realidad, para luego generalizar sus hallazgos y emitir conclusiones absolutas que ignoran las otras perspectivas. Peor aún es aplicar estas conclusiones a un niño y su familia que consultan por sus problemas y su sufrimiento. Es un grave error de enormes consecuencias asistenciales obligarse a determinar si un padecimiento es biológico o psicológico. Por supuesto necesariamente es siempre las dos cosas y se debe diferenciar y actuar desde ambas perspectivas.

Los conceptos de enfermedad y de normalidad. Las nociones y teorías respecto a la enfermedad y a la salud implícitas en la práctica clínica suelen pasar inadvertidas para el propio médico, pero determinan en gran medida su quehacer. Es frecuente que se considere la enfermedad con un

esquema mecanicista, o sea como un simple agregado a una organización previa, una especie de parásito superpuesto. Y si es muy temprana, meramente como un impedimento del desarrollo. Pero se sabe que la enfermedad psíquica y el agente etiológico no son lo mismo. Pensamos que es más adecuado entenderla de una manera dinámica como un proceso en evolución, como el modo mismo de organizarse la personalidad enferma.

Cuando se piensa en las encefalopatías infantiles es esencial reconocer que el trastorno orgánico, por más evidente que sea en apariencia, no es el único factor en juego, que para dar la enfermedad psíquica lo físico interactúa con el proceso evolutivo y es parte integrante de la experiencia vital del niño y así adquiere un sentido histórico que trasciende el cuadro clínico orgánico. Esto implica su gran importancia para la constitución de la personalidad. Y no se debe olvidar que además es un acontecimiento familiar e incluso social de gran trascendencia. Sólo así se podrá eludir el riesgo de caer en perspectivas estrechas, aferradas a la pura nosografía y cada vez más alejadas del enfermo.

Y por supuesto cada médico debe recordar que la palabra normalidad tiene muchas acepciones y que incluso resulta un término equívoco porque se usa sin precisión e irreflexivamente. Lo más frecuente en el medio médico es que se identifique normal con sano pero también que se utilice el criterio de normalidad estadística y entonces la norma es la mayor frecuencia. Esto conduce a situaciones paradójales ya que en ese sentido es normal tener caries y anormal tener un cociente intelectual por encima de 130. Pero también hay una normalidad referida como ideal y esto cambia según las épocas y las culturas. Y para aumentar la confusión se ha pretendido equiparar normalidad con adaptación a la sociedad y a las instituciones, incluida la familia lo cual acarrea serias dificultades de diagnóstico a nivel de la salud mental y puede fácilmente deslizarse a la intolerancia y segregación de los diferentes.

Como lo señala Ajuriaguerra (3): "La normalidad en abstracto no existe: hasta cierto punto la normalidad es una creación dentro de las posibilidades dadas y de las adquisiciones conquistadas". Es este un tema central para ubicarse en las patologías orgánicas cerebrales y conduce directamente a otro aspecto que también forma parte de estos cuadros aunque en general se lo olvida.

El estigma y el prejuicio. Los libros clásicos que abordan el tema de las encefalopatías, congénitas o adquiridas, están llenos de imágenes de seres deformes, se convierten en galerías de monstruos. Y esto no hace más que poner en el papel algo que habita las mentes de la mayor parte de las personas.

Muchas creencias y prejuicios se movilizan ante este tipo de enfermedades, incluso en los médicos y científicos, alusiones al azar o al destino que llegan desde ese niño enfermo y que la ciencia no acaba de acallar con sus descubrimientos. Leyendas, voces de lo inexplicable, castigos y milagros.

La naturaleza no deja de generar, de reproducir, de repetir. Prueba cada vez y junto con lo bello surge lo deforme, junto con lo sano aparece lo contrahecho, algo que se manifiesta de improviso, aislado, como un accidente o que se transmite de una generación a la otra. La medicina creó la teratología y estudió los monstruos, abrió el espacio para describir científicamente las "equivocaciones de la naturaleza". Los llamó también aberraciones, engendros, anomalías. El carácter fuertemente peyorativo de muchos de estos términos puede molestar pero es conveniente reflexionar sobre este particular campo de las diferencias en que las palabras atraviesan, se tiñen de emociones y se tornan prejuicios muchas veces inconscientes que también forman parte de las enfermedades que se describen.

Se sabe también que la mayor parte de estos "errores" son inviables y dichos productos se abortan más o menos precozmente o mueren en la primera infancia; pero un buen número son compatibles con la vida y pertenecen a la especie, a una cultura y a una familia determinada. Algunas sociedades cuidaban a estos niños, otras los eliminaban apenas nacidos como es el clásico ejemplo de Esparta en donde se los lanzaba al abismo desde el Monte Taigeto. En esa ciudad como en el resto de la cultura griega se veía a estos niños como algo inadmisibles.

Los griegos crearon la palabra *estigma* para designar esas huellas visibles, esas marcas corporales que exponen lo que hay de detestable en la persona así señalada, algo que implica su bajo estatus moral. Por eso los estigmas eran también castigos que ellos mismos aplicaban, por ejemplo, a los criminales. Siglos después, la connotación religiosa del estigma como marca corporal de la gracia divina le dio un giro valorativo a estas marcas, pero no se alejó demasiado del posterior sentido médico psiquiátrico del término, que no elude el rechazo: los estigmas son los signos corporales de un desorden psíquico (Goffman, 1975). El estigma se asocia con la vergüenza y ésta es determinante a cada paso. Y también se vincula con lo imborrable, con lo incurable. Todos ellos conceptos que es necesario eliminar para actuar de manera realmente libre.

¿Cómo recibe la sociedad a estos niños así señalados y en general tan dañados? ¿Cómo los nombra? Existen muchos sinónimos, palabras menos agresivas que aunque hayan sido largamente pensadas no acaban de suavizar una realidad siempre hiriente porque está marcada en el cuerpo y tradicionalmente

evoca un castigo: handicap, minusvalía, discapacidad u otros términos que se seguirán inventando para designar lo difícil de nombrar, que no cesan mostrar algo muy doloroso a nivel personal y social, algo que insiste en lastimar.

Las campañas de educación y sensibilización han sido bastante efectivas sin duda en países desarrollados. Mucho menos en Latinoamérica donde además no han sido en general consistentes. Ni en la población general, para la que además estos términos peyorativos siguen predominando, ni para los pediatras, los psiquiatras y los educadores donde siguen conviviendo con los términos científicos se ha dado el cambio conceptual y afectivo suficiente para acabar con los prejuicios tal como se pretende. Sin embargo, hay que reconocerlo y valorarlo, al modificarse la perspectiva y admitirse su calidad de enfermedades y no puramente de "desgracias" aparece mucho más insistente la demanda al médico por parte de los padres y de la sociedad toda. Y también surge la necesidad de tomar decisiones, muchas veces conflictivas, que requieren reflexiones muy profundas y un apoyo en los principios de la bioética.

Por último en referencia al término "dinámico" que aparece en el título. Entre sus varias acepciones hemos elegido usarlo teniendo como referencia a Franz Alexander quien comienza su conocido libro "*Psiquiatría dinámica*" de la siguiente manera: "La corriente dinámica en psiquiatría es el resultado del impacto de la teoría, el método, la investigación y la terapia psicoanalítica, sobre la psiquiatría en su conjunto. Esencialmente, esa tendencia puede ser definida como el progreso de la investigación psiquiátrica desde una etapa descriptiva a una explicativa". A pesar de que estas palabras fueron escritas hace ya más de cuatro décadas, creemos que mantienen su vigencia si pensamos en el nivel propiamente psíquico de los fenómenos humanos, tal como lo hemos expuesto antes y para nada entra en contradicción con el actual progreso de las neurociencias.

Aspectos etiológicos

Trastornos lesionales. Cada día son más numerosos los niños a los que se les diagnostica algún tipo de lesión a nivel de su sistema nervioso, lesiones que de algún modo afectan su estado psíquico. Esto se debe a que se dispone de conocimientos y técnicas de diagnóstico cada vez más finos y se van describiendo nuevos cuadros con una etiología más o menos definida. La gravedad de los cuadros clínicos es muy variada y en muchos casos son más enfocados como enfermedades neurológicas que psiquiátricas. En sentido estricto todos los trastornos lesionales deberían ser incluidos en este capítulo, sin embargo a lo largo de los años el uso ha ido separan-

do algunos de estos cuadros por su especificidad. Tal es el caso de la epilepsia, que será estudiada en un capítulo aparte de este libro (4).

En este texto se revisan los cuadros más graves, también designados en lo que a lo neurológico se refiere como *encefalopatías*, que producen en general una situación deficitaria del niño. Se pueden también llamar desde un punto de vista psiquiátrico *trastornos del desarrollo de causa orgánica cerebral*.

En algunos textos de psicopatología infantil (Ajuriaguerra y Marcelli) encontramos el término *defectología* para designar ese conjunto bastante heterogéneo de patologías, cuyo punto en común es la existencia de un déficit, cualquiera sea su naturaleza (sensorial, motor, mental). En todos los casos esta o estas deficiencias, porque con frecuencia se suma más de una (ej. retardo mental con hipoacusia), tienen profunda repercusión en el proceso de maduración del niño que se aparta cada vez más de la norma. Este agrupamiento clasificatorio está muy relacionado con lo que desde lo social nos interpela cuando se habla de *discapacidad*, designación que no tiene en sí misma una base científica pero se ha impuesto por su fuerza social. Ella nace en el seno de los grupos que tratan de encontrar nombres menos peyorativos para quienes sufren una situación cualquiera de debilidad y abogan por su integración en la sociedad.

En realidad desde su origen estas reflexiones estaban dirigidas a profundizar en los problemas de cualquier niño afectado por una enfermedad discapacitante y su familia aunque no fuera cerebral. Nuestras investigaciones abordan indistintamente y utilizando el mismo enfoque los diversos trastornos del desarrollo de etiología orgánica y hemos encontrado, además de las diferencias obvias, algunos puntos en común muy interesantes entre los diferentes tipos de discapacidad. Es sólo debido a la distribución de temas para el presente libro que nos hemos limitado ahora a las encefalopatías tal como clásicamente se las reconoce.

Las encefalopatías. Como ya se ha señalado no se describirá cada una de las enfermedades y sólo se citan los grandes cuadros.

A. Encefalopatías congénitas.

– Anomalías cromosómicas (trisomía 21, alteración del cromosoma X, y otros).

– Encefalopatías dismetabólicas (fenilcetonuria, y otros).

– Malformaciones cerebrales (microcefalias, hidrocefalias, y otros).

– Neuroectodermatosis (enfermedad de von Recklinghausen, de Bourneville, y otras).

– Encefalopatías endocrinas (hipotiroidismo).

– Embriopatías (rubéola).

– Fetopatías (toxoplasmosis congénita).

B. Encefalopatías neonatales (traumatismos obstructivos, prematuridad).

C. Encefalopatías adquiridas (encefalitis, tumores, traumatismos).

En su mayor parte la enumeración de estas afecciones coincide con la revisión de las condiciones etiológico-clínicas de las llamadas deficiencias o retardos mentales, pues efectivamente, es la discapacidad mental sobre todo en sus aspectos intelectuales la primera y gran consecuencia de estas afecciones para el psiquiatra. Remitimos al lector para consultas específicas a los textos especializados en estos temas tanto en el campo de la psiquiatría, como en el de la neurología y la pediatría y recomendamos, dado que se trata de conocimientos en constante investigación y renovación, se revisen las publicaciones más actualizadas al respecto.

Se sabe que una lesión cerebral total o demasiado extensa lleva a la vida vegetativa. No son éstos los niños que se consideran, aunque también requiere esta situación algunas reflexiones que se exponen un poco más abajo, sino solamente aquellos neurológicamente capaces de vincularse e interactuar, o sea, los que están en condiciones de acceder a ser sujetos.

Quien padece una lesión se vuelve diferente a los demás y esto tiene serias consecuencias en primer lugar en el medio familiar y luego en el medio social. Aunque no se lo agrede será parcialmente excluido del grupo de los "normales". Sobre todo se alteran las primeras relaciones con la madre lo cual afecta de manera variable la constitución del psiquismo. Esto implica que no es lo mismo la etiología de la enfermedad que la organización psicopatológica en la que vienen a cristalizarse un conjunto muy complejo de limitaciones y problemas. Por eso hablamos en general de los *trastornos del desarrollo*.

Evaluación de los niños con encefalopatías

El encuentro clínico, sus alcances y derivaciones. Se desarrolla la primera consulta con un niño A, que padece síndrome de Down y sus padres. La situación es tensa, llena de angustia, de frustración, de enojo. Y no faltan las lágrimas. La madre relata su impotencia ante el diagnóstico que le fue transmitido como sospecha en la sala de partos y en ausencia del esposo. Luego vino la confirmación, la genetista les informó cosas horribles de las estadísticas... que no hay casi nada que hacer... Además le encontraron un soplo, pequeño, no parece ser grave... El padre intenta hablar pero no hay espacio, ella ocupa todo con su desesperación... Le han dicho muchas cosas pero nada la convence... La interac-

ción con su hijo, que aún no tiene un año de edad, es muy pobre durante la consulta. Se limita a sostenerlo en su regazo, de cara al médico mientras dice que no sabe qué se hace con un niño tan especial, que no reacciona ante nada... Pero no, a veces llora inconsolable toda la noche, dice el padre, yo lo paseo horas... El bebé, muy hipotónico, no parece mirar nada, no sostiene bien la cabeza, se le cae de lado por momentos. La madre trata de animarlo pero más bien lo sacude sin prestarle verdadera atención mientras dice: "Me duele cuando se acercan a criticar lo que hago. ¿Será necesario llevarlo a estimulación temprana, servirá para algo? Está tan mal que no sé si vale la pena..." Mientras tanto cabe preguntarse si es cierto que no mira nada, es necesario acercarse y descubrir que sí mira, pero retira enseguida sus ojos del médico. "Ah, pícaro, le digo, así que me ves pero te haces el distraído, no?...". Mientras le hablo obtengo como premio una segunda mirada... La madre no se detiene, no parece entender por qué le hablo a ese pequeño tan inexpresivo y poco estimulante que ella no mira y sostiene como a un costal de papas... Sigue relatando su rechazo. No querían ese embarazo que llegó antes de casarse... Todo es una desgracia... Al fin el padre toma fuerzas y consigue hablar: "Hay que hacer algo, así no podemos seguir, verdad doctora?...". La madre asiente con la cabeza, llorando profusamente y estrujando al bebé... Agrega sollozando: "Por eso estamos aquí..."

Hay que hacer algo, sí. ¿Pero qué y cómo? Se puede seguir mucho rato con el relato; fue sólo un extracto lo presentado. Pasaron tantas cosas en esa primera hora y media... ¿Qué hacer con todo este aluvión? ¿Cómo escucharlo y devolverlo? ¿Es este el papel que le corresponde al psiquiatra infantil o debe ser atendido por otro especialista diferente, en general el psicólogo? Seguramente habrá muchas respuestas pero por lo menos se podrá estar de acuerdo en que es necesario saber qué alternativas terapéuticas puede ofrecer el psiquiatra infantil aunque no quiera hacerse cargo de esta tarea.

Se narra otro tipo de problemática de una primera consulta a la que concurren sólo los padres por propia decisión, "para explicar el cuadro" dice el padre, "para no discutir delante del niño", dice la madre:

El niño B tiene 3 años y medio y presenta un cuadro de parálisis cerebral medianamente incapacitante desde el punto de vista motriz, pero lo más preocupante en este momento es que también se está alterando su desarrollo intelectual y emocional. El padre informa de la historia y de la multiplicidad de consultas realizadas durante estos años. "Venimos porque nos recomendaron tanto con usted... pero ya sabemos lo que tiene B... fue el parto, la cesárea, nació azul... Un paralítico cerebral puede hacer

muchas cosas, lo entendimos desde el principio y comenzamos con la estimulación intensamente. Consultamos al Dr X. y al Dr. N. Nos dijeron que lo mejor estaba en Estados Unidos y allá fuimos; nos enseñaron a realizar los ejercicios, toda la familia está muy comprometida con el ejercicio de B, ¿sabe? Ya de regreso trajimos el plan con todos los detalles... Hemos sido muy constantes, sobre todo trabajamos los miembros izquierdos que estaban muy espásticos. El problema es que ahora mi esposa dice que no ve bien las cosas y que no puede más con este método. Es la madre y está asustada, me entiende? Pero los neurólogos no le encuentran nada nuevo, así que no es grave... Sin embargo ella está muy preocupada. Por eso vinimos...". La joven señora, que ha permanecido en silencio y muy abatida, prorrumpie en llanto en este momento y dice: "B era alegre, me sonreía, miraba a los ojos, jugaba mucho, me llamaba, ahora está distraído, no me ve como antes y ya no me sonríe. Se ha vuelto huraño y callado. A veces grita, aúlla... y se golpea la cabeza con los barrotes de la cuna... (sollozo muy fuerte). Ya le han hecho varios estudios psicológicos y no progresa del año y medio de edad mental en muchas áreas. Yo lo veo cada vez peor..." El padre aprovecha para decir que no se puede suspender el tratamiento, que se comprometieron a seguirlo hasta que los doctores indicaran, además la espasticidad ha mejorado mucho y si abandonan se va a perder lo logrado. La rehabilitación de un espástico es así, pero ella no quiere entenderlo. El problema fue que todos los doctores dicen cosas diferentes y por eso tomamos esas indicaciones como las mejores, porque eran muy claras. Pero si ella se empeña abandonamos todo y ya... La madre retoma fuerzas y dice gritando "Me asusto porque B ya no es el de antes, no me reconoce y eso no lo tolero más... ¿Qué podemos hacer, por favor...?"

Un niño que va de mal en peor, una madre que ya no reconoce a su hijo, un hijo que ya no se vincula con su madre. Muy alarmante, al parecer. Triste situación la de estos padres "tan comprometidos con los doctores y con el ejercicio de B". Han trabajado los miembros izquierdos pero han perdido al niño en el camino. ¿Qué pasa con B? ¿Desea algo todavía o se ha alienado totalmente en virtud de una rehabilitación que lo está inhabilitando como sujeto? También puede ser que haya aspectos depresivos actuando y no se descarta totalmente un antecedente orgánico de esta regresión. Deberá ser visto de nuevo y observar mucho, pero se comprende que es un caso difícil: otro de esos niños superestimulados, robotizados y profundamente infelices, en los que hay que rescatar un sujeto psíquico. Y detener la avalancha de consultas que no hace más que confundir a los padres, bombardearlos de información no utili-

zable y alejarlos aún más de ese niño inaccesible, para el que, desde ya, no hay hallazgo médico que explique suficientemente su cambio.

No hay duda que este primer encuentro es un momento clave en el que se define muchas veces el futuro del paciente y de su familia. Implica un verdadero reto de creatividad, siempre atacada por los clichés, por ejemplo respecto a los niños con síndrome de Down o con parálisis cerebral. Y esto es aplicable a todas las otras etiologías. Lo primero que se necesita es tiempo, disposición de oír y una capacitación para entresacar de estos discursos confusos e interrumpidos por la angustia un hilo que conduzca a lo medular del conflicto y a evaluar las posibilidades de cambio de la situación. Las demandas tan complejas de estos padres, cargadas de ambivalencia, podrían no ser muy estimulantes, sin embargo se sinceran respecto a su sufrimiento y piden ayuda. Y ya se sabe que así de desesperados se sienten casi siempre los familiares de niños tan enfermos; por eso es necesario tolerar su perturbación emocional y valorar su deseo de cambiar. Viven una situación tan traumática en lo cotidiano que llegan aterrados, malheridos o fatigados. La angustia intensa, el enojo o el escepticismo son la norma. En general la existencia de la problemática orgánica se impone y se coloca por delante. A veces esta fuerza de fragmentación del vínculo vence, el niño ya no está, se pierde, sólo se ve el síndrome. Ese niño ya no pertenece a la familia en que ha nacido, es parte de la familia Down o Williams o parálisis cerebral. El proceso se vuelve circular con facilidad y se instala un círculo vicioso con el hijo, con ese bebé que la madre no se atreve a mirar, o con ese hijo que ya no busca la mirada. En consecuencia el pequeño permanece desconectado.

Sin embargo, A es capaz de mirar un rostro desconocido con intención. Y seguramente en B encontraremos también destellos de interés y de capacidad inexplorada. Habrá que ayudar a estas madres para que puedan ver a su hijo y a esos padres para que las apoyen y las contengan, pero sobre todo habrá que seguir escuchando de sus dolores, sus culpas, sus ganas de salir huyendo para que puedan ver la faceta de compromiso emocional y de afecto que también tienen, más allá de la eficiencia que se les ha pedido. Se les puede decir que hay otras cosas por hacer, cosas diferentes a las que han realizado hasta ahora. Para eso debemos conocer los fundamentos de este tipo de intervención.

¿Quién es este hijo que ha nacido? "Hasta puede ser un extraterrestre", decía con enorme dolor y vergüenza la madre de un bebé hidrocefálico. "Pensé al verlo que era como E.T. pero seguramente no tan inteligente". Otras veces, no pocas, los padres y sobre todo la madre se sobreponen y empiezan a

luchar por "este hijo diferente", denodadamente, "para sacarlo adelante". ¿Pero qué es "adelante" y por dónde se llega a la vanguardia? Eso se les debe aclarar, eso piden, por eso consultan. Y quizás lo más importante es decirles que por angustia y fatiga o por rígida eficiencia y robotización ese niño puede haberse quedado solo y sin estímulo afectivo, condenado a la ajenidad y a la alienación. Que el trabajo será pensar y entender cómo se ha dado este proceso entre todos los involucrados e intentar revertirlo (5).

Sin hacer reales predicciones pero sí intentando pensar cuál es la acción del especialista con estos niños se plantean algunas preguntas. ¿Qué hubiera ocurrido si en lugar de oír largamente a la madre y observado el vínculo con A y con el padre se hubiera focalizado la atención solamente en los aspectos físicos de este bebé? Seguramente se habría perdido una gran oportunidad de prevenir y modificar una situación que estaba encerrando al niño en un repliegue de peligroso retraimiento por falta de estímulo y a la madre en la ineficiencia de su desesperada decepción. ¿Y en el caso de B? Hubiera pasado a ser un nombre más en la lista de consultantes que no aportan casi nada y por supuesto se hubiera perdido la posibilidad de cambiar la perspectiva y así intervenir en una situación que va encaminada a una triste cronificación y deterioro.

No hay duda que esta primera etapa es difícil y delicada. Es recomendable tener mucho cuidado porque la sensibilidad en estas situaciones es enorme y los problemas y dificultades planteados al comienzo inciden inevitablemente sobre las diversas instancias terapéuticas que llevará a cabo el clínico. Un pequeño error en este momento puede cortar el vínculo definitivamente.

¿Y cuál es el efecto de estas situaciones sobre el terapeuta? Es necesario pensar cuánto lo hiere este tipo de pacientes. Su efectividad como profesional resulta cuestionada radicalmente porque la meta curativa es inalcanzable. Al igual que los padres sienten frustrante el resultado de tanto esfuerzo, que será mucha la angustia y pocos los resultados. Por esa razón su perspectiva debe ser más modesta en ese sentido, pero ambiciosa en lo general ya que son posibles metas de desarrollo importantes al abordar el conjunto de la situación y las potencialidades de fondo de cada niño y su ambiente. A pesar de lo grave que pueda resultar cada caso en el inicio no es bueno apresurar pronósticos, sino más bien tomarse tiempo.

El diagnóstico y la toma de decisiones

Como se sabe, el diagnóstico es ese paso intermedio fundamental entre el examen y el tratamiento e implica la interpretación de los hallazgos clínicos

y de laboratorio. Se puede arribar al diagnóstico en un tiempo breve o puede ser un proceso más largo ya sea por error, porque los resultados médicos no son evidentes o porque se requieren complicados estudios con el consecuente peregrinaje por laboratorios diversos. Durante el período sin definición clara la incertidumbre invade el campo. En algunas ocasiones el riesgo de un diagnóstico fatal o de evolutividad gravemente deteriorante es lo más importante, pero lo más frecuente para las encefalopatías es la amenaza de la deficiencia intelectual que planea sin tregua como el más temido enemigo. De cualquier forma, es esencial recordar que cada niño es una persona diferente y si bien se supone o confirma una determinada enfermedad el resultado del proceso de evaluación es un diagnóstico y un pronóstico individual que implica considerar y valorar diversos factores. Dicho en otros términos, se trata de equilibrar el concepto de "diagnóstico" con el de "comprensión" del individuo.

Exploración clínica

Se recomienda que la primera cita, sobre todo, sea una consulta larga (1 hora o más) que permita empaparse de la complejidad de cada situación. Es imposible en este espacio aclarar muchos puntos de la o las entrevistas iniciales, que implican un sinnúmero de dificultades y requieren mucha experiencia. Se trata de un trabajo multidimensional en el cual se quiere resaltar la búsqueda del sentido y la ubicación de la queja o preocupación que motiva la consulta en la organización psicopatológica del paciente, en la historia y en la dinámica familiar y social. Es esencial recordar que la búsqueda va a permitir no sólo diagnosticar lo normal y lo patológico de cada situación sino también tomar decisiones terapéuticas inmediatas o posteriores. Por esa razón y teniendo en cuenta la dificultad de objetividad y los prejuicios existentes en los propios padres es adecuado ir más allá de lo manifiesto al oír sus demandas y pensar qué otros aspectos entran en juego en la situación de este niño o adolescente lesionado en particular, qué posibilidades tiene más allá de las supuestas y aparentes y tratar de explorarlas porque ellas pueden ser objeto de atención y desarrollo con cambios apreciables.

Para realizar este complejo proceso se recomienda seguir los siguientes pasos que modifican algo los planteados habitualmente. Este procedimiento está pensado para un psiquiatra de formación dinámica, pero puede también ser realizado por un equipo en las siguientes etapas.

El diálogo con los padres. Más que el "interrogatorio" se recomienda para iniciar la entrevista la

libre expresión de los padres que muestra abiertamente tal como se ha visto en los fragmentos presentados, los modos de comunicación, las defensas, las angustias y fantasías familiares respecto al niño y su padecimiento, los conflictos conjugales y la inserción histórica y transgeneracional, etc. Saber con qué familia se cuenta en cada caso es un punto central. El registro de los niveles verbales y no verbales de la entrevista es igualmente importante. Paralelamente, a modo de la tradicional anamnesis, se irá introduciendo preguntas para ir conociendo los antecedentes del niño y de la familia, la evolución de la enfermedad y la existencia o no de retrocesos en el desarrollo. También se considerarán los aspectos familiares, educativos y económicos que ubican a ese paciente en su particularidad social. Si el niño está presente, observar como se comporta y como interviene o calla son otros puntos a considerar.

Exploración física desde el punto de vista neurológico y general (puede requerir consulta con otros especialistas).

La comunicación con el niño o exploración psíquica. Es una parte esencial del diagnóstico y fundamento del planteo clínico. Se utiliza un esquema referencial psicoanalítico basado en:

a) La observación del niño y sus interacciones espontáneas, en especial con la madre en niños muy pequeños, pero también con el padre u otras personas.

b) Entrevistas de juego siempre que sea posible, incluyendo dibujos, modelado u otras actividades cuando se lo considere adecuado. Lograr la comunicación con el niño a su modo y despertar su confianza es una meta. La imposibilidad o gran limitación para conseguirlo en las patologías graves puede dar también elementos. Si bien requiere de conocimientos técnicos especiales en gran medida depende de la actitud y disposición del profesional extraer o no la riqueza de esta parte de la consulta.

c) El diálogo tradicional cara a cara a partir de cierta edad no debe excluirse aún en casos que desmotivan a hacerlo, pueden dar sorpresas. Hablar mientras se juega suele ser lo más indicado.

Si bien es posible delegar esta última parte del examen clínico, no se recomienda. En caso de hacerlo parece lo mejor que se trate de un profesional muy cercano, parte del mismo equipo, con el cual se pueda mantener un contacto directo (6). Se prefiere diferenciar esta parte de delicado acercamiento a cada niño del tan conocido estudio psicológico que funciona como un examen de laboratorio más. Por eso se recomienda que cada paidopsiquiatra se capacite al menos en la observación de bebés y

niños ya que esta parte del examen es básica para el resultado final.

Los exámenes de laboratorio, radiológicos, metabólicos, genéticos, EEG, etc. cada vez más sofisticados y precisos, encaminados a esclarecer las causas orgánicas del padecimiento (A1) y el estudio psicológico del que se espera la cuantificación del déficit (incluido en A2) son las respuestas del clínico más tradicionales y conocidas pero, tal como lo se viene mostrando, no son lo único.

Se puede considerar las acciones médicas como un sólido punto de partida pero no basta. Cuando se oye a esos padres, se observa a ese bebé, o se interactúa con un niño de mayor edad, se está recibiendo mensajes muy complejos que implican niveles diferentes. Es muy tentador al oír el relato de una serie de síntomas pensar que fácilmente se podría derivar en varias consultas con otros tantos especialistas, ya que casi siempre el niño tiene retraso psicomotriz, de lenguaje o pobre aprovechamiento escolar y los padres están desesperados o deprimidos. Pero no hay que apurarse. Es evidente que, aunque sea dirigida a un solo profesional, esta consulta inicial, tan cargada de significación y de afectividad tiene necesariamente una dimensión interdisciplinaria por la índole de la demanda que se recibe y es a este complejo discurso que se debe adecuar la actitud y las respuestas. Se podría decir a estos padres, que por supuesto estimulación sí y más tarde psicomotricidad o terapia de lenguaje. Pero no se trata de correr demasiado en este período inicial. Se plantea el período de evaluación como una necesidad de unificación de criterios, de creación de estrategias. Un período de escucha para que ellos, los padres, también se oigan y piensen. Y para que, con tiempo y sin presión, establezcan el vínculo con el terapeuta.

Evaluación psicométrica y deficiencia mental. La mayor parte de las encefalopatías cursan con un déficit en las funciones intelectuales. No es momento de extenderse ni de discutir respecto al valor y la legitimidad de los tan clásicos *tests de inteligencia* en tanto *medida objetiva y estandarizada de una muestra de conductas*, ni de la conocida clasificación de gravedad de la deficiencia mental que de ellos deriva (profunda, severa, moderada, superficial o ligera y límite).

Se consideran de interés dichos tests para aclarar y precisar lo que se pudo observar en la entrevista clínica, sólo que también se debe recordar que tienen limitaciones y se puede caer en el abuso de ellos, sobre todo cuando se los utiliza como elemento de predicción de un porvenir que depende en gran medida de otros factores y como modo de funda-

mentar la segregación y la creación de clases especiales.

Por eso junto con su utilidad es necesario señalar los excesos y errores a los que conduce su aplicación indiscriminada y acritica. Y también es importante señalar como lo hacía Piaget que no se puede hacer un simple estudio cuantitativo del rendimiento que se traduce en cifras tales como el cociente intelectual (CI), la edad mental (EM) o el cociente de desarrollo (CD), sino que es fundamental realizar un estudio cualitativo, de operatividad que tome en cuenta el tipo de razonamiento y de estructuración lógica existente. Actualmente se pone además mucho énfasis en la valoración de la competencia social.

Además de considerar las condiciones de aplicación de los tests y los errores que se cometen en muchos casos, es importante recordar que el CI de un niño determinado no mantiene un valor constante a lo largo de su vida, sea éste normal o discapacitado. Siempre se valorarán estos resultados cuantitativos en el contexto clínico, no de manera aislada (7).

En los niños que padecen de encefalopatías la relación del CI con la escuela puede llegar a situaciones dramáticas, ya que lo que requiere el aprendizaje escolar y técnico pasados los primeros niveles es precisamente un cierto tipo de inteligencia (el pensamiento formal según Piaget), al que la mayor parte de estas personas no llegan a acceder. Por eso se insiste en afirmar que no es éste el único tipo posible de desarrollo intelectual. Por olvidar esto muchas veces se malgastan posibilidades reales de aprender y se conduce al fracaso y a la desesperación a personas que si bien no poseen las capacidades requeridas para el estudio habitual, disponen de otras que son valiosas y útiles y pueden llegar a capacitarse para labores también valoradas socialmente. Además algunos chicos con encefalopatías pueden llegar a niveles de pensamiento y rendimiento inicialmente insospechados, si se los prepara con la estimulación y el tratamiento adecuado y se los pone en las condiciones pedagógicas que ellos requieren. Recordemos que, en última instancia, el carácter de "débil" no es absoluto sino relativo y se genera en la sociedad y especialmente en la escuela.

Los tests psicométricos son especialmente útiles para el trabajo en equipo, cuando el psicólogo y el psiquiatra se plantean preguntas en conjunto y tratan de responderlas comunicándose entre sí. Lo desaconsejable es el estudio realizado de manera sistemática y rutinaria empleado para encasillar a los sujetos. Queremos también señalar la utilidad de los estudios psicológicos para apreciar luego el desarrollo del niño y la acción terapéutica.

La construcción de un diagnóstico dinámico y la elección de estrategias

El diagnóstico toma en cuenta:

A. La evaluación del niño en tres niveles

- Etiológico
- Sintomático
- Psicopatológico.

B. La valoración de los factores ambientales (familiares, socioeconómicos, recursos comunitarios, etc.).

Evaluación del niño:

1. No se mencionarán los aspectos etiológicos que fueron enumerados antes.

2. El diagnóstico sintomático implica determinar y valorar:

- El nivel de desarrollo y de eficiencia escolar y social que está relacionado con la gravedad de la discapacidad intelectual.

- Los trastornos instrumentales: alteraciones del lenguaje, de la motricidad, déficits sensoriales, etc.

- Los trastornos afectivos y de la conducta tales como agresividad, cólera, impulsividad, inestabilidad, pasividad, sometimiento, retraimiento, inhibición, fobias, conductas bizarras y muchos otros.

Atención: Es éste un paso muy importante en donde el médico suele vacilar y detener su indagación pasando de inmediato a las medidas terapéuticas, en general de tipo medicamentoso, educativo o institucional que son los que clásicamente se consideran adecuados para los pacientes gravemente lesionados y discapacitados. Quizás sea ésta la única posibilidad en los casos más graves. Pero en aquellos que tienen niveles más altos de rendimiento y de desempeño social e instrumental, al llegar aquí sólo se ha cumplido una parte del diagnóstico clínico: ni lo contundente de los diagnósticos etiológicos ni el predominio impactante de ciertos síntomas, sobre todo los de tipo deficitario, debe confundir y llevar a dar por suficiente la comprensión del caso. Todo lo contrario, estos cuadros deben hacer pensar más que nunca en las consecuencias psíquicas de padecer dolencias y discapacidades tan importantes. Un parálisis, un ciego, un afásico o un deficiente intelectual tienen que ser considerados como personas totales y debe hacerse consecuentemente el diagnóstico psicopatológico y ambiental porque desde allí derivan y se nutren en gran medida los pronósticos favorables y las nuevas y prometedoras indicaciones terapéuticas. Además este punto de vista de apertura a nuevos recursos y tratamientos debe ser transmitido a los familiares, a los diferentes miembros del equipo y a la sociedad en conjunto afirmando su objetividad y realismo y rechazando los adjetivos de "optimista y utópico" con que en ocasiones se los califica (8).

3. El diagnóstico psicopatológico, en íntima relación con el anterior, permite ubicar los síntomas, incluida la deficiencia intelectual, en el contexto de una *organización mental particular*. Se trata también de un diagnóstico evolutivo e implica la elaboración de un pronóstico. Todos estos son aspectos esenciales para tomar decisiones que deberán ser necesariamente sensatas pero, siempre que sea posible, también ambiciosas y propicias a la construcción de proyectos. Se trata de captar globalmente esa estructura en evolución que es propia de cada niño, en la que no se aislarán las perturbaciones orgánicas y de la esfera cognitiva respecto del conjunto, sino que por lo contrario se incluirán reconociendo los rasgos específicos y la significación de dicha lesión y del posible déficit para ese sujeto. Significación que se da en la actualidad y en la historia: en el lugar que él ha ocupado y ocupa en una constelación familiar y social, siempre propia y original. Cada niño debe ser comprendido, por lo tanto, en una doble dimensión sincrónica y diacrónica, e ineludiblemente ligado a su medio.

Esto implica un gran cambio respecto a lo tradicional y a la apertura a nuevas posibilidades terapéuticas, hasta hace poco tiempo impensables, tales como la psicoterapia madre-bebé y la psicoterapia analítica. He aquí el giro que permite pensar de esta manera: se ha pasado de concepciones estáticas basadas en la consideración de estos padecimientos desde la óptica de la carencia, definidos entonces por cifras de CI a otras más dinámicas y evolutivas que los consideran como estructuras psíquicas en curso de desarrollo, aunque éste sea patológico, por interferencia y distorsión del proceso debido a una defectuosa maduración neurológica. Desarrollo que como el de cualquier niño tiene lugar en la relación con los otros, especialmente con la madre.

Se puede aceptar que existen diversas estructuras psicopatológicas en los niños que presentan una lesión cerebral. Son niños con limitaciones o deformidades que afectan seriamente su relación consigo mismos y con los otros por lo cual la respuesta de la familia y del medio es un factor muy importante a considerar en este sentido. Hay que saber que hay pseudodébiles entre los encefalopatas y que la asociación con síntomas psicóticos o neuróticos—inhibición, depresión y fobias sobre todo—es frecuente. Tampoco se debe descartar la patología del carácter. Reconocer la existencia de estos cuadros y su accesibilidad a un abordaje psicoterapéutico es esencial.

Más polémico suele ser el criterio a seguir ante los cuadros que cursan con una deficiencia intelectual. Aunque antes se hablaba de las deficiencias armónicas con un retraso homogéneo del desarrollo intelectual atribuidas a herencias poligénicas no bien determinadas (deficiencias endógenas), actualmente

se ha visto que esta hipótesis no tiene justificación clínica. La heterogeneidad de los resultados en las diferentes áreas, o sea la disarmonía es la norma de casi todos estos pacientes y en particular esto se observa justamente en las llamadas deficiencias exógenas, grupo en el que entran el conjunto de las encefalopatías (9). Las deficiencias disarmonicas son importantes de diagnosticar para evaluar su posibilidad de tratamiento psicoterapéutico al que parecen más propicias que las deficiencias armónicas. En ellas junto a un rendimiento intelectual limitado aparece ansiedad, agitación o retraimiento, conductas bizarras, sin que exista ruptura total con la realidad.

El problema del diagnóstico diferencial entre retardo mental y psicosis (incluido el autismo) ha tenido varias fases entre los especialistas. Años atrás, y no es un problema totalmente superado, lo esencial era diferenciar adecuadamente estos cuadros para rescatar a los psicóticos y autistas de las escuelas especiales para retardados y tratarlos adecuadamente. Posteriormente ha sido necesario ubicar las patologías combinadas y reflexionar sobre las conductas terapéuticas más adecuadas para ellas. Misès diferencia, por lo menos al inicio, las psicosis de expresión deficitaria y las disarmonías psicóticas. En ambos cuadros hay que plantearse la existencia o no de caminos de acceso al conflicto, a la falla psicótica y a la parte deficitaria intrincada en la estructura. Por eso es importante definir el nivel de retardo, pero más aún tratar de entender si para este niño está fijado su funcionamiento deficitario y se han borrado ya las condiciones que intervinieron en su inscripción, lo cual implica que está cerrado a toda intervención psicoterapéutica o si mantiene movilidad por estar el déficit involucrado en un conflicto afectivo e histórico actual que lo hace un síntoma en evolución, con sentido aún accesible y por lo tanto tratable y reductible, por lo menos en cierto grado.

Las organizaciones deficitarias presentan serios trastornos de la estructuración psíquica y de las funciones básicas del aparato mental: pobre o casi nula capacidad de fantasmatar y simbolizar, desarrollo muy débil de la capacidad apetitiva (Lang, Misès), trastornos del desarrollo del lenguaje, trastornos en la imagen inconsciente del cuerpo, entre otros. Se ha descrito la debilidad yoica y superyoica como parte del cuadro y si bien es importante valorar estos aspectos en la etapa diagnóstica, no es recomendable considerar estos factores como contraindicaciones de la intervención, excepto circunstancias extremas, sino más bien como características patológicas que se pretende modificar (10).

Una gran pionera en el trabajo con niños con retardo mental ha sido Maud Mannoni. Su postura,

sin embargo, ha sido muy criticada y hay quienes afirman que confunde la deficiencia y la psicosis. Creemos que no hay tal confusión sino que ella pone el énfasis del problema en el vínculo con la madre y en la posición alienada del niño respecto al deseo materno lo cual es claramente observable en numerosos casos. Sus observaciones coinciden en gran medida con la experiencia de la mayoría y se cree que su trabajo aporta una forma de conceptualizar la patología y de intervenir, altamente beneficiosa para muchos casos, como se verá enseguida.

Valoración de factores ambientales. La valoración de los factores ambientales que se ubica como último punto del diagnóstico es una parte esencial del mismo pero se detalla muy brevemente por razones de espacio. En la parte dedicada al primer encuentro y más abajo en la devolución del diagnóstico se verán más profundamente estos aspectos y se ejemplificarán con el material de las viñetas clínicas.

Bajo este título tan amplio se reúnen múltiples y complejos aspectos: el vínculo con la madre, con el padre y con la familia en general, el rol de la sociedad, lo cual incluye a los médicos, maestros, etc. y otros aspectos igualmente importantes a nivel escolar, institucional y legal, entre otros, que se está investigando como condiciones que interactúan para el desarrollo de la psicopatología deficitaria.

La elaboración de cualquier estrategia terapéutica se apoya en un tripede, uno de cuyos pies aparece lógicamente hipertrofiado en un libro médico y es todo lo que se refiere al niño y su padecimiento físico y psíquico que se ha expuesto. Pero en la práctica no puede ser así, ya que para que el tripede mantenga su equilibrio requiere que los tres puntos de apoyo sean firmes. Dado un proceso orgánico de determinada gravedad el pronóstico más favorable se relaciona con este equilibrio entre todos los factores en juego.

El segundo de los pies son los padres y en conjunto el medio familiar, siempre presentes, siempre interactuantes y por tanto comprometidos en los progresos y en las fallas. Ellos son actores principales de todo el proceso y se les debe reconocer el primer lugar en esta lucha constante por la recuperación del niño. No debemos identificarlos con el minusválido pero por su sufrimiento tienen una carga emocional que debe valorarse en cada caso. Debe investigarse tanto lo que se refiere a las características e historia previa de los individuos y de las familias como la evolución de su situación física y psíquica a lo largo del tiempo que lleva el padecimiento. En ese sentido no es sólo el niño enfermo el paciente, la familia toda debe ser vista como una familia en riesgo por la sobreexigencia que cae sobre ella. La madre de una niña de 10 años con

secuelas de una encefalitis cuando era bebé, sintiéndose deprimida y culposa decía: "Yo tengo derecho a cansarme a veces ¿verdad? Ya no tengo fuerzas para nada". Atender estas demandas de ayuda psicológica puede volver a estabilizar el tripede, que en este caso venía inclinándose peligrosamente hacia el abandono de todo tratamiento, a pesar de los considerables progresos de la niña. Y fue necesario encontrar apoyo en otros miembros de la familia. Otro punto de primera importancia es la consideración de los aspectos socioeconómicos de cada grupo familiar, más aún en Latinoamérica, donde las condiciones de atención desde el Estado suelen ser deficitarias. Un niño con una encefalopatía representa no sólo sufrimiento y esfuerzo sino además una carga económica que supera ampliamente las posibilidades de muchas familias.

El tercer pie es la sociedad, que es necesario se haga cargo del sostén de estos niños y de estas familias en todas las etapas. Son situaciones altamente exigentes también para las naciones y costosas en término de asistencia social. La atención y asesoría en el hogar, el apoyo con recursos para llevar a cabo los tratamientos, la creación de instituciones médicas, escolares, residenciales o de otros tipos donde estos pacientes y sus familias hallen acogida y una atención eficaz implica una compleja red que no se puede detallar. Red necesaria, existente ya en países desarrollados pero en general ausente o muy limitada entre nosotros.

La entrevista de devolución de resultados

Es la finalización natural del período diagnóstico y corresponde a un momento particularmente importante y delicado para los padres y por ende para el futuro del niño. En una situación clínica como la que se menciona, el médico psiquiatra es la persona más indicada, ya que conoce a estos padres, se ha familiarizado con su actitud y ha indagado sus temores y expectativas. Pero hay muchos otros momentos en que han recibido "diagnósticos" y es necesario hablar también de estas circunstancias. En la primera viñeta la madre de A relata la forma particularmente abrupta e inadecuada en que se le comunicó el problema genético de su hijo: en la sala de partos, cuando no era más que una sospecha y en ausencia de su esposo. Se ha estado investigando la actitud médica ante las patologías genéticas y los errores y horrores son múltiples. No hay padre que no hable de ese "terrible" momento pero muchas veces han oído cosas innecesariamente traumáticas. Se trata de un problema ético el que debe enfrentar el médico, por eso es recomendable reflexionar sobre el primero de los principios hipocráticos: "*Primum non nocere*".

Más que un hecho puntual la notificación del diagnóstico debe considerarse un proceso y tiene muchas facetas. Se recomienda no hacer entrevistas improvisadas, no hablar en el pasillo ni en la puerta de estos problemas y en los servicios hospitalarios designar una persona experimentada bien documentada y que se halle disponible, material y afectivamente, para hablar y sobre todo para oír a los padres. Quien informa es más que un transmisor, es actor de un rol determinante en la vida del niño y su familia. Creo que de preferencia debe ser alguien involucrado con ese paciente particular, y por eso el pediatra es muy indicado porque puede hablar de un futuro y de una responsabilidad compartidas con los padres. Exactamente lo contrario es lo que suele hacerse, "mejor el genetista (o el bioquímico) que va a hablar desde la ciencia, de un hecho confirmado y seguro y no va a ver a esta familia nunca más".

Las entrevistas deben ser de preferencia sin tiempo fijo, pueden ser muy largas. Con frecuencia lo mejor es sugerir un segundo encuentro y ver el efecto de la información días después. Es fundamental que quien hace este anuncio sepa de su responsabilidad, que esté consciente de que una parte del porvenir de ese niño y su familia depende de las palabras pronunciadas ese día. Debemos reconocer y jerarquizar el peso de las palabras y saber que en esas condiciones lo que se dice tiene valor de oráculo. El tiempo que sigue a la notificación "es como un pozo del que no podía salir". En países desarrollados se agrega a veces desde este primer momento una trabajadora social que acompañará al niño largo tiempo y los miembros de asociaciones de autoayuda, padres de niños Down por ejemplo, buscan intervenir desde el hospital mismo o poco después.

Pero volviendo al profesional que informa, por supuesto para poder hacerlo es necesario a la vez conocer bien los aspectos biológicos y ser capaz de tomar con cautela los datos estadísticos que implican siempre una parte de seguridad y otra de relativa esperanza. El peso del patrimonio genético o de la lesión neurológica es grande y no debe ocultarse pero es necesario creer también en la acción de los factores ambientales y así ayudar a los padres en su lucha. Es el segundo principio ético tradicional, *el de beneficencia*, que implica intentar darle al paciente lo mejor posible. He aquí donde entran los prejuicios y se confunde la inmodificabilidad del genoma o la irreversibilidad del daño neurológico con una inmutabilidad del cuadro clínico.

El tema del pronóstico, altamente polémico como se sabe. El pronóstico es por definición y ante todo una conjetura, lo que muchas veces se olvida. Se extrae de los datos clínicos y se basa en la experiencia recogida con casos similares. ¿Cómo tomar los datos estadísticos? Es completamente científico re-

conocer que, por ejemplo, la capacidad intelectual de una población de niños con síndrome de Down se distribuye según una curva de Gauss y también lo es reconocer que la mayor frecuencia está agrupada en niveles de deficiencia intelectual media. Pero, por lo tanto, también lo es decir que hay casos con nivel intelectual más elevado y que aún no sabemos como será su hijo. Pero a la vez es erróneo y poco científico desconocer como han ido variando las cifras a lo largo de los años tal como se citó antes. Actualmente se sabe que la expectativa de evolución psíquica de estos niños debe estar en constante revisión y que cada día se espera más de ellos, lo que es muy conocido sobre todo entre quienes padecen S. de Down. Cliff Cunningham, autor inglés de uno de los textos más conocidos sobre esta patología dice: "*Es muy difícil pronosticar los progresos de los niños con el síndrome de Down a partir de nuestro conocimiento de la gente mayor con esta alteración*". Se trata de progresos extraordinarios en el pronóstico, lo que implica creer en la medicina de las relaciones humanas formadoras del sujeto psíquico y generadoras incluso de modificaciones a nivel neurológico (nuevas conexiones sinápticas, aumento del ácido nucleico, etc.).

En el caso de la consulta con el paidopsiquiatra, éste comunicará a los padres sus hallazgos clínicos y sus reflexiones que derivarán en recomendaciones terapéuticas. Respecto al pronóstico tendrá en cuenta lo señalado antes en cuanto al carácter hipotético del mismo lo que le llevará a suavizar y relativizar sus predicciones. Las indicaciones serán cuidadosas, se seleccionarán detenidamente los casos para cada tipo de terapia y se tendrá en cuenta que no se deben prodigar promesas tanto más que en su mayoría las consultas son muy tardías y decididamente fuera del alcance de cualquier intervención.

No se trata en absoluto de negar la realidad. Ante una lesión cerebral total o muy generalizada que lleva a la vida vegetativa también es necesario escuchar y actuar con cautela. Ni la peor de las predicciones justifica desoír a los padres y abreviar el encuentro devolviendo rápida y exclusivamente propuestas concretas. Sería segregarlos del mundo de la palabra, del mundo humano tal como está segregado su hijo. Si se confirma el mal pronóstico se debe comunicar a los familiares y oírlos; se debe saber esperar sus decisiones luego de informar sobre las posibilidades evolutivas y de los recursos disponibles. No basta con medicar para aliviar ciertos síntomas es necesario escuchar y contener la angustia, permitir la comunicación de los sentimientos y acabar dando salidas prácticas si es posible. Se debe aceptar en cierta medida el rol de figuras consoladoras y no impacientarse. Por supuesto es importante poner límites, lo cual también ayuda y orienta a los

familiares desbordados. En este proceso se detectarán los padecimientos psíquicos de los padres y no se perderá la ocasión de indicar algún tipo de intervención individual o familiar, que puede cambiar totalmente su actitud frente al problema con beneficios para todos. Una situación frecuente es que la tensión generada por la enfermedad del niño sea el factor detonante de problemas de pareja. Prever este hecho y no esperar que llegue a mayores es también una responsabilidad del médico.

El psicoanálisis da los instrumentos para realizar, oyendo y observando, una parte central de la evaluación clínica. Lo esencial es tener en cuenta esta complejidad de niveles y no permitir que en nuestra propia conducta actúen las disociaciones y contradicciones. En este proceso de evaluación es necesario mucho conocimiento pero también mucha sensatez. Es preciso madurar nuestras recomendaciones para sustraer a los padres del vértigo de ideas e informaciones caóticas con que suelen llegar y filtrar con cuidado nuestras discrepancias con otros colegas para no confundirlos. En última instancia, la práctica interdisciplinaria se efectúa en nuestra cabeza a través del respeto del conocimiento de los otros profesionales y la posibilidad de apoyarse en ellos.

Revisando las viñetas clínicas en que dos niños con cuadros y edades muy diferentes tienen sin embargo una evolución parecida: ambos se retraen, no consiguen desarrollar o pierden la comunicación y por momentos tienen crisis de llanto inmotivado e inconsolable. En ambos lo primero es considerar el riesgo de que se esté produciendo una evolución autista. Pero esto ocurre además en un contexto familiar y terapéutico particular para cada uno de ellos.

Los padres de A no han salido aún del impacto de la noticia de que su hijo tiene una trisomía 21 aunque tienen "información", quizás "demasiada", porque está cargada hacia las estadísticas que los desmoralizan y vuelven anónimo al niño. La situación familiar es patológica y afecta el desarrollo del bebé de manera muy preocupante ya que los rasgos autistas detectables no son en absoluto explicables por el puro síndrome de Down (11). El bebé todavía tiene una cierta capacidad de contacto, pero puede perderla en corto tiempo si no se interviene ya que se ha instalado un círculo vicioso que no parece tener perspectivas de mejorar espontáneamente. Estos padres no consiguen coordinar sus esfuerzos desbordados por la situación aunque lo intentan. Se observa que se han reactivado aspectos muy cruciales de la historia de cada uno de ellos con el nacimiento de este niño enfermo que modifican de raíz la interacción con el bebé y dentro de la pareja. Se les dirá que habrá que trabajar terapéuticamente sin

pérdida de tiempo. La indicación es una intervención sobre el vínculo madre-padre-bebé —y especialmente madre-bebé— cuya duración desconocemos al comenzar, pero que seguramente no será muy breve porque el cuadro es severo.

En el caso de B la situación, a comprobar con el examen directo del niño, parece igualmente grave, pero lamentablemente ya hay un niño de 3 años y medio y una familia dividida en cuanto a conductas. Lo probable es que se trate de un cuadro autista de por lo menos 2 años de evolución en que el componente iatrogénico no puede ignorarse. Se volverá sobre este problema a propósito de la estimulación temprana y sus modalidades.

Volviendo a la función del paidopsiquiatra encargado del diagnóstico y la elección de estrategias terapéuticas, se insiste en que el conocimiento de la disponibilidad real de recursos en la familia y en el medio debe ser amplio y previo a cualquier indicación. Hiere inútilmente a los padres recomendar tratamientos o tipos de escolaridad inalcanzables por inexistentes o por onerosos. Si no se tiene esto en cuenta no se hará más que descorazonarlos y llenarlos de conflictos y esto es grave porque los padres deben formar parte del equipo y ser los principales colaboradores.

En el momento actual lo más importante es conocer, difundir y promover las medidas tempranas, que se llevan a cabo durante los dos primeros años de vida y que tienen dimensiones preventivas y terapéuticas. Sin duda es la posibilidad de disponer de estas terapéuticas precoces lo más alentador, pero a la vez es un campo de investigación que demanda la mayor audacia y al mismo tiempo la actitud más respetuosa y cauta.

Medidas terapéuticas y planteos preventivos

El tema de la discapacidad, del rescate de los minusválidos y por lo tanto, entre otras, la problemática de nuestros niños con enfermedades orgánicas cerebrales, se ha puesto de moda y esto tiene sus ventajas y sus dificultades. Los beneficios y perjuicios inherentes al influjo de los reflectores, los donativos y las políticas de salud. ¿Y los psiquiatras infantiles qué tienen que ver con todo esto? Seguramente bastante, aunque no desempeñen muchas veces los roles estelares. Volver a la intimidad más modesta de los consultorios para reflexionar sobre cada uno de nuestros pacientes es esencial.

Se considera que en este campo de la paidopsiquiatría que por mucho tiempo ha estado relegado, existen hoy grandes avances y por lo tanto una modernidad y una necesidad de estar a la vanguardia para ayudar mejor a quienes consultan. Esto implica también la responsabilidad de mantener una actitud

crítica, de evitar las modas y no caer en falsas promesas y expectativas, de elegir caminos constructivos y detectar para no apoyarlos, aquellos proyectos dirigidos por fines espúreos e incluso inescrupulosos, que lamentablemente también existen.

Se comenzará por algunas reflexiones y criterios que fundamentan las propuestas:

— La interdisciplina es la única postura que da la posibilidad de un tratamiento adecuado e integral de estos niños. Eso no implica la multiterapia indiscriminada, por lo cual se ha insistido tanto en la importancia de una estrategia, de un eje de acción que defina los tiempos y la eficacia de cada tratamiento. La sabiduría de nuestros campesinos puede ayudarnos a comprender el problema. Ellos saben que hay que abonar la tierra antes de sembrar, pero a la vez conocen cultivos que enriquecen la tierra para que otros crezcan. En la labor interdisciplinaria ocurre como en la milpa (12): el maíz, el frijol y la calabaza crecen mejor juntos que cada uno por separado, pero siempre que estén dadas las condiciones para el cultivo. En clínica es la óptica psicoanalítica la que mejor da los elementos para responder cuáles son los tiempos y las condiciones en que se van introduciendo las diferentes terapias, o sea la que aporta un modelo de intervención, pero en definitiva es éste un aspecto que requiere todavía más investigación y experiencia.

— La interacción entre el equipo médico y el psiquiátrico-psicológico debe ser constante e implica un conocimiento y un respeto de cada una de las partes, lo cual es un aspecto esencial de la interdisciplina. No se estudia aquí las indicaciones propias de cada situación etiológica y de sus complicaciones físicas: extracto tiroideo, antiepilépticos, intervenciones quirúrgicas neurológicas o de otro tipo, etc. Sí es recomendable la comunicación dentro del equipo cuando se plantean tratamientos muy estresantes, intervenciones quirúrgicas o simplemente extracciones dentarias, que para estos niños pueden ser francamente traumáticas y requieren en ocasiones una preparación psicológica.

— Las intervenciones tempranas sobre el vínculo madre-padre-bebé y las diferentes terapias de estímulo y rehabilitación han cambiado las perspectivas de estos niños, ya que si bien no son medidas curativas desde el punto de vista etiológico, representan una verdadera posibilidad de lucha con sus deficiencias, así como de prevención de complicaciones físicas y psíquicas graves lo cual aporta expectativas de vida muy superiores a las que nunca antes se había pensado.

— La psicopedagogía que ha profundizado en las capacidades cognitivas de estos pacientes y en las maneras de introducirlos en el mundo del conocimiento desde caminos diferentes y adecuados a

sus posibilidades juega un rol importante para estos niños. El movimiento de integración de los discapacitados a la sociedad ha conmocionado los medios escolares y está en plena etapa de evaluación. Queda aún mucho por comprender.

— Las psicoterapias, basadas en los nuevos conocimientos psicopatológicos y en la comprensión de la estructura psíquica de estos niños que viene aportando el psicoanálisis, permiten intervenir sobre los factores afectivos, sobre los conflictos e incluso sobre algunos aspectos estructurales que hasta ahora parecían inaccesibles.

— La tecnología pone al servicio de estas personas recursos que le permiten luchar muy eficazmente con su condición de minusvalía.

Medidas terapéuticas no médicas

Es imposible generalizar cuando se reflexiona sobre las enfermedades orgánicas cerebrales y sus consecuencias psíquicas. Tanto los factores etiológicos como los síntomas y la estructura psicopatológica son muy diversos en este campo por lo cual tampoco las conductas terapéuticas podrán ser comunes. Sin embargo se puede considerar y estudiar algunos procedimientos fundamentales que pueden cambiar apreciablemente la evolución psíquica de estos niños.

Siempre teniendo en cuenta que cada paciente es diferente y que se debe ajustar el abordaje a su situación particular, las medidas terapéuticas no médicas se dirigen en cuatro direcciones:

- La estimulación temprana
- Las psicoterapias del niño y/o su familia
- Las medidas pedagógicas
- Las medidas institucionales.

La estimulación temprana (o precoz)

Es imposible en una ocasión como ésta abarcar todos los aspectos de una disciplina joven pero ya compleja. En un sentido amplio se puede definir como la modalidad de trabajo clínico especializado en bebés que tiene como finalidad promover su desarrollo. Su construcción deriva de la postura interdisciplinaria y en ella convergen aportes de diversas áreas tales como neuropediatría, psicopedagogía, psicomotricidad, fonoaudiología, psicología genética, psicoanálisis y otras. Pero sobre todo de la reflexión de qué es un bebé y cuál es la función materna normal.

Desde que existe la humanidad las madres de todas las culturas criaron a sus bebés estimulándolos a responder, a jugar, a balbucear. La estimulación temprana no es más que lo que toda madre hace con su hijo de manera espontánea en los primeros meses

de vida. En un sentido estricto ninguna madre "aprende" como hacerlo. En realidad es un saber inconsciente transmitido a lo largo de generaciones que cada mujer elabora a su modo y de acuerdo a su propia historia y cultura al convertirse en madre.

Hace unos treinta años y de manera casi simultánea en tres países —Argentina (13), Estados Unidos y España— esa actividad espontánea tomó una forma terapéutica y se convirtió en un trabajo clínico. Fueron justamente ciertos bebés con necesidades especiales que presentan trastornos del desarrollo, por ejemplo que padecen enfermedades de etiología genética, neurológicas y sensoriales, los que promovieron el cambio: bebés que requerían más que ninguno que se estimulara su desarrollo. Luego se aplicó a otros padecimientos y fue sorprendente el resultado obtenido. Los pediatras y muchos otros especialistas la han adoptado y la indican ampliamente. Ya no sólo se la recomienda a bebés con patologías más o menos severas, sino también a los normales "porque no le va a venir mal", pero sobre todo porque en nuestra sociedad finisecular muchas madres aparecen necesitadas de un "sostén de la función materna".

¿Será verdad que a todos los bebés les ayuda la estimulación temprana o es un modo de llevarlo a un medio lúdico que no disponen de otro modo? ¿Podemos incursionar en el delicado vínculo madre-bebé sin ningún problema? ¿Para qué y cómo hacerlo? Además hay que tener en cuenta que en estos años se multiplicaron las modalidades, las técnicas, y sobre todo, las concepciones que dirigen el trabajo clínico. Muchos médicos la indican pensando en favorecer la maduración neurológica, lo cual es en un sentido amplio acertado, pero debemos insistir en que lo específico y capital de la estimulación temprana es promover el desarrollo del bebé como sujeto psíquico a través de trabajar su desempeño instrumental perceptual, motriz, cognitivo, etcétera.

En realidad no se le enseñan actividades sino que se establecen las condiciones para que lo haga por su cuenta. Si se dirige y ejercita demasiado sus iniciativas se obstaculiza inevitablemente la construcción del yo y del deseo. Si queremos que un niño tome fuerzas en su tronco promoveremos dándole objetos, o sea desde lo perceptual, que ruede y se estire. Si tiene una lesión de los miembros izquierdos como B, el niño de la segunda viñeta, trataremos jugando que sean esa mano y esa pierna las que debe utilizar, pero no le pondremos series de ejercicios que la madre le hará ejecutar como rutina sin ninguna participación de su voluntad. Pensamos que B ha perdido el contacto con el medio por lo iatrogénico que resulta una situación que no le ayudó a tener interés en la relación con los otros seres humanos sino que lo ha borrado como sujeto y lo ha robotizado.

B hace lo que sus padres y los doctores ("que explican todo muy claro") quieren, no llegó a poder desarrollar su propio deseo.

"Se trata de darle a cada niño las mejores condiciones para la vida, pero no de arreglarlo como muñeco roto, síntoma por síntoma" dice Elsa Coriat. Conocer los tiempos de adquisición de funciones no implica presionarlos con ejercicios para que los consigan. Por eso no se trata de hacer niños "precozes", sino de estimular tempranamente a quienes más lo necesitan y ayudar a esas madres angustiadas a entender las maneras de hacerse cargo de sus niños de desarrollo inevitablemente difícil.

Por supuesto que A, el bebé de la primera viñeta con síndrome de Down, se beneficiará con sesiones de estimulación temprana, pero primero su madre deberá entender sus angustias, las historias familiares que la interfieren, la ambivalencia por su hijo. Y habrá que elegir cuidadosamente qué tipo de fundamentos utilizan las personas encargadas de realizarla. Serán profesionales capaces de comprender que los síntomas sólo mejoran creativamente si a la vez se están constituyendo las bases de la estructura psíquica.

Las psicoterapias del niño y/o su familia

Se señalarán dos formas de tratamientos psicoterapéuticos que abren interesantes perspectivas respecto a los niños con encefalopatías.

La intervención temprana sobre el vínculo madre-bebé, que también incluye al padre u otros miembros de la familia, es aquella que se realiza antes de los dos o tres años de edad según los autores. Se diferencia de la estimulación temprana, porque tiene una finalidad terapéutica sobre un vínculo diagnosticado como patológico y en gran medida se centra en el discurso del adulto (14). Se puede aplicar a todo tipo de padecimientos del bebé, funcionales u orgánicos y entre nosotros su utilización en casos de encefalopatías graves de etiología por ejemplo genética y neonatal ha dado resultados verdaderamente sorprendentes, al punto que se afirma que había que revisar ciertos pronósticos de los textos médicos a la luz de los resultados de estas intervenciones precoces. Sabemos que el nacimiento de un niño, por ejemplo con un problema genético severo que se acompaña regularmente de discapacidad intelectual es una situación grave, que altera todo el grupo familiar y en particular el vínculo materno-infantil. Esto aumenta considerablemente el riesgo de que el cuadro se complique y se asocie con patologías más o menos importantes de la constitución subjetiva muchas veces de tipo autista o psicótico. Es el caso de A, el niño de nuestra primera

viñeta, que requiere, como ya se señaló, una intervención sobre el vínculo madre-padre-bebé para dar lugar al bebé como sujeto potencialmente pensante y deseante, para reconocer erogeneidad al cuerpo que tiende a ser visto en estos procesos sólo como ámbito del daño y para devolver al vínculo con la madre (padres) su lugar estimulante del desarrollo. Este método de abordaje precoz basado en la teoría psicoanalítica tiene su origen en la observación del desarrollo normal y sus variantes (Spitz, Bick, Winnicott, Lebovici, Stern entre otros) y se ha ido aplicando cada vez más a situaciones perturbadas o francamente patológicas.

La modalidad de consulta terapéutica sobre todo planteada por Lebovici tomando algunos lineamientos de Winnicott y recreando nuevas modalidades se caracteriza por su brevedad y modalidad incisiva. Cuando las intervenciones se prolongan pueden llamarse "psicoterapia madre-bebé" (Cramer y Palacio-Espasa).

Existe en este tipo de intervención un tiempo de abstención propositiva de toda interpretación que nos ubica sin prisa de entender y sin urgencia de actuar en una postura esencialmente psicoanalítica, que nos aleja del apresuramiento de la demanda de los adultos y nos acerca al bebé y a su lugar subjetivo, marcado por los síntomas pero no abarcable por estos. Ello nos aleja del furor curandis y de numerosas conductas médicas invasoras e irrespetuosas de lo original e irrepetible de cada situación. Así mismo les da tiempo a los padres para que, al ser observados, consigan verse y retomar su lugar de conductores del proceso del desarrollo y del vínculo y que no crean que lo deseable es que el terapeuta lo asuma.

Los abordajes psicoterapéuticos tradicionales y sus modificaciones. Dependerá la indicación de la valoración realizada en cada caso, en la que juega un rol central la gravedad de la patología deficitaria. Las formas más importantes son:

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar
- Psicoterapia grupal.

Psicoterapia individual de orientación analítica. Requiere para su aplicación de un nivel intelectual por lo menos medio y suele ser más efectiva si el niño es más pequeño. Se debe partir de un hecho: la psicoterapia en el campo de las lesiones orgánicas cerebrales y en general en el de la deficiencia mental aún no recibe el crédito que convendría darle con lo cual se desperdicia una posibilidad valiosa de tratamiento y de investigación. El rechazo de la opción psicoterapéutica se basa en el desconocimiento de sus aplicaciones y de su utilidad, amén de escudarse

en un cúmulo de prejuicios paralizantes. Dichos prejuicios son marcados entre los médicos, pero también se encuentran entre los psicólogos y los educadores. Además la afirmación freudiana respecto a la necesidad de un nivel intelectual elevado para que sea efectivo un psicoanálisis ha resultado por mucho tiempo un impedimento para los psicoanalistas de pensar la posibilidad de aplicar los principios analíticos a este campo. Se dice que sólo desde una concepción psicoanalítica se pueden plantear ciertos problemas y soluciones y que no debe privarse a esta población de sus beneficios. En primer lugar en estos niños y adolescentes aunque la capacidad intelectual sea reducida se manifiestan claramente conflictos psíquicos, dando muestras de una represión funcionante y de una instancia inconsciente, o sea de un aparato mental del que, como se dijo antes, sólo se puede dar cuenta cabalmente con el instrumento analítico. Es éste un campo en el cual queda aún mucho por investigar. El psicoanálisis permite reconocer el handicap sin desconocer al individuo que lo padece, buscando intervenir para que aparezca su singularidad como sujeto. El sufrimiento en estos niños se manifiesta a través de trastornos conductuales, depresión, fobias, inhibición intelectual, aislamiento, conductas irruptivas y agresividad, entre otras. Saltando algunos obstáculos, se ha podido llevar a la práctica este método con resultados a todas luces favorecedores ya que incluso la discapacidad intelectual aparece muchas veces aumentada por sufrimientos psicoafectivos. Esta aplicación se basa en los principios fundamentales del método psicoanalítico con algunas modificaciones. Aparece como una tarea fundamental el alivio del conflicto e incursión en algunos procesos que inciden en la constitución subjetiva, que es a su vez condición de base del proceso de aprendizaje y de socialización. Dos puntos centrales de su psicopatología que pueden ser beneficiados por una psicoterapia analítica son la diferenciación del niño con relación al otro (en general la madre) y la constitución de su imagen corporal, dos aspectos vinculados entre sí pero reconocibles analíticamente. La técnica se centra en el juego, básicamente sin dirección o sugerencias del terapeuta sobre temas, tipos de juego, etc. e interpretaciones y señalamientos de una manera similar a lo que se acostumbra con niños intelectualmente normales. Estas formulaciones deberán ajustarse al nivel de comprensión y simbolización de cada niño. Aunque en general repetitivos estos juegos van mostrando pequeñas variaciones que permiten lograr avances en el reconocimiento de afectos, deseos y conflictos. De cualquier manera es un trabajo exigente y difícil y los casos deben ser cuidadosamente seleccionados. Muchas veces se debe plantear períodos breves de

tratamiento a modo de prueba. Un aspecto esencial de la tarea psicoterapéutica con el niño o adolescente es el trabajo con los padres, particularmente con la madre. El alcance de la psicoterapia suele ser mayor de lo previsto y no sólo sintomático como inicialmente se pensaba.

Las psicoterapias familiares breves o prolongadas o simplemente las consultas de orientación son siempre un recurso valioso, porque los familiares de estos niños suelen estar muy necesitados de escucha y atención. La presencia de un niño encefalópata es conflictiva para cualquier grupo familiar. El rechazo, la sobreprotección, la impotencia y la depresión son sólo algunos de los conflictos que es preciso tratar. También los grupos de padres son muy buen recurso para enfrentar las dificultades.

Las psicoterapias grupales tienen diversas formas y mucha utilidad tanto para niños no susceptibles de terapia individual como para afirmar ciertos logros y socializar a aquellos que sí la llevan a cabo. En general estos grupos se proponen un tipo de actividad particular. Se ha comprobado el valor y las posibilidades de grupos de teatro, cuento, expresión plástica, psicoballet y varios otros. En muchas ocasiones están en continuidad con las actividades escolares e incluidos materialmente en el ambiente escolar.

Las medidas pedagógicas

Lo primero es aclarar que aunque su importancia es muy grande no son el único recurso disponible. Pensar esto no es positivo tampoco para los maestros porque los aísla y los priva de la imprescindible actitud interdisciplinaria que es la mejor actitud con estos niños. Se ha creído por mucho tiempo que las personas con retardo mental sólo son susceptibles de recibir un trabajo pedagógico. Esto es consecuencia de que únicamente se veía en ellos la alteración de su intelecto y no se los reconocía como personas totales. En dichas condiciones, estos niños o adolescentes terminaban por ser objetos de cuidado y protección, convirtiéndose en seres domesticables y entrenables con el fin de lograr que fueran "lo más adaptables posible" sin permitirles desarrollarse realmente como sujetos con deseo propio.

Esta actitud todavía tiene vigencia. La conducta se vuelve más importante que el "ser", se intenta que sean más obedientes que ningún otro niño, se les exige demasiado en este sentido, esperando poco en cambio o bien negando sus capacidades, diluyéndose su ser en la enfermedad. El hecho de que estos niños presenten dificultades de aprendizaje, de que sea difícil escolarizarlos, no ha impedido que se

utilice la educación del niño normal como un parámetro absoluto también para ellos. Esto conduce a no considerar en su totalidad las especificaciones del niño discapacitado, las particularidades de su desarrollo, de su pensamiento y de su acercamiento al conocimiento. Esta imposibilidad de reconocer la diferencia impide ofrecer a estos niños las ayudas convenientes de acuerdo a sus necesidades reales y sobre todo a las capacidades disponibles. Además es importante no perder de vista que aún con la presencia de un funcionamiento deficiente hay evolución, aunque ésta resulte más lenta.

La "integración educativa" que está realizándose en diversos países plantea metas difíciles de lograr y en los hechos aporta beneficios y desventajas. Se puede decir que históricamente la educación de los discapacitados se ha inclinado hacia dos actitudes extremas ambas discutibles y esto vuelve a repetirse: o bien toma un rol paternalista o bien les quita la ayuda que en realidad necesitan. Por eso se hace necesario pasar de una integración educativa, mal aplicada, a una educación de lo diferente que reconozca al sujeto de deseo presente en la persona con retardo mental y considere que presenta conflictos intrapsíquicos e intersubjetivos puestos en juego igual que cualquier otro sujeto. Es fundamental sostener la especificidad del campo para poder dar las oportunidades adecuadas a los chicos con discapacidad, y promover las modificaciones que implica sacar adelante sus posibilidades y capacidades, a través de programas de detección temprana, de estimulación temprana y de abordajes integrales.

Las medidas institucionales

La asistencia de preferencia se realizará en instituciones que mantengan el régimen de externado. Una institución multidisciplinaria que centralice la atención, donde los padres y el niño puedan establecer vínculos personales con los profesionales, donde se cubran los aspectos más esenciales aunque no disponga de los mayores adelantos técnicos, fortalezca y da estabilidad a los pacientes y resulta un modelo no ambicioso pero eficiente siempre que se apoye con formación continua y supervisión al personal. El paidopsiquiatra ocupa naturalmente un lugar central en este tipo de instituciones pero requiere preparación especial para un desempeño adecuado. El diseño tipo *hospital de día* u otros puede ser utilizado en estos casos. Estas instituciones ubicadas en el centro de la comunidad deberían también ser capaces de abordar las situaciones de encefalopatía desde el comienzo, podrían ver a los bebés con sus madres y realizar tareas preventivas de complicaciones futuras. Creemos que este tipo de centro asistencial representa un modo de atención más eficiente en

la práctica que el de grandes hospitales muy especializados que fragmentan la atención y fomentan el anonimato. Estas grandes instituciones son adecuadas para consultas muy especializadas pero no para la atención habitual, porque obliga a estos niños necesitados de una atención multidisciplinaria y a sus padres a desplazarse constantemente lo cual provoca fatiga e inconsistencia en la atención.

El internado es una situación a tener en cuenta sobre todo para los más graves, cuando no encuentran condiciones de vida adecuada con su familia o también cuando su presencia provoca conflictos insolubles entre sus allegados.

BIBLIOGRAFIA

- Ajurriaguerra J de. Manual de Psiquiatría Infantil. 3ª ed. Barcelona: Ed. Masson, 1973/1976.
- Ajurriaguerra J de, Marcelli D. Manual de Psicopatología del niño. 2ª ed. España: Ed. Masson, 1982/1992.
- Alexander F. Psiquiatría Dinámica. 2ª ed. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1958/1962.
- Bleger J. Psicología de la conducta. Buenos Aires: Editorial Universitaria, 1963.
- Brazelton TB, Cramer B. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Ed. Paidós, 1990/1993.
- Canguilhem G. Le normal et le pathologique. París: PUF, 1966.
- Cerejido FB y M. La vida, el tiempo y la muerte. México: Ed. Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Coriat E. Psicoanálisis de bebés y niños pequeños. Buenos Aires: Ediciones de la Campana, 1996.
- Coriat H. Estimulación temprana: la construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil. Escritos de la Infancia, Buenos Aires, 1997; 8:29-34.
- Cunningham C. El síndrome de Down. Una introducción para padres. Barcelona: Ed. Paidós, 1990.
- Franco de Jiménez A. ¿Psicoterapia analítica en síndrome de Down? Psicosis Infantil y Retardo Mental. México: Ed. Aterpi, 1989; 1:95-114.
- Goffman E. Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps. París: Les Éditions de Minuit, 1975.
- Jerusalinsky A, Coriat L. Desarrollo y maduración. Cuadernos del Desarrollo Infantil. No. 1, Ed. del Centro Dra. Lydia Coriat. Buenos Aires: 1983.
- Lang J-L. Esquisse d'un abord structural des états déficitaires. Confrontations Psychiatriques, No.10: 31-52, París, 1973.
- Lebovici S, Weil-Halpern. La psicopatología del bebé. México: Ed. Siglo XXI, 1989.
- Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente (Vol. 2). Madrid: Biblioteca Nueva, 1988.

- Mannoni M. El niño retrasado y su madre. Madrid: Ed. Fax, 1970/1971.
- Misès R. Réévaluations dans l'approche psychopathologique des déficients intellectuels. *Confrontations Psychiatriques*. No.10: 9-30, París, 1973.
- Pérez de Plá E. Un aporte clínico al controvertido campo de las psicosis infantiles. *Psicosis infantil y Retardo Mental*. México: Ed. Amerpi, 1990; 2:23-50.
- Pérez de Plá E. Nuevas perspectivas en el abordaje terapéutico del retardo mental desde el psicoanálisis. *Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil* 1993; 2(1): 39-41.
- Pérez de Plá E. Autismo y psicoanálisis. *Psicología Iberoamericana*. Vol. 4, No. 1: 29-49, México, marzo de 1996.
- Pérez de Plá E. Niños que no pueden aprender. Avances de un proyecto de investigación. *Estudios sobre Psicosis y Retardo Mental*. México: Ed. Amerpi 1996; 1: 245-56.
- Pérez de Plá E, Franco de Jiménez A. Algunos cuestionamientos sobre el campo de las diferencias. El papel de

Notas

¹ Es importante también la existencia de cuadros psicógenos sin organicidad demostrable, y sobre todo, cómo olvidar en ésta, nuestra subdesarrollada América Latina, los aspectos psicosociales y económicos con su corolario de desnutrición, abandono y falta de estimulación que son factores tan frecuentes para la producción de retardos en el desarrollo.

² Por ejemplo lo que llamamos ansiedad tiene una manera de manifestarse a nivel neurobiológico y otra diferente a nivel psíquico. Lo mismo ocurre con la deficiencia mental y ambas perspectivas son complementarias e igualmente importantes para su abordaje clínico.

³ Ajuriaguerra, J. de: *Manual de Psiquiatría Infantil*, cap. V. También recomendamos Canguilhem G. "Lo normal y lo Patológico".

⁴ Sin embargo es importante aclarar que cuando la epilepsia afecta gravemente la vida de los niños y resulta incapacitante es conveniente pensar su repercusión psíquica y su abordaje a la luz de los planteos de este capítulo.

⁵ La complicación psicótica o autista en los niños deficientes por lesiones cerebrales es muy frecuente y empeora francamente el cuadro deficitario. Su causa parece relacionarse más con el grave trastorno del vínculo madre-hijo que con la afección orgánica en sí misma.

⁶ También teniendo en cuenta su complejidad en algunos lugares especializados en recibir y tratar este tipo de problemática, para poder observar y oír mejor a ese grupo familiar y a ese niño o bebé, son dos los profesionales que llevan a cabo la consulta inicial, que es además larga y

la educación en niños con necesidades especiales. *Estudios sobre Psicosis y Retardo Mental*. México: Ed. Amerpi, 1997; 2.

Pérez de Plá E. De como la intervención precoz en las afecciones genéticas puede cambiar favorablemente su evolución psíquica. Trabajo presentado en el XI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría de la infancia, Adolescencia y Familia. En Santiago de Chile, septiembre de 1997.

Pérez de Plá E. La ética, la genética y el uso del conocimiento científico. Trabajo presentado en el Primer Congreso Brasileño de FLAPIA "Ética, Ciudadanía y Solidaridad. El rescate de los valores humanos en el trabajo con niños, Adolescentes, Familia y Comunidad". En Sao Paulo, Brasil, mayo de 1998.

Sánchez C, Muñoz Ledo P, Mandujano M. Un modelo de seguimiento del daño neurológico de origen perinatal. *Retardo y Psicosis*. México: Ed. Amerpi, 1994; 6: 155-60.

Winnicott DW. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia, 1979.

profunda: un neuropediatra y un psicoanalista. Esto ocurre específicamente en el Centro Dra. Lydia Coriat de Buenos Aires, pero seguramente no es el único lugar donde se actúa de esta manera.

⁷ Y menos aún podemos aceptar cifras de CI propias de una determinada enfermedad. Un ejemplo clínico evidente en esta época es el de las personas con S. de Down que a principios de siglo se pensaba tenían cifras de CI entre 20 y 35 (debilidad profunda), medio siglo después cifras de CI de 50 (debilidad moderada) y en los años 70 se comprueban cifras de hasta 65 de CI (debilidad superficial) en la mitad de estas personas. Y más aún, en un cierto número de ellos encontramos una inteligencia limítrofe o incluso normal baja, con CI entre 75 y 90.

⁸ Se trata de un enfoque prometedor y actual pero no exactamente novedoso. Un importante avance en el conocimiento de las consecuencias psíquicas de las encefalopatías se ha hecho durante toda la segunda mitad de nuestro siglo, tanto en los aspectos cognitivos como psicoafectivos y muy especialmente en los últimos 25 años. Sin embargo, creemos que hay mucho aún por investigar en este campo. En diferentes partes del mundo, incluida Latinoamérica, se está dedicando un importante esfuerzo a profundizar sobre estos temas. Lamentablemente la extensión y complejidad del problema supera la dimensión de este capítulo.

⁹ El concepto de *heterocronía* de Zazzo para el deficiente típico que designa el desarrollo a diferentes velocidades de los diversos sectores de su crecimiento psicobiológico intenta explicar esta disarmonía.

¹⁰ ¿Podemos hablar de una *estructura u organización deficitaria*? Es éste, sin duda un aspecto muy importante pero no hay acuerdo entre los autores psicoanalíticos. Se trata de un problema aún en investigación que nosotros mismos venimos trabajando desde hace años. No han sido descritos por ahora mecanismos psíquicos específicos de las discapacidades intelectuales que podrían caracterizarlas, pero sí hay una manera de organizarse el psiquismo que resulta reconocible. Señala Misès que lo que encontramos en común en este tipo de paciente es que lo que tiende a fijarse de manera durable son las distorsiones de la esfera cognitiva. Además los mecanismos neuróticos presentes se ponen al servicio de lo más limitante y aparece la exageración del control, la represión de las pulsiones con frecuencia favorecida por el medio, y la limitación de los vínculos. Todo esto debe ser considerado porque estrecha y mutila la comunicación y el desarrollo de estas personas. J-L. Lang considera que la "organización deficitaria" corresponde a una situación muy arcaica de indiferenciación yo-no yo en que resultan afectados el estadio del espejo y la creación del espacio transicional. En esa falla en la relación con el otro viene a ubicarse el fantasma materno estableciéndose una relación de tipo dual en que el padre difícilmente puede entrar. Esto coincide con lo señalado por Maud Mannoni y con nuestros hallazgos de fallas en la subjetivación a través de la psicoterapia analítica de niños con retardo mental de etiología orgánica.

¹¹ Los pronósticos respecto a las complicaciones psíquicas de las enfermedades genéticas deben ser tomadas con enorme reserva. Es nuestra experiencia que, por ejemplo, la evolución autista o incluso el retardo mental severo

atribuido al S. de Williams en los textos de genética es más bien consecuencia de la distorsión del vínculo temprano y puede ser evitada con ese tipo de intervención. ¿Cuántos cuadros psíquicos graves en diferentes afecciones cromosómicas podrán igualmente evitarse y así cambiar el pronóstico de la enfermedad?

¹² Palabra de la lengua nahuatl de México que nombra la forma de cultivo que describe el texto.

¹³ Las posturas sostenidas en este país por diferentes colegas, en particular entre los integrantes del Centro Dra. Lydia Coriat han servido de base para la redacción de estas líneas.

¹⁴ El tipo de intervención precoz sobre los neonatos con riesgo de daño neurológico perinatal, que implica diagnóstico, seguimiento de la evolución anatomofuncional e intervención temprana realizada en un equipo interdisciplinario hospitalario dentro de la *Clínica de Neurodesarrollo* del Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México, logra una interesante dimensión terapéutica y preventiva que cabalga entre estimulación e intervención tempranas y actúa en un campo donde se confunden maduración y desarrollo, según lo que definimos al principio. En ese grupo de edad en que el criterio de riesgo es lo esencial y las manifestaciones clínicas lesionales son sutiles e inespecíficas la diferenciación es lo menos importante. Lo capital es que este programa integral que tiene como centro la pareja madre-recién nacido logra una elevada y demostrada efectividad para interferir en las evoluciones lesionales de los bebés más pequeños. Es un programa realmente interdisciplinario que aporta resultados apasionantes que no podremos tratar en extenso aquí por razones de espacio (Sánchez y colaboradores, 1994).

SINDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

ARTURO GRAU

Historia clínica

Daniel es un adolescente de 14 años que cursa segundo año de enseñanza media. Relata que un año atrás consultó por primera vez en pediatría, donde se le diagnosticó tics transitorios y no se le indicó tratamiento.

Desde los 7 años ha presentado movimientos anormales tipo sacudida muscular, los que describe como súbitos, involuntarios, rápidos, recurrentes, arrítmicos, estereotipados y sin finalidad aparente. Sus movimientos se localizan en grupos musculares de la cabeza, cara, cuello y hombros y son habitualmente irrefrenables, pero por períodos muy breves puede suprimirlos en forma voluntaria. Ha observado que son menos notorios cuando alguna labor lo absorbe, aumenta claramente cuando enfrenta situaciones de estrés y al parecer se atenúan mientras duerme, pues no se ha despertado por causa de los movimientos. Agregado a esto y en forma involuntaria e incoercible se le escapan verbalizaciones groseras, así como expresiones inadecuadas que le avergüenzan.

En concomitancia con ello, relata que siempre ha emitido involuntariamente en forma recurrente y repetitiva, pero con intervalos de calma, sonidos y ruidos variados, tales como carraspeos, nasalizaciones (con onomatopeya o sorbeteo o bien resoplidos y olfateos) y chasquidos linguales.

La modalidad de presentación habitual es de una parte o el todo de los fenómenos descritos, con intensidad variable. La sintomatología se presenta por semanas o meses.

Los movimientos que más frecuentemente han aparecido en estos 7 años son aquellos de lateralización rápida de cabeza, cuello y hombros, la contracción simultánea de músculos orbiculares y perinasales y la hiperextensión cervical violenta. Todo ello junto a la variedad de sonidos descritos.

Su ya descrita tendencia marcada a la coprolalia, que racionaliza como una facilitación para la expresi-

ión de groserías en forma incontrolable (y que en ocasiones es solamente coprolalia mental), se acompaña frecuentemente de ecocinesis, que implica la imitación de movimientos de alguna persona observada.

Ha sido permanente en él la presencia de ideación obsesiva, de duda sobre los propios actos: continuamente debe revisar en forma meticulosa sus ropas y útiles escolares, o verificar el cierre correcto de cerraduras, llaves de agua y gas, etc. Su sensación de haber perdido u olvidado algo o de no haber completado trabajos es habitual. Con estos actos rebaja en parte su ansiedad, sobre todo con algunos rituales al acostarse y levantarse.

Presenta también impulsos irresistibles de tocar objetos de textura o superficie cálida y blanda, siendo una tendencia del último tiempo previo a la consulta aquella de acercar la mano al vapor de la tetera hirviente. Existe también un afán repetido de hacer complejos algunos movimientos o actos simples: preferencia de caminar en puntillas, pisar exactamente juntas de pastelones o baldosas, alternar movimientos de los pies o volver sobre sus propios pasos, justificando todo esto con explicaciones lúdico-cabalísticas.

Su vivencia de este conjunto de fenómenos es tremendamente angustiada: se siente extraño y ridículo, se valora pobremente y su relación con compañeros y amigos, pese a ser en general armónica y tener una aceptación por parte de ellos bastante comprensiva y hasta piadosa, está mediada por el temor, la suspicacia y la vergüenza. Se siente observado con curiosidad maligna y crítica y no pocas veces agredido, censurado o francamente burlado. Su expectativa ansiosa—que deriva a veces en crisis de angustia—es frecuente cuando enfrenta situaciones nuevas, ambientes desconocidos o personas extrañas. En ocasiones ha pensado que de no mejorar sería preferible morir, aunque no cree que llegaría al suicidio por sus ideas religiosas.

Ha tenido inicialmente frente al médico tratante,

una actitud oscilante entre la suspicacia y el franco ocultamiento de información o sentimientos.

Esta angustia es compartida en la casa por sus hermanos y la madre, la cual adopta con él actitudes desmedidas de protección o bien modos extravagantes de ayudarlo a contrarrestar la sintomatología: ha llegado al extremo de atarle la cabeza para evitar los movimientos.

El padre se manifiesta permanentemente agresivo: lo ridiculiza e injuria, varias veces le ha golpeado aduciendo que “lo tiene harto con sus mañas”.

Antecedentes personales. Es el tercer hijo de un cuarto embarazo, deseado, controlado, sin patología ni antecedentes de ingesta medicamentosa. Parto hospitalario, de término, eutócico, sin anestesia.

Recién nacido de 3.200 g, sin patología neonatal, alimentado por 6 meses exclusivamente con pecho. El desarrollo psicomotor, emocional y social fue normal y la adaptación escolar adecuada, con un rendimiento satisfactorio para él, juicio compartido por la madre.

Antecedentes familiares. La madre de 42 años, no tiene antecedentes patológicos. El padre de 46 años, es alcohólico intermitente. Cuando niño tenía mala conducta en el colegio. La madre lo describe “con las mismas mañas de Daniel”, implicando con esto su meticulosidad y rigurosidad en el orden de sus pertenencias (ropas y objetos). Nunca ha presentado tics.

Tiene una hermana de 18 años y un hermano de 16, ambos sanos.

La relación conyugal es poco armónica y la actitud parental inconsistente y por momentos anárquica, esto último a expensas de la conducta del padre.

Antecedentes históricos

La paternidad de este síndrome ha sido otorgada por el mérito de la primera descripción a Georges Gilles de la Tourette, psiquiatra francés (1857-1904).

Era discípulo de Charcot en la Salpêtrière y su maestro ya se había preocupado de estudiar los movimientos anormales, siendo producto de su creatividad científica el haber bautizado los tics como tales.

Gilles de la Tourette describió por primera vez en los archivos neurológicos de la época una enfermedad que se expresaba por movimientos anormales en concomitancia con eco y coprolalia. El histórico trabajo fue publicado en 1885 con el título “*Etude sur une affection nerveuse caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie*”. (Estudio sobre una dolencia ner-

viosa caracterizada por descoordinación motora acompañada de ecolalia y coprolalia).

El síndrome es universal, su presencia es compartida por todos los grupos sociales y étnicos, pero predomina en el grupo étnico de los judíos europeos (*ashkenazi*).

Hay autores que han postulado una interesante teoría sobre el origen de la enfermedad: por alguna razón desconocida hasta ahora, en su curso se activarían regiones cerebrales antiguas, liberando de este modo conductas que el ser humano ya no emplea y si lo hacía en otros períodos de su evolución. Eso haría comprensible los sonidos extraños concomitantes con los tics, como posibles conductas defensivo-agresivo-amendrentadoras utilizadas en épocas primitivas, cuando el hombre debía enfrentar bestias de mayor calibre que sus congéneres.

Epidemiología

Existe una vulnerabilidad transmitida genéticamente con un patrón autosómico dominante. El síndrome se puede heredar parcial o completamente o como alguna de sus principales comorbilidades: el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) o el trastorno por déficit emocional hiperactivo (TDAH).

Estudios en gemelos monocigóticos revelan alta concordancia de Gilles de la Tourette con TOC: Walkup encontró que en 7 de 9 partes de gemelos con el síndrome, ambos hermanos presentaban TOC. Más o menos un 10% escapa de toda relación genética.

Su prevalencia es variable según la calidad del observador, el *setting* y el criterio aplicado oscila entre 0,01 a 0,06%, siendo 3-4 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

En un estudio hecho por Apter en 1992 con 28.000 reclutas del ejército israelí, la prevalencia fue de 4,3/10.000; en otro estudio de 1992 con 562 reclutas, Zohar encontró una prevalencia de tics crónico de 178/10.000.

Como comorbilidad se ha observado en un 60% el TOC y en un 50% el TDAH.

El síndrome de Gilles de la Tourette se inicia cerca de los 4 años, a los 7 años como promedio y por regla antes de los 18 años.

Su sintomatología es persistente durante toda la vida, con períodos de remisión o al menos atenuación de duración variable.

Es habitual una notable disminución de su expresividad y hasta la remisión completa en la post adolescencia.

Clasificación

En pos de una mayor precisión que benefició la ciencia, el DSM IV reclama 9 requerimientos para

diagnosticar síndrome de Gilles de la Tourette (al que curiosamente cercena el nombre y lo denomina "Tourette's syndrome"):

A. Tics motores múltiples y uno o más tics vocales.

B. Aparición de estos tics varias veces al día, casi todos los días o intermitentemente en el lapso de un año, sin que los períodos libres de sintomatología duren más de tres meses.

C. Notable malestar o significativo deterioro social, laboral o en otras áreas de la vida de la persona.

D. Inicio antes de los 18 años.

E. No existir elementos causales de tipo fisiológico como un fármaco (por ejemplo, psicoestimulantes) o una enfermedad médica (como Corea o encefalitis).

A su vez el ICD 10 clasifica el síndrome con la codificación F95.2 y le denomina trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados.

La descripción del fenómeno no abunda en originalidades, insistiendo en un comienzo "casi siempre" en la infancia o en la adolescencia los tics motores preceden a los fónicos y que empeora en la adolescencia.

Donald Cohen, uno de los principales investigadores a nivel mundial sobre Gilles Latourette clasifica como un "trastorno neuropsiquiátrico", implicando con ello no un trastorno susceptible de abordaje mixto por parte de neurólogos y psiquiatras (ya sabemos lo limitado que puede resultar un tratamiento puramente enfocado desde el punto de vista farmacológico y sin una formación apropiada en psicopatología que permite diagnosticar las comorbilidades tan frecuentes), si no apuntando a su base etiológico-estructural.

La clasificación francesa habla de un "trastorno de expresión somática".

Etiología

Como en tantas otras áreas de la medicina, la etiología del síndrome está aún poco definida, pero si alguna evidencia clara existe es que tanto los factores genéticos como ambientales tiene ingerencia en su aparición (Cohen 1994). Pauls y Leckman en 1986 hipotizaron la presencia de un gen autosómico dominante. Actualmente, se concibe lo heredable de las enfermedades psiquiátricas como una compleja alteración genética causada por un número desconocido de genes que interactúan con los factores ambientales.

Se ha planteado en su patogénesis una disfunción de los ganglios basales, basándose en que tanto en el Corea de Huntinton como en la enfermedad de Parkinson se ha demostrado una disfunción a ese nivel. Patologías cerebrales, como encefalitis

herpética y pequeñas hemorragias en los ganglios basales, han producido secundariamente el síndrome.

Se sabe que en los ganglios basales y las áreas límbicas de la corteza se localiza la actividad dopaminérgica primaria de cerebro. Las moléculas definidas como agonistas dopaminérgicos (anfetaminas, miterfenidato) desencadenan o exacerban los tics, y los bloqueadores de la actividad dopaminérgica (haloperidol, pimozida) inhiben los tics.

Un nuevo síndrome denominado PANDAS (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections*) ha sido descrito por Swedo y se caracteriza por la aparición en la prepubertad de obsesivo-compulsividad y trastorno de tics con clara evolución episódica. Los síntomas son asociables con una infección por *Streptococcus* hemolíticos del grupo A. Se presentan tics, hiperactividad o movimientos coreíformes. El PANDAS puede representar ciertamente una forma de frustra de Corea de Sydenham. Su validez como síndrome está avalada con estudios con leucocito marcado de conocida asociación con la fiebre reumática Murghy y Swedo, y por la detección de anticuerpos antineuronales en el suero de niños exacerbaciones de infecciones estreptocócicas (Kiesling).

Debido al incremento extraordinario experimentado por este grupo sintomático en los últimos 10 años, se ha buscado en forma sistemática la presencia de indicadores ciertos de estas infecciones descritas con escaso éxito.

De acuerdo a la experiencia, la erradicación estreptocócica en los niños con estas patologías, no ha ayudado al tratamiento. Así mismo, la detección de los títulos elevados de antriestreptolisinas tampoco nos ha orientado hallazgos similares a los de estos autores.

Sintomatología

Se expresa primordialmente a través de los tics. Estos se definen como movimientos involuntarios, rápidos, reiterados, arrítmicos, que afectan por lo general a un grupo circunscrito de músculos o una vocalización de aparición brusca y carente de propósito comunicacional.

El paciente vivencia los tics como irreprimibles, aunque pueden suspenderse por cortos lapsos.

Algunos de estos fenómenos son simples y otros más complejos y abigarrados en su expresividad, en un espectro que recorre desde un simple guiño de ojos, cierre simultáneo de ambos párpados, sacudidas de cuello, encogimiento de hombros, propulsión del maxilar hasta una combinación extravagante de todo o parte importante de estos movimientos, lo

que configura una manifestación grotesca y avergonzante cuando no socialmente invalidante para el paciente.

Los tics fónicos corresponden a ruidos guturales, carraspeos, nasalizaciones, sorbeteo, resoplido, olfateo y chasquidos linguales.

Para complejizar más aún la cuestión, existe una combinación de momentos musculares y vocalizaciones que incluye autoagresión y hasta saltos y brincos con el agregado de palmoteos y posturas extrañas.

También se presentan repeticiones de palabras específicas en forma insistente, cual verdaderos mantras, como asimismo coprolalia (obscuridades y groserías), palilalia (repetición de los propios sonidos o vocalizaciones), ecocinesis o ecopraxia (imitación de los gestos o movimientos observados en otros) y copropraxia (imitación de gestos obscenos).

Los pacientes presentan frecuentemente comorbilidad con trastornos obsesivos - convulsivos, trastornos depresivos, trastornos ansiosos y con déficit atencional.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico se basa en la aparición de los tics, los que deben diferenciarse de los otros movimientos anormales:

- Tics: movimientos o vocalizaciones de fulminante rapidez, involuntario, repentinos, arrítmicos, recurrentes y estereotipados.
- Coreíformes: movimientos de baileteo, al azar, no repetitivos e irregulares.
- Distónicos: son serpenteantes, lentos, asociados con estados prolongados de tensión muscular elevada.
- Atetósicos: movimientos lentos, irregulares, de retorcimiento, principalmente en dedos de las manos y pies, aunque también aparecen en caras y cuellos.
- Mioclónicos: son sacudidas mioclónicas breves, en forma de descargas, que afectan a partes de un músculo o grupos de músculos, pero no en forma sinérgica.
- Hemibalístico: son toscos, intermitentes, a saltos, muy amplios y acompañados de movimientos unilaterales de los miembros inferiores.
- Espasmos: son más lentos, prolongados y estereotipados que los tics, y afectan a grupos de músculos.
- Sincinesias: cuando se presentan en la cara son movimientos parásitos acompañados de cualquier otro movimiento voluntario.
- Disquinesias: movimientos faciales tipo masticatorios, con localización oro-buco-linguales y coreatetósicos de las extremidades.

Evolución

Lo descrito por Bradley y Peterson respecto a la evolución natural de la enfermedad es lo siguiente: comienzo de sintomatología de tics motores alrededor de los 7 años y de los tics verbales algo más tardíamente a los 9 años. En la pubertad se observa una progresión intensa que culmina en la adolescencia media, y el cuadro tiende a repetirse o al menos, atenuarse en la postadolescencia, en un curso general plagado de exacerbaciones y remisiones.

Lo típico es que una vez instaurado un tratamiento farmacológico adecuado y se haya enfrentado a las variables relacionales y ambientales, se de una evolución como la observada en el cuadro descrito al inicio de este capítulo.

A los 2 meses: merma sustancial de la sintomatología, con ajustes previos de los fármacos para lograr mínimos efectos secundarios.

A los 8 meses: persistencia de leves tics y tendencia de una estabilización emocional adecuada, con escasas ideas depresivas, obsesivas y de sentimientos de invalidación vital. Se recupera el interés y la seguridad en relación con el ambiente.

A los 14 meses: asintomático, excepto leve exacerbación episódica de tics. Normalización exitosa de rendimiento académico. Logros importantes en la esfera afectiva con consolidación feliz de relaciones amorosas.

A los 24 meses: asentamiento emocional, afectivo, relacional y académico interferido sólo por aparición episódica leve de tics.

Conocer esta evolución es importante para no correr el riesgo terapéutico de alarmarse en los períodos de exacerbación y comenzar inútilmente a incrementar las dosis de fármacos perturbando y desencadenando aún más al paciente.

Tratamiento

Debe ser enfocado como pluridimensional, puesto que no se trata -como a menudo se observa- de llevar a cabo un tratamiento farmacológico solamente, aunque esta forma sea frecuentemente la generadora de una mejoría inicial y determinante de un pronóstico más benevolente.

Las comorbilidades presentes son las que deben orientar la amplitud y cualidad de los elementos terapéuticos a desplegar, puesto que muchas veces éstas resultan más invalidantes que los mismos tics. Se debe ser precavido con la polimedicación por las deserciones del tratamiento que ésta acarrea en muchos pacientes.

El objetivo del tratamiento del síndrome de Gilles de la Tourette debe estar dirigido a atenuar la sintomatología todo lo posible más no a intentar supri-

mirla, pues ello implica a menudo tal intensidad de efectos secundarios que el resultado es aún peor que las manifestaciones originales.

Intentaremos explicar en términos generales las características bifrontes de este enfoque terapéutico.

Farmacoterapia. El tratamiento farmacológico ha sido orientado desde los estudios sobre los neurotransmisores monoaminérgicos: noradrenalina, dopamina y serotonina.

Los clásicos medicamentos considerados fundamentales para ser usados en la farmacoterapia del síndrome por su acción reductora de los tics, son aquellos cuya acción se centra en la dopamina, como son los neurolepticos, siendo principalmente indicados por su acción más selectiva haloperidol, pimozida, sulpirida y tioridazina. También han demostrado su utilidad para combinar los tics —sólo o en

asociación con otros fármacos— los agentes antihipertensivos que influyen sobre el neurotransmisor noradrenalina, tales como clonidina y guanfacina (agonistas alfa-2-adrenérgicos).

Por la común asociación de este síndrome con el trastorno obsesivo-compulsivo y la depresión, es necesario considerar —cuando ésta se presenta— la elección en primera línea de un medicamento que inhiba dicha sintomatología, y la elección primordial en el niño y adolescente es la clomipramina. Las nuevas moléculas denominadas NaSSA, cuyo exponente es la mirtazapina, ha entregado elementos promisorios en estas terapias en los adolescentes, con resultados muy similares a clomipramina. También son usados los inhibidores reversibles de la monoaminooxidasa tipo A (Imao-A) como moclobemida.

La familia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina recibe en la actualidad

TABLA 24-1
FARMACOS INDICADOS EN EL SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Tipo	Nombre genérico	Dosis
NEUROLÉPTICOS		
	Haloperidol	0,01-0,2 mg/kg/día
	Pimozida	0,01-0,2 mg/kg/día
	Sulpirida	5 mg/kg/día
	Tioridazina	0,5-3 mg/kg/día
ANTIDEPRESIVOS		
<i>Inhibidores no selectivos de la recaptación de serotonina (InoSRS):</i>		
	Clomipramina	0,5 a 2 mg/kg/día
<i>Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS):</i>		
	Fluoxetina	0,2-0,5 mg/kg/día
	Paroxetina	0,2-0,5 mg/kg/día
	Sertralina	1-2 mg/kg/día
	NaSSA	
	Mirtazapina	7,5-30 mg/kg/día
<i>Inhibidores selectivos-reversibles de Mao-A (RIMA):</i>		
	Moclobemida	2-5 mg/kg/día
<i>Agonistas alfa adrenérgicos:</i>		
	Clonidina	50-150 µg/día
<i>Ansiolíticos:</i>		
	Clonazepam	0,01-0,03 mg/kg/día

TABLA 24-2
ASOCIACIONES FARMACOLÓGICAS EN S. DE G. DE LA TOURETTE:
GRADIENTE DESDE TICS EXCLUSIVOS A COMORBILIDAD ♦ TOC ♦ TDA ♦ TDA + TOC

Tipo de medicación	Nombre genérico
Neuroleptico solo	Pimozida */2 sulpirida/3 haloper
Neuroleptico + alfa 2 agonista	2 ó 3 + clonidina
Neuroleptico + benzodicepinas	2 ó 3 + clonazepam
InoSRS + neuroleptico	Clomipramina + 2 ó 3
InoSRS + alfa 2 agonista	Clomipramina + clonidina
ISRS + neuroleptico	Fluox/parox/sertral + 2 ó 3
ISRS + benzodicepinas	Fluox/parox/sertral + clonazepam
ISRS + benzodicepina + neuroleptico	id + 2 ó 3
Psicoestimulante + alfa 2 agonista	Metilfenidato + clonidina
Psicoestimulante + neuroleptico	Metilfenidato ** + 2 ó 3
Psicoestimulante + InoSRS	Metilfenidato + clomipramina
Psicoestimulante + neuroleptico + InoSRS	Metilf + 2 ó 3 + clomipramina
Psicoestimulante + neuroleptico + alfa 2 ag	Metilf + 2 ó 3 + clonidin

* Recomendable sólo en monoterapia.

** No recomendable en dosis superiores a 15 mg.

gran atención, por la habitualmente menor presencia de efectos secundarios indeseables. Se utilizan varios en el TOC, partiendo de fluoxetina y pasando por fluvoxamina, paroxetina, sertralina, y venlafaxina, sin embargo, a pesar de todo lo descrito e investigado en el terreno de estas moléculas, todavía no hay ninguna que haya superado a la clomipramina en eficacia tanto en niños como en adolescentes, excepto en casos puntuales de intolerancia o refractariedad.

Asimismo, benzodicepínicos como clonazepam, han demostrado gran utilidad en el tratamiento asociado de los síntomas ansiosos que acompañan el síndrome.

El clonazepam es la única benzodicepina segura a indicar en asociación con ISRS, puesto que éstos alteran el metabolismo de la benzodicepinas como alprazolam o diazepam, por interferencia con los mecanismos oxidativos del citocromo. Esto no sucede con el metabolismo de clonazepam, puesto que su principal vía de excreción es por nitrorreducción, resultando a través de ellos el metabolito 7-aminoclonazepam. El otro elemento importante a considerar para la indicación de esta molécula es su vida media larga —se le indica cada 12 horas— lo que disminuye las posibilidades de fenómenos de tolerancia y dependencia.

El problema de la elección del fármaco reside fundamentalmente en la superposición de diagnósti-

cos con la consiguiente asociación de síntomas presentados, lo que obliga generalmente a buscar la complementariedad de efectos, asociando dos o más moléculas.

Cuando se dan juntos el síndrome de Gilles de la Tourette en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) la solución medicamentosa es susceptible de mejorar los síntomas, pero cuando la asociación es entre Gilles de la Tourette y déficit atencional (TDA) el problema es mayor, pues los fármacos que mejoran un grupo de síntomas pueden empeorar los otros (Tablas 24-1, 24-2, 24-3).

Psicoterapia. El tratamiento psicoterapéutico debe tender a conformar un “todo terapéutico” incorporando desde el inicio al paciente, su familia y el ambiente laboral o académico y que se resuelven, pues con gran frecuencia las mayores dificultades que éste enfrenta son las relacionales, tanto consigo mismo como con aquellos que le rodean y las presiones del ambiente son vividas como infranqueables.

Existe siempre alto grado de estrés familiar crónico, causado por la gravedad de la sintomatología, la invalidez vivida por el paciente y compartida angustiosamente por quienes viven con él.

Los habituales fracasos terapéuticos sufridos previamente, producen un alto grado de desencanto y motivan a que la familia y el paciente se muestren con una curiosa polaridad actitudinal: esperanzados

TABLA 24-3
PSICOFARMACOS A USAR EN MONOTERAPIA DE TICS

Intensidad	Tipo de medicación	Nombre genérico	Comercial
Moderados	Alfa 2 agonista	Clonidina	Catapresan ®
Severos	Neurolépticos	Haloperidol	Hadol ®
		Pimozida	Orap ®
		Tioridazina	Meleril ®
		Risperidona	Risperdal ®

en una solución y a la vez suspicaces y negativos ante el nuevo abordaje terapéutico.

Por eso, lo primordial es tranquilizarles informando sobre las características de la enfermedad, su curso y las posibilidades de mejoría. Los padres se muestran muy culpógenos tanto por las recriminaciones hechas al paciente cuando pensaban que no ejercía una verdadera voluntad de sanarse, como por una sensación de no haber sido lo suficientemente apoyadores o protectores, cuando éste lo solicitaba.

Técnicas conductuales diversas han sido utilizadas en el tratamiento. Las principales descritas son el condicionamiento aversivo, el manejo de la contingencia y prevención de respuestas, las técnicas de autocontrol, la inhibición recíproca, la relajación y la imaginación. Los mejores resultados se han obtenido combinando estas técnicas.

Actualmente la terapia cognitivo-conductual ha ganado suficientes adeptos como para situarse en la primera línea de la terapia del paciente con síndrome de Gilles de la Tourette.

BIBLIOGRAFIA

- Castellanos FX, Gied JN. Controlled stimulant treatment of ADHD and comorbid Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 589-96.
- Chapell PB. Future therapies of Tourette's syndrome. *Neurol Clin* 1997; 15: 429-50.
- Cohen DJ, Leckman JF. Methylphenidate treatment of ADHD in boys with Tourette's Syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 580-82.
- Cohen DJ, Leckman JF. Developmental psychopathology and neurobiology of Tourette's Syndrome. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 2-15.
- Muñoz - Yunta J. Tics y Gilles de la Tourette. En: Meneghelo J. *Pediatría*. Buenos Aires: Edit. Médica Panamericana, 1997.
- Porras G. Síndrome de Gilles de la Tourette. En: Graumeneghelo. *Psic y Psic de la Inf y Adolesc*. Buenos Aires: Edit. Médica Panamericana, 1998.
- Stoudemire A. New antidepressant drugs. *Psychiatr Clin North Am* 1996.

Capítulo 25

HABITOS DESADAPTATIVOS Y MANEJO DE SITUACIONES ESPECIALES

HERNAN MONTENEGRO

Existen una serie de hábitos, especialmente en el niño en edad preescolar, que suelen presentar motivos de preocupación o de angustia para la mayoría de los padres. Se hace referencia a la succión del pulgar, la onicofagia, el golpearse reiteradamente la cabeza o el hecho de moverla lateralmente, la masturbación, la pataleta del período de resistencia o negativismo, la tartamudez fisiológica, etcétera.

En general, se considera este tipo de manifestaciones como verdaderas "válvulas de escape tensional" para el niño pequeño. Es decir, frente a una situación transitoria de angustia o evocadora de angustia, el niño recurre a alguno de estos mecanismos para disminuir dicha tensión.

Posteriormente puede quedar sólo el hábito, independiente de la situación tensional que inicialmente le dio el origen. Es muy común en este último caso, que aparezca el hábito al sentirse el niño fatigado, con sueño, con hambre o al ser reprendido.

En todo caso, es importante hacer notar en términos generales, que estos hábitos no producen necesariamente patología psiquiátrica y por tanto no se justifica interpretar estas conductas como expresión de conflicto emocional, como suele pensarse erróneamente.

Casi sin excepción, estas manifestaciones conductuales están confinadas sólo a este período del desarrollo, tendiendo a ceder espontáneamente la mayoría de las veces.

De lo expresado en el párrafo anterior se desprende que, en términos generales mientras menos se llama la atención al niño sobre sus hábitos, más rápido existe la posibilidad de que los abandone espontáneamente. En efecto, la represión o corrección (aun cuando bien intencionada) hecha por un padre tenso que considere estas manifestaciones "malos hábitos", tenderá a aumentarlos más que a disminuirlos. Así, una forma correcta de aconsejar a los padres será ayudarlos a tomar una actitud relajada y de calma antes de nada.

Succión del pulgar

Es importante destacar una vez más, que particularmente este hábito, parece tener un curso natural que es importante dárselo a conocer a los padres.

Se sabe por ejemplo que alcanza su máximo alrededor de los 7 meses de edad en que el niño está gran parte del día y de la noche con su dedo dentro de la boca. Esta es por lo tanto, la peor época para tratar de interferir. Posteriormente, hay períodos altos y bajos hasta los 18 ó más meses, en que suele nuevamente alcanzar el máximo. Después de los 2 años este hábito suele disminuir durante el día y asociarse sólo a momentos de fatiga, sueño, frustración o hambre. Alrededor de los 3 años esta tendencia tiende a ser cada vez menos frecuente durante el día, y en la noche puede asociarse a tomar con la mano libre o con los dedos libres de la mano del pulgar succionado, algún objeto tal como una punta de frazada o sábana o parte de un juguete favorito. Alrededor de los 3 años, puede durante el día asociarse al hecho de mirar televisión o de oír un cuento.

A la edad de 4 ó 5 años la succión del pulgar se asociará sólo con el sueño y luego desaparecerá definitivamente en forma espontánea.

La mayoría de los autores que han revisado el curso natural de la succión del pulgar, en grupos de niños que han presentado el hábito, manifiestan que no hay correlación con deformidades del paladar o deformaciones en la implantación dentaria. Es ésta tal vez, una de las mayores preocupaciones de los padres que por supuesto es útil disipar junto con las recomendaciones ya anotadas.

¿Qué hacer si persiste el hábito más allá de los 5 años? Estos casos precisamente, la mayoría de las veces, son consecuencia de intentos infructuosos de interrumpir el hábito antes de los 3 años.

En el tratamiento de estos casos, es importante lograr la colaboración del niño, que a esta edad estará ya dispuesto a probar algún mecanismo que lo

libere de algo que él ya percibe como avergonzante. Cuando ésta es la situación, suele dar buen resultado poner todas las noches una tela adhesiva sobre el dedo objeto de succión, por un lapso de alrededor de 3 meses, sin interrupción.

Onicofagia

En general son valederas las mismas recomendaciones que en el caso anterior, sin embargo, el curso de este hábito es distinto, pudiendo verse con bastante frecuencia en el adolescente. A diferencia de la succión del pulgar éste es un síntoma que debe alertar, sobre todo en el niño mayor y cuando se da en asociación, como comúnmente sucede, con otros síntomas neuróticos o con algún conflicto emocional.

Golpearse la cabeza

Tal vez sea el hábito que más alarme a los padres por razones obvias. Los niños que exhiben esta conducta parecería que presentan algunas características de personalidad especiales, como por ejemplo hipersensibilidad a los ruidos, habilidades e interés especial por la música, ritualistas en su conducta, dificultades en el sueño, tendencia a las "pataletas", etcétera.

Una forma de abordar el problema durante la crisis, es levantar al niño en brazos, confortarlo, pero sin mencionar el golpearse la cabeza. Otra posibilidad es distraerlo con música u otro medio. Al igual que en la mayoría de estos hábitos, si se observa con detención al niño, se puede determinar que ellos ocurren en relación a ciertas circunstancias tales como fatiga, hambre, sueño o frustración. De esta manera es posible tomar algunas medidas que tienden a prevenir su ocurrencia. La supresión o el castigo son absolutamente contraindicados.

Movimientos de lateralidad de la cabeza

Este hábito rara vez persiste más allá de los 5 años. Se asocia con más frecuencia a situaciones de fatiga. Valen las mismas recomendaciones que para la situación anterior.

Balanceo del cuerpo

Comúnmente esta tendencia desaparece cuando el niño ya es capaz de gatear. Si persiste, puede alcanzarse entre los dos años y medio y tres años y medio, para luego desaparecer gradualmente en forma espontánea. A veces prolongar un rato la hora de acostarse proveyendo al niño de alguna actividad que realmente le interese, puede eliminar el hábito, pero se insiste en que si alguna medida de este tipo no surte efecto, lo mejor es dejar que desaparezca por sí solo.

Ciertos tics

Pueden darse en forma normal, en ciertas edades, movimientos repetidos automáticos y sin propósito que generalmente son de corta duración, pero que pueden "fijarse" si los padres comienzan a llamarle la atención al niño para que corrija dichos hábitos.

Sin embargo, cuando persisten o llegan a ser extremadamente exagerados, debe pensarse en una problemática emocional, generalmente producto de una atmósfera hipercrítica o cargada de exceso de exigencias para el niño. Si existe la posibilidad de consultar a un especialista, ésto es lo que debe hacerse en tal caso.

Masturbación

Es ésta también una conducta altamente angustiante para los padres, quienes casi sin excepción tienden a atribuirle una connotación sexual al hecho. Lo real es que en el niño pequeño esta conducta no difiere por ejemplo de la succión del pulgar. Es simplemente un hábito y que por lo tanto, por ningún motivo debe ser sancionado con castigo. Se da generalmente en niños que pasan gran parte del día abandonados a su suerte. Puede darse incluso en lactantes. La mejor forma de eliminar este hábito es proveer alguna actividad de interés para el niño y estructurar sus horas, proveyendo una atmósfera enriquecida en estímulos tanto sensoriales como afectivos.

Un significado distinto tiene la masturbación en el adolescente. Aquí tampoco debe considerarse el hecho como patológico, sino simplemente como una fase totalmente normal del desarrollo de la sexualidad. Está comprobado que ninguna de las "teorías" antiguas, tales como: "la masturbación es de origen de deficiencia mental", "homosexualidad" o "disminución en la movilidad de los espermios", etc. tiene alguna validez científica.

Lo que sí se ha comprobado es el conflicto, producto generalmente de sentimientos de culpabilidad, que se le crea al adolescente cuando se le dice que la masturbación es un hecho reprobable y generador de enfermedades. Una situación diferente la constituiría el que un adolescente se masturbe por ejemplo varias veces al día. En tal caso lo más probable es que exista un problema psíquico del que deberá investigarse su origen.

Pataleta

Durante el período que Guessell llamó de resistencia o negativismo, en general entre alrededor de los 2 a 4 años, es normal esperar una conducta "más difícil" de parte del niño. Irrumpe en llanto por ejemplo a una frustración determinada, patea fuerte-

mente el suelo o las cosas a su alrededor, lanza objetos que encuentra a su alcance o él mismo se echa al suelo gritando, etc. Una conducta de este tipo suele ser altamente provocadora de todo tipo de medidas coercitivas.

Una de las formas recomendables de manejar estas situaciones por parte de los padres, es tratar de no dar atención al hecho o sencillamente, cuando la escena no va más allá del llanto y el echarse al suelo, ignorarla. A la inversa, la mejor manera de perpetuar un hábito como éste, es dándole atención, aún cuando esta atención sea a través de involucrarse en un diálogo teñido de reconvenciones o finalizándolo con un castigo físico.

Lo más importante es evitar que el niño tenga "público" presente cuando esto ocurra. Así, una forma de evitarlo, puede ser llevándolo a su pieza y dejarlo sólo en ella hasta que se calme.

Tartamudez fisiológica

Se entiende por tal un período normal de falta de fluidez en el lenguaje, que ocurre alrededor de los 4 a 6 años. Durante este período, la capacidad de poner en palabras el pensamiento es aún una adquisición relativamente nueva. Generalmente la velocidad con que suceden las ideas sobrepasa la capacidad de verbalizarlas, dándose de esta manera vacilaciones. De esto se deduce que lejos de ser un motivo de preocupación, este hecho debe ignorarse totalmente. Desgraciadamente algunos padres con la intención de corregir al niño con frases tales como "no te apures", "habla más despacio", "repite tal palabra varias veces", "piensa antes de hablar", no hacen otra cosa que fijar el problema. Está comprobado, dicho sea de paso, que prácticamente todas las tartamudeces del escolar, adolescente y el adulto, han comenzado en este período.

Algunas normas para prevenir el problema: darle la atención que se merece cuando el niño hable a sus padres. Escucharlo con paciencia y atención si está relatando algo que a él le interesa. Dejarlo terminar, sin interrumpirlo, no importa cuánta dificultad de expresión pueda manifestar. Eliminar causas de tensión o frustración de su rutina diaria. Hablarle más lentamente, en forma más calmada y simple. Si los padres están relajados y tranquilos, sin demostrar apuro, es de esperar que el niño también se sienta más relajado al hablar. No exigirle más de su desarrollo. Evitar y referirse a su falta de fluidez como "tartamudez" (cosa que lo hará consciente de ello y la aumentará), como también hablar en su presencia del "problema" que está presentando, angustiarse por su lenguaje, ya que esta angustia le será transmitida, cuando esté hablando mostrar impaciencia en cualquier forma (aún en la expresión

facial), forzarlo a recitar "para las visitas", a pedir perdón o confesar algo.

La persistencia de la tartamudez, a pesar de estas preocupaciones, debe requerir consulta especializada.

Qué decirle al niño frente a situaciones tales como la muerte, la adopción, el divorcio, los temas sexuales

En líneas generales, existe en tales circunstancias al menos una regla que siempre debe ser observada: no mentir al niño so pretexto de que "está aún pequeño para entenderlo". En realidad el hecho de que esté o no capacitado para entender el verdadero y profundo significado de las situaciones anotadas, no es de ninguna manera lo más importante, ya que, por una parte no es fácil saber exactamente cuando lo estará y por otra parte lo que interesa es que el niño vaya, por así decirlo, "acostumbrándose a oír algo que en un comienzo puede que sea, una frase más, pero que gradualmente irá conociendo su verdadero sentido".

La muerte. Tarde o temprano el niño se ve enfrentado a este hecho en su vida, ya sea debido a la muerte de un familiar o de un animal doméstico. En términos generales, al igual que la información sexual las explicaciones deben satisfacer sólo la pregunta efectuada por el niño en la forma más veraz y clara posible. Sólo es importante insistir en el hecho de que es un fenómeno irreversible.

Hasta la edad de alrededor de los 4 años, es totalmente excepcional que el niño exprese alguna emoción frente a la muerte, aunque sólo verbaliza la noción de que está ligada a pesar y tristeza. Alrededor de los 5 años tiene la noción de que sólo el resto de la gente puede morir. Entre los 5 y los 6 años es bastante común que exprese preocupación por el hecho de que la madre pueda morir algún día. Después de los 6 años, comienza a haber ya cada vez un mayor compromiso emocional. A los 7 años existe una comprensión bastante más clara del concepto de la muerte y de sus causas, comenzando a pensar que él también podría morir, pero aún no de la irreversibilidad, la que se logra comprender cabalmente alrededor de los 8 ó 9 años.

Adopción. Mientras más tempranamente el niño sepa que es adoptado mejor. Algo importante de analizar con los padres cuando se muestran dudosos al respecto, es aprovechar de revisar cuál es su propia actitud frente a la adopción. Algo indispensable es abandonar cualquier idea que tienda a considerar la adopción como algo "terrible" o vergonzoso para el niño, sino más bien se debe argumentar el

hecho de que el niño adoptivo ha sido elegido entre muchos, siempre deseado y por este motivo, objeto de un cariño excepcional. Es en estos términos que se le debe presentar el hecho al niño desde su más temprana edad.

Por el contrario, si esto es ocultado, como desgraciadamente sigue ocurriendo, no va a faltar alguien que le informe al niño más tarde de su condición, ya sea parientes o conocidos de la familia, con las desastrosas consecuencias emocionales que son dables imaginar y el natural resentimiento hacia quienes le ocultaron un hecho tan importante.

Un buen momento para comunicar el hecho al niño es cuando pregunte, por ejemplo: ¿de dónde vino él? La respuesta aconsejable es: "tú creciste en el vientre de una mamá". ¿En el tuyo? puede preguntar entonces. "En el abdomen de una mamá, pero no en el mío", sería la respuesta de la madre adoptiva. "Algunos niños viven con las madres que los procrean, otros viven con las madres que los eligen".

Separación (divorcio). Respecto a la forma de anunciar una separación de los cónyuges o un divorcio, lo más importante no es tanto el qué decirle al niño, sino el cómo se le dice. Es decir el compromiso emocional.

Aquí rige el mismo principio básico de decirle la verdad (aunque en ocasiones no es necesario decirle toda la verdad de una sola vez).

Lo más importante, es evitar expresiones derogatorias para el cónyuge que no está en la casa y menos aún culparlo de la separación. De acuerdo a las circunstancias y cuando ya se sabe que la separación será definitiva, no deben formarse falsas esperanzas en el sentido de que algún día podrán volver los padres a vivir juntos nuevamente.

En cuanto al qué decirle, más o menos se puede seguir la siguiente pauta: los padres cuando se casan, esperan ser felices y vivir siempre juntos. Pero existen oportunidades en que las cosas no ocurren de esa manera y cuando éste es el caso, que no pueden vivir juntos porque no son felices de este modo, entonces ellos deciden mejor vivir aparte. Conviene recalcar la necesidad de que la versión que ambos padres le den a los hijos sea coincidente.

Temas sexuales. En realidad, frente a la información sexual, pesan aún muchos factores culturales que son responsables de la dificultad que existe todavía, en muchos ambientes para hablar sobre temas sexuales con la naturalidad con que se habla de cualquier otro tema.

No debería ser sorprendente que muchos padres

de familia se sientan incómodos o vacilen frente a la forma de proporcionar información sexual a sus hijos cuando ni los propios médicos están suficientemente informados al respecto. Basta señalar el hecho de que en las escuelas de medicina durante los 6 ó 7 años de estudios que dura la carrera, no se dedica ningún tiempo a analizar, por ejemplo, la fisiología del acto sexual. Cuando se piensa que una de las causas más frecuentes de disarmonía conyugal es precisamente derivada de problemas sexuales, muchas veces por desconocimiento de nociones mínimas al respecto y que la persona que presente este tipo de trastornos recurrirá al médico para que se lo solucione, el panorama al respecto es muy poco reconfortante.

Se suele discutir si la educación sexual debe darse en el hogar o en la escuela. Nada más absurdo que esta polaridad. No existe ninguna razón para que la educación no deba comenzar necesariamente en el hogar y ser completada en forma ya más sistemática en la escuela desde el primer año básico (y no en la edad del adolescente como suele ocurrir). Desde el momento en que el niño comience a familiarizarse en forma progresiva con temas sexuales, de la misma manera como se familiariza con los otros temas del curriculum escolar, se eliminará el "tabú" al respecto. Si esto lo hace el profesor de ciencias naturales, cuando se mencione por ejemplo algún tema relacionado con el fenómeno de la reproducción, el profesor de historia, de religión y de las otras asignaturas, también debe aprovechar este momento para educar al niño desde el inicio de su escolaridad, incorporando la sexualidad como algo natural a su ser y naturaleza.

En cuanto al papel de los padres al respecto, ya se ha enfatizado lo suficiente en diversas publicaciones, que éste debe ajustarse a las preguntas que el niño le haga. No dar más información de la que el niño requiere en un momento dado, diciéndole por supuesto toda la verdad y usando los términos más simples, pero a la vez sin modificar el nombre de los órganos reproductores.

BIBLIOGRAFIA

- Bakwin H, Bakwim RM. Clinical management on behavioral problems in children. Philadelphia: Saunders, 1966.
 Chess S, Hassibi M. Principles and Practice of Child Psychiatry. New York: Plenum Press, 1978.
 Montenegro H. Hábitos indeseables del niño. En: Meneghelli J. Pediatría. 2^a ed. Buenos Aires: Ed. Intermedica 1978; 1378-82.

QUINTA PARTE

Temas de interés especial

MALTRATO Y ABUSO SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

PATRICIO ALVAREZ

Casi cuatro décadas han transcurrido desde que Henry Kempe presentara ante la Academia Americana de Pediatría, lo que él llamó el "síndrome del niño golpeado", creando una nueva entidad clínica para la medicina, pero también revelando al mundo científico la dramática realidad que viven, cotidianamente, miles de niños en todo el mundo.

El énfasis de estos primeros trabajos estaba puesto en las graves lesiones físicas que afectaban al aparato locomotor y los tejidos blandos de los pequeños. Se trataba de un intento por agrupar sus características distintivas y facilitar el reconocimiento por parte de los profesionales de la salud, pero al mismo tiempo, era un fuerte llamado de atención a la sociedad respecto al trato que damos a los niños durante la crianza.

En los años siguientes, se fueron distinguiendo otras formas de violencia en la interacción entre adultos y niños, haciéndose evidentes aquellas que significan descuidar gravemente las necesidades de éstos o bien, dañarlos activamente en su indemnidad física o emocional. Surge así, el concepto de maltrato en sus variadas formas que, aisladas o combinadas, aparecen recurrentemente en la convivencia diaria, alterando el curso de la vida y dejando profundas huellas en quienes los sufren.

Hablar de los malos tratos en la infancia, rompe con el mito de la niñez feliz e inmaculada. Mito que, al parecer, es una necesidad de los adultos en tanto permite normalizar y hacer emocionalmente aceptables experiencias cargadas de dolor, injusticia y humillación que hemos vivido cuando niños. Formas de violencia ejercidas, todas ellas, en nuestro propio bien, por las personas a quienes más hemos amado.

Paulatinamente, hemos evolucionado desde la identificación de una golpiza y sus señales traumáticas en el cuerpo de un niño, hasta cuestionar el modo en que adultos y niños se relacionan durante todo el proceso de crecimiento, desarrollo y socialización, ya que para distinguir los malos tratos, debemos

aclarar también cuáles son los buenos y deseables tratos para con nuestros niños.

Definición y aspectos clínicos

Definir el maltrato de manera precisa y única, no es tarea fácil. Por el contrario, pese a que existe un gran número de definiciones, desde amplias y generales hasta restrictivas y específicas, ninguna de ellas da cuenta de toda la complejidad de situaciones posibles o resulta aplicable a todos los casos. Para Garbarino existen cuatro criterios involucrados en una definición de maltrato. Ellos son: la intencionalidad del acto (u omisión), su efecto sobre el niño, el juicio valórico que hace la comunidad respecto de la acción y los patrones socioculturales empleados para construir este juicio.

Por cierto, los criterios cambian contingentemente con el devenir de la sociedad, por lo que también el significado de una acción, así como el juicio social, se modifica. Más aún, es probable que los propios efectos o consecuencias en el niño cambien, en la medida en que ciertos actos estén normalizados o sean ampliamente compartidos por el entorno social.

Por otra parte, el que una acción violenta o intrusiva sea normalizada por su aceptación general en la comunidad, no impide al niño sentir el dolor, la impotencia, la pena o la soledad, emociones y sentimientos que quedan prendidos a una memoria profunda y básica capaz de marcar el curso de la existencia pese a todos los esfuerzos por hacerlos aceptables.

Una definición de maltrato, obliga a revisar, con sentido crítico, cuál es el tipo de relaciones que establecen los adultos con los niños, de qué manera se ejerce la autoridad, cómo se imparten las normas propias de la socialización o se introduce el respeto. Significa en fin, examinar todo un proceso de crianza que usa de la violencia y la desigualdad de poder para formar hábitos, actitudes y valores, en un círcu-

lo que se perpetúa a sí mismo, pues los niños de hoy serán los padres y madres de mañana.

Todas aquellas definiciones que incluyen el uso del castigo u otras formas de violencia, implícitas en la recomendación de aplicarlos moderada o prudentemente, mantienen la legitimidad de los malos tratos, dando por sentado, de paso, que tienen un valor formativo. Por cierto que lo tienen, aunque su calidad de valor es más que dudosa.

Un golpe, un tirón de cabellos, un insulto a voz en cuello, en fin, toda forma violenta de enseñar normas o imponer límites que regulan la convivencia social, forman en el terror y en la paralización por el dolor. Pero hay más, conllevan implícita o explícitamente el mensaje, poderoso, de que el abuso de la fuerza o del poder emocional, la extorsión o la manipulación, son medios legítimos para ser usados en las relaciones personales y especialmente en las más cercanas, ya que la intimidación protege de la mirada y la eventual sanción social. Se consolida así, un doble estándar que resguarda la violencia y el no respeto por el otro en la privacidad de la vida familiar, en la cual son legítimos los pequeños y grandes actos abusivos, en tanto, se los sanciona puertas afuera.

Los usos y las maneras como se forma a un niño, son parte del propio proceso de formación y, por lo tanto, jamás es independiente del niño que resulta. El que un pequeño crezca y se desarrolle como un ser humano respetuoso, íntegro, honesto, razonablemente confiado y afectuoso, supone que haya vivido la experiencia del respeto, la confianza o el cariño. De otro modo serán sólo palabras vacías, discursos carentes de significado, imposibles de practicar, o peor aun, que el niño deberá conciliar con experiencias corporales absolutamente opuestas. Definitivamente, el fin no justifica los medios, cuando de formar valores se trata.

El hecho de que los niños, por su condición de dependencia, necesiten de sus padres u otros adultos que velen por ellos y satisfagan sus necesidades, no los transforma en propiedad ni justifica el ejercicio arbitrario o abusivo de la autoridad.

Por el contrario, la función parental, más allá de la procreación, tiene que ver con velar por la supervivencia de los hijos. Entonces, cuidar de ellos implica proveer los resguardos y el sostén físico y emocional que les permita desarrollar sus potencialidades del mejor modo posible y ello incluye, socializarlos en el respeto hacia sí mismos y hacia los demás.

"Es maltrato, todo daño físico, emocional, intelectual o moral que sufre un niño por la acción u omisión de las personas a cuyo cuidado se encuentra".

En el extremo del daño, cuando se ha ejercido

una enorme violencia, severas lesiones, graves transgresiones o traumas intensos y persistentes, no resulta difícil aplicar la definición. Sin embargo, en la medida en que los actos maltratadores son menos evidentes, más sutiles o se funden con las prácticas culturalmente aceptadas, resulta cada vez más confuso definir el límite entre el acto maltratador y el que no lo es. En el juicio social, una fina línea separa apenas lo adecuado y normal, de lo inapropiado y maltratante.

Característicamente, se han descrito formas de maltrato activo como son el maltrato físico, en que las acciones provocan desde dolor hasta lesiones corporales; el abuso emocional, en que el trato rechazante, descalificador, vejatorio y humillante va minando la confianza y la autoestima del niño, dando paso a profundos sentimientos de no ser querido. Y el abuso sexual, compleja y, a menudo, devastadora forma de maltrato por sus consecuencias sobre el desarrollo psicosexual y la emocionalidad del niño, aun en sus formas menos notorias.

Por otra parte, se encuentran las formas pasivas de maltrato caracterizadas por la omisión de acciones de cuidado, afecto, supervisión e higiene. La negligencia, el abandono físico y emocional y aun, educacional son las formas que adopta, dejando a los niños desprotegidos e indefensos. Especialmente aquellos tipos de maltrato que ocurren en el terreno emocional y afectivo, pese a ser casi del todo invisibles, tendrán graves efectos en la integridad afectiva del niño, algunas de cuyas secuelas podremos advertir luego, en su vida adulta.

Maltrato físico

Se refiere a todo daño corporal ocasionado a un niño por sus padres o cuidadores. La acción comprende desde golpes, sacudidas, tirones de cabello hasta agresiones con objetos contundentes, cuchillos o armas de fuego. Se han observado huellas de amarras y marcas diversas por golpes, quemaduras con agua caliente o cigarrillos, fracturas de cráneo, costillas o huesos largos y estallido de vísceras por golpizas brutales. Estas graves lesiones han requerido de hospitalización inmediata y complejas intervenciones quirúrgicas para salvar la vida del niño. No obstante, pueden persistir secuelas de por vida. Particularmente graves resultan los "inocentes" zamarreos o sacudidas en los lactantes. En efecto, debido al tamaño proporcionalmente grande de la cabeza, pivotando adelante y atrás sobre un cuello delgado y pequeño, el cerebro sufre violentas aceleraciones y desaceleraciones que provocan la ruptura de vasos sanguíneos en el parénquima cerebral y en las meninges, causando hematomas subdurales y hemorragias retinianas con ceguera irreversible.

Habitualmente los adultos tratarán de ocultar las lesiones provocadas al niño, de manera que parezcan consecuencia de un accidente. Los profesionales de la salud, deben estar familiarizados con el reconocimiento clínico de las lesiones no accidentales para poder sospechar el maltrato a partir de la incongruencia entre el relato anmésico y los hallazgos del examen, pero también para poder mantener una posición firme y segura frente a los padres, debilitando así, su negación.

Es del todo improbable que la caída de un bebé desde el regazo de su madre o desde su cuna, puedan provocar una fractura de cráneo; experimentos con pequeños chimpancés así lo demuestran. Por el contrario, este tipo de fracturas resultan de un trauma intenso y directo, habitualmente, intencional. El tirón repentino de un brazo desde la altura (de un adulto), puede elongar dolorosamente los ligamentos del hombro o del codo y hasta dislocarlo, pero también puede fracturar en espiral un hueso largo, cuando se acompaña de un giro brusco.

En los niños, dada la elasticidad de sus tejidos, son frecuentes las fracturas llamadas en tallo verde, en que los extremos fracturados se mantienen en su lugar y sólo el desprendimiento perióstico con el hematoma consiguiente, revelan la lesión.

Por muy azevado que sea un médico, la posibilidad de sospechar maltrato frente a una lesión física, depende de que pueda pensar en él al momento de practicar el examen físico e indagar por la historia clínica. Aunque parezca obvio, las contusiones y hematomas que presenta un bebé al ser examinado en el servicio de urgencia, no pueden ser producto de haber rodado accidentalmente por las escaleras, si tiene siete meses y aún no gatea. Sin embargo, en medio de la presión de trabajo y el apremio de la consulta, datos como ese pueden pasar inadvertidos porque nadie se detuvo y requirió un poco más de información con la sospecha del maltrato en mente.

Abuso emocional

El maltrato emocional es un acompañante casi obligado de la violencia física, aunque también puede ocurrir solo. Curiosamente en estos casos, no es reconocido como un acto de violencia. Por el contrario, para los padres, la ausencia del golpe parece quitarle todo significado abusivo, transformándolo en un acto inocente. Sin embargo, el dolor que puede causar en un niño el trato iracundo, humillante o manipulativo, puede ser peor que el de una bofetada, especialmente si quien lo practica es alguien querido, respetado y necesitado.

Cuestiones tales como la autoestima, la seguridad y la confianza en sí mismo, son apelativos para referirnos al resultado visible de delicados procesos

emocionales y cognitivos que se gestaron a través de una historia de vida nutrida tanto de éxitos como de fracasos. Obviamente, cuando los mensajes que padres o profesores dan al niño acerca de sí mismo, están cargados de insultos, mofas o descalificaciones, es inevitable que se hagan parte de su identidad. Más aún, es probable que el propio niño se esfuerce por confirmar las percepciones de éstos, sus adultos significativos, validándolos con su conducta y perpetuando la interacción abusiva.

Abuso sexual

El abuso sexual es, desde luego, una forma de maltrato y, en tal sentido se lo incluye junto a las otras variedades descritas. Sin embargo, guarda también importantes diferencias en cuanto al propio proceso abusivo, así como a los significados que reviste para la familia, el niño víctima y el entorno social, todo lo cual incide en el plan de intervenciones terapéuticas posibles.

Se considera abuso sexual, toda interacción sexualizada entre un adulto y un niño. Estas acciones pueden ir desde gestos o verbalizaciones con intención sexual, hasta relaciones sexuales con penetración vaginal o anal. Entre estos extremos, se encuentra un amplio espectro de actos exhibicionistas y caricias diversas con o sin contacto genital.

Con frecuencia, el abuso sexual extrafamiliar, ocurre a manos de un desconocido que fuerza al niño y viola su intimidad, por lo que suele acompañarse de lesiones en el área genital o en otras partes del cuerpo.

Otra, sin embargo, es la situación que ocurre en el abuso intrafamiliar. En efecto, lo habitual es que el adulto abusador, sea éste uno de los padres u otro familiar, se aproxime sexualmente al niño de manera gradual, mezclando la seducción y la presión emocional en acciones cada vez más audaces y comprometedoras. Paulatinamente, envuelve a la pequeña víctima, derribando las barreras del pudor y la intimidad personal, generando confusión en la relación entre sexo y amor, en las normas sexuales y aún en la propia identidad sexual. La gradualidad del proceso, suele hacer innecesario el uso de la fuerza y de la violencia física, por lo que, generalmente, no hay laceraciones u otras evidencias traumáticas en la zona genital. Ello resulta un serio inconveniente para los efectos de un peritaje médico legal y es, precisamente, lo que el abusador pretende evitar.

Si ha habido penetración vaginal, es posible que se constate la rotura del himen, por lo común, antigua y ya cicatrizada. Ocasionalmente hemos observado lesiones por enfermedades de transmisión sexual, tales como un chancro sifilítico, lo que, ciertamente, confirma de inmediato el abuso.

El padre abusador, recurre a la manipulación afectiva y a su ascendente moral, traicionando la confianza de toda la familia y, en especial, la de su pequeña hija o hijo. La niña es recompensada por mantener un comportamiento absolutamente inapropiado para su edad, a través de una relación privilegiada con este adulto, que la aísla de sus hermanos y pares.

Habitualmente, la estimulación erotizada moviliza la propia sensualidad de la niña, quien comienza a participar activamente de la situación abusiva, agravando los sentimientos de culpa y suciedad corporal. Es corriente observar entonces, conductas de precocidad sexual que van mucho más allá de los juegos sexuales de la infancia, caracterizados por la curiosidad y la comparación de semejanzas y diferencias. Entrenados en el contacto a través de la sexualidad, los niños abusados, buscarán reproducir con sus hermanos más pequeños o con sus pares, actos intrusivos que replican la sexualidad adulta, revivirán en sus juegos con muñecas las experiencias acaecidas con el abusador y se masturbarán con frecuencia, como resultado de la sensualidad despertada prematuramente por las acciones abusivas.

Por lo general, la niña guarda silencio respecto del abuso, amedrentada por las amenazas explícitas o encubiertas del perpetrador, pero también por vergüenza o por la certeza de que su denuncia provocará una ruptura familiar. Sin embargo, en ocasiones, logran explicitarlo a su madre u otro miembro de la familia, sólo para constatar que estas personas no están, por lo común, dispuestas a protegerlas.

La negación, el descrédito o la activa culpabilización del niño por parte del perpetrador y el resto de la familia, estigmatizan fuertemente a la pequeña víctima, quien interpreta incluso el horror y el asombro que muestran las demás personas, como una señal de su deshonra y su culpa. La propia cultura tiende a liberar al abusador de su responsabilidad, depositándola en la niña que es vista como descuidada, provocativa o seductora. Vecinos y profesionales pueden también culpabilizarla o, en el mejor de los casos, verla como un producto dañado. Este proceso es reforzado por el hecho de que los adultos abusadores, suelen guardar un comportamiento social intachable, especialmente aquellos hombres pavidos, cuya preferencia sexual está dirigida exclusivamente a niños y niñas prepúberes, por lo cual son maestros en ganar la confianza y simpatía de los pequeños, manteniendo, al mismo tiempo, una fachada de moralidad, honestidad y rectitud que los hace acreedores de toda la aprobación y respaldo de los demás adultos de la familia y de la comunidad.

Característicamente el abuso sexual que ocurre dentro de la familia, se extiende por años iniciando-

se en la edad preescolar y continuando hasta la adolescencia temprana, en que el temor de un embarazo o la actitud más abierta y decidida de la niña para encarar al abusador, le ponen término. Cuando ello no sucede, la niña suele reaccionar con graves síntomas conductuales de desafío y rebeldía, desórdenes del ánimo, fugas del hogar o intentos de suicidio.

Abandono físico y emocional

Esta forma de maltrato, se caracteriza por el abandono de las funciones parentales en diversas áreas tanto físicas como emocionales. Comprende el descuido en la higiene, la nutrición, la salud o la educación del niño, así como la falta de supervisión básica o la sobreexposición del pequeño en actividades potencialmente peligrosas, sin adoptar las mínimas precauciones o resguardos. Del mismo modo, en el terreno emocional, significa privar al niño del afecto, la calidez, la contención y el apoyo que le permitan sentirse querido y validado. Pueden aparecer vestidos de manera inapropiada, sucios, con carencias nutricionales o problemas crónicos de salud relativamente fáciles de solucionar, pero que perduran por falta de tratamiento o incumplimiento de las indicaciones esenciales. Son todos aspectos que revelan la falta de interés de sus padres por ellos o el activo rechazo y aversión.

Sin embargo, también se encuentran niños que, en el otro extremo, viven para la satisfacción narcisística de sus padres. Vistos como una especie de prolongación de ellos mismos y cargados de expectativas abrumadoras e irreales, son sobreexigidos y demandados en capacidades que, incluso no poseen, pero que la ceguera egocéntrica de sus padres, les impide ver, llegando hasta el extremo de perder la vida en actividades temerarias y absurdas. La preocupación por estos hijos es aparente, ya que antes que su propio bienestar, importan como objetos funcionales para alardear o divertirse.

La nutrición afectiva, resulta tanto o más importante que la orgánica y ello queda puesto en evidencia dramáticamente, cuando observamos niños privados de cariño y atención. Su expresión sería, triste o reconcentrada, sus permanentes intentos congraciativos o su refugio en una aparente indiferencia, son todas, señales de sus carencias y el sentimiento profundo de no ser deseados ni queridos.

Frecuentemente se podrán detectar en el mundo adulto, las secuelas de estas tragedias infantiles, en forma de conductas autodestructivas, exigencias desmedidas, dependencia de afecto y atención, en fin, una saga que, muchas veces, termina por confirmar el mensaje implícito en el abandono: "mejor sería que no hubiera nacido".

Desde el cuestionamiento de la legitimidad del uso de cualquier forma de violencia en el trato con los niños y jóvenes, cada grupo de intervención, puede darse a sí mismo una definición operacional basada más bien en la cultura local, los recursos propios y los ámbitos posibles de intervención. Esto, en un sentido concreto e inmediato, implica planificar una definición que no supere las posibilidades de cobertura y efectividad del equipo, que así podrá intervenir con razonable seguridad de conseguir sus objetivos, otorgándose, al mismo tiempo, un margen mínimo de autocuidado. Pero aun hay más, es probable que el mismo mecanismo opere en un nivel inconciente para definir, esta vez de manera implícita, el maltrato que se pueda reconocer e intervenir. De allí que transformarlo en un criterio explícito, devenga en directo beneficio de la detección y el trabajo de intervención.

Epidemiología del maltrato infantil

Lo primero que salta a la vista, cuando se trata de conocer la magnitud del maltrato infantil, es la enorme dificultad para comparar los datos recogidos por los distintos estudios en todo el mundo. Ello debido principalmente, a la diversidad de las definiciones y las distintas metodologías utilizadas, pero también a las diferentes poblaciones investigadas, ya que en cada país, existen al menos cinco niveles posibles de conocimiento del problema, que se distribuyen a la manera de un "iceberg".

En el nivel 1, el más evidente, están aquellos casos posibles de reunir en un registro nacional a cargo, por ejemplo, de los servicios de protección de la infancia. En el nivel 2, se encuentran los casos detectados por instituciones con poder para investigar, tales como la policía y el sistema judicial, pero que no son clasificados oficialmente como maltrato. Los casos conocidos por profesionales de colegios, hospitales, servicios sociales y de salud mental, y no reportados oficialmente, conforman el nivel 3. Actualmente, la subnotificación en este nivel es muy alta y, si bien, puede mejorar con la sensibilización y la capacitación específica, es probable que persista una fracción no reconocida y/o no reportada. En el nivel 4, están los casos reconocidos por personas naturales: amigos, vecinos o familiares, que rara vez los reportarán. Por último, en el nivel 5, se encuentran todos aquellos casos de maltrato que sólo conoce el perpetrador y la propia víctima y que, obviamente, son ocultados.

Una implicancia inmediata de este modelo, es el hecho de que los casos posibles de conocer desde las instituciones, son siempre una fracción menor de la población real de niños maltratados, siendo esta última, prácticamente imposible de abarcar, consi-

derando las serias dificultades metodológicas para abordar el tema en la población general.

Por otra parte, intentar conocer la magnitud del maltrato a través del reporte de casos, conlleva el problema de que se sobredimensione su frecuencia en las capas más pobres, pues son ellas las que más recurren a los servicios públicos y de asistencia social. De hecho, en los niveles socioeconómicos altos prácticamente no existen datos que permitan conocer cuantitativamente el problema, transformando en un gran desafío metodológico el tornar permeables los férreos límites de la privacidad de estas familias, cuando de violencia se trata.

Tan importante, como las definiciones utilizadas y la población estudiada, es pues, la metodología que se emplee. Y para muestra, un ejemplo: las tasas de prevalencia de abuso sexual en mujeres, reportadas por distintas investigaciones en Estados Unidos, varían entre 8 y 62%, según se haya aplicado un cuestionario de autorreporte o una entrevista dirigida.

Los dos grandes estudios de incidencia en Estados Unidos (NIS-1 y NIS-2), fueron realizados en 1980 y 1986. Ambos usaron los casos conocidos por los servicios de protección infantil (nivel 1) y por los profesionales de las instituciones que conforman los niveles 2 y 3, en 10 estados del país. Obtuvieron tasas globales de 10 por 1000 niños y 25 por 1000 niños respectivamente, lo que refleja un importante aumento en el quinquenio, que en parte es real, pero que también se relaciona con la ampliación de las definiciones usadas en el segundo estudio, respecto del anterior.

De estos resultados se desprende que en EE.UU. cada año son reportados 2.000.000 de niños como casos nuevos de maltrato, cifra que resulta 212% mayor que las estimaciones de la década anterior. Según los mismos estudios, uno de cada seis de estos niños maltratados, sufre abuso sexual.

En Chile, el conjunto de Servicios de Salud reporta alrededor de 100 casos nuevos atendidos por año, cifra que revela la importante subnotificación que todavía ocurre en este sector. Algunos estudios en muestras representativas de la comunidad, a través de autorreporte de niños, encuentran una prevalencia de 10% de maltrato físico y abuso sexual, en escolares adolescentes, 63% de maltrato físico en escolares de 8^{vo} básico y un 75% de padres que reconocen usar del castigo físico con sus niños.

El más reciente estudio de prevalencia en Chile, efectuado para la Organización Panamericana de la Salud, en una muestra probabilística de niños entre 0 y 15 años, tomada de instituciones de educación, salud y juzgados (niveles 2 y 3), y que utilizó las mismas seis categorías y subtipos de maltrato que los estudios NIS, reveló una tasa global de 24 por

100 menores de 15 años, lo cual implica que 1 de cada 4 niños entre 0 y 15 años, recibe algún tipo de maltrato. La misma investigación mostró la siguiente distribución porcentual para las diferentes categorías de maltrato: 60% abuso emocional, 48% maltrato físico, 44% abandono emocional, 34% abandono físico, 22% abandono educacional y 9% abuso sexual. Un 30% de los niños sufría un solo tipo de maltrato, un 36% dos tipos y otro 1/3, tres o más formas de maltrato combinadas. Una de las conclusiones importantes que se desprende de esta investigación, es que así como es posible mejorar el reconocimiento de una gama más amplia de maltrato con una adecuada capacitación a los profesionales que detectan; otros tipos, como el abuso sexual seguirán siendo subreportados por las dificultades de las personas para reconocerlo abiertamente, dadas las sanciones sociales y legales que conlleva.

Estas cifras son ya bastante altas, pero seguramente, insuficientes. Es probable que, en la medida en que aumenta la difusión del problema en la comunidad y emergen a la conciencia pública las distintas formas de violencias que se viven al interior de las familias y de las instituciones, sea posible acceder a los niveles más ocultos. Es fundamental, empero, que los futuros estudios utilicen criterios y metodologías comparables que permitan sumar los esfuerzos aislados y generar un cuerpo sólido de información.

Factores de riesgo asociados al maltrato infantil

El maltrato hacia los niños ocurre prácticamente en todas partes del mundo y lo cometen personas de todas las clases sociales. Aunque es un error pensar que la violencia se distribuye en forma democrática. Consistentemente, la pobreza, la cesantía y la crónica falta de recursos aparecen como un fuerte factor de riesgo que impone, permanentemente, un nivel más alto de incertidumbre y ansiedad sobre todos los miembros del sistema familiar.

Por otra parte, en los niveles socioeconómicos altos, el problema se oculta por la fuerte sanción social que significa y la vergüenza que acompaña su reconocimiento público. Difícilmente estas familias son intervenidas por los servicios sociales, ya que acuden a profesionales e instituciones privadas y exigen guardar en el secreto de la confidencialidad, las señales de la violencia, usando de sus influencias y poder económico para amenazar y callar los intentos de denunciar las interacciones abusivas.

La tendencia general muestra que los niños varones sufren con más frecuencia todos los tipos de maltrato, excepto el abuso sexual, que ocurre más en las niñas.

En cuanto a la edad, se estima que cerca de la mitad de los niños golpeados o abandonados son menores de seis años, aunque en las últimas décadas se observa un desplazamiento a edades mayores, alcanzando a púberes y adolescentes. El abuso sexual ocurre con más frecuencia en la edad escolar y comienzos de la pubertad. Finalmente, los lactantes y preescolares, tienen las mayores tasas de muerte por maltrato.

El riesgo es mayor para aquellos niños que sufren problemas físicos crónicos o malformaciones, así como trastornos del desarrollo y desórdenes conductuales, que los hacen más demandantes y dependientes de los adultos a cargo. Las dificultades de rendimiento escolar y la conducta disruptiva que acompañan a estos desórdenes, habitualmente dan pie para la ocurrencia de varias formas de maltrato. Mención especial merece el mayor riesgo de abuso sexual al que quedan expuestos los niños y niñas con trastornos globales del desarrollo y retardo mental.

La edad de los padres no es un factor discriminador, de manera que el rango es amplio, abarcando desde los 20 hasta los 45 años. Y se extiende aún más cuando se considera el abuso sexual, pues en este caso, los perpetradores pueden ser abuelos de hasta 70 años y más.

Si se trata del maltrato físico o emocional, la madre es quien castiga con mayor frecuencia, probablemente porque pasa más tiempo con los niños y está, principalmente, a cargo de la crianza, pero el padre suele hacerlo con más severidad. En todo caso, el otro progenitor conoce del castigo, lo tolera y, muchas veces, lo alienta activamente.

Existe un grupo de estos padres que no desearon la gestación y tampoco lograron asumir su parentalidad. Otros, vivieron el embarazo con expectativas poco realistas o idealizadas respecto del bebé por nacer, condición que resulta particularmente riesgosa, ya que distorsiona la percepción de sus necesidades y requerimientos. Efectivamente, el niño es visto por los padres, como una fuente de segurización y satisfacción de sus propios vacíos emocionales, siendo incapaces de responder adecuadamente frente a las exigencias que plantea la crianza. Es así como muchas conductas demandantes, pero normales en distintas etapas del desarrollo infantil, son percibidas como falta de cooperación, maldad y agresión del niño, despertando sentimientos de agobio e impotencia que desencadenan la ira y el castigo o el desinterés y el abandono de sus padres, los cuales se perciben a sí mismos como víctimas de sus pequeños hijos.

La mayor parte de los estudios sobre factores de riesgo, muestra que los trastornos psicopatológicos graves, tales como esquizofrenia o desórdenes afectivos mayores de los padres, explican sólo una pro-

porción menor del maltrato, aunque efectivamente, puede ser más severo o bizarro. En este sentido, varios estudios señalan la presencia de un familiar con problemas de salud mental en el hogar, como un factor de riesgo.

Un hallazgo casi constante en estas familias es el hecho de que uno o ambos padres, también fueron maltratados física, sexual o psicológicamente en su infancia. Sus recuerdos están cargados de castigos y tratos duros que aprendieron a racionalizar, validándolos en sus propios cuerpos. Muchos de ellos, carecen de alguna experiencia gratificante de cuidados y afecto, atribuyendo un valor formativo al rigor y el castigo. Resulta dramático el hecho de que, aun cuando un tercio de ellos, declara que no usaría jamás la violencia contra sus hijos, indefectiblemente recurre a ella cuando se siente sobrepasado por la ansiedad.

Las familias en las que ocurre maltrato, tienden al aislamiento. Ello no resulta para nada extraño, si consideramos las historias de infancia de los propios padres. En efecto, son frecuentes las salidas prematuras del hogar materno, hastiados e incapaces de seguir tolerando la violencia o el abuso. De allí que carezcan de lazos afectivos y de apoyo fuertes con sus familiares y resulten desconfiados y recelosos de las instituciones y redes sociales, lo cual aumenta su vulnerabilidad a las distintas presiones ambientales como el desempleo, la marginalidad, las demandas de una familia numerosa u otras responsabilidades. Finalmente, está el efecto facilitador de la agresividad que produce el abuso de alcohol o de drogas y que, en nuestro país, acompaña con frecuencia a la violencia familiar. Particularmente grave resulta, en nuestra experiencia, el abuso de cocaína que induce cambios impredecibles y marcados del ánimo, exacerbando la irritabilidad y el descontrol agresivo.

Ninguno de los factores analizados basta por sí mismo para explicar el maltrato, sin embargo la combinación de varios de ellos, en distintas proporciones, facilita la ocurrencia de la situación abusiva e incide en su perpetuación.

Prevención y tratamiento

Impedir que la violencia física, emocional o sexual se haga parte de las relaciones familiares, constituye la prevención primaria y para ello se debe desafiar como cuerpo social muchas premisas básicas arraigadas fuertemente en nuestra cultura, la misma que todos los alimentan cotidianamente con el castigo que se da a los propios hijos, convencidos de que es la mejor manera de enseñarlos o cuando se tolera pasivamente la violencia indiscriminada.

Es probable que gran parte del castigo físico y emocional ligado a la crianza, pudiera prevenirse o

reducirse, si consistentemente se definiera como inaceptable el uso de recursos violentos en la socialización de los niños y, al mismo tiempo, se brindaran pautas no maltratadoras para hacerlo, como parecen demostrarlo varias experiencias piloto en centros de cuidados diurnos para preescolares, emprendidos en los últimos años.

Somos parte de una cultura que fácilmente confunde autoridad con abuso de poder y respeto con temor, en circunstancias de que es exactamente al revés. Posee autoridad, quien ayuda a otro a crecer y eso trae de la mano el respeto, que es reconocer al otro como un otro legítimo.

Importante tarea de la prevención del maltrato, es el proceso de apego que se establece entre el niño y sus padres y que se inicia incluso antes del embarazo, en el espacio psíquico de las fantasías y los anhelos idealizados. En efecto, cuán deseado ha sido el hijo por venir o cuál sea la posibilidad de asumir crecientemente la maternidad y la paternidad durante los meses de gestación, parecen ser factores determinantes, según muestran varias investigaciones, en la calidad del afecto y los cuidados que recibirá posteriormente el niño. Del mismo modo, una vez nacido el bebé, se inicia un intenso proceso de apego afectivo con la madre y otras figuras adultas en el cual influyen, como en otras especies mamíferas, el contacto corporal, la mirada ojo a ojo, la capacidad de respuesta a la estimulación e infinidad de otros factores, que se combinan para generar un complejo y cercano diálogo que estrecha y acrecienta el vínculo amoroso, a la vez que estimula la cognición y los sentidos de ambos.

Todo aquello que propenda al apego, facilita este diálogo, sin palabras, alejando las posibilidades del abandono o la negligencia. Por el contrario, las hospitalizaciones prolongadas del bebé en unidades aisladas, los contactos breves y ansiosos, el escaso roce corporal, alejan a la madre de su hijo, debilitando los vínculos incipientes y haciendo posible la emergencia del maltrato.

En el terreno del abuso sexual, se han desarrollado varias experiencias orientadas a que niños y niñas preescolares tomen conciencia del autocuidado de su cuerpo, aprendiendo a discriminar las caricias y contactos físicos apropiados de aquellos que resultan abusivos y, a la vez, desarrollen capacidades asertivas que les permitan oponerse al abuso y buscar ayuda. Se ha demostrado que aun niños muy pequeños pueden, en efecto, distinguir como extraños y amenazantes actos aparentemente cariñosos pero que están cargados de una intencionalidad erótica. Esto ocurre, desde luego, sin que el niño pueda comprender cabalmente el significado de tal acción y no posea siquiera, el lenguaje para nombrarla.

En nuestra experiencia, este tipo de programas preventivos resulta especialmente valioso frente al abuso sexual extrafamiliar, que se produce con adultos extraños. Ciertamente su efectividad es menor cuando la interacción abusiva ocurre con un padre u otro familiar cercano, con quien la confianza y el cariño no están puestos en entredicho. Por el contrario, pese a las señales contradictorias y maltratantes que la niña o niño registra, su disposición natural es a confiar y aceptar los actos que de estos adultos provienen. Si a lo anterior se suma la autoridad que el adulto tiene, o sus amenazas, resulta del todo improbable que el niño logre por sí mismo impedir el abuso.

Finalmente, si de prevenir el maltrato se trata, no se puede excluir la responsabilidad política que implica mejorar las condiciones generales de vida para una enorme proporción de la población de nuestra América Latina. La violencia inherente al modelo de libre mercado, que genera enormes inequidades en la distribución de los bienes, acrecienta por sí mismo el maltrato, pues aumenta la pobreza y deteriora la calidad de vida de mucha gente. Pero, además, en tanto reafirma el valor de las desigualdades de poder en las relaciones entre seres humanos, válida y legítima el abuso.

Intervenciones y actitud frente al maltrato y abuso sexual

El ámbito de intervenciones terapéuticas posibles de realizar para las distintas formas que adopta el maltrato, es muy vasto y, desde luego, está directamente relacionado con la gravedad y los riesgos que cada caso presenta.

La expresión de censura en el rostro de una enfermera o de una profesora, cuando la madre cuenta de los correazos o tirones de pelo que da a su hijo porque éste no obedece, es en sí misma, una intervención. También lo es, desde luego, el gesto de aprobación que podría recibir por tal acción. Sin embargo, sus efectos son enteramente distintos.

Con la situación anterior, se pretende llamar la atención sobre el hecho de que siempre es posible intervenir en relación al maltrato, pero hacerlo en favor de erradicar la violencia, implica revisar los significados propios acerca de lo que estamos dispuestos a llamar como tal, los mismos que surgen desde las experiencias personales acumuladas en una historia de vida como niños, en el seno de nuestras familias.

Cuando una intervención es suficientemente eficaz como para detener el maltrato e impedir que éste continúe ocurriendo, se está haciendo prevención secundaria. Sin embargo, ello no basta, pues las familias que actúan como sistemas abusivos han cambiado radicalmente su organización y en vez de velar por el apropiado crecimiento y desarrollo de

sus miembros, dañan su integridad física y emocional, usando de la violencia en sus interacciones. Víctimas, hermanos y padres, todos han sido tocados por las relaciones maltratadoras y han perdido la familia que tuvieron. Es necesaria la reparación de los daños tanto individuales como grupales, aun sabiendo que nunca volverán a ser la familia que fueron. Es la prevención terciaria, que intenta impedir o reducir secuelas.

Tradicionalmente el maltrato, así como otros problemas psicosociales que vulneran gravemente la integridad de los niños, ha sido tratado mediante intervenciones que intentan protegerlos rescatándolos del seno de la familia que los daña. Habitualmente, la medida de protección judicial dispone que el niño sea removido de su familia y se le interne en una institución de acogida en la que puede permanecer por años. Si bien esta acción logra impedir, efectivamente, que el niño siga siendo maltratado por sus padres, acarrea otros sufrimientos tales como el desarraigo, la pérdida de personas queridas, la soledad e, incluso, los malos tratos que también ocurren al interior de las instituciones.

El niño pierde sus vínculos afectivos y carga, aun en aras de su protección, con las consecuencias de un abuso que otro cometió y del cual continúa siendo víctima. Por otra parte, sacar a un niño de su hogar y ponerlo con una familia sustituta o una institución puede ser, a veces, la diferencia entre la vida o la muerte del pequeño, por lo que jamás se deberá desechar como alternativa.

El objetivo terapéutico, sin embargo, está orientado a lograr que el niño en lo posible, no pierda a su familia, para lo cual es necesario que todos sus miembros puedan garantizar una convivencia basada en el respeto y el cuidado por el bienestar mutuo. Hacia allá se dirigen nuestras intervenciones y el trabajo terapéutico que se expone en los párrafos siguientes.

La primera tarea de intervención será evaluar apropiadamente, tanto el contenido de la situación abusiva, como el contexto familiar y social en el que ocurre. Ello permitirá, en una primera aproximación, reconocer todos aquellos factores que incrementan el riesgo de recurrencia y de peligrosidad. Pero también, detectar recursos que, apoyados por nuestras futuras intervenciones, resulten en proteger al niño y detener las acciones maltratadoras.

Diagnóstico e intervención, se funden así en un dinámico proceso recursivo que se prolongará a través de todo el tratamiento.

Tratamiento interdisciplinario e intervención en red

El maltrato infantil, al igual que otros problemas psicosociales, requiere de un conjunto de interven-

ciones que sobrepasa la capacidad y los límites de cualquier profesional aislado.

Configurar la situación abusiva, definir responsabilidades, evaluar gravedad y riesgos de recurrencia, adoptar medidas de protección, sanciones judiciales, acciones terapéuticas de rehabilitación, son todas decisiones complejas, que exceden las posibilidades personales del mejor profesional. Es indispensable, entonces buscar la asociación, pero ello no es fácil, pues el trabajo interdisciplinario exige romper con los límites propios, empaparse del lenguaje de los otros y valorar su competencia tanto como la propia compartir criterios operacionales y crear canales expeditos de coordinación que permitan hacer coherentes las intervenciones.

Ningún equipo de trabajo se genera por decreto y no basta la buena voluntad para lograrlo. El que un grupo de profesionales se transforme en un sistema que comparte acciones y responsabilidades, es un proceso que implica la construcción, a la manera de un tejido, de una red de personas comprometidas en un mismo marco de significados, cuyos roles están claramente definidos y son complementarios entre sí. A costa de resolver obstáculos, el equipo se va afianzando y reforzando la confianza mutua, reconociendo los recursos con que cuenta y, también, sus debilidades.

Compartir un mismo significado para el maltrato parece fácil, pero a menudo no lo es, ya que el maltrato y el abuso, como parte de la cultura, están incorporados en la propia historia de quienes deben intervenir y así, sus juicios, opiniones, conductas y actitudes surgirán, inevitablemente, desde las personales experiencias que cada uno ha vivido en relación a la violencia a lo largo de su vida. Es necesario trabajar estos aspectos como equipo, explicitando las coincidencias y también las diferencias.

Cuando el proceso interdisciplinario no ocurre, sólo existe un grupo multiprofesional, cuyas acciones se tornan incoordinadas, incluso antagónicas, desgastando y frustrando a los profesionales, desprotegiendo a las víctimas y maltratando a las familias con mensajes incongruentes, trámites inútiles y acciones ineficaces.

El niño maltratado y su familia son parte de una comunidad, comparten con otros niños y adultos, familiares y vecinos. Se encuentra con ellos en la escuela, en la iglesia, en el consultorio. Hay numerosas instancias en las cuales el maltrato puede ser detectado, reconocido y donde pueden efectuarse intervenciones preventivas, de tratamiento, de control social y de seguimiento.

Parte fundamental del trabajo en equipo es la mutua contención emocional entre sus miembros puesto que las interacciones abusivas de la familia tienden a ser reproducidas al interior de los grupos

de tratamiento, canalizando en la agresión explícita o encubierta, la rabia, la pena, la frustración y la desesperanza que son nuestros materiales diarios de trabajo.

El autocuidado de la red es también una acción terapéutica pues, al modo de un espejo, muestra a las familias que el respeto personal, la solidaridad y el acogimiento mutuo son ingredientes indispensables para una convivencia no abusiva.

El contexto coactivo en la terapia

Un importante motivo para buscar la asociación con otros sistemas de intervención es el escaso poder de control social que poseen los terapeutas. Y ello queda dramáticamente en evidencia cuando se intenta trabajar con sistemas abusivos.

El maltrato infantil y el abuso sexual son delitos y, además de la sanción social, pueden significar penas legales que implican hasta la pérdida de la libertad, por esta razón los padres y, a menudo, otros familiares, tienden a ocultarlo activamente. Pero hay más, el poder del abusador radica fundamentalmente en el secreto y el silencio de la víctima y de todos los demás: adultos, niños, vecinos y profesionales que, incluso sospechando o conociendo la situación, callan, encubriéndola.

Aun cuando la familia no lo haga explícito, suele entregar a su entorno señales definidas de la violencia que sufre. El niño que es enviado a la escuela con marcas de castigo en el cuerpo o el que concurre a control al consultorio con signos evidentes de descuido, están mostrando las consecuencias del maltrato en forma elocuente y ello puede ser interpretado como un implícito pedido de ayuda imposible de verbalizar, pues hacerlo significaría enfrentar la sanción social o judicial.

En consecuencia, la familia que vive el maltrato y peor aún, el abuso sexual, rara vez se propone a sí misma como un cliente para terapia. En el mejor de los casos concurre presionada por el colegio, la trabajadora social del consultorio o el tribunal de menores e intenta cerrar o minimizar rápidamente la crisis provocada por la explicitación de la situación abusiva.

Por otra parte, el propio proceso terapéutico conlleva la intensidad y el dolor de encarar las consecuencias de la conducta abusiva en todos los miembros de la familia. Ello puede resultar tan duro y conmovedor que se intenta, muchas veces, abandonar el tratamiento. Sin embargo, como terapeutas, sabemos que es sólo enfrentando esta organización abusiva que la familia podrá buscar nuevas pautas de interacción y convivencia y que es en este proceso donde surgen también las posibilidades reparatorias individuales, por lo que llevarlo adelante resulta insoslayable.

Nuestra experiencia nos ha enseñado que este proceso adquiere su mayor fuerza emocional y el menor potencial de cambio, cuando el enjuiciamiento del maltrato y la confrontación del abusador surgen desde miembros de la propia familia. Ello garantiza una mejor protección de la víctima, pero a la vez tiene, en sí mismo, efectos reparatorios ya que implica la credibilidad del niño, el alineamiento con él y el comienzo del debilitamiento del poder absoluto del abusador. Por el contrario, cuando este cuestionamiento es realizado sólo por agentes externos de intervención, la familia lo vive como una agresión a uno de sus miembros, volcando su rabia sobre el niño y facilitando la negación del abusador.

Disponer de un contexto coactivo nos otorga el poder de convocatoria para que los miembros de una familia se mantengan en tratamiento a pesar de ellos mismos.

Decir contexto coactivo no es sinónimo de contexto punitivo. Por el contrario, para que esta obligatoriedad tenga un efecto terapéutico es necesario que desde el propio sistema judicial se introduzca en la familia el reencuadre de la terapia como acción rehabilitadora y no castigadora. Incluso la penalización de actos que son criminales cobra un sentido distinto para el abusador, a partir del reconocimiento y aceptación de su responsabilidad en la violación de los derechos y la intimidación física y emocional de los otros. Pero tal reconocimiento es el primer paso en la rehabilitación terapéutica del propio abusador, de donde resulta un proceso circular en el que sistema judicial y sistema terapéutico se necesitan y, a la vez, se habilitan mutuamente.

Trabajar asociados es parte del proceso de construir la red de coparticipación. El juzgado es un recurso para lograr la terapia. Los terapeutas somos un recurso para la rehabilitación judicial.

¿Y qué ocurre cuando no se cuenta con el contexto judicial?

Se debe echar mano a todos los recursos disponibles en la red familiar, comunitaria, institucional y también a la creatividad, para generar un contexto de obligatoriedad que mantenga la presión suficiente sobre la familia. Se ha encontrado que un colegio de prestigio, otros familiares, amigos de la familia, el servicio de bienestar de una empresa bien remunerada, alguien dispuesto a hacer públicos los hechos, resultan en contextos coactivos que, fuertemente alineados con la credibilidad en el niño, ejercen la presión suficiente para mantener abierta la crisis familiar y al abusador en tratamiento.

Es probable que en la medida en que la ley se perfeccione y los procedimientos que median su aplicación se tornen más eficaces, eliminando barreras burocráticas, otorgando voz y credibilidad a los niños, impidiendo que las causas sean sobreesdidas a

través de subterfugios y trampas legales, podamos poner cada vez más, nuestra capacidad terapéutica al servicio de la rehabilitación en el contexto judicial.

Intervenciones de control social e intervenciones reparatorias

Es útil distinguir dos fases en el tratamiento, que aunque están íntimamente ligadas, tienen objetivos distintos y procedimientos específicos, resultando entre sí complementarios. Estas son las intervenciones de control social y las intervenciones terapéuticas reparatorias.

La explicitación pública de la dinámica abusiva suele resultar suficientemente perturbadora como para que el sistema familiar pierda su nivel de estabilidad dinámica y entre en crisis, esto es, busque alcanzar un nuevo nivel de estabilidad. Subrayo el carácter público de la denuncia, ya que sabemos que la explicitación en el ámbito circunscrito de la familia nuclear, con enorme frecuencia es desoído o minimizado sin provocar crisis alguna. Lo público puede ser otro familiar, un vecino o algún profesional en contacto con el niño, es decir alguien que sale del límite de relaciones de confianza más cercana.

Producida la crisis, sobreviene un intenso proceso emocional que implica recriminaciones, amenazas y alineamientos de todos los miembros de la familia.

Las acciones que se suceden vertiginosamente nos hablan acerca de los grados de flexibilidad o rigidez de la familia y de los recursos que es capaz de movilizar para resolver su crisis. En el momento para evaluar quién otorga credibilidad al niño, quién está dispuesto a protegerlo, mediante qué acciones y cómo se detiene la interacción abusiva.

Las intervenciones de control social están dirigidas a detener la violencia, proteger de inmediato a los miembros de la familia y reintroducir los aspectos normativos que regulan la convivencia. Sin embargo, al efectuar estas acciones estamos intensificando la crisis familiar, por lo que no es extraño que la respuesta sea un fuerte intento por minimizar la perturbación.

En este punto, la familia inicia un conjunto de acciones tendientes a presionar al niño y a otros miembros para retornar al nivel previo a la crisis. La detención del maltrato o el abuso no bastan para evitar este proceso de victimización secundario, en el que se duda de la veracidad del niño, se le culpa del abuso y de denunciarlo públicamente, se le responsabiliza de las consecuencias sociales, económicas y legales que la crisis tiene para la familia, se le expone, en fin, a nuevos maltratos.

La fase de intervención social es pues, una etapa

tremendamente activa del tratamiento, que requiere de toda nuestra energía y disponibilidad y que pone a prueba la fortaleza de nuestra red de intervención, siempre susceptible de reflejar internamente la misma crisis que vive la familia.

En tanto nos preocupamos de la integridad y seguridad del niño, se debe descubrir y fortalecer a las personas que están dispuestas a protegerlo incondicionalmente, bloquear los intentos del resto de la familia por mantener la negación y comenzar la confrontación del abusador, al tiempo que iniciamos la creación de un contexto coactivo.

Por otra parte, se ha podido observar que hay ciertos pasos que deben anteceder a otros para que sus efectos resulten efectivamente reparatorios. Si bien parece obvio que una de las primeras medidas de control social sea la detención inmediata del maltrato, debemos asegurarnos de que ello verdaderamente ocurra y se mantenga en el tiempo. Es probable que todos los que trabajamos con sistemas abusivos hayamos vivido más de una vez la dramática experiencia de que mientras hacíamos terapia con la familia, el maltrato o el abuso continuaban ante nuestros ojos, acrecentando la impotencia de las víctimas y, complementariamente, tomando en omnipotente al abusador.

Una formación, orientada a la comprensión y a la confianza en la "alianza terapéutica", impele a ir adelante sin detenerse a constatar la intención y la honestidad de las personas. Se olvida que cuando el abuso y la violación sistemática de la integridad física y emocional de los hijos se han hecho carne en las relaciones familiares, algo esencial ha cambiado en la organización de esa familia. El encubrimiento, el engaño, el fraude de la confianza han llegado a ser tan cotidianos como podrían ser el afecto o el respeto mutuo.

La fase de terapia reparatoria nos permite elaborar pérdidas, dolores, reencontrar afectos, deslindar responsabilidades, pedir y otorgar perdón. En este momento podemos volver a ser comprensivos, acogedores, sanadores de dolor. Sin embargo, nada de ello es posible si la fase de intervenciones sociales no se ha cumplido, previa o simultáneamente, a plenitud.

La incongruencia de trabajar aspectos elaborativos y reparatorios, en tanto la dinámica abusiva persiste, tiene efectos devastadores sobre la víctima y también sobre el equipo de tratamiento. Y es probable que algo así nos ocurra más de una vez, a pesar de nuestros esfuerzos.

La fase de intervención social es crucial para posibilitar el desarrollo de las demás etapas terapéuticas, sin embargo nos sitúa en un rol para el que, psiquiatras y psicólogos, no están preparados. De allí que contar con un equipo de personas con distin-

tas habilidades y destrezas puede facilitar la tarea. No es posible empero, marginarse de ella; por el contrario, está tan estrechamente ligada a la eficacia de las intervenciones posteriores que, desde la función terapéutica, se deberan hacer parte en todo momento.

Las intervenciones psicoterapéuticas reparatorias del maltrato infantil y el abuso sexual, están orientadas a los niños víctimas, a los demás miembros del grupo familiar y a los padres abusadores. Cada uno de ellos debe elaborar tanto aspectos individuales como grupales, en el plano de las relaciones familiares y su propio rol en la situación abusiva.

Terapia individual con víctimas de abuso sexual

El abuso sexual representa una de las formas más graves de maltrato por sus consecuencias psicológicas y emocionales que pueden perdurar por toda la vida.

En la niña o niño victimizados, es necesario sanar los efectos inmediatos derivados de la situación traumática, pero también prevenir las consecuencias devastadoras del abuso en el largo plazo que, traducidas en graves conductas autodestructivas, reproducen una y otra vez el maltrato, confirmando el dolor, la soledad y la imposibilidad de tener un lugar en el mundo.

Los niños abusados, experimentan fuertes sentimientos de vergüenza, culpa, rabia y pena, aun cuando no sean aparentes. Se sienten distintos a los demás y muchos de ellos guardan fantasías de haber sido dañados de por vida. Puesto que han sido desprotegidos, manipulados y violados también en su integridad emocional, están confusos y desconfiados especialmente de las personas del mismo sexo que el perpetrador, mostrando dificultad para juzgar apropiadamente la honestidad de los demás.

En nuestra experiencia, alrededor del 80% de los casos de maltrato y abuso ocurre en forma crónica y reiterada, de manera que el sentido de privacidad del cuerpo está seriamente lesionado y el niño guarda sentimientos de miedo e impotencia, que se traducen en ansiedad, minusvalía y pueden dar paso a una enorme necesidad de controlar a otros o incluso, a una identificación con el agresor.

Especialmente graves son las distorsiones traumáticas que, introduce el abuso sexual intrafamiliar. Los niños reactualizan los efectos traumáticos del maltrato y el abuso a través de juegos repetitivos y sueños recurrentes, o reviven la experiencia en forma de *flashbacks*, ilusiones o alucinaciones cuando están intensamente invadidos por la angustia. Muchos de ellos se esfuerzan por evitar pensamientos, sentimientos y hasta actividades relacio-

nadas con el hecho abusivo, a la vez que aislan y encapsulan sus emociones en una retirada afectiva del mundo.

El trabajo con niños abusados, busca poder elaborar las experiencias traumáticas, reconectando los procesos emocionales aislados, así como promoviendo experiencias cognitivas y conductuales correctivas.

Otorgar plena credibilidad y validez al testimonio del niño es básico para recuperar su confianza y la posibilidad de dejarse cuidar nuevamente.

La situación de terapia reproduce, no obstante, en muchos aspectos la del hogar en que ha sido abusado. Existe un adulto a cargo, en una posición de jerarquía y poder, que supuestamente está allí para cuidarlo y ayudarlo, en quien el niño podría eventualmente confiar y hasta querer, pero que, igual como lo han hecho sus padres, podría también traicionarlo y abusarlo.

El proceso de recuperación de la confianza es lento y puesto a prueba muchas veces. El deseo del terapeuta por ayudar rápidamente a reparar, o la necesidad de completar un buen diagnóstico de la situación abusiva, pueden ser vividos por el niño como una nueva intromisión que viola su intimidad, retrayéndose en el silencio o en una actitud forzosamente complaciente y desapegada.

Hay niños con los que es necesario darse mucho tiempo, acompañando su rabia o trabajando sobre su necesidad desmedida de controlarlo todo, antes de que puedan volver sobre el contenido del maltrato y permitirse expresar los sentimientos experimentados. Otros son capaces de hablar casi con excesiva facilidad sobre la situación abusiva, relatando los hechos con detalle como si se tratara de un evento ajeno y no de sí mismos, poniendo de manifiesto el aislamiento y la activa disociación emocional como recurso defensivo. Por último, están aquellos que se encierran en el mutismo, paralizados por el miedo o la vergüenza y en quienes nos ha resultado de gran utilidad actuar terapéuticamente como un yo auxiliar que pone nombres al cúmulo de sentimientos y emociones que los embarga, relacionándolos con las acciones abusivas y liberando de la responsabilidad y la culpa.

Definir las responsabilidades, recuperar los límites de la intimidad emocional y física, rescatar los espacios de autonomía y decisión, reconocer en quién y cómo se puede confiar, son todos elementos a trabajar con el niño o niña abusada.

Dependiente de su nivel de desarrollo cognitivo y emocional, pero también de la gravedad de la situación abusiva y de sus repercusiones psicológicas, utilizamos técnicas expresivas a través del dibujo o modelaje, juego en bandeja de arena, títeres, cuentos y dramatizaciones. Especialmente en las

primeras fases del tratamiento, evitamos el uso de técnicas corporales que involucren tocamiento o excesiva cercanía, pues ellas pueden elevar la angustia del niño. Sin embargo, se utilizan aquellas que favorecen la expresión de la rabia y que se pueden alentar desde la distancia.

Generalmente, en las etapas finales y en relación al progreso de los procesos reparatorios, el propio niño busca y modula una distancia física menor, al igual que las muestras de afecto y cariño corporal.

Junto con ayudar al niño a elaborar los aspectos traumáticos, se atenderá al curso de los acontecimientos presentes, tanto en relación a la crisis intrafamiliar, como a las acciones emprendidas desde el contexto social. El niño debe ser preparado para enfrentar al sistema judicial, prestar declaraciones y aún ser expuesto a careo con su victimario, procedimiento que resulta absolutamente inaceptable desde el punto de vista psicológico, por sus efectos traumáticos, pero que sigue siendo una acción habitual en los tribunales del crimen de nuestro país. Igualmente habrá que apoyarlo frente a los peritajes médico legales, todos los cuales son nuevas violaciones de su privacidad. En muchas ocasiones será enviado fuera de su hogar de manera transitoria o permanente y aunque ésta sea una medida de protección, para ella o él representará una nueva y dolorosa pérdida, además de las propias dificultades de adaptación a una nueva familia o a una institución.

La terapia individual requiere por lo general, entre uno y dos años, con sesiones semanales o quincenales y sus resultados están ligados también a la resolución de la crisis familiar.

Terapia de grupo

La terapia grupal con niñas abusadas sexualmente, es una experiencia que hemos desarrollado en los últimos años y que nos ha resultado de gran utilidad para avanzar en el proceso reparatorio.

Conviene enfatizar especialmente dos aspectos de esta experiencia. El primero se refiere a la posibilidad que el grupo otorga a cada niña de compartir vivencias y sentimientos similares. Es notorio el alivio que trae el descubrir que no se es una víctima única y aislada, que otros niños de la misma edad, similares en tantas cosas, han vivido los mismos dolores, penas y miedos. Que existen otros que tampoco supieron cómo defenderse y debieron callar.

Hermanadas en el dolor, se otorgan mutua credibilidad y aliento que surgen desde la experiencia común y eso es algo difícil de transmitir aún para un terapeuta, si no lo ha vivido. Cada niña puede confortar y apoyar a las otras, tratando de aliviar su sufrimiento, con lo cual están también haciendo algo reparatorio por ellas mismas.

El segundo aspecto, íntimamente ligado al anterior, es la ruptura del aislamiento y la soledad. El grupo facilita y promueve la interacción social y la puesta en común, con lo cual es posible develar secretos íntimos y ser acogido de un modo seguro y no intrusivo.

En nuestra experiencia, ha sido un proceso recurrente cómo esta atmósfera se establece primero entre los niños, en exclusión de los adultos y, progresivamente, al avanzar el proceso reparatorio, van permitiendo a los terapeutas hacerse parte de la intimidad compartida.

En general, el trabajo grupal ha sido complementario a la terapia individual y a las intervenciones familiares.

Terapia con adultos perpetradores

La terapia con el padre que maltrata o abusa sexualmente de un hijo, es siempre necesaria y habremos de poner nuestro empeño en lograrla.

Muchos padres y madres que castigan física o emocionalmente a sus hijos, consideran que lo hacen en bien del niño, sin conciencia del profundo daño que esta forma de crianza provoca. Por lo demás, su propia experiencia como hijos les indica que es una manera válida de inculcar hábitos y normas. Estos padres no se consideran a sí mismos maltratadores y no modificarán su conducta en tanto no cuestionen su marco histórico de significados, que además es avalado por la cultura en la que están inmersos.

Pero esto no es todo. En un nivel más profundo, deben responsabilizarse de sus acciones maltratadoras, reconociendo el perjuicio que han provocado a sus hijos y, a partir de allí, encarar sus propias partes abusivas. No negar, minimizar o excusar el horror y la premeditación de sus actos es parte de este proceso. Pero también lo es hacerse plenamente responsable por traicionar la confianza y el cariño de la víctima y de todos los demás miembros de la familia.

Este proceso resulta particularmente importante, cuando se trata de abuso sexual. En efecto, el adulto abusador, debe llegar a ser capaz de hacer público este reconocimiento ante los distintos miembros de la familia e incluso frente a otras personas significativas tales como amigos, vecinos o colegas de trabajo, pues sólo traspasando la vergüenza de sí mismo es que podrá arrepentirse genuinamente de sus actos y abrirse al cambio personal para rehabilitarse.

En este punto, el abusador comprende las vastas e inicuas consecuencias de su acción y la urgencia de modificar partes de sí que, de persistir, lo inhabilitan como padre. Ha tocado fondo, ha depuesto su orgullo simétrico tan propio de abusadores regre-

sivos y tiránicos, para reconocerse a merced del abusador que lleva dentro y desde allí es él mismo quien pide ayuda para cambiar.

Se inicia entonces otra fase de la terapia, adentrándonos en su propia historia de maltrato, en su manera de entender el afecto y la vinculación, en su relación con el poder y la autoridad, en las inseguridades y distorsiones de su sexualidad. Podemos ahora reconocer sus lados fuertes y sus partes no abusivas y trabajar en la creación de nuevas formas de relación con su pasado y presente. Se trata de un trabajo terapéutico prolongado y difícil que va mucho más allá de lograr el control externo de la situación abusiva. El proceso de rehabilitación es un intento porque aquel padre o madre que ha hecho del maltrato o del abuso de poder una forma recurrente y habitual de relación, rompa con esta propia identidad de modo que pueda garantizar por sí mismo el respeto a la integridad de sus hijos. Cuando es exitoso, este padre o madre podrá reincorporarse a la familia sin representar un peligro para ninguno de sus miembros. Sin embargo, antes de hacerlo, debe pedir perdón a cada uno de ellos por sus acciones anteriores y sus consecuencias y esperar ser perdonado, si los demás están dispuestos.

Aun cuando el perpetrador no siga adelante con su tratamiento o no retorne a la familia, lograr su reconocimiento público del abuso es también una poderosa intervención terapéutica en favor del niño abusado y de la familia. En efecto, buena parte de las consecuencias que sufre la víctima, están relacionadas con la responsabilidad y la culpa. Una vez que el abuso es reconocido por el perpetrador, el niño es liberado frente a sí mismo y al resto de su familia, permitiendo que adultos y niños se alinien con él, sin duda ni ambivalencias. El alivio que esto trae al niño se refleja en dramáticas mejorías de síntomas ansiosos y disociación emocional.

Terapia de familia

La terapia con la familia es un aspecto indispensable en el tratamiento del maltratado. De hecho, se trata de familias que han perdido lo esencial de su organización, transformándose en sistemas abusivos que permiten, toleran e incluso alientan pautas de relación que violan sistemáticamente la integridad y los derechos de sus miembros en desmedro de su normal desarrollo.

Cuando la violencia y el abuso se hacen parte de las interacciones familiares, todos los miembros son tocados por ellas, sea porque tomaron parte activamente o porque la presenciaron como testigos silenciosos. El silencio pudo reflejar la complicidad o la impotencia. En cualquier caso, se ha hecho parte de la historia de cada uno de sus relaciones.

Mientras el abuso se mantiene silenciado, ninguno de los miembros, aparte de la víctima, tendrá que reconocer de qué manera le afecta y podrá mantener intacta la ilusión de una familia ideal. Sin embargo, cuando éste es develado, cada quien habrá de enfrentar la dolorosa realidad de la que es parte y su propio rol allí.

La explicitación del abuso provoca una profunda crisis que rompe con la estabilidad familiar e intensifica todos los conflictos previamente existentes, muchos de los cuales estaban también silenciados. Sus réplicas, trascenderán la familia nuclear, sacudiendo las lealtades y las relaciones con las familias de origen y por más de una generación.

Con frecuencia la revelación de un abuso sexual, permite conocer varias otras situaciones incestuosas o abusivas ocultas por años, explicando extraños cortes, ausencias, exilios o alineamientos familiares.

La carga de ansiedad que acompaña a la crisis, intensifica las pautas habituales de interacción familiar, hasta hacerlas insostenibles favoreciendo el cambio, pero conlleva el peligro de amplificar la violencia cobrando nuevas víctimas.

Parte de este proceso es la victimización secundaria que sufre el niño abusado cuando se le acusa de mentir y se le culpa por destruir a la familia.

La terapia se dirige a sostener activa la crisis, para que los secretos emerjan y las pautas abusivas se revelen en toda su crueldad. Hay que devolver asombro y el horror a la familia para tornar en inaceptable lo que llegó a ser cotidiano.

No obstante que nuestra mirada está puesta en la crisis familiar y en las consecuencias de la situación abusiva en todos sus miembros, ello no significa que trabajemos con la familia completa en cada sesión. Habitualmente, trabajamos en forma alternada con distintos subsistemas familiares y extrafamiliares que convocamos, conforme avanza el tratamiento, en un proceso que funde recursivamente intervención y evaluación e incluimos al abusador sólo cuando prevenimos que la respuesta de otros adultos será suficientemente clara y fuerte como para dejarse intimidar, pudiendo neutralizar así, su poder.

Nuestras comunicaciones como terapeutas, apoyan permanentemente la credibilidad al niño víctima y sitúan la responsabilidad de la conducta abusiva en el perpetrador, intensificando las consecuencias que sus acciones han tenido para cada uno de los miembros de la familia.

Con o sin el padre o la madre maltratadora, la familia ha de seguir su curso evolutivo, por lo que nuestro esfuerzo se encamina a la mejor elaboración de la crisis y la reconstrucción de pautas de interacción que aseguren el respeto a la individualidad de cada uno de sus miembros.

Equipo terapéutico

Finalmente es conveniente hacer referencia al cuidado del propio terapeuta. Si el terapeuta se propone reconstruir con la familia un modo de relación basado en el respeto y la legitimidad del otro, es indispensable mantenerse sensible y capaz de reaccionar visceralmente al abuso. El costo de esto es que se siente la angustia, el dolor, la rabia y la pena de cada pequeña víctima y de su familia y no hay alternativa ya que si se logra la insensibilización como medio de defensa se replicaría el proceso familiar invisibilizando la violencia y perpetuándola. La eficacia terapéutica radica en gran medida, en la propia capacidad para resonar con estas emociones y sentimientos y amplificarlos en las personas implicadas. Es un trabajo desgastador, por lo que se debe tener especial preocupación en todo momento del autocuidado.

La posibilidad de trabajar en equipo, es parte del cuidado personal, pero también lo es el tener una conciencia clara de los recursos disponibles y los límites en la capacidad de intervención. Es preciso enfatizar que para todo equipo es tan importante conocer lo que pueda hacer como lo que no puede hacer. Definir el ámbito posible de intervenciones es básico para cuidar la eficacia de ellas, de otro modo, el equipo resultará rápidamente sobrepasado por las demandas de tratamientos, con el consiguiente desgaste de sus propios integrantes, además de la pérdida de confiabilidad por parte de la comunidad.

El equipo terapéutico necesita de reuniones regulares, en las cuales pueda analizar en profundidad los casos que se encuentran recibiendo atención.

Discutir el plan de intervenciones, evaluar sus efectos, definir los roles de los distintos profesionales, coordinar acciones y tomar decisiones conforme avanza el proceso, todos ellos son aspectos fundamentales para asegurar la eficacia del tratamiento y no deben quedar abandonados en la improvisación.

Indispensable resulta, asimismo, disponer de espacios formales para ventilar y elaborar los sentimientos que se van acumulando y que invariablemente se filtran en las relaciones entre sus miembros, ya que es fácil reproducir las dinámicas abusivas de las familias que atendemos y terminar maltratando a nuestros compañeros o a nosotros mismos. Fomentar las instancias informales y sociales de encuentro, puede resultar también de gran ayuda para generar el clima de cercanía y confianza que necesitamos diariamente.

El camino para la rehabilitación de las familias abusivas es complejo y costoso tanto como son dañinas y perversas sus consecuencias en cada miembro del grupo familiar cuando el abuso se perpetúa.

Prevenir su ocurrencia, debe ser el objetivo y ello comienza por una consecuencia y actitud personal, pues la cultura se construye a diario con la actitud y la conducta de cada uno.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez P. Síndrome del niño maltratado. En: Winter A, Puentes R. Medicina Infantil. Santiago, Chile: Ed. MCD 1991.
- Alvarez P, Olivari C. Terapia coactiva del maltrato infantil: la rehabilitación familiar en el contexto judicial. *Rev Psykhe* 1993; 1:53-58.

- Ammerman R, Hersen M. *Children at Risk*. New York: Plenum Press, 1990.
- Arruabarrena MI, de Paul J. *Maltrato a los niños en la familia*. Madrid: Ed. Pirámide, 1994.
- Barudy J. *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona: Paidós, 1998.
- Cirillo S, Diblasio P. *Niños maltratados: diagnóstico y terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- Durrant M, White Ch. *Terapia del Abuso Sexual*. Barcelona: Gedisa, 1993.
- Olhin L, Tonry M. *Family violence*. Chicago: University of Chicago Press, 1989.
- Kempe Ch, Helfer R. *The Battered Child*. Chicago: University of Chicago Press, 1980.

La importancia de tratar los asuntos concernientes al campo de la "Psiquiatría de Enlace" y en el ámbito de la infancia y la adolescencia, surge desde la creciente necesidad, percibida tanto por los pediatras como por los psiquiatras de niños y de adolescentes, de abordar áreas comunes en que se superponen diversos aspectos, no sólo relacionados con el proceso de enfermar, sino también respecto a la recuperación de la salud, la rehabilitación, el autocuidado y todos los procesos de crecimiento y desarrollo holísticamente concebidos. Esto es, como un intento de recuperar la noción del ser humano como un todo, tratando de dejar atrás la vieja división entre mente y cuerpo, de la cual el modelo médico también se hizo parte.

En una era de la medicina crecientemente sofisticada y altamente tecnológica, es demasiado fácil olvidar las necesidades emocionales de los niños y su familia, que con frecuencia enfrentan el duro proceso de enfermar y a veces morir, en condiciones psicológicas, económicas y sociales difíciles y complejas. Especialmente, la complejidad de los procesos ha seguido una tendencia evolutiva creciente, lo que no sólo se traduce en sofisticados algoritmos diagnósticos, sino también en complejos procesos psicosociales que afectan tanto al niño y su familia como a los propios equipos de salud, factores que constituyen lo que se ha denominado "los contextos de la enfermedad". La relevancia de estas variables es ampliamente reconocida por la mayoría de los profesionales de la salud y también la impotencia para enfrentarlos desde una óptica dicotomizante y reduccionista: profesiones, especialidades y subespecialidades, que forman la corte de una diversidad de roles que deben interactuar en una compleja danza, a veces sin mucha armonía ni ritmo propio. Desde esta perspectiva, tal vez la tarea fundamental de la psiquiatría de enlace sea contribuir a integrar estos diversos y complejos aspectos, una armonía y un ritmo apropiado a cada situación, después de

todo es un niño enfermo, una familia, y una sociedad que lo necesitan.

Sobre la base de las investigaciones existentes, se ha demostrado consistentemente una alta frecuencia de psicopatología en los niños y adolescentes admitidos en los hospitales, es decir, habría una clara asociación entre los trastornos físicos y las perturbaciones psiquiátricas. La evaluación psiquiátrica al azar de pacientes pediátricos hospitalizados señala que alrededor de dos tercios de los niños admitidos podrían beneficiarse de una consultoría psiquiátrica. Entre la información disponible aparece como principal motivo de referencia a psiquiatría infantil: síntomas de etiología desconocida, sospecha de depresión o problemas de conducta que surgen en la sala de hospitalización. Con relación a lo anterior, es bastante probable que los pediatras diagnostiquen menos trastornos psiquiátricos, con un 4 a 7% de psicopatología diagnosticada entre sus pacientes ambulatorios, comparado con una prevalencia estimada de 17 a 20% para la población general. Los trastornos emocionales son particularmente pasados por alto en presencia de una condición médica aguda tratable, especialmente en los niños más pequeños.

Otra área donde frecuentemente no se reconocen problemas, es al interior de las familias de los niños con enfermedades agudas o crónicas, donde se ha identificado una amplia variedad de problemas psicosociales, incluyendo conflictos de pareja o separación, estrés o enfermedad de los padres, enfermedad en otro miembro de la familia y disfunción familiar. En todo caso, tales situaciones inicialmente no deberían ser tomadas con una connotación causal—debido a los sentimientos de culpa que se originan y que eventualmente retardan la solicitud de intervención—sino más bien en el ámbito de comorbilidad registrada y tomada en cuenta.

Respecto de las necesidades más específicas en áreas especiales de la pediatría, hay diversos tipos

de estudios. En padres de niños atendidos en Unidades de Cuidado Intensivo, hay necesidades de tipo emocional, sentimientos de incompetencia para hacerse cargo de roles parentales y sobre la relación entre ellos y el equipo médico tratante (tensiones y conflictos). También, en ciertas patologías como lactantes con monitores de apnea, o en niños con fibrosis quística, es donde se reconocen trastornos del ánimo en frecuencia aumentada y problemas de sobreestimación en la valoración de la sintomatología por parte de los padres, hechos relevantes que determinan focos de tratamiento adicionales y que determinarán resultados más satisfactorios.

Por otro lado, las influencias de la familia han sido reconocidas como relevantes en un amplio rango de enfermedades crónicas o recurrentes, incluyendo asma bronquial, diabetes, epilepsia y enfermedades malignas. Con respecto a la discapacidad crónica, se han hecho observaciones similares.

La coexistencia de problemas físico y psiquiátricos parece contribuir a evaluaciones diagnósticas más complejas, costos económicos aumentados en salud y resultados menos satisfactorios, comparados con aquellos de pacientes sin comorbilidad. La consultoría psiquiátrica infantil es una intervención importante para ayudar a mejorar el cuidado de los pacientes pediátricos hospitalizados y sus familias.

PASADO Y PRESENTE DE LA PSIQUIATRIA DE ENLACE

Antecedentes históricos

La psiquiatría de enlace surge en Estados Unidos a principios de siglo como parte de una creciente tendencia para llevar la psiquiatría y la medicina a actuar más estrechamente en los servicios clínicos, la enseñanza y la investigación. Por siglos la dualidad entre mente y cuerpo había reinado y mientras la medicina se tornaba crecientemente especializada, tecnológica y biomédica en su orientación, la psiquiatría se mantenía confinada a los asilos. La búsqueda de aproximaciones más holísticas llevó a que en 1902 se organizara la primera unidad psiquiátrica dentro de un hospital general, con el objeto de acortar la distancia entre la medicina y la psiquiatría. En adelante, con el desarrollo del concepto de la unidad biopsicosocial, se abrió el camino para el surgimiento de la medicina psicosomática y de la psiquiatría de enlace alrededor del año 1930. Gradualmente, aparecieron otras unidades psiquiátricas incorporadas al hospital general y fueron quedando claramente establecidas las bases conceptuales sobre las que se han desarrollado las actividades de la psiquiatría de enlace: su carácter relacional de colaboración

sobre la base de vínculos construidos y su carácter integrador de totalidades sobre la base de una perspectiva holística.

El desarrollo organizacional posterior de estas actividades determinó el establecimiento de distintos modelos que variaban en cuanto al grado en que desarrollaban las actividades de consultoría *versus* de enlace y actividad clínica *versus* dolencia. Entre estos modelos están:

La unidad psiquiátrica de enlace. Dedicada predominantemente a las actividades de enlace y en menor proporción a las de consultoría; compuesta por psiquiatras y otros profesionales de colaboración; su objetivo era integrar los principios propios de la psicología y la psiquiatría a la medicina general a través de actividades clínicas, docentes y de investigación.

La unidad de psiquiatría con actividades de consultoría y enlace. Combina actividades de consultoría con las de enlace, desde el contexto de una unidad de psiquiatría en la cual estas actividades son asignadas a sus miembros y su objetivo es que cada psiquiatra de enlace desempeñe un rol crucial en el desarrollo de una actitud de colaboración entre la unidad psiquiátrica como un todo y el resto del hospital. La idea era que el psiquiatra de enlace fuera un miembro más del equipo médico y funcionara como consultor, profesor y terapeuta, siendo su contribución primariamente como psiquiatra.

La unidad de enlace. Dedicada predominantemente a la actividad docente, compuesta por un psiquiatra y médicos con "entrenamiento psicológico", su objetivo central consistía en promover el conocimiento de los aspectos psicosociales de la salud y la enfermedad entre estudiantes de medicina y médicos no psiquiatras. Promovía un modelo de rol de médico de enlace calificado para actuar en escenarios propiamente médicos, función que el psiquiatra no podría realizar.

Durante este período no hubo polémica respecto de los modelos organizacionales adoptados, tampoco hubo propuestas claras sobre el entrenamiento necesario para ejecutar las actividades de enlace, ni sobre el rol del psiquiatra como "terapeuta" en el escenario médico.

En una etapa posterior, durante los años 60, vino el desarrollo conceptual. El interés empieza a estar puesto en las estrategias y procedimientos a través de los cuales pudiesen obtenerse objetivos específicos. Es decir, la conducta y los procesos de la consultoría psiquiátrica son el foco de atención. Cuatro modelos fueron elaborados por distintos autores.

Consultoría orientada al paciente. El paciente referido es el foco directo de la investigación del consultor. Incluye la entrevista diagnóstica con una evaluación clínica, de personalidad, la reacción a la enfermedad y otros datos psicosociales.

Consultoría orientada a la crisis. El paciente sigue siendo el foco pero en función del tratamiento: consultoría terapéutica. Incluye una rápida evaluación de los problemas del paciente y su estilo de enfrentar las situaciones, así como una activa intervención terapéutica del consultor.

Consultoría orientada a la consulta hecha con relación a un paciente dado. El foco está puesto en el consultante. Incluye la evaluación de los motivos del solicitante para pedir la consultoría y sus dificultades y expectativas relacionadas, que serán el centro de la indagación y recomendación del consultor.

Consultoría orientada a situaciones. El foco es el equipo clínico que solicita la consultoría con relación a un paciente, el equipo es visto como un grupo social u "operacional". Incluye principalmente la evaluación de la interacción-relación- que se establece entre el paciente y dicho grupo, con el objeto de comprender la conducta del primero y la preocupación del equipo.

Estos modelos fueron más allá de la tradicional consultoría médica y representaban distintas estrategias de las que podía disponer un interconsultor para el propósito de mejorar la atención del paciente, prevenir crisis psiquiátricas durante su hospitalización y evitar conflictos destructivos en la relación médico-paciente.

Paralelamente, se fueron diversificando los intereses clínicos de los psiquiatras de enlace en una amplia gama de escenarios médicos especializados.

Posteriormente en la década de los años 70, la psiquiatría de enlace tuvo una fase de crecimiento rápido en Estados Unidos, principalmente a expensas de financiamiento gubernamental basado en tres premisas:

- Aumento de acciones de salud dirigidas hacia la atención primaria para evitar la progresiva especialización y consecuente fragmentación de las atenciones en salud; concordantemente y con una estimación de problemas de salud mental en constante aumento, se consideró que la psiquiatría de enlace podría hacerse cargo de la capacitación y estrategias de resolución para el nivel primario.

- La psiquiatría se había apartado mucho de la medicina con su movimiento comunitario y la psiquiatría de enlace había permanecido como puente entre las dos tendencias, pudiendo contribuir a una reconciliación.

- La psiquiatría de enlace debería seguir promoviendo un enfoque holístico en la atención del paciente a través de la actividad clínica y docente. Lamentablemente, el financiamiento no duró mucho y principalmente por una carencia de evaluaciones confiables sobre su eficacia (relación costo-beneficio). El legado de esta expansión significó un mayor número de centros hospitalarios con esta actividad y una producción científica proporcional.

En el desarrollo de la investigación, los aspectos menos estudiados son las evaluaciones de los resultados con relación a eficacia y también los aspectos concernientes a la eficacia con relación al costo económico.

Entre las polémicas vigentes se encuentra la extensión o los límites del trabajo de enlace, dándose dos tendencias que privilegian aspectos distintos del mismo.

Por un lado está el desarrollo conceptual más firmemente apoyado en la actividad de enlace y que hace referencia al establecimiento de vínculos significativos y estables con los equipos de salud, lo que promueve la consecución de los objetivos planeados, incluidas las actividades clínicas, docentes y de investigación bajo tal perspectiva; en esta modalidad se daría la tendencia a colocar por debajo la consultoría formal y la atención directa del paciente.

Por otro lado está el desarrollo conceptual que se apoya más firmemente en la actividad formal y el rol del psiquiatra, modalidad que sería de menor costo económico y evitaría problemas de ambigüedad o identidad de rol profesional. Para algunos, la discusión es irrelevante y dañina para los intereses de la psiquiatría de enlace por cuanto obstaculiza su desarrollo como un todo. El argumento es que las actividades de la psiquiatría de enlace apuntan a mejorar los cuidados brindados al paciente -y que en el niño se hacen más relevantemente extensibles a su familia- constituyendo la prioridad y su razón de ser. Los psiquiatras de enlace no son practicantes de medicina psicosocial, sino psiquiatras que tienen entrenamiento y son expertos en problemas clínicos que se dan en la interface de la medicina y la psiquiatría. El grado en que cada psiquiatra se involucre con las actividades de enlace, consultoría, docencia e investigación variará necesariamente de acuerdo con factores concernientes a los contextos organizacionales y relacionales, además de factores propios del profesional que realiza esta actividad.

En realidad podría afirmarse que la discusión es una contradicción en sí misma, puesto que el "enlace" se refiere al "hacer y al ser haciendo" y las actividades o tendencias que se debaten son sólo partes del hacer o formas de ser en el hacer.

ORGANIZACION DEL TRABAJO DE ENLACE

Modelos para el trabajo de enlace en pediatría

El tema de los modelos resulta difícil de tratar si no se hace referencia al origen y finalidad de los mismos. En este sentido se describen tres tipos de modelos que en lo conceptual pueden sobreponerse para conformar un todo coherente y consistente en cuanto al hacer del trabajo de enlace.

Modelos organizacionales o de definición de identidad para el trabajo de enlace

Su origen viene dado por el modo en que la psiquiatría se inserta en los contextos médicos y hospitalarios; y su finalidad es buscar el trabajo de colaboración necesario para mejorar los cuidados brindados al paciente y su familia.

Tres modelos han sido descritos en el desarrollo histórico:

- La unidad de psiquiatría con actividades de consultoría y enlace.

- La unidad psiquiátrica de enlace.

- La unidad de enlace.

Las diferencias entre ellas se podrían focalizar en que van de unidades más psiquiátricas a unidades más médicas, lo que puede ser relevante en el proceso de formación necesario para llegar a desempeñar el trabajo de enlace y el desarrollo de la identidad con el mismo. Esto es, que cualquiera de las dos tendencias puede ser un obstáculo para desenvolverse en la interface y sin dejar de considerar que es un profesional de salud mental quien debe ejecutar o dirigir estas tareas. La unidad de psiquiatría de enlace, probablemente es la configuración organizacional que proporciona mayor flexibilidad y creatividad (necesaria para el desempeño de estas tareas), pero por otro lado tiene el inconveniente de ser la opción más costosa de implementar. En la actualidad, el desarrollo de las Unidades Médico-Psiquiátricas apunta en este sentido.

Modelos funcionales o de consultoría ajustada a los contextos pediátricos y sus necesidades

Su origen viene dado por el modo en que la psiquiatría de enlace se organiza frente a la diversidad de contextos pediátricos, con sus necesidades particulares; su finalidad es brindar una atención más eficaz de acuerdo con las expectativas de quienes solicitan la consultoría y las características del paciente y el contexto de su enfermedad.

Modelo anticipatorio. Este modelo deriva del concepto de prevención y es particularmente útil cuando se esperan reacciones psicológicas impor-

tantes frente a un procedimiento determinado. Por ejemplo, los niños que esperan un trasplante de médula ósea y sus familias, pueden beneficiarse con una consultoría psiquiátrica antes del tratamiento, para evaluar las fortalezas y debilidades de la familia y prepararlos adecuadamente. También son útiles en el área de la cirugía plástica y reparadora y con relación a establecer el grado de compromiso y cooperación necesarios en la rehabilitación posterior (uso de prótesis o kinesioterapia). Otra situación importante puede ocurrir cuando se intenta retirar una ventilación mecánica en las unidades de cuidados intensivos y el niño experimenta respuestas de angustia que sobrepasan un sistema de preparación simple y las medidas normales de retiro. Posteriormente, cuando ocurre la reacción psicológica esperada, el equipo de consultoría psiquiátrica está listo e informado y en mucho mejor posición para ofrecer más ayuda (sobre todo si ha desarrollado vínculos positivos con el niño y su familia). Algunas veces, el proceso de evaluación previa puede usarse para prevenir reacciones psicológicas serias.

Modelo de análisis de casos. Una forma modificada que deriva del modelo preventivo es el trabajo de enlace que puede ofrecerse a los equipos pediátricos en la unidad o sala de hospitalización. Así, mediante el uso de reuniones clínicas semanales en forma regular con los pediatras y enfermeras del equipo, la detección precoz o anticipatoria de problemas psicológicos puede ayudar a disminuir la tensión y posiblemente prevenir reacciones psicológicas severas. Desafortunadamente, los usos preventivos y terapéuticos de tales reuniones de enlace no son directamente reembolsables por terceros pagadores, y el costo ha de ser absorbido dentro del costo general del cuidado hospitalario. Esta función de enlace es invaluable, pero casi nunca recibe apoyo financiero adecuado. En algunos casos, el trabajo de enlace puede llevar a una solicitud de consultoría formal (la que es reembolsable).

Modelo de educación y entrenamiento. El consultor puede hacer una útil contribución al cuidado hospitalario pediátrico de lactantes, niños y adolescentes mediante conferencias y discusión de casos hechas en forma regular. A menudo esto se aprecia más en el contexto de las unidades de cuidados agudos, tal como una unidad de cuidado intensivo pediátrico. El entrenamiento para los pediatras también puede ser mejorado por el uso de grupos de estudio. El entrenamiento de psiquiatras y psicólogos de niños en la consultoría y enlace pediátrico puede ser facilitado por supervisión directa del caso, supervisión indirecta, conferencia de casos y seminarios regulares (Modalidad de relación docente).

Modelo de respuesta urgente. Este modelo usa un registro de demandas de emergencia de 24 horas y es usado principalmente para atender llamadas de los servicios de urgencia, pero también puede aplicarse en los casos de solicitud de consultoría urgente en las salas de hospitalización. El intento de suicidio en un adolescente es una razón frecuente para una consultoría psiquiátrica urgente en un servicio de urgencia, mientras que la necesidad de contención, restricción o estructuración para un niño conductualmente fuera de control en la sala de hospitalización, es una razón común para una respuesta urgente por parte del consultor.

Modelo de cuidado continuo y colaborativo. En muchas enfermedades pediátricas existe la necesidad de un tratamiento pediátrico y psiquiátrico consistente, colaborativo y coincidente. Las enfermedades típicas que requieren tales cuidados incluyen anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Los niños con dolor recurrente o crónico también pueden beneficiarse de enfoques colaborativos progresivos para el manejo del dolor, incluyendo enfoques conductuales y psicofarmacológicos.

Ninguno de estos modelos es mutuamente excluyente. En verdad, un buen servicio de consultoría y enlace pediátrico debería incorporar todos los modelos anteriores para un cuidado consultivo comprensivo.

Modelo evolutivo o de crecimiento y desarrollo del trabajo de enlace

Su origen viene dado desde un enfoque evolutivo de los procesos de los sistemas relacionales en los que se enmarca el trabajo de enlace, que concibe su crecimiento y desarrollo como marcado por etapas, en que cada etapa se apoya en la precedente de un modo previsible; y su finalidad es orientar un grado razonable de conducción adecuada para tales procesos, lo que permitirá una sucesión de potencialidades para interacciones significativas que irán modelando el crecimiento y desarrollo del trabajo de enlace.

Estos conceptos derivan del modelo epigenético de los sistemas relacionales, donde el principio epigenético es: "Los intercambios o transacciones de cada fase evolutiva se apoyan en el resultado de transacciones anteriores. Esto significa que las influencias constitucionales y experienciales se recombinan en cada fase evolutiva, para crear nuevas potencialidades biológicas y de conducta que, a su vez, ayudan a determinar la fase siguiente. Si, en cualquier fase evolutiva dada, las transacciones se distorsionan u omiten, se alterarán todas las fases evolutivas subsiguientes, porque se edificarán sobre un sustrato diferente".

Se describen cuatro procesos en la epigénesis de los sistemas relacionales:

- El apego/cuidado solícito, ligazón afectiva complementaria, que se manifiesta de manera característica en el allegamiento de un consultor con un consultante.

- La comunicación, que comienza por comparar los focos de atención y continúa con el intercambio de significados y mensajes.

- La resolución conjunta de problemas y la participación cotidiana renovable en los intereses y tareas comunes.

- La mutualidad, o sea, la integración flexible y selectiva de los procesos precedentes en una pauta de allegamiento duradera. Existe un compromiso mutuo de ir modelando la relación a medida que se desarrolla, o que ocurran hechos inesperados y surjan nuevos intereses y aspiraciones. En la mutualidad, el allegamiento es replasmado multidimensionalmente, y a veces experimenta reorganizaciones importantes, pero con una continuidad en las contribuciones de cada miembro de la relación. La mutualidad incorpora el distanciamiento o desvinculación y la nueva vinculación constructiva.

En el trabajo de enlace, estos cuatro procesos pueden describirse en cuatro modelos relacionales:

Primer proceso: el apego. Corresponde analizar en este nivel principalmente a la consultoría formal y también a un amplio rango de actividades solicitadas al psiquiatra con fines informativos y docentes: participación en visitas de sala, reuniones clínicas, seminarios o cursos regulares. La conducta de apego o confianza se dará en un sistema de realimentación en el que la función complementaria sea el cuidado solícito o atención de la demanda solicitada; en términos prácticos significa una adecuada disposición y disponibilidad para tales actividades y siempre en función de las necesidades y expectativas de quienes la solicitan (Figura 27-1). Será importante determinar quién es el consultante y cuál es su expectativa, para adecuar las conductas y los contenidos en función de los mismos. En general, se actúa por solicitud, evitando intromisiones fuera de tiempo o lugar, que no contarían con la expectativa ni la validación necesarias para una intervención eficaz. En este sentido serán conductas de riesgo, en cuanto al desarrollo de la relación, la sobreinvolucración emocional, el desapego o ausencia de compromiso, la descalificación u hostilidad constante de las acciones de los demás, conductas que transmiten desconfianza.

En esta situación, la relación para el consultor queda definida en el rol de experto, y las conductas posibles de ambas partes serían:

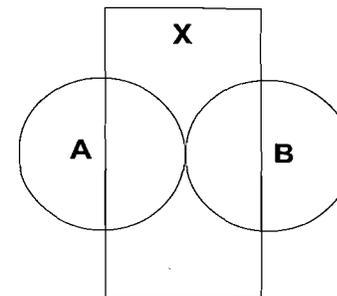


Figura 27-1. Proceso de apego. (X) cualquier situación clínica; (A) sujeto que ejecuta la función de consultoría y enlace psiquiátrico; (B) sujeto que solicita la consultoría/enlace.

- Evaluación.
- Devolución.
- Discusión = Notificación de lo que cada uno entiende.
- Resolución de expectativas = Notificación de lo que cada uno asumirá.
- Pregunta implícita: ¿Qué se hace con... ?

El éxito en este primer proceso queda determinado por el aumento sostenido de solicitudes de consultoría y de actividades docentes, que pasan a ser acciones regulares dentro del ámbito pediátrico.

Entre las dificultades que pueden presentarse en este modelo de relación, está el que la capacidad resolutoria del consultor sea rápidamente sobrepasada por el volumen constantemente creciente de expectativas generadas y de situaciones asumidas (sobre todo si no se genera un sistema de derivación para tratamiento), además del notable desgaste de quien realiza estas funciones.

Segundo proceso: el intercambio. Corresponde analizar las mismas tareas o actividades que en la etapa anterior, pero con una connotación diferente, donde la función de enlace se hace más evidente y se comienza a perfilar el concepto de "trabajo en equipo" (Figura 27-2). Tomando en cuenta que normalmente no se explicitan las motivaciones, necesidades y expectativas del consultante respecto de una situación determinada (necesariamente partes condicionantes de un contexto más amplio y más complejo), resulta importante determinar explícitamente la existencia de un "foco de atención compartida". Esto es una condición necesaria para una comunicación adecuada, es decir, que los participantes establezcan una "realidad social compartida", un "aquí y ahora" común, en cuyo interior puedan efectuar el intercambio de información en la creencia de que se encuentran en la misma situación. Será una condición importante para el consultor "la capacidad de descentrarse y adoptar la perspectiva del otro", para poder transmitir información con "significado compartido". Incluir el punto de vista del consultante resulta importante no sólo por su potencial discrepancia (obstáculo para el proceso de consultoría), sino más bien por el recurso potencialmente resolutorio que en él pudiera existir, como coterapeuta, aliado, o simplemente alineado coherente y consistente dentro de un sistema más amplio y más complejo, que representa la situación de un niño, su enfermedad y su familia. En esta posición, se impone ampliar la definición de la relación incorporando elementos de mayor confianza o profundidad de vínculo y un carácter más horizontal o eventualmente "down", como de colaborador, no amenazante y no enjuiciador. En general, se actúa sólo sobre la base de la disposición del consultante, evitando una excesiva psicologización de la situación. En este sentido serán conductas de riesgo, en cuanto al desarrollo de la relación, una comunicación amorfa y ambigua, demasiado cautelosa y defensiva, o una comunicación fragmentada.

Figura 27-2. Proceso de intercambio. X: cualquier situación clínica; (A) sujeto que ejecuta la función de consultoría/enlace; (B) sujeto que solicita la consultoría/enlace.

En esta situación, la relación para el consultor queda definida en el rol más de colaborador que de experto, y las conductas posibles serían:

- Evaluación ampliada de la situación y del contexto.
- Discusión = Notificación de lo que cada uno quiere decir y su significado.
- Devolución ajustada al contexto y al objeto.
- Resolución de expectativas = Notificación de acuerdos para asumir la situación.
- Pregunta implícita: ¿Qué hacemos con... ?

El éxito en esta etapa está dado por el tiempo que dispone el consultor para discutir la situación y de sus aspectos más personales concernientes a la misma, así como también por su disposición a trabajar en conjunto para abordarla de manera coherente y consistente bajo una perspectiva holística.

Entre las dificultades de este modelo de relación está fundamentalmente el hecho que consume mucho tiempo y que la relación queda abierta a un sinnúmero de variables personales que puede hacerla muy compleja y dispersa.

Tercer proceso: el equipo. La noción del "trabajo en equipo" graficado en la Figura 27-3, surge desde la necesidad de generar instancias más creativas y flexibles que permitan focalizar expectativas comunes sobre los puntos más sensibles -realidades emergentes- y que puede aplicarse a situaciones particularmente complejas, donde el modelo médico no basta para hacerse cargo de los factores psicosociales claramente asociados al estado de enfermedad y que también afectan la recuperación y/o rehabilitación, como es el caso de la anorexia nerviosa, el dolor abdominal recurrente, las enfermedades crónicas, las discapacidades y las secuelas de accidentes, que en general plantean diversos desafíos tanto en sus aspectos biológicos, como psicológicos y sociales. Indudablemente, la habilidad y diligencia del psiquiatra que realiza la actividad de enlace para resolver los problemas y el dominio de las diferentes tareas asociadas, es fundamental para poder determinar la situación y el momento en que se puede

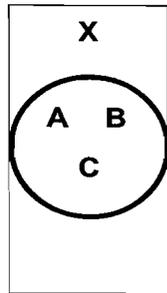


Figura 27-3. Trabajo en equipo. (X) cualquier situación clínica; (A) sujeto que ejecuta la función de consultoría y enlace psiquiátrico; (B) sujeto que solicita la consultoría y enlace; (C) sujeto(s) del equipo de salud relacionados con la situación clínica; (D) sujeto(s) que no pertenecen al equipo de salud y están relacionados con la situación clínica.

establecer esta modalidad de trabajo, que obviamente requiere del conjunto de los integrantes motivados en torno al mismo tema. La resolución conjunta de problemas y el compromiso compartido en tareas sostenidas y renovadas, entraña procesos relacionales que crean la posibilidad de un nuevo crecimiento en las relaciones; con el tiempo, la conducta de resolución de problemas en tareas compartidas se estructura en relaciones informales de rol. Estas pautas de relación permite acotar las acciones más adecuadas a la situación y su contexto, lo que permite generar conductas específicas, con variables conocidas y una proyección de crecimiento predecible. En este punto encaja el concepto de equipo multidisciplinario, donde la función de sus componentes es de colaboración y mutuo apoyo, con un flujo relacional flexible, que permite conducir y también dejarse conducir, en una alternancia determinada por la situación y el contexto, siempre dentro de variables y límites conocidos, que marcan y enmarcan las conductas posibles - identidad compartida. En general, la conformación de "equipos multidisciplinarios" se realiza sobre la base de necesidades latentes -lo que se ha llamado realidad emergente- y no necesariamente sobre la base de la persuasión, ya que estas necesidades determinan la mayor fuerza para la integración y el cambio en el enfoque de los problemas abordados. Serán factores de riesgo en esta modalidad relacional, la ineficacia, la indecisión y la desorganización en la resolución conjunta de los problemas, que generará una dinámica de equipo disfuncional; del mismo modo, un desacuerdo disociador, la evasión de la resolución de los problemas o una pauta relacional de acuerdos y rupturas cíclicas, frenará el desarrollo del equipo eventualmente se disolverá.

En esta situación, la relación para el psiquiatra de enlace queda definida en el rol de colaborador, y las conductas posibles de las partes serían:

- Reunión de equipo para evaluación de la situación y del contexto
- Discusión = notificación de las realidades individuales - propias de los roles y declaración sobre la realidad compartida - consensual.
- Resolución de expectativas = sentimiento de apoyo y confianza.
- Conclusión ajustada a la situación y al contexto = determinación de prioridades y de roles preponderantes.
- Pregunta implícita: "Hagamos algo con..."

El éxito en este proceso queda determinado por el crecimiento y desarrollo, tanto del equipo multifuncional como de sus miembros, marcado por un fuerte sentido de cohesión -identidad compartida- pero que al mismo tiempo respeta la individualidad de sus miembros.

Entre las dificultades de este modelo de relación están las limitaciones de tiempo y espacio necesarios para su funcionamiento y las habilidades de coordinación para lograrlo; por otro lado, permite solamente aportar elementos integradores aplicados a focos muy reducidos, lo que resulta difícil de sostener cuando existe escasez de recursos en un ambiente pediátrico muy extenso y diverso en cuanto a sus necesidades.

Cuarto proceso: "La unidad multifuncional". La limitada capacidad de generar equipos, la superposición de contextos pediátricos diferentes y la diversidad de expectativas asociadas a ellos y a cada situación hace necesario un nivel superior de integración, aun más creativo y flexible, que de cuenta de las diferentes necesidades, tendiendo a mejorar la capacidad resolutoria a través de una utilización multifuncional de los recursos y abriendo todas las vías necesarias para canalizar las distintas funciones resolutorias -formales e informales- generando un todo integrado que puede responder con mucha mayor rapidez y sensibilidad frente a las realidades emergentes (Figura 27-4). Esta etapa comienza con el reconocimiento de dificultades que no se pueden resolver en el marco de las formas de relación anteriores, e implica una renegociación y, a veces, una transformación en nuevas pautas de trato. Entre las nuevas pautas posibles, figura la terminación del sistema relacional vigente que, en la práctica, puede significar sólo un allegamiento

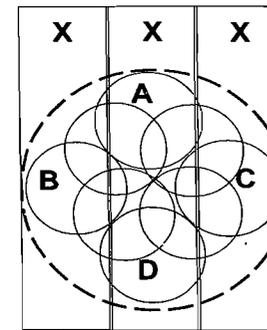


Figura 27-4. Proceso de unidad multifuncional. (X) cualquier situación clínica; (A) sujeto que ejecuta la función de consultoría y enlace psiquiátrico; (B) sujeto que solicita la consultoría/enlace; (C) sujeto(s) del equipo de salud relacionados con la situación clínica; (D) sujetos que no pertenecen al equipo de salud y están relacionados con la situación clínica.

más distante y que no necesariamente significa el rompimiento de vínculos previamente construidos. Esta fase se apoya de modo más directo en la anterior, por cuanto la resolución conjunta del problema es, en cierto sentido, resolver el problema de si la relación ha de continuar o no y, si lo hace, en qué condiciones. Este lenguaje relacional es enteramente aplicable a las relaciones definidas en función de los problemas y tareas abordados por la psiquiatría de enlace en cuanto a las necesidades de cambios evolutivos relacionados con las modificaciones de los contextos pediátricos donde opera y también con los propios cambios evolutivos del psiquiatra o unidad psiquiátrica que realiza esta actividad. Para poder avanzar en esta etapa hay que reflexionar sobre la cualidad presente en las relaciones y compromisos contraídos, así como de las circunstancias que los afectan. Este proceso, reconocido como "mutualidad", considera que cada miembro de un sistema relacional, individualmente, observe y analice su desempeño - como mirando desde fuera- para determinar las opciones de crecimiento y desarrollo más adecuadas para sí mismo. Este proceso no surge espontáneamente de las fases anteriores, pero sí se basa en la experiencia y la habilidad relacional acumulada en cada una de ellas, para retomar selectivamente aquella forma de allegamiento apropiada a los cambiantes contextos internos y externos. El asunto específico es el cambio relacional -y que no está relacionado con el rol- frente a los problemas emergentes y las divergencias. En esta fase no sólo se tolera la divergencia de los intereses individuales, sino que además prospera y se enriquece con el reconocimiento de esa divergencia natural e inevitable. En general, este proceso se lleva a cabo mediante las reuniones de reflexión entre los integrantes de un equipo o unidad relacional y las opciones de crecimiento llevan a una expansión en el dominio de las funciones y también a desarrollar mayor autonomía entre sus miembros. En términos prácticos, una unidad multifuncional incorpora la idea de espacios compartidos, al interior de los cuales distintos integrantes del equipo de salud pueden formar parte de equipos de trabajo sin necesidad de pertenecer "solamente" a la unidad, sino más bien, formando parte de configuraciones transitorias abocadas a los problemas que han sido determinados como los más relevantes. Las dificultades en esta fase serán determinadas por la preservación de pautas de relación (con focos y objetivos) tan firmemente arraigados, que adquieren prioridad a expensas de las necesidades individuales y a pesar de las circunstancias cambiantes, del mismo modo afectarán el desempeño la inestabilidad y las hostilidades que no puedan ser resueltas adecuadamente.

En esta situación, la relación para el psiquiatra de enlace queda definida como de integración y las conductas posibles para el equipo serían:

– Reunión de equipo para evaluación de los distintos niveles de realidad y su relación con el contexto.

– Discusión = identificación de las diferentes realidades locales propias de cada contexto y reconfiguración de la realidad compartida consensual.

– Conclusión ajustada a la realidad emergente y su punto más sensible = determinación de prioridades y de funciones preponderantes.

– Resolución de expectativas = sentimiento de apoyo y confianza.

– La pregunta implícita: “¿Hagamos algo con lo que hacemos?”

El éxito en esta etapa queda determinado por la configuración y reconocimiento de una unidad de esta naturaleza, así como también por la amplitud creciente de los dominios de intervención, bajo una perspectiva holística aplicada a la recuperación y el cuidado de la salud.

Hasta la etapa anterior, el concepto de psiquiatría de enlace estaba siempre por sobre la realidad, es decir, las funciones directamente relacionadas y generadas por la “situación clínica” que genera la consultoría. En este nivel, es primero la construcción de una “realidad compartida”, a partir de la cual se generan las funciones; es decir, algo así como: “dejemos que la realidad nos enlace con su natural modo de enlazar las cosas”. Esta posición, que podría acercarse al extremo “dejar ser”, para mantener su equilibrio interno –estado de coherencia y consistencia– debe necesariamente mantener un ajuste constante con las expectativas, los roles y los contextos preponderantes.

Al tomar en cuenta los diferentes modelos para entender y desarrollar el trabajo de enlace según el aspecto que se desee elaborar y considerando la sobreposición de ellos, se desprende que las posibilidades de combinación y recombinación son innumerables, dando origen a una enorme diversidad del “hacer enlace”, que no obstante debe partir desde bases conceptuales claras, como: a) tener un carácter relacional de colaboración interdisciplinaria sobre la base de vínculos construidos; b) tener un carácter integrador de totalidades sobre la base de una perspectiva holística; y c) mantener la premisa básica de mejorar los cuidados brindados al niño y su familia.

EL PROCESO DE CONSULTORIA

La consultoría psiquiátrica generalmente se ve facilitada cuando el consultor es parte de un equipo

que puede consistir de un psiquiatra infantil, psicólogo infantil, asistente social, pediatra del desarrollo, una enfermera especialista en clínica psiquiátrica infantil, terapeuta ocupacional, personal de apoyo educacional (educadora diferencial, educadora de párvulos y profesores) y personal de juego o recreación. Es realista pensar que la conformación de un equipo multidisciplinario tan extenso y diverso como los roles profesionales señalados, será más bien la excepción, en la práctica habitual podrá conformarse un equipo de acuerdo a las disponibilidades de profesionales, recursos presupuestarios asignados y las opciones de crecimiento más adecuadas a cada contexto hospitalario; también es importante señalar que es posible conformar equipos con recursos aportados por otras organizaciones de la comunidad que pueden y deben ser integrados en la forma de procesos graduales de acoplamiento a los sistemas de salud. El enfoque de equipo permite un entendimiento comprensivo de los problemas médicos, psiquiátricos y sociales, que pueden estar involucrados en una solicitud de consultoría, así como también, una mayor coordinación de los servicios dentro del hospital y al mismo tiempo de las referencias a servicios externos. Los siguientes factores deberían ser considerados para mejorar y desarrollar cualquier forma o modelo de consultoría.

Factores a considerar en un modelo de consultoría

La presencia y disponibilidad. Las recomendaciones oportunas, prácticas y comprensibles de un consultor psiquiatra fácilmente disponible son el fundamento de un trabajo de consultoría y enlace efectivo. La presencia en la sala de hospitalización del psiquiatra infantil en las visitas, reuniones clínicas, conferencias y otros tipos de reuniones, es de mucha importancia. El trabajo de enlace en particular facilita la accesibilidad, proporciona oportunidades para hacer sugerencias informales y puede preparar el camino para solicitudes de consultoría más formales.

Las relaciones interpersonales. Es mucho más probable que ocurra la colaboración cuando existen buenas relaciones interpersonales basadas en el respeto mutuo y la amistad entre pediatra y psiquiatra infantil. Como los pediatras y los psiquiatras infantiles trabajan de manera diferente, los malos entendidos pueden ocurrir con respecto a la urgencia de una referencia o a la velocidad de respuesta necesaria. La comprensión de cómo cada uno funciona en la práctica puede promover una colaboración fluida entre los pediatras y los psiquiatras infantiles. Las buenas relaciones entre los colegas pediatras y psi-

quiátras hace la comunicación más fácil y más directa, reduce la tendencia a actuar los sentimientos ambivalentes y finalmente mejora el cuidado de los pacientes y sus familias.

La determinación de los niveles de consultoría. Clásicamente se han registrado tres tendencias para abordar la consultoría psiquiátrica (ver el desarrollo histórico de la psiquiatría de enlace), pudiendo orientarse al paciente, al médico consultante o a la situación como una forma de incluir un contexto más amplio de información e interacciones que permitan comprender la conducta del paciente y de su familia, así como también, la preocupación del médico consultante acerca de la misma.

Tomando en cuenta la diversidad de los motivos de solicitud (y que con frecuencia no vienen formalmente explicitados), siempre es posible tener en mente cinco niveles de consultoría:

– La vida interna del niño.

– Las dinámicas de relación entre el niño y su familia.

– La relación entre el niño y su familia y los diversos integrantes del equipo médico en la sala de hospitalización.

– Las dinámicas interdisciplinarias que operan entre los pediatras, el personal de la sala de hospitalización, enfermeras, asistente social, psiquiatra infantil, psicólogo infantil y otros especialistas consultados que atienden al niño y su familia.

– En algunas ocasiones, la relación del equipo del hospital con otra institución, incluyendo servicios públicos que protegen a los menores como la policía y la justicia.

Un buen trabajo de consultoría y enlace deberá poner atención a todos estos aspectos para determinar cuál es el contexto más apropiado para entender el motivo de la solicitud y hacer un aporte adecuado a las expectativas que desde ahí surgen. En todo caso, para poder actuar en cualquier intervención que parezca factible, será necesario contar con la validación del consultor al nivel correspondiente.

Antecedentes necesarios para la consultoría. Preparándose para responder a una solicitud de consultoría psiquiátrica, antes de efectuar la entrevista clínica, las siguientes preguntas proporcionan respuestas útiles para establecer los motivos de la solicitud y el contexto en el cual las expectativas (explícitas y no explícitas) son planteadas:

¿Quién está solicitando la consultoría? Una solicitud de consultoría debe venir finalmente del médico tratante –responsable de los cuidados del niño hospitalizado– y debería incluir una solicitud escrita breve del médico responsable.

¿Cuáles son los problemas que motivan la

consultoría? El o los problemas deben estar claramente planteados y deben ser de una naturaleza que pueda ser contestada en el período de tiempo de permanencia del niño hospitalizado (generalmente corto) y en el contexto del ambiente particular de la sala de hospitalización.

¿Cuándo fue hecha la solicitud y cuál es la estructura de tiempo disponible? En algunas instancias, simplemente puede no existir suficiente tiempo antes del alta en el cual ejecutar una consultoría razonable.

¿Por qué la solicitud está siendo hecha en este momento? Algunas veces la razón principal de la solicitud esconde un motivo o procedimiento encubierto, por ejemplo una comparecencia pendiente en la corte de justicia, un posible conflicto por la custodia del menor, o, en algunas ocasiones, un conflicto entre el personal del hospital.

¿Cuánto estudio de la situación clínica del niño se ha hecho o debería hacerse (y por quién) antes de proceder con la consultoría? Ya que frecuentemente el tiempo disponible es poco, la información previa del niño y su familia puede facilitar al psiquiatra infantil enfocar áreas específicas. La consultoría de otras especialidades o profesionales, como la asistente social, pueden ser información muy relevante para la consultoría psiquiátrica.

¿Han sido informados y convenientemente preparados el niño y sus padres? Ocasionalmente los padres pueden rechazar que un psiquiatra vea a su niño. La cooperación de los padres es necesaria para una buena consultoría. Además, es muy importante establecer la motivación de consulta, en cuanto ésta significa motivación para cooperar y para efectuar los cambios necesarios para enfrentar la situación de problema.

El procedimiento. A menudo se requiere de un tipo de entrevista flexible para completar la consultoría en las unidades pediátricas. Puede ser necesario improvisar a través del uso de unos pocos materiales transportables (por ejemplo papel, lápiz, lápices de colores, juego de cartas y pequeños muñecos de goma) y adaptarse a frecuentes interrupciones y ausencia de privacidad en una sala de hospitalización pediátrica.

La evaluación psiquiátrica necesariamente es detallada y compleja, y si es posible, no debería ser apresurada. Si el tiempo disponible para la consultoría no es el adecuado para completar la evaluación solicitada, deberá ajustarse el foco de la consultoría o debería ser diferida para un momento o lugar en que esta evaluación pueda ser hecha en forma más apropiada (por ejemplo en una unidad psiquiátrica ya sea de hospitalización o de consulta externa).

Idealmente uno podría entrevistar primero a los

padres del paciente, pero esto puede no ser posible. Una preparación conveniente del niño y sus padres por el pediatra que hace la solicitud, usualmente reduce el rechazo si es que existe alguno, para hablar con el psiquiatra consultor; sin embargo, la evaluación completa del niño puede requerir múltiples entrevistas con el niño y sus padres, tanto en la modalidad de entrevista individual como familiar. Se necesitará ejecutar los tópicos básicos de un examen mental y eventualmente serán necesarias otras pruebas psicológicas. Un conocimiento acabado del tratamiento y tipo de medicamentos del paciente es particularmente necesario cuando se evalúa la existencia de un delirio u otra condición posiblemente inducida por medicamentos (por ejemplo: depresión, ansiedad, psicosis y agitación).

A menudo puede recogerse información muy útil sobre el niño y su familia desde la observación de otros miembros del personal, como las enfermeras, otros especialistas pediátricos y la asistente social. También, la conversación con otras personas que están relacionadas con los cuidados del paciente (tanto hospitalizado como en su medio habitual), incluido el colegio, puede ser necesaria para sortear problemas de tratamiento que estén generando conflicto (como por ejemplo el incumplimiento de prescripciones médicas) y que contribuyen al estrés psicológico del paciente y/o de su familia. La clarificación de cualquier problema pendiente legal o social, puede ser necesaria también para comprender las tensiones actuales del paciente.

Una forma integrativa de efectuar las entrevistas en el trabajo de consultoría y enlace, son las entrevistas conjuntas, que se realizan con los padres o la familia por el pediatra y el psiquiatra en conjunto. Esta técnica tiene varias ventajas:

- Permite discutir con los padres tanto los factores orgánicos como psicosociales, y su relación entre sí, con mucho mayor experiencia y amplitud profesional.

- La presencia y el compromiso continuo del pediatra enfatiza la importancia puesta en las consideraciones psicosociales.

- La presencia conjunta del pediatra y del psiquiatra puede ayudar a que los padres aprecien e integren la unidad del cuerpo y de la mente.

- Una relación de trabajo efectiva entre el pediatra y el psiquiatra sirve como un modelo útil de comunicación eficaz.

- El pediatra aprende técnicas de evaluación psicosocial y amplía su mundo de competencia en el dominio de la relación entre el médico, el niño y su familia.

Cada vez que sea posible, el pediatra debería mantener la continuidad en el tratamiento de su paciente por todas las razones expuestas antes. Este

enfoque conjunto parece ser particularmente útil para la evaluación de síntomas físicos en los que se sospecha que factores psicosociales pueden estar jugando un rol significativo, o también en enfermedades que resultan inexplicables o que son reconocidamente complejas en cuanto a la coexistencia de factores orgánicos y psicosociales en estrecha interdependencia. El pediatra y el psiquiatra se reúnen junto con los padres y el primero explica los resultados de la evaluación médica, mientras tanto el psiquiatra puede observar la respuesta de los padres frente a la explicación del pediatra, sin involucrarse de inmediato en la discusión. Cuando el pediatra cede la palabra al psiquiatra, éste último puede preguntar a los padres si existe alguna otra cosa que ellos quieran preguntar al pediatra, o también puede hacer algún comentario empático sobre cualquier ansiedad, incertidumbre o escepticismo percibido en ellos. Esto anima a los padres para buscar mayor claridad o expresar sus dudas o preocupaciones, permitiendo una mayor exploración según se requiera. Esta "modulación relacional" sirve para sortear diferentes dificultades que se presentan cuando existen muchas susceptibilidades en el contexto donde se da la evaluación y en función de los resultados de la misma; también permite que aparezcan focos adicionales de problemas que sean relevantes para el diagnóstico y/o tratamiento del niño enfermo.

El informe. Los hallazgos de la consultoría deberían ser informados y discutidos primero con el pediatra solicitante, lo que además permite la formulación de preguntas y la comunicación de matices sutiles y complejos sobre los hechos encontrados y las especulaciones que de ellos deriven. Subsecuentemente, y de acuerdo con el pediatra, el psiquiatra comunica tanto como sea necesario y apropiado con los padres y su niño y el personal importante de la unidad pediátrica. Sobre los contenidos de tales comunicaciones, debe recordarse que existe una responsabilidad por lo dicho y en función de "quién lo dice" —el psiquiatra lo dice— por cuanto estas declaraciones deberían apuntar más hacia las características positivas de las personas, buscando ahí los recursos necesarios para hacerse cargo de la enfermedad. Del mismo modo, las explicaciones concernientes a los procesos evaluados, deben ser más bien integradoras que causales, por cuanto no pocas veces son particularmente complejos y muchas veces una rotulación prematura obstaculiza un proceso terapéutico. La respuesta escrita de la consultoría debería ser relativamente breve y estar organizada de tal manera que sea fácil de leer y de entender. Algunos tópicos útiles pueden incluir: a) una breve respuesta a las preguntas y propósito de la consultoría; b) un resumen conciso de los datos de la

historia que sean pertinentes; c) los hallazgos importantes, tanto positivos como negativos, del examen mental y de la evaluación psiquiátrica completa; d) los diagnósticos, usando una clasificación multiaxial conocida (por ejemplo: DSM IV o ICD-10); e) un breve fundamento diagnóstico y resumen; y el plan de tratamiento/manejo recomendado o las sugerencias para seguir efectuando indagaciones. El informe escrito, en lo posible, debe evitar proporcionar declaraciones cargadas de terminología sofisticada o especializada de la opinión del consultor.

La confidencialidad. La ficha del hospital no es un registro particularmente privado o confidencial, ya que puede ser vista por los padres o el niño, así como también por otras personas. Por estas razones las palabras utilizadas deben ser escogidas cuidadosamente para evitar ofensas, descalificaciones o interpretaciones desmedidas que den origen a información potencialmente perjudicial. El registro escrito es, al mismo tiempo, un documento legal que lleva la firma del consultor y debería ser escrito tomando en cuenta este aspecto.

El seguimiento. El seguimiento después de una consultoría, mediante la indagación con el pediatra consultante sobre la evolución posterior del niño, es muy importante. El psiquiatra consultor obtiene información general acerca de la precisión de la evaluación y de la efectividad de la intervención, y el pediatra puede apreciar el interés continuo del psiquiatra. En este sentido existe un modelaje sobre la continuidad de los cuidados brindados y el respeto o la debida consideración a los vínculos desarrollados. Los estudios de seguimiento con pacientes pediátricos que recibieron una consultoría psiquiátrica comparados con un grupo control que no la recibió, pueden ayudar a evaluar la eficacia de la intervención psiquiátrica en pacientes pediátricos hospitalizados.

TRATAMIENTO

Las intervenciones terapéuticas deberían guiarse por los siguientes principios:

- Definición clara y rápida de las metas terapéuticas, tanto inmediatas como a largo plazo, basadas en una evaluación completa.

- Elección del tratamiento apropiado a las necesidades del paciente.

- Flexibilidad en el manejo de la terapia.

- Intervención incisiva del terapeuta para lograr las metas expeditamente.

Las metas deberían ir más allá del tratamiento de la crisis inmediata pero claramente delineadas, y la

terapia debería iniciarse tan rápido como sea posible. Se pueden usar muchas técnicas terapéuticas diferentes en el trabajo de enlace pediátrico. Se ha descrito por numerosos autores la aplicación en los escenarios pediátricos de la consejería a los padres y la terapia familiar. Generalmente, se han informado resultados favorables, pero las evaluaciones rara vez están basadas en ensayos controlados. Habitualmente es recomendable este tipo de intervenciones cuando los estilos de crianza o las dinámicas de funcionamiento familiar no dan abasto para hacerse cargo de las demandas psicosociales que impone el estado de enfermedad de un hijo; así mismo, son útiles cuando se enfrentan periodos de cambio tanto en el desarrollo psicológico del hijo enfermo como del grupo familiar (periodos de crisis y transiciones).

Las técnicas conductuales se usan para una amplia variedad de problemas pediátricos, que incluyen: preparación para la hospitalización, preparación para procedimientos médicos, fobia a las agujas y de otros tipos, manejo del dolor, regurgitación y vómitos, diabetes, asma y epilepsia. Entre los tratamientos específicos se han incluido la relajación y la hipnoterapia, la desensibilización, el modelaje, la terapia implosiva, el refuerzo y la extinción.

Se han hecho pocas publicaciones sobre el uso de la terapia individual en el enlace pediátrico y en la única condición que se ha demostrado tener algún valor —aunque limitado— es en el asma infantil.

Finalmente, un modelo interesante de tratamiento para el dolor abdominal recurrente, la cefalea, la encopresis y la enuresis, usa una combinación de: examen clínico, registro casi ritualístico de los síntomas e intervenciones paradójicas. Los resultados fueron particularmente prometedores para el dolor abdominal recurrente.

No obstante lo anterior, hay que señalar que muchas de las perturbaciones emocionales y conductuales que ocurren en las unidades pediátricas, reconocen factores comunes relacionados con las características de dichas unidades. En tal sentido hay factores de manejo y de contexto hospitalario que influyen en la reacción emocional de los niños cuando están hospitalizados. Sobre los factores de manejo, no sobra recalcar el entrenamiento continuo que debe tener el personal de dichas unidades en cuanto a la relación con los niños y adolescentes con respecto a sus características de desarrollo psicológico y social; además es importante considerar la participación activa del niño en su tratamiento, manteniéndolo continuamente informado sobre sus procedimientos, explicándole con claridad sobre los mismos y dejándole opciones de controlar parcialmente el curso de ellos. En tanto que, sobre los factores de contexto hospitalario, existen distintas

líneas de desarrollo tendientes a mejorar los cuidados brindados a los niños: inclusión de las madres en la hospitalización, ampliación de los horarios de visita, inclusión de los padres en la visita clínica, y diversas actividades de apoyo emocional, recreativo y escolar. Sobre estas actividades se han desarrollado distintos tipos de programas de apoyo, que incluyen: salas de juego, bibliotecas y salas de clases hospitalarias, entre otros. En general, todos estos programas tienden a aumentar el dominio que el niño tiene sobre el medio hospitalario, mejorando su adherencia para la permanencia y la exploración o tratamiento indicado. En general, un psiquiatra consultor y de enlace que disponga de uno de estos programas, o que sea parte de un equipo que los genere, tendrá mucha mayor influencia sobre las distintas unidades pediátricas que asesore, así como también se verá mucho más apoyado en la labor que realiza.

FUNCION DE APOYO A LOS EQUIPOS CLINICOS

Este es un importante componente del trabajo de enlace pediátrico que ha sido poco informado y aún no evaluado. Desde hace mucho tiempo se ha resaltado la necesidad de considerar los problemas específicos del médico que hace la solicitud de consultoría, pero solamente en tanto ellos influyan en la relación profesional con el paciente. Por otro lado, se ha establecido claramente que no es la tarea del consultor ofrecer una psicoterapia encubierta para el médico que refiere. Poco se podría diferir con esta opinión, pero por otro lado las tensiones inevitables del trabajar diario con niños enfermos a menudo son ignoradas y no se resuelven. La discusión informal de estos problemas con el equipo clínico frecuentemente es percibida como de apoyo y útil, especialmente si se desarrollan en un ambiente de confianza, tranquilidad y de contención de la afectividad expresada. Las reuniones regulares, especialmente con el equipo de enfermería y el personal de juego (dispuesto para las actividades recreativas y/o escolares), pueden ofrecer alguna forma de reconocer las áreas de estrés, identificar los problemas, facilitar la expresión de tensiones y descubrir o facilitar estrategias para hacerse cargo de las mismas. Tales grupos parecen ser particularmente valorados en las unidades neonatológicas o de cuidados intensivos pediátricos, y otras unidades donde los problemas de vida y muerte son eventos cotidianos, tales como unidades cardiológicas, renales y oncológicas. Por otra parte, sin embargo, tales grupos deberían ser principalmente de apoyo más que formalmente psicoterapéuticos.

DOCENCIA

El psiquiatra infanto-juvenil tiene un importante rol educacional en el enlace pediátrico y este contexto proporciona una valiosa oportunidad. Entre quienes podrían ser educados se incluye al pediatra consultante y los becados de pediatría, estudiantes de medicina, enfermeras pediátricas y otros miembros de la unidad o del equipo clínico. El psiquiatra de enlace nunca debería olvidar que cada aspecto de su trabajo de enlace pediátrico puede y debe ser educativo por sí mismo. Qué y cómo enseñar ha sido objeto de algún debate. Por un lado se ha resaltado la importancia de demostrar el fenómeno de "insight", más que impartir conocimientos concretos. Por otro lado se ha dicho, que esto es un error dado que la elección de carrera de los pediatras en parte refleja una preferencia por un aprendizaje didáctico más que a través del autoconocimiento; en este último sentido, se ha puntualizado que el desafío para el psiquiatra no es cómo enseñar lo que es congruente con su oficio, sino más bien, enseñar lo que es congruente con los estilos de aprendizaje y con los requerimientos profesionales de los pediatras. En particular, los pediatras necesitan aprender de los psiquiatras en el momento cuando el estilo y la esencia de sus intervenciones son insuficientes. Con respecto a cómo enseñar, existen pocas dudas acerca de que el psiquiatra de enlace puede hacerlo proporcionando un modelo conceptual y ejemplos de casos (en lo posible, conocidos por los participantes). La docencia de enlace puede ocurrir al lado de la cama, en las visitas conjuntas conducidas por el pediatra y el psiquiatra, incluso con la presencia de los padres del niño enfermo; en este sentido, el foro más útil puede ser lo que se ha denominado "la visita psicossocial", visita clínica regular en la sala de hospitalización que puede ser conducida por un pediatra y que compromete la participación activa y regular del psiquiatra, junto a los demás integrantes del equipo clínico y donde se resaltan todos los aspectos psicossociales relevantes y como interactúan con las variables biológicas en discusión. También se ha informado sobre la metodología de "estudio de casos", en que el aprendizaje se hace sobre casos en particular y que son conocidos por los pediatras o becados participantes, además estos casos han sido supervisados directamente por el psiquiatra de enlace. La ventaja de esta última es que el pediatra solicitante puede observar el progreso del caso desde el momento de la referencia y por medio del seguimiento, teniendo acceso al consultor a través de todo el proceso. El pediatra puede entonces aprender cuándo y cómo hacer la referencia y estudiar al psiquiatra de enlace en acción. Los psiquiatras en

entrenamiento pueden ser enseñados para estas habilidades de igual manera.

Probablemente, el modelo de docencia ideal es una combinación de visitas de sala conjunta, visita psicossocial y análisis de casos, con seminarios para una discusión más focalizada y académica. En otras ocasiones, su participación en las reuniones clínicas ya sea como presentador principal o como colaborador, es de suma importancia, porque son las ocasiones en las que los conceptos y los modos de considerar la realidad del enfermo, su enfermedad y el mundo que le rodea, van adquiriendo relevancia. El psiquiatra de enlace cuyo tiempo está muy limitado y que no tiene un espacio de docencia formal o aún informal, puede y en verdad debería, tomar seriamente su responsabilidad de docencia, haciendo una invitación a los pediatras que refieren y a aquellos que están en entrenamiento para juntarse con relación a la consultoría y si es posible, mantener un contacto continuo.

No está de más señalar que tanto los contenidos como el lenguaje que se utilizan deben estar lo más ajustado posible a las expectativas y la realidad del medio en el cual se efectúa la docencia.

INVESTIGACION

La información actual indica que menos del 50% de los programas de enlace pediátrico estudiados tendrían actividades de investigación en curso. No obstante, la psiquiatría infantil de enlace ha hecho numerosas y variadas contribuciones en la investigación sobre los antecedentes psicossociales de la enfermedad, y también sobre las reacciones psicossociales y el proceso de asumir en un amplio rango de enfermedades y discapacidades. Muchos trastornos han sido objeto de investigaciones conjuntas buscando integrar los aspectos biopsicossociales de los procesos de enfermar y morir. Entre las situaciones estudiadas se incluyen las reacciones y consecuencias frente a mortinatos y muerte neonatal, anomalías cromosómicas, malformaciones congénitas, accidentes y heridas, estados postinfecciosos, parálisis cerebral, epilepsia, espina bífida, distrofia muscular, trastornos metabólicos y endocrinos, diabetes, enfermedades de la sangre, enfermedades malignas, asma, fibrosis quística, enfermedades intestinales inflamatorias, úlcera péptica, dolor abdominal recurrente, enfermedad cardíaca congénita, enfermedades de la piel y artritis juvenil.

Existen disponibles muchos ejemplos de investigación conjunta en diferentes contextos pediátricos. Esto incluye, por ejemplo, estudios que demuestran que los niños con diabetes comparado con controles sanos, tienen una más alta incidencia de problemas

de aprendizaje, pero no tienen una frecuencia más alta de trastornos conductuales. En otro estudio de niños con fibrosis quística en estado terminal referidos para trasplante cardiopulmonar, la evaluación psicossocial demostró una incidencia de morbilidad en un 55% de los niños y en un 50% de las familias. En un estudio de asma infantil se demostró que la terapia familiar como un complemento al tratamiento médico convencional, produce una mejoría significativa en la función respiratoria comparado con el tratamiento médico solo.

El área en que se requiere particularmente más información, es aquella que se refiere a la evaluación de la actividad de enlace en general y por otro lado la evaluación de terapias específicas en particular. Con relación a lo primero, hay estudios con niños referidos a centros de atención terciaria y que son tratados por un equipo multidisciplinario, todos ellos previamente tratados sin éxito en otros escenarios terapéuticos menos organizados, encontrándose un 60% de recuperación en un seguimiento de 12 a 24 meses después del alta. Estudios como éstos tratan de demostrar que el uso de un equipo multidisciplinario facilita el diagnóstico de una enfermedad previamente inexplicada o infructuosamente tratada. Los problemas metodológicos involucrados en la evaluación formal de tales estudios son complejos, pero el énfasis actual en la verificación de estas variables apunta hacia el desarrollo de una mayor rigurosidad metodológica en el diseño de dichos estudios.

También se necesita saber si la actividad de enlace es útil para nuestros colegas y sus pacientes, si un servicio de enlace reduce la duración y frecuencia de hospitalización y los niveles de morbilidad, si eleva la calidad del cuidado psicossocial y si tiene una influencia positiva en la práctica de la pediatría y de otros miembros de los equipos pediátricos. Los informes anecdóticos son alentadores, pero se necesitan datos sólidos para que el trabajo de enlace sea sustentable y prospere en momentos de austeridad económica.

DIFICULTADES PARA EL TRABAJO DE CONSULTORIA Y ENLACE PSIQUIATRICO EN PEDIATRIA

Las dificultades que pueden interferir con el buen funcionamiento de un servicio de consultoría y enlace incluyen las siguientes:

- La dificultad de algunos psiquiatras infantiles para comprender como funcionan los pediatras en la práctica clínica o viceversa.
- Ausencia percibida o real de disponibilidad de psiquiatra infantil.



- Problemas de identidad profesional en ambas disciplinas.

- Percepciones diferentes acerca del paciente (bienestar *versus* enfermedad).

- Técnicas de entrevista diferentes ("anamnesis" *versus* "escuchar").

- Ansiedad entre los pediatras al hacerse cargo de los problemas emocionales de los niños y su familia.

- Problemas de transferencia y contratransferencia.

- Limitaciones de tiempo tanto en las rotaciones de entrenamiento pediátrico (becados), como en la sobrecarga de pacientes asignados.

- Consideraciones económicas, que incluyen un presupuesto inadecuado para los servicios de consultoría y enlace de psiquiatría infantil (en muchos, sino la mayoría, los servicios son reembolsados sobre la base de atenciones prestadas, referidas casi exclusivamente a la entrevista clínica, sin considerar todas las formas de reuniones especificadas).

- Apoyo ambivalente para el concepto de cuidado multidisciplinario coordinado brindado al niño y su familia en forma integral, esto guarda relación con las necesidades y limitaciones de otros miembros del equipo clínico o incluso con las correspondientes a la institución u organización hospitalaria.

- Oportunidades limitadas para la continuidad del cuidado en el entrenamiento pediátrico (becados con rotaciones muy frecuentes), incluso algunos servicios pediátricos no mantienen continuidad en el cuidado de sus pacientes cuando éstos retornan a otros niveles de atención.

- Investigación segmentada y orientada a la enfermedad más que investigación colaborativa biopsicosocial.

- Estudios inadecuados sobre los resultados de las acciones emprendidas.

Ninguno de estos impedimentos es irremediable. Con una motivación positiva y cooperación entre todas las disciplinas involucradas, uno debería esperar tener un servicio de consultoría y enlace de psiquiatría de niños y adolescentes creciente en la pediatría.

PERSPECTIVAS DE DESARROLLO

El trabajo de consultoría y enlace pediátrico es un área que representa un estimulante desafío para la práctica de la psiquiatría infantil. No obstante que resulta un trabajo económicamente costoso, que consume mucho tiempo y que es complejo y exigente, cuando logra desarrollarse armónicamente den-

tro del contexto pediátrico donde se ejecuta, permite niveles de integración sorprendentemente coherentes y consistentes, que se reflejan en un trabajo interdisciplinario expedito y tranquilizador y que no sólo benefician al niño y su familia, sino además a quienes efectúan dicho trabajo.

Por otro lado, los avances en el conocimiento médico y tecnológico en el ámbito de la pediatría, puede llevar a un crecimiento cada vez mayor en las necesidades de consultoría y enlace psiquiátrico infantil, en razón del aumento en las expectativas de sobrevida para condiciones médicas que alguna vez fueron fatales. Esto identifica nuevas áreas de la pediatría en las cuales la experiencia de la psiquiatría infantil de consultoría y enlace es relevante para mejorar la calidad de tales cuidados y de las condiciones de sobrevida, incluyendo el área de la rehabilitación cuando es necesaria.

La creciente conciencia de la coexistencia de problemas psiquiátricos y médicos en los pacientes pediátricos ha contribuido al desarrollo de las unidades médico-psiquiátricas pediátricas, concebidas como unidades de hospitalización que cuentan con todo el soporte médico y tecnológico apropiado para el manejo de condiciones biológicamente inestables o incluso críticas, pero que al mismo tiempo cuentan con recursos propios de la psiquiatría y personal capacitado en habilidades psiquiátricas para el manejo de pacientes complejos desde la perspectiva de los factores psicosociales coexistentes y que interferirían con un tratamiento médico adecuado; su fundamento estaría en que "acorta la distancia" entre las distintas necesidades terapéuticas en una dimensión biopsicosocial, al mismo tiempo que prepara al niño y su familia para integrar y aceptar dicha dimensión. Sin embargo, el rol del psiquiatra infantil de consultoría y enlace en este escenario, también como en el escenario de la pediatría general, aún debe ser clarificado.

Los problemas de entrenamiento, fondos y organización necesitan ser examinados continuamente, particularmente en el medio siempre cambiante de los cuidados en salud. Continuamente surgen nuevos problemas éticos y legales y necesitan ser considerados también.

Tal vez lo más importante sea el diseño de proyectos de investigación con claras mediciones de resultados a corto y largo plazo (por ejemplo: días de estada en el hospital, mejor adherencia con los cuidados médicos, disminución en la utilización de los servicios médicos, mejoría en el funcionamiento, o mejoría en la calidad de vida) son necesarios para evaluar la eficacia y la relación costo-efectividad de las intervenciones de la psiquiatría de consultoría y enlace en particular.

BIBLIOGRAFIA

- Bablady V, Carrasco E, Donovan L. Consultorio psicológico como "unidad de enlace" en un programa de ayuda al niño hospitalizado. *Revista Terapia Psicológica* 1990; año IX N° 14: 27-39.
- Black D, McFadyen A, Broster G. Development of a psychiatric liaison service. *Arch Dis Child* 1990; 65: 1373-75.
- Kaan R Ozbayrak, Aysen Cskun. Attitudes of Pediatricians Toward Psychiatric Consultations. *General Hospital Psychiatry* 1993; 15: 334-38.
- Kahan BB, Sexson SN. Organization and Development of Pediatric Medical - Psychiatric Units. Part I: Administrative, Financial, and Political Issues. *General Hospital Psychiatry* 1991; 13: 296-304.
- Kahan BB, Sexson SB. Organization and Development of Pediatric Medical - Psychiatric Units. Part II: Clinical Management Issues. *General Hospital Psychiatry* 1991; 13: 391-98.
- Knapp PK, Harris ES. Consultation - liaison in child

psychiatry: a review of the past 10 years. Part I: Clinical findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, January 1998; 37:1.

Lask Bryan. Paediatric Liaison Work. En: Rutter M, Taylor E, Hersov L. *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. London: Blackwell Science, 1993:995-1005.

Leslie SA. Paediatric Liaison. *Arch Dis Child* 1992; 67: 1046-49.

Lewis M. Consultation process in child and adolescent psychiatric consultation - liaison in pediatrics. En: Lewis M, King R. *Consultation - Liaison in Pediatrics (Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America)*. Philadelphia: Saunders, 1994.

Lipowski ZJ. Consultation-Liaison Psychiatry: The First Half Century. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; (8): 305-15.

Lyman C. Un modelo epigenético de procesos familiares. En: Celia Jaes Falicov (compiladora). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991: 131-65.

Definición

La psicopatología del bebé constituye un área de observación y reflexión definida entre el nacimiento y el tercer año de vida, distinguible dentro de la psiquiatría desde la década de los ochenta.

Esta distinción se justifica dada la originalidad de la semiología y clínica psiquiátrica del bebé y la posibilidad de sistematizarla para una detección temprana de gran impacto preventivo.

Su originalidad reside en los siguientes aspectos:

-La unidad de observación diagnóstica y terapéutica es la díada madre-bebé.

-El análisis de los fenómenos de interacción diádica constituye el objeto central de estudio.

-El rol y el significado del síntoma se apoyan en el supuesto de la interdependencia del funcionamiento psíquico de la madre y del bebé.

-El carácter transdisciplinario de la demanda de intervención por cuanto el síntoma ocupa una área común somatopsíquica.

-La importancia de la incidencia cronológica en los cuadros psicopatológicos del bebé.

Antecedentes históricos

Las descripciones de las consecuencias patológicas de la privación materna informan de la índole crítica de la relación temprana. Durante la primera guerra mundial Pfaunder e Ibrahim denunciaron el estancamiento de la curva de desarrollo pondoestatural de niños hospitalizados, Bender en 1935 planteó la relación entre la carencia afectiva precoz y el desarrollo ulterior de una psicopatía. Ribble en 1938 escribió acerca de los recién nacidos que mueren por falta de amor maternal. Spitz describió la depresión anaclítica y el hospitalismo con una metodología más rigurosa; M. Mahler estudió los correlatos interactivos observables durante la fase simbiótica; y Bowlby postuló la teoría del vínculo en 1958 a partir de la cual se generan variadas investigaciones clínicas en el tema.

En su artículo "La índole del vínculo del hijo con su madre" Bowlby asoció su premisa del vínculo primario con los últimos trabajos de M. Klein en los cuales, según señalara se vislumbraba "algo más en la relación del bebé con su madre que la satisfacción de las necesidades fisiológicas". El trabajo de este autor condujo a un creciente empleo de la etología en los estudios de la relación madre bebé privilegiando así la metodología de la observación de los fenómenos en su medio natural.

Winnicott enfatizó la importancia de la reciprocidad de la experiencia entre la madre y el bebé y reafirmó que "Un bebé no puede existir solo, sino que es esencialmente parte de una relación, si vemos un bebé, vemos la previsión ambiental y detrás de ella vemos a la madre". La necesidad de vinculación primaria del bebé y la unidad que conforma el bebé con la figura de apego primordial han constituido las premisas básicas de los estudios de interacción temprana que sentaron las bases para estudiar la psicopatología de los primeros años de vida.

Modelo etiopatogénico actual

La fenomenología del proceso de vinculación y la neurobiología del desarrollo otorgan un modelo interesante para una psicopatología específica de este período.

El bebé dispone desde el nacimiento de competencias sensoriales y de competencias interactivas para vincularse y promover las conductas de maternaje de las que depende para sobrevivir. Las conductas de maternaje y las conductas de vinculación del bebé son observables en simultaneidad como elementos interactivos de un sistema diádico. Desde la sintonía que alcanzan las conductas de uno y otro, se irá modelando el yo del bebé como un emergente que, descubriendo experiencias afectivas compartidas, irá desarrollando una personalidad sana. Estados desintonizados generan estados displacenteros, tensión, desconfianza e incertidum-

bre que conducen a no confirmar el sí mismo emergente y a una amplia gama psicopatológica.

La disponibilidad materna o su competencia reparatoria de estados desintonizados puede estar interferida por cuestiones psicológicas, como conflictuosidades entre el bebé imaginario y el bebé real; expectativas y rol asignado al bebé en la dinámica familiar; presencia o ausencia de deseo de hijo; aspectos transgeneracionales como la relación de la madre con sus propios padres, presencia de psicopatología y aspectos sociales como disponibilidad de recursos materiales, apoyo de red social y las prácticas biomédicas institucionales.

Las conductas de vinculación de madres y bebés están radicadas en el programa genético, más específicamente en los genes tempranos de adaptación a estímulos medioambientales proveyendo la base molecular de las conductas de adaptación. El concepto de neuroplasticidad y la poda neuronal, apoptosis, explican satisfactoriamente la posibilidad que estímulos interactivos influyan en diversas expresiones génicas, normales y patológicas que se irán internalizando como circuitos neuronales. Procesos de vinculación que se consolidan en vínculos seguros se correlacionan con niños sanos que se hacen adultos también sanos en tanto procesos de vinculación conducentes a vínculos ansiosos o desorganizados se correlacionan con psicopatología temprana.

Evaluación psiquiátrica del bebé

Consiste en una observación multidimensional y evolutiva que comprende características del bebé, características de la madre, fenómenos de la interacción que caracterizan la relación madre-bebé, rol del padre y la familia en su conjunto. Síntomas presentados por el bebé desde el nacimiento, como estados de tensión o agitación, rechazo de la alimentación natural, evitación de la mirada son signos de angustia psicológica que se hacen comprensibles en el contexto dado de una determinada relación.

La díada y/o tríada deben atenderse juntos en una atmósfera facilitadora de su interacción habitual incluidas las conductas necesarias para el bebé como alimentación, muda y juego. La actitud del profesional debe propiciar el relato verbal espontáneo y debe mantener una visión bifocal dirigida tanto a las interacciones padres-bebé como al relato verbal de los padres. La video grabación es útil para posibilitar el análisis retrospectivo de los patrones de interacción y para practicar la autoscopia relacional con los padres, procedimiento de inmenso valor terapéutico en las disritmias de interacción por su contribución para ayudar a los padres a interpretar adecuadamente las señales del bebé.

Características del bebé

Comprende el examen somático, la evaluación del nivel de desarrollo y la observación de su comportamiento. El análisis semiológico riguroso debe precisar la naturaleza de los síntomas, las variantes clínicas, la concordancia con las situaciones significativas y su evolución. El rol y el significado del síntoma están arraigados en un conflicto que no siempre es evidente y puede formularse en términos tan variados como la incompatibilidad entre el niño real y la representaciones de la madres y la coincidencia con la angustia materna.

Los padres informan del comportamiento y síntomas del bebé subjetivamente. El modo como los padres se perciben a sí mismos en su función paterna, el significado que le adjudican a la conducta y al síntoma de su hijo, la verbalización de sentimientos, pensamientos y expectativas respecto al hijo debe ser acogida activamente y debe ser confrontada con la conducta "objetiva" del hijo.

La observación del comportamiento es descrita por los padres y observada directamente durante la entrevista en sus manifestaciones espontáneas, relación con la madre, padre, profesional y objetos. Se consignan primordialmente el grado de interés por los objetos y las personas, el compromiso corporal y sensorial en las interacciones (vocalizaciones, mirada, tonalidad afectiva, placer, apatía, indiferencia afectiva, excitación, entre otros). La devolución de la evaluación del comportamiento del bebé constituye en sí misma un medio de intervención.

Interacción entre el bebé y la madre

La interacción se define como el conjunto de fenómenos dinámicos, recíprocos e interdependientes que se desarrollan entre el sujeto y su medio, en este caso la madre.

La observación de la interacción entre el bebé y la madre tiene un componente concreto, el cómo, evidenciado a través de los diálogos visuales, tónicos y auditivos y un componente subjetivo, imaginario, que constituye la trama de la relación. Las madres no se relacionan solamente con la conducta del bebé, atribuyen un significado a la conducta y actúan consecuentemente con el significado introducido sobreestimando el elemento intencional en la conducta del bebé.

La comprensión de una disfunción de la interacción madre-bebé pasa por decodificar la articulación entre el componente concreto y el imaginario. A modo de ejemplo, la no presencia reiterada de interacción visual entre una madre adolescente y su bebé se debía a una proyección de la relación de la adolescente con su abuela ciega, figura castigadora

que le provocaba intensos sentimientos de temor. Los trastornos de sueño en un bebé de 5 meses se relacionaban con una hipervigilancia materna por el antecedente de muerte súbita en un hijo.

Características de la madre

Las características de la madre inciden en el bebé al menos por dos razones: primero, la madre suele ser la figura primordial del vínculo, y segundo, la existencia de la interdependencia entre el funcionamiento psíquico de la madre y el bebé. Esta interdependencia constituye a menudo el sustrato primordial de la psicopatología del bebé, como se evidencia en el ejemplo citado anteriormente.

Se requiere evaluar la identidad materna, la contribución del eje transgeneracional en su construcción, la historia de la relación con el bebé al menos desde la concepción, el rol del bebé en el sistema familiar, los posibles conflictos en torno a vivencias de la maternidad y al ejercicio de las funciones parentales.

Rol del padre y la familia

La contribución del padre al desarrollo normal o patológico del hijo puede ser directa, a través de la relación mediatizada por la madre y por ausencia en casos de familia monoparental.

La estructura y funcionamiento de la familia y la red social formal e informal son variables a considerar en la evaluación por cuanto regulan la disponibilidad física y psicológica de la madre hacia el bebé y el grado de protección que envuelve a la diada.

En suma, la evaluación del bebé requiere una perspectiva multifocal que considera simultáneamente las características del bebé, las características de los padres, la relación entre ambos y el ecosistema en que están insertos.

Nosografía

La clínica descriptiva del bebé puede tomar como eje las modalidades de interacción que subyacen al proceso de vinculación, puede basarse en las diferentes modalidades de expresión sintomática y puede clasificarse de acuerdo a las diversas situaciones clínicas familiares.

Trastornos del vínculo

Trastornos del proceso de vinculación

Este tipo de trastornos puede ocurrir debido a los siguientes factores:

Por ausencia de la madre o sustituto maternal.

Por discontinuidad de la relación con el objeto de vinculación. Los efectos de la carencia afectiva sea por ausencia o pérdida del objeto de vinculación dependen de la fase evolutiva de la permanencia de objeto en que se halle el niño al producirse la separación, el tipo de relación previa a la separación, la disponibilidad y características de una nueva figura de apego.

Por trastornos cuantitativos de la interacción: hiperestimulación e hipoestimulación. La hiperestimulación se observa cada vez que las madres no leen las señales de saturación sensorial del bebé, sea por rasgos intrusivos, ansiosos, sea por hiperreactividad del niño privándolo de vivenciar el valor comunicativo de las señales emitidas.

La hipoestimulación se observa sea por fallas de la disponibilidad materna por psicopatología, rechazo o acumulación de estrés, sea por una baja demanda de solicitud de interacción del bebé.

Si la espiral interactiva entre ambos protagonistas se retroalimenta progresivamente existe alta probabilidad de ocurrencia de trastornos psicofisiológicos en el primer caso y trastornos del mismo tipo de la carencia afectiva en el segundo caso.

Cabe destacar que el nivel adecuado de estimulación debe ser evaluado de acuerdo al temperamento, las características de regulación y competencias del bebé de tal forma que un determinado nivel de estimulación que puede ser ideal para un determinado bebé, puede ser excesivo para un bebé de bajo umbral sensorial e insuficiente para un bebé hiporeactivo.

Por trastornos cualitativos de la interacción: interacción armónica e interacción disarmónica.

- *Interacción armónica:* las competencias sensoriales e interactivas del bebé y las competencias maternas se acoplan sintónicamente de tal forma que las conductas maternas parecen ir al encuentro de las necesidades del bebé o bien responden directamente a las señales del niño. El niño construye gradualmente una representación interna de su madre como habitualmente disponible generándose un proceso de vinculación adecuado con alta probabilidad de conducir a un tipo de vínculo seguro.

- *Interacción disarmónica:* las señales del bebé no se perciben o interpretan adecuadamente por variadas razones configurándose diacrónicamente un proceso de vinculación inadecuado con alta probabilidad de conducir a un vínculo de tipo ansioso ambivalente, ansioso resistente o desorganizado.

El tipo de vínculo seguro protege al niño de psicopatología y de maltrato y negligencia por parte de la figura de apego primordial correlacionándose con mejor calidad de salud mental a lo largo del ciclo vital.

El estudio de D. Stern ilustra magistralmente la

evolución de las interacciones armónicas y disarmónicas en dos diadas madre-bebé que comparten simultáneamente la misma madre.

Stern analiza mediante el método microanalítico la interacción de una madre y sus gemelos de tres meses y medio. Mientras con uno de los gemelos (Mark) la interacción es armónica con el otro gemelo (Frank) se observa un desfase de la posición frente a frente como si cada uno persiguiera al otro sin alcanzarlo nunca. El análisis de las unidades de interacción muestra que estadísticamente la madre era más inductora de esta situación. Lo substancial es que en este caso no se produce ni intercambio real ni separación real siendo Frank privado de un mecanismo de autorregulación que le permitiría ir procesando una separación sin pérdida.

La evaluación a los 12 y 15 meses muestra que Mark explora libremente mientras que Frank se muestra aprensivo y dependiente debiendo asegurarse constantemente de la presencia materna. Mark presenta un tipo de vínculo seguro que como lo muestran los estudios prospectivos se correlaciona con un mejor desarrollo, afectivo y una mayor competencia cognitiva y social respecto a los otros tipos de vínculos.

Este estudio muestra también que el tipo de vínculo es más un atributo del proceso de interacción que de características intrínsecas maternas.

Trastornos del tipo vincular

Vínculo ansioso ambivalente: el niño duda de la disponibilidad de la madre y presenta angustia de separación por lo cual limita su exploración. La experiencia que hace el niño de la inconsistencia parental puede y suele ser reforzada por separaciones y por amenazas de abandono.

Vínculo ansioso evitativo: el niño va creando expectativas negativas hacia la disponibilidad de los padres a través de una experiencia análoga a la experiencia de negligencia emocional.

Vínculo desorganizado: el niño muestra conductas de desorientación, miedo, confusión, apego y desapego frente a la figura de vinculación.

Criterios diagnósticos. Se basan en la situación extraña de interacción con los padres y la capacidad de exploración.

El procedimiento diagnóstico para tipificar el tipo de vínculo, conocido como situación extraña, es obra de Ainsworth (Tablas 28-1 y 28-2). La investigadora, observando las reacciones de madres y niños de entre 12 y 15 meses que en una situación experimental de 3 ensayos son separados 3 minutos y vueltos a reunir, tipifica los tipos vinculares: seguro, ansioso ambivalente y ansioso evitativo. Main añadirá después la descripción del otro tipo vincular que llamará desorganizado observando trastornos de la conducta del niño en presencia de la figura de vinculación durante la situación extraña y no necesariamente frente a la separación y reunión.

Si bien la observación de las perturbaciones de la interacción madre-bebé no constituyen en sí mismas un criterio de patología, su diagnóstico se justifica dada la orientación eminentemente preventiva de la psicopatología temprana, que tiende a privilegiar los procesos sobre las consecuencias para anticipar de esta forma anomalías del desarrollo.

Secuelas de los trastornos de vinculación

Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia y la niñez. Presente en la clasificación del DCM-IV e ICD-10, se refiere a una perturbación de las relaciones sociales del niño que puede presentarse como tipo inhibido o desinhibido en cualquier contexto y se inician antes de los 5 años. Según el DCM-IV la crianza patógena es responsable de este trastorno.

Negligencia hacia el niño. La negligencia como falla de los mecanismos de activación recíprocos del proceso de vinculación genéticamente programado se manifiesta como omisión de conductas maternas, insuficiencia de cuidados, rechazo y abandono. Un factor de riesgo de gran relevancia actualmente en nuestra población chilena es la polidependencia materna.

Maltrato físico y psicológico hacia el niño. Corresponde a un pasaje, al acto impulsivo frente a

TABLA 28-1
MODALIDAD DE APEGO Y REACCION EN SITUACION DE SEPARACION A LOS 12 MESES

Tipo de apego	Separación	Reunión
Seguro	Protesta +++	Solicitan conductas de apego
Ansioso ambivalente	Protesta +++++	Ambivalentes buscan, resisten contacto
Ansioso evasivo	Protesta - +	Alejamiento o evitación

TABLA 28-2

MODALIDAD DE APEGO Y COMPORTAMIENTO FAMILIAR

Tipo de Apego	Contacto corporal	Cooperación	Irritabilidad
Seguro	+++	+++	-
Ansioso ambivalente	+	+	+
Ansioso evasivo	-	-	+++

situaciones de frustración en la interacción con el bebé, fracaso en calmarlo, alimentarlo. La frustración surge dada la incoherencia entre la persistencia del bebé imaginario reparador y el bebé real. La observación de nuestro equipo de salud mental perinatal es que madres transgeneracionalmente carenciadas afectivamente no efectúan el duelo normal del bebé imaginario lo que entorpece el reconocimiento del bebé real como persona con sus propias características. La madre le proyecta el fracaso de sus expectativas y por ende la relación no solamente no confirma al bebé sino que puede destruirlo física y psicológicamente. Una presentación clínica que ilustra esta modalidad de interacción es el síndrome del niño sacudido de tanta gravedad que puede llegar a comprometer el pronóstico vital del bebé.

Nanismo psicógeno. Este se relaciona con distorsiones o carencias relacionales y se asocia a trastornos de las etapas 3 y 4 de sueño en las que se secreta hormona de crecimiento.

Modalidades de expresión sintomática

La clasificación de estos trastornos se apoya en la singularidad de cada una de las categorías, no implica etiología y pueden asociarse.

Trastornos de expresión somática

Cólico de los tres primeros meses. Afecta primordialmente a bebés hipertónicos sujetos a una preocupación materna primaria excesiva y ansiosa, si no se resuelve el conflicto de base, la interacción no varía y el bebé puede reemplazar evolutivamente este síntoma por otro.

Criterios para el diagnóstico:

- Comienza en la segunda o tercera semana de vida.
- Crisis frecuentes en horario posprandial.
- Apetito y peso normales.
- Exámenes clínico y paraclínicos normales.
- Crisis intensas que mejoran con la separación de la figura materna.

- Crisis se calman con movimientos rítmicos que disminuyen la contracción visceral.

Trastornos del sueño: su incidencia se encuentra en progresivo aumento debido a que las exigencias actuales que enfrentan las organizaciones familiares introducen elementos de perturbación en la evolutividad natural del ciclo sueño-vigilia. Así, los trastornos del sueño pueden estar ligados a factores perturbadores del medioambiente o ligados a dificultades relacionales, puede aparecer los primeros meses de vida por demanda excesiva o el segundo año de vida ligado a la angustia de separación.

- *Insomnio del primer semestre.* Este insomnio precoz se presenta desde las primeras semanas en dos formas diferentes.

a) *Insomnio calmo.* Los bebés permanecen largo tiempo del día y la noche con los ojos grandes abiertos, de pronóstico grave corresponde a un trastorno severo del desarrollo como autismo o constituye el primer síntoma de una psicosis infantil.

b) *Insomnio agitado.* De mayor frecuencia que el anterior, los bebés alternan periodos breves de sueño y vigilia, corresponde a distorsiones relacionales dadas por incoherencias de actitudes parentales, carencias, discontinuidad afectiva y/o sobre estimulación. El bebé se muestra irritable, llora provocando aumento de la tensión familiar, lo que suele agravar el síntoma.

En los casos más benignos la reacción de los padres refuerza el insomnio a través de gratificaciones: pasearlo, alimentarlo.

- *Insomnio del segundo semestre.* Este insomnio de conciliación se asocia a la angustia de separación contemporánea a la permanencia del objeto afectivo. De buen pronóstico si cuenta con un proceso de vinculación adecuado y adopta un objeto transicional.

- *Trastornos ulteriores:*

a) Trastornos del sueño ligados a la hiperactividad motora: de mayor frecuencia en varones entre 9 y 30 meses se caracteriza por dificultades en la

conciliación, alternancia de periodos de sueño y vigilia frecuentes a lo largo de la noche.

b) Trastornos del sueño ligados a la ansiedad: por persistencia de la ansiedad de separación o por traumatismos como enfermedades, intervenciones quirúrgicas, separación por hospitalización.

c) Trastorno del sueño dentro de una psicopatología grave.

Trastornos de la alimentación. Constituyen el trastorno somático de mayor frecuencia de consulta durante el primer año de vida, sea como sintoma aislado, sea concomitante a otro trastorno. Esto es comprensible dado el rol central de la alimentación en la relación madre-bebé. Los principales trastornos se refieren a la anorexia, los vómitos, la rumiación y la hiperfagia. A continuación se revisan los dos primeros.

- *Anorexia:* constituye la perturbación de mayor frecuencia y mayor importancia histórica por constituir el primer trastorno somático con reconocimiento de su origen psíquico. De forma variada según la edad, alcanza su mayor frecuencia en el segundo semestre.

- *Anorexia mental del segundo semestre.* No es un síntoma unívoco, debiéndose diferenciar la anorexia simple o común de la anorexia compleja.

a) *Anorexia simple reaccional.* Conocida también como anorexia del destete, aparece como un trastorno reaccional al cambio de alimentación que puede perpetuarse a través de un proceso de reacciones recíprocas entre la oposición del bebé y la actitud de presión de la madre. Para impedir una reacción circular de oposición, es importante convencer a la madre de no forzar al bebé a comer. Si la madre varía de táctica la anorexia desaparece rápidamente, si la reacción circular se instala, puede durar meses o años.

b) *Anorexia compleja.* Más intensa y resistente al cambio que la anterior. Los bebés se comportan como si la comida no les interesara. Las formas más severas corresponden a situaciones relacionales muy conflictivas o integran una constelación sintomática reveladora de una depresión; en este último caso la anorexia de inercia se acompaña de apatía, desinterés por el mundo exterior y tristeza.

En casos extremos, el compromiso vital puede estar amenazado por la falta de alimentación, al conjugarse la carencia de un mínimo de experiencias gratificantes con la confrontación a mensajes incoherentes por incompetencia parental extrema como es observable actualmente en diadas con madres que presentan polidependencia.

c) *Vómitos.* De mayor incidencia en el segundo semestre de la vida pueden aparecer brutalmente en situaciones de valor traumáticas para el bebé o

episódicamente en el curso de una anorexia en que acepta la alimentación para luego rechazarla. No es infrecuente que los vómitos sustituyan la anorexia.

Cabe hacer notar que vómitos ligados a factores emocionales pueden complicar cualquier cuadro somático.

d) *Rumiación.* Aparece entre los 6 y los 8 meses en forma de regurgitaciones y masticaciones repetidas de alimentos, en caso de persistir puede alterar el estado general provocando una desnutrición severa que puede llegar a comprometer el estado general. La observación de la rumiación en bebés ávidos de contacto, hijos de madres muy represivas o deprimidas ha llevado a postular el valor sustitutivo del diálogo tónico con la figura de apego de la rumiación.

Trastornos dermatológicos. La piel es fiel reflejo de las influencias psíquicas por el fenómeno psicogalvánico (alteración emocional del potencial eléctrico). Entre las manifestaciones más frecuentes están la urticaria, el eccema y la psoriasis. A continuación, se revisa sucintamente una de ellas.

- *Eccema.* Aparece entre los 5 y 6 meses de vida para desaparecer entre los 18 y 24 meses. Con cierta frecuencia es seguida por otra patología como el asma. Los bebés tendrían una predisposición congénita exacerbada para las respuestas cutáneas que las madres descritas como con altos niveles de hostilidad y ansiedad provocarían fácilmente.

Trastornos respiratorios:

- *Apnea emocional.* El episodio de apnea es concomitante al llanto y puede conducir a la pérdida de conocimiento y convulsiones si se prolonga. Ocurrencia entre el segundo semestre y los 36 meses de vida. Se presenta en forma cianótica en niños activos y menos frecuentemente en la forma pálida en los niños pasivos. La ansiedad que provoca este cuadro en los padres los invita a evitar la frustración hacia el niño, extendiendo los límites disciplinarios lo que a su vez provoca aumento de intolerancia a la frustración y mayor posibilidad de episodios de apnea en situaciones relacionales análogas.

Trastornos de la expresión motora

La desorganización somática y la motricidad constituyen las vías primordiales de expresión corporal de la psicopatología temprana.

El tono muscular, la postura y el movimiento están íntimamente ligados al contexto afectivo y relacional. La impresión y expresión corporal de la emoción descrita por Wallon en el diálogo tónico se instala a partir de los primeros días de vida a través

de la ocurrencia y calidad del *holding* y el *handling* materno.

Los trastornos del *tonus* fluctúan entre la hipotonía axial del bebé afectivamente carenciado a la hipertonia del bebé ansiosamente solicitado.

Las descargas motoras se pueden agrupar en descargas de tipo rítmico como los balanceos; descargas de tipo exploratorio como llevarse los dedos a la nariz o restregarse partes del cuerpo; descargas de tipo autoagresiva como golpearse la cabeza y descargas autoeróticas.

Los trastornos globales de la motricidad se polarizan sea hacia la hiperactividad, agitación y excitación sea hacia la pasividad, inercia y apatía.

Su importancia no depende tanto de su ocurrencia sino de la intensidad, frecuencia y concomitancia de otros síntomas orientadores de su diagnóstico.

Estudios prospectivos especialmente en poblaciones de prematuros, sugieren una correlación entre las manifestaciones motoras precoces y trastornos ulteriores de la psicomotricidad que se evidencian a partir de las dificultades escolares.

Trastornos de expresión mental

Depresión. Constituye el cuadro clínico de mayor frecuencia y comprende la depresión anaclítica y las formas de presentación menos acentuadas de mayor frecuencia actualmente.

Depresión anaclítica. Observada por Spitz en bebés mayores de 6 meses en salas cuna dependientes de servicios penitenciarios consiguiente a la separación por motivos administrativos de sus respectivas madres, la relación previa madre-bebé se situaba dentro de la normalidad. Spitz describe la siguiente evolución:

Primer mes: los niños se vuelven llorones exigentes, tienden a asirse al observador cuando éste logra hacer contacto con ellos.

Segundo mes: el lloriqueo se cambia en gemidos. Se inicia la pérdida de peso. Hay una detención en el índice de desarrollo.

Tercer mes: los bebés se niegan al contacto. Yacen postrados en sus camitas la mayor parte del tiempo. Se inicia el insomnio, prosigue la pérdida de peso. Hay una tendencia a contraer enfermedades intercurrentes, el retraso motor se generaliza. Se inicia la rigidez facial.

Luego del tercer mes "el retraso motor se acrecienta y es reemplazado por el letargo. El índice de desarrollo empieza a decrecer."

Spitz describe un período transitorio de 2 meses en que el cuadro es reversible con el regreso de la madre o adecuado sustituto materno aunque deja cicatrices que aparecerán en años posteriores. Si la separación excede cinco meses el cuadro se funde

con el hospitalismo, esto significa que se torna irreversible y presenta altas tasas de mortalidad.

Recordemos que la noción central de hospitalismo es la privación total del objeto afectivo lo que le otorga mayor patogenicidad que la privación.

Hoy en día la depresión anaclítica se presenta especialmente en situaciones catastróficas, naturales y de guerra, cada vez que el bebé pierde radicalmente en quien apoyarse.

Las otras formas de depresión se dan en presencia de los padres que sin embargo no se involucran afectivamente en la interacción con su hijo, como en algunos casos de trastornos de la interacción con madres con depresión puerperal.

Criterios diagnósticos:

- **Humor disfórico:** se presenta como un comportamiento de indiferencia sin quejas ni lágrimas, de inexpressividad más que de tristeza. Apatía.

- **Trastorno de la psicomotricidad:** la inercia motriz y una tendencia repetitiva monótona contrasta con las variadas conductas del bebé normal. Mímica pobre, disminución y lentificación de los movimientos corporales, de las iniciativas psicomotoras y de las respuestas motoras frente a variados estímulos en situación interactiva.

- **Pobreza interactiva:** disminución notable de las demandas de interacción y disminución de las respuestas frente a las interacciones solicitadas a nivel de los diálogos verbales, corporales y visuales; el trastorno de la comunicación se agrava circularmente en la medida que la interacción con el bebé no es gratificante para el otro protagonista.

Esta tríada elemental para el diagnóstico del síndrome depresivo se asocia generalmente con síntomas de expresión somática.

Fobias. Se manifiestan generalmente a partir del segundo semestre de la vida como fobias masivas, desorganizadas frente a ruidos, objetos diversos o selectivas a la alimentación, la defecación. La fobia constituye un estado de inhibición ansiosa que bloquea la curiosidad natural del bebé por lo cual puede perturbarlo en diferentes áreas de su desarrollo.

Trastornos del desarrollo

El desarrollo se exterioriza por adquisiciones que se inscriben cronobiológicamente a nivel de la psicomotricidad, el lenguaje, el comportamiento con los objetos y hacia las personas (comportamiento adaptativo y sociabilidad, respectivamente).

Desde una perspectiva clínica se distinguen los trastornos generalizados y los específicos.

Evolutivamente se diferencian los retardos y las deficiencias inscritas genéticamente.

Desde una perspectiva estructural el trastorno puede constituir la expresión psicopatológica en sí misma o puede estar incluida en una estructura mental definida: deficitaria, psicótica, neurótica o disarmonica.

Esta categoría puede, por lo tanto, englobar alteraciones tan variadas como el retardo del desarrollo psicomotor y el autismo infantil.

Situaciones clínicas frecuentes en familias en formación

Desde la óptica preventiva de este tema es perentorio enunciar las situaciones que dificultan el proceso de vinculación para ir difundiendo transdisciplinariamente las conductas y actitudes más adecuadas para garantizar el mejor desarrollo posible del niño.

Situaciones clínicas del bebé que dificultan el proceso de vinculación. Las situaciones que asientan en el bebé, al menos en su expresión fenotípica como la prematurez y las malformaciones tienen como denominador común los protagonistas (padres-bebé-equipo de salud) y el proceso de duelo, sea pérdida del estado de gravidez y del bebé de término, sea la pérdida del niño normal.

Situaciones clínicas de los padres. Cabe destacar los procesos de duelo y la psicopatología parental. La elaboración del duelo se contrapone psicodinámicamente al proceso de vinculación lo que confiere una vulnerabilidad no despreciable a ambos procesos, especialmente en casos de duelo por hijos fallecidos.

El peso de la psicopatología parental depende de factores tales como su naturaleza, su gravedad, duración, evolución y red de apoyo familiar y social y la edad del niño. El efecto perturbador de psicosis, trastorno de la personalidad, trastornos afectivos y polidependencia es objeto de estudio de los últimos años.

Familias con múltiples carencias transgeneracionales. Estas constituyen otro grupo de riesgo para trastorno de la vinculación por la falla en la incorporación de una imagen de identificación parental adecuada.

Tratamiento

Las intervenciones terapéuticas son múltiples y diversas según la especificidad del trastorno, los objetivos y la referencia teórica.

Según el modelo expuesto la psicoterapia madre-bebé constituye la primera opción, ella introdu-

ce modificaciones de las interacciones diádicas utilizando una aproximación multifocal a nivel de las interacciones concretas y a nivel de las verbalizaciones maternas; facilita la emergencia de los contenidos que se inscriben en los comportamientos interactivos disfuncionales movilizándolo la problemática relacional para su elaboración. Intervenciones lúdicas dirigidas al bebé en presencia de la madre e intervenciones centradas en el contenido transgeneracional dirigidas a los padres pueden ser igualmente eficaces.

Prevención

Que la perinatalidad sea un período clave para el desarrollo de vínculos adecuados brinda la posibilidad de efectuar intervenciones oportunas de gran impacto preventivo, anticipando la instalación de trastornos. La difusión de conceptos y transferencia de técnicas básicas que fomenten un proceso de vinculación adecuado y detecten tempranamente relaciones de alto riesgo relacional deberían incorporarse programáticamente.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M. Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development. *Bulletin of New York Academy of Medicine* 1985; (61):771-91.
- Bowlby J. Una base segura. Barcelona: Paidós Ibérica, 1989.
- Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal* 1958; 39:350-73.
- Bowlby J. Maternal Care and mental health. Ginebra, WHO 1951.
- Brazelton T. Neonatal Behavioral Assessment Scale. *Clinics in Developmental Medicine* N° 137 3er Ed. London: Cambridge University Press, 1995.
- Cramer B. Psychiatrie du lactante: nouvelles frontières. Esquel, 1988.
- Evrard P, Marret S, Gressens P. Environmental and genetic determinants of neural migration and postmigratory survival. *Acta Paediatr Scand* 1997; Suppl 422 (86):20-6.
- Greenspan S, Lieberman A. Infants, mothers and their interaction: a quantitative approach to developmental assessment. In: Greenspan SY, Pollock GH. *The Course of Life. Vol. I: Infancy.* Madison, CCT: International Universities Press 1989:505-60.
- Hofer MA. Early relationships as regulators of infant physiology and behavior. *Acta Paediatr* 1994 (Srepph 397): 9-18.
- Kimelman M, Núñez C, Hernández G *et al.* Construcción y evaluación de pauta de medición de riesgo relacional madre-recién nacido. *Rev Med Chile* 1995; 123(6):707-12.

- Klaus M, Kennel J, Klaus Ph. The route at independence en Merloyd Lawrence Book Bonding U.S.A. Massachusetts (MA): Addison-Wesley Publishing Company 1995.
- Klein M. Principios psicológicos del análisis infantil. En: Klein M. Obras Completas. Buenos Aires: Paidós-Hormé, Vol II, 1975-1977.
- Kreisler L, Fain M, Soulé M. L'enfant et son corps. Paris: PUF, 1981.
- Lebovici S, Mazet Ph. L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Genève: Ed. Eshel, 1996.
- Mahler M. Separación-individuación. Estudios 2. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1984.
- Main M, Solomon J. Discovery of an insecure, disorganized/disoriented attachment pattern. Yogman, Brazelton TB. Affective Development in infancy. N.J. Ablex Norwood, 1986.
- Mazet P, Stoleru S. Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Paris: Ed. Masson, 1993.
- Rutter M. Pathways from childhood to adult life. J Child Psychol Psychiatry 1989; 30:23-51.
- Spitz R. El primer año de vida del niño. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, 1965.
- Stern D. One way to build a clinically relevant baby. Infant Mental Health Journal 1994; 15(1):9-25.
- Stern D. La primera relación madre-hijo. Buenos Aires: Ed. Morata, 1989.
- Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payat, 1969.

SEXTA PARTE
Adolescencia

EL DESARROLLO PSICOLOGICO DEL ADOLESCENTE

DINA KRAUSKOPF

Reconocer la adolescencia como una etapa crucial del desarrollo humano, permite abandonar la imprecisión que favorece considerarla como una transición, donde los únicos hechos claramente reconocibles son el abandono de la niñez por las transformaciones biológicas que se presentan y el ingreso a la edad adulta, reflejado en los cambios de la situación social. Esta noción de transición era funcional en los tiempos en que la pubertad marcaba el pasaje directo a la adultez. El estadio intermedio entre la niñez y la adultez se hace más amplio debido a circunstancias histórico-sociales, como lo son la extensión del período escolar y la prohibición del trabajo infantil.

En la actualidad el concepto de transición es disfuncional para la comprensión de un período que cubre aproximadamente diez años de vida. Esto es, un lapso similar a la anterior etapa básica del desarrollo humano: la niñez. Cuando se mantiene, en las actuales circunstancias, la perspectiva de transición para explicar la adolescencia, asoma con frecuencia la asociación de esta etapa con una crisis normativa. Esta supone que predominan los comportamientos perturbados y perturbadores. De esta forma se adscribe a la adolescencia ser una "edad difícil", cuyas demandas y actitudes son tratadas como síndrome que, dado que es normativo, será pasajero. Desde tal perspectiva, uno de los peligros es no discriminar las manifestaciones sanas del desarrollo, del problema que experimenta el entorno por no contar con formas de respuesta adecuada. El segundo peligro es atribuir a síntomas adólescentes de patología o reacciones reales de crisis (no puede responder a las exigencias de desarrollo requeridas para el ajuste transformador y el avance), la tranquilidad que se asume frente a lo definitivamente transitorio.

Lutte plantea que, actualmente, se va haciendo difícil distinguir entre adolescencia y juventud y señala que, por ello, los autores más destacados en la materia (Bloss, Ausubel, Erikson, Sullivan, Piaget) no coinciden en su diferenciación, fases ni en los

procesos que sistematizan. Esto refleja que los conceptos que permiten el reconocimiento y comprensión de la adolescencia atraviesan procesos de construcción y reelaboración. Se maneja actualmente una imagen fragmentada de la vida juvenil que puede orientarse en diversas direcciones. La escisión entre los enfoques psicológicos y sociológicos han contribuido a esta situación, que comienza a superarse con la interdisciplinariedad.

El lapso entre los diez y los veinte años marca aspectos diferenciales en el desarrollo, que se reflejan en importantes transformaciones psicosociales y coinciden con las edades aproximadas en que se inician las modificaciones sexuales y la culminación de este crecimiento. Este período ha sido foco claro de sistematización de la atención e intervención desde la programación en salud. También en el último tiempo se han desarrollado instrumentos jurídicos como los Códigos de la Niñez y la Adolescencia que nacen a la luz de la Convención sobre los Derechos del Niño (que cubre hasta los dieciocho años) y en el período etáreo adscrito a la escolaridad secundaria.

Actualmente, la adolescencia es el período en que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno. Tal interacción tiene efectos cruciales para la resolución del desarrollo adolescente, puesto que en esta etapa afloran las condiciones biológicas para la vida sexual y la reproducción, se enriquece el desarrollo intelectual y social. Con ello van concretándose las bases para la construcción de los roles y perspectivas de la vida en el contexto de las demandas, recursos y limitaciones que ofrecen las sociedades en sus entornos específicos y en un momento histórico político dado.

Puede concluirse, por lo tanto, que "el desarrollo adolescente es un proceso de cambios y transformaciones, que permite un enriquecimiento personal y

progresivo en una delicada interacción con los entes sociales del entorno; su valoración tiene como referente no sólo la biografía del individuo, sino también la historia y el presente de su sociedad". El desarrollo tiene por meta el enriquecimiento personal y social progresivo que avanza en la adolescencia mediante la actualización de capacidades que permitan la convivencia social positiva, rescatando las necesidades personales y el progreso colectivo en un ajuste e integración transformadores.

La adolescencia es un segundo nacimiento. En el primero, el individuo fue recibido por su familia al iniciar la vida desimbiotizada del ambiente materno. Cabe reconocer que es más gratificante para los adultos formar a alguien para que sea parte de su vida, que hacerlo para que se diferencie de ellos. El segundo nacimiento no es tan bienvenido como el primero. En éste se replantea la definición personal y social del ser humano a través de una segunda individuación que moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida.

Con la adolescencia las personas nacen para la sociedad más amplia y por lo tanto se inicia un desprendimiento del sistema familiar que lleva a una resignificación de las relaciones. Se trata de un proceso personal que desencadena procesos en el medio familiar, los que a su vez requieren ser resueltos.

Tal situación se hace más crítica en los tiempos actuales, pues los y las adolescentes son los portadores de los cambios culturales. Estos demandan, para el medio adulto, una reorganización de esquemas psicosociales que incluyen el establecimiento de nuevos modelos de autoridad e innovadoras metas de desarrollo.

En el proceso adolescente, el individuo procura hacer coincidir su identidad con un hacer en el mundo que lo objective y proyecte: debe confrontar las experiencias e instrumentos que recibió en su pasado, resolver los cambios biológicos y psicológicos en términos de nuevos roles sociales, internalizar un autorreconocimiento que se expresa en su propia relación con el mundo, y más particularmente con su sociedad.

Existen factores claves para el desarrollo adolescente, como son: las bases afectivas y sociales recibidas durante la niñez, las posibilidades de exploración, de concretar la autoestima, expresar la autoafirmación, recibir la aceptación social, mantener la esperanza de tener opciones para un replanteamiento de quien se es y quien se podría ser. Sin las adecuadas condiciones, las nuevas interacciones personales y sociales pueden favorecer la emergencia de grandes riesgos y daños.

En el funcionamiento psicológico, las dimensio-

nes más destacadas del desarrollo adolescente se dan en el plano intelectual, sexual, social y la elaboración de la identidad. Con la finalidad de facilitar la sistematización de sus características, se analizará la evolución que presentan a través de tres subetapas. No se trata de secuencias rígidas, pues las aceleraciones y desaceleraciones de los procesos dependen, a lo menos, de las diferentes subculturas, la situación socioeconómica, los recursos personales y tendencias previas, los niveles alcanzados de salud mental, las interacciones con el entorno y, entre éstas, las relaciones de género y las relaciones intergeneracionales.

Habitualmente las fases del período adolescente han sido denominadas fase puberal, adolescencia media y adolescencia tardía. Es preferible identificar esta última como el término del período adolescente.

LAS FASES DE LA ADOLESCENCIA

La pubertad: duelo y descubrimiento

Los impulsos correspondientes a los cambios físicos y fisiológicos acelerados que irrumpen en la etapa inicial de la adolescencia, crean las premisas psíquicas para una nueva estructuración de la orientación personal. Los cambios corporales precipitan la ansiedad transicional por la inminencia de un nuevo rol y se comienza a reelaborar la visión de sí mismo y del mundo. En esta fase del desarrollo, los movimientos son de regresión y avance frente a las nuevas posibilidades que se abren. Las regresiones se desatan ante frustraciones sentidas como fracaso, incapacidad y amenaza a la seguridad, por lo que es fundamental brindar apoyo para salir de ellas y no enfatizar la sobreprotección que refuerza la posición regresiva.

Entre los 10 y los 14 años la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional. Se produce una reestructuración de la imagen corporal, se vive un ajuste a los cambios corporales emergentes, el ánimo es fluctuante; hay una fuerte autoconciencia de las necesidades y deseos de comprensión y apoyo por parte de los mayores. Aun cuando las figuras parentales dejan de ser la fuente casi exclusiva de fomento de la autoestima, se hace imprescindible tener la posibilidad de compartir los problemas con los padres; las amistades se tornan cruciales. Los grupos tienden a ser del mismo sexo, facilitando el fortalecimiento de identidades y roles antes de entrar a la interacción heterosexual.

La pérdida del cuerpo infantil implica la necesidad de dejar atrás las modalidades de ajuste de la

niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta. Existen duelos por la pérdida del cuerpo y el *status* infantil así como de la imagen de los padres seguros y protectores de la niñez. En la familia afloran ansiedades ante el anuncio de cambios diferenciadores cuyo desenlace se ignora. Las fortalezas y debilidades del sistema familiar contribuyen a la interpretación de los hechos y a la perspectiva que orienta las reacciones y actitudes ante el renacer puberal.

Tradicionalmente, el comienzo de la pubertad marca la aparición del discurso en que los mayores enfatizan los riesgos y las perspectivas morales. La autonomía en la toma de decisiones no es fomentada. Culturalmente, la emergencia de indicios de desarrollo sexual tiende a ser enfrentada por los adultos de modo opuesto para cada sexo: control y vigilancia para las muchachas, estímulo y libertad para los varones.

En las adolescentes la menarquia es un indicio de gran importancia y el acontecimiento es reinterpretado de acuerdo a las valoraciones atribuidas al destino de la mujer. Las reacciones pueden ir desde la indiferencia parental al festejo o anuncios del drama de la sexualidad y la procreación.

Para los varones, las poluciones nocturnas son casi un secreto que puede vivirse con preocupación o perplejidad; la discreción es la respuesta que reciben con mayor frecuencia. La construcción de su masculinidad pasa por comprobaciones de virilidad exhibidas ante los pares para llegar a iniciarse en las pautas de la conquista heterosexual que las posiciones tradicionales de género demandan a su rol sexual.

El desarrollo de las características sexuales secundarias, el aumento de peso y de estatura son modificaciones externas socialmente impactantes, que llevan a la incertidumbre de sobre las posibilidades de desempeñar un rol como hombre o mujer, lo que facilita la vulnerabilidad ante comentarios, prejuicios y estereotipos. Hoy en día, la maduración puberal se ha adelantado y la edad para la primera unión se está postergando. Esto requiere de nuevas estrategias culturales y sociales para integrar la sexualidad y estructurar las metas y comportamientos adolescentes.

La adolescencia media: la búsqueda de la afirmación personal y social

Aproximadamente entre los 14 y 16 años las preocupaciones psicológicas giran prioritariamente en torno a la afirmación personal - social y afloran las vivencias del amor. La afirmación personal social expresa la construcción de la individuación y desata duelos importantes para las figuras parenta-

les: el duelo por la pérdida de su hijo-niño, el duelo por el adolescente que fantasearon, el duelo por su rol de padres incuestionados. La familia ha dejado de ser el espacio privilegiado para confirmar las habilidades y autoestima adolescente, lo que genera en las figuras parentales el difícil desafío de lograr la capacidad de mantener y expresar, en estas nuevas condiciones, la aceptación que es siempre fundamental para sus hijos adolescentes.

Es importante reconocer que para las adolescentes el amor, el goce y la amistad son preocupaciones muy valiosas, que tienden a suprimirse cuando se enfoca su sexualidad desde el ángulo exclusivo de la moral o la salud reproductiva. No es infrecuente que para las muchachas los novios sean la figura de mayor confianza para compartir afectos y preocupaciones. Las relaciones sentimentales sirven a muchachos y muchachas como oportunidades para ampliar experiencias e intereses y enriquecer la identidad.

Normativamente, la sexualidad debe ser vivida fuera de la familia y los nuevos roles son ensayados y comprobados en grupos de pares y ámbitos de la sociedad más amplia. Esto conforma nuevas condiciones para el desarrollo social que contribuyen a la diferenciación del grupo familiar y a la autonomía. El deseo de confirmar el atractivo sexual y social, la búsqueda de canalización de los emergentes impulsos sexuales, la exploración de las capacidades sociales, y el apoyo en la aceptación por el grupo de pares dinamizan la afirmación personal y social en la adolescencia. Tienen relevancia los conocimientos sobre la sexualidad, las fantasías sentimentales, las ensoñaciones sobre gratificaciones en diversos ámbitos de la vida. En la elaboración de patrones morales y conductuales entran a jugar un papel importante la historia previa vivida, las condiciones del entorno, las regulaciones sociales y culturales.

El desarrollo intelectual durante la adolescencia, trae nuevos recursos para la diferenciación identitaria y para el replanteamiento de las relaciones con el mundo. La simbolización, la generalización y la abstracción introducen visiones más amplias y diversas de los acontecimientos. De la posición infantil de estar "en" el mundo, pasa a situarse en "perspectiva" frente a él y a sí mismo. Esto es, puede "reflexionar", volver la mirada sobre su propia forma de pensar y ser, así como sobre la de los demás. Estos logros, junto a la necesidad de diferenciación, conducen al característico cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones que se habían aceptado durante la socialización previa. La confrontación que se desencadena, amenaza las necesidades de control y autoestima de los mayores involucrados (padres, maestros, etc.).

En la adolescencia se procura explorar las fuentes posibles de reconocimiento sensorial, emocional, social. Los sistemas de ideas congruentes, aunque parciales, van procurando zonas de seguridad. La posibilidad de ponerlas en práctica y acompañarlas de reflexión y asesoría permite enriquecer sus conceptualizaciones. De lo contrario, como lo plantea Aberastury: "se le priva de la capacidad de acción, se le mantiene en la impotencia y, por lo tanto, en la omnipotencia del pensamiento".

El incremento de capacidades para interesarse por situaciones que pueden estar lejanas, plantearse revisiones valóricas y éticas, pasar del pensamiento más concreto y funcional de la niñez a nuevas formas de pensamiento, se activa durante la adolescencia, porque se hace urgente manejarlas para dejar la posición dependiente. El desarrollo intelectual es parte del empuje de insertarse en el mundo de una nueva forma. Existe interés por nuevas actividades, emerge la preocupación por lo social y la exploración de capacidades personales en la búsqueda de la autonomía.

Los adolescentes construyen espacios extrafamiliares donde tienen prestigio y que a menudo son construcciones intersticiales, pues la programación social no los fomenta. Las amistades aportan a la elaboración de la identidad y el rol: amplían las modalidades de relación interpersonal, son valoradas para el reconocimiento de destrezas y opciones y pueden contribuir a desarrollar la participación social. Stevens-Long y Cobb revisan investigaciones que comprueban que la dirección de la vida adolescente se mantiene influida por la familia; pero en la actividad cotidiana, los pares parecen tener más peso.

En este contexto se incrementan las tensiones intergeneracionales y se fortalecen las relaciones intrageneracionales, aunque no tienen necesariamente las características tradicionales de organización. Las relaciones intrageneracionales permiten afirmar la identidad y refuerzan los procesos de independización, diferenciación. Son el respeto y la escucha mutua los que facilitan el desarrollo de destrezas de negociación y la interlocución constructiva con los adultos, necesarios para la incorporación social moderna.

La identidad grupal condiciona y trasciende la identidad de cada uno de los miembros y brinda un espacio diferenciador de la familia. El poder de un grupo es uno de los elementos constitutivos de esa identidad. En esta etapa de la adolescencia los grupos de pares están constituidos por ambos sexos y abren la posibilidad de un aprendizaje de convivencia. Para los jóvenes que buscan la integración, la pertenencia subjetiva a un grupo supone una referencia para su propia vida: lograr una identidad

socialmente conveniente, conseguir determinados fines, recibir orientaciones, normas y valores. En los casos en que existen fracturas en el desarrollo y en el reconocimiento social, los grupos adolescentes enfatizan el poder frente al entorno que los margina o niega, y pueden llegar a mostrar una visibilidad aterrante. La mayor parte de los efectos de dichas estrategias son transitorios, resuelven las cosas simbólicamente, no transforman la sociedad, fallan en restablecer realmente su autoimagen y bienestar, pero logran ampliar sus experiencias y afirmar transitoriamente su presencia de modo impactante.

Término del período adolescente: búsqueda de intimidad, autonomía e inserción social

En las culturas modernas, se espera que en la fase final de la adolescencia, el locus de control externo, propio del *status* dependiente de la niñez y de la relación asimétrica con las figuras adultas, haya evolucionado hacia un locus de control interno. Esto significa que los y las adolescentes no atribuyen lo que les ocurre fundamentalmente a circunstancias externas (locus de control externo), sino que pueden reconocer y expresar sus capacidades de iniciativa, anticipación de resultados y manejo de consecuencias, negociación en la toma de decisiones y puesta en práctica de la solución de problemas. De esta forma procuran que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones.

A menudo, dicho proceso se ve bloqueado por la evitación del duelo que implica abandonar identidades potenciales que parecen ser más gratificantes en su amplio abanico fantaseado, que los roles posibles (que a menudo se tornan excluyentes) así como los pasos para llegar a desempeñarlos. Las figuras parentales enfrentan el duelo que provoca el desprendimiento físico del medio familiar por el adolescente. Esto confronta, en ocasiones, los vacíos existentes en la relación de pareja o insatisfacciones por el proyecto existencial propio. En ámbitos tradicionales, para las muchachas surgen dificultades más complejas con las figuras parentales, cuando la separación no se da mediante el matrimonio.

Otro importante factor que opaca con frecuencia el empuje por explorar las perspectivas más afines de realización personal y participación social, es la desesperanza objetiva o aprendida de que no existen las opciones que permitan el desarrollo anhelado. En adolescentes deprivados, emocional o económicamente, se establecen convicciones que llevan a rehuir las tensiones propias de su desarrollo y de las condiciones del ambiente, lo que favorece salidas

sustitutivas, refugio en gratificaciones efímeras, *acting out*, reacciones depresivas, etcétera.

Gresham *et al* destaca que tales comportamientos pueden encontrarse en adolescentes que no han aprendido a enfrentar las situaciones por haber estado inmersos en hogares con modelos desprovistos de capacidad de contención y de apropiados instrumentos para el fomento de la capacidad de solución autónoma de problemas en sus hijos.

La toma de decisiones sólo puede ocurrir cuando se percibe un claro conjunto de alternativas con diversas consecuencias, gratificaciones y limitaciones junto con las condiciones que permitan llegar a elegir y llegar a ejercer los derechos que permiten la construcción de los caminos de vida. Esto es muy difícil cuando no ha habido un aprendizaje en el ejercicio del análisis y la solución de problemas al interior de las familias y los sistemas que apoyan la formación y el desarrollo, como lo es la escuela. La asesoría y el acompañamiento adulto son de gran importancia para los y las adolescentes pues contribuyen a capacitarlo para el encuentro de sus propias soluciones, la anticipación y responsabilización de las consecuencias de sus decisiones.

La convicción progresiva de los y las adolescentes de que son los actores principales de su propia protección y de la búsqueda de horizontes más amplios para sus nuevas y mayores capacidades, permite el fortalecimiento de la autonomía. Llega el momento en que procuran abrir espacios para lograr la síntesis y selección de las identidades potenciales. El desafío es hacer coincidir los elementos identitarios asumidos con acciones concordantes y con la adquisición de instrumentos que favorezcan la consolidación de roles satisfactorios.

Se evoluciona de un proyecto de vida complementario con el proyecto familiar a una forma de enfrentamiento personal y social propia que se deberá ir poniendo a prueba en la práctica concreta y aportará a la consolidación de la identidad y los roles. No se trata tanto de la elaboración de un proyecto planificado de principio a fin, como podía esperarse tradicionalmente, sino del compromiso con pasos y experiencias dadas en su presente, que constituyan vías flexibles hacia los roles y metas de acuerdo con la incertidumbre de los tiempos.

En la medida en que las elecciones involucran el desprendimiento del proyecto familiar, nuevos duelos afloran en este ámbito. Las tensiones específicas se resuelven cuando las figuras parentales asumen su nuevo rol como firme trampolín desde donde los hijos pasan a la sociedad más amplia. Es necesaria una buena relación afectiva y un replanteamiento de las relaciones generacionales a medida que los hijos avanzan en la adolescencia para contribuir a su diferenciación, autonomía y capaci-

dad de enfrentamiento de la vida actual. El no reconocimiento de las nuevas necesidades adolescentes es factor de numerosos conflictos y agravamiento de problemas.

Los grupos constituidos durante la adolescencia media, tienden a disolverse paulatinamente por la aparición de diferentes intereses y de parejas más estables. En las amistades hacia personas del mismo sexo ya no prevalece el rol de espejo o potenciador de la identidad.

Las capacidades de autocuidado y cuidado mutuo tienen la posibilidad de desplegarse eficazmente, en la medida que los y las adolescentes hayan contado con la asesoría y atribuciones requeridas. Las parejas dejan de cumplir el rol de exploración y descubrimiento de mundos emocionales y sexuales, para introducir como vivencia central, la apertura a la intimidad que emerge entre personas con identidades más diferenciadas que se enriquecen con el acompañamiento afectivo y el establecimiento de vínculos profundos.

Los grupos o redes se van estableciendo por afinidades en lo laboral, educacional, comunitario, cultural, etc. La participación organizada se llega a constituir en una opción para el desarrollo de destrezas en la negociación con entes adultos, la construcción innovadora de vías de satisfacción de sus necesidades y de aceptación de sus expresiones naturales.

EL PROCESO ADOLESCENTE EN EL DESARROLLO MODERNO

Con la modernización y la globalización, el dominio directo de la familia y el sistema escolar sobre el entorno ha disminuido. Han pasado, en mayor o menor grado, a ser redes más abiertas, atravesadas por otras agencias socializadoras y por las influencias multiculturales. Se incrementa la necesidad de los adolescentes de encontrar, en las nuevas circunstancias que les rodean, los elementos sociales e identitarios que permitan organizar su comportamiento y sustentar formas de vida que resignifiquen satisfactoriamente su relación presente con el entorno.

La rapidez de los cambios ha conducido a interpretar la realidad con códigos diferentes entre las generaciones. La familia constituye uno de los soportes básicos de la identidad, el afecto y la salud; en esta época de cambios acelerados se debilita si procura mantenerse como una unidad estática. Por ello es fundamental sustituir los estereotipos de la concepción mítica de la estructura familiar por el reconocimiento realista de sus posibilidades para apoyar el desarrollo de nuevas respuestas acordes con las demandas y condiciones actuales.

El apoyo familiar al proceso adolescente se torna efectivo cuando se expresa en actitudes y acciones que confirman la legitimidad de la individuación -diferenciación; contribuyen al análisis de las nuevas expresiones que surgen de los cambios en la fase juvenil sin estigmatización; resuelven las dimensiones afectivas emergentes en el marco de una aceptación dinámica y apertura flexible en las normas y supuestos del sistema familiar; rompen los estereotipos discriminatorios de género e intergeneracionales, comparten las dudas y dificultades de los nuevos roles y pueden, desde una escucha respetuosa y empática, construir perspectivas para guiar, aconsejar, colaborar, supervisar.

La modernización ha traído una esperanza de vida más prolongada, una rápida obsolescencia tecnológica, y una mayor facilidad en los grupos jóvenes que en los adultos para adquirir rápidamente conocimientos sobre tecnologías innovadoras. Dos ejes inciden con particular intensidad en la oferta de metas y canales de satisfacción de la sociedad moderna: el consumo y la tecnología, lo que tiene efectos de particular importancia en la socialización y comprensión del desarrollo adolescente y de sus relaciones familiares. El consumo incide en fortalecer el *status* y la imagen como expresiones de éxito, dejando el logro en segundo plano; expresa una inmediatez que sustituye la inquietud por el futuro.

Se generan nuevas metas y ritmos en el desarrollo adolescente. Un ejemplo de ello es la postergación de la edad del matrimonio y de la procreación, que afecta las formas de conducción de la sexualidad así como las relaciones y metas de muchachos y muchachas. Otro ejemplo lo presenta la permanente readecuación y capacitación requerida para sostener exitosamente la capacidad de logro ocupacional durante el ciclo vital, lo que modifica la idea, aun prevalente, de una fase de preparación (adolescencia y juventud) y otra de realización y manejo de conocimientos (adultez).

Los y las adolescentes deben efectuar la integración de muy diversos insumos y disyuntivas. Pueden destacarse: el rápido ritmo de las innovaciones, el fácil acceso a mayor información, la exposición a las imágenes auditivas y visuales de la cultura comercial, la multilocalización que permite estar presente en varios lugares por medio de la informática y los medios de comunicación masiva o el transporte a diferentes zonas geográficas y poblaciones. Ello confiere nuevas características y dificultades para el desarrollo de las destrezas emocionales y sociales. La polarización socioeconómica agudiza los impactos diferenciales en la incorporación de los nuevos códigos e instrumentos para el desarrollo de los adolescentes.

PERSPECTIVAS CRÍTICAS PARA EL ENFOQUE DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia como período preparatorio. Los límites del paradigma

La visión prevalente identifica esta fase del ciclo vital como un proceso preparatorio para la incorporación al rol adulto en la sociedad. El paradigma predominante es la juventud como futuro de la sociedad y es por lo tanto, valiosa, en tanto relevo generacional. Implícitamente se niega el reconocimiento como sujeto social del presente. La meta parece ser la adultez, como etapa de inserción social con plenas capacidades y una posición en el mundo resuelta y estable. Desde dicho paradigma, las personas jóvenes son vistas como niños grandes o adultos en formación, lo cual reduce la atención a la especificidad actual de los procesos de inserción y aportes a la sociedad que se constituyen en la fase juvenil.

La extensión cada vez mayor de la fase juvenil (adolescencia y juventud), el hecho de que los avances del conocimiento ya no son exclusivos de los mayores y más bien en ambos grupos generacionales existen diversas certezas, dudas y cambios en la orientación de su recorrido existencial, dinamizan el reclamo de los y las adolescentes para legitimar este período de sus vidas como válido en sí mismo.

La aceleración de los cambios y un incierto horizonte de futuro contribuyen a una aceleración del tiempo psicológico y a una priorización del presente, no sólo entre los adolescentes sino también en las generaciones adultas. El presente y el futuro se enlazan en nuevas configuraciones valorativas y comportamentales. La posición adolescente dentro de la temporalidad es una encrucijada que interroga: del pasado ¿en qué me apoyo?, del presente ¿qué es lo que acepto? ¿qué tiene sentido para mis necesidades actuales? ¿con qué ámbitos cuento para que me reconozcan y obtener gratificaciones? el futuro ¿cómo lo veo? ¿qué importancia le doy? ¿puedo proyectarlo desde mi presente?

Por lo tanto, los cambios han llevado a que el presente adolescente no sea el reflejo de un futuro predeterminado, imaginado por los adultos. Es cuando el presente adquiere un sentido integral para la vida adolescente, que avanza hacia un futuro adquiere valor. De esta forma se establecen las bases para la innovación y la construcción de los proyectos y respuestas que constituyen la trama en que se va desarrollando la inserción social.

Este señalamiento tiene gran importancia para las relaciones y propuestas a los y las adolescentes. Cabe recordar que Margaret Mead ya señalaba que los recursos tradicionales de los adultos con los

jóvenes eran válidos cuando el pasado de los abuelos era el futuro de los nietos. En los tiempos actuales, los padres ya experimentan ausencias de referente en su propio pasado para orientar el futuro de sus hijos. La juventud percibe aspectos del presente y fragmentos del futuro que no se corresponden necesariamente con el futuro imaginado por los adultos.

El peso de los proyectos tradicionales se mantiene con mayor fuerza en los estratos de bajo nivel socioeconómico. En estas condiciones es difícil para las y los adolescentes pensar su proyecto de vida como un replanteamiento de quienes son y quienes serán. Incluso la preparación es abreviada y se sigue más bien una secuencia continua de responsabilidades en el aporte a la familia. En las familias con bajos ingresos, la pubertad, es la oportunidad para legitimar la incorporación de las y los adolescentes a los esfuerzos para la subsistencia familiar. No son pocas las muchachas que pasan de ser hijas madres a ser madres hijas en el mismo hogar, tras su embarazo adolescente. En las familias sumidas en la extrema pobreza, las pequeñas mujeres hacen, frecuentemente, contra su deseo, el rol de ama de casa, madre-niña y sustituyen el rol tradicional de su madre, cuando ésta trabaja.

La existencia de la moratoria psicosocial

Se espera que, en la adolescencia, la sociedad provea de una moratoria psicosocial a quienes pasan por este período etéreo. Se trata de un espacio alternativo, para la elaboración de la identidad y elección del destino futuro, en el cual se acepta que los y las adolescentes en este período etéreo experimenten, ensayen, conozcan el error y el riesgo en la prueba de sus aptitudes y elecciones sociales, productivas, etc. Esto supone un tiempo de exploración y un espacio de libre oferta de opciones. Si no se explicita la necesidad de un locus de control interno, si posterga la capacidad de compromiso en la exploración como quehacer en el presente, y si se maneja más como forma de exclusión de los adolescentes de su participación, deberes y derechos, la moratoria puede llevar al fracaso en el desarrollo.

En los medios urbanos acomodados, especialmente, la moratoria se prolonga y la elección ocupacional del adolescente es postergada para evitar la adscripción a un rol determinado que implicaría mutilar sus posibles identidades potenciales. Esto ha modificado incluso los roles de género, y cada vez más muchachas procuran afirmar sus propios recursos de autonomía productiva y económica antes de contraer matrimonio. Por otro lado, en los tiempos actuales se hace cada vez más evidente que la preparación específica no desemboca necesariamente en

ocupaciones permanentes. Las características de los cambios acelerados imprimen al mercado de trabajo, así como la prolongación de la vida, contribuyen a desarrollar inserciones innovadoras basadas en síntesis transformadoras de los esquemas y proyectos previos.

Cuando la moratoria no se ofrece al joven, sino al revés, existe la premura psicosocial -como observa De la Garza *et al-*, la ocupación no es elegida y a menudo no es dignificante. El inicio prematuro de la actividad laboral se asocia a falta de garantías sociales, fracaso y deserción escolar, aumento de accidentes laborales, trabajos temporales, ingresos discontinuos. Las necesidades de exploración y de encontrar gratificación a las necesidades del período adolescente llevan a estos muchachos y muchachas a presentar inestabilidad laboral y rescatar la diversión como expresión de ser adolescentes. En la formación de grupos de pandillas procuran construir su propia reputación y visibilizarse afirmativamente. En los casos en que las adolescentes conciben la vida sexual como una de las pocas fuentes de gratificación, o la vida en pareja como la forma de desimbiotizarse de la familia o tener un proyecto de vida, la prioridad de estas opciones tiende a imponerse.

El concepto de moratoria desarrollado por Erikson (1974) corresponde a un paradigma más tradicional de la adolescencia como período de preparación y formación de la identidad. En la actualidad, debe reformularse pues la identidad ya no se construye en la postergación de la inserción, sino que en la participación de la toma de decisiones y no queda consolidada a partir de la culminación de la fase juvenil, sino que presenta nuevas reelaboraciones en diversos momentos del ciclo vital adulto. Tanto la postergación como la introducción precoz a los roles sociales harán de la adolescencia un período de conflictiva y difícil resolución.

Riesgo y resiliencia

La problemática adolescente ha sido fuertemente asociada con comportamientos de riesgo. En este sentido cabe diferenciar junto con Jessor las "conductas riesgosas" de las "conductas de riesgo". Las primeras son necesarias para el avance y enriquecimiento del desarrollo y constituyen cuotas de riesgo implícitas en la exploración y resolución de situaciones cuando se afrontan con un locus de control interno. Son propias de un estilo de vida comprometido con la individuación plena y la integración social transformadora.

Las conductas de riesgo, en cambio, comprometen el desarrollo, supervivencia personal y de otros. El riesgo mismo es el objetivo de dichas conductas,

por lo tanto los propios comportamientos se transforman en factor también de riesgo. Son el reflejo de una crisis de opciones y/o de recursos internos para avanzar en las demandas del desarrollo adolescente. No es infrecuente que sean manifestaciones de riesgos estructurales presentes en el ámbito en que se desarrollan, por lo que es necesario valorarlas con un enfoque integral.

Las ciudades son receptoras de jóvenes migrantes y asiento de anillos de pobreza, donde los y las adolescentes deben enfrentar múltiples conflictos y riesgos, con menos apoyo. La urbanización, modernización y las migraciones debilitan el papel de la familia frente a la solución de los problemas juveniles. Esto los expone a mayores oportunidades de hacer decisiones y elecciones con menos herramientas para la solución de problemas.

Cuando las bases sociales y afectivas del desarrollo personal son deficitarias, la afirmación adolescente se establece en un presente sin perspectiva válida, en un contexto social carente de estímulos que lleven a evitar los peligros para poder preservar las adquisiciones alcanzadas para la construcción del futuro. Así, la vulnerabilidad será mayor, y pueden incrementarse las conductas que buscan la satisfacción inmediata o la autoafirmación a través de acciones efímeras que dan sensaciones pasajeras de logro, reconocimiento y gratificaciones que buscan satisfacer la deprivación a cualquier costo.

Si la situación en que los adolescentes se encuentran no brinda una perspectiva de oportunidades positivas, los adolescentes reierten hacia sí mismos la insatisfacción o desahogan su enojo contra el medio, lo que les provee de sensación de poder. De esta forma, la vulnerabilidad aumenta y se incrementa reactivamente la predisposición a compensar la frustración mediante la satisfacción riesgosa y efímera de las necesidades de autoestima y pertenencia. Las consecuencias destructivas y la posibilidad de reelaborar las situaciones de modo resiliente son coordinadas que influirán en la dirección que tome el desarrollo.

La carencia del ejercicio en la toma de decisiones basado en la introspección y reflexión sobre sus sentimientos y la anticipación de las consecuencias de las formas en que se dan las acciones, generan falta de claridad, impulsividad, valoraciones confusas de lo que se quiere que pueden llevar a que luego no se puede manejar. En muchos casos, las conductas de riesgo son producto de desorientación, de búsqueda de gratificaciones en un contexto de insatisfacción y profunda desesperanza.

Los comportamientos de riesgo como fumar, manejar carros audazmente, beber, pueden llegar a ser equivalentes de ritos de pasaje, generados en la propia subcultura juvenil al no encontrar oportuni-

dades de probar su pasaje a la adultez mediante la prueba de sus nacientes destrezas ante una sociedad que los acoja. La apertura de oportunidades amplía los campos de experiencia, permite al adolescente contar con credenciales para una inserción exitosa y ofrece metas ante las cuales hay motivación para posponer pseudosoluciones inmediatas riesgosas.

La resiliencia aporta una susceptibilidad menor al *stress* y disminuye la potencialidad de verse afectado por eventos negativos, incluso, por algunos daños. Se trata de la capacidad de afrontar de modo efectivo hechos adversos, los que pueden llegar, incluso a ser un factor de superación. Esta es una respuesta a las situaciones que se torna, cada vez más fundamental para salir adelante, dada la presencia creciente de riesgos en la vida moderna, por lo que deben enfatizarse estrategias para su fortalecimiento en la adolescencia.

Es importante destacar que existe una exposición diferencial a la adversidad entre niños y adolescentes. Durante la adolescencia los comportamientos emergentes, las nuevas interacciones sociales, los espacios de exploración e inserción ofrecen nuevas posibilidades, tanto de enriquecimiento como de riesgos. Los encargados de su protección y crecimiento tienen una pérdida creciente de control y las respuestas se basan más en la comprensión adolescente de lo que constituye una situación de peligro potencial, de cómo perciben los y las adolescentes su autoeficacia o responsabilidad para afrontar los problemas.

Si desde la niñez se ha estado expuesto a dosis progresivas de adversidad, se han acumulado recursos comportamentales, emocionales y ha sido fomentada la capacidad de reprocesar cognitivamente las circunstancias y el significado de las experiencias adversas se ha incrementado la posibilidad de respuestas resilientes ante las dificultades. Las experiencias modifican la ignorancia del peligro y las actitudes requeridas, especialmente, cuando el medio adulto cercano muestra empatía hacia la repercusión emocional que la situación tiene para el o la adolescente y asesora las apreciaciones que pueden facilitar respuestas que preserven y fortalezcan el desarrollo.

La adolescencia, al ser un segundo nacimiento que permite replanteamiento de pautas y acciones, es un período de fecundas posibilidades para intervenciones que abran nuevas posibilidades y favorezcan la resiliencia. Puede constituir una oportunidad de emancipación para aquel individuo que en la niñez sufrió la dependencia de un medio familiar perturbador y sufrió dificultades por sobreprotección y control, abuso emocional o físico, ineficiencia parental, sobrecarga de problemas de diversas índole, exposición a adversidades sin continencia emo-

cional ni apoyo. Esto implica que, si bien la familia y el sistema escolar (cuando esta opción es parte de la vida adolescente) continúan jugando un papel importante en el enriquecimiento y fortalecimiento del desarrollo adolescente, otras dimensiones, provenientes de un marco más amplio de la sociedad (medio escolar, comunitario, laboral, social, político) pasan a desempeñar determinaciones fundamentales al aportar nuevos factores y espacios que permiten enfrentar las adversidades con respuestas resilientes. Entre dichos factores están las opciones de expresar talentos y potencialidades, la contribución satisfactoria a la inserción social, la incorporación de personas significativas y el desarrollo de nuevas capacidades para intervenir en procesos mórbidos, repercusiones de daños y desventajas, e impedir mutilaciones al desarrollo. Por ello la empatía social, que paradójicamente se reduce hacia los y las adolescentes, pasa a ser tan fundamental como lo es para la niñez, la capacidad empática de las figuras parentales.

La elaboración de la identidad

En nuestros tiempos la elaboración de la identidad es un imperativo del desarrollo. Ya Erikson señalaba que, en la época actual, el tema es tan estratégico como lo fue la sexualidad en tiempos de Freud. La vertiginosidad de los cambios exigen plantearse quién se es realmente, pues las relaciones con los estímulos y disyuntivas del mundo moderno y fragmentado demandan la presencia de una brújula interna.

La identidad es tanto un sentimiento de reconocimiento, pertenencia y diferenciación, como un trabajo de síntesis y organización que permite tener una vivencia básica de cohesión interna. La identidad resulta de experiencias y vinculaciones que permiten a las personas y los grupos experimentar una diferenciación ante sí mismos y ante los demás. Puede decirse que la identidad es el lugar interno desde donde se juega, y que se relaciona con el juego en que se es reconocido.

La elaboración de la identidad arranca en la adolescencia. Es un proceso central de este período y en diversos momentos de la vida puede reestructurarse. Toda identidad involucra reproducción social. Son la base para ello las identificaciones infantiles y las representaciones heredadas a través de la vinculación afectiva y la socialización.

La formación de la identidad es resultante del proceso de interrelación continua entre tres niveles de integración:

- la integración espacial que incluye lo corporal y su cohesión interna permite la comparación y contraste con los objetos y los otros seres;

- la integración temporal comprende las diferentes representaciones de sí mismo; establece continuidad entre ellas, articula su descentralización y otorga la base del sentimiento de mismidad;

- la integración social que relaciona aspectos de sí mismo y de los elementos que le rodean a través de la identificación y la proyección. El logro de la capacidad de diferenciación permite vincularse con otros y mantener un contacto suficiente consigo mismo.

Los y las adolescentes pueden llegar a constituir principalmente dos tipos de organización en la identidad: la predeterminada que se orienta fundamentalmente a la reproducción de las pautas y condiciones de vida y la identidad orientada al logro, que propende a desarrollos autónomos e innovadores.

Existen orientaciones básicas en el proceso adolescente de constitución de la identidad: a) la exploración y b) el compromiso con la búsqueda del crecimiento personal y social. Marcia distingue a partir de estas coordenadas, etapas que pueden ser previas a la organización de los dos tipos de identidad ya mencionados: una fase de identidad difusa y una identidad en moratoria.

La identidad difusa. Se basa en la exploración carente de compromiso y se torna empobrecedora de las posibilidades de desarrollo. Se aprecian cambios aparentes sin nuevas elaboraciones de necesidades y metas.

Puede encontrarse en adolescentes que se estancan en su proceso, tienen dificultades intrapsíquicas e interpersonales e incluso muestran trastornos conductuales.

La identidad en moratoria. Expresa una ampliación del campo de experiencias con el compromiso de articular su recorrido existencial pasado, presente y futuro, en una integración de metas, valores y creencias que incluyen nuevas alternativas para implementar aspectos particulares de la identidad.

En las situaciones de confusión que empobrecen la capacidad de respuesta, se procura una unidad extrema que puede dar por resultado identidades parciales.

La autoafirmación, en estos casos, se apoya en la negación del otro diverso y en no aceptar como parte de sí mismo, aspectos propios que afectan la autovaloración.

Esto se aprecia en adolescentes con rígidas e incompletas estructuraciones que dificultan los encuentros integradores, la estabilidad y el enriquecimiento mutuo de identidades diversas.

La valoración social contribuye a la elaboración

de la identidad. Si la construcción de la identidad se da con sentimientos de valor personal y los esfuerzos por lograr la incorporación social van acompañados de reconocimiento positivo y un locus de control interno, se incrementa la protección frente al riesgo en las actividades exploratorias. Si, en cambio, la identidad se construye de modo confuso, incompleto, parcial, con sentimientos de desvalorización personal y exclusión social, la vulnerabilidad será mayor y la propensión a adoptar conductas riesgosas para satisfacer la privación a cualquier costo, será más probable.

Conclusión

El período adolescente constituye una etapa privilegiada en la cual se producen procesos claves de desarrollo, contando por primera vez, con la propia capacidad para conducir el proceso, completar vacíos y reenfocar situaciones tanto de la niñez, como de su presente. Los cambios físicos, hormonales, sexuales, emocionales e intelectuales desencadenan necesidades, riesgos, respuestas individuales, sociales e interactivas. La elaboración de la identidad pone a prueba las fortalezas y debilidades propias y del entorno.

Para enfrentar el mundo actual, los y las adolescentes necesitan buscar soluciones innovadoras, establecer diálogos respetuosos y sinceros con los interlocutores adultos, recibir apoyo para desarrollar, cada vez más, la capacidad de planificación de sus acciones, obtener formas de protección que permitan el ejercicio de la resiliencia.

Para lograr la promoción del desarrollo y la prevención de quiebres psicopatológicos y sociales es necesario fomentar una incorporación social positiva basada en el fortalecimiento de las características personales y la aceptación de las necesidades para la conducción satisfactoria de la vida; construir nuevas formas de relación entre mujeres y varones adolescentes así como entre adolescentes y adultos; facilitar su participación activa en la construcción de su destino y el de sus sociedades.

BIBLIOGRAFIA

- Ausubel D. Theory and Problems of Adolescent Behaviour. Nueva York: Editorial Grune y Stratton, 1954.
- De la Garza F, Mendiola I, Rábago S. Adolescencia Marginal e Inhalantes. México: Editorial Trillas, 1977.
- Erikson E. Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1974.
- Gresham FM, Lemanek KL. Social Skills and Interpersonal Problem Solving Skills in Suicidal Adolescents. Seminars in Adolescent Medicine 1986; (2) 4.
- Jessor R. Risk Behaviour in Adolescence: A Psychosocial framework for understanding and action. Journal of Adolescence Health. Nueva York, 1991
- Krauskopf D. Crisis social y dificultades en la adolescencia. En: Meneghello J *et al*: Pediatría. Tomo 2. 5^{ta} ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1997.
- Krauskopf D. Reflexiones y precisiones sobre la identidad y la importancia de la perspectiva sociocultural en los estudios de población. En: Cultura y Población en América Latina. FLACSO, FNUAP. San José de Costa Rica, 1996.
- Krauskopf D. Dimensiones del desarrollo y la salud mental en la adolescencia. En: Indicadores de Salud en la Adolescencia. OPS. San José de Costa Rica, 1995
- Krauskopf D. Adolescencia y educación. 2^{da} ed. San José: Editorial EUNED, 1994.
- Lutte G. Liberar la adolescencia. La Psicología de los jóvenes de hoy. Biblioteca de Psicología. Barcelona: Herder, 1991.
- Marcia JE. Development and validation of ego identity status. Journal of Personality and Social Psychology 1996; 3:551-53.
- Martín-Baró I. Sistema, grupo y poder. Psicología social desde Centroamérica II. El Salvador: UCA Editores, 1989.
- Stevens-Long J, Cobb NJ. Adolescence and early adulthood. California: Mayfield Publishing Company, 1983.
- Suárez EN. Resiliencia o capacidad de sobreponerse a la adversidad. Medicina y Sociedad 1993; 16(3).
- Wollin SJ, Wollin S. The resilient self. New York: Villard Books, 1993.

Capítulo 30

PSICOPATOLOGIA DEL ADOLESCENTE

CARLOS BERNAD

Aun cuando en el Capítulo 29: *Desarrollo psicológico del adolescente* se han destacado las características normales de este período, queremos destacar dos situaciones que pueden influir en forma importante en el desarrollo de psicopatología.

El adolescente tardío. Es el joven que transita los períodos de la adolescencia con una dinámica de lento progreso en relación con su edad cronológica.

El problema que Carvajal denomina adolescencia como *estado mental* es aún más complejo:

Se trata del adulto joven que mantiene un modo de organizar su vida prioritariamente fantasioso, con áreas de posición neutral, cuestionador sin resolución de los problemas, parcialmente dependiente de su entorno, que estira este comportamiento gracias a ciertos beneficios secundarios, que le cuesta enormemente hacerse cargo y resolver los retos de la vida y que en definitiva no puede alcanzar la prudencia ni ciertas características de personalidad que lo hagan confiable para otros y constituirse como respaldo o como punto de referencia vital. Ocurre por ejemplo en la perdurable fijación en el aislamiento del adolescente puberal. Es un joven amargado, problemático en sus relaciones, aislado y fuera de tiempo personal y social.

También ocurre en la fijación en las características narcisistas, de compartir el self (sí mismo) con el grupo de amigos, relacionándose con su pareja con elementos idealizados adolescentes juveniles, incapaz de asumir la paternidad, y en aquellos casos en que el joven mantiene un comportamiento ambivalente y desestructurante de sus vínculos heterosexuales.

Distintas sociedades tienen un corte aceptado para el tránsito de la adolescencia a la joven adultez. En algunos casos trátase en la organización familiar y escolar, de la terminación de la enseñanza secundaria, de la incorporación a la milicia, del primer trabajo, del embarazo, o simplemente del costo de su mantenimiento en casa a partir de cierta edad.

El adolescente forzado a la adultez. Son casos en que el adolescente es expulsado de la casa, o rechazado de la vinculación con el padre o con la madre. Pueden ser padres separados que han vuelto a tener otra pareja, y donde la presencia del adolescente se torna molesta o no es aceptada, sea por inestabilidad emocional, por síntomas psicopatológicos o por simple egoísmo de los padres o de las circunstanciales parejas.

El embarazo propio, el de una hermana o de una novia plantean cuestiones, decisiones y responsabilidades de la vida adulta.

La prostitución de la joven adolescente, el robo, la violencia o el aprendizaje de "conductas ilegales" en los varones, hacen entrar de lleno en el mundo adulto por el lado marginal.

Es criterio de alerta una mala relación de los padres con el niño en edad prepuberal. Numerosos conflictos, por ruidosos que sean, se encuentran relacionados directamente con situaciones estresantes, que ponen en crisis algunas de las áreas que colorean la vida del adolescente en familia y en el grupo.

En estos casos la solución consiste en chequear y promover la capacidad de modificación de la conducta, retomando el tren del desarrollo personal. Es un trabajo de consejo psicológico, aún no terapéutico.

Motivos de consulta

El adolescente puede llegar a la consulta por diversas motivaciones:

Gravedad del conflicto familiar. La capacidad de aguantar, esconder y negar de cada adolescente y de la familia sobre los problemas que los aquejan, se asocia a la ilusión de poder dar una fácil y rápida solución. En esta línea se debe estar alerta en relación a la magnitud de los conflictos en el caso de los hijos de los profesionales de la salud, por cuanto tienden a minimizarse.

La aceptación parental del problema que lleva a la consulta, se encuadra habitualmente en la relación conflictiva entre los sentimientos de hostilidad y amor, después de haber ensayado numerosos mecanismos de defensa.

Conflictos personales. Los adolescentes mantienen conductas conflictivas selectivas y restringidas a un ámbito de sí mismo, familia y miembros especiales dentro de la familia, pares, sexo opuesto, grupos. Una conflictividad parcial no es índice de psicopatología. Si lo es la extensión a diversas áreas de un conflicto parcial o cuando las consecuencias de éste condicionan conductas de riesgo en otras áreas o experiencias de pérdida de la capacidad de afrontar.

La ansiedad familiar, la conciencia individual de solidaridad del conjunto étareo, las consecuencias policiales de la conducta de algún integrante del grupo del barrio, son movilizadores de la consulta.

Incumplimiento del rol asignado por el sistema familiar. En estos casos es traído por la familia, porque no se acomoda a las expectativas de la misma. Corresponden generalmente a adolescentes adoptados, hijos de segundo matrimonio o hijos de padres con graves trastornos de personalidad.

Complicaciones legales penales o policiales. Estos hechos suelen motivar la consulta, por indicación de la autoridad o decisión de los padres.

Crisis de un trastorno psicopatológico grave (esquizofrenia). Estas crisis o situaciones de síntomas asociados a una discapacidad de larga duración, hacen que la familia se sienta sobrepasada y solicite ayuda.

Detección o derivación desde el nivel primario. Cabe destacar que la persistencia de una *actitud de espera* de parte del profesional médico en los centros de atención primaria de la salud, sin profundizar sobre la sintomatología y sobre las consecuencias de los trastornos transitorios, episódicos y persistentes de orden psiquiátrico conlleva a la agudización de cuadros que podrían ser de mejor pronóstico en caso de ser atendidos precozmente. Por ejemplo, los suicidas casi siempre han realizado alguna consulta de tipo clínico, días antes del intento. La misma clasificación CIE-10 Capítulo V de guías de diagnóstico y manejo de los trastornos mentales en la atención primaria, sugiere en varios ítem, iniciar los tratamientos con técnicas de modificación de conducta o cognitivas. Por lo tanto, llegamos casi siempre tarde, cuando el cuadro ha pro-

gresado en calidad, intensidad y consecuencias y en reacciones personales y familiares que lo fijan.

El trastorno obsesivo compulsivo que suele iniciarse en la adolescencia, en muchos casos no llega a la consulta hasta después de una década. Lo mismo puede ocurrir con incestos y abusos que pueden agravarse sin ser referidos.

De aquí surge la necesidad de tener pautas claras de prevención y diagnóstico, criterios de alerta y riesgo y de prevención, o sea, de pautas de derivación.

Conciencia familiar anticipatoria. Muchas familias acceden por diversos medios de comunicación a campañas sobre criterios de crianza y pautas para afrontar los retos de los hijos adolescentes. Estas familias esperan una mejor calidad de vida psicológica e interaccional. Sin embargo, sigue siendo abrumadora la desorientación para la selección, para la búsqueda, y para el acceso a los recursos preventivos, recursos de apoyo social y recursos terapéuticos. En la mayoría de los países latinoamericanos los servicios de empresas o seguros de salud ofrecen una cobertura mínima, acotada o nula, en el área relacionada con la psiquiatría de niños y adolescentes.

Alerta parental. Esta situación surge ante cambios en la conducta del adolescente y por miedo de los padres a la droga y a malos compañeros. Es la oportunidad de analizar las vivencias, las motivaciones, las conductas y las consecuencias en vez de consultar con un paciente grave.

Intento de suicidio. (Ver Capítulo 11: *Depresión en la infancia y adolescencia. Conducta suicida*).

Derivación de otras especialidades médicas. La información médica insuficiente sobre los trastornos psiquiátricos lleva a muchos profesionales no psiquiatras a solicitar un "psicodiagnóstico", cuestión tan genérica e imprecisa como "hágase un análisis" en una persona con ictericia o fractura.

Se sabe que la comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos del adolescente es marcada. En los centros de atención primaria la presencia de trastornos psiquiátricos se encuentra entremezclada con el uso intermitente de sustancias. Es así como los síntomas somáticos originados en el estrés motivan la mitad de las consultas a cardiólogos por precordialgia; la depresión se observa desde la temprana infancia; la ansiedad se manifiesta en las familias que acompañan al niño o al adolescente a la consulta; las quejas somáticas, vómitos, dolor abdominal, cefaleas, acompañan siempre a la ansiedad de pánico y la fobia escolar.

Problemas de los adultos. Conocemos el peso de la genética familiar en los problemas psiquiátricos. La configuración familiar debería ser un dato epidemiológico básico en todo servicio asistencial.

Conocemos las consecuencias psicopatológicas en los adolescentes cuando los padres presentan cuadros del tipo de: depresión, alcoholismo, agresividad, trastorno psiquiátrico grave, trastorno de ansiedad generalizada y pánico.

Los adolescentes cuestionan si pueden o actúan apremiadamente por los límites de hecho marcados por las conductas alteradas parentales (ej. conductas de recurso a la droga y al alcohol en hijos adolescentes de padres ansiosos, fóbicos, u obsesivos).

Principales tipos de conflicto

Confianza - desconfianza - sí mismo - afectos

Una de las raíces de la confianza se encuentra en el hecho de asumir sus propiedades y sus diferencias sexuales, en los afectos circundantes a su rol sexual.

La transformación adolescente se organiza en un balance entre sexualidad (que se percibe - imagen pública) y personalidad (que no se ve, pero que se intuye con una creciente significación - self -). Su experiencia de transformación sexual en su propia diferenciación sexual puede tener el curso dentro de la experiencia global de conformidad y confirmación de sexo, concordante en sus deseos y en sus emociones. La familia puede ayudar en la preparación y en la experiencia de la pubertad. Los conflictos familiares, los rechazos agresiones íntimamente vividas, generan personalidades adolescentes que son susceptibles a la adulación de personajes mayores que ofrecen cariño y cuidado, y que exigen compensativamente un intercambio hetero u homosexual. En este último caso, la confusión del adolescente entre placer, masturbación por otro adulto, cariño, dependencia de otro y beneficios secundarios, lo coloca en una situación de abuso, por más que se la disfraza con la disminución de la edad para el consentimiento de relaciones sexuales.

El timing del desarrollo sexual, precoz o tardío en relación con los pares es un tema conflictivo y ansiógeno para muchas adolescentes. Distintas vertientes de su experiencia progresiva de transformación sexual se encuadran en: a) la confianza en su propio cuerpo, en la diferencia y características de las personas de otro sexo; b) en cuestiones relativas al funcionamiento genital - masturbación, iniciación heterosexual, juegos homosexuales; y c) en las circunstancias de los encuentros y vínculos sexuales - que en muchos casos son en condiciones obligantes, o bien conflictivas y violentas-, donde lo deseable serían condiciones de respeto y libertad.

Otra raíz afectiva se centra en el ajuste a los cambios corporales desde el "esquema corporal" con sus ajustes espaciales y temporales, en la doble vertiente de la acción y el conocimiento de su corporalidad. Así mismo, incluye el ajuste a la perspectiva estética y valorativa que conocemos como su "imagen corporal". Baño, vestuario uniforme, cara, manchas. La dimensión estética del caminar, de la mirada, de la mímica y aun de la expresión van haciendo agradable o difícil la relación del adolescente con su entorno y viceversa. La apariencia, el ser linda o fea, el desarrollo mamario intenso muy precoz y la obesidad son graves problemas desde la adolescencia en las mujeres. Las dietas y los alimentos *diet* empiezan ya a ser adoptados.

En última instancia, en su desarrollo propiamente afectivo, el adolescente vive y explora las emociones, puede captar el sentido donado desde sí, en modos de expansión, silencio o incertidumbre. Adquiere progresiva conciencia de la capacidad de amar, de saber merecer y de saber cuidar. Asociada a la polaridad normal de las emociones encontramos ambivalencias de expresiones, de actitudes y de conductas, ambivalencia simultánea, sucesiva o selectiva. Ejerce la expresión de las emociones, y en este ejercicio se interesa por la sinceridad y falsedad, función correlativa de resolución de la ambivalencia.

Autonomía - dependencia

Con un creciente ejercicio de independencia e individuación y correlativa emancipación de sus padres el adolescente va aceptando responsabilidades por sí mismo, disminuyendo la dependencia parental. Del mismo modo, aprende las responsabilidades grupales obteniendo sostén de su grupo de pares y descubre el balance entre elecciones y posibilidades.

La autonomía se ejercita con su desarrollo intelectual. Con el dominio del pensamiento lógico, el adolescente utiliza una argumentación incesante, en particular frente a sus padres y también con sus pares exponiendo sus opiniones.

El querer de los mayores es puesto a prueba por la crítica a veces despiadada.

Esta radicalización del pensamiento lógico lleva a *riesgos de adhesión absolutizada a ideologías y a conductas de imposición*. Con la progresiva descentración del pensamiento lógico surgen cuestiones epistemológicas como la preocupación por la verdad y la creencia, y a la par cae en la *ilusión de poder de la inmanencia* (*porque lo pienso, así ha de ser*!).

La adolescencia es un tiempo de descubrimiento, asombro y admiración. El adolescente normal

capta y goza la excedencia de la vida y de lo oculto interno/externo. El adolescente conflictuado la grita. Las idealizaciones lo llevan a posiciones polares entre *el egocentrismo y la relativización*.

En última instancia la autonomía se ejercita en su desarrollo vincular social. La experiencia grupal de interacción social se encuentra centrada en una relación de lealtad. Esta experiencia va permitiendo, a través de los amigos íntimos, y a través del compartir grupal y de los intereses sociales y los enamoramientos, desarrollar un concepto valorativo del poder de sí mismos, garantizado por la aceptación y el reconocimiento grupales. Los grupos del mismo sexo comparten intereses y posiciones, mantienen una conformidad en la apariencia, en la conducta y en las relaciones entre la conducta grupal y la individual. La pertenencia al grupo y la valoración intragrupal priman sobre la libertad individual.

Iniciativa - culpabilidad

El adolescente busca zonas de intimidad y soledad intensas, hasta vivir el vacío y no poder verse. Grupalmente busca el compartir y la reciprocidad, sobre la base de la confianza vincular y la capacidad expresiva.

Una experiencia fundamental de dominio de sus deseos y de los deseos de los demás se produce cuando los deseos no son temidos. Cuando esta experiencia resulta difícil encontramos *preocupaciones y vergüenza expresiva, ansiedad, o la facha de indiferencia o de hostilidad, conjunto denominado "la edad del pavo"*. Se observa una mezcla de iniciativas y culpas, quejas y amenazas que le quitan libertad en la acción y condicionan y limitan sus propuestas.

Para poder comenzar a dominar y expresar sus deseos el adolescente requiere una exigencia de autenticidad en sus interlocutores, pues necesita la estabilidad del otro frente a su propia variabilidad posicional y afectiva, frente a sus propios ensayos y fracasos. Critica la posición del adulto o de sus representantes sociales y sin embargo utiliza a la vez los principios del sí o no contradicción. Esta conflictividad se refiere a una abstención de ejecución o a una provisionalidad en el sostenimiento de la estructura proposicional y desiderativa. A la vez, exige coherencia en las actitudes de los otros y de los padres —entre lo que se dice y lo que se hace—, siendo de gran conflictividad el *problema de los doble standards de conducta en los otros significativos*.

Cada generación de adolescentes plantea a los padres una mayor exigencia. Cada generación plantea un tipo de *conflictividad entre deseos y miedos, y en la manifestación de los conflictos con los pa-*

des. La adolescencia es un camino sinuoso. Normas, disciplinas y oportunidades son encontradas por el adolescente en las interacciones entre poder hacer, el deber, y el hacer y sus consecuencias, en los medios familiar, escolar y social.

PSICOPATOLOGIA

Reacciones de adaptación. Crisis de adolescencia

Las condiciones de estrés de los adolescentes en la sociedad occidental se relacionan con:

- metamorfosis física y psíquica;
- necesidad de encontrar un rol en la sociedad;
- conflictos familiares.

Las manifestaciones más comunes de las reacciones de adaptación al estrés son:

- conducta agresiva antisocial;
- ansiedad, inestabilidad emocional y repliegue social;

- fracaso académico, laboral o social.

La mayoría de los episodios son benignos, se resuelven cuando la presión afloja o el adolescente madura lo suficiente para encarar y resolver. Los episodios agudos de conducta alterada, llamados crisis del adolescente, no son trastornos psiquiátricos (Tabla 30-1).

En las reacciones de adaptación, los factores de estrés son fácilmente identificables durante la entrevista.

En el trato con adolescentes con problemas, los profesionales deben tener en cuenta los siguientes puntos:

- Mantener absoluta honestidad frente al joven.
- Respetar la posición natural de su edad.
- No prejuiciarse con las vivencias de la adolescencia propia.
- Aceptar actitudes ambivalentes y cambios afectivos súbitos.
- Ser capaz de adoptar una actitud paternal.
- Aceptar ser cuestionado por el adolescente.

Problemas que se prolongan de la niñez a la adolescencia

Discapacidades sensoriales y discapacidades motrices. Pueden generar reacciones emocionales y de adaptación en muchos adolescentes que se sienten en desventaja por sus dificultades. Es el caso de jóvenes con problemas como ceguera o sordera.

Discapacidad mental. Esta situación tiende a marginar al joven en especial por las dificultades para integrarse a la vida laboral.

TABLA 30-1
ETAPAS Y CRISIS DE LA ADOLESCENCIA

Etapas	Crisis sexual	Crisis de identidad	Crisis de autoridad
Puberal	Introversión libidinal	Confusión	Aislamiento
	Autoerotismo	Regresión	Desobediencia
	Amistad íntima	Ambivalencia	Evitación
	Hipoinvestigación del yo corporal	Desimbiotización	Desidealización
Nuclear	Sobreinvestidura especular narcisista	Omnipotencia grupal	Barras
	Amoríos compartidos	Self compartido	Rebelión
		Moda	Ruptura normativa anti-adulto
Juvenil	Heterosexualidad	Individualidad	Reparación
	Elección del compañero sexual	Intimidad	Reconciliación con los padres
		Independencia	

Autismo u otros cuadros similares. Hacia la adolescencia pueden descompensarse por los cambios hormonales que implica el período. Muchos de ellos se ponen agresivos. En otros casos se desarrollan convulsiones. Una mención aparte merece el manejo de la sexualidad, en especial en mujeres por el riesgo de embarazo. Muchos padres solicitan se realice la esterilización de la niña adolescente.

Trastornos específicos del aprendizaje, parcialmente compensados. Muchas veces problemas que se superaron en la etapa escolar, pueden descompensarse al llegar el período adolescente. Las exigencias son mayores y puede producir mucha angustia la decisión del futuro laboral.

Trastorno de déficit atencional con o sin hiperkinesia. Muchos jóvenes que han logrado tener un adecuado rendimiento escolar, estabilizando conductualmente este síndrome, pueden descompensarse ante las dificultades que deben enfrentar en este período.

Es importante entender que hacia la adolescencia tiende a atenuarse el síndrome, disminuyendo la hiperactividad, sin embargo, se mantiene en muchos jóvenes un alto grado de impulsividad, inestabilidad y en especial las dificultades de concentración.

Estos jóvenes son particularmente sensibles al uso de alcohol y drogas, situación que se produce por cuanto tienen cierta dificultad para percibir los eventos reforzantes y los estímulos, encontrando en estas sustancias una fuente de satisfacción. Por su impulsividad y falta de autocontrol, pueden ser fácilmente inducidos por otros jóvenes a actividades conflictivas.

Es frecuente que al interrumpir el uso de psicoestimulantes, ante una atenuación de la sintomatología o por estimar que el joven ha superado sus dificultades de estudios, se produzca una baja en el rendimiento o bien, muchos estudiantes universitarios fracasan en los primeros años de estudio por dificultades en su capacidad de concentración.

Cuando este cuadro se descompensa, por su rebeldía, impulsividad, y conflictos puede confundirse con trastornos de conducta con características antisociales. Estos jóvenes tienden a tener manifestaciones de tipo depresivo, en especial porque por sus características de impulsividad y dificultades en el análisis racional, con frecuencia cometen errores que afectan su autoestima.

Enuresis. Con el trascurso de los años la probabilidad de que un niño enurético nocturno se recupere espontáneamente es cada vez menor. El 2% de los jóvenes que ingresan al servicio militar presenta enuresis nocturna. Hacia la adolescencia la mayoría de los jóvenes responde al uso de imipramina.

Es necesario señalar que se debe tener especial preocupación cuando aparece por primera vez enuresis en adolescentes sin antecedentes previos, pues se puede estar ante crisis epilépticas nocturnas.

Trastornos somatomorfos tratados clínicamente (náuseas, algias, cólicos). Muchos de los cuadros psicósomáticos pueden aumentar de intensidad durante la adolescencia como consecuencia de las exigencias propias del período.

Trastornos neurológicos de largo plazo (cefaleas, epilepsia). Por lo general ya están asumidos

por el adolescente y sólo cabría mencionar que la epilepsia puede descompensarse durante los cambios físicos propios del período.

Trastornos clínicos de largo plazo. Es el caso de la diabetes, trastornos oncológicos, trasplantes por patología renal o cardíaca y problemas asociados a asma, vitiligo, problemas dermatológicos y sistémicos (como el lupus).

Muchos de estos pacientes son de difícil manejo, durante el período adolescente es muy frecuente que pacientes diabéticos pasen por etapas de rebeldía negándose incluso a usar insulina, a mantener su régimen de comidas o a hacerse los exámenes de control.

Pacientes oncológicos o renales pueden hacer cuadros depresivos, por lo que es importante mantener un apoyo psicoterapéutico que incluya al grupo familiar.

Rivalidad fraterna. La mayoría de los niños presenta cierto grado de trastorno emocional después del nacimiento de un hermano menor. El problema casi siempre es leve pero la rivalidad y los celos pueden ser persistentes. La alteración emocional puede ser intensa en grado o en persistencia, asociada con un grado inusual de sentimientos negativos. En casos severos hay franca hostilidad, daño físico o conducta maliciosa hacia el hermano; en casos más leves hay una resistencia a compartir, falta de consideración positiva y pobreza de interacciones amistosas. Se observa un aumento de conductas de confrontación y de oposición hacia los padres y disforia manifestada como ansiedad, pena y retraimiento social.

Algunos cuadros frecuentes en la adolescencia

Trastornos de conducta

Los trastornos de conducta o trastorno social se caracterizan por un patrón repetitivo y persistente de conducta disocial, agresiva o desafiante. En niveles extremos se observan violaciones de las expectativas sociales relativas a la edad, más severas que la rebeldía adolescente.

La prevalencia de todos los trastornos de conducta entre adolescentes asciende hasta el 8,7%.

Niños que han sido particularmente difíciles durante sus años escolares, tienden a mostrar severas dificultades conductuales, incluso delictuales durante la adolescencia.

En los grupos socioeconómicos más pobres, estos jóvenes tienden a la vagancia, abandonan el colegio y corren el riesgo de caer rápidamente en actividades delictuales. En los sectores acomodados

hay frecuentes cambios de colegios, uso de drogas y alcohol, generando también malos resultados a nivel escolar.

Aspectos diagnósticos

Desde la perspectiva de la familia conviene discriminar:

a) Estilo familiar para hacerse cargo y resolver recursos de ayuda que emplea:

- proposicionalidad y puesta de límites
- manejo de la agresión del adolescente
- resolución de los conflictos
- manejo parental de la conducta: dureza, abuso, negligencia, permisividad, inconsistencia.

b) Historia familiar de conductas antisociales:

- problemas legales
- violencia o abuso (físico o sexual)

c) Agregación familiar de problemas comórbidos habituales:

- déficit de atención, trastorno de conducta, uso o abuso de sustancias psicoactivas, trastorno específico de desarrollo, tics, trastornos somatomorfos, trastornos afectivos, trastornos de personalidad.

d) Situaciones de adopción, o institucionalización.

Desde la perspectiva del adolescente:

a) Definir su visión de la historia familiar.

b) Evaluar su propia historia personal (Ej. uso de drogas, abusos sexuales).

c) Se sugiere poner énfasis semiológico en:

- capacidad de confianza y empatía
- deseos, impulsos y necesidades. Capacidad de espera o "descarga"
- responsabilidad y culpa
- funcionamiento cognitivo
- afectividad y estado de ánimo
- autoestima y potencial suicida
- presencia de ideación paranoide
- uso/abuso de sustancias, precoz y persistente.

Tratamiento multimodal en equipo (TME):

- Tratamiento de condiciones de comorbilidad.
- Intervenciones sobre la familia / ubicación residencial en las crisis.

- Intervenciones psicosociales relativas a: grupos de pares conflictivos o red socializada de pares; actividades grupales prosociales; orientación vocacional o entrenamiento laboral; alianza con estamentos judiciales; sostén social familiar; accesibilidad a recursos y confirmación terapéutica.

- Medicación propia de la comorbilidad.

- Hospitalización en caso de: riesgo de muerte, autoagresión, suicidio; riesgos significativos de da-

ño, alteración, discapacidad o disfunción; fracaso de tratamiento a un nivel menos intensivo.

El tratamiento psicosocial es fundamental en el manejo de los trastornos de conducta por su relevancia en la morbilidad y en el mantenimiento de los mismos. En los casos más graves los resultados son de muy corto plazo y mientras el tratamiento está en curso. Los jóvenes con problemas más severos suelen no mostrar ninguna mejoría. Muchos profesores no aceptan el esfuerzo de aplicación de programas de conducta, muchos padres discontinúan el entrenamiento. En todos estos adolescentes los desarrollos desiderativos, de la conciencia y de la personalidad se encuentran marcadamente distorsionados.

Trastornos de la personalidad

Trastorno de personalidad antisocial (TPAS). Destacamos este tipo de trastorno por la gravedad que alcanza desde los 15 años de edad, por las dificultades terapéuticas que conlleva y por la prevalencia en las poblaciones clínicas entre 3 y 30%. En los lugares relacionados con el tratamiento de abuso de sustancias, en el marco forense y legal de instrucción o penal, la prevalencia es aún mayor.

TPAS y el uso indebido o la dependencia de sustancias, interactúan exacerbándose y potenciándose en su expresión. Los adolescentes con TPAS son propensos a muertes violentas (accidentes, homicidios) y a involucrarse en conductas peligrosas de alto riesgo. Alteran y sabotean cualquier tratamiento, pues carecen de motivación o compromiso para el cambio. Ven sólo las ventajas de sus rasgos antisociales y no los costos. La motivación para un tratamiento es debida a una presión externa, habitualmente legal, y perdura mientras la presión exista. Son manipuladores de otros pacientes y del *staff*, por lo que su convivencia institucional asistencial es muy conflictiva.

En la adolescencia juvenil o adolescencia tardía podemos encontrarlos con pautas aisladas de varios trastornos de personalidad que luego se fijarán en la adultez temprana, por ejemplo:

a) Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, indicado por 3 (o más) de los siguientes ítem:

(1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta a comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención;

(2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer;

(3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro;

(4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones;

(5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás;

(6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas;

(7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

b) El sujeto tiene al menos 18 años.

c) Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de los 15 años. El comportamiento antisocial no ocurre exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

Trastorno de personalidad emocionalmente inestable. Marcado por una tendencia a actuar impulsivamente sin consideración de las consecuencias, junto con inestabilidad afectiva. La capacidad para planificar el futuro es mínima, y los berrinches de intensa rabia a menudo llevan a la violencia o a "explosiones conductuales"; éstas se precipitan cuando sus actos impulsivos son criticados o rechazados por otros.

Los trastornos de personalidad emocionalmente inestable pueden ser de dos tipos:

a) El tipo impulsivo caracterizado por: inestabilidad emocional, impulsividad, explosividad, conducta amenazante y agresiva.

b) El tipo *límite* o *borderline* que se caracteriza por: inestabilidad emocional, autoimagen y preferencias confusas o distorsionadas, sentimientos crónicos de vacío, involucrados en vínculos intensos e inestables, crisis emocionales repetidas y esfuerzos excesivos para evitar el abandono, amenazas de suicidio o actos de automutilación e ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés.

Trastornos de los impulsos

Los trastornos de control de los impulsos se imbrican con distintos cuadros que se han descrito en los trastornos de la afectividad, de la conducta y de la atención. La impulsividad es un aspecto principal del trastorno de personalidad *borderline*.

En el hecho del descontrol impulsivo, los adolescentes se ven sobrepasados por la urgencia en cometer ciertos actos que, aparentemente, son ilógicos, y dañinos para el individuo o para otros. Varias formas de conducta impulsiva se han relacionado con alteraciones biológicas en marcadores de la función neurotransmisora de la serotonina, por ejemplo en la conducta suicida impulsiva y en la agresividad impulsiva.

La impulsividad es la expresión rápida de una

conducta no planificada que ocurre en respuesta a un pensamiento súbito. La irresistibilidad de la urgencia para actuar (lo súbito y no planificado) ocurre en el trastorno explosivo intermitente, en la cleptomanía, piromanía y tricotilomanía.

Deben diferenciarse de aquellas condiciones en las cuales el individuo lucha durante un cierto tiempo contra la urgencia, tratando de no cumplir el impulso. En estas condiciones, el individuo no tiene capacidad para resistir el impulso más que el rápido cortocircuito entre percepción, pensamiento y acción.

Estos cuadros presentan alta comorbilidad con trastornos afectivos y de ansiedad. La prevalencia de esta condición durante la vida excede el 1% de la población. El juego patológico puede estar presente hasta en el 3% de la población. Estos cuadros se encuentran subrepresentados en los conjuntos clínicos y de investigación. Ciertos investigadores engloban estos cuadros en el llamado espectro obsesivo o en el espectro de la ansiedad.

En la adolescencia, la impulsividad se encuentra potenciada por el grupo/banda en acción, en conductas hostiles hacia propiedad o personas, con una disminución colectiva de la conciencia individual.

En otros casos, la conducta impulsiva se dirige a la intimidad de su medio familiar con agresiones desproporcionadas hacia familiares habitualmente queridos, con o sin arrepentimiento y llanto posterior. En el caso de la cleptomanía el adolescente puede expresar ansiedad y culpa entre los episodios. Este arrepentimiento intercrisis no sirve para modificar ni anticipar la conducta de descontrol de los impulsos.

En ciertos casos la impulsividad adquiere un carácter expansivo, agudo y desbordante, con exaltación verbal y psicomotriz, coprolalia y fuerte compromiso emocional concordante y culmina con un descontrol o aislamiento. En otros casos, la impulsividad adquiere un matiz sexualizado hacia la masturbación impulsiva o la promiscuidad.

Hay un sentimiento incrementado previo de tensión y un sentimiento de gratificación durante e inmediatamente después del acto. Se realizan esfuerzos de conciliación pero no se atiende a todas las oportunidades.

Las consecuencias de las acciones impulsivas suelen complicar más que la propia impulsividad. Ocurre también en los trastornos impulsivos de adolescentes con deficiencia mental. Una conducta impulsiva no es siempre una conducta agresiva.

La conducta agresiva debe ser tomada seriamente, no es "algo que pasará", ni una fase evolutiva. En los adolescentes la conducta agresiva sucede a un desborde de tensión.

Las conductas agresivas se diferencian significativamente en dos subtipos:

- Impulsivo - reactivo - hostil - afectivo
- Controlado - proactivo - instrumental - pre-dativo.

En algunos casos, un conflicto sobre el control puede actuar como factor precipitante. La rabia, las amenazas y la tensión ceden pronto. En otros casos el adolescente se presenta con un estado rabioso, agitado, fuera de sí. El joven suele estar también atemorizado por su propia pérdida de control. Se le debe ofrecer ayuda de un modo no amenazante y no humillante.

Aspectos diagnósticos. En primer término debe determinarse si la conducta agresiva es una exacerbación de un patrón crónico del adolescente o es un cambio en la conducta que refleje otra condición psiquiátrica—psicosis aguda, una enfermedad física, síndrome cerebral orgánico—, intoxicación, respuesta a abuso físico, sexual o emocional. Analizar el control impulsivo, la conciencia de realidad y la pertinencia del juicio.

En segundo término se debe garantizar la seguridad del paciente y de otros, hasta el comienzo de un tratamiento de largo plazo.

Objetivos terapéuticos:

Con el adolescente. Se tratará de ejercer un dominio de la conducta y de la acción real aprendiendo a controlar y expresar la rabia y las frustraciones, ser responsable de sus propios actos y aceptar las consecuencias.

Con su medio. Reducir los factores de riesgo, en especial la exposición a la violencia en casa, o al medio social (por ejemplo: TV-videos).

Prevención del abuso, programas de educación de parentalidad para adolescentes e intervención precoz en adolescentes en riesgo.

BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Facts for Families. Set. Washington AACAP 1997.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. DSM IV. American Psychiatric Association, 1994.
- Barkley RA, Fisher M, Edelbrock CK *et al.* The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: An 8 year prospective follow-up study. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1990; 4:546-57.
- Bernad C. De razonamiento a la práctica. La cuestión de los factores psicosociales anormales. XI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría de la Infancia, Adolescencia y Familia. Chile, 1997.
- Bernad C. Trastornos de ansiedad de la infancia. Dos puntos nodales. IV Congreso Int. de Psiquiatría. AAP.

- Buenos Aires, 1997.
- Bernad C. Teoría de los Actos. Método fenomenológico. Buenos Aires: Cátedra de Metodología. Fac. Humanidades. Univ. Belgrano 1979-1988.
- Bernad C. Los actos desiderativos y los conflictos en la infancia. No publicado. 1985.
- Bernad C. El sentido vivido y la relación mutua. Conf. 1981.
- Bernad C. Teoría de los actos. La intencionalidad desiderativa. IV Congreso Arg de Massmedia y Salud Mental, 1996.
- Carvajal G. Adolecer-La aventura de una metamorfosis. Ed. del autor, 1996. trad. brasilera. Tornar-se Adolescente, A aventura de uma metamorfose. Sao Paulo: Cortez Editora, 1998.
- Connel HM. Essentials of Child Psychiatric. Australia: Blackwell Scientific Publications, 1979.
- Flores L. En: Ojeda C (comp). La corporalidad y las perturbaciones psíquicas. Cuadernos Clínicos. Santiago de Chile: Pont. Univ. Católica de Chile, 1983.
- Green Wayne H. Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
- Gründel J. Los padres en la formación de la conciencia infantil. Buenos Aires: Ed. Guadalupe, 1976.
- Grünspun H. Autoridade dos pais e educacao da Libertade. 3ra ed. Sao Paulo: Almed, 1985.
- Grünspun H. Os direitos dos menores. Sao Paulo: Almed, 1985.
- HHS US Department of Health and Human Services. YouthInfo, website developed by the (HHS) <<http://aspe.os.dhhs.gov/hsp> o <http://www.hhs.gov/news/press>. US Census Bureau <http://www.census.gov/ftp/pub/population>>
- Hyman SE. Director NIMH Congressional Testimony. Briefing on the Brain-Body Connection. Nov. 1997.

- Kaplan H, Sadock B. Pocket Handbook of clinical psychiatry. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
- LaBruzza AL, Méndez-Villarrubia JM. Using DSM-IV. New Jersey: Jason Aronson, 1997.
- March JS. Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Pediatric Mental Disorders. Philadelphia: Notebook 64 AACAP, 1996.
- March JS. Anxiety Disorders in Children and Adolescents. New York: The Guilford Press, 1995.
- Nurcombe B. Malpractice. In: Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991: 1127-39.
- OMS. CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Traducción española de ICD-10. MOS Meditor. España, 1992.
- OMS. Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD-10. Chapter V Primary Care Version. WHO/Hogrefe & Huber Publisher, Göttingen, Germany, 1996.
- OMS. Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders, with an introduction by Sir Michael Rutter. Cambridge University Press, 1996.
- Orellano F. Adolescencia. Tiempo de crecer y tiempo de crecer. Buenos Aires: Ed. Claretiana, 1982.
- Renshaw D. Incesto. Compreensao e tratamento. Sao Paulo: Roca, 1984.
- Robinson JE. Emergencies I. In: Keneth S. Robson. Manual of Clinical Child and Adolescent Psychiatry. Rev Ed American Psychiatric Press Inc, 1994.
- Rodríguez Ramos P. Estimulantes - Lítio. En: Mardomingo Sans MJ y cols. Psicofarmacología del niño y del adolescente. España: Díaz de Santos, 1997.
- Serrano A. Conferencias en Buenos Aires. Junio, 1998.
- Stegelin W, Stelzer K. Nuestros hijos aprenden a rezar con la vida. Buenos Aires: Ed. Guadalupe, 1976.

La esquizofrenia es un trastorno mental que si bien no es muy frecuente, afecta generalmente a sujetos jóvenes pudiendo producir graves deficiencias psicológicas, sociales, educativas y laborales.

La esquizofrenia ha sido históricamente incluida en el rubro de las psicosis. De acuerdo al DSM-IV se han dado distintas definiciones para el término psicosis. Pareciera ser más amplio el concepto que la define como una grave alteración de la conciencia de realidad.

La psicosis incluye desde esta perspectiva alteraciones que se observan en cuadros psiquiátricos de diferente origen, entre otros, el grupo de las esquizofrenias que tienen su origen en alteraciones en la estructura cognitiva del paciente.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONCEPTO DE PSICOSIS

Los primeros intentos para definir la psicosis surgen a comienzos del siglo pasado con la introducción del criterio sintomático desarrollado por Pinel y Esquirol. Posteriormente surge el criterio etiológico que busca un factor específico para explicar la emergencia de una psicosis.

Kraepelin hacia fines del siglo pasado adopta un criterio evolutivo desarrollando el concepto de demencia precoz, en el que incluye la hebefrenia de Hecker, la catatonía de Kalbahum y la demencia paranoide delimitada por el mismo.

Bleuler critica el término de demencia precoz e introduce el concepto de esquizofrenia. Bleuler cree que la esquizofrenia se debe a algún tipo de alteración cerebral, sin dejar de valorar los condicionamientos psicológicos cuya importancia percibe. Considera que el efecto perturbador de la esquizofrenia no depende directamente de una perturbación orgánica y acepta que el contexto psicológico introduce complejidades en su expresión, evolución y tal vez en su desencadenamiento. También introduce el

concepto de *escisión* de la personalidad aunque reconoce que puede darse en otros cuadros en forma más marcada como en la histeria.

Minkowski establece que la mayoría de las perturbaciones convergen en una sola gran noción *la pérdida del contacto vital con la realidad*.

Jaspers introduce el concepto de proceso. El proceso, de particular importancia al aplicarlo a la esquizofrenia, describe los procesos agudos que llevan a una alteración permanente de la personalidad. En el esquizofrénico el proceso produce una mutación, creando algo nuevo en la estructura de la personalidad. Una vida comprensible se vuelve incomprensible. La personalidad puede continuar alterándose con nuevos brotes.

DESARROLLO DE LA CONCIENCIA DE REALIDAD

Dado que en el paciente esquizofrénico se acepta como un elemento central psicopatológico un trastorno de la conciencia de realidad, es necesario detenerse a intentar una descripción de su desarrollo. Para ello tomaremos conceptos de la teoría de endoculturación (Marconi), de la teoría constructivista (Guidano) y del modelo integrativo (Opazo).

Marconi plantea que la conciencia de realidad es aprendida desde la infancia en el seno de la cultura en la cual madura el individuo. Es decir los estímulos que nos llegan de la realidad son captados por nuestro sistema nervioso y pasan a impactar nuestras cogniciones, influidas por nuestra cultura y nuestro medio ambiente, son influidos por nuestros afectos de modo que vamos adquiriendo en el desarrollo una noción y sentido de la realidad. En este aspecto tanto el constructivismo, como la endoculturación, plantean desde esta perspectiva la posibilidad de un acceso sólo parcial a la realidad.

Weisman distingue conciencia afectiva de realidad y conciencia cognitiva de realidad. Planteando

la primera como un sentido de realidad y la segunda como una prueba de realidad. En el modelo integrativo planteado por Opazo (ver Capítulo 42: *Psicoterapia integrativa*), los subsistemas afectivo y cognitivo podrían aportar a través de sus estructuras la presencia de estas conciencias de realidad.

Estas descripciones tienen mucha importancia, en los conceptos de la Teoría Psicopatológica Estructural de la Psicosis elaborada por Marconi, por cuanto plantea que la conciencia de realidad se ordenaría a través de conciencia total de realidad, en las que se incluiría y diferenciaría la conciencia afectiva y la conciencia cognitiva de realidad. La alteración de cada una de estas conciencias de realidad darían forma a los distintos tipos de psicosis.

Desde la perspectiva de Marconi, la esquizofrenia se definiría como "una mutación, insólita y productiva de la conciencia de realidad". Sería una psicosis cognitiva escindida en el sentido de que en el esquizofrénico coexisten criterios de realidad normal y patológica.

PREVALENCIA

La mayoría de los autores coincide en ubicar a la esquizofrenia en un rango de prevalencia que fluctúa entre el 0,2 y el 2% de la población. Estos porcentajes se han mantenido invariables a lo largo de los años, lo que implicaría que hay un fuerte componente biológico, poco afectado por factores ambientales.

El comienzo de la esquizofrenia ocurre generalmente en la adolescencia o en la adultez joven. En los niños es más rara su presentación y de ocurrir las ideas delirantes y las alucinaciones son menos elaboradas que en los adultos lo que es razonable considerando que el niño tiene un menor nivel de desarrollo cognitivo.

DIAGNÓSTICO

Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia

DSM IV

A. Síntomas característicos. Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- ideas delirantes
- alucinaciones
- lenguaje desorganizado (por ejemplo, desarrilamiento frecuente o incoherencia)
- comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

- síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, o abulia.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/ laboral. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal académico o laboral).

C. Duración. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este período de seis meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo. El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alguna alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo. Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

- Episódico con síntomas residuales interepi-

sódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.

- Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.
- Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación) especificar también si: con síntomas negativos acusados.
- Episodio único en remisión total
- Otro patrón no especificado
- Menos de 1 año desde los primeros síntomas de la fase activa.

Además de la sintomatología descrita anteriormente, es importante señalar ciertos criterios descritos por Roa quien ha señalado una serie de síntomas precoces para el diagnóstico de esquizofrenia en adolescentes:

1. Baja persistente o notoria en el rendimiento escolar.
2. Desgano desmedido y persistente.
3. Pérdida de la propositividad vital para metas u objetivos futuros.
4. Desconcentración primaria: no comprende ni memoriza lo que lee y estudia. Esta debe representar un cambio respecto de situaciones anteriores a objeto de diferenciarla del síndrome de déficit de atención.
5. En algunos casos tendencia al payaseo oportuno o inoportuno.
6. Tendencia a dormirse tarde y despertarse muy tarde.
7. Descuido en el arreglo personal e indiferencia por los demás.

Es importante que lo que hace el diagnóstico es la suma de estos síntomas y no uno o algunos en forma aislada.

Subtipos de esquizofrenia. Se describen varios subtipos de esquizofrenia los cuales tienen implicancias en cuanto a pronóstico y evolución.

Los subtipos más importantes son:

- *Tipo paranoide.* Se plantea que es la de menor gravedad. Predominan una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. Es la más común de todas las formas.
- *Tipo desorganizado.* Llamada también hebefrénica. Su inicio es precoz y frecuentemente hacia la pubertad. Sigue un curso insidioso y deteriorante. Entre sus síntomas más importantes predominan lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad plana. Todo esto acompañado de tonterías y risas que no tienen clara conexión con el contenido del discurso.

- *Tipo catatónico.* Destacan en este subtipo una marcada alteración psicomotora que puede incluir

inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.

- *Tipo indiferenciado.* En este subtipo la característica principal es que predominan síntomas que cumplen el criterio A para esquizofrenia, pero no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

PSICOPATOLOGIA

Siendo consecuentes y fomentando el enfoque integrativo, se analizarán los aportes de diversas ópticas a la comprensión de la esquizofrenia.

Enfoque biológico

Aspectos genéticos. Hay un cierto consenso que las psicosis esquizofrénicas tienen una base genética. Los principales aportes a esta observación surgen en estudios realizados en mellizos, en los cuales se observa que los monocigóticos son cuatro veces más esquizofrenoconcordantes que los dicigóticos.

Otra observación que apoya la existencia de una base hereditaria, se refiere a estudios de adopción en que padres esquizofrénicos dieron sus hijos en adopción, los cuales desarrollaron la enfermedad en un promedio superior al normal, a pesar de no haber tenido contacto alguno con sus verdaderos padres.

De estos mismos estudios puede deducirse que los factores ambientales juegan también algún rol, por cuanto es muy decidida en este sentido que los mellizos monocigóticos no tengan un 100% de concordancia en el desarrollo de la enfermedad.

Alteraciones estructurales del cerebro. La tomografía axial computarizada y la resonancia nuclear magnética han hecho importantes aportes al conocimiento de la esquizofrenia.

Por estudios de neuroimagen se han encontrado anomalías como aumento del tamaño de los ventrículos laterales, surcos anchos y volumen cortical disminuido especialmente en el lóbulo temporal de pacientes esquizofrénicos. Esta anomalía estaría presente desde las primeras etapas de la enfermedad.

A nivel hipocampal se ha descrito anomalías en la citoarquitectura de la corteza parahipocampal consistentes en desplazamientos y variaciones neuronales en corteza temporal, prefrontal y sustancia blanca. Lo anterior implicaría fallas en la migración neuronal en el segundo trimestre del desarrollo fetal.

Se plantea que a partir de un neurodesarrollo desviado la exposición a estímulos adversos deter-

minaría el comienzo de los síntomas de una esquizofrenia.

Alteraciones a nivel de sistemas de neurotransmisores. Una de las primeras hipótesis en este sentido se relacionó con la existencia de un estado hiperdopaminérgico. Esta actividad dopaminérgica ocurriría a nivel mesolímbico, mesocortical o nigroestriatal, guardando relación con ciertos síntomas psicóticos específicos como delirio y alucinaciones. No obstante, en los últimos años se han mostrado evidencias respecto a insuficiencia de esta hipótesis, sea por mala respuesta de los pacientes a fármacos neurolepticos antagonistas de la dopamina, sea porque la administración de drogas que aumentan la actividad dopaminérgica, sólo rara vez inducen síntomas esquizofreniformes en sujetos no esquizofrénicos.

En el último tiempo el interés se ha centrado en otros neurotransmisores como la serotonina, a partir de algunos antipsicóticos inhibidores de receptores serotoninérgicos 5HT₂.

Enfoque conductual ambiental

Se ha planteado que estímulos ansiógenos en sujetos que tengan especial predisposición podrían desencadenar un cuadro esquizofrénico.

También se ha postulado que individuos sometidos a sistemas de refuerzo inconsistentes podrían tener más dificultad para percibir y comprender la realidad.

Pareciera ser claro que en un gran número de los pacientes crónicos muchos de los síntomas pueden funcionar como conductas operantes aumentando o disminuyendo su frecuencia según la respuesta que obtengan en el medio ambiente.

Enfoque afectivo

Es uno de los enfoques más recientes en psicoterapia y por lo mismo hay pocos elementos estudiados en relación a la esquizofrenia.

No obstante, es importante mencionar que entre los síntomas presentes al comienzo de la enfermedad los pacientes refieren una intensa angustia. Es referida como una angustia invasora y sin una relación causal específica.

Cabría preguntarse ¿Es producto de que las alteraciones del subsistema biológico en cuanto a desequilibrio en los niveles de neurotransmisores impactan centros relacionados con la emoción? ¿Es la angustia consecuencia de las vivencias generadas por las alucinaciones y el delirio que son reconocidas por la personalidad como algo distinto y que es incomprendible en el desarrollo constructivo de la conciencia de realidad?

Otro elemento que es necesario mencionar, es que algunos pacientes se quejan de una desmotivación y se aprecia una importante falta de resonancia afectiva en ellos ¿Producto de desequilibrios a nivel de neurotransmisores? ¿Efecto de altas dosis de neurolepticos? Es indudable que todavía falta más investigación y estudios al respecto.

Este subsistema se vería más afectado en las psicosis afectivas que en las psicosis cognitivas como la esquizofrenia.

Enfoque cognitivo

En la esquizofrenia el fenómeno psicopatológico central sería una alteración de la conciencia cognitiva de realidad y por lo tanto resulta fundamental como se estructura y desarrolla.

Como se ha señalado, Weisman ha elaborado una distinción entre conciencia afectiva de realidad y conciencia cognitiva de realidad. La primera la denomina sentido de realidad, y a la segunda prueba de realidad. Esta última es analítica, racional o conceptual y trata de la experiencia compartida. Para Marconi este planteamiento se acerca a un punto de vista relativista cultural acerca de lo que es la realidad. El enfoque relativista cultural establece que: a) Cultura es la parte del ambiente hecha por el hombre; b) en términos psicológicos cultura es la porción aprendida de la conducta humana; y c) la endoculturación comprende los aspectos de la experiencia del aprendizaje que permiten al hombre ser competente en su cultura. El principio del relativismo cultural establece: "Los juicios están basados en la experiencia y la experiencia es interpretada por cada individuo a base de su propia endoculturación". Aplicado este concepto a la experiencia de realidad podemos decir que la conciencia de realidad es aprendida en el proceso de endoculturación, iniciado en la infancia y varía de una cultura a otra y aun entre los diversos subgrupos de una cultura determinada.

Estos conceptos tienen mucha similitud con la postura constructivista de Mahoney o Guidano cuando este último se refiere a organizaciones de significado personal.

En la psicosis habría un profundo cambio cognitivo. De acuerdo con las ideas de Jaspers habría una mutación insólita y productiva de la conciencia de realidad.

En el psicótico hay producción de nuevos criterios de realidad, afirmando significaciones de realidad con fundamentos o condiciones objetivas y subjetivas diferentes a las que antes el paciente exigía para concluir que algo era real. Los nuevos criterios psicóticos de realidad varían de una cultura a otra, pero el carácter genérico de la psicosis, aplicable a

individuos de cualquier cultura será la mutación estructural, productiva e insólita de la conciencia de realidad.

Enfoque desde el paradigma inconsciente

El psicoanálisis a partir de Freud ha centrado sus planteamientos respecto a la esquizofrenia, en torno a un yo defectuoso que contribuiría a la sintomatología de la enfermedad. Un conflicto intrapsíquico, producto de relaciones objetales muy pobres estaría a la base de la enfermedad. Tradicionalmente se ha dado importancia a las características de las madres de los esquizofrénicos en cuanto a ser ansiosas. Es probable que muchos de estos conflictos estén presentes aún cuando reprimidos y un tanto lejos del procesamiento consciente.

Al llegar el esquizofrénico a la adolescencia, al asumir la independencia y separarse de la familia, se vería complicado por la falta de un Yo fuerte lo que lo llevaría a través de los delirios a crear una nueva realidad o a expresar sus miedos o conflictos ocultos.

Podríamos concluir que la esquizofrenia constituiría una desorganización de la personalidad y una incapacidad para mantener la identidad del Yo. Queda perturbado el principio de realidad propio de los procesos de pensamiento secundario del Yo.

Enfoque sistémico

Desde la terapia familiar surgen los más importantes aportes de este paradigma a contar de la década de los años 50.

En una primera etapa son centrales los conceptos de "Doble vínculo" desarrollados por Bateson y Jackson quienes enfatizan que la modalidad comunicacional se da en dos niveles simultáneos, primero se entrega un mensaje verbal ambiguo, llamado instrucción primaria negativa y luego se agrega una instrucción secundaria que contradice al primero, por medios no verbales. El hijo no puede discriminar el contenido de los mensajes aceptando una experiencia contradictoria y ambivalente.

Por otra parte, pareciera un elemento muy importante que características familiares de hostilidad, críticas y en especial de sobreprotección pueden influir en nuevas recaídas o en la mantención de sintomatología en particular de tipo negativo.

En todo caso, pareciera insuficiente pensar que el paradigma sistémico por sí sólo pueda dar cuenta de las génesis del proceso esquizofrénico. Resulta más probable que las variables descritas puedan influir en desencadenar un proceso en sujetos con predisposición biológica o bien, que los trastornos sistémicos se generen como consecuencia de las

características previas de los sujetos o del desarrollo de conductas alteradas en que familias con una disfunción, asumirían al paciente como su "chivo emisor".

Enfoque desde el sistema self

En los últimos años ha existido un fuerte interés por el significado del self y lo que implica en la estructura de la personalidad. Es un concepto aún en estudio y por lo mismo es casi nada lo que podríamos mencionar en relación a self y esquizofrenia.

No obstante lo anterior, si de acuerdo a lo planteado por diferentes autores, el sistema self es una instancia de auto-organización y de integración de la experiencia que desempeña funciones de identidad personal, de significación de la experiencia y de administración de la conducta construyendo los significados de los estímulos transformándolos en estímulos efectivos, podríamos concluir que la esquizofrenia afecta profundamente y en forma masiva la estructura del self.

MODELO INTEGRATIVO EN LA PSICOPATOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

Intentando correlacionar los aportes de los distintos paradigmas podríamos plantear que a partir de descargas neuronales producto de desequilibrios en los niveles de neurotransmisores, estructuras sensoriales produjeran estímulos (auditivos, visuales, propioceptivos, etc.) que impactan la personalidad (Pd) y que deben ser procesados constructivamente por los diferentes subsistemas (Figura 31-1).

Es importante señalar que estos estímulos responderían a las alucinaciones que describimos y que si bien no tienen una realidad exterior, sí son reales para el sujeto en cuanto están impactando su sistema nervioso y produciéndole reacciones fisiológicas similares a otros estímulos no psicóticos.

La presencia de estos estímulos requeriría un procesamiento a nivel de los subsistemas cognitivo, afectivo e inconsciente a objeto de que el self los transforme en estímulos efectivos y la personalidad genere conductas acordes a este procesamiento.

Parece razonable pensar que la personalidad sufre un impacto enorme al enfrentarse a estímulos que difieren con el aprendizaje de conciencia de realidad que el sujeto tiene o con sus experiencias de interpretación de estímulos de acuerdo a su vida pasada. Esto nos permite pensar que la violenta invasión de estímulos psicóticos que compiten con los estímulos de realidad normal, puedan generar una serie de efectos en el paciente que se traduzcan en muchos de los síntomas precoces que observa-

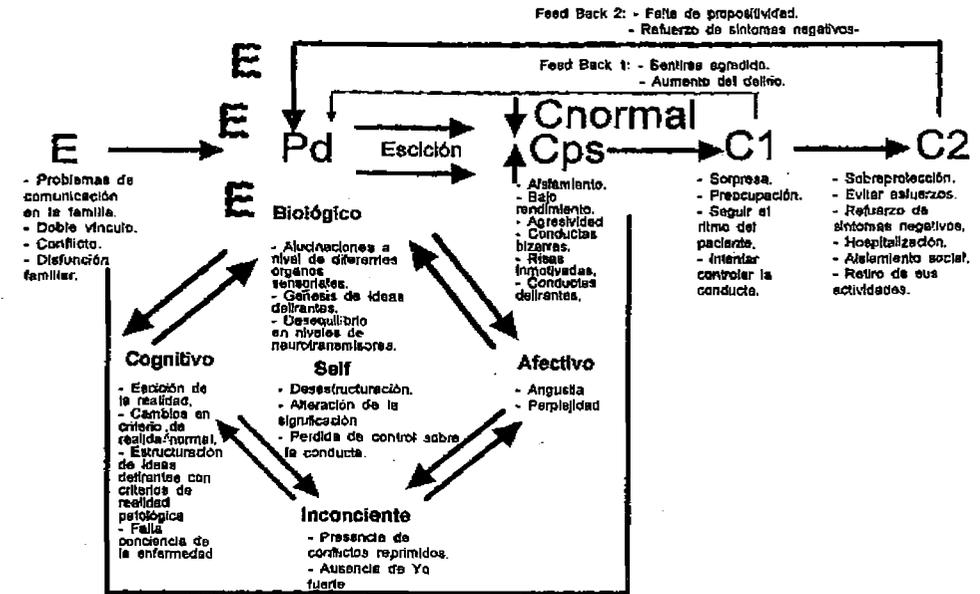


Figura 31-1. Modelo integrativo en la sintomatología de la esquizofrenia paranoide. E: estímulos ambientales. Pd: personalidad. Cnormal: conducta normal. Cps: conducta psicótica. C1: consecuencias inmediatas. C2: consecuencias mediatas.

mos. Podríamos entender que el paciente nos aparezca intensamente perplejo ya que lo que percibe no calza con sus modelos de realidad, el subsistema afectivo se impacta generándose una angustia vital no comprensible.

El subsistema cognitivo debe buscar respuestas ocupando toda su energía en el sentido de construir un nuevo significado de realidad, por lo tanto no es extraño pensar que se produzca una baja en la capacidad de rendimiento laboral o académico del paciente.

El subsistema inconsciente si está previamente conflictuado puede hacer emerger muchos de estos conflictos a nivel consciente aumentando el estrés del subsistema afectivo y generando nuevas dificultades al subsistema cognitivo para la correcta interpretación de los estímulos patológicos.

El subsistema familiar recibe un impacto intenso ante los cambios experimentados por el paciente y su reacción estará muy marcada por los niveles previos de disfunción que haya tenido.

Aun cuando las alucinaciones son muy frecuentes en la esquizofrenia, no todos los pacientes las

refieren. Es muy probable que un porcentaje de ellos las nieguen, probablemente por percibir su discordancia con la realidad normal que comparten con el resto de los individuos, motivo más que suficiente para ocultarlas. También puede ser posible que un grupo de pacientes genere estímulos patológicos a nivel del sistema nervioso, poco diferenciados, muy extraños para el paciente incluso quizá a nivel no consciente, pero que produzcan los mismos efectos en cuanto a sintomatología descritos anteriormente.

Un segundo síntoma central en la esquizofrenia paranoide son las ideas delirantes, las cuales se producirían de acuerdo al modelo integrativo a nivel del subsistema cognitivo generándose a partir de la necesidad de otorgar un significado a los estímulos que han estado impactando al paciente. De acuerdo a los conceptos constructivistas y de endoculturación, esta explicación recogerá algunos elementos propios de la cultura del paciente, pero con un alto grado de productividad y perdiendo los elementos básicos de sentido y prueba de realidad.

El impacto de las ideas delirantes no afecta tan sólo al subsistema cognitivo, sino que también llega

al subsistema afectivo que reacciona en forma coherente lo que influye profundamente en la intensidad y calidad de las conductas del esquizofrénico. A partir de estos conceptos podemos entender que un paciente que se siente atacado por extraterrestres, organismos de seguridad o espionaje, reaccione agresivamente hacia quienes lo rodean o pueda aislarse y tornarse muy huraño con sus personas más cercanas. Conductas de no alimentarse, no bañarse, no cambiarse ropa etc., adquieren mucha coherencia en sujetos que gastan toda su energía psíquica en armar respuestas ante lo que les está ocurriendo.

La falta de conciencia de enfermedad en el esquizofrénico, es coherente con la absoluta certeza que tiene respecto de alucinaciones que efectivamente impactan su sistema nervioso e ideas delirantes que para él son absolutamente reales. El problema es que las acepta como reales cambiando los criterios de prueba de realidad que había estructurado durante su desarrollo.

Un tercer síntoma como es la disgregación del pensamiento, se produce en etapas avanzadas de la enfermedad y podría representar un esfuerzo del paciente por traducir a través del lenguaje las extrañas experiencias que está vivenciando.

Las conductas emitidas por el esquizofrénico, indudablemente tienen consecuencias inmediatas (C1) o mediatas (C2) en el ambiente, el cual puede reforzar muchos de los síntomas ante el deseo de sobreproteger a quien se sabe muy enfermo. Creencias populares llevan a pensar que el paciente no puede hacer esfuerzos, menos estudiar o volver a sus actividades normales.

EVOLUCION

La evolución a futuro, en estudios de cohortes grandes, muestra que alrededor de un tercio de los jóvenes que hacen un brote esquizofrénico se recuperan totalmente, otro tercio lo hace con regular adaptación sociofamiliar y el tercio restante evoluciona a la cronicidad.

Son señales de mal pronóstico las esquizofrenias tipo desorganizado e indiferenciado, un inicio insidioso y muy precoz (pubertad), con signos de retraimiento emocional y social.

Favorece el pronóstico un inicio a edades más tardías, que sea agudo y tratado precozmente, una buena adaptación social, familiar, escolar y laboral, y además si hay un factor desencadenante de la crisis.

En los esquizofrénicos de comienzo insidioso, la mitad evolucionarán en uno o dos años a formas hebefreno-catatónicas graves y en un plazo de 3-5 años a un estado deficitario, a la demencia.

TRATAMIENTO DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRATIVA

Para poder analizar el enfrentamiento al trastorno, parece necesario detenerse brevemente en el curso y evolución de la enfermedad. De acuerdo al DSM-IV podemos señalar que hay una fase aguda, que puede durar semanas o meses, pasando posteriormente a un período intercrítico con remisión parcial o total de la sintomatología. Importancia tienen los síntomas residuales que tienden a verse en forma incrementada en sujetos que han tenido varios brotes o que han abandonado tratamientos siendo "institucionalizados" en centros para crónicos o incluso en sus hogares.

Mientras en la fase aguda los síntomas en términos del paradigma conductual podrían definirse como respondientes muy influidos por la biología y muy poco por el ambiente, en las etapas intercríticas o de cronicidad los síntomas parecieran con mucha probabilidad ser conductas operantes muy reforzadas o extinguidas por el ambiente y con poca respuesta a los tratamientos biológicos.

Variables inespecíficas en el tratamiento de la esquizofrenia paranoide

Un elemento que ha sido muy destacado en el movimiento de integración en psicoterapia es el peso de lo que se ha dado en llamar las variables inespecíficas. Se ha señalado que aportarían entre un 60-70% del éxito en psicoterapia. Se han descrito variables dependientes del paciente, del terapeuta y fundamentalmente de la relación paciente-terapeuta, planteando la psicoterapia integrativa que esta última es un elemento central en el éxito de la psicoterapia.

Aun cuando no se encuentra referencias específicas en la literatura al respecto cabría realizar algunas reflexiones:

— Por las características de la enfermedad y el fuerte componente biológico de la misma, podría pensarse que no jugarían un rol fundamental en el tratamiento. No obstante es posible deducir a través de la experiencia clínica que esto no pareciera ser tan definitivo.

— Por las características clínicas el terapeuta se encuentra frente a un paciente que no controla emociones, que desconfía y que vive una realidad patológica, aunque también una realidad normal, lo que implica que tendrá recuerdos a futuro de estas primeras interacciones pudiendo dañar severamente una futura relación dependiendo si las primeras interacciones fueron muy negativas.

— Una buena comprensión del terapeuta respecto a los elementos estructurales de la esquizofrenia

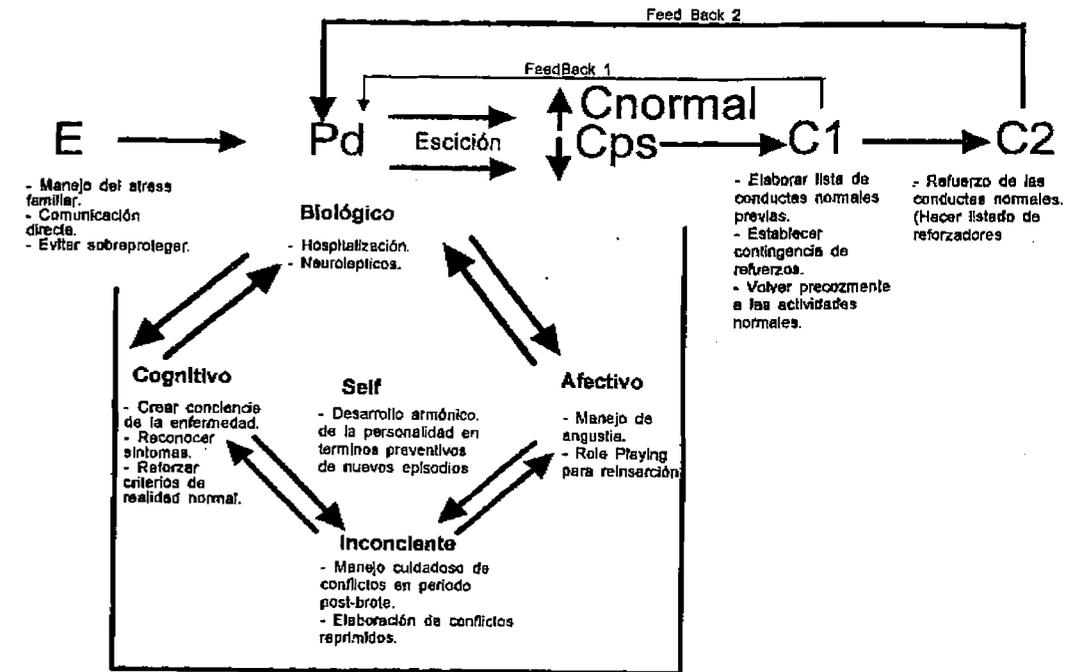


Figura 31-2. Modelo integrativo en el tratamiento de la esquizofrenia paranoide. E: estímulos ambientales. Pd: personalidad. Cnormal: conducta normal. Cps: conducta psicótica. C1: consecuencias inmediatas. C2: consecuencias mediatas.

le permitiría lograr un adecuado nivel de empatía con el paciente respecto de la enfermedad. Resultaría importante para el terapeuta tener buenos procesos de *feedback*, que le permitan captar los procesos de traducción de estímulos efectivos que hace el paciente respecto de su alteración de conciencia de realidad.

— Un buen nivel de empatía sería percibido por el paciente, logrando así desarrollar progresivamente una buena relación paciente-terapeuta, lo que será un factor fundamental en mantener un adecuado control del tratamiento y un futuro trabajo psicoterapéutico. Esto tendería a fortalecer el desarrollo armónico del *self* actuando como factor preventivo ante nuevos brotes.

Variables específicas en el tratamiento de la esquizofrenia paranoide

El tratamiento se describe según los aportes de cada paradigma (Figura 31-2).

Paradigma biológico

Psicofármacos. En la etapa aguda se requiere un tratamiento de "ataque" que puede durar semanas e incluso meses. Durante esta etapa del tratamiento, por lo general se requiere de un período de hospitalización que en principio sea lo más breve posible.

Pasado el período agudo de la enfermedad resultaría recomendable mantener dosis mínimas de medicamento a objeto de evitar nuevos brotes. Mientras más se logren distanciar estos brotes, más posibilidades se dará a que se vayan reforzando los criterios normales de conciencia de realidad.

La elección del neuroleptico a usar se basa en los siguientes factores:

- La experiencia del médico tratante en algún fármaco en especial.
- La respuesta previa del paciente a determinado tipo de neuroleptico.
- Qué se espera del antipsicótico por ejemplo: si es para una terapia aguda o de mantención.

– Costo del medicamento. En general los de nueva generación son de alto costo.

Neurolepticos tradicionales. Los neurolepticos de alta potencia (haloperidol) se utilizan en pacientes con bastantes síntomas productivos. Provocan abundantes efectos colaterales de tipo extrapiramidal.

Los neurolepticos de baja potencia (clorpromazina, tioridazina, etc.) se utilizan en pacientes agitados y con trastornos del sueño. Provocan hipotensión postural y sedación.

En un episodio agudo, la dosis del neuroleptico fluctúa entre 400-1200 mg/día de clorpromazina o su equivalente en otros fármacos. Una respuesta positiva puede observarse hasta dentro de 4-6 semanas de iniciado el tratamiento. Si no se observa una respuesta clínica favorable dentro de este período, se hace razonable cambiar de neuroleptico.

Se ha sugerido que el primer episodio psicótico debe tratarse por al menos seis meses en dosis efectivas. Hay autores que recomiendan bajar a un 20-30% de la dosis empleada en el episodio agudo al haber mejoría clínica, para evitar los efectos adversos inevitables de los neurolepticos.

No es recomendable que estas reducciones de dosis coincidan con situaciones de estrés del paciente (ser dado de alta, comenzar un trabajo, volver a los estudios, independizarse de sus padres, etc.). A veces, cuando no hay adherencia al tratamiento oral, se plantea el uso de neurolepticos de depósito.

Nuevos neurolepticos. Es importante conocer que existe un 25% de pacientes resistentes a los neurolepticos clásicos. En estos casos se usan los nuevos antipsicóticos de más reciente aparición.

Entre los nuevos neurolepticos podemos citar:

Flupentixol. Bloquea los receptores dopaminérgicos tipo D-1 con alta afinidad y tipo D-2 con moderada afinidad. En dosis elevadas (3-20 mg/diario) posee un fuerte efecto antipsicótico. Es un neuroleptico que se presenta en grageas de 0,5, 1 y 5 mg. Como todos los neurolepticos puede tener reacciones adversas y producir el síndrome neuroleptico maligno.

Risperidona. Se encuentra disponible en comprimidos de 1 y 3 mg de risperidona. Es un nuevo antipsicótico reciente perteneciente a una nueva clase de agentes antipsicóticos derivados del benzisoxazol. Es generalmente mejor tolerado que los antipsicóticos clásicos. Se comienza con una dosis de 1 mg por dos veces al día el primer día, luego se sube a 2 mg por dos veces al segundo día y finalmente 3 mg por dos veces al día al tercer día. La dosis usual óptima es de 2-4 mg por dos veces al día.

Clozapina. Por ser un medicamento que puede provocar agranulocitosis, su uso se limitará a los

pacientes esquizofrénicos que no respondan al tratamiento con neurolepticos clásicos o no los toleren; que tengan hallazgos leucocitarios normales; y en quienes se pueda realizar recuentos leucocitarios periódicos. Posee una débil actividad bloqueadora de los receptores dopaminérgicos, pero potentes efectos noradrenérgicos, anticolinérgicos, antihistamínicos e inhibidores de la reacción de alerta. Ha resultado ser útil para aliviar tanto los síntomas positivos como negativos de la enfermedad. En la mayoría de los pacientes se debe esperar una eficacia antipsicótica con dosis 300-450 mg repartidos en varias tomas. Se presenta en comprimidos de 25 a 100 mg.

Terapia electroconvulsiva. Antes de la aparición de los neurolepticos era el tratamiento de elección. Hoy debe estar restringida solamente a casos de resistencia a la terapia antipsicótica, o cuando existen signos catatónicos graves, o si la esquizofrenia se acompaña de sintomatología depresiva con alto riesgo de suicidio.

Paradigma sistémico

Durante la etapa de hospitalización aguda o mientras el paciente está sometido a dosis de ataque con psicofármacos, resulta aconsejable realizar intervenciones directas con los padres y/o el grupo familiar completo.

Es importante explicarles detalladamente las características de la enfermedad, en especial que logren comprender la naturaleza de la misma y que los síntomas (alucinaciones y delirio) son la esencia misma de ella.

Es fundamental explicar y desarrollar estilos funcionales de comunicación. Explicar detalladamente como evitar sobreproteger al paciente desde el momento mismo que llegue al hogar. Deben entender que el paciente estará en condiciones de integrarse a una vida lo más normal posible.

Paradigma conductual ambiental

En el momento en que el paciente se reintegra a su ambiente es importante que retome sus actividades previas a la enfermedad. Esto permite que refuerce los "criterios normales" de realidad.

Resulta muy útil hacer con la familia, un listado de las actividades previas que el paciente realizaba con mayor frecuencia antes de enfermarse, así como un listado de los reforzadores más importantes a criterio de la familia.

En el momento de reintegrarse el paciente encontrará por parte de la familia, proposiciones de conductas que estaban en su repertorio antes de

enfermarse, las cuales serán reforzadas contingentemente por aquellos estímulos previamente determinados. Esto permitiría precozmente disminuir la frecuencia de síntomas residuales o negativos, los cuales al no ser reforzados irán a la extinción o disminuirán su frecuencia al competir con las conductas normales a reforzar.

Es importante señalar que el implementar actividades de rehabilitación, tiene que tender siempre a desarrollar conductas que sean útiles al paciente para reincorporarse en forma adecuada al ambiente.

Paradigma afectivo

Pasado el período agudo pueden presentarse dos situaciones a nivel emocional: se describe un cierto nivel de angustia al volver a los criterios normales de realidad, percibiendo la gravedad e intensidad del episodio vivido, o bien puede quedar una cierta apatía o falta de resonancia afectiva quizá por efecto de la misma enfermedad o bien del masivo uso de medicamentos.

Intervenciones en el sentido de que el paciente exprese sus contenidos emocionales en un ambiente terapéutico controlado y protector pueden resultar de gran ayuda.

Parte de la angustia de los pacientes se relaciona con la forma de enfrentar a sus amistades y pares de trabajo o estudio en cuanto a qué les ocurrió. No es fácil decir simplemente "me volví loco". El terapeuta puede modelar y ensayar con el paciente mediante técnicas como el *Role-Playing* la mejor forma de entregar una explicación en forma sencilla y sin entrar en mayores detalles que puedan generar rechazo en quien lo escucha.

Paradigma cognitivo

Precozmente resulta importante desarrollar conciencia de enfermedad y que el paciente conozca los criterios de la realidad normal aprendiendo a identificar los síntomas de lo que es su enfermedad.

El paciente está en condiciones de entender que efectivamente percibe las alucinaciones y que a partir de ellas o por ideas generadas en forma patológica ha vivido una realidad anormal.

Esto puede tener un importante efecto protector futuro al poder reconocer el paciente precozmente los síntomas de su enfermedad

Resulta inoficioso y carente de sentido pretender convencer al paciente de que no existen las alucinaciones o discutir sus ideas delirantes. Esto para el paciente no tiene sentido y más bien lo hará sentir incomprendido por su terapeuta generándole sentimientos de rechazo.

Paradigma inconsciente

Por las características de la enfermedad resulta fundamental tener claro en qué momento intervenir en aquellos pacientes que presentan conflictos reprimidos a nivel inconsciente. El generar en la terapia situaciones de estrés al hacer conscientes ciertos conflictos puede descompensar a un paciente en equilibrio precario. Sin embargo, un abordaje prudente elaborando los conflictos subyacentes puede ser muy útil a nivel preventivo de nuevos episodios.

Sistema self

Un desarrollo integral de la personalidad y un buen ajuste previo de la misma al inicio de la enfermedad tendría al parecer efectos favorables a nivel de pronóstico y ajuste futuro del paciente. Por la misma razón promover una psicoterapia que vaya favoreciendo en forma integral el desarrollo de los diferentes subsistemas y del *self*, también aportaría a una adecuada prevención.

BIBLIOGRAFIA

- Ayllon T, Azrin NH. The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of experimental Analysis of Behavior* 1965; 8:357-83.
- Albeniz A. Psicoterapia integrativa, implicaciones para la psiquiatría. *Br J Psychiatr* 1996; 5:563-70.
- Ba G, Costa. Integrated psychotherapy in the project of the treatment of psychosis. *Psychotherapy & Psychosomatic* 1989; 1: 25-31.
- Bleuler E. Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Ed. Hormé, 1960.
- Bleuler E. Lo fisiogénico y lo psicogénico en la esquizofrenia. En: Millon T. *Psicopatología y personalidad*. México: Ed. Interamericana, 1973.
- De Giacomo *et al.* Family therapy and drugs in schizofrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 3:183-88.
- Durán E. Esquizofrenia. En: Gomberoff y Jiménez. *Psiquiatría*. Santiago: Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 1982.
- Fernández - Alvarez. Direcciones futuras en psicoterapia. En: Roberto Opazo. *Integración en psicoterapia*. CECIDEP 1992. 392-99.
- Gaston L. The concept of the alliance and its Role in Psychotherapy. *Psychotherapy* 1990; Vol 27 Number 2.
- Guajardo H *et al.* Tratamiento de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Pediatría* 1980.
- Guidano V. Complexity of the self. The Guilford Press, 1987.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Esquizofrenia. En: Si-

- nopsis de Psiquiatría. 7^{ma} ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 1996.
- Kahlbaum K. La catatonie ou folie tonique. *L'Evolution Psychiatrique* 1987; (52)2: 361-439.
- Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. New York: Krieger Publishing Co. Inc., 1971.
- Leff Julian P. Social factors and maintenance neuroleptics in schizophrenic relapse: An integrative model. *Integrative Psychiatry* 1985; (3)2: 72-82.
- Mahoney M. *Human Change Processes*. Basic Books. 1991.
- Marchetti AM. La reestructuración afectiva en la práctica clínica. En: CECIDEP. *Los afectos en la práctica clínica*. Santiago, Chile: Ed. Universitaria, 1988.
- Marconi J. Una teoría estructural de la psicosis. Tesis para optar al título de Profesor Extraordinario de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 1964.
- Marconi J. Una teoría psicopatológica estructural de la Psicosis. *Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 1970. 16, 15.
- Maturana H, Varela F. *El árbol del conocimiento*. Santiago, Chile: Ed. Universitaria, 1984.
- Minkowski E. *La esquizofrenia*. Psicopatología de los esquizoides y de los esquizofrénicos. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1960.
- Minkowski E, Von Gebsattel V, Straus E. *Antropología de la Alineación*. Caracas: Ed. Monte Avila, 1970.
- Montenegro H. *Terapia familiar sistémica*. En: Montenegro H, Gajardo H. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Santiago, Chile: Ed. Salvador, 1994.
- Ojeda C. *La esquizofrenia clásica*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1981.
- Opazo R. *Fuerzas de cambio en psicoterapia: Un modelo integrativo*. En: *Integración en Psicoterapia*. Ediciones CECIDEP, 1992.
- Opazo R. *Potenciando la efectividad en psicoterapia*. Libro de la Conferencia SIP. Puerto Rico 1995.
- Roa A. *Cuadros psicopatológicos y clínicos de la psiquiatría*. Santiago, Chile: Ed. Universidad Católica de Chile, 1970.
- Silva H. *La esquizofrenia de Kraepelin al DSM IV*. Santiago, Chile: Ed. Universidad Católica de Chile, 1993.
- Stefan MD, Murray RM. Schizophrenia: developmental disturbance of brain and mind? *Acta Paediatrica Suppl* 1997; 422: 112-16.
- Weisman AD. Reality sense and reality testing. *Behavioral Science* 1958; 3: 228-61.
- Zamora S, Guajardo H. *Esquizofrenia en el adolescente*. En: Montenegro H, Guajardo H. *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Santiago, Chile: Ed. Salvador, 1994.

Capítulo 32

TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

RICARDO MESSEN

ANTECEDENTES GENERALES

En la nomenclatura actual, el DSM IV, dentro de los criterios diagnósticos para adultos, divide a los trastornos bipolares en dos grandes subgrupos: los trastornos bipolares tipo I (con seis criterios de diferenciación según sea el episodio más reciente) y tipo II, condicionándolos según haya habido en el tipo I un cuadro maniaco o en el tipo II un cuadro hipomaniaco, además del trastorno depresivo mayor propio de la fase depresiva (excepto en el trastorno bipolar I, episodio maniaco único). En este capítulo, nos abocaremos fundamentalmente a analizar las características que pueden tomar los cuadros de manía en niños y adolescentes, puesto que los trastornos depresivos han sido analizados en el capítulo correspondiente.

Los episodios de manía tienden a ser subdiagnosticados o diagnosticados erróneamente en la infancia y adolescencia temprana. Un factor que puede actuar en este sentido es la forma de presentación, a menudo confusa; así por ejemplo, en la adolescencia los síntomas de manía pueden parecer más típicos de esquizofrenia que de una enfermedad afectiva. En la infancia la excitación anormal tanto física como psíquica que caracteriza este síndrome puede también ser confundida con síntomas de trastorno por déficit atencional con hiperactividad. Otro factor que puede contribuir a un error diagnóstico es que los criterios diagnósticos existentes no consideran los cambios relacionados con la edad en la presentación de la enfermedad maniaca; por último, existe la creencia generalizada de que este trastorno no ocurriría antes de la pubertad.

Los trastornos maniacos de inicio infantil necesitan ser diagnosticados con seguridad por varias razones: su prevalencia va en aumento, como sugieren datos tanto en niños como en adultos; hay evidencia que en adultos las últimas cohortes se caracterizan tanto por edades más precoces de aparición, como por tasas de enfermedades afectivas en aumento, más aún, la tasa de depresión de inicio juve-

nil que también está en aumento parece ser un factor de riesgo para la enfermedad bipolar temprana. La seguridad en el diagnóstico también tiene implicancias terapéuticas, por ejemplo, estudios con doble ciego en adultos con enfermedad bipolar indican que la farmacoterapia profiláctica es muy importante para disminuir la morbilidad y eventuales complicaciones; además su diagnóstico seguro puede facilitar a los pacientes jóvenes y a sus familias que acepten instancias de educación acerca del manejo de este trastorno durante la vida.

Se ha propuesto que habría cuatro factores interactuando que darían cuenta de la dificultad en diagnosticar un episodio maniaco en la etapa infantojuvenil: 1) su baja tasa basal; 2) la presentación clínica variable; 3) su superposición sintomática con trastornos más comunes en la infancia; y 4) el efecto de la edad de desarrollo sobre la expresión de los síntomas.

Problemas en la tasa basal. Aunque la prevalencia e incidencia de trastornos psiquiátricos en la infancia aún no está firmemente establecida existen consensos generales; a edades tempranas hay más trastornos por "exteriorización" que trastornos con "internalización", las tasas cambian con el inicio de la adolescencia y en globo aumentan en la adolescencia más tardía; por ejemplo, en una gran muestra epidemiológica de niños de 11 años de edad, menos del 8% fueron diagnosticados con un trastorno psiquiátrico el año anterior. Los trastornos más prevalentes eran el trastorno por déficit de atención con hiperactividad que tenía una tasa de 4,4%, seguidos por trastornos de conducta con 1,5% y distimias depresivas con una tasa de 0,8%, no fueron mencionados los diagnósticos de manía ni trastornos bipolares. En otra muestra de adolescentes de 14 a 16 años, un 18,7% tenía algún trastorno, 8,7% tenía trastorno de conducta, 8,0% cumplía con criterios diagnósticos para distimia depresiva, 2,0% tenía trastorno por déficit de atención con hiperactividad y 0,7% cumplía criterios para manía; así, es difícil

para el clínico estar preparado con una actitud mental alerta hacia este prototipo diagnóstico.

Variabilidad de los síntomas. En la infancia los síntomas de la manía son intrínsecamente lábiles y dentro de cualquier episodio dado existen diferentes grados de severidad. La labilidad, inestabilidad y lo cambiante del ánimo son particularmente notorios entre los niños bajo los 10 años de edad, también forman parte del cuadro la irritabilidad y agresividad que parecen ser más predominantes que la euforia en la enfermedad maniaca de inicio infantil, junto a esto también puede existir una oscilación en el grado de excitación mental y agitación psicomotora.

Superposición sintomática de manía con otros trastornos. La manía puede ser diagnosticada erróneamente en forma frecuente porque su cuadro clínico es similar al trastorno por déficit de atención con hiperactividad y al trastorno de conducta.

Etapas de desarrollo y expresión sintomática. La edad del paciente influye claramente la expresión sintomática, y esta influencia puede manifestarse de distintas maneras, como se verá más adelante.

Por otra parte, existen dificultades si se trata de acomodar a los niños y adolescentes a los criterios adultos para la enfermedad maniaco-depresiva, excepto para aquellos adolescentes que presentan cuadros de inicio del tipo adulto: con buen funcionamiento anterior, con irrupción brusca de síntomas que a menudo requieren de hospitalización, con buena respuesta al tratamiento y seguido por períodos interepisódicos de bienestar. Por eso, es necesario considerar la variable del desarrollo o un punto de vista edad-específico en aquellos niños que no tienen un comienzo similar al adulto.

Para comprender mejor esta perspectiva del desarrollo pueden ser útiles ciertas analogías con otros dos hechos que ocurren en las biociencias. El primero es que diferentes enfermedades pueden tener distintos mecanismos neurobiológicos (por ejemplo genéticos, o referidos a neurotransmisores), y luego tener diferencias en severidad si aparecen más temprano; un ejemplo clásico es la comparación entre la diabetes juvenil y adulta en las que hay diferentes mecanismos genéticos y distinta severidad; la segunda situación ocurre cuando el mismo agente causal puede tener diferentes manifestaciones clínicas en períodos distintos del ciclo vital, un ejemplo de esto es el efecto diferente que produce la 6-OH-dopamina al ser dada a ratas infantiles y adultas, en las primeras se produce un cuadro de hiperactividad mientras que en las segundas se desarrollan síntomas parkinsonianos.

Sobre la base de la ocurrencia de alguno o ambos mecanismos neurobiológicos es posible desde la perspectiva del desarrollo, que la enfermedad maniaco depresiva de aparición infantil sea más severa, tenga un curso crónico (no episódico) y tenga rasgos mixtos, de ciclos rápidos parecido al cuadro clínico descrito para adultos severamente enfermos resistentes al tratamiento. Una posibilidad que también existe es que sólo los niños maniaco depresivos más severos reciban atención clínica porque los episodios maniacos que duran pocas semanas pueden ser tolerados por los padres como una fase del crecimiento, especialmente si no interfieren con el rendimiento escolar.

Otra fuente de subdiagnóstico es que muchos padres que son bipolares (y tienen más riesgo de tener hijos bipolares) no son diagnosticados y pueden no reconocer las implicancias patológicas de las condiciones maniacas de sus hijos. También la literatura en adultos apunta a que entre un 20 a un 40% de ellos reporta que su inicio fue en su infancia. Por otra parte, adultos maniacos de inicio en la infancia refieren que el episodio inicial fue depresivo; esto es consistente con la alta tasa de viraje de depresión prepuberal a manía prepuberal reportada por Geller (32%) (1997) y de adolescentes depresivos que cambian a manía adolescente (20%).

EPIDEMIOLOGIA

Ya en la década del 20 Kraepelin documentó que 4 de 903 pacientes maniaco depresivos (0,4%) habían presentado inicialmente sus síntomas antes de los 10 años de edad. En estudios retrospectivos de 200 pacientes bipolares, los primeros síntomas habían ocurrido entre los 5 y 9 años de edad. Janisson en otro estudio similar revisó 898 casos entre 1977 y 1985 y se encontró que 3 de ellos (0,3%) habían aparecido antes de los 10 años. Si bien esto apoya la existencia de la manía de inicio infantil, también muestra que es rara. Una revisión de la literatura sugirió que la manía infantil era en realidad rara cuando al revisar 28 publicaciones entre 1884 y 1954 se reportó que sólo 3 de los 60 casos (5%) de supuesta manía infantil, cumplían actualmente con criterios para trastorno bipolar.

Más recientemente, otros autores han diagnosticado trastorno bipolar en niños y adolescentes usando criterios de adultos, ligeramente ajustados a los distintos niveles maduracionales de los niños. En un estudio del año 1986 (Weller) se hizo una revisión exhaustiva de todos los reportes de casos de niños psicóticos severamente alterados, en un estudio ciego, a fin de determinar cuántos cumplían criterios del DSM-III para manía; de 157 casos revisados, se

vio que el 50% de los niños que cumplían con los criterios DSM-III para manía, había sido previamente diagnosticado como trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad o esquizofrenia. Estos hallazgos sugieren fuertemente un subdiagnóstico previo de la manía en niños y adolescentes.

Aún no existen estudios epidemiológicos de enfermedad bipolar en niños, sin embargo hay datos que sugieren que la prevalencia en adolescencia es, al menos la de los adultos, que es de un 1%, afectando por igual a hombres y mujeres. Tampoco hay estudios epidemiológicos de manía en niños prepuberales, pero, desde la Segunda Guerra Mundial, la prevalencia de trastornos del ánimo (incluyendo manía, depresión y trastornos esquizoafectivos) ha ido en aumento, esta observación se conoce como el efecto cohorte, si esta tendencia continúa puede anticiparse que más niños y adolescentes manifestarán cuadros maniacos en el futuro.

Por otra parte, en Columbia, Missouri se estudió una muestra de 150 adolescentes de entre 14 y 16 años por medio de entrevistas diagnósticas estructuradas para establecer el diagnóstico de manía. Se vio que un 14% satisfacía los criterios de manía si la duración no era considerada, 7,5% de los adolescentes cumplía los criterios de manía si la severidad no era considerada, pero si ambos criterios eran tomados en consideración, sólo un 0,6% de los casos era diagnosticado como manía.

CUADRO CLINICO

Diferencias entre el cuadro clínico adulto e infantil

La manía infantil tiene un gran potencial para la expresión atípica; el niño maniaco puede presentarse en una forma diferente de la de los adultos; la literatura sugiere que los niños maniacos raramente se caracterizan por un ánimo eufórico o exaltado sino que el trastorno del ánimo más común en niños maniacos puede caracterizarse por irritabilidad con "tormentas afectivas" o explosiones de agresividad prolongadas. También se ha sugerido que el curso del trastorno bipolar de inicio infantil tiende a ser crónico y continuo más que episódico y agudo como se ve en adultos. Así en una muestra de 43 niños bajo los 12 años de edad que cumplían criterios para manía en entrevistas diagnósticas estructuradas, aproximadamente un 80% se presentaba con lo que es considerado como rasgos atípicos para los estándares adultos; en contraste con esto, cuadros atípicos de trastorno bipolar se dan entre un 20% a un 30% en adultos con manía.

Criterios para el episodio maniaco en adultos (DSM-IV)

Se describirán los criterios más generales para diagnosticar trastornos bipolares en adultos. El trastorno bipolar I, episodio maniaco único se utiliza para describir a los sujetos que están presentando un primer episodio de manía, sin episodios depresivos mayores anteriores.

Criterios para diagnosticar episodios maniacos.

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo e irritable, que dura al menos una semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B) Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

- autoestima exagerada o grandiosidad;
- disminución de la necesidad de dormir (p. ej. se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño);
- más hablador de lo habitual o verborreico;
- fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado;
- distraibilidad (p. ej. la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes);
- aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora;
- implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej. enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).

C) Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto (v. episodio mixto en DSM-IV).

D) La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E) Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej. hipertiroidismo).

Características clínicas infanto-juveniles

Animo. A cualquier edad los sujetos maniacos parecen ser los más felices de todos a causa de su afecto exaltado, contagioso y divertido, esto es también cierto en niños, y puede ser muy sorprendente ver a un niño sonriente, feliz en la consulta en el contexto de un historia complicada (suspensiones en

el colegio o riñas familiares). Esto contrasta con la tristeza de un niño depresivo del que todos piensan que está enfermo, porque es más difícil reconocer el concepto de que un niño feliz tenga psicopatología importante; por eso es fundamental evaluar el afecto del niño en relación a hechos de la historia tal como se hace en adultos. No debemos olvidar lo que mencionamos anteriormente respecto de que el ánimo en estos niños puede caracterizarse también, por irritabilidad o explosiones de agresividad prolongada.

Grandiosidad. A través del tiempo, los delirios de grandiosidad pueden ser diagnosticados porque fallan en seguir las leyes de la lógica y por una creencia muy firme en ellos (a menudo al extremo de hacerlos actuar en consecuencia). Una forma de presentación común en niños bipolares es la de molestar a los profesores acerca del método de enseñanza, hasta tal punto que los profesores se ven en la necesidad de llamar a los padres a fin de que no sigan en esta línea, también estos niños pueden fallar en algunos ramos intencionalmente porque creen que los cursos han sido enseñados de manera incorrecta, su pensamiento entonces no sigue las leyes de la lógica (en el sentido de que los niños no pueden decidir qué aprobar o repetir). Otra manifestación de grandiosidad en niños de alrededor de 7 años, puede ser robar cosas caras y estar muy tranquilos frente a la policía que intenta hacerles ver que lo que hicieron está mal y es ilegal (parecido a la grandiosidad adulta, estos niños creen que robar puede ser ilegal para otros, pero no para ellos). Otro delirio de grandiosidad frecuente en adolescentes es que ellos pueden alcanzar destacadas profesiones aunque tengan un pésimo rendimiento en el colegio (otra creencia que desafía las leyes de la lógica); confrontados a esto lo más frecuente es que insistan "sólo se que lo lograré..." de modo similar un adolescente maniaco puede pensar en que va a llegar a ser una estrella del rock y practicar todo el día aun cuando carezca del más mínimo talento musical.

Se diferencian de los pacientes con trastorno de conducta puro y se asemejan a los adultos bipolares ya que saben que robar es malo, pero creen que están por sobre la ley.

Sueño. Se diferencia del depresivo que tiene problemas para conciliar el sueño en que los niños maníacos tienen un alto nivel de actividad antes de dormirse (pueden reacomodar los muebles, arreglar la ropa en los closets, etc.), muchos adolescentes maníacos pueden esperar a que sus padres se duerman para salir "de carrete..."

Lenguaje y pensamiento. El lenguaje acelerado o taquialia es similar en todas las edades en este

cuadro y puede ser difícil de interrumpir, el pensamiento ideo-fugal puede ser descrito en términos muy concretos, por ejemplo, los niños pueden decir que no son capaces de hacer nada porque sus pensamientos los interrumpen; un adolescente quería tener un interruptor en la frente para apagar sus pensamientos; el pensamiento ideo-fugal es parecido al de los adultos excepto por sus contenidos edad-específicos.

Actividad motora y distractibilidad. También en cualquier edad, cualquier alteración mínima de su medio habitual puede causarles gran distractibilidad. El aumento de la actividad motora dirigida hacia un fin en niños y adolescentes, parecen ser actividades normales hechas en forma exagerada (el niño maníaco puede estar lapsos de tiempo en actividades tan disímiles como ordenando el mobiliario o haciendo numerosas llamadas telefónicas), en contraste con los adultos maníacos que pueden comenzar muchos negocios y divertir a varios grupos sociales.

Actividades placenteras y riesgo. El involucrarse en actividades placenteras con un alto nivel de riesgo se manifiesta en conductas edad-específicas, por ejemplo, su hipersexualidad se expresa (en un niño criado en una familia tradicional y sin antecedentes de abuso sexual), con lenguaje procaz y haciendo proposiciones abiertas de sexualidad a su profesora o a compañeros de curso, pueden masturbarse abiertamente y cuando se les dice que no es un acto público simplemente van a cada rato al baño a hacerlo. Los adolescentes desarrollan fantasías con sus profesoras. Los niños mayores y adolescentes llaman a las líneas telefónicas eróticas con gran frecuencia lo que sus familias descubren al llegar las cuentas respectivas; los adolescentes y adultos tienen múltiples parejas sexuales sin protección y frecuentemente "sienten" urgencias sexuales.

El interés en el dinero aparece en los niños más pequeños al realizar negocios en el colegio y con pedidos de múltiples cosas por teléfono (incluso boletos de buses o aviones) que son descubiertos al llegar la cuenta telefónica. Los adultos pueden sobregirarse en sus cuentas bancarias y exceder el tope en sus tarjetas de crédito.

A medida que se crece es común tomar más riesgos, en adolescentes mayores y adultos aparece el manejo descuidado de vehículos con múltiples infracciones policiales por exceso de velocidad o manejo bajo la influencia del alcohol; en los niños esto se manifiesta como delirios de grandiosidad respecto a que pueden volar o exagerando habilidades infantiles normales, por ejemplo, andar haciendo equilibrios en árboles o techumbres, ya que creen estar por sobre la posibilidad del peligro.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD

Dadas las características clínicas del cuadro, las similitudes con otras patologías de gran prevalencia, la variabilidad de su sintomatología, la baja tasa de prevalencia y la duda hasta hace poco tiempo de la existencia del cuadro, la posibilidad de plantearse otras alternativas diagnósticas es siempre posible. Por otra parte, la coexistencia con otros cuadros complica la claridad diagnóstica y por tanto la terapia.

Abuso sexual

Entre los diagnósticos diferenciales el abuso sexual tiene importancia en la infancia ya que la hipersexualidad maniaca se manifiesta a menudo en niños por conductas autoestimulatorias (incluyendo masturbación frecuente), por ello es útil obtener una cuidadosa historia acerca de si el niño pudo haber sido abusado o expuesto a conductas sexuales adultas.

Trastornos del lenguaje

Los trastornos específicos del lenguaje necesitan ser diferenciados del pensamiento ideo-fugal ya que los niños y adolescentes con trastornos del lenguaje pueden presentarlos cuando hablan, como si tuvieran una alteración del pensar, sin una comprensión real del contenido y sin la habilidad para encontrar las palabras adecuadas.

Síndrome de déficit atencional con hiperactividad

En la actualidad, los hechos sugieren que para algunos niños bipolares de inicio prepuberal, las manifestaciones de hiperactividad comienzan en la etapa preescolar y se continúan con un síndrome maniaco completo en los primeros años de escolaridad; es posible entonces, que en estos casos la hiperactividad sea la primera manifestación edad-específica del desarrollo de trastorno bipolar de aparición prepuberal, esto es consistente con la mayor prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en bipolares de inicio prepuberal, que en los de inicio adolescente. En otros niños bipolares el trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede ser una comorbilidad y coexistir ambos trastornos, incluso hay trabajos que sugieren que la comorbilidad del trastorno por déficit atencional con hiperactividad con el trastorno bipolar es distinta desde el punto de vista de la distribución familiar de otras formas de trastorno por déficit

atencional con hiperactividad y puede estar relacionada con lo que se ha denominado trastorno bipolar de aparición infantil. De hecho, numerosos autores han notado la gran cantidad de síntomas de hiperactividad que existen en niños y adolescentes bipolares; 90% de bipolares prepúberes y 30% de adolescentes bipolares tienen trastorno por déficit atencional con hiperactividad. Las manifestaciones del déficit atencional con hiperactividad se superponen con otras que corresponden a diferentes diagnósticos del DSM-IV (por ej. trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor) por ello, la validez de la diferenciación de un trastorno por déficit atencional con hiperactividad coexistente o agrupaciones de síntomas similares pero de diferente patogenia, deberán esperar la evolución natural en el futuro, estudios de genética y otros estudios neurobiológicos.

Trastornos de conducta

Aun considerando los criterios relativamente conservadores del DSM-IV, los trastornos de conducta ocurren en aproximadamente el 22% de los niños bipolares y 18% de adolescentes bipolares; el trastorno de conducta similar a lo que sucede con el trastorno por déficit atencional con hiperactividad puede ser una manifestación inicial de trastorno bipolar de aparición prepuberal; estos trastornos de conducta comórbidos aparecen relacionados con la grandiosidad y el pobre enjuiciamiento.

Esquizofrenia

El funcionamiento social premórbido alterado no es específico para la esquizofrenia y también se ve en el trastorno bipolar, aunque no en forma tan severa como en la anterior; existe evidencia de que este tipo de funcionamiento es una manifestación de vulnerabilidad a trastornos psicóticos adultos, sin embargo, los bipolares muestran una conservación relativa del funcionamiento escolar pese al deterioro del funcionamiento social en la adolescencia. Durante la adolescencia, a causa de las distorsiones perceptivas mayores que se ven en la enfermedad bipolar en esta etapa, la esquizofrenia es un diagnóstico diferencial importante; ayuda a clarificar el diagnóstico la historia familiar de manía.

Trastorno pervasivo del desarrollo

Existe una pequeña cantidad de literatura que documenta la co-ocurrencia de manía en niños con trastorno pervasivo del desarrollo. En diferentes publicaciones, se han descrito casos de niños y adolescentes autistas que desarrollaban sintomatología con características maníacas (cambios de ánimo)

mo desacostumbrados con expansividad, agitación psicomotora, insomnio, hiperactividad, agresividad y/o autoagresiones), y con una excelente respuesta al carbonato de litio, pero que no respondían a dosis elevadas de antipsicóticos, luego la manía podría darse en niños con trastorno pervasivo del desarrollo y el cuadro clínico es similar a los demás niños maníacos sin trastorno pervasivo del desarrollo.

Adicción a drogas

El abuso de sustancias ha comenzado a ser una importante condición comórbida durante la adolescencia; por ejemplo, las crisis de risa pueden deberse al consumo de marihuana y no a manifestaciones de exaltación anímica. También la característica de cicladores rápidos que es típica de bipolaridad infantil y adolescente puede ser imitada con las subidas anímicas anfetamínicas seguida de los intensos descensos posteriores.

Trastornos ansiosos

Parecido a lo que se ve en los trastornos depresivos mayores y su comorbilidad con múltiples condiciones ansiosas, los pacientes bipolares también manifiestan múltiples condiciones comórbidas ansiosas (aproximadamente el 33% de pacientes prepúberes bipolares y 12% de adolescentes bipolares).

CURSO NATURAL

Como se ha dicho, el trastorno maníaco depresivo de inicio prepuberal puede presentarse en forma diferente al cuadro de adultos y adolescentes mayores que es de inicio repentino y agudo y con una mejoría interepisódica clara que permite un buen funcionamiento. En los niños, más bien se presenta como un cuadro clínico continuo, mixto, de ciclos rápidos de múltiples episodios breves. A los padres, incluso les cuesta convencer a los médicos de estos cambios tan intensos y bruscos en sus niños, que ocurren incluso varias veces al día. Los adultos con este tipo de trastorno bipolar (mixto y cicladores rápidos) tienen peor pronóstico que los con episodios más definidos; se requiere aún de mayores estudios de la evolución adulta de los niños con trastorno bipolar para ver el desarrollo a largo plazo y la posibilidad de usar tratamientos profilácticos durante los años prepuperales. La evolución natural de los adolescentes hospitalizados con trastorno bipolar muestra en general un pronóstico pobre.

Un punto importante que surge en niños y adolescentes maníaco depresivo es si el trastorno bipo-

lar II (episodios depresivos asociados a un episodio hipomaniaco) tiene o no iguales implicancias que en la población adulta. La tasa de cambio de bipolaridad II a bipolaridad I en adultos, se estima como similar a la tasa entre prepúberes que cambian en esta etapa, sin embargo es posible que el trastorno bipolar II en niños y adolescentes pueda ser un precursor del desarrollo edad específico hacia el trastorno bipolar I; si esto fuese así, entonces el tratamiento para niños bipolares sería distinto al de los adultos en el que el trastorno bipolar II es tratado igual que un trastorno depresivo mayor; este tratamiento en niños bipolares puede estar contraindicado ya que hay evidencia, aunque controvertida, de que la terapia antidepressiva puede provocar o empeorar el ciclaje rápido.

Hay también datos que apoyan un mayor riesgo de suicidio entre adolescentes bipolares comparados con adolescentes con otros diagnósticos, más aún, la comorbilidad entre uso de sustancias y trastorno del ánimo se ha correlacionado con mayor riesgo suicida en adolescentes mayores y adultos jóvenes. La frecuente comorbilidad en adultos de trastorno bipolar y dependencia de sustancias, es especialmente notable porque los datos sugieren que el uso "secundario" de sustancias es más agradecido al tratamiento y tiene mejor pronóstico.

Neurobiología

En su trabajo clásico, Childs y Scriver (1986) describieron distintos mecanismos genéticos para enfermedades médicas que tenían formas de aparición temprana y tardía (*diabetes mellitus*).

Stroven (1988, 1992) describió este fenómeno para la bipolaridad infantil apuntando que la bipolaridad de aparición prepuberal era más probable que se asociara con hiperactividad agresiva, resistencia al litio y mayor carga familiar. Así es clínicamente útil identificar a los padres que pueden ser bipolares no diagnosticados, para esto es mejor hacerlo por medio de preguntas dirigidas a la forma de vivir (cómo manejan el dinero, relatos de anécdotas conduciendo, matrimonios múltiples: más de 4) porque es difícil que ellos mismos no diagnosticados se reconozcan como bipolares. También posibles relaciones de *imprinting* genómico (transmisión preferente materna o paterna) y herencia mitocondrial (transmisión materna), con la edad de aparición de trastorno bipolar son temas que intrigan y requieren de mayor investigación.

Una agregación familiar en torno al alcoholismo entre adultos bipolares se ha notado más que en torno a otros diagnósticos, también se ha reportado una alta prevalencia de alcoholismo entre parientes de primer grado de prepúberes y adolescentes con

trastorno del ánimo. Se requiere una mayor investigación sobre las implicancias pronósticas del alcoholismo familiar entre los casos de trastorno bipolar infantil.

Otra línea promisoría de investigación incluye síndrome de malformaciones de base genética, que incluyen manifestaciones conductuales de trastorno bipolar.

Existen pocos estudios neurobiológicos: uno de ellos incluye un caso de un niño hipomaniaco que tenía un significativo diferente nivel de MHPG urinario comparado con controles normales. Un reporte de agrandamiento ventricular y un aumento en el número de hiperintensidades en imágenes cerebrales en un pequeño estudio piloto de niños y adolescentes bipolares, y un reporte que comparaba el sueño y parámetros neuroendocrinos en adolescentes depresivos que evolucionaron hacia trastorno bipolar y aquellos que seguían depresivos.

En relación a las características cognitivas de bipolaridad infantil y adolescente existen estudios que revelan una discrepancia significativa entre los puntajes de CI verbal y manual (menor) en ascendientes de padres bipolares, pero no en el grupo control normal; esto es consistente con datos neurobiológicos en adultos que apoyan impedimentos del cerebro derecho, en maníacos. También se ha visto que los bipolares tenían mayor CI que un grupo control de trastornos por déficit atencional con hiperactividad, y se ha reportado una disminución en el rendimiento matemático, según registros escolares, entre adolescentes bipolares; todo esto puede ser consistente con los hallazgos de menor rendimiento manual en CI en estos niños.

TRATAMIENTO

Tratamiento farmacológico

El tratamiento en la enfermedad bipolar infantil sigue siendo un área muy poco estudiada pese a la voluminosa literatura que comprende más de 400 reportes de casos, así, a menos que se espere que la bipolaridad infantil imite completamente el comportamiento del tratamiento en adultos, se requerirán estudios separados. Juntando argumentos sin embargo, contra la similitud del tratamiento a través de diferentes edades; pueden establecerse diferencias por analogía entre el tratamiento del trastorno depresivo mayor adulto e infantil y como sólo hay un estudio de doble ciego controlado con placebo de medicamentos para manía infantil y adolescente (Geller, 1997), el clínico se ve tentado a extrapolar de estudios de adultos; sin embargo, la extrapolar de tratamientos de trastorno depresivo mayor

en adultos no ha sido útil ya que los antidepressivos tricíclicos no han demostrado ser mejor que el placebo en ningún estudio de población infantil o adolescente.

Litio. La farmacocinética del litio ha sido estudiada en niños, y como es de esperar, el litio tiene una vida media más corta en niños que en adultos (por la menor eficiencia del sistema renal del niño). La literatura sobre el litio sugiere que puede ser dado a niños con las mismas precauciones de seguridad del adulto y con un monitoreo similar cada 6 meses de índices renales, tiroideos, de calcio y fósforo; aún más, un estudio en relación al litio con niños agresivos (controlado con doble ciego y placebo) sugiere que puede haber algunos niños que desarrollen alteraciones cognitivas con bajos niveles plasmáticos, esto también fue visto en otro estudio controlado con placebo y doble ciego sobre el litio en niños depresivos con predictores de futura bipolaridad.

La manera más segura y más rápida de prescribir litio es hacerlo farmacocinéticamente usando un normograma; si obtener una muestra de litio plasmática 24 h después de una dosis única es poco práctico se puede administrar una dosis diaria total de 300 mg hasta alcanzar el nivel útil; si el nivel de litio con la dosis diaria de 300 mg no está entre 0,8 y 1,2 meq/L, puede hacerse una proporción lineal para estimar la dosis necesaria para alcanzar el nivel deseado. En razón de variaciones genéticas en la velocidad de eliminación del litio, los eliminadores lentos pueden alcanzar niveles de litio sérico inaceptablemente elevados y presentar efectos adversos si se usa una administración no farmacocinética tales como mg/kg peso.

El litio sin embargo, no es una droga que pueda ser usada en familias caóticas o incapaces de cumplir con monitoreos de niveles plasmáticos o de funcionamiento renal y tiroideo, muchos pacientes bipolares jóvenes tienen al menos un padre bipolar y algunos estudios de descendencia apuntan al impacto negativo que la parentalidad bipolar puede producir, es entonces imperativo hacer elecciones de fármacos que pueden ser dados con seguridad y efectividad en medios familiares adversos, más aún, considerando el ciclaje y aparición brusca de posibilidad de suicidio. Es importante también tener fármacos que sean más seguros que el litio si se toman en sobre dosis.

Anticonvulsivantes. Hay algunos estudios, abiertos y no controlados que se refieren a tratamientos anticonvulsivantes en trastorno bipolar. Algunos han reportado resultados prometedores con valproato, otros hablan del uso de la carbamazepina en adoles-

centes resistentes al litio. Un reporte mostró que el ovario poliquístico se desarrollaba en el 89% de mujeres jóvenes que recibían ácido valproico para epilepsia en comparación con un 27% de mujeres epilépticas que no recibía este fármaco; en otro artículo se apuntaba que el valproato se asociaba con la aparición de obesidad en más de la mitad de las mujeres y que el ovario poliquístico también se desarrollaba en ellas; obviamente estos son efectos laterales prohibitivos para muchas mujeres jóvenes con enfermedad maniaco depresiva.

Otros psicofármacos. La clorpromazina en dosis bajas puede ser otra alternativa.

El metilfenidato ha sido reportado tanto como medicamento de primera línea como contraindicado para niños y adolescentes bipolares, en la actualidad es preciso ver por ensayo y error qué pacientes podrían beneficiarse o empeorar con fármacos estimulantes.

Consideraciones. A causa del curso crónico de la enfermedad infantil maniaco depresiva, del ciclaje rápido y características mixtas que se sabe predicen una pobre respuesta en poblaciones mayores, el tiempo que debe durar el tratamiento antimaniaco no es claro; la literatura adulta sugiere que la terapia con litio administrado en forma intermitente es peor que la continua y que puede ser difícil reestabilizar pacientes después de una interrupción, por lo que algunos autores sugieren mantener el tratamiento antimaniaco durante la adolescencia.

El punto de la comorbilidad complica en gran forma el manejo de estos niños, no hay por el momento literatura utilizable para orientar nuestro acercamiento terapéutico a estos niños con condiciones comórbidas, aunque se debe esperar futuras investigaciones para normas definitivas, es necesario desarrollar ciertos acercamientos terapéuticos iniciales; definir la manía y sus condiciones comórbidas es el primer paso para acercarnos al tratamiento. Para seleccionar la terapia tres consideraciones deben ser analizadas: 1) qué medicamentos podrían ser más eficaces para un niño que se presenta con una comorbilidad particular; 2) qué trastorno debiera ser tratado primero; 3) cuáles son las interacciones potenciales de una medicación múltiple y cuál es el potencial para exacerbar un trastorno mientras se mejora otro.

Al seleccionar el medicamento más apropiado para un trastorno en comorbilidad, debe pensarse en los acercamientos que lo benefician eligiendo dentro de los fármacos potencialmente eficaces. La decisión está entre usar un psicotrópico de amplio espectro (antidepresivo tricíclico) o de efecto clínico más localizado (estimulantes o benzodiazepinas). Si

los efectos beneficiosos potenciales del medicamento de amplio espectro caen dentro del pattern de comorbilidad observada estas drogas deberían ser preferidas.

Respecto de qué trastorno debiera ser tratado primero, considerando que la inestabilidad del ánimo, ya sea depresivo o maniaco, es a menudo el trastorno más severo, debería ser tratada primero, más aún puesto que, tanto la manía como la depresión pueden producir agitación y trastornos cognitivos. Sería difícil tratar el trastorno por déficit atencional con hiperactividad en el contexto de una inestabilidad del ánimo severa. Con este fin, los estabilizadores del ánimo (litio, ácido valproico, carbamacepina) deben ser indicados, en el orden preferido por el clínico; en casos refractarios, puede requerirse de combinaciones de estabilizadores del ánimo. En razón de los altos niveles de comorbilidad, el tratamiento con estabilizadores del ánimo no es suficiente generalmente para estabilizar a estos niños; puesto que el trastorno por déficit atencional con hiperactividad no responde a los estabilizadores del ánimo cuando la comorbilidad está presente, el tratamiento para el déficit atencional debe ser iniciado cuidadosamente con el arsenal farmacológico (estimulantes, clonidina, tricíclicos) en dosis bajas y con monitoreo por cualquier exacerbación de los síntomas del ánimo.

Mientras existan dudas en relación a la posibilidad de precipitar manía o un cuadro clínico de ciclos rápidos cuando se usan antidepresivos o estimulantes en niños con trastorno bipolar, el uso de estos medicamentos junto con estabilizadores del ánimo parece ayudar al manejo terapéutico de estos niños sin exacerbar los síntomas maniacos. Puesto que la manía infantil es a menudo mixta, muchos de estos niños pueden tener estados depresivos severos y con potencial riesgo vital, no siempre bien manejados sólo con estabilizadores del ánimo, estos casos pueden beneficiarse con el uso cuidadoso de antidepresivos y una lenta titulación, considerando el riesgo de exacerbar la manía asociando antidepresivos, este tratamiento debe ser cuidadosamente vigilado y siempre posterior a los estabilizadores del ánimo a dosis y niveles terapéuticos. Puesto que los tricíclicos tienen un espectro de actividad más amplio que los inhibidores de la recaptación de serotonina pueden ser más útiles para depresión y trastorno por déficit atencional. Siguiendo estos mismos principios, en presencia de ansiedad comórbida, un tratamiento combinado con un tercer agente tal como una benzodiazepina de alta potencia también podría estar indicado. Cuando los síntomas psicóticos son predominantes, los fármacos antipsicóticos deberían emplearse en la dosis efectiva más baja y por el más corto tiempo que indique la clínica.

Así como las interacciones droga-trastorno deben ser monitoreadas, también deben hacerlo las interacciones droga-droga, ya que a causa de sus efectos sobre el citocromo hepático P-450 tanto la carbamacepina como el ácido valproico pueden aumentar su metabolismo como también el de otros medicamentos metabolizados por el hígado generando niveles sanguíneos más bajos de lo esperado; de modo similar, los inhibidores de la recaptación de serotonina pueden elevar los niveles sanguíneos de los tricíclicos, por lo que es deseable monitorear los niveles séricos de los fármacos.

Tratamiento psicosocial

Hasta ahora esta área no ha sido investigada para niños y adolescentes con trastorno bipolar; puede sin embargo, ser de gran importancia a causa del reconocido significado de los factores ambientales alterados durante la primera infancia.

BIBLIOGRAFIA

- Biederman J, Faraone S *et al.* Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: An overlooked comorbidity? *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:8.
- Bowring MA, Kovacs M. Difficulties in diagnosing manic disorders among children and adolescents. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:4.
- Cannon M, Jones P *et al.* Premorbid social functioning in schizophrenia and bipolar disorders: similarities and differences. *Am J Psychiatry* 1997; 154:11.
- Child B, Scriver CR. Age at onset and causes of disease. *Perspect Biol Med* 1986; 29:437-60.
- Faraone S, Biederman J. Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:8.
- Faraone S, Biederman J *et al.* Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A familial subtype. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:10.
- Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:9.
- Geller B. Discussion of attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorders: A familial subtype? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:10.
- Lewis M. *Child and adolescent psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994.
- Mc Elroy S, Strakowski S. Phenomenology of adolescent and adult mania in hospitalized patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1.
- Pichot P, López J, Valdés M. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
- Strober M. Relevance of early age-of-onset in genetic studies of bipolar affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:606-10.
- Strober M, Morrell W. A family study of bipolar I disorder in adolescence; early onset of symptoms linked to increased family loading and lithium resistance. *J Affect Disord* 1988; 15:255-68.
- West S, Mc Elroy S *et al.* Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. *Am J Psychiatry* 1995; 152:2.
- Wozniack J, Biederman J *et al.* Mania in children with pervasive developmental disorder revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:11.
- Wozniack J, Biederman J *et al.* Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:7.
- Wozniack J, Biederman JA. Pharmacological approach to the quagmire of comorbidity in juvenile mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:6.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

EDUARDO CARRASCO

La importancia de los trastornos de la conducta alimentaria dentro del campo de la psiquiatría infanto-juvenil, más aún si se considera la natural conexión de esta especialidad con la pediatría, se refleja en la gran cantidad de estudios clínicos e investigaciones sobre el tema, que han sido publicados desde 1960 hasta la actualidad. Es cada vez mayor el interés por precisar el espectro clínico y los criterios diagnósticos de estos trastornos, o por estudiar su etiopatogenia y conocer sus consecuencias para el desarrollo y también por buscar métodos terapéuticos eficaces.

Se estima que entre un 25 y un 40% de los lactantes y preescolares tiene patrones de conducta alimentaria que preocupan a los padres y que son frecuente motivos de consulta al pediatra. Estos problemas incluyen cólicos, rechazo a las comidas, apetito selectivo y falta de progreso ponderal. Una minoría de ellos requiere atención del especialista, por lo general porque su evolución, o la ausencia de una causa orgánica que explique los síntomas, hace plantear la existencia de factores psicosociales en su génesis y mantención. Un pequeño grupo tiene cuadros más definidos, como pica y rumiación, que hacen necesario un abordaje psiquiátrico. En escolares y adolescentes, si se considera globalmente la anorexia nerviosa, la bulimia y la obesidad, se obtiene una prevalencia estimada en un 25%. Tomando en cuenta el compromiso de aspectos fundamentales del desarrollo psíquico en estas etapas, como son la autoestima, la autonomía y las habilidades sociales, además de las consecuencias potencialmente graves en la salud física del adolescente, se puede dimensionar la importancia que tiene el apropiado conocimiento de esta patología.

Otras razones que le dan relevancia al tema son, por una parte, el interés teórico que representan las complejas interacciones somato-psíquicas y las dimensiones evolutivas implicadas, y por otra, los desafíos prácticos que involucran los trastornos de la conducta alimentaria: polimorfismo clínico, am-

plio rango de gravedad (desde lo subclínico hasta lo potencialmente fatal), tratamiento a menudo difícil y con resultados a veces inciertos, incluso a cargo de equipos experimentados.

ALIMENTACION Y DESARROLLO PSÍQUICO

Una perspectiva evolutiva y biopsicosocial de la ingesta y la regulación del peso corporal permite una mejor comprensión de los trastornos de alimentación.

Desde el nacimiento, comer y ser alimentado forman parte de un mismo proceso, en el cual los aspectos biológicos y psicosociales son inseparables. Por una parte se cumple la función de proveer los sustratos biológicos necesarios para un crecimiento normal y por otra, la acción de comer está inmersa en un amplio rango de la interacción social, desde la formación del vínculo madre-hijo hasta la elaborada significación social que el adulto otorga al comer y a la imagen corporal.

El recién nacido tiene características conductuales que pueden interpretarse en términos de su importancia para permitir una ingesta calórica máxima y un gasto calórico mínimo. Estas conductas se estabilizan y se mantienen sólo si existe un ambiente apropiado y consistente. La interacción madre-hijo adquiere precozmente características singulares a través de la búsqueda de una sincronía entre la conducta de ambos. En este proceso el recién nacido juega un papel activo, incluso determinando en parte la frecuencia de su propia alimentación.

Esta interacción puede ser mutuamente gratificante o bien mutuamente frustrante, lo que influirá en otros aspectos de la relación y también en el desarrollo emocional del niño. Se ha observado que las interacciones durante la alimentación son similares a las del juego. Las madres que alimentan a sus hijos de un modo más apoyador e interactivo, permi-

tiéndoles una participación activa, tienen también una relación de mayor calidad en otros aspectos, lo que además se refleja en conductas de apego más adecuadas del niño. La alimentación exitosa requiere de una actitud de confianza en la información que el niño entrega respecto del ritmo, cantidad y preferencia de los alimentos.

Pero la diada madre-hijo no es aislable. El éxito de esta relación en el logro de una alimentación óptima depende de que las capacidades de la madre sean apoyadas por otras personas que participan en la creación de un ambiente de seguridad y afecto que minimice las incertidumbres y el desgaste en tareas distintas a la crianza. De este modo la relación conyugal o los vínculos con la familia de origen de los padres son también parte fundamental del contexto de la alimentación.

En las etapas siguientes del desarrollo también existe esta interdependencia entre la conducta alimentaria, el desarrollo psíquico y el contexto familiar. En el segundo y tercer años de vida el apetito disminuye y además decrece la velocidad de crecimiento. Junto con este hecho aparecen las típicas conductas oposicionistas y autoafirmativas propias de este período. Se dan así las condiciones para que comer o no comer se transforme en un terreno de conflicto en el cual están en juego la autonomía y la individuación y no sólo la alimentación.

La preocupación por la imagen corporal aparece en la edad escolar. A los 7 a 8 años de edad ya hay una ideal de imagen corporal y a los 9 años algunas niñas empiezan a hacer las primeras dietas. Se asocia delgadez con popularidad, inteligencia y éxito y se rechaza la gordura. También aparecen aquí las diferencias de género. La proporción de niñas que desean ser delgadas y que han intentado bajar de peso es notoriamente mayor que la de niños varones con actitudes similares. Esta tendencia se acentúa en la adolescencia. Al respecto, hay estudios que muestran que, en esa etapa, sólo un 14% de las mujeres está satisfecha con su peso corporal. Aunque en los hombres también puede existir aversión al sobrepeso, no tienen la preocupación por no engordar en la misma magnitud que las mujeres, ni expresan tanta insatisfacción como ellas con su cuerpo.

De modo que el comer es un eslabón de una cadena compleja de procesos psicosociales y fisiológicos. La regulación de la ingesta depende de distintas influencias centrales y periféricas mediadas por mecanismos neurohormonales. El hambre y la saciedad son controladas por sistemas reguladores separados. Algunos estímulos producen reducción de la ingesta por disminución del hambre y otras hacen lo mismo por aumento de la saciedad. Hay dos sistemas de neurotransmisores involucrados en este proceso: las aminas biógenas y los pép-

tidos. Entre las primeras está la epinefrina, de la cual se sabe que estimula la ingesta, en particular la de carbohidratos, por su actividad en el hipotálamo medial y en el núcleo paraventricular y que inhibe el comer por su actividad en el hipotálamo lateral. Respecto de los péptidos (endorfinas y encefalinas), además de que participan en la regulación de la glándula pituitaria, existen evidencias que los relacionan también con la ingesta. La colecistokinina es una hormona presente en el tracto gastrointestinal y en el cerebro y que participa en la regulación de la saciedad.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN NIÑOS

Pica

Este trastorno de la conducta alimentaria se manifiesta en un impulso hacia la ingestión de una sustancia que es inusual en su naturaleza (no comestible). Algunos autores también incluyen en esta definición la ingestión compulsiva de ciertos alimentos (aquí lo inusual es la cantidad), fenómeno que se observa a veces en sujetos con retardo mental.

De acuerdo al DSM-IV, se excluyen los pacientes con autismo, esquizofrenia o síndrome de Kleine-Levin (hipersomnia y bulimia periódicas asociadas a cambios conductuales) que presenten conductas similares.

La ingestión ocasional de sustancias no comestibles es frecuente y propia de la etapa evolutiva, entre los 12 y los 24 meses de edad. Para establecer el diagnóstico de pica, la conducta debe persistir al menos por un mes, y, según agrega la clasificación de la OMS (ICD-10), debe ocurrir por lo menos dos veces por semana.

Usualmente la pica se inicia en la etapa en que es evolutivamente más probable (12 a 24 meses) y en la mayoría de los casos remite espontáneamente en la niñez temprana. Más raramente persiste hasta la adolescencia o incluso hasta el adulto.

Las sustancias ingeridas son variadas: tierra, papel, lápices de cera, madera, pintura, yeso, géneros, piedras, objetos metálicos (monedas), excrementos, y otros.

En algunos casos la sustancia ingerida es siempre la misma, cambiándose sólo si varía la disponibilidad; en otros, el niño come distintos elementos.

Se reconocen como factores predisponentes el retardo mental, la hipoacusia, y la anemia por deficiencia de hierro. Como conducta anormal aislada es más frecuente en niños menores, en cambio asociada a otros trastornos (como retardo mental) se presenta también en otras edades.

También contribuyen al desarrollo de pica factores ambientales como privación afectiva y falta de estimulación cognitiva, y factores socioculturales (es más frecuente en niveles socioeconómicos bajos).

La prevalencia de pica en sujetos con retardo mental institucionalizados es de 10 a 25%. Una estimación indirecta de la prevalencia en población normal se obtuvo a través de la determinación de los niveles de plomo en el plasma (estudio realizado en EEUU). De acuerdo a estos datos, la prevalencia varía entre un 0,4% en niños blancos de familias de ingresos altos hasta un 10,6% en niños negros de familias de ingresos bajos.

Diagnóstico y etiología. Para establecer el diagnóstico es importante determinar la frecuencia y la duración de la conducta y su naturaleza compulsiva. Siendo frecuente que los niños con pica oculten su conducta, es necesario buscar activamente la información cuando hay ciertos indicios: anemia sin causa que la explique, dolores abdominales vagos, pobre progreso ponderal.

En algunos casos puede ser necesario realizar una radiografía abdominal.

No hay acuerdo en cuanto a la etiopatogenia de la pica, en especial en los casos no asociados a retardo mental. El mayor punto en discusión se refiere a considerar las deficiencias nutritivas como una causa o como una consecuencia de la ingestión de sustancias no comestibles. Según la primera postura, la deficiencia de hierro y zinc tiene como efecto que el niño desarrolle el impulso hacia la ingestión de la sustancia no comestible, cuya selección estaría dada por factores ambientales (la disponibilidad) y culturales. Otro enfoque sostiene que la pica es una conducta aprendida, favorecida por deficiencias madurativas y factores ambientales.

Tratamiento. El enfoque terapéutico también varía según la causa a la cual se atribuye. Hay autores que han obtenido buenos resultados tratando primariamente la deficiencia nutritiva, mientras otros utilizan técnicas de modificación conductual.

El diagnóstico y tratamiento oportuno es importante para evitar las complicaciones: intoxicaciones (especialmente por plomo, al ingerir pinturas que contienen este metal), obstrucción intestinal y desnutrición.

Rumiación

La rumiación, llamada también mericismo, consiste en una regurgitación repetida y crónica del contenido gástrico hasta la boca, el cual después es redegutido. Habitualmente hay pérdida de peso o un progreso ponderal escaso o nulo.

De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV, este cuadro debe darse sin que exista una enfermedad gastrointestinal asociada.

Hay diferencias epidemiológicas y evolutivas cuando la rumiación se presenta en niños con o sin retardo mental. En presencia de un déficit cognitivo, la edad de comienzo es más tardía (edad promedio: 5,7 años) e incluso se observa en adolescentes y adultos. En sujetos con retardo mental e institucionalizados, la prevalencia es de 6 a 10%. En niños sin retardo mental es menos frecuente (no se conoce la prevalencia en lactantes o niños no hospitalizados), y comúnmente se inicia en el primer año de vida (edad promedio: 5,7 meses). En ambos casos predomina en hombres (relación hombres-mujeres: 3/1).

Las diferencias señaladas sugieren la existencia de distintos mecanismos etiopatogénicos. El retardo mental es un importante factor predisponente, y al parecer en sujetos con déficit cognitivo la rumiación aparece y se mantiene como una conducta autoestimuladora, análoga a otras, tales como la pica o los movimientos de balanceo. Más complejos son los procesos causales en niños normales. Hay evidencias de que la privación afectiva y la negligencia parental pueden actuar como factores predisponentes ambientales, pero también se ha comprobado una mayor frecuencia de trastornos del desarrollo en niños con rumiación, indicando que éstos pueden ser factores predisponentes individuales.

Existen referencias a casos en los cuales se ha comprobado una anomalía orgánica, tal como una hernia hiatal, una estenosis pilórica, pero no hay evidencias de que estas condiciones puedan por sí mismas causar la rumiación, puesto que ésta no es una consecuencia física involuntaria de una disfunción orgánica, sino una conducta aprendida, que lleva a la regurgitación intencional y placentera del contenido gástrico.

Desde la regurgitación hasta la redegución se produce una típica secuencia, que se inicia con estímulos directos o posiciones que facilitan la regurgitación. En algunos casos se presentan movimientos del cuello y la cabeza asociados al inicio del ciclo de rumiación, y también los hay en que el proceso se inicia sin ninguna señal externa.

La frecuencia de los ciclos varía según el tiempo transcurrido después de la comida (cuanto más cercano, son más frecuentes), de la cantidad y calidad (consistencia) de los alimentos ingeridos, y de situaciones ambientales que favorezcan o no la autoestimulación.

El diagnóstico diferencial se debe establecer con el vómito o la regurgitación de causa orgánica y con el vómito psicógeno, también desarrollado como conducta aprendida, pero en el cual no hay rumiación

ni redegución y ocurre por lo general inmediatamente después de la comidas.

La rumiación crónica puede tener diversas complicaciones, varias de ellas graves: desnutrición, pérdida de peso, deshidratación, retraso del crecimiento, complicaciones respiratorias por aspiración, esofagitis, anemia, desequilibrios hidroelectrolíticos y alteraciones dentarias. Hay pocos datos confiables respecto a la mortalidad, pero se estima en un 25%.

Tratamiento. El tratamiento, además de la corrección de posibles anomalías orgánicas que comprobablemente contribuyan al síntoma, consiste en modificación conductual. También se han utilizado cambios dietéticos, basados en la observación de que los episodios de rumiación disminuyen cuando la cantidad de alimentos ingeridos llega a niveles que producen saciedad.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES

Aunque el creciente conocimiento de estos trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes ha permitido delimitar mejor las distintas entidades nosológicas y unificar los distintos criterios diagnósticos, aún persisten importantes puntos oscuros y debates respecto de la etiopatogenia y de los métodos terapéuticos más eficaces.

Los primeros relatos de casos que corresponden a lo que llamamos actualmente una "anorexia nerviosa" se remontan al siglo IV, pero la primera descripción clínica corresponde a aquella realizada por Morton en el escrito "*Of a nervous consumption*", de 1694. Las manifestaciones clínicas de este fenómeno son tan típicas, que las acuciosas descripciones hechas por Laségue en el siglo IX siguen siendo válidas.

Desde una perspectiva evolutiva y biopsicosocial, estos trastornos pueden ser definidos como "pautas anormales de conducta alimentaria que reflejan una disrupción en los procesos evolutivos y que se asocian con cursos biológicos, cognitivos, psicosociales y emocionales desadaptativos" (Attie y Brooks-Gunn, 1995). Este concepto recoge lo que se sabe actualmente sobre esta patología e integra los componentes biológicos (como la disfunción noradrenérgica y serotoninérgica) y las limitaciones psicosociales a largo plazo.

La anorexia nerviosa es un síndrome caracterizado por una pérdida de peso autoinducida por medio de restricción de la ingesta de alimentos o por el uso de laxantes y diuréticos y la provocación de vómitos o la ejercitación física excesiva. Afecta por lo general a mujeres adolescentes, más raramente a hom-

bres y compromete también el desarrollo psicosexual. Se acompaña de amenorrea en la mujer y de pérdida del interés sexual en el hombre. El término "anorexia" se sigue usando por tradición, pero en rigor es incorrecto, puesto que la inapetencia sólo aparece en los estados más tardíos de la enfermedad. El fenómeno central de la anorexia nerviosa es el intenso miedo a engordar y la distorsión de la imagen corporal.

La bulimia se caracteriza por episodios repetidos de ingestión de grandes cantidades de comida en un lapso corto de tiempo, por lo general inferior a dos horas. Después de estos episodios hay conductas compensatorias tendientes a controlar el peso: vómitos autoinducidos, uso de laxantes o diuréticos y ejercicios físicos. Junto con esto hay sentimientos de autodesprecio y ánimo depresivo.

Las relaciones entre anorexia y bulimia son complejas. Ambos cuadros comparten la preocupación por el peso y la imagen corporal y el deseo de controlar el impulso por comer. Hay autores que plantean que estos cuadros son parte de un continuo y que la diferente expresión clínica está relacionada con rasgos de personalidad premórbida. En este arco se distinguirían tres formas clínicas:

- La anorexia restrictiva, en la cual sólo hay limitación de la ingestión de alimentos y otros métodos para controlar el peso, sin episodios de ingestión compulsiva y vómitos.

- La anorexia bulímica, en la cual coexiste la restricción con episodios bulímicos. Es posible que éstos aparezcan en el curso de una anorexia que inicialmente era restrictiva.

- La bulimia, sin pérdida importante de peso, aunque con fluctuaciones frecuentes de más de 5 kilos, debidas a la alternancia de restricción y comidas compulsivas.

También la forma clínica se relaciona con la etapa de desarrollo y con la evolución de la patología. De hecho, una proporción importante de adolescentes con bulimia ha iniciado sus manifestaciones como una anorexia restrictiva.

Por otra parte, el espectro clínico de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes incluye configuraciones sintomáticas que no se ajustan con las categorías de anorexia o bulimia. Esta complejidad en las formas clínicas se refleja en la clasificación del DSM IV, la cual, además de describir dos subtipos en cada una de las patologías principales (subtipos que serán precisados en relación con el diagnóstico), incorpora la categoría de "trastorno de la conducta alimentaria no especificado", el cual se aplica en los siguientes casos:

- Mujeres en las que se cumplen todos los criterios para anorexia nerviosa pero que siguen con las menstruaciones regulares.

- Cuando se cumplen todos los criterios para anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de que exista una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

- Cuando se cumplen todos los criterios para bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de tres meses.

- Cuando hay empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación de vómito después de haber ingerido dos galletas).

- Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

A pesar de los aspectos comunes señalados, hay algunas diferencias relevantes entre estas formas clínicas, en especial entre aquellas solamente restrictivas y las que tienen síntomas bulímicos, no sólo en sus manifestaciones, sino también en la epidemiología, la psicopatología asociada, la neurobiología e incluso en las características de la familia. Estas diferencias serán señaladas al tratar cada uno de estos aspectos.

Epidemiología

Se estima que la prevalencia de la anorexia nerviosa es de 1%, pero hay investigadores que afirman que ha aumentado en los últimos decenios, en especial en los países occidentales industrializados. Esta tendencia se refleja en algunos estudios realizados en U.S.A. y en Europa (Tabla 33-1).

La población negra de USA es menos afectada que la blanca, y es una condición rara en Africa y Asia. También se ha comprobado que la incidencia es mayor en niveles socioeconómicos medio y alto. Sin embargo, no hay que considerar esta patología como privativa de estos sectores sociales, tal como lo plantea Castro al analizar 23 casos de un sector de Lima, Perú (Anorexia nerviosa en la pobreza, 1991).

Predomina ampliamente en mujeres (95%), sin embargo se observa en la actualidad un notorio aumento en hombres, llegando en algunos países a un 2% de los casos. Un 85% desarrolla la anorexia entre los 13 y los 20 años de edad.

La epidemiología de la bulimia es más compleja, en parte porque su delimitación como entidad nosológica es más reciente, por lo cual los estudios difieren por usar distintos criterios diagnósticos, y también porque probablemente muchos casos pueden mantenerse ocultos, al no haber compromiso del

TABLA 33-1
ESTIMACION DE PREVALENCIA DE LA
ANOREXIA NERVIOSA EN USA Y EUROPA

Autor	Nº de casos x 100.000 hab/año	Años
Jones (USA)	0,35	1960-1969
	0,64	1970-1976
Szmukler (Escocia)	4,06	1985

peso corporal. La edad de inicio suele ser más tardía que en la anorexia. La prevalencia se estima, de acuerdo a diversas investigaciones, entre un 1,9 y un 4% de las mujeres entre 18 y 30 años de edad.

Se ha comprobado una mayor prevalencia de obesidad, depresión y alcoholismo en las familias de pacientes anorécticas. También el riesgo que aparezca otro caso de anorexia es mayor (6,6% cuando se trata de una hermana). Hay datos que indican que la prevalencia de trastornos afectivos es mayor en las familias de pacientes bulímicas que en aquellas de anorécticas.

En un estudio de gemelos con anorexia nerviosa, se evidenció una concordancia de 55% en los monocigotos y de 7% en los dicigotos. En los pares de monocigotos discordantes, se observó que el gemelo afectado tenía mayores antecedentes de complicaciones perinatales, había tenido mayor peso corporal durante la niñez, la menarquia había sido más tardía, tenía rasgos neuróticos y era el gemelo menos dominante.

Etiopatogenia

Las causas de la anorexia y la bulimia son aún motivo de controversia. Las investigaciones clínicas, epidemiológicas y psicobiológicas han permitido una mejor comprensión de esta compleja patología, pero en general los modelos causales ponen el acento en distintos aspectos de los fenómenos estudiados.

La primeras hipótesis, basadas en enfoques psicodinámicos, postulaban que la anoréctica tiene un deseo inconsciente de quedar embarazada, al cual llega por una relación seductora con un padre afectuoso pero pasivo, y por los sentimientos de culpa motivados por la hostilidad hacia una madre ambivalente. Posturas psicodinámicas más recientes incorporan aspectos socioculturales. Conciben la anorexia como una fobia a la gordura, desarrollada

en una familia perfeccionista, en la cual hay un hipercontrol e infantilización de los hijos.

A partir de una perspectiva biopsicosocial es posible considerar en forma integrada los distintos factores que confluyen para que, en una etapa vulnerable del desarrollo, aparezca la enfermedad. Estos factores están presentes en el individuo (a nivel psíquico y orgánico), en la familia, o bien son de naturaleza sociocultural. Al analizarlos, se señalará en qué aspectos actúan como características predisponentes, y en cuáles contribuyen a la cronicidad y a las recaídas.

Factores individuales

Psíquicos. Se describen como rasgos de personalidad premórbida de la anoréctica, el perfeccionismo, las expectativas personales altas, la tendencia a complacer las necesidades de los demás, y la baja autoestima. En la adolescencia, estas características se oponen a las tareas evolutivas centrales, como son la consolidación de la identidad y el funcionamiento autónomo. En este contexto, el anhelo de una imagen corporal que se percibe socialmente como señal de valor personal, llega a ser el objetivo central de la adolescente. La imagen corporal, que es un componente de la autoestima, se transforma en la medida fundamental de la autoevaluación y en un regulador de los estados emocionales. Para conseguir el control del peso corporal, el individuo niega sus necesidades fisiológicas, y desarrolla un intenso temor a cualquier indicio de que el hambre lo lleve a perder el control. Este temor puede llegar incluso a reacciones de pánico frente a determinadas situaciones y a evitar los momentos en los cuales puede aparecer la "tentación."

Cuando se inicia la anorexia, el intenso sentimiento de ineficacia personal y el aislamiento social llegan a ser importantes factores de mantención. Lo que al inicio fue una solución (lograr el control de la imagen corporal) se transforma en un problema, puesto que condiciona su vida a evitar el comer.

A diferencia de lo que se describe en las anorécticas restrictivas, en aquellas pacientes con síntomas bulímicos o con bulimia nerviosa tienden a ser más impulsivas y a tener inestabilidad en los estados de ánimo. Al parecer estos rasgos son en parte premórbidos, pero se acentúan notoriamente con la enfermedad. El individuo con bulimia oscila entre el control exitoso del hambre y su descontrol, el cual experimenta como un dramático fracaso. El estado de ánimo llega a depender de estas oscilaciones.

Factores biológicos:

Factores genéticos. Aunque no hay estudios concluyentes, la información epidemiológica que se men-

cionó antes, indica que existiría un riesgo genético para la anorexia, posiblemente asociado a otras patologías, como obesidad, depresión y alcoholismo. Por otra parte, hay estudios que muestran que la pubertad precoz es un factor de riesgo para la aparición de anorexia.

Correlatos neuroquímicos. Se han encontrado indicios de que los sistemas de neurotransmisores implicados en la regulación de la ingesta se encuentran alterados en la anorexia y bulimia, pero no está claro si son rasgos previos a la enfermedad o aparecen con ellas. Algunas de estas evidencias son las siguientes:

- **Norepinefrina.** Se ha demostrado disminución de sus metabolitos en el LCR, durante el episodio de anorexia nerviosa. Algunas investigaciones han encontrado que estos niveles bajos se mantienen en seguimientos a largo plazo, pero en otros los niveles se recuperan al normalizarse el peso.

- **Serotonina.** Se ha demostrado una disminución de los metabolitos de la serotonina, más marcada en las bulímicas que en las anorécticas restrictivas.

- **Colecistokinina.** No se conocen alteraciones de este péptido en la anorexia.

- **Endorfinas.** Se ha demostrado su aumento en obesidad y en síndrome de inanición. Los resultados son contradictorios en los estudios realizados en anorécticas y bulímicas.

Síndrome de inanición. Se le reconoce como un importante factor de mantención. La inanición por sí misma tiene efectos cognitivos y conductuales significativos: irritabilidad, ansiedad, disminución de la capacidad para concentrarse, labilidad del ánimo, tendencia al aislamiento y a la introversión, pensamiento obsesivo y trastornos del sueño. Incluso, en algunos casos se producen episodios bulímicos similares a los descritos en la patología, tal como fue observado en una experiencia de inanición provocada en hombres sanos voluntarios.

Factores familiares. Las primeras descripciones sistemáticas de las familias de pacientes anorécticas, realizadas por Hilde Bruch, ponían énfasis en las características de los padres, quienes se señalaban como sobreprotectores, ambiciosos y preocupados por el éxito y la apariencia. Posteriormente otros autores (S. Minuchin, M. Selvini-Palazzolli) han descrito las características de la interacción familiar: límites interpersonales difusos, tendencia a evitar conflictos, tendencia al aglutinamiento (alta cohesión), dificultad para incorporar cambios (baja adaptabilidad). Hay alianzas ocultas o negadas entre la hija y uno de los padres o un(a) abuelo(a). Son familias en las que hay una alta valoración de la abnegación y en las que se busca el predominio del

bienestar y la estabilidad familiar por sobre las necesidades individuales. Las características descritas tienen como consecuencia que los procesos de individuación propios de la adolescencia son difíciles en estas familias.

En las familias de las pacientes bulímicas hay mayor expresión de sentimientos negativos, más conflictos y más inestabilidad. Se ha demostrado, por ejemplo, que las separaciones matrimoniales son más frecuentes en los padres de pacientes bulímicas que en aquellos de anorécticas restrictivas.

Estas características familiares actúan como factor predisponente, pero, una vez instalada la enfermedad, tienden a acentuarse y rigidizarse, constituyéndose también en factores de cronicidad.

Factores socioculturales. Las evidencias epidemiológicas (mayor incidencia en países occidentales desarrollados y en niveles socioeconómicos medios y altos) señalan que la sobrevaloración de la delgadez en la mujer, junto con los fuertes incentivos al consumo de alimentos de alto contenido calórico, constituyen un elemento cultural que contribuye a que los conflictos personales e interpersonales relacionados con el logro de una identidad, se focalicen en muchas adolescentes en el control del peso y de la imagen corporal.

Diagnóstico de la anorexia nerviosa

Las manifestaciones de la anorexia se pueden iniciar desde los 10 años (en la premenarquia) hasta los 30 años de edad, pero el período de mayor incidencia va desde la pubertad (12 a 13 años) hasta los 18 años.

El comienzo suele ser insidioso y con frecuencia pasa desapercibido para la familia. Las acciones tendientes a bajar de peso (dieta hipocalórica, ejercicios físicos u otras) son mantenidas ocultas por la adolescente.

A veces la decisión de reducir el peso es precedida por un evento significativo, que actúa como gatillante, aunque no es evaluado de esta forma por la paciente. Este evento puede ser una pérdida afectiva, el alejamiento de la familia (ir a estudiar a otra ciudad), la partida de un hermano, un fracaso académico, un conflicto familiar (separación de los padres, por ejemplo), o incluso una enfermedad física. En general son eventos que significan una amenaza a la autoestima o la posibilidad de una crisis en los vínculos afectivos. Hay casos en los que no hay un hecho desencadenante identificable.

Pronto las conductas tendientes a reducir la ingesta se organizan, hasta el punto de adquirir el carácter de ritual. Eluden comer con la familia o en

situaciones públicas, esconden determinados alimentos, sistematizan la dieta definiendo minuciosamente lo que le es permitido o prohibido. Junto con esto pueden aparecer otras conductas cuyo objetivo es el mismo: usar laxantes o diuréticos, o, algunos casos, provocarse vómitos, y hacer ejercicios en forma intensa.

Esta actitud de las pacientes no les impide hablar de comida o preparar alimentos para los demás. Incluso éstas pueden ser actividades predilectas. Pero cuando es tocado el tema de sus conductas, lo eluden, lo niegan o lo minimizan. Puede haber intensas reacciones ansiosas (hasta el pánico) ante situaciones o estímulos asociados al comer.

Cuando los padres se percatan de la inquietante pérdida de peso, es posible que se desconcierten, porque por otra parte ven a su hija activa y preocupada por su aspecto personal, sin señales de estar enferma. Además, si intentan dialogar sobre sus actitudes, se topan con un muro infranqueable. Frente a esta situación, los padres empiezan a estar pendientes de lo que come o no come la hija y tienen episódicas discusiones con ella, en las cuales típicamente oscilan entre posiciones que ven su actitud como voluntaria (no quiere comer) o involuntaria (no puede hacerlo).

Paralelamente al cambio en los patrones de conducta alimentaria, aparecen anormalidades conductuales más globales, tales como hiperactividad, cambios frecuentes de humor, tendencia al aislamiento e insomnio. Más adelante pueden manifestarse síntomas depresivos o ansiosos y conductas obsesivo-compulsivas.

La amenorrea se produce cuando hay una pérdida de peso significativa. Sin embargo, en un 15% de los casos este síntoma aparece inicialmente, cuando ha comenzado la restricción alimentaria pero aún no hay reducción importante de peso.

Si la pérdida de peso llega a niveles importantes, aparecen signos físicos de inanición, como hipotermia, edemas, bradicardia, hipotensión y lanugo.

La entrevista diagnóstica. Dado que la paciente anoréctica no tiene conciencia de enfermedad y tiende a ocultar y negar sus síntomas y conductas, puesto que las vivencia de un modo egosintónico, es probable que no consulte por su propia voluntad y que su actitud en las consultas iniciales no sea de cooperación. Por lo general, son los padres quienes manifiestan preocupación por su estado y aportan información relevante para el diagnóstico. De ellos se puede obtener una descripción detallada de la conducta alimentaria de la hija: en qué situaciones come, cuál es su actitud en esos momentos, qué tipos de alimentos acepta, cuáles rechaza y qué razones da para explicar su conducta. También

pueden haber observado sus ejercicios físicos y quizás han captado indicios de que oculta comida o que vomita. La preocupación en relación a su propio cuerpo (cómo se auto-observa, cómo busca ropa apropiada) es otro elemento que no pasa desapercibido para los padres.

En una entrevista con la paciente (puede ser con o sin los padres presentes, de acuerdo al criterio del entrevistador y a la aceptación de la adolescente) es primordial establecer con ella una relación de confianza, mostrando una actitud de comprensión hacia su necesidad de controlar las situaciones que percibe como amenazantes. En especial, son sensibles a cualquier intento de impulsirlas a forzarlas a comer más allá del límite que ellas se han dado.

Un modo de alcanzar los temas centrales y más sensibles es preguntando cuál sería la situación peor para la adolescente: aumentar su peso en forma estable a disminuirlo de la misma manera. Así se pueden explorar las actitudes básicas, lo cual permite establecer el diagnóstico: el temor a engordar (la expectativa de recuperar cantidades mínimas de peso es considerada como extremadamente amenazante), el control del hambre y la severa distorsión de la imagen corporal: se perciben a sí mismas como gordas o desproporcionadas aunque se vean notoriamente enflaquecidas.

A pesar de su estado, el aspecto personal de la paciente suele ser bien cuidado, a veces con ropas amplias que disimulan su delgadez. En el examen físico es posible constatar signos de inanición: piel seca, áspera y fría, a veces cubierta de lanugo, en ocasiones con petequias, y con edema en las extremidades inferiores. Casi siempre hay bradicardia e hipertensión. Puede haber quejas de dolor abdominal y sensación de saciedad con una mínima ingestión de alimentos. Es frecuente la constipación.

De acuerdo al DSM-IV, se debe constatar un peso corporal un 15% por debajo del peso esperado. Otros criterios diagnósticos requieren la pérdida de un determinado porcentaje del peso previo a la enfermedad (generalmente un 15 a un 25%).

Criterios de diagnóstico de anorexia nerviosa:

(DSM-IV):

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima de un peso mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso esperable, o fracaso en obtener la ganancia de peso esperable durante el período de crecimiento, alcanzando un peso 15% inferior al esperado.

B. Intenso temor a subir de peso o engordar, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración en la percepción del peso o la

silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que significa el bajo peso corporal. La persona manifiesta "sentirse gorda" aunque esté emaciada, o cree que una parte de su cuerpo está "desproporcionada", aún cuando está por debajo del peso normal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando su menstruación aparece únicamente por inducción hormonal, por ejemplo con la administración de estrógenos.

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no ingiere alimentos en exceso o realiza purgas (por ejemplo, provocación de vómitos o uso excesivo de laxantes diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo ingiere alimentos en forma compulsiva o realiza purgas.

Diagnóstico diferencial. Debe establecerse con enfermedades somáticas que producen pérdida de peso y con otros trastornos mentales que presentan alteraciones en la conducta alimentaria y/o se acompañan también de pérdida de peso. Entre las primeras hay enfermedades gastrointestinales (síndrome de malaabsorción, enfermedad de Crohn), endocrinas (hipertiroidismo, enfermedad de Addison, hipopituitarismo, diabetes), y neurológicas (tumores del sistema nervioso central). Además de los hallazgos específicos en el examen físico o en los exámenes de laboratorio, por lo general la diferencia se establece por la ausencia de estas enfermedades, y por la constatación de los rasgos psíquicos centrales de la anorexia: el miedo a engordar y la distorsión de la imagen corporal.

Puede ser más difícil establecer la diferencia entre una anorexia nerviosa y una depresión, puesto que en la primera hay comúnmente manifestaciones depresivas y en la depresión no es rara la pérdida de peso por inapetencia. Nuevamente la distinción esencial está en las específicas características del rechazo a la alimentación que se observa en las pacientes anorécticas. También, la agitación que suele verse en la depresión es distinta de la hiperactividad organizada, destinada a impedir la ganancia de peso, que se observa en la anorexia nerviosa. En la esquizofrenia puede haber conductas alimentarias anormales, como por ejemplo, rechazo a los alimentos, asociado a ideas delirantes sobre contaminación de ellos. Rara vez coexisten manifestaciones propias de una esquizofrenia con los típicos síntomas de la anorexia nerviosa, en cuyo caso se establecen ambos diagnósticos.

Comorbilidad en la anorexia nerviosa. Junto con las manifestaciones clínicas descritas, en la anorexia nerviosa se encuentran distintas expresiones psicopatológicas, son síntomas que a veces son prominentes, que son relevantes para las decisiones terapéuticas y que pueden tener una evolución más crónica que los síntomas propiamente anorécticos. Este hecho ha planteado también dificultades conceptuales. Hay autores que han enfocado la anorexia nerviosa como una fobia, o como un trastorno obsesivo-compulsivo; otros la conciben como una forma de delirio. También se le ha dado énfasis a los síntomas depresivos, definiéndose la anorexia como una forma de trastorno afectivo. Sin embargo, casi siempre los síntomas anorécticos están en el centro del cuadro clínico, justificando que constituyan una entidad clínica distinguible, mientras las demás manifestaciones psíquicas se consideran como psicopatología asociada o comorbilidad.

De ésta, cabe revisar la más frecuente e importante:

Depresión. La incidencia de depresión en pacientes con anorexia nerviosa no puede ser explicada sólo por el síndrome de inanición (el cual puede por sí mismo inducir síntomas depresivos). Es frecuente que tengan ideas, gestos e intentos suicidas. En los estudios de seguimiento se ha evidenciado que las manifestaciones depresivas tienden a hacerse más crónicas que los síntomas anorécticos.

Trastornos obsesivo-compulsivos (TOC). La asociación entre TOC y anorexia nerviosa se estima, de acuerdo a distintos estudios, en 25 a 40%. Los síntomas más frecuentes son las ideas obsesivas respecto a los alimentos y los rituales en la preparación y consumo de ellos, y en la eliminación (los ejercicios físicos, por ejemplo). A diferencia de las pacientes anorécticas, los individuos con TOC tienen una vivencia egodistónica de sus síntomas.

Fobias. Los síntomas fóbicos también son frecuentes en las anorécticas. En un estudio de seguimiento, la fobia social estaba presente en un 33% de las pacientes.

Tomados en conjunto, los trastornos por ansiedad (TOC y fobias) se encuentran en un 40% de las anorécticas, y en 2/3 de ellas aparecerán en algún momento de su evolución.

Abuso de drogas. La asociación ha sido demostrada más claramente con bulimia que con anorexia restrictiva. Incluso, en la bulímicas, la prevalencia de conductas adictivas en parientes de primer grado es mayor que en la población normal. Algunos autores han hecho notar las semejanzas clínicas entre el abuso de drogas y la anorexia y bulimia nerviosa: tendencia a la negación, necesidad compulsiva de cumplir la conducta, curso crónico con recaídas, también ambas se inician como una forma de aliviar

la ansiedad, y llegan a la pérdida del control y a la autodestructividad.

Trastornos de personalidad. Existen claras evidencias de la alta frecuencia con que se asocian a la anorexia nerviosa. Según un estudio, en 86,7% de las anorécticas restrictivas y en 97,4% de las anorécticas bulímicas se puede establecer el diagnóstico de al menos un trastorno de personalidad. Globalmente predominan aquellos de tipo ansioso. En la mayoría de los casos estos trastornos persisten después de la recuperación del estado nutritivo.

Diagnóstico de la bulimia nerviosa

La característica central de la bulimia nerviosa es la alternancia de períodos de restricción alimentaria con episodios de ingestión abundante ("atracones") seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos. Aunque en muchos casos el cuadro puede iniciarse a partir de una dieta para adelgazar, luego se instalan los síntomas descritos.

Típicamente, los atracones se realizan en forma oculta, con gran vergüenza en casos de ser descubiertos. La comida es tragada rápidamente, sin saborearla. Comúnmente se ingieren alimentos altamente calóricos y de fácil consumo. El atracón finaliza debido al malestar físico (distensión abdominal) o por una interrupción externa. Puede haber sopor posprandial.

La paciente bulímica vive los atracones como ajenos y repugnantes, pero se siente incapaz de controlarlos, lo cual le produce gran ansiedad.

Al igual que en las anorécticas, siempre está presente el temor a engordar y la preocupación por la imagen corporal, y es común que refieran que constantemente están pensando en alimentos.

Debido al ocultamiento de los síntomas, no es raro que consulten cuando ya llevan meses o años de evolución.

Criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa:

(DSM-IV):

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- Ingesta de alimento en un breve espacio de tiempo (en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar y en las mismas circunstancias.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o de no controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como

son la provocación de vómitos, el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren como promedio dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa

Especificar tipo:

- **Tipo purgativo.** Durante el episodio de bulimia el individuo se provoca regularmente vómitos o usa laxantes, diuréticos e enemas en exceso.

- **Tipo no purgativo.** Durante el episodio de bulimia el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse vómitos ni usa laxantes, diuréticos e enemas en exceso.

En la entrevista diagnóstica, además de precisar las conductas descritas, es necesario buscar los síntomas y signos físicos que puedan estar presentes en una paciente bulímica.

- Apariencia de peso normal o de sobrepeso.
- Dolor faríngeo debido a los vómitos.
- Diarrea o constipación.
- Debilidad o fatiga.
- Irregularidades menstruales.
- Bradicardia e hipotensión ortostática.
- Alteraciones dentarias producidas por los vómitos (erosión del esmalte).
- Aumento de volumen de las glándulas parótidas.
- Signo de Russell: erosiones y callosidades en las manos, como resultado del roce con los dientes al provocarse los vómitos.

Después de los atracones suele haber sudoración, debilidad, taquicardia, somnolencia, dolor abdominal, sensación de distensión y náuseas.

Los síntomas psíquicos más frecuentes en la bulimia corresponden a la esfera de la depresión. Las pacientes bulímicas se deprimen el doble que las anorécticas restrictivas, y hay estudios que muestran que se puede establecer el diagnóstico de un episodio depresivo mayor en un alto porcentaje de casos (49 a 60%), y, en menor proporción se hace el diagnóstico de desorden bipolar (14%). Esta asociación es aún mayor cuando coexisten bulimia con farmacodependencias. Este hecho, junto con la mayor prevalencia de trastornos afectivos en los parientes de primer grado de las pacientes bulímicas, ha motivado que algunos autores consideren este cuadro como una forma de trastorno afectivo. Otra perspectiva, similar a la que se expuso en relación a la comorbilidad en la anorexia nerviosa, enfatiza la

especificidad de la conducta bulímica, así como la heterogeneidad en su expresión psicopatológica.

Tratamiento de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa

En la forma congruente con la diversidad en los modelos causales, también existen diferentes enfoques terapéuticos de la anorexia y la bulimia. Hay consenso en la necesidad de que el tratamiento sea abordado por un equipo multidisciplinario y en los objetivos que deben ser buscados:

- Establecer y mantener una buena alianza terapéutica con el paciente y su familia.
- Restablecer el peso y revertir los signos de inanición.

- Mejorar la conducta alimentaria.
- Mejorar el funcionamiento social.

Para lograr estos objetivos se realizan tres tipos de acciones terapéuticas: el tratamiento médico y nutricional; el tratamiento psiquiátrico, incluyendo la indicación de psicofármacos; y la psicoterapia, que puede ser individual, familiar o grupal.

El tratamiento se inicia en la mayoría de los casos en forma ambulatoria, lo que permite mantener la inserción social y potenciar la cooperación de la familia. Si es prioritario impedir las complicaciones potencialmente graves de la inanición, de la deshidratación y del desequilibrio hidroelectrolítico, el tratamiento se inicia con un período de hospitalización. Otras indicaciones para esta acción se refieren a la persistencia de conductas alimentarias o compensatorias riesgosas y la dificultad de la familia para ejercer un control efectivo sobre ellas.

En la hospitalización, la recuperación del peso, de acuerdo a la gravedad del caso y al grado de cooperación de la paciente, se realiza mediante alimentación oral, o bien a través de sonda nasogástrica, y, en caso necesario, por vía parenteral.

En muchos programas de tratamiento se utilizan técnicas de modificación conductual mediante condicionamiento operante, para lograr una ingestión adecuada. Además, dada la frecuencia de las recaídas posteriores a la hospitalización, es importante realizar intervenciones psicoterapéuticas que minimicen esa posibilidad. Se discute tanto el tipo de psicoterapia más apropiada como la oportunidad para aplicarla. En general, se considera que las intervenciones psicoterapéuticas individuales se pueden iniciar una vez que el peso se ha recuperado. Es frecuente que se utilice una combinación de terapia individual de tipo cognitivo-conductual y una terapia familiar. Esta última se ha demostrado especialmente efectiva en pacientes anorécticas menores de 18 años. También existen experiencias positivas con terapias grupales, con objetivos diversos

(técnicas de relajación, habilidades sociales, introspección).

La duración de la hospitalización depende de sus objetivos. Para recuperar y estabilizar el peso se requiere un período de 4 a 12 semanas, pero puede ser necesario más tiempo si se pretende modificar la conducta alimentaria. Posteriormente el tratamiento debe continuar en forma ambulatoria por un lapso variable (1 a 4 años).

Los psicofármacos utilizados en la anorexia y la bulimia son variados, mostrando que no hay claridad respecto a la ventaja de algunos de ellos. Se busca con ellos aumentar la ingesta y el peso y atenuar los síntomas psíquicos. En las pacientes con anorexia restrictiva se han usado orexígenos (ciproheptadina), prokinéticos (domperidona), neurolépticos (pimozida y sulpiride), antidepresivos (amitriptilina) y carbonato de litio. Los neurolépticos no tienen efecto en la distorsión de la imagen corporal pero a veces se usan para atenuar la ansiedad asociada a estas distorsión. Con este mismo objeto suelen indicarse benzodiazepinas.

En la bulimia se ha utilizado principalmente fármacos antidepresivos: tricíclicos (imipramina, amitriptilina, desipramina), IMAO (fenelzina) y serotoninérgicos (fluoxetina). Existen estudios que reportan mejores resultados con estos últimos, lo que sería congruente con los hallazgos neuroquímicos en pacientes bulímicas.

Evolución y pronóstico

A pesar de los progresos en los métodos terapéuticos, la anorexia nerviosa y la bulimia siguen presentando una evolución compleja y negativa en una importante proporción de los casos, ya sea porque tienden a la recurrencia o a la cronicidad, o porque en un episodio agudo aparecen complicaciones somáticas. Las limitaciones psicosociales a largo plazo también son una consecuencia importante. La mortalidad que se ha comunicado es variable y se debe por una parte a complicaciones somáticas y por otra a suicidio.

Las complicaciones médicas pueden deberse a efectos locales o mecánicos (hernia del hiato, pancreatitis, rotura esofágica, hipotonía intestinal) o bien son el resultado de los efectos metabólicos e hidroelectrolíticos (hipopotasemia, arritmia cardíaca, edemas, crisis convulsivas). Los factores de riesgo para que se produzcan complicaciones son fundamentalmente la cronicidad, el peso bajo mantenido, la alta frecuencia de crisis bulímicas y de vómitos, y la coexistencia de enfermedades, tales como

epilepsia o diabetes. La mortalidad, producto de estas complicaciones, varía en distintos estudios entre 10 y 20%.

Los estudios de seguimiento muestran que, globalmente, dos tercios de las pacientes persisten con restricción alimentaria en alguna medida, y un tercio mantienen el peso bajo. En un 50% permanece el temor a engordar y también en una fracción importante se mantienen los síntomas psíquicos. Los ciclos menstruales se recuperan en la mitad de los casos y la fertilidad se ve también afectada (en un seguimiento a 12 años fue un tercio de la esperada).

Otra característica evolutiva observada en los estudios de seguimiento a largo plazo es que hay pacientes que llegan a la recuperación completa después de un período prolongado de evolución.

BIBLIOGRAFIA

- Attie I, Brooks-Gunn J. The Development of eating regulation across the life span. En: Cohen D. Development and Psychopathology. Vol 2. Willy Interscience, 1995.
- Castro J. Anorexia Nerviosa en la Pobreza. Anales de Salud Mental (Lima), 1991; VII:61-74.
- Hammer LD. The development of eating behavior in childhood. *Pediatr Clin North Am* 1992; (39)3.
- Hoffman L, Halmi K. Comorbidity and course of anorexia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clin North Am* 1993; (2) 1:129-44.
- Johnson C, Maddi K. Etiología de la bulimia: Perspectivas biopsicosociales. En: Feinstein SC, Sorosky AD. Trastornos en la alimentación. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1988.
- Johnston JM. Phenomenology and treatment of rumination. *Child and Adolescent Psychiatric Clin North Am* 1993; (2)1:93-108.
- Kaplan HI, Sadock BS. Compendio de Psiquiatría. 2^{da} ed. Barcelona: Salvat Editores, 1987.
- Kaplan AS. Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55(5): 645-53.
- Lavey EP. Phenomenology of pica. *Child and Adolescent Psychiatric Clin North Am* 1993; (2)1:75-92.
- Mitchell JE, Eckert ED. Scope and significance of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; (55)5: 628-34.
- Serrano JA. L' anorexie mentale chez l'adolescent: articulation entre les prises en charge ambulatoires et hospitalière. *Journée de la Société Belge Francophone de Psychiatrie Infantile et desarrollo Discipline Connexes*, Mars 1996.

Capítulo 34

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y SALUD MENTAL

PATRICIA HAMEL

La adolescencia es el período más decisivo en la vida de las personas en cuanto a tomar decisiones que tendrán implicancias para el resto de sus vidas. El impacto negativo de una sexualidad que lleva a un embarazo precoz, a destiempo y/o no deseado en la adolescencia, no es solamente un problema de la joven madre que se embaraza, sino que involucra a su hijo, a su pareja, a las familias de ambos y a su contexto social inmediato y mediato. Por las graves consecuencias médicas, psicosociales, económicas, demográficas y sociales que acarrea a todos los que participan en él, es considerado un problema de salud pública importante y un problema social. El desafío de romper el ciclo de patrones de embarazo en la adolescencia, se vislumbra como una tarea casi imposible por la multicausalidad de elementos interactuantes e interdependientes que participan en él. Para muchos, el embarazo en adolescentes es una tragedia y, dentro de nuestra sociedad, representa el fracaso de los adultos, de las comunidades y los gobiernos en abordar un problema social fundamental que envía a cientos de ciudadanos a la pobreza cada año. Para otros, representa una respuesta adaptativa y funcional frente a una realidad carenciada y sin futuro que sobrevalora el rol reproductivo de la mujer como identidad femenina y exclusivo proyecto de vida. Los problemas que rodean el embarazo en adolescentes son complejos; asimismo, por lo tanto, son sus soluciones.

En general, las tasas de fecundidad han bajado en todas las etapas etáreas, excepto en las mujeres adolescentes, cuyas tasas han disminuido poco, se han mantenido igual o han aumentado. Lo que agrava la situación es la persistencia creciente de embarazos a edades cada vez más tempranas, dando origen a términos como las "niñas mamás" o "embarazo infantil", incluidas dentro del concepto de embarazo precoz (en menores de 16 años de edad).

Existe preocupación, dada la estructura socioeconómica existente, que debido al ritmo de crecimiento de la población, ésta se duplicará en los próximos

años. Por consiguiente, se deberían duplicar los actuales niveles de producción alimentaria y de plazas en cuanto a empleo, educación, vivienda y atención en salud. De no producirse tal duplicación de recursos vitales, los niveles de miseria se acrecentarán y todos los problemas que surgen de ésta.

Paulatinamente se ha ido tomando conciencia de que el fenómeno "trasciende el campo de la salud física y psicosocial de individuos de una generación, siendo un fuerte indicador de desarrollo social con implicancias de evolución transgeneracional". Se hace imprescindible hacer todos los esfuerzos posibles para prevenir su aparición y en esto están comprometidos todos los actores sociales y profesionales que trabajan con adolescentes, especialmente los de la salud y específicamente, los de la salud mental.

¿Qué lleva a los adolescentes a embarazarse en un momento histórico de separación de la sexualidad de la reproducción por el uso de anticonceptivos? Esto ocurre a pesar de la incorporación masiva de la mujer a la escolaridad y al trabajo remunerado, de la extensión de movimientos feministas de crear igualdad de derechos y posibilidades para hombres y mujeres; después de la firma y ratificación de los Estados a ejecutar el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, y la firma sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Sin embargo, estos cambios, unidos a otros, se dan con características de asincronía, en que coexisten propuestas culturales tradicionales junto a otras más modernas, al mismo tiempo que los alcances son desiguales para los distintos sectores sociales y lo mismo sus derechos humanos.

Cada vez ha ido quedando más claro que en la aproximación a su prevención, debiera primar una mirada integral y sistémica, que tome en cuenta el conjunto de los elementos que facilitan su aparición. No basta informar a los jóvenes sobre la fisiología

de la sexualidad y la existencia de los métodos de control de la natalidad, sino tomar en consideración el contexto social, cultural, familiar, biográfico y psicológico, que lo condiciona.

ELEMENTOS ASOCIADOS A UN MAYOR RIESGO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

Los elementos que surgen como antecedentes más frecuentes asociados al embarazo y que se consideran criterios de riesgo por ser estadísticamente significativos, se entrelazan en una trama de interrelaciones interdependientes, unidos unos a otros por una red de conexiones y que conforman una complejidad organizada, que se va desarrollando evolutivamente. El embarazo en adolescentes no es un tema homogéneo y requiere de un análisis diferencial según la constelación de elementos interrelacionados. Los significados y necesidades varían en los diversos sectores de la sociedad y siempre es necesario tener un acercamiento sensible de la dimensión humana de la situación y las diversas necesidades de los heterogéneos escenarios sociales en que éste ocurre.

Los siguientes elementos son indispensables de considerar para realizar medidas preventivas:

Estrato social bajo. En sectores urbanos, la fecundidad adolescente es mucho más alta en aquellas comunas con predominio de estratos socioeconómicos bajos. La pobreza triplica o cuadruplica el fenómeno. Mientras más bajo el nivel socioeconómico más frecuentemente nacen hijos de mujeres jóvenes y más cortos son sus rangos intergenésicos. Por tanto, existe una estrecha asociación entre pobreza y maternidad adolescente. En su aparición confluyen varios elementos que podría decirse que son consecuencias de la pobreza y/o de la miseria: el hacinamiento por pieza y/o por cama en la vivienda; modelos transgeneracionales de embarazos tempranos que se transmiten de abuelas a madres y a hijas, existe una mayor rigidez, permanencia e intensificación de los roles sexuales tradicionales complementarios y desiguales para hombres y mujeres, donde el "machismo" es lo exigido para los varones y el rol reproductor de la mujer es lo valorado, a expensas del rol productor, al que muchas veces no tiene las posibilidades de acceso. Existe una mayor deserción escolar previa al embarazo; participan en familias con mayores índices de monoparentalidad, inestables por la búsqueda de estrategias de supervivencia, conflictivas y en las que frecuentemente viven problemas de alcoholismo y drogadicción familiar.

En sectores en que mejoran las condiciones económicas, aunque sea levemente, estos antecedentes

familiares están presentes, pero cuantitativamente más atenuados. Las adolescentes tienen mejores niveles de escolaridad, se embarazan en promedio más tardíamente, tienen menos antecedentes obstétricos y presentan rangos intergenésicos más amplios.

En sectores socioeconómicos altos, la maternidad adolescente disminuye significativamente, aunque se discute, porque se desconoce, si el número de embarazos es similar y se recurre más al aborto (para no interrumpir proyectos educacionales o académicos; por presión social y salvaguardar la imagen social, etc.) y/o tienen más acceso a métodos de control de la natalidad y efectivamente se embarazan menos. Las investigaciones señalan que estas y estos adolescentes tienen su iniciación sexual más tardíamente que sus pares de sectores más desaventajados económicamente, lo que hablaría a favor de que efectivamente se embarazarían menos frecuentemente durante la adolescencia.

Ubicación ecológica rural. La mujer adolescente rural se ubica en los quintiles de pobreza más bajos y es madre más frecuentemente que la de zonas urbanas populares. Se embarazan precozmente y la mayoría también ha desertado de la escolaridad previo al embarazo por razones similares a las urbanas pobres: mal rendimiento escolar, desmotivación al estudio y problemas económicos. La migración rural-urbana es muy alta para las jóvenes, porque el campo no les ofrece alternativas laborales. Las primigestas visualizan la maternidad, el matrimonio o la convivencia como una buena alternativa, en términos de mejorar su *status* social y ser tratadas con más respeto en su familia.

Síndrome familiar específico. Es la presencia de familias con relaciones inestables y disfuncionales, generalmente monoparentales, en las que la adolescente ha sufrido pérdidas afectivas significativas de uno o ambos padres, por muerte, separación o abandono; o con figuras parentales ausentes o de nexos débiles y conflictivos con la adolescente. Son familias con problemas psicosociales preexistentes al embarazo, con frecuentes peleas y mala avenencia en la pareja de padres. Las estrategias de sobrevivencia en los sectores populares, los llevan a sucesivas convivencias, a alternancia de hogares, colaborando a la inestabilidad familiar.

La constante asociación de la disfuncionalidad familiar al embarazo adolescente plantea que el embarazo adolescente no ocurre al azar en la comunidad y para algunos sería un predictor más importante que la pobreza.

En las historias familiares aparece el embarazo prematrimonial de la madre o el ser madre soltera

como un predictor importante. También el mismo antecedente en el padre y/o de hermanas, aunque menos señalado.

En estudios comparativos de hermanas y hermanos menores de adolescentes embarazadas o madres, comparados con hermanas y hermanos menores de adolescentes que nunca se han embarazado, las hermanas de las embarazadas o madres, visualizan la escuela y las carreras como menos importante, son más aceptadoras de la crianza adolescente, perciben apropiada la iniciación sexual, el matrimonio y la crianza a edades tempranas y se enrolan en más problemas de comportamiento. Los hermanos de las adolescentes madres o embarazadas, son más aceptadores de la crianza no marital, le adscriben más importancia a la crianza, perciben pocos problemas relacionados a la crianza temprana, tienen una autoestima más baja y reportan estar más involucrados en uso de drogas. De no hacer intervenciones preventivas, son candidatos seguros, ellas y ellos, a nuevos embarazos en esas familias.

Conformando la constelación de elementos interrelacionados está el antecedente de alcoholismo en el padre, pero aparece más predictor el alcoholismo en la madre.

Estos elementos familiares sugieren que las estrategias orientadas a disminuir el embarazo en adolescentes deberían focalizarse en mejorar el funcionamiento general de las unidades familiares, además de proveer buena información sexual.

Historia de abuso sexual. El abuso sexual durante la infancia está asociado a edades muy precoces de iniciación del primer coito y del primer embarazo en las adolescentes. También se asocia a abuso de sustancias cuando va acompañado de abuso físico.

Comparando adolescentes embarazadas que han tenido abuso sexual en la infancia con aquellas que no lo han tenido, se han encontrado diferencias significativas de puntajes menores en el autoconcepto, la estima personal, satisfacción con el cuerpo, aceptación sexual, seguridad en los pares, conformidad social, logro escolar y consistente atención. Estos elementos las hacen más vulnerables a la presión de otros y a postergar medidas de autocuidado personal.

Otras investigaciones comparativas han encontrado que las adolescentes que informan haber sido abusadas en su infancia, tienen mayores deseos de concebir un hijo, tienen parejas que las presionan a concebir un hijo y tienen temores respecto a su infertilidad.

Estos resultados sugieren que el abuso sexual en la infancia está relacionado a un riesgo enorme a la maternidad adolescente. Como medida preventiva

de embarazo es importante identificar este antecedente, trabajar en profundidad el impacto psicológico que ha significado y diseñar intervenciones psicológicas y educativas que específicamente se dirijan al deseo de concebir en estas adolescentes.

Historial de inasistencias y deserción escolar y/o desmotivación al estudio y bajo rendimiento escolar. Este elemento pareciera ser otra constante en todas las investigaciones sobre el tema. Es importante tomar este indicador como un signo de alerta. La escolaridad es un factor protector del embarazo y de su repetición, al mismo tiempo que es un factor que mejora las condiciones económicas de la madre adolescente y, por lo tanto, las de su hijo.

Inserción en grupos de pares sexualmente activos. La aceptación en un grupo es muy importante para los adolescentes, de modo que la presión de las normas de pertenencia pueden jugar un rol importante.

Conducta sexual activa. Esta se caracteriza por ser de iniciación generalmente precoz, acompañada de gran ignorancia fisiológica y sin recurrir a métodos anticonceptivos.

Los adolescentes no siempre tienen acceso a la planificación familiar porque son marginados de los programas de salud reproductiva. Sin embargo, aunque conocen y podrían tener alcance a algunos métodos, pueden influir otras variables culturales y/o personales en su no utilización: desear embarazarse, tener sentimientos positivos y/o ambivalentes a tener un bebé, necesidad de probar su fecundidad, sentimientos de invulnerabilidad (sentirse protegidas de un embarazo por la edad, por sentirse infértiles, por creer que a ellas no les ocurrirá); evitando las relaciones coitales durante la menstruación por considerar que ese es el período fértil; tomar precauciones de uso de MAC (métodos anticonceptivos) o solicitar orientación al respecto es demostrar interés en lo sexual, conducta pautada culturalmente como negativa para la mujer joven en la sociedad patriarcal; temor a que los MAC pueden dañar su salud física (producir cáncer, cefaleas, gordura) o su salud reproductiva (infertilidad en el futuro). El uso del condón, uno de los métodos más adecuados para esta edad, es resistido a menudo por ambos miembros de la pareja: por disminuir la sensibilidad en el varón, por restarle romanticismo a la relación, por interrumpir la fluidez del momento. Por último, también se puede mencionar que la adolescente asume las consecuencias de un embarazo por responsabilizarse de la transgresión de una conducta indebida.

La educación e información en cuanto al uso de MAC pasa por el sentimiento de que ellas pueden y

deben usar contraceptivos para estar más receptivas a la información. Por lo tanto, es importante trabajar sus derechos a la protección eficaz de su sexualidad. Requiere tomar en consideración sus mitos y creencias erróneas y abrir un espacio participativo en las que ellas pueden analizar y elegir (dentro de lo que es adecuado a su etapa etárea) el MAC de acuerdo a sus necesidades. De este modo se puede lograr un mayor compromiso y responsabilidad en su uso.

Pareja mayor que la adolescente en 5-6 años. Generalmente, son adultos jóvenes entre 21 y 30 años los progenitores de un embarazo en adolescentes. De parte de la joven existe un compromiso afectivo de enamoramiento y es su primera pareja sexual. Sin embargo, corren más riesgos aquellas que han tenido más de tres parejas sexuales previas.

Uso de drogas: tabaco, alcohol y drogas. Hacer una indagación de tabaquismo en las adolescentes es necesario para indagar la asociación con otras drogas y su vulnerabilidad al embarazo. En la última década la incidencia de embarazo y uso de drogas ha aumentado.

Baja autoestima. Sentimiento de ser poco aceptada, diferente o inferior, pobre concepto de sí misma, inseguras.

Impulsividad. Escaso espacio de reflexión, dificultad para anticipar consecuencias y aprender de la experiencia.

Embarazos previos. Las investigaciones señalan que, independientemente del origen del embarazo que haya tenido una adolescente, ésta reanuda su actividad sexual meses después de su parto y los rangos intergenésicos suelen ser menores a los dos años después del primer hijo. Un programa de control de la natalidad puede revertir esta situación, si considera integralmente los factores psicosociales que pueden incidir en esa decisión.

Los *predictores psicosociales* de embarazos repetidos entre madres adolescentes pueden sintetizarse en los siguientes antecedentes:

- Si existe bajo nivel de apoyo social de su familia, parientes políticos, del padre del bebé y otras personas, lo más probable es que no use métodos de regulación de la natalidad.
- El bajo nivel de escolaridad y/o el antecedente de deserción escolar previo al embarazo, están asociados a la conducta de no prevención de nuevos embarazos a través del uso de métodos efectivos que regulen su fertilidad.
- Si la pareja muestra una actitud altamente favorable hacia el primer embarazo, tiene más probabilidades de embarazarse nuevamente.

d) Si la propia madre de la adolescente madre tuvo su primer hijo siendo adolescente, aumentan los riesgos de nuevos embarazos.

e) La pertenencia y valoración de una familia numerosa puede servir de modelo a imitar, favoreciendo un embarazo.

f) Si la adolescente tuvo actitudes positivas hacia la crianza durante su embarazo previo y/o tiene sentimientos ambivalentes sobre posponer futuras crianzas.

g) Antecedentes de abortos, especialmente espontáneos.

h) Abuso de drogas.

Género. Como trasfondo cultural a todo lo anteriormente expuesto, permeando las relaciones interpersonales, se encuentra la variable género con mandatos y expectativas de comportamiento social y sexual diferente y desigual para varones y mujeres. El, en el plano del dominio y ella, en el plano de la obediencia y sumisión. Para ellos, probar su hombría a través del inicio de la sexualidad lo más precoz posible y de la mayor cantidad de coitos logrados; para ello debe presionar a su pareja utilizando diferentes mecanismos. Para ellas, mantenerse intactas hasta el matrimonio o en su defecto sólo mantener relaciones coitales con aquel que será su marido y a la cual la une un compromiso afectivo.

Actitud responsable y derecho a la información

Simultáneamente, han ocurrido cambios en los comportamientos y actitudes sexuales de adultos y adolescentes que se han hecho más permisivos. Estos últimos, están cotidianamente expuestos al impacto de los medios de comunicación que proponen modelos de acción de alto contenido erótico, pero omiten las consecuencias de un sexo no protegido. Al mismo tiempo, existe un silencio activo de parte de la sociedad adulta a entregarles mayor información respecto a la sexualidad, bajo el supuesto que, de hacerlo, sería otorgarles permiso y/o estimularlos a una actividad culturalmente permitida sólo en el matrimonio. Las investigaciones demuestran que, al contrario, en la medida de que a los adolescentes se les informa sobre la sexualidad y los métodos de control de la natalidad, éstos se inician más tardíamente y cuando lo hacen asumen su actividad responsablemente.

De este modo, los y las adolescentes se encuentran con mensajes contradictorios, confundidos y solos, de alguna manera, abandonados a su suerte. Actúan primero su sexualidad y se informan con posterioridad, a veces cuando ya es tarde, exigidos

a "cuidarse" y ser "responsables", sin tener acceso a los medios para lograrlo. Los padres consideran que son los profesores escolares los que deben asumir esta tarea o los profesionales de la salud; los profesores a su vez, consideran que debe ser la familia y/o los profesionales de la salud. Estos, la familia y/o los profesores. En síntesis, existen fuertes resistencias a trabajar conjuntamente, por desconocimiento a cómo enfrentar la tarea y a vencer los tabúes sexuales que dificultan un lenguaje más fluido en relación al tema.

El derecho reproductivo más elemental, que es el de estar informado no se cumple. Los derechos reproductivos se definen: a) como la capacidad de ejercer la sexualidad y la reproducción libre de presiones y bien informada, así como la regulación de la fertilidad; b) que las mujeres estén en condiciones de cursar su embarazo y parto en forma protegida y segura; c) que el resultado del embarazo sea exitoso en términos de sobrevivencia y bienestar maternal e infantil. Al mirarlos en su conjunto y analizar lo que ocurre con las adolescentes, se observa que han estado excluidas de ellos.

En el contexto sociocultural, que establece una jerarquía de géneros, las muchachas acceden a la relación sexual, muchas veces, por subordinación al hombre, con apresuramiento, en permanente riesgo de ser sorprendidas, en lugares inapropiados, con carencia de intimidad, intranquilas, inconscientes de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS), sin información sexual ni acceso a métodos de prevención de embarazos. En su actividad coital no se cumple ninguna de las condiciones que definen una salud sexual.

Cursan el embarazo llenas de miedo, postergando muchas veces los controles prenatales, tan importantes para la prevención de problemas obstétricos, por ignorancia, por temor; éste transcurre en condiciones de tensión familiar y tensiones también por la desinformación del proceso mismo del embarazo y del parto. Es importante señalar que durante el embarazo tienden a vivir ansiedades y angustia que se expresan en síntomas como: irritabilidad, pesadillas, cefaleas de tensión, angustia focalizada en el parto (a morirse, partirse, sufrir una cesárea sin anestesia) y en el bienestar del niño: temor a perderlo, a que nazca enfermo o deforme, desnutrido, o preocupación por no tener con qué recibir a su bebé.

Un número importante (68%) presenta un humor depresivo como tristeza, desamparo, sentimientos de inutilidad y un 42% presenta síntomas depresivos significativos en el tercer trimestre del embarazo y en el posparto. Si recibe apoyo de su madre o del progenitor del embarazo, disminuyen las tasas de depresión. El identificar aquellas adolescentes con

altos niveles de *stress* y conflicto y bajos niveles de apoyo ayudará a identificar a aquellas que están en particular riesgo de síntomas depresivos.

Consecuencias biopsicosociales del embarazo en la adolescente y su hijo

Crisis emocionales. El embarazo en adolescentes en sí representa una situación de riesgo emocional por lo que se recomienda su atención multidisciplinaria para alcanzar buenos resultados personales, sociales y obstétricos en la adolescente y en el recién nacido. Para lograrlo, es importante proporcionar una asistencia global e integral, además del soporte afectivo y emocional a la joven desde su gravidez.

Desde el momento en que la adolescente confirma su embarazo se ve enfrentada a una sucesión de crisis, continuadas en el tiempo y/o simultáneas y/o superpuestas unas con otras, que le exige un esfuerzo adaptativo muy grande y serias repercusiones emocionales: crisis por el impacto psicológico y físico del embarazo mismo; crisis familiar al informar su situación y todo el estrés que eso le significa; crisis por el abandono de sus actividades juveniles, interrupción de sus metas y expectativas de vida; crisis por iniciar una vida en pareja frente a la cual no está preparada, situación difícil de por sí o de sufrir el abandono de la pareja; crisis por convivir con su nueva familia política, separándose de su familia; crisis por el nacimiento del hijo, situación demandante que cambia completamente el eje de su vida, ante lo cual no está preparada ni psicológica ni emocionalmente y, a veces, ni siquiera físicamente. Para sobrellevarlas requiere de gran apoyo, contención y orientación y la cercanía de su familia, especialmente de su madre, y la del progenitor de su embarazo. En el trabajo con adolescentes embarazadas es importante incluirlos para obtener mejores resultados psicológicos y obstétricos.

Ilegitimidad y abandono. El embarazo, generalmente es indeseado, se inicia en la casi totalidad de las jóvenes estando solteras y los porcentajes de "ilegitimidad" han aumentado en todos los países en que el fenómeno existe, especialmente en aquellos donde no hay programas de planificación familiar de acceso fácil para los adolescentes ni legalización del aborto. El abandono del progenitor y la ilegitimidad desprotegida, está relacionada con la mayor mortalidad infantil y contribuye a la reproducción intergeneracional de la pobreza. Los datos muestran que, especialmente en los países en desarrollo, la mortalidad infantil de los hijos ilegítimos en el primer año de vida es mayor que la de los legítimos y que, la de los hijos ilegítimos de madres adolescen-

tes es la más alta. Son hijos que nacen sin la debida protección paterna para un desarrollo futuro. Si los padres son casados, el mismo hecho tiene interpretación diferente y eso coloca el tema en un plano polémico, porque bajo la apariencia legal del matrimonio pueden esconderse situaciones problemáticas, especialmente psicosociales, para la mujer joven y su hijo, ligadas al machismo y a las condiciones de vida, que pueden pasar desapercibidas al no ser tan dramáticas como el riesgo de vida descrito para los hijos de las adolescentes solteras, como es la violencia física hacia la joven.

Riesgos de morbilidad y mortalidad. Desde un punto de vista biomédico se sabe que la adolescente embarazada y su hijo corren mayores riesgos de morbilidad y mortalidad comparada con grupos de mujeres de 20 y 35 años, especialmente si la adolescente tiene menos de 16 años de edad y su embarazo está más cerca de la menarquia. Dadas las consecuencias médicas que tiene el embarazo para la adolescente y su hijo, ambos son considerados de alto riesgo. Esta situación plantea específicamente un problema de salud de la mujer joven, ya que ella presenta una condición de riesgo adicional de enfermarse o morir en el cumplimiento del papel biológico de la reproducción humana, que no ocurre con el progenitor, su pareja. Por la identificación de esta situación es que hoy en día se afirma que la mujer, independientemente del tiempo o lugar, debe ser objeto de priorización en el cuidado de la salud, mucho más si es una adolescente.

Habría que agregar su condición de pobreza en un país subdesarrollado. La probabilidad de morir en el parto en los países subdesarrollados es 1 en 15 a 1 en 70, mientras que en los países industrializados el riesgo de morir en el parto es 1 en 3.000 a 1 en 10.000.

En relación al hijo, la mortalidad en el primer año de vida de niños nacidos de madres menores de 20 años no es sólo una mortalidad perinatal que pudiera justificarse en la mayor dificultad de parto en una mujer aún en desarrollo, sino que se manifiesta también en los 11 meses que siguen a las primeras cuatro semanas, lo cual plantea un problema de salud pública y social también en los hijos de madres adolescentes. Habría que agregar que el crecimiento estatural de los hijos de adolescentes a los 18 meses se deteriora con el tiempo y sigue acentuándose a los 30 meses de vida, coincidiendo con un mayor deterioro del nivel socioeconómico de la madre adolescente y una menor ingesta proteica de sus hijos, al compararlos con los hijos de adultas. En un seguimiento a los seis años de nacidos los hijos de adolescentes de estratos socioeconómicos bajos, el 23% de los hijos primogénitos presentaban déficit

nutricional crónico, medido por la talla por edad, un 5% presenta déficit nutricional agudo, medido por la variable peso y talla, y un 9% ya ha repetido curso entre aquellos hijos que tienen 5 y 9 años.

También es conocido que la intervención médica precoz puede disminuir los riesgos de patologías orgánicas y de defunciones tanto en la progenitora como su hijo. Sin embargo, es importante señalar que estos riesgos están fuertemente interrelacionados con aspectos sociales, económicos y culturales. Por nombrar sólo algunos: baja escolaridad y bajo coeficiente intelectual de la madre adolescente, estado civil soltera e ilegitimidad del hijo, baja edad del progenitor, bajo nivel socioeconómico, prácticas alimenticias de la embarazada, abandono del progenitor, características del hogar, de apoyo familiar, bajos ingresos obtenidos en la actividad laboral de la madre adolescente y otras carencias largas de enumerar, que muchas veces interfieren con las mejores intervenciones técnicas.

La ruralidad, en comparación con madres urbanas, influye en el porcentaje de recién nacidos de bajo peso (menos de 2.500 g) y en aquellos nacidos con peso insuficiente (2.501-3.000 g), especialmente si la madre es menor de los 18 años de edad. Estos pesos subnormales implican graves riesgos de morbilidad y secuelas nutricionales. De hecho, la mortalidad infantil (en menores de 1 año) es proporcionalmente mayor en hijos de madres menores de 20 años en el sector rural que en los sectores urbanos. Con la "ilegitimidad" ocurre algo similar, es mayor en el sector rural.

Los factores sociales interrelacionados a mayores riesgos de morbimortalidad tanto de la madre como del hijo, como son la edad de la madre, su escolaridad, la condición de estabilidad familiar y el alcoholismo familiar, están más presentes mientras más pobre es la adolescente y agrava las condiciones sociales, económicas y familiares preexistentes.

Todos estos antecedentes sugieren lo ya señalado anteriormente, que las intervenciones en uno u otro sector tendrán que ser parcialmente diferentes. Se enfatizará más, por ejemplo, la búsqueda de soluciones sociales y económicas para las más pobres, coordinándose integral e intersectorialmente con políticas sociales de Gobierno. En éstas deberá priorizarse acciones en mujeres jóvenes embarazadas, pasando por programas de atención específicos para adolescentes, hasta adecuar intervenciones educativas a fases del desarrollo adolescente que aún permanecen en etapas concretas del desarrollo cognitivo.

Desventajas sociales y económicas. Las madres adolescentes más pobres y con menor escolaridad no sólo trabajan menos y tienen trabajos peor

remunerados, sino que también tienen menores opciones de salir de la desventaja económica y social a través de las alternativas del matrimonio. Las madres adolescentes más pobres y menos educadas presentan mayor riesgo de escoger progenitores que no aportan o abandonan al hijo y de permanecer en la condición de madres solteras, con todo el rechazo social que esta situación conlleva y la tensión familiar que ella genera. Es posible que el hijo reciba menos atención de parte de la madre y otros familiares o reciba atención de peor calidad. De hecho, la actitud negativa al embarazo es mayor en las adolescentes solteras que en las casadas.

Estimulación y desarrollo cognitivo del hijo.

Las privaciones económicas crean circunstancias adversas para el desarrollo intelectual de los hijos, al restringir la cantidad global de estimulación que el niño recibe y disminuir las posibilidades de adquirir los alimentos que constituyen la dieta necesaria. Pareciera producirse una especie de circuito negativo en el que, por una parte, la familia no cuenta con los recursos necesarios para adquirir los alimentos suficientes, lo que lleva a que el niño pronto presente signos de desnutrición y, por otra parte, la desnutrición hace al niño más pasivo y menos estimulante para la madre, con lo cual ella también le presta menos atención socioafectiva, lo que a su vez refuerza la pasividad del niño. En el contexto social en que se desarrollan, las expectativas educacionales son menores (como mecanismo adaptativo a las barreras educacionales que viven los sectores pobres), y con padres menos escolarizados se proporciona una estimulación cognitiva deficiente a los hijos. Estos niños poco estimulados, mal nutridos y con desarrollo cognitivo ya menoscabado, no son alumnos destacados. Es probable que ni siquiera logren terminar sus estudios (aunque al nacer hayan sido potencialmente aptos), en parte por ingreso precoz al trabajo y en parte por limitaciones intelectuales, y falta de expectativas al respecto. El embarazo en la adolescencia es sociogénico e intensifica las condiciones precarias y la transmisión de la pobreza.

Seguridad social y laboral. Las condiciones de vida de las jóvenes y sus familias de los sectores populares están fuertemente influidas por las ocupaciones de los jefes de hogar, consideradas como "marginadas" desde el punto de vista de la economía urbana industrial. El denominador común de todas estas ocupaciones es la falta de seguridad social y económica, los bajos ingresos, el hacinamiento y el sentimiento de estancamiento por más esfuerzos que hagan. El hacinamiento crea tensiones, irritabilidad, agresividad, y un intenso deseo frustrado de concre-

tar el ideal de casa propia y el de ser "dueña de casa" con que la cultura impregna a la mujer.

Si se casan, generalmente lo hacen con parejas que repiten el *status* ocupacional de sus padres, las más de las veces viven de allegados en casas de sus suegros y/o padres, intensificando aún más el hacinamiento descrito y desequilibrando más todavía las precarias condiciones de la vivienda y del grupo familiar. Por lo general, constituyen matrimonios apresurados y/o forzados, de mucha exigencia adaptativa para la joven, quien debe renunciar, por presión social, a muchos intereses juveniles y que generalmente ven frustradas sus expectativas idealizadas de ser esposas y madres. Por lo general, son matrimonios de corta duración.

Son muchachas que pasan bruscamente de niñas-hija dependientes a madres obligadas, igualmente dependientes, sin tener espacio ni tiempo para crecer como personas y sin tener derecho a un período de "moratoria social", característica de la adolescencia de sectores socioeconómicos más aventajados.

Frecuentemente no están preparadas para ser madres y aceptan con resignación y sin ella, un embarazo no planificado. Muchas veces, proyectan que el hijo será una fuente de satisfacción a sus carencias afectivas, las que se ven permanentemente frustradas, por la dependencia y demandas de éste. Se describe una relación con el hijo en la que prevalecen actitudes de crianza autoritarias. Existen estudios que señalan que el 58% de los niños golpeados corresponde a hijos de padres adolescentes, generando otro problema social, los niños maltratados. El maltrato infantil está fuertemente asociado a la ausencia de adultos que orienten y apoyen la actividad de crianza de la madre joven.

Cuando ésta recibe educación y adquiere destrezas en el cuidado del hijo, aumentan sus sentimientos de competencia y satisfacción maternal y mejoran sus relaciones con el hijo.

En Chile, se describe que el 54% de los niños que ingresan a hogares de protección por abandono tardío (5 a 6 años de edad), colocados por el Servicio Nacional de Menores, son hijos de madres adolescentes que se declararon incapaces de asumir su cuidado, cuando se ven exigidas por mayores demandas económicas que significa el ingreso a la escolaridad del hijo, sumado a los otros hijos que ya han ido naciendo.

Aborto en la adolescencia

Otra consecuencia biopsicosocial importante del embarazo en la adolescencia es el aborto. Las adolescentes menores de 18 años de edad, tienden a tener abortos espontáneos más frecuentemente que las adultas.

El número de abortos provocados antes de los 19 años ha aumentado significativamente en los últimos 5 años. Existe una estrecha relación entre pobreza y aborto, pero la función del aborto es diferente por estratos sociales. En aquellos países donde el aborto es ilegal, como Chile, se obtiene la información del registro de hospitalizaciones por complicaciones de aborto séptico. Aproximadamente, una de cada diez mujeres hospitalizadas por esta causa son menores de 20 años y se calculan más de 4.000 abortos al año en este grupo etáreo. Al recurrir a esta práctica ilegal, la adolescente de escasos medios económicos, se expone, al igual que la mujer adulta pobre, a una situación clandestina que pone en riesgo su vida, dadas las condiciones en que esto ocurre: maniobras abortivas en manos poco expertas, en lugares inapropiados desde el punto de vista higiénico, etc. La adolescente de estrato social alto estaría más protegida, ya que puede acudir a clínicas de alto costo económico que le ofrecen más seguridad médica. El tema es complejo y sólo se conoce la punta del iceberg.

Otros riesgos, agregados al anterior, es que las adolescentes acudan muy tardíamente al aborto, por temores sociales a exhibir su embarazo, y se expongan a abortos en el segundo trimestre.

Una variable importante es quién toma la decisión del aborto. Si la toma la adolescente, con autonomía, la reacción postaborto se describe como de alivio; pero si accede por presión de sus padres o de su compañero sexual, es más probable que tenga repercusiones emocionales negativas y más duraderas.

Embarazo adolescente por violación sexual

La violación es un problema de índole social y legal, que algunas veces tiene como consecuencia un embarazo, que agrava la situación emocional, porque se agrega al impacto de la violencia sexual. En Chile, se ha pesquisado que un 10% de adolescentes embarazadas lo ha sido producto de una violación.

El grupo de adolescentes embarazadas violadas están más propensas a la depresión que las adolescentes embarazadas no violadas. Llama la atención que en el autoconcepto no hay diferencias significativas entre estos dos grupos: ambos están bajos. Esto parece confirmar, una vez más, que el embarazo en sí, representa una situación de riesgo emocional.

Se sabe poco sobre este tema tan importante, por lo que se sugiere desarrollar y probar una metodología para medir la incidencia de la violencia sexual dentro del total de embarazos que ocurren en la población adolescente; inventariar y analizar la información existente sobre adolescentes víctimas de

una violación sexual; elaborar recomendaciones a las instituciones públicas y privadas a cargo de los programas de salud sexual y reproductiva, sobre la información mínima a recolectar, que facilite una medición más real del problema y presentar recomendaciones para un plan de acción que conduzca a la disminución de la ocurrencia de violaciones sexuales en las jóvenes.

Algunos centros de salud reproductiva han trabajado la adopción como medio de paliar un problema que constituye una de las situaciones de mayor violencia a la intimidad e integridad de las mujeres.

CONSIDERACIONES FINALES

El embarazo adolescente es un problema complejo y heterogéneo. Compromete desde la vida de la madre y su hijo hasta la supervivencia de la humanidad, pasando por la intensificación de la pobreza y problemas sociales.

Requiere diferenciar programas preventivos: dirigidos a adolescentes no activos sexualmente, de modo que posterguen su iniciación, de aquellos sexualmente activos; en éstos, el problema es la prevención de embarazos. Centrarse en aquellas y aquellos con actitudes positivas hacia el embarazo y la crianza en la adolescencia.

Incorporar en la anamnesis de los y las adolescentes los factores psicosociales, los factores de riesgo y la sexualidad. Esta última, generalmente, se omite.

Establecer diferencias en la adolescencia temprana, media y tardía y evaluar su desarrollo cognitivo y psicosocial, para adecuar las intervenciones a sus características.

Trabajar con la familia e incorporar al progenitor desde el embarazo.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarado R. Comunicación personal. 1991.
 Archie CL *et al.* Positive smoking history as a preliminary screening device for substance use in pregnant adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997; 10 (1):13-7.
 Aurelius S. Comunicación personal. 1991.
 Barzelatto J. Reflections about ethics and human reproduction and the sense of the conference. In: Bankowski Z, Barzelatto y Caprón AM. Ethics and human values in family planning. Ginebra: CIOMS, 1989.
 Bragg EJ. Pregnant adolescents with addictions. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997; 26(5):577-84.
 Burrows R, Muzzo S. Hijos de adolescentes. En: Burrows R, Muzzo S. El adolescente chileno. Santiago, Chile: Ed. Universitaria, 1986.
 Covington DL *et al.* Improving detection of violence a-

- mong pregnant adolescents. *J Adolesc Health* 1997; 21(1): 18-24.
 Cox JE *et al.* Fathers of children born to adolescent mothers. Predictors of contact with their children at 2 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149 (9): 962-66.
 Drake P. Addressing developmental needs of pregnant adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatla Nurs* 1996; 25 (6):518-24.
 Dukewich TL *et al.* Adolescent mothers and child abuse potential: an evaluation of risk factors. *Child Abuse Negl* 1996; 20(11):1031-47.
 East PL. Do adolescent pregnancy and childbearing affect younger siblings? *Fam Plann Perspect* 1996; 28 (4):148-53.
 Estrada A, Morales B. Investigación de adolescentes embarazadas de un sector rural. Publicación sin referencia, 1989.
 Grela C. Desde las feministas: una propuesta pública en salud. *Rev Conciencia latinoamericana* 1989; (1)111.
 Hamel P, Milicic N, Gazmuri V. Embarazo en adolescentes; un análisis desde la perspectiva del género. *Rev. EPAS, Educación Para el Autocuidado de la Salud* 1991; (8) 2.
 Hamel P. El dilema de la sexualidad en los jóvenes. En: Educación Sexual. Experiencias y Desafíos. Santiago, Chile: Edic. Paesmi, 1991 (b)
 Hamel P, Vizcarra B. La sexualidad y embarazo en adolescencia. En: Mujeres jóvenes de América Latina. Aportes para una discusión. Uruguay: CEPAL, Ed. Arca Foro Juvenil, 1985.
 Hamel P, Gazmuri V, Neves E. Caracterización psicosocial y familiar de la adolescente embarazada rural. Congreso de Ciencias Sociales y Medicina. Santiago, Chile, 1994.
 Kelin I. Antecedents of teenage pregnancy. *Clin Obst Gynec* 1978; (21) 4.
 Krohn MD *et al.* The interrelationship between substance use and precocious transitions to adult statuses. *J Health Soc Behav* 1997; 38 (1):87-103.
 Lomnitz L. Cómo sobreviven los marginados. 8ª ed. México: Ed. Siglo XXI, 1985.
 Lutz E, Gomensoro A. Geografía del sexo. Manual de orientación para padres y educadores. Montevideo: Editorial Nuevo Mundo, 1989.
 Lutz E. Las adolescentes y su derecho al ejercicio de la sexualidad: Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. Reunión de Trabajo. Santiago de Chile, 1991.
 Martín Tsuquets JL. Psiquiatría social. Barcelona: Ed. Herder, 1982.
 Milicic N. Comunicación personal. 1991.
 Morales E. Comunicación personal. 1991.
 OMS. Hacia la maternidad segura. *Rev Profamilia* 1998; (16) 31.
 Raby E, Pérez M, Ramírez R. Características biológicas de la madre y condiciones del embarazo que influyen en el peso del recién nacido en la VIII Región. VII Jornadas Chilenas de Salud Pública, 1988, Resumen de Trabajo.
 Romero MI, Vargas S, Abarca S *et al.* Embarazo, parto y recién nacido de madres adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 1983; 54:123-30.
 Starrs A. Preventing the tragedy of maternal Deaths: Report on the International Safe Motherhood Conference. World Bank, WHO, ONFRA, 1987.
 Stevens S *et al.* Why pregnant adolescents say they did not use contraceptives prior to conception. *J Adolesc Health* 1996; 19 (1):48-55.
 Stevens S *et al.* Absence of negative attitudes toward childbearing among pregnant teenagers risk factor for a rapid repeat pregnancy? *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150 (10):1037-43.
 Vargas N, Valenzuela S, Catenacci C *et al.* Intervalo intergenésico y factores de riesgo para la salud infantil. V Jornadas Chilenas de Salud Pública, U. de Chile. Fac. de Medicina. Escuela de Salud Pública, 1985.
 Viel B. El embarazo adolescente. Un problema de salud pública. Asociación de Protección de la Familia (APROFA), Agosto 1988.

ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS

JOSE ANTONIO ARIAS

Este capítulo trata de los métodos de diagnóstico, de los factores de riesgo y de protección, y de las alternativas de tratamiento del abuso del alcohol y otras drogas en los niños y los adolescentes, poniendo un especial énfasis en la importancia de diagnósticos más tempranos y la necesidad de servicios de tratamiento con profesionales sensibles y formados para atender a distintas poblaciones en cuanto edades y otras características, además de la importancia de la mayor especificidad de las tareas de prevención y la imprescindible evaluación de las acciones que realizamos en todas estas áreas de la prestación de servicios. Destacamos también la importancia de contar con datos epidemiológicos de cada país y más específicamente de cada comunidad para la mejor planificación de nuestras acciones de salud en relación con los problemas causados por el abuso y la dependencia del alcohol y otras drogas.

El abuso y dependencia del alcohol y otras drogas es un fenómeno que continúa en expansión de acuerdo con numerosos datos estadísticos recientes.

Esto puede atribuirse a las contradicciones de nuestra cultura denominada occidental que contiene sectores que buscan reducir la prevalencia e incidencia de estos graves problemas de salud y seguridad públicas, y también incluye a otros que son promotores de la venta y la inducción al consumo de estas sustancias tanto legales como ilegales por niños y adolescentes sin importarles las consecuencias.

Hay, además, una tercera clase de personas que permanece indiferente a la expansión del problema, como si no se percataran de que en algún momento a todos nos toca una parte de la tragedia, aunque sea, indirectamente, a través del aumento de la violencia, y de los costos generales de salud que en algún momento generan estos pacientes.

EPIDEMIOLOGIA Y LA SIGNIFICACION DEL PROBLEMA DEL ABUSO DEL ALCOHOL Y DROGAS EN LA SOCIEDAD ACTUAL

La epidemiología es una disciplina que se ocupa de la recolección de datos que permiten conocer la frecuencia, la distribución y la evolución o las tendencias con que se presenta un fenómeno o problema en una comunidad o población determinada y en un tiempo dado. En el caso de las drogas legales e ilegales, tal como lo señala Tapia nos permite saber "la dimensión social de las adicciones". Esto es, en qué medida se han expandido en una sociedad, y cuáles son las enfermedades o trastornos con los cuales se asocian aumentando la gravedad del problema de salud del sujeto y los costos sociales. Además de los costos relacionados con la salud, existe un malestar y un costo relacionado con las violencias asociadas con el abuso y la dependencia del alcohol y drogas que no es fácil de estimar pero que es muy alto en todas las sociedades.

El uso de alcohol y drogas por parte de niños y adolescentes se reporta en expansión en la mayoría de los países llamados "occidentales". Y mientras se logra la reducción de las cifras relacionadas con alguna sustancia se denuncia el aumento del abuso de otras. En la mayoría de los países se reporta que la edad de inicio es cada vez más temprana es por ello que en la actualidad, además de la grave prevalencia e incidencia en los llamados niños de la calle, hay cada vez más niños, preadolescentes y adolescentes que abusan de alcohol y drogas. Y esto a pesar de los programas de prevención en diferentes países que han tenido escasa cobertura, incidencia, eficacia, o una combinación de todos estos factores.

En algunos países el abuso de alcohol por parte de adolescentes, así como de algunas drogas ilegales como la marihuana, se ha generalizado tanto que para algunos autores esto plantea la cuestión de

hasta dónde se puede calificar de patológico o de "normativo" el uso de estas sustancias por parte de niños y adolescentes. No obstante, para otros como el Grupo de Trabajo de Grant publicado por NIDA el hecho de que el uso de estas sustancias sea ilegal para niños y adolescentes las convierte en un fenómeno de abuso y, en consecuencia, desadaptativo en relación a las sociedades llamadas occidentales. El abuso de alcohol llega a cifras cercanas al 45% en la población general en algunos países, en tanto que hasta el 90-92% de los adolescentes experimentó (lo cual significa que se intoxicó o abusó si es menor) con alcohol en algún momento de su adolescencia. Para la marihuana las cifras son menores pero llegan hasta cerca del 35% en adolescentes experimentadores en algunos países, aunque tanto para el alcohol como para la marihuana las cifras de dependientes son mucho menores y las de abusadores es una categoría más difícil de delimitar pero que para el alcohol podría estar entre el 29% en los adolescentes mayores para descender entre los adultos al 10%. El uso de los inhalantes alcanza cifras altas en varios países y hasta el 10-15% reconoce haberlos usado entre los adolescentes de Estados Unidos, y constituyen un grave problema de Salud Pública entre los niños de la calle en América Latina. El uso y abuso del tabaco también crece entre los niños y adolescentes de la mayoría de los países a pesar del descenso experimentado entre los adultos de los Estados Unidos. El uso, abuso y dependencia de las otras drogas ilegales es menor pero sus repercusiones sociales son graves por su gran potencial adictivo como en el caso de la cocaína o los opiáceos. Las cifras de dependientes sin embargo no llega al 0,5-5% en la población de adultos, variando de acuerdo a las sustancias. En niños y adolescentes debe ser aún menor y no existen estudios a escala latinoamericana que exploren abuso y dependencia en todos los países. En muchos de ellos apenas se conocen los datos sobre el uso de las distintas sustancias. Sin embargo, otros países con más desarrollo en su sistema de salud y sus capacidades de investigación, tienen realizados estudios en distintas poblaciones que muestran cifras de abuso y dependencia para algunas poblaciones y ciertas sustancias.

La diferenciación entre el uso que se puede considerar "normal" y el abuso es la más difícil de hacer. Es tal vez por ello que se presenta con tanta frecuencia, para no decir que es universal, un retardo de unos cinco años entre el inicio del uso o el abuso y el momento en que el adolescente es generalmente traído a la consulta (más raramente la pide él mismo) cuando ya existen repercusiones clínicamente significativas en varios aspectos de su personalidad y su vida mental y relacional.

IMPORTANCIA DE LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS

Una de las dificultades más frecuentemente encontradas en América Latina era la carencia de estudios epidemiológicos sobre el uso, el abuso y la dependencia al alcohol y otras drogas. En la última década se ha producido un progreso importante en este sentido en la mayoría de los países latinoamericanos y se han realizado encuestas nacionales sobre la situación del uso del alcohol y las drogas, en muchos casos con la cooperación técnica y financiera de organismos internacionales o de agencias del gobierno de los Estados Unidos como el NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) o US AID (*Agency for International Development*) o de la Comunidad Europea, las Naciones Unidas y otros.

Una modalidad muy importante, además de la encuesta nacional que es de las que proporciona más información, pero es más costosa, es el desarrollo de las llamadas redes de vigilancia epidemiológica en abuso de alcohol y drogas. El propósito básico de estas redes de vigilancia epidemiológica es recopilar, compartir y diseminar información confiable acerca del abuso y la dependencia de drogas en una comunidad o ciudad. Esta información permitirá saber qué clase de drogas son utilizadas en una comunidad en particular y quienes son los usuarios de estas drogas. Se puede también recoger información que permitirá efectuar algunas inferencias acerca de cuáles son las consecuencias del consumo de estas diferentes drogas por las distintas poblaciones.

Otra información muy importante que pueden proveer estas redes de vigilancia epidemiológica cuando están establecidas y se tienen datos de diferentes años, son los patrones de consumo y su variación a través del tiempo.

La formulación racional de los planes y programas de tratamiento y de prestación de servicios para las distintas poblaciones de abusadores y dependientes de alcohol y drogas debería partir de la información proporcionada por estas redes de vigilancia epidemiológica que se establecen en las distintas comunidades. Lamentablemente, todavía sucede en algunos países y en ciertas comunidades latinoamericanas más que en otras, que los planes y programas de tratamiento y de prestación de servicios para los abusadores y dependientes de las distintas edades son realizados sin un adecuado análisis de las necesidades de las comunidades en las cuales van a ser aplicados. Es por esta razón que esta relación entre la investigación y la formulación de las políticas públicas sobre abuso de alcohol y drogas debería ser muy estrecha aunque no siempre se produce.

EPIDEMIOLOGIA Y CLINICA

Los datos aportados por las redes de vigilancia epidemiológica deben servir también para ayudar a pensar en los diagnósticos clínicos y a tener presente las necesidades de nuevos enfoques en la formación de los profesionales ante la aparición de nuevas drogas y/o nuevas formas de abuso de las mismas. Es más probable que se pueda sospechar y alcanzar el diagnóstico de abuso, y aún de dependencia, de una sustancia si se sabe que la misma es usada en una comunidad determinada y las formas en las que es utilizada. De esta manera se pone de manifiesto también la necesidad de compartir informaciones y del enfoque interdisciplinario imprescindible para tratar el abuso del alcohol y las otras drogas en todas las poblaciones, incluida la infanto-juvenil. Obviamente, los pediatras, psiquiatras, o psicólogos mejor informados de las drogas y formas de consumo predominantes en una comunidad determinada serán los que tendrán mejores posibilidades de plantearse la posibilidad del uso, abuso o dependencia de la misma ante un niño o adolescente que presenta ciertos síntomas o signos que tienen una relativa falta de especificidad. El trabajo de diseminar la información epidemiológica debe por ello ser cumplido adecuadamente, además de la formación de los profesionales de la salud para detectar los casos de abuso y dependencia del alcohol y las otras drogas.

Como lo sintetiza muy bien el material del NIDA antes citado el propósito de la evaluación de necesidades es:

- Definir los problemas.
- Determinar la magnitud de los problemas.
- Identificar los servicios actualmente existentes para atender a los problemas relacionados con el abuso del alcohol y drogas para las distintas poblaciones.
- Identificar la demanda de estos servicios.
- Determinar la falta de cobertura de ciertos problemas o poblaciones.
- Definir qué servicios y coberturas son necesarios para resolver las carencias y ayudar a priorizar los problemas para que los planificadores en salud y los responsables de los presupuestos estén mejor equipados para destinar apropiadamente los recursos.

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS

Se cuestiona la validez de las categorías diagnósticas utilizadas por el DSM IV y el CIE-10 para los trastornos relacionados con sustancias, especialmente, como se indicó antes, la categoría de abuso o uso nocivo.

Es importante, sin embargo, destacar que el DSM IV clasifica los trastornos relacionados con sustancias (se prefiere agregar "psicoactivas"), en trastornos por uso o consumo de sustancias, que incluye el abuso y la dependencia; y los trastornos inducidos por sustancias que incluyen a la intoxicación, la abstinencia y otros cuadros desencadenados por el uso de estas sustancias psicoactivas a partir de la predisposición del sujeto (en este caso del niño o adolescente). Entre estos últimos se incluyen las depresiones, trastornos del sueño, *delirium*, trastornos psicóticos de la alimentación, además del trastorno amnésico inducido por las sustancias psicoactivas.

Aunque no hay síntomas o signos específicos para detectar en la clínica si un niño o adolescente está abusando o dependiendo de estas sustancias, lo fundamental es mantener la sospecha de que hoy en día, cuando un paciente se presenta a la consulta con alteraciones significativas en cualquiera de las áreas del comportamiento, del afecto y de sus capacidades cognitivas (luego de haber tenido un nivel o rendimiento normal) se deben investigar los trastornos por uso de sustancias psicoactivas. En la actualidad, como se señaló en otro lugar, la confirmación de nuestras sospechas, que pueden surgir de los instrumentos de evaluación estandarizados, se hace más fácil por la disponibilidad de sensibles análisis de laboratorio en orina o sangre.

A pesar de las consideraciones anteriores, a continuación se transcriben las definiciones relacionadas con abuso, dependencia e intoxicación del DSM IV, dado que se encuentran entre las más utilizadas.

El DSM IV define como dependencia de sustancias a un patrón desadaptativo de consumo de una sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos. Establece siete criterios, destacando que se necesita contar con por lo menos tres de ellos para hacer el diagnóstico y una duración mínima de 12 meses de los mismos.

El abuso es definido de similar manera, pero exige la presencia de uno solo de los ítems o criterios por un período de 12 meses.

La idea o el concepto central del abuso o la dependencia es que el niño o adolescente pierde su adaptación, y la continuidad de su desarrollo en algunos aspectos, y experimenta, aunque pueda querer negarlos u ocultarlos, malestares o pérdida del rendimiento en algunas áreas de su funcionamiento mental, relacional o social.

La intoxicación es definida como un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su exposición o ingestión reciente, destacándose que diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.

La abstinencia es definida como la presencia de

un síndrome específico asociado a una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

EL CRECIENTE USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

La experimentación con el alcohol se expande en los jóvenes y también, cada vez más, entre las jóvenes adolescentes que obtienen de esta manera una "ventaja" poco saludable de las mayores libertades y del menor control parental conseguido a partir de las luchas feministas en reclamo de igualdad. En general, en la mayoría de los países occidentales, las niñas y adolescentes han obtenido también una creciente igualdad para sus "salidas" diurnas y nocturnas con o sin el consentimiento, pero con la tolerancia parental, y una gran presión de la "nueva cultura". Aunque esto ha desatado en varios países de América Latina discusiones y aun algunas tímidas leyes u ordenanzas de control de permanencia de los menores en las discotecas o en las calles, la realidad es que es en Estados Unidos donde se han puesto en vigencia verdaderos "toques de queda" para menores que consiguieron reducir en varias ciudades algunas de las consecuencias adversas de las experimentaciones con alcohol y drogas, especialmente amparadas por la llamada "nocturnidad". Es así que en varias ciudades de los Estados Unidos se ha comprobado que el limitar la presencia de menores en las calles y establecimientos públicos hasta la medianoche o hasta las 23:00 h ha disminuido significativamente las tasas de asesinatos cometidos por adolescentes o contra adolescentes y también la de accidentes, así como otras faltas, delitos y numerosas otras conductas destructivas o autodestructivas incluyendo el suicidio.

El fenómeno se extiende cada vez más en toda Latinoamérica y en los demás países occidentales, a partir de sus comienzos con los anuncios de compañías tabacaleras induciendo a las mujeres a fumar como un "símbolo de independencia" para extenderse en la actualidad al alcohol y aún a las drogas ilegales. En la mayoría de los países la prevalencia y la incidencia del uso, abuso y dependencia entre ambos géneros, que diferían de 1 a 5, tienden a acercarse cada vez más, lográndose ya la igualdad de uso, abuso y aun dependencia en algunas comunidades.

Aunque en algunas comunidades latinoamericanas aún se puede detectar la persistencia de los modelos tradicionales de las funciones y roles para cada uno de los sexos, con el correspondiente factor de menor exposición de las jóvenes, la tendencia

que se va haciendo predominante es la que describe una escalada hacia la igualdad de las tasas en parte promovida por la industria de las drogas y por otra por la llamada industria del espectáculo o de los clubes nocturnos que en la actualidad aceptan y aún promueven que vayan mujeres solas o en grupos.

Hay que destacar además que el efecto del alcohol y, presumiblemente, el de otras drogas, es más intenso y deteriorante en las mujeres que en los hombres por razones metabólicas (dependientes del diferente sistema endocrino) y no solamente por razones psicosociales o comunitarias.

GENESIS DEL ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS

Ya no existen dudas en la actualidad acerca de que el componente genético marque la severidad de la dependencia y en consecuencia estemos, como de antemano, ante dos poblaciones diferentes, o con distinto nivel de vulnerabilidad en función de la distinta capacidad de metabolización de las sustancias. Esto significa que está comprobado que influyen factores de vulnerabilidad o predisposición biológica además de los psicosociales y comunitarios. Se puede indicar entonces que en la génesis de los trastornos de adicción a sustancias psicoactivas intervienen:

- factores biológicos;
- factores psicológicos;
- comunitarios: el barrio en que se vive es el indicador más claro acerca de qué tipo de drogas se pueden consumir y el probable patrón de consumo;
- sociales: en el sentido de la influencia de la sociedad más amplia que actúa sobre la comunidad en la que vive el sujeto.

En función de la evidencia acumulada, algunos autores proponen también en la actualidad diferenciar los factores de riesgo para el abuso de alcohol, y, posiblemente, de otras drogas de aquellos que conducirán a la dependencia y que estarían marcados, en este último grupo, por una carga genética imprescindible que, sin embargo, debe interactuar con los factores ambientales para activarse o mantenerse inactiva. Aunque como lo señala muy bien Materazzi la apertura hacia la participación social es un componente fundamental de la definición posible de salud mental, en este caso esta mayor apertura de las adolescentes hacia lo social no puede ser adecuadamente incorporada o integrada a la personalidad por falta tal vez de ayuda parental y social. Las conduce hacia actividades y comportamientos autodestructivos que son protegidos por sectores sociales que lucran con ellos. Divulgados, inducidos y defendidos por amplios sectores de los medios ma-

sivos de comunicación que tienen como clientes a estos sectores que lucran con las drogas legales o son ganados por la ideología de pseudolibertad que forma parte del marketing de las compañías fabricantes de drogas legales y, por supuesto, de los distribuidores o *dealers* de drogas ilegales que promueven la salida del control parental y familiar.

LA PERSONALIDAD PREADICTIVA

Una discusión que, de alguna manera, se relaciona con la referida a los factores de riesgo y de protección es la que se refiere a la existencia o inexistencia de lo que muchos autores llaman una personalidad preadictiva.

Existen algunos autores, a partir de la postulación del alcoholismo como enfermedad "primaria" y, eventualmente también de las demás adicciones, que piensan que pueden darse sin ninguna personalidad premórbida o preadictiva. En este caso el énfasis de la determinación del alcoholismo y del abuso del alcohol y otras drogas se pone en ciertas carencias o disfunciones biológicas que se desencadenarían ante situaciones de estrés incrementado. Se usa por analogía, en este sentido, la diabetes infanto-juvenil, de desarrollo temprano y que es la forma que tiene una indiscutible base y determinación biológicas y hereditarias.

Hay muchos elementos que indican que no cualquiera se puede volver un dependiente y que, desde tasas muy altas de abuso de alcohol en la adolescencia (entre el 90-92% alguna vez durante la adolescencia y hasta el 35-45% en los adolescentes mayores), estas tasas descienden mucho y tienden hacia el 10% de abusadores y un 1 a 5% de dependientes en los adultos que ya están con una personalidad más estable y más adaptada socialmente.

FACTORES DE RIESGO

Factores psicológicos de riesgo

Los rasgos de personalidad y de comportamiento más frecuentemente observados en los jóvenes abusadores, dependientes o de alto riesgo son:

- Una tendencia marcada a la dependencia (o falta de adecuada autonomía o individuación correspondiente a la edad).
- Impulsividad (dificultad para controlar los impulsos, tanto agresivos, como sexuales, y todos aquellos relacionados con la descarga del odio o de la obtención de satisfacciones).
- Dificultad para controlar los impulsos a pesar de tener conciencia de que satisfacerlos va a produ-

cir consecuencias negativas tanto desde el punto de vista de la salud biológica, psicológica o social. Estos niveles están en parte ligados a factores genéticos tal como se señaló anteriormente. La genética marcaría la magnitud de trabajo (intensidad) y la cantidad de enzimas y neurotransmisores que un sujeto pone en acción ante diversos estímulos (esto es lo que en psicología se tendía a llamar el *temperamento*).

- Dificultad para obtener satisfacciones saludables, como alternativa a la sensación de "vacío" o de no valía (desvalorización del sí mismo) que muchos de estos niños y adolescentes sienten y que tratan de ocultar, o calmar con el uso inadecuado de las sustancias psicoactivas.

- Trastornos más o menos severos de la autoestima que tienden a insistir y a requerir dosis cada vez más altas en los periodos de más estrés o conflictos y cuando hay tolerancia de las drogas. El trastorno de la autoestima, muy frecuente en estos niños y adolescentes está ligado a las depresiones llamadas narcisísticas (es decir, a la imagen negativa de sí misma, además de los factores biológicos constitucionales).

- Carencia de una imagen suficientemente integrada de sí mismos (lo que E. Erickson llamaba *trastornos de identidad*). Esta falta de una imagen adecuadamente integrada es característica de los trastornos severos de personalidad, especialmente de los *borderline*, que tienen un núcleo depresivo importante con rasgos psicóticos que tienden a desencadenarse al ser inducidos por el uso de las drogas.

- Agresividad más o menos encubierta o manifiesta contra los otros y contra sí mismo, siendo el mismo abuso o dependencia de las drogas una manifestación de esta autodestructividad. La combinación de timidez con agresividad manifiesta ha sido hallada en un estudio prospectivo como indicador de alto riesgo de abuso y dependencia de alcohol y drogas, comparado con un grupo control.

- Angustia más o menos intensa, que algunos tienden a calmar usando marihuana o mediante la combinación de benzodiazepinas usadas abusivamente y otras sustancias depresoras como el alcohol.

- Intensos sentimientos de culpa que abruman a estos individuos por momentos. Estos son más o menos marcados de acuerdo a la importancia de los signos de trastorno disocial o antisocial de la personalidad.

- Predominio de un tipo infantil de pensamiento de tipo maniaco-depresivo, que se rige por la llamada ley del todo o nada, y que se expresa en las oscilaciones afectivas y valorativas extremas respecto de sí mismo y de los otros. Cualquiera, y él

mismo, pasan de ser maravillosos o súper, como dicen los chicos, a ser una basura, o algo que no vale la pena ser considerado ni dignamente tratado. Muchos de los niños, adolescentes, o aun adultos que se acercan al tratamiento por trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas comunican estas ideas y afectos de sentirse "una basura" o "nada".

Las psicoterapias que operan sobre estas formas de pensamiento son, principalmente, la psicodinámica, la cognitiva (de una manera más esquemática) y la interpersonal, y van a resultar de gran utilidad para disminuir los autoataques, las sensaciones depresivas, las ideas de desvalorización y de inseguridad. Junto con la medicación antidepressiva y, en algunos casos, antiangustiosa, van a facilitar la abstinencia y el cambio de vida de estos niños y adolescentes y su posibilidad de construirse proyectos de vida más satisfactorios, autonomizantes, aunque con el dolor de la renuncia a lo imposible. Es decir deben aceptar que no se puede tener todo el placer, ni lograrlo continuamente o en el momento deseado.

- Dificultades graves para expresar sus afectos e ideas y para sostener relaciones positivas con las personas. Esto se detecta en la gran dificultad que tienen para hacer amigos y, especialmente, para darle continuidad a las relaciones positivas con los amigos más sanos, así como para hacer una pareja estable adecuada.

- Que el niño o adolescente no se guste a sí mismo, que padezca enfermedades severas, o que haya experimentado abuso sexual o físico también aumenta el riesgo de que abuse o se torne dependiente de las drogas.

- El haber experimentado pérdidas o duelos, o estrés muy intenso que no pudieron ser integrados por el niño o el adolescente por su magnitud, significación y el momento y el modo en que ocurrieron.

Factores familiares de riesgo

1. La presencia en uno o en ambos progenitores, o abuelos, de trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas. El nivel de insatisfacción que manifiestan los niños o niñas que viven o vivieron con estos padres es muy alto y contribuye al riesgo adicional así como para la comorbilidad con depresiones severas.

2. La presencia en los padres, o abuelos, de personas con trastornos depresivos severos y de personalidad antisocial.

3. La presencia de desaveniencias conyugales persistentes (con violencia intrafamiliar) que no posibilita al niño/a o adolescente el afecto que requiere y los límites apropiados para que pueda cons-

truir una personalidad suficientemente estable y segura de sí misma y de su relación con los otros.

4. Que el hijo sea utilizado por uno de los padres, más frecuente se da en las madres, como soporte para sostener su depresión. Es decir, es un "elemento" que la "completa" o sostiene ilusoriamente, en tanto que el padre suele estar real o psicológicamente "borrado" de la escena familiar.

5. La falta de un adecuado "monitoreo", o seguimiento, de las relaciones, actividades, amistades, ideas, deseos y preocupaciones de los hijos. Esto constituye un doble riesgo porque los niños/as tienen más tiempo para experimentar repetidas veces alguna sustancias sin ser advertidos y, por otro lado, porque esto perjudica o retarda las posibilidades de un diagnóstico temprano.

Factores comunitarios de riesgo

La situación de pobreza de la familia. Aunque se suele decir, y es cierto, que el abuso de alcohol y drogas se da en todas las clases sociales, es indudable que la pobreza impone condiciones de estrés y de menor preparación que favorecen el abuso de alcohol y drogas. La violencia es también un factor frecuentemente asociado con la pobreza y con el abuso de alcohol y drogas.

La disponibilidad física y la accesibilidad psicológica de las drogas. Hay que diferenciar estos dos factores. Una cosa es que una droga esté físicamente disponible y otra que una persona esté psicológicamente dispuesta a usarla. La accesibilidad física favorece el abuso y la dependencia, por eso, como ya se dijo, las sustancias más accesibles son las más abusadas y las que generan más dependencia. En cuanto a la disposición al uso se asocia con la imagen que se hace la persona de lo que la sustancia le va a proporcionar y del nivel real o imaginario de riesgo al que está dispuesta a exponerse para obtener ciertos beneficios reales o imaginarios. Este factor depende en alto grado también de la valoración social que la comunidad hace de las sustancias que van a ser abusadas.

El manejo de los medios masivos de comunicación social produce una diferencia marcada en cuanto a la conciencia de peligrosidad que puede o podría tener el abuso de las sustancias psicoactivas.

FACTORES DE PROTECCION DEL ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS

Si se señaló antes que en la génesis del uso, abuso y dependencia se pueden reconocer factores provenientes de distintos campos y que deben ser

estudiados con diferentes métodos o técnicas, lo mismo ocurre con los llamados factores de protección. Entre ellos se destacan:

Biológicos. Entre éstos se puede mencionar la herencia, y la mayor o menor reactividad y capacidad de metabolización, o de obtener satisfacción, goce o recompensas con ciertas sustancias. Este nivel de la reactividad biológica que está en gran parte determinado genéticamente parece influir marcadamente en el riesgo de padecer un tipo de dependencia de sustancias, tal como pasa con un tipo de diabetes que está más marcada por la herencia. Otras formas son de comienzo más tardío, menos severas y están más bajo la influencia de los factores ambientales.

Psicológicos. Estos son los factores dependientes de las relaciones de un sujeto y que le resultan estructurantes. Son las conformadoras de la personalidad. De sus fortalezas y de sus deficiencias. De su capacidad para reaccionar de un modo u otro ante los conflictos y, en última instancia, de poder resistir o no a la oferta continuada de alcohol y drogas por parte del medio social más amplio y, especialmente, de su grupo de pares. De sus tendencias genéticas hacia los trastornos afectivos, y aun los psicóticos y antisociales. Y también de lo que en la actualidad se tiende a llamar *resiliencia*, un término tomado de la física de los metales, que es la capacidad para volver al estado anterior luego de sufrir intensas presiones o traumas de gran impacto. Estos episodios traumáticos de fuerte impacto tienen una gran frecuencia en la población de niños y adolescentes abusadores o dependientes de sustancias y en algunas estadísticas se indica que hasta el 50% de la muestra de abusadores severos o dependientes registraba haber sido abusada sexualmente o haber experimentado violencia física grave.

La familia. Es el ámbito de las relaciones estructurantes fundamentales, aquellas que se mantienen con los padres y también con los hermanos y otras personas significativas. Se produce aquí una "herencia" de rasgos que no son genéticos en el sentido de los genes, sino que se refieren a la transmisión de cierta capacidad de autonomía y de ciertos grados de dependencia. Las madres, o los padres, que tienen severos déficits narcisistas, y grave psicopatología aunque parezcan socialmente adaptados, tienden a convertir al hijo o hija en una "cosa" que depende de ellos ya que es su única o fundamental fuente de satisfacciones. En ocasiones, esa hiperdependencia infantilizante generada por la madre o ambos padres, deja de servirles cuando éstos, por ejemplo al volver a rehacer pareja o abrazar con pasión una profesión, buscan más libertad o auto-

mía para sí mismos. Entonces el adolescente sufre la gran depresión de la crisis del abandono de esta hiperdependencia al vacío casi continuo. Además esto suele acompañarse en muchas madres, o ambos padres, *borderlines*, con enunciados descalificatorios que lo signan o ubican como una "basura", como algo que no tiene valor y que no merece ser querido por nadie. Ni por él o ella mismo/a. Antes en la infancia les habían hecho sentir los padres más maravillosos del mundo. Poder integrar estas dos imágenes, y estos dos órdenes de enunciados que tienen una potencia perturbadora y desvalorizante es una ardua tarea para muchos adolescentes. La psicoterapia prolongada puede ser imprescindible para estos casos con trastornos de la personalidad severos. Cuando la angustia, la depresión y la tendencia a la despersonalización son intensos la medicación psicofarmacológica es necesaria.

Comunitarios y sociales. En este caso se agrupan aquí factores que son parte del entorno social más amplio y que están más allá del grupo familiar del niño o del adolescente. Hablamos por ejemplo del grupo de amigos (también llamado grupo de pares), del ambiente institucional académico o laboral en el que se desarrolla y de la influencia muy importante de otras instituciones sociales y modelos sociales cuya presencia frecuente directamente o a través de los medios masivos de comunicación que ejercen de esta manera un efecto patógeno al vehicular la idealización fácil del éxito, y al ubicar en primera plana como modelos exitosos a los delincuentes, adictos y mentirosos de todo tipo, dando escaso espacio para la valoración social del esfuerzo para lograr mejores niveles de vida, de los valores como la honestidad, la integridad personal, el amor y la solidaridad para con los otros.

Escolaridad. Otro de los factores protectores del abuso de alcohol y drogas es proveer de escolarización adecuada a los niños y adolescentes.

Una buena escuela o colegio no solamente da elementos positivos para construir una personalidad más sana, reforzando y ampliando los que el niño trae desde la familia, sino que también tiene profesionales suficientemente capacitados para realizar la detección temprana de los niños o adolescentes que están presentando problemas y, entre ellos, aquellos que están abusando de alcohol y otras drogas.

ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD QUE TIENEN FUNCIONES DE PROTECCION

Entre los factores de la personalidad que tienen una función de protección se pueden mencionar:

La adecuada o positiva tolerancia a la frustración y la capacidad de perder y renunciar a ciertas satisfacciones. Esta capacidad que se va adquiriendo progresivamente en la medida que los padres van "enseñando" a los hijos a tolerar las frustraciones y a renunciar a ciertas satisfacciones, puede ser diagnosticada ya desde la niñez y aún más claramente en la adolescencia, momento del desarrollo en que la dificultad para renunciar a ciertos objetos de satisfacción pone más presión sobre los padres.

La capacidad para la verbalización de los problemas. Contrariamente a lo que señalábamos como un factor de riesgo que era la dificultad para expresar afectos e ideas, esta capacidad de verbalización de frustraciones y conflictos, y de los afectos implicados, así como de pedir ayuda tiene un efecto de protección importante contra el abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. Los que carecen de esta capacidad o la tienen en bajo grado tienen, en contrapartida, una gran tendencia a la actuación, a expresar y resolver sus problemas mediante la acción, y suelen involucrarse en numerosas conductas inaceptables para su medio académico, laboral, familiar o social más amplio.

El logro de una identidad firme, consolidada y estable. Requiere el establecimiento de objetivos claros en la vida y orientados a fuentes de satisfacción socialmente aceptables (un proyecto y objetivos de vida logrados).

El logro de las capacidades propias de la psicología adulta, en el caso de los adolescentes mayores, o de las conductas apropiadas a la edad en los niños. Entre éstos se encuentra la competencia para resolver problemas, y la capacidad de mayor estabilidad ante los mismos. Para ello se requiere, lógicamente, cierto grado de inteligencia y de indemnidad cognitiva que es atacada por las drogas de abuso.

El establecimiento de un conjunto de valores personales que le den sentido a la vida, sirven para apreciar los logros y le permiten a los sujetos sobreponerse a las dificultades.

La capacidad de relacionarse con los demás, aceptándolos como diferentes de sí mismo. Como quienes tienen o pueden tener valores, gustos, y opiniones, diferentes de la suya. Esta capacidad, relacionada con la flexibilidad, facilita las buenas relaciones no solamente con los padres, sino también con los amigos o el grupo de pares más sano que se caracteriza por tolerar mejor la variedad, la diversidad y la libertad, a diferencia de los grupos

patológicos que son más autoritarios que son más rígidos, uniformistas y tienden a someterse y a someter a sus integrantes.

El logro de una autonomía intelectual y afectiva relativa de los padres reales e imaginarios. Esta capacidad también forma parte de lo que Blois llamará *el segundo proceso de individuación de la adolescencia*.

La capacidad de alcanzar un equilibrio entre las presiones que le impulsen hacia la obtención de ciertos logros y la aceptación de sí mismo, de sus padres, de sus pares y otros, manteniendo, al mismo tiempo su propia autonomía relativa de tiempos, valores y estilos.

Alcanzar la flexibilidad antes señalada para exponerse también a una gama amplia de conductas, actitudes y actividades, que pueden resultar de utilidad para lograr adecuadas relaciones y objetivos en la vida.

La capacidad para alcanzar, definir y sostener sus diferencias individuales (lo que le permitirá tener autonomía ante grupos patológicos) y para realizar, en la medida de lo posible, su propio "proyecto y objetivos de vida" renunciando a los aspectos imposibles de sus ideales grandiosos de la infancia. Estos ideales, como muy bien lo señalara Freud, y luego lo estudiara en profundidad Blois, están presentes en todos nosotros como herencia del narcisismo o grandiosidad de un aspecto de nuestros padres. Pero depende de la salud mental de estos para desidealizarnos en la medida adecuada y no sostenemos la ilusión de identidades perfectas y del posible logro de satisfacciones continuas imposibles. Este goce continuo, sin límites, imposible, es el que se busca con las sustancias psicoactivas.

FACTORES FAMILIARES DE PROTECCION

Entre los factores familiares de protección puede mencionarse:

La existencia de una adecuada triangulación, es decir, que en la tríada madre-hijo-padre, cada uno ocupe su lugar y sus funciones de acuerdo a su cultura sin anular al otro.

La existencia de una buena comunicación en la pareja y en la familia.

● **Condición de padres.** Que ninguno de los padres sea abusador o dependiente de drogas.

Actitud de reconocimiento de los padres. Que los padres sepan estimular y reconocer los logros a sus hijos e hijas. Es importante que este reconocimiento pueda ser expresado también de manera verbal y con la carga afectiva congruente, y no solamente con objetos materiales.

Colaboración de los padres en el desarrollo de los hijos. Que los padres puedan colaborar para desarrollar en sus hijos el sentido de la disciplina, la continuidad, la perseverancia, las que junto a la estabilidad, son condiciones necesarias para alcanzar logros y superar las adversidades de la vida.

FACTORES DE PROTECCION COMUNITARIOS

En cuanto a los factores de protección comunitarios, pueden mencionarse:

El control del acceso de los menores y adolescentes a las sustancias psicoactivas. Se sabe que cuanto mayor es la accesibilidad, mayor es la prevalencia y la incidencia del abuso y dependencia de estas sustancias psicoactivas. Esto contradice las tesis de quienes dicen que es la curiosidad de lo prohibido el principal motivo de búsqueda de las drogas y de quienes promueven una legalización sin controles, la cual, seguramente, al aumentar la disponibilidad, incrementaría los niveles de abuso y dependencia de las sustancias legalizadas puestas en el mercado "abierto".

El manejo responsable de la información. La divulgación de las consecuencias de los trastornos relacionados con el uso o inducidos por sustancias psicoactivas en los medios de comunicación social es muy importante. Muchos medios no tienen una línea editorial clara al respecto y emiten mensajes contradictorios y hasta inductores del uso y abuso de las drogas, tanto de las legales como de las ilegales.

IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO TEMPRANO

Uno de los problemas más importantes de salud pública que atraviesa toda América Latina y también en alguna medida los demás países occidentales es que los trastornos relacionados (abuso, dependencia) o inducidos por sustancias psicoactivas (intoxicación, abstinencia, psicosis, depresiones, etc.) son diagnosticados generalmente varios años después de que el proceso ha iniciado su curso. Hay, de

acuerdo a la experiencia de varios autores, un retardo de unos cinco años entre el momento o el período en el que se inicia la experimentación y el pedido de una consulta por parte de los padres o de las autoridades judiciales.

Los niños o los adolescentes concurren a la consulta generalmente presionados u obligados por las autoridades de las instituciones educativas o judiciales cuando cometieron transgresiones graves.

En otras ocasiones, son los padres quienes solicitan las consultas al notar que hay una caída notoria en el rendimiento académico que, para ese momento, suele tener ya unos años. Los padres que ejercen un mayor control o monitoreo—sin que ello signifique que sean autoritarios o sobreprotectores—detectan que esta caída del rendimiento, asociada a otros signos está vinculada a algún tipo de problemas y, generalmente, se asocia con un cambio de grupo de pertenencia. Esto porque el niño o adolescente gradualmente, o generalmente al perder un año, se va integrando a los grupos de menor rendimiento académico que son, al mismo tiempo, aquellos en los que existe mayor prevalencia e incidencia de psicopatología más severa, y tiende a manifestar cada vez más conductas disruptivas o transgresivas que los lleva a enfrentarse cada vez más a los padres cuando éstos intentan interferir con sus salidas con estos grupos de pares con rasgos negativos o psicopatología notoria. Por supuesto, en las familias con bajo nivel de control o monitoreo estas confrontaciones no se producen porque los padres no están, o se encuentran poco con los hijos y apenas intercambian información.

Este tipo de problemas se vincula con el referido a la llamada "puesta de límites", o la deficiencia en la vigencia de la autoridad parental, y está por lo general más notoriamente presente en aquellas familias en las que falta el padre. Pero la sola presencia física del padre biológico no basta para cambiar la situación, ya que se requiere una activa participación, complementaria, producto del diálogo que requiere un trabajo persistente de la pareja parental, para que se produzca eficientemente el cumplimiento de la función parental de ejercer estos límites en acuerdo y en co-participación con la función materna.

Los pediatras pueden y están llamados a cumplir un papel cada vez más importante en el diagnóstico temprano de estos procesos relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas. Son ellos los que pueden escuchar y orientar a los padres y, en los casos de severidad de mediana a grave pedir una interconsulta con los profesionales especializados. Pero en los casos menos severos los mismos pediatras pueden no solamente diagnosticar sino ayudarles a los padres a revertir el proceso promoviendo el

diálogo, el aumento del control, y el establecimiento de un sistema de premios y castigos para que los niños y adolescentes cumplan un sistema disciplinario facilitador de su crecimiento. Es deseable, en la mayor medida posible, que ellos participen y si es posible acuerden el sistema disciplinario. Pero cuando alguna medida es considerada fundamental por los padres y el menor las rechaza en defensa de su mayor autonomía aplicada a un placer espúreo o a la búsqueda del placer sin límites y sin responsabilidades es muy importante que por el propio beneficio de sus hijos los padres no cedan.

Como se señaló anteriormente, las nuevas técnicas de laboratorio hacen más fácil el diagnóstico temprano en este momento ya que, hasta hace una o dos décadas, no se disponía de métodos accesibles para salir de la duda acerca de la existencia del uso de las sustancias psicotrópicas con los sujetos que buscaban ocultar sus problemas. La mayoría de los que abusan o dependen de las drogas tienden a querer ocultar el problema porque éstas les proporcionan ciertos "beneficios" para su Yo o la imagen de su Yo (narcisísticos) porque les dan una sensación de potencia, energía y estabilidad que sienten que se derrumba sin las drogas y que no quieren reconocer porque les da vergüenza. Prefieren automedicar sus trastornos (depresivos, fóbicos, su inhibición y desesperanza, generalmente asociada con trastornos del sueño) antes que poder reconocerlos, comunicarlos y buscar ayuda porque este proceso es visto internamente (a veces inconscientemente) como una muestra de "debilidad" intolerable para ellos. Además de no querer mostrarse débiles, está el placer directo o indirecto que proporcionan estas sustancias psicoactivas y que los niños o adolescentes descubren en su período de experimentación.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO COMO UNA TAREA DE EQUIPOS

Ya se dijo anteriormente que en la actualidad existe la posibilidad de recurrir al auxilio del laboratorio de análisis clínicos o toxicológicos para determinar si el niño o el adolescente está o no usando sustancias psicoactivas. Y se mencionaba el tema de las posibles interconsultas que pueden iniciarse desde el pediatra hacia el psiquiatra o psicólogo o viceversa. El psiquiatra o psicólogo ante la pérdida de peso, de hábitos alimentarios, o de otros problemas somáticos puede requerir una interconsulta con el pediatra, o clínico general en adultos. El diagnóstico por imágenes (SPECT, resonancia magnética nuclear) y otros estudios como el electroencefalograma o los potenciales evocados proporcionan da-

tos inespecíficos pero que ayudan a establecer que la actividad cerebral presenta anormalidades o está padeciendo algún sufrimiento o daño. Lo que se plantea es que en la actualidad, y cada vez más, el diagnóstico, y también el tratamiento, en los casos de mediana o grave severidad, es una tarea de equipo y no una tarea individual.

El intentar operar en solitario y resolver todos los problemas sin la ayuda de ningún otro profesional refleja no solamente un desconocimiento de la complejidad del problema sino que puede ser considerado en algunos casos una auténtica falta de ética profesional al no posibilitar, impulsar o permitir, un adecuado diagnóstico lo más temprano posible que le ahorraría al niño, al adolescente, a su familia, y a la sociedad, sufrimiento y dinero.

ELECCION DEL TRATAMIENTO

Realizada una adecuada evaluación y un diagnóstico que permita operar ante los problemas, conviene intentar una correlación pertinente entre éstos, las características del paciente y la oferta de ayuda que se le hará.

Objetivos del tratamiento

Dos objetivos son considerados fundamentales (aunque no compartidos por todos los terapeutas ni todos los pacientes):

Buscar la abstinencia e intentar mantenerla. En quienes insisten en "probar" si pueden volver al uso normal de drogas legales, como en adolescentes mayores de edad pero aún en etapa de dependencia de sus padres, se puede indicar que la decisión de "probar" y, comprobar la teoría del riesgo que ello supone, es responsabilidad de ellos. Si vuelven a un uso excesivo o continuado ello debe llevar a indicar nuevamente la abstinencia.

Tratamiento de los problemas personales y familiares mediante la psicoterapia. Se debe realizar, al mismo tiempo, el tratamiento de los trastornos psiquiátricos o psicológicos (doble o triple diagnósticos) que interactúan con los trastornos relacionados con las sustancias psicoactivas.

La efectividad relativa de los tratamientos está comprobada en adultos para varios de estos problemas mencionados y depende en gran medida de la intensidad de los tratamientos realizados, lo cual no es equivalente a internación porque hay internaciones que tienen tratamientos poco intensivos. Se requiere psicoterapia intensiva hasta que los problemas de personalidad y adaptación estén suficien-

temente resueltos y el sujeto tenga recursos para resolver conflictos y obtener satisfacciones positivas. Dependiendo de la severidad de los trastornos psicopatológicos de base, la medicación psicofarmacológica será usada por un tiempo prolongado que puede llevar varios años en los casos más severos con historia familiar de trastornos relacionados con sustancias, angustia, psicóticos o afectivos como la psicosis maniaco-depresivas y los trastornos de personalidad severa.

La respuesta a muchos de los tratamientos planeados para niños y adolescentes, y aun para adultos, no está suficientemente comprobada, por falta de estandarización y suficientes ensayos clínicos o experiencia clínica sometida a evaluación. Cuanto mayor sea la edad de los adolescentes, sin embargo, se aplican los criterios y la experiencia de la clínica de adultos.

Se debe tener en cuenta algunos criterios para indicar el tratamiento que podría ser el más adecuado. Hay varios tipos de tratamiento para cada uno de los problemas que se pueda diagnosticar. Es preferible pensar los tratamientos como una tarea de equipo de profesionales y orientarse hacia los multimodales, evitando los dogmatismos.

Modalidades de tratamiento

Entre las distintas modalidades de tratamiento disponibles se puede mencionar, citando a Houston y Wiener:

Tratamientos en internación. La orientación es que sea cada vez más breve y para facilitar la desintoxicación y abstinencia inicial. Indicada en casos de severidad mediana o grave.

Tratamientos ambulatorios (en consultorios). Puede ser la modalidad predominante en casos leves o de mediana gravedad. Pueden combinar psicoterapia con algunos psicofármacos, y la indicación de terapias grupales.

Comunidades terapéuticas. Se trata de residencias con reglas muy estructuradas para niños y adolescentes con trastornos relacionados con sustancias y otros trastornos psicopatológicos muy severos. Estas instituciones tenían anteriormente programas más prolongados (de años), pero en la actualidad, por una combinación de factores, entre ellos la falta de resultados comparativamente mejores que otros tratamientos intensivos no residenciales a largo plazo, y el recorte de los gastos para programas de salud para los trastornos psiquiátricos, han sido abreviados. Tienen además en la actualidad una opción más amplia y más variada (por

ejemplo, las comunidades o centros de día, las de noche y otras modalidades alternativas).

Factores que influyen el tipo de tratamiento

En cuanto a la decisión del tipo de tratamiento a indicar, Rosen señala que algunos factores que deben influenciar la decisión son:

- Los patrones del abuso o dependencia de las sustancias.
- Los patrones del funcionamiento relacional y social y los trastornos de conducta antisocial del niño o adolescente (si tiene tendencia a escaparse de la casa, a cometer delitos o tiene antecedentes criminales).
- Problemas médicos (entre ellos el SIDA, hepatitis y eventualmente embarazos).
- La presencia de trastornos psiquiátricos severos en comorbilidad.
- El nivel de desarrollo del niño o el adolescente y los recursos que tiene para enfrentar problemas.
- El sistema de soporte familiar, su estructura y dinámica. La existencia de una fuerte negación o falta de capacidad de contención familiar o el abuso o dependencia de sustancias por parte de algunos de los progenitores o hermanos.
- La conducta académica del niño o adolescente y su comportamiento en la escuela, colegio o universidad. Se deben tratar y dar soporte educativo especial a aquellos que tengan trastornos del aprendizaje.
- Evaluar las vocaciones del niño o el adolescente.

Internación

En relación a la decisión de indicar la internación de niños o adolescentes con trastornos relacionados con sustancias psicoactivas se debe tomar en cuenta la severidad de estos trastornos o de los otros trastornos psiquiátricos asociados. Conviene considerar también lo que indican Houston y Wiener como criterios para indicar las internaciones de niños y adolescentes con trastornos por abuso de sustancias:

- Proteger al niño o al adolescente ante la posibilidad de que se produzca heridas, intente suicidio, o muera por intoxicación ante el uso excesivo de las sustancias de las que depende.
- Proveer asistencia a los fenómenos de abstinencia o a las complicaciones médicas debidas a los trastornos por uso de sustancias.
- Proveer mejores condiciones para una evaluación y un diagnóstico riguroso de las condiciones relacionales y de los trastornos explorados en niños o adolescentes con perturbaciones de severidad mediana a grave.

TRASTORNOS DUALES Y DROGADICCIÓN

Ha quedado demostrado que la psicopatología del paciente, en este caso del niño o adolescente consultante, es un factor de riesgo para el abuso del alcohol y otras drogas.

Dicho de otra manera, se sabe que padecer o tener una predisposición importante para padecer trastornos mentales favorece la posibilidad de abusar o depender de las sustancias psicoactivas.

Este fenómeno ha sido descrito o denominado también como comorbilidad o como trastornos duales. Arias señala que este concepto de comorbilidad ha ganado terreno en una forma extraordinariamente rápida luego de haber sido originariamente empleado en el campo de las patologías somáticas crónicas. Aunque este concepto tiene ventajas y desventajas. Entre las ventajas se puede mencionar que ayuda a tener presente que más de una patología o trastorno mental pueden estar interactuando en un momento dado. Pero no solamente ayuda en cuanto al diagnóstico, también tiene una especial utilidad para la indicación de los tratamientos. Estos tienden a ser de manejo más complejo, tanto más cuanto más trastornos tienden a asociarse y cuanto más tiempo de evolución tengan los mismos, así como de la severidad que presenten.

La comorbilidad ha sido originariamente definida como la coexistencia de más de un desorden en una misma persona durante un período de tiempo. Es un concepto eminentemente dinámico porque algunos trastornos son diagnosticados como algo incurable y un diagnóstico que permanecerá de por vida, hasta que se demuestre lo contrario, como la psicosis maniaco-depresiva, que puede asociarse a una distimia, o a un trastorno disocial o antisocial de personalidad y a uno o más diagnósticos de trastornos por uso o inducidos por sustancias.

COMORBILIDAD O PATOLOGIA DUAL

Como lo señala Ackerman, la mayoría de los clínicos no posee las condiciones físicas ni de formación necesarias para realizar el diagnóstico de los trastornos duales en consultorios ambulatorios, en cambio las tasas de diagnóstico dual son considerablemente más altas en las internaciones en el ambiente hospitalario, posiblemente porque se diagnostica más la patología, dada la mayor atención que se pone en una orientación clínica de evaluación integral más exhaustiva.

Otro beneficio del concepto de trastornos duales o comorbilidad es que sirve no solamente para efectuar un mejor seguimiento de los pacientes, de su

retención y cumplimiento de los tratamientos indicados, sino también para efectuar una adecuada evaluación de los desarrollos de estos distintos trastornos que el paciente presenta a lo largo del tiempo. Se puede pensar mejor cómo progresa el niño o el adolescente de su abuso o dependencia de sustancias y, al mismo tiempo, evaluar adecuadamente cómo ha progresado de su depresión. Esto, aunque ambos trastornos van a presentarse tan íntimamente relacionados que en muchos casos, seguramente en la mayoría, es casi imposible decir cuál fue el trastorno primario y cuál el secundario en cuanto al orden de aparición. La tendencia es a considerar que en general el abuso y dependencia de sustancias es un trastorno secundario, pero que, por lo menos teóricamente, podría presentarse en algunas personas, de cualquier edad, sin una psicopatología previa. En estos casos, la predisposición o rasgos de personalidad preadictiva tienen que ser muy importantes aunque requieran igualmente de factores desencadenantes y de la disponibilidad de las sustancias psicoactivas.

Conviene indicar además que así como la tendencia es a la politoxicomanía o al uso combinado de varias sustancias, tanto en niños y adolescentes como en adultos, la denominación de diagnóstico dual tiende a ser estrecha en la mayoría de los pacientes porque se les podría aplicar varios diagnósticos al mismo tiempo así como ahora se tiende a hablar de depresiones triples y ya no solamente dobles. Por ejemplo, en el caso de niños o adolescentes que presentan antecedentes y criterios para pensar en un trastorno maniaco-depresivo (aunque puedan no llenar todos los criterios diagnósticos de los manuales), y al mismo tiempo, tienen suficientes criterios para el diagnóstico de personalidad disocial o antisocial y presentan un trastorno por uso o inducido por sustancias. Obviamente, estamos ante casos en los que hay una multiplicidad de diagnósticos posibles.

Es en relación con esta multiplicidad de diagnósticos posibles que Angold indica que el término de comorbilidad tiende a ocultar o puede hacer parecer que están resueltos varios problemas de delimitación de diagnósticos que en la realidad no están suficientemente claros. Como lo señala este autor y otros, hay una falta de definiciones operacionales claras de varios trastornos psiquiátricos, en especial en el campo de la psiquiatría de la infancia y la adolescencia.

Otro factor a considerar es que, mayoritariamente, como lo muestra Bukstein, los trastornos tienden a presentarse en combinaciones múltiples y de distinto nivel de severidad, algunos de ellos en umbrales subclínicos para las categorías diagnósticas utilizadas, y otros aportes que señalan que los factores de

riesgo para diversos trastornos de la infancia y la adolescencia frecuentemente asociados son los mismos de acuerdo a varias investigaciones. Esto da fundamentos para cuestionar las demarcaciones y la multiplicación de diagnósticos cuando no existen agentes causales diferentes. Pero no se puede negar que existen combinatorias de síntomas, de comportamientos diferentes que requieren un diferente abordaje y que, en ese sentido, en cuanto a que hay que prestarle una especial atención a la presencia de estos signos y síntomas, a cómo interactúan generalmente complicando el curso, la evolución y el pronóstico de estos trastornos, así como indicando la necesidad de cuidados especiales en el tratamiento y la evaluación, es que el concepto de diagnósticos duales ha sido en la clínica un aporte operativo importante.

Esta dificultad para el diagnóstico de los trastornos por uso o inducidos por sustancias (para tomar la nomenclatura del DSM IV) ha sido anteriormente señalada en el campo pediátrico por Hoover, quien detectó cómo en numerosos casos de abuso de alcohol y drogas no solamente no se diagnosticaba adecuadamente el problema sino que no se exploraba ni diagnosticaba en los niños y adolescentes internados en salas pediátricas de hospitales generales dejando pasar una excelente oportunidad para detectar y tratar más tempranamente estos casos.

Otro problema adicional de las comorbilidades o diagnósticos duales es que frecuentemente uno de los trastornos, si no existe un diagnóstico cuidadoso, enmascara o encubre al otro. Es lo que ocurre frecuentemente con las depresiones o con los trastornos de conducta disruptivos, disociales o antisociales.

Las comorbilidades más frecuentes varían de comunidad en comunidad, y no sólo de país en país, pero se pueden citar como una referencia, aunque no generalizable a otros países, las que menciona Millin sobre comorbilidad de abuso de sustancias y en adolescentes. Este autor indica las siguientes cifras:

1. La comorbilidad con trastornos de conducta está entre el 42 y el 73%.
2. La comorbilidad con trastornos depresivos está entre 18 y 35%.
3. La comorbilidad con trastornos por déficit atencional con hiperactividad está entre el 8 y el 31%.
4. En la categoría de "otros" menciona a los trastornos de ansiedad que podrían estar presentes en cerca del 40%; trastornos por estrés posttraumático entre 8 y 19%, encontrándose una alta tasa del 50% de antecedentes de abuso sexual experimental por los abusadores de drogas. Cerca de un 20% de su muestra manifestaba signos claros de fobia social. Este estudio fue realizado en la Universidad

de Ottawa. Hay que indicar también la comorbilidad con las psicosis (tanto las crónicas como los estados psicóticos breves) y, en nuestra experiencia, con los trastornos por control de impulsos no especificados que concurren a la consulta predominantemente por actos agresivos. En un estudio que se realizó sobre comorbilidad de trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias en servicios públicos de psiquiatría, en el curso de diez años, el motivo de consulta más frecuente de estos adolescentes fue la agresividad o violencia contra la familia y los pares que al no poder contenerlos los encaminan hacia la consulta especializada.

La relación entre agresividad y abuso de sustancias en adolescentes ha sido estudiada, entre otros, por Moss, quien indica la mayor incidencia de trastornos por uso de sustancias entre los adolescentes que tienen una historia previa de agresividad y, al mismo tiempo, cómo el abuso de sustancias incrementa esta agresividad.

Las cifras y relaciones que se obtengan en cuanto a comorbilidades, también dependen en alto grado de la disponibilidad de distintas sustancias en diferentes comunidades, de la accesibilidad a los servicios de salud y de la capacidad de los profesionales de la salud para efectuar los diagnósticos de los trastornos relacionados o inducidos por sustancias psicoactivas.

FARMACOTERAPIA

La utilización de psicofármacos es una ayuda considerable para disminuir el sufrimiento de los pacientes con abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Los neuropsicofármacos se podrán utilizar en varias fases o etapas del proceso adictivo:

1. Durante las desintoxicaciones.
2. Durante los síndromes o estados de abstinencia.
3. Después de las desintoxicaciones y para intentar mantener la abstinencia o disminuir el *craving* (deseo muy intenso de usar la sustancia psicoactiva).
4. Para el tratamiento de la dependencia como enfermedad de base.
5. Para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos que dificultan la evolución favorable de los intentos de tratar la dependencia de las drogas.

La utilización de algunas medicaciones desarrolladas en los últimos años y otras menos recientes, no resulta una tarea fácil. En primer lugar, porque como lo señala Kalina, los dependientes tienden a ser extremadamente sensibles a los más mínimos efectos indeseables de los neuropsicofármacos y aún más, los rechazan de antemano por razones de ima-

gen. Dicen frecuentemente "me van a cambiar unas drogas por otras". Esto no es cierto en la mayor parte de los casos ya que una gran parte de las medicaciones que se citarán no tienen potencial de abuso o dependencia o lo tienen en muy baja medida. Tal es el caso de los antidepresivos, o de la misma clonidina o bromocriptina que son muy utilizados en el tratamiento posterior a las desintoxicaciones.

El rechazo de las medicaciones neuropsicofarmacológicas se basa también en la fantasía de muchos dependientes de que ellos no tienen ningún trastorno psiquiátrico y que tomar medicación psicofarmacológica significa, a criterio de ellos, ante los otros y ante ellos mismos asumir el rol de enfermos o, por lo menos, el de personas que necesitan de una ayuda por unos trastornos que pueden ser más o menos transitorios o permanentes.

Si usar medicaciones en esta población de dependientes de sustancias psicoactivas es difícil lo es más en niños y adolescentes en función de la falta de experimentación (de ensayos clínicos controlados previos) con la mayoría de los fármacos utilizados y por el hecho de que niños y adolescentes tienen en relación con los adultos diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas que hacen mucho más complicado predecir los efectos terapéuticos deseados.

Es muy importante tener en cuenta que la menor relación músculo-grasas lleva a una menor distribución de los fármacos y que debe evaluarse el mayor riesgo de toxicidad en los niños y en los adolescentes menores. Por otra parte, el metabolismo de ciertas sustancias, como los tricíclicos, es más rápido, en los niños y adolescentes menores que en los adultos. La ligazón de estos fármacos a las proteínas es menor por lo cual su disponibilidad para los receptores es mayor. Los tricíclicos deben ser dados a niños en tres dosis diarias, aunque a los adolescentes mayores se les puede dar en la misma forma que a los adultos.

No está de más repetir que antes de la utilización de medicación psicofarmacológica en los niños se debe obtener el consentimiento informado de los padres, y dar la mayor información posible a los niños y adolescentes, y realizar una completa evaluación clínica, incluyendo el estado del funcionamiento hepático y renal, presión arterial, talla, peso y ECG y EEG (electrocardiograma y electroencefalograma).

Fármacos

No existe un fármaco que pueda responder a todos los problemas de dependencia de sustancias, o, enfocándolo de otra manera, que permita tratar adecuadamente a las personas que tienen trastornos

relacionados con el uso o inducidos por las sustancias psicoactivas. Los fármacos van a ser escogidos en función de las sustancias utilizadas, del tipo de trastornos que presenta el paciente, y del nivel de severidad de los mismos. No obstante, y recordando que no se pueden generalizar estrategias o planes de tratamiento sino que éstos tienen que ser irrenunciablemente personalizados, ajustados a cada caso, se pueden citar algunas indicaciones de ciertos fármacos:

En desintoxicaciones:

Benzodiazepinas de larga vida media si hay ansiedad intensa (como alprazolam o clonazepam en dosis de 0,5 a 4 mg/día). Rosenberg indica la utilidad de la carga de diazepam en las desintoxicaciones por dependencia de alcohol (en dosis de cada dos horas el primer día y luego decrecientes hasta el cuarto o quinto día).

Carbamacepina (en adultos se usa en dosis de 200 a 800 mg/día). En niños se usa 20 mg/kg de peso. Cuando va a ser usada en niños, adolescentes, y aun en adultos, se requiere pedir un recuento celular completo, además de exámenes del funcionamiento hepático, renal, EEG y ECG.

Haloperidol: 0,01 a 0,05 mg por kg de peso en niños y 2 a 5 mg, 3 veces por día en adultos y adolescentes mayores.

Vitaminas y minerales. De acuerdo a lo que indiquen los exámenes complementarios, ya que en los casos más severos, estos pacientes llegan con importantes trastornos de la alimentación.

Parches de nicotina. De uso en el caso de dependencia del tabaco.

Después de las intoxicaciones (y para buscar mantener la abstinencia alcanzada durante las mismas):

Clonidina (antihipertensivo y agente simpaticolítico). Se usa en dosis de 0,025 a 0,1 mg/día en adultos. No hay estándares para niños y adolescentes. Disminuye el *craving* y la impulsividad. Rosenberg indica dosis de hasta 2 mg/día para la reducción del *craving* durante la abstinencia.

Bromocriptina (así como la amantadina y el pergolide, son agonistas dopaminérgicos). No existe un estándar para niños ni adolescentes tempranos. Se usa en dosis de 0,625 mg tres veces por día (un cuarto de comprimido de 2,5 mg) durante los primeros tres días, luego 1,25 mg tres veces por día entre el 4^{to} y el 7^{mo} día y se usa 2,5 mg tres veces por día entre la primera semana y la segunda o hasta el primer mes. En niños y adolescentes la dosis se debe ajustar por kg de peso.

(Otra posibilidad es alcanzar 5 a 10 mg/día en una sola toma diaria a la mañana en dosis únicas.

Naltrexone (para opiáceos y ahora aprobado también, desde 1996, para la dependencia de alcohol): 25-50 mg en adolescentes mayores y adultos. En niños ha sido más ensayada para el trastorno autístico con resultados dispares.

Bupropion (de efecto ansiolítico): 100 a 300 mg/día.

Metadona y buprenorphina. A utilizar en las terapias de sustitución.

Reducción del craving y tratamiento de la dependencia:

Antidepresivos y estabilizadores del humor:

Carbamacepina (resultados controversiales). La dosis de inicio en niños de más de seis años es de 100 mg/día, en los menores de seis, puede ser de 50 mg/día. En los adolescentes puede llegar hasta 1.200 como en los adultos.

Litio en dosis de 0,5 a 1,0 mEq por litro de litemia, lo que se suele lograr con 3 comp. de 300 mg tres veces por día. La dosificación en niños es de 150 mg (1/2 comp.) tres veces por día, hasta alcanzar los 900 ó más mg/día. Se requiere los controles de litemia que se deben hacer 12 horas después de la última administración. Se debe realizar además un control de las hormonas y el funcionamiento hepático y renal del paciente.

Naltrexone. Es un antagonista de los receptores opiáceos, y se usa en dosis de hasta 50 mg día ó 350 mg por semana en adultos. No hay experiencias clínicas controladas con niños o adolescentes menores de 18 años.

En el tratamiento de trastornos comórbidos más frecuentes:

Trastornos del sueño. En general se tiende a evitar el uso de las benzodiazepinas por su potencial de generar dependencia. En el caso de que se considere conveniente usarlas se recomiendan las de larga vida media tales como el clonazepam y el alprazolam. Para los trastornos del sueño que presentan la mayoría de los adictos conviene usar trazodone en dosis de hasta 100 a 150 mg por la noche, o zolpidem, en dosis de 5 a 20 mg por la noche, un hipnótico no benzodiazepínico cuyo potencial de generar abuso o dependencia no ha sido reportado hasta el momento.

Estos trastornos del sueño raramente faltan en las personas que abusan del alcohol y drogas. Tanto por las depresiones preexistentes, como por la acción de las sustancias psicoactivas combinadas, así como por la frecuente inversión del sueño que tienen por el tipo de vida desarreglada que llevan.

Trastornos de ansiedad. Es en estos casos en los que podría estar indicada la utilización del alprazolam, clonazepam, diazepam, y la buspirona antes señalada, que tendrían menor potencial de abuso o

dependencia que las benzodiazepinas de vida media más corta. También se puede utilizar la tioridazina en dosis acordes con el tamaño y peso del paciente.

Trastornos psicóticos. Además de la tioridazina (20 a 150 mg/día) ya señalada, entre los fenotiazínicos se sigue usando con buenos resultados antianagustiosos la prometazina (75 a 150 mg/día en adultos), se puede usar el haloperidol, y los llamados parcialmente atípicos como la clozapina y la risperidona, y atípicos, con menores efectos secundarios como la olanzapina.

Trastornos por control de impulsos. Se utilizan el litio, la carbamacepina, la oxcarbazepina y la clonidina.

Trastornos depresivos. Existen varios antidepresivos que han sido utilizados en ensayos clínicos con pacientes dependientes de alcohol y drogas mostrando que los que lo tomaban (comparando con el grupo control que tomaba placebo) lograban o mantener la abstinencia por más tiempo, o en otros estudios, si no mantenían la abstinencia, los pacientes mostraban un menor nivel de consumo (en cantidades) y menos frecuente que el grupo control. Los que han sido probados en ensayos clínicos con resultados positivos han sido la fluoxetina y la venlafaxina. Las dosis de los antidepresivos mencionados es de 20 a 80 mg/día para la primera en adultos, y de 100 mg diarios, la segunda.

La dosis de las medicaciones en niños no está suficientemente establecida mediante ensayos clínicos. Aunque M. Riddle y J. Walkup estuvieron a cargo en la División de Niños y Adolescentes de Johns Hopkins de ensayos clínicos con fluvoxamina, la que habría de ser aprobada para el tratamiento de las depresiones y de los trastornos obsesivo compulsivos. Pero no existen ensayos clínicos con niños y adolescentes en abuso de alcohol y drogas, aunque las nuevas regulaciones de la FDA (*Food and Drugs Administration* de USA) permitirán que los fármacos sean estudiados ya no solamente en adultos sino también niños y adolescentes en unos pocos centros autorizados para ensayos clínicos en neuropsicofarmacología.

PARTICIPACION FAMILIAR EN LA TERAPIA

Hacer que la familia participe del tratamiento del niño o del adolescente es imprescindible. Y, aun en adultos, que la familia se involucre o no en el tratamiento hace una diferencia tan importante que algunos encontraron en ensayos clínicos que las tasas de recuperación de quienes contaban con el apoyo familiar diferían en hasta 20 veces más que la de aquellos que no contaban con el apoyo y la participación de a familia.

Se ha señalado también que la inclusión de la familia debiera hacerse en todos los casos cuando se trabaja con niños y adolescentes y no solamente cuando el tratamiento atraviesa etapas de impasse o dificultades.

Las características de las familias, su estructura y psicopatología, puede determinar el desencadenamiento, aun la producción y el curso y el pronóstico de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas en niños y adolescentes. Aunque hay que cuidarse de poner toda la responsabilidad en la familia, porque se dan casos en los cuales a pesar de las intenciones conscientes de los padres, y de los esfuerzos auténticos que realizan, los niños o los adolescentes no consiguen abandonar la dependencia de las drogas. Posiblemente en estos casos el factor genético es muy importante y depende de una particular combinatoria de genes que puede venir de los abuelos y no necesariamente de los padres.

Un componente muy importante, y que suele ser dejado de lado en ocasiones, es proporcionar suficiente información sobre los problemas que han sido encontrados en el proceso de evaluación y diagnóstico y acerca del posible plan de tratamiento que podamos acordar con el adolescente y la familia. Es muy importante que más allá de una propuesta de tratamiento, se busque ciertos acuerdos básicos con los niños/as y los adolescentes y, por supuesto, con la familia que será una aliada fundamental en el tratamiento, a pesar de los "puntos ciegos" que tenga o de las resistencias que pueda oponer en etapas del mismo. Hay que lograr de parte de ésta, tratándose de menores, un "consentimiento informado" acerca del plan de tratamiento y, especialmente, de las medicaciones que puedan ser utilizadas.

Popper señala que en relación al consentimiento los padres deberían estar informados de:

- El propósito y los beneficios esperados del tratamiento propuesto (una estimación pronóstica).
- Una descripción del proceso de tratamiento.
- Una explicación de los riesgos potenciales del tratamiento ofrecido.
- Una comunicación de las alternativas existentes al tratamiento propuesto, incluyendo las diferencias de resultados esperables con la falta de tratamiento o con los otros tratamientos que fueron desechados o considerados de menor eficacia.
- Una información explícita de que puede haber un riesgo desconocido en estos procesos de tratamiento en niños y adolescentes, ya que se carece de estudios prospectivos suficientes acerca de la acción de estos fármacos sobre el desarrollo de los niños y adolescentes.

Como los niños y adolescentes pueden ser tratados con el consentimiento informado de los padres, y sin que ellos consientan formalmente, conviene

lograr un "asentimiento informado" para tratar de lograr al máximo posible una alianza terapéutica con ellos.

BENEFICIOS DE LA PSICOTERAPIA Y EL TRATAMIENTO COMBINADO. PRONOSTICO

Aunque algunos sectores de pensamiento más dogmático y otros con intereses económicos intentan negar el valor científico de las psicoterapias, éstas aportan beneficios imprescindibles para los niños, adolescentes y adultos abusadores o dependientes de sustancias psicoactivas.

Hay que recordar que el trabajo psicoterapéutico es casi "universal" si se toma en sentido amplio, ya que toda relación terapéutica contiene aspectos que se refieren a los instrumentos psicológicos como la persuasión, los señalamientos, las confrontaciones, el apoyo, y aún las interpretaciones, aunque el eje principal del mismo pueda ser en algún momento la medicación psicofarmacológica o la atención de algunos aspectos médicos urgentes. Pero en este punto nos referimos a la psicoterapia sistemática, que tiene una teoría y un método que la sustentan, que es fundamental se proponga objetivos claros que, en la mayor medida posible, deben ser compartidos por los pacientes.

Numerosas investigaciones clínicas muestran, a pesar de las dudas, la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas. Y el grupo de McLellan ha demostrado además que cuanto más intensivas, mejores son los resultados. También ha demostrado que más que las referencias teóricas de los terapeutas, lo que más se pone en juego y determina la calidad de los resultados es la propia personalidad y capacidad de los terapeutas ya que profesionales de similares corrientes producen resultados diferentes y otros de otras teorías generan iguales rendimientos a los mejores de otras escuelas.

Un criterio básico y fundamental del terapeuta de pacientes con abuso y dependencia de drogas, así como con otros trastornos psiquiátricos, va a ser poder diseñar una estrategia psicoterapéutica suficientemente flexible que se adapte a las condiciones del paciente que va a ser tratado y apunte a sus problemas prioritarios. En el caso del abuso de alcohol y drogas, este problema debe ser uno de los centrales en la relación, aunque, obviamente, no el único, y, en los casos más graves se debe buscar la abstinencia a partir de que los pacientes y la familia se convencen de que no pueden controlar a las sustancias psicoactivas y que estas toman el control del sujeto. Es decir la dependencia impide el crecimiento y la autonomización del sujeto y nuestra tarea será trabajar esta dependencia para facilitar el desarrollo,

la autonomía y la individuación psicosocial de los pacientes.

La psicoterapia con niños, adolescentes (y aun adultos) con abuso de alcohol y drogas se debería orientar a trabajar los que señalamos como los problemas psicopatológicos de estos pacientes:

- La necesidad de abstinencia.
- Las dificultades para tolerar la espera, la frustración y la simbolización, indispensables para el crecimiento y para ampliar el campo del pensamiento.

- La tendencia a la actuación, vinculada a la impulsividad.

- Las ideas, conductas y reacciones autodestructivas entre las cuales se incluye la propia autodestructividad.

- La dificultad para cuidarse a sí mismos ante estas conductas. Esto se relaciona con la aceptación de los propios límites y, entre otros, la importancia de aceptar la ayuda de otros que no sean las sustancias químicas.

- La dificultad para el reconocimiento y la adecuada expresión de los afectos tanto positivos como negativos (hostiles y amorosos) que tienden a ser actuados con escasa conciencia de su intensidad, origen y finalidad.

- La dificultad para las relaciones íntimas y para el logro de una adecuada relación de pareja (en adolescentes mayores) en la que se tienda a una integración del objeto amoroso y el objeto sexual en la misma persona.

- La dificultad para la sublimación. Es decir, la dificultad que tienen estas personas para encontrar satisfacciones en actividades de producción socialmente valorizadas y que representan vías desexualizadas (con una pos-posición de los deseos) y una renuncia al goce imposible y al inmediatez que caracteriza a las adicciones.

Por último, conviene señalar que las psicoterapias deben también estar orientadas, desde el inicio a promover las transferencias positivas hacia el equipo terapéutico, y a destruir los prejuicios hacia la medicación psicofarmacológica en los casos en que esta sea necesaria o conveniente.

Los tratamientos combinados de psicofármacos y psicoterapias son los más practicados según Kaplan S. y Sadcock B., aunque la teorización acerca de las mismas es todavía insuficiente, además de tropezar con importantes dificultades metodológicas. No obstante ello, conforme lo señalan estos autores, varios trabajos han demostrado resultados superiores de la combinación de psicoterapias programadas y medicación psicofarmacológica que cualquiera de estos tratamientos practicados aisladamente. Esto porque la psicoterapia aislada no puede retener a muchos pacientes que sufren intensamente

y no pueden esperar a aprender o desarrollar otras capacidades antes de calmar su dolor mental, su angustia o su depresión, en tanto que los psicofármacos sin la psicoterapia no alcanzan para ayudar al niño o adolescente a recuperar la confianza en sí mismo, ayudarlo a integrar su deteriorada o contradictoria sensación de identidad, ni a desarrollar nuevas capacidades para seguir avanzando en la vida y para alcanzar las formas socializadas positivas de satisfacción. Esta combinación de recursos, junto con ocasionales períodos de internación durante posible recaídas o "resbalones", constituyen para numerosos autores, "la mejor opción de tratamiento".

PREVENCION

Aunque se ha gastado una enorme cantidad de dinero buscando diversos modelos de prevención que pudieran ser aplicables para los problemas relacionados con sustancias, la mayoría o todos han demostrado que tienen una validez limitada y que, como los tratamientos, los programas que funcionan deben ser diseñados y ejecutados de acuerdo con la comunidad y las instituciones con las que se trabajará buscando implicarlos en la mayor medida posible en una alianza de trabajo.

Adger describe algunos de los modelos más difundidos en cuanto a la prevención del abuso de alcohol y drogas señalando que una de las consecuencias más compartidas es que las campañas o programas basados exclusivamente en la información demostraron, en algunas evaluaciones un bajo rendimiento. Otra observación muy inquietante que hace es que si bien bajó la prevalencia del abuso y la dependencia de algunas drogas ilegales en adolescentes, y en niños, la referente a tabaco sigue aumentando, y especialmente la prevalencia y la incidencia de alcohol entre los adolescentes sigue aumentando, siendo la droga más utilizada en los países de la llamada cultura occidental.

Esto no significa, como afirman en la actualidad algunos profesionales que trabajan en el campo de las adicciones, que la información no deba ser dada o proporcionada en estos programas. Lo que significa es que no basta para producir los cambios actitudinales, comportamentales y hasta de los sistemas de representación de los niños y adolescentes con psicopatología más severa. Y tampoco alcanzan contra los inmensos recursos de marketing, directo e indirecto, de los que ofertan las drogas legales e ilegales, para paliar el sufrimiento mental y la angustia de niños y adolescentes depresivos o con otros trastornos. Demuestra asimismo que la intensidad de acción de los factores adversos, de

los factores de riesgo comunitarios y sociales en sentido más amplio, son más poderosos, por cobertura, por su capacidad de penetración, que los factores de protección que ofrecen nuestras instituciones, comunidades y sociedades. Esto no puede, sin embargo, producir paralización. Hay que continuar buscando que aumente la conciencia en todos los niveles de las comunidades y la sociedad para que la balanza se incline definitivamente del lado de la salud, de las satisfacciones, posibles y de la libertad. Hay que indicar que aunque el análisis se centra en las medidas de tratamiento y prevención, éstas deben articularse en un tripode indisoluble con las medidas de control social (lo cual requiere la existencia de instituciones de vigilancia de las normas y de aplicación de las sanciones) del tráfico, circulación y venta de las sustancias psicoactivas, especialmente de aquellas que, lamentablemente, en muchos casos, llegan a los menores que son una población más vulnerable que la adulta. Este aspecto se refiere a las medidas de *reducción de la oferta de sustancias*, en tanto que las otras a las cuales nos venimos refiriendo hacen alusión a la *reducción de la demanda de las sustancias psicoactivas o drogas*.

Algunos de los modelos mencionados por Adger y por Houston y Wiener son los siguientes:

Modelo biopsicosocial. El que parte del modelo biopsicosocial intenta acciones que apuntan a varios niveles. El modelo enfatiza las dificultades, de origen múltiple para enfrentar situaciones de estrés, y se busca mejorar las aptitudes de los niños y adolescentes y, en lo posible, mejorar las condiciones institucionales, comunitarias y sociales en las que se debe dar su desarrollo.

El modelo del estrés social, enfatiza estos aspectos y en los valores individuales y familiares para dar respuesta a las circunstancias conflictivas.

Estrategias orientadas al individuo. Están principalmente enfocadas a:

- Dar información sobre las drogas y sus consecuencias.

- Modificar las percepciones de invulnerabilidad que tienen muchos niños y adolescentes.

- Modificar los prejuicios que tienen los niños y adolescentes sobre el alcohol y las otras drogas.

- Enseñar técnicas y aptitudes para reducir el estrés y enfrentar situaciones sociales conflictivas.

- Satisfacer las necesidades y deseos sociales de los niños y adolescentes, dentro de lo posible. Y este es el campo de los políticos y representantes de la sociedad. De un ámbito en el cual no siempre los profesionales tienen suficientes condiciones para

influir y para disminuir los efectos destructivos en toda la sociedad de la excesiva acumulación de la riqueza por sectores cada vez más reducidos que llevan al cierre o reducción de las perspectivas de satisfacción posibles para millones de niños y adolescentes que crecen y crecerán, si no se producen cambios urgentes, en la marginalidad y el desempleo.

- Estrategias orientadas al grupo de pares. Se busca que el liderazgo de los grupos de prevención recaiga en pares o en "casi pares", con lo cual se pretende salvar la desconfianza, y hasta hostilidad, que muchos niños y adolescentes manifiestan hacia los adultos. Las bases teóricas son limitadas como sus efectos, aunque los voluntarios de "pares" pueden ayudar en programas más amplios.

- Diagnosticar precozmente las conductas antisociales y las otras conductas de riesgo (como autodestructividad, depresión, trastornos por angustia, trastornos del aprendizaje, incluyendo el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad) porque todos ellos se asocian con detención del desarrollo y mayores riesgos de abusar y depender de las drogas.

Dentro del conocido esquema de las tres formas de la prevención:

1. Primaria: Trabajar para que una población no use o no abuse de las drogas.

2. Secundaria: Destinada al diagnóstico precoz de quienes ya usan o abusan de las sustancias y tienen trastornos relacionados con las mismas y otros trastornos psicopatológicos.

3. Terciaria: Que es la rehabilitación de los dependientes, o la habilitación para la inserción social de quienes nunca logran insertarse en ella, se debe insistir en todas las formas y niveles. Parece sin embargo que habría más elementos para la prevención secundaria que para la primaria, que sigue siendo poco específica y poco eficiente, en tanto que la terciaria, aunque irrenunciable, a veces llega tan tarde en materia de destrucción y costos humanos y sociales que más que prevención es apenas lo que ahora se usa en llamar una "reducción de daños", algunos irreparables, otros tal vez reversibles si existiera más voluntad política y social para destinar recursos para los tratamientos y programas de prevención basados en las investigaciones en cada comunidad.

EVALUACION

Uno de los graves problemas que se enfrenta en América Latina, y aun en los Estados Unidos y los demás países del llamado Primer Mundo de los países occidentales, es la falta de evaluaciones de

los programas, tanto los de tratamiento como los de prevención.

Como lo señalaba en 1993 un informe del *Center for Substance Abuse Services* de los Estados Unidos "muy pocos centros de tratamiento tienen disponibles datos o resultados de los servicios que ofrecieron". En muchos casos estos datos ni siquiera son adecuadamente recolectados, en otros existe una recolección de los mismos pero no se llega a procesarlos y analizarlos para detectar los aciertos y errores.

En muchos países se carece además de una estructura suficiente de investigación de los problemas relacionados con el uso de las drogas legales e ilegales. El NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) de los Estados Unidos, país que invierte el 90% de toda la investigación realizada en el mundo sobre el problema de las drogas, coopera también con centros de todo el mundo para estimular el desarrollo de estas investigaciones en la convicción de que enfrentamos un problema de alcance mundial y que requiere el aporte de todos.

Se ha señalado que lo que puede ir ayudando a salir del problema, si se cuenta con la cooperación de los sectores comunitarios y político-sociales, es que los resultados positivos en tratamiento y prevención queden suficientemente bien documentados y que se encuentren cada vez más fundamentados en estos hallazgos y no en preferencias prejuiciosas, ideológicas, o especulaciones pseudocientíficas. No será fácil porque se enfrenta un campo de gran complejidad metodológica, como es el de intentar investigar la acción combinada de varios recursos en los tratamientos, y de múltiples agentes en la prevención. Pero se sigue avanzando y se continúa alcanzando logros para cada vez más personas. Entretanto, está la satisfacción de haber ayudado a algunos a salir de la esclavitud autodestructiva de las adicciones hacia la libertad, y la autonomía, con las renuncias a los imposibles y el acceso a los goces posibles.

BIBLIOGRAFIA

- Adger H. Substance abuse education in pediatrics. *Pediatrics* 1990; 86(4):555-60.
- Adger H. Detection of alcoholism in hospitalized children and their families. *Journal of Adolescent Health* 1991; 606-13.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters in substance abuse. Suplemento del *Journal of the AACAP*. Vol 36. N° 10. October 1997: 1408-1568.
- Arias J. Farmacoterapia y psicoterapia de adolescentes dependientes de drogas: una necesaria alianza. *Cangrejal Buenos. Aportes a la Psiquiatría Biológica* 1996; 3:90-235.
- Arias J. La necesidad de una red de servicios de tratamiento uni y multimodales para abusadores de sustancias. En: *Propuestas Democráticas* 1995; Asunción, Paraguay. Vol II. Año 2- N° 5: 9-22.
- Arias J. El abordaje psicofarmacológico y ambiental de la violencia en niños y adolescentes. Publicación del Congreso Paraguayo de Adolescentes y Latinoamericano del Cono Sur. Asunción, agosto de 1997: 73-79.
- Arias J. La internación involuntaria de abusadores de sustancias. *Problemas de Ética Médica y Legales. Propuestas Democráticas*. Asunción, Enero-Marzo, 1995. Vol II Año 2. N 5.
- Arias J. La drogadicción en los adolescentes. En: Kalina E, Fernández Labriola R, Pierini C. *La familia del adicto*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1990:141-68.
- Arias J. El diagnóstico del abuso y de la dependencia de sustancias en el niño y el adolescente. En: Meneghelo J *et al.* *Tratado de Pediatría*. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1997: 2358-65.
- Arias J. La Agresividad como principal motivo de consulta en adolescentes abusadores y dependientes de drogas. Sin publicar. 1997.
- Arias J. Factores de riesgo y de protección para el abuso y dependencia de drogas en adolescentes. *Fundación Educativa con el abuso de drogas*. Madrid, 1997:156-67.
- Blos P. El segundo proceso de individuación. En: *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1979.
- Blume SI. Gender differences in alcohol related disorders. *Harvard Review of Psychiatry* Mosby, 1994; 2(1): 7-14.
- Budney A *et al.* Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater abstinence. *Am J of Drug and Alcohol Abuse* 1994; 20 (1).
- Chassin L, Delucía C. Drinking during adolescence. *Alcohol World, Health and Research* 1996; 20(3):175-80.
- Clark D. Psychopathology in sons of fathers with substance use disorders. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry* 1997; 36(4):495-502.
- Clonninger R. Type I and type II of alcoholism. *Alcohol World, Health and Research*. Washington NIAAA 1996; 20(1):18-23.
- Czechowicz D. Adolescent alcohol and drug addiction and its consequences. En: Miller N. *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. New York: Decker, 1991.
- Edward G. Drugs, alcohol and tobacco. Making the science and Policy Connection. New York: Oxford Medical Publications, 1993.
- Fernández Labriola R. Las drogas y el cerebro. Compuestos metilados en adictos. *Revista de Neuropsicofarmacología Clínica* 1988; 3(17):21-26.
- First M *et al.* *Manual de diagnóstico diferencial del DSM IV*. Barcelona: Masson, 1996.
- Gorelick D. Overview of pharmacological treatment approaches for alcohol and other drug addiction. *Psychiatr Clin North Am* 1993; 16(1).
- Gorelick D. Tratamiento farmacológico del alcoholismo. En: Kalina E, Fernández Labriola R. *Psiquiatría Biológica Aportes Argentinos*. Buenos Aires: Cangrejal, 1994.
- Halikas. Substance abuse in children and adolescents. En: Garfinkel B *et al.* *Psychiatric disorders in children and adolescents*. Philadelphia: Saunders, 1990: 210-34.
- Heineman E. El alcoholismo en los jóvenes. En: *Alcoholismo*. 3ª ed. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill, 1993:232-53.
- Houston M, Wiener J. Substance related disorders. En: *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington: APA Press, 1998.
- Kalina E. Psiquiatría biológica latinoamericana I. El Tratamiento de la dependencia de la cocaína. Buenos Aires: Cangrejal, 1993.
- Kalina E. Concepto y farmacoterapéutica de las depresiones en adictos. *Revista Argentina de Psiquiatría Biológica* 1997; 4(26):2.
- Labriola RF, Dorado G. Cuestionarios diagnósticos y de seguimiento para pacientes adictos. *Revista Argentina de Psiquiatría Biológica* 1998; 5(33):11-19.
- Milberger S. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder? *The American Journal of Psychiatry* (APA) 1996; 153(9): 1138-46.
- Mirim S, Weiis R. Psychiatric Comorbidity in Drug and Alcohol Addiction. En: Miller N. *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. New York: Norman Decker Inc, 1991.
- Moss H *et al.* Agressivity among sons of substance abusing fathers: association with psychiatric disorders. In the father and son, paternal personality, pubertal development and socio-economic status. *Am J Drug and Alcohol Abuse* 1995; 21 (2):195-208.
- Pérez JM *et al.* Lagunas de memoria (Black-outs) en el alcoholismo y correlato neurofisiológico. *Revista de Psiquiatría Biológica* 1995; 2(5):201-03.
- Popper Ch. *Psychiatric pharmacosciences of children and adolescents*. Washington: American Psychiatric Press, 1987.
- Popper Ch. Medical unknowns and ethical consents. En: *Psychiatric pharmacosciences of children and adolescents*. Washington: American Psychiatric Press, 1987.
- Rosenberg D *et al.* *Textbook of pharmacotherapy for child and adolescent disorders*. New York: Bruner-Mazel, 1994.
- Saiz Ruiz J, Ibáñez A. Psicofarmacología en la infancia y la adolescencia. *Obstáculos para la investigación. Psiquiatría Biológica Española* 1995; 2 (Marzo-Abril): 78.
- Sterling R. Learned helplessness and cocaine dependence: an investigation. *Journal of Addictive Diseases* 1996; 15(2):13-24. Haworht Press.
- Swan N. Exploring the role of child abuse in tater drug abuse. *Researches face broad gaps in information. NIDA Notes* 1998; 13 (2):1-4.
- Vereby K. Laboratory Methodology for drug and alcohol addiction. En: Miller N. *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. New York: Norman Decker Inc, 1991.
- Wiener J. Cap - Substance abuse- *Textbook on Child and Adolescent Psychiatry*. AACAP y APA. Washington, 1998.

SEPTIMA PARTE
Tratamiento

PSICOFARMACOLOGIA

CARLOS LEON-ANDRADE

A partir del desarrollo de tratamientos somáticos en psiquiatría, una serie de rutinas clásicas han sido modificadas en el abordaje de los trastornos mentales. El cambio que resultó ser la tercera "gran revolución" en el área de salud mental —luego de la liberación de los pacientes mentales de los grilletes por Charcot y el desarrollo de la psicodinamia y el descubrimiento del inconsciente por Freud— es el desarrollo de la psicofarmacología. Esta revolución lleva más de cuarenta años y es, a mi juicio, el tiempo justo para permitirnos tener una imagen más clara, menos apasionada y al mismo tiempo realista de sus aportes.

Los cambios en los paradigmas no ocurren con facilidad; la mente ha sido objeto de una veneración como expresión de algo sublime casi etéreo, en todo caso no material. La dicotomía entre mente y cerebro persiste en la concepción de muchos legos y entendidos, persiste en la concepción de los pacientes y sus familias. Resulta difícil entender que lo que sentimos, lo que pensamos, lo que tememos, lo que recordamos, está relacionado con una serie de procesos neurobioquímicos.

El desarrollo de las neurociencias en las últimas tres décadas ha llevado a una revolución de conceptos en torno a los trastornos mentales y a un conocimiento cada vez mayor de cuáles son los factores biológicos (bioquímicos) involucrados en el comportamiento normal y anormal. Los grandes descubrimientos que han facilitado y desarrollado esta revolución son el conocimiento de los neurotransmisores (substancias que llevan el mensaje de una neurona a la siguiente) y su rol en el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso y el mapeo cerebral, mediante el cual se ha logrado identificar áreas del cerebro que son responsables de las distintas funciones mentales como conciencia, emociones, aprendizaje, visión, audición, etc. Este mapeo cerebral que puede ser realizado mediante un análisis computarizado de electroencefalogramas se vio ampliado mediante el advenimiento de técnicas alta-

mente sofisticadas como la tomografía por emisión de positrones, un método que permite estudiar el metabolismo del cerebro en funcionamiento ante distintos estímulos, por ejemplo la activación de zonas frontales de la corteza en respuesta a sentimientos de tristeza (imágenes evocadas o inducidas).

Los neurocientistas están estudiando cómo cada neurotransmisor o el interjuego de éstos están asociados a determinado tipo de expresiones del sistema nervioso, sean éstas orgánicas o conductuales. El equilibrio neurobioquímico juega un rol preponderante en lo que llamamos salud mental. La alteración de uno u otro de los sistemas de neurotransmisores, produce alteraciones en el ánimo como la depresión, o en el pensamiento como en la esquizofrenia. En la actualidad, a diferencia de posturas anteriores, se plantea que los rasgos de personalidad y los trastornos mentales estarían determinados por circuitos neuronales similares, y que la patología y el rasgo son sólo cuestión de gradación de la actividad neuronal responsable. En otras palabras, el trastorno en su severidad depende del grado de afectación de los circuitos neuronales responsables de dicha conducta, yendo desde un ligero rasgo de personalidad hasta un trastorno psicótico o depresivo severo.

Si bien los comportamientos están ligados a un substrato biológico, probablemente genéticamente determinado, o producto de un desbalance secundario a factores como traumatismos, accidentes vasculares cerebrales, etc., también son la expresión de factores psicológicos que intervienen para determinar el momento y forma de la presentación. Neurobioquímicamente somos exactos y es susceptible corregir las alteraciones biológicas con fármacos que el avance en el conocimiento científico nos ofrece. Está bien el hacerlo, pero limitarse a ello sería insuficiente. Los elementos psicológicos hacen de cada persona un ser psicológicamente irrepetible, único, el cual va a tener que elaborar estos elemen-

tos psicológicos a partir de sus propias circunstancias y en términos también psicológicos.

De hecho como lo han señalado varios autores durante mucho tiempo la psiquiatría estuvo descerebrada, en la actualidad por el contrario se corre el riesgo de que llegue a estar despsicologizada. Este capítulo tiene como propósito el revisar los avances recientes en el tratamiento de los trastornos mentales desde el punto de vista biológico, sin embargo, no por esto debemos creer que son los únicos medios de abordaje, simplemente son métodos efectivos y herramientas terapéuticas cuya presencia no se puede negar y más bien se deben conocer a cabalidad.

SEROTONINA

Esta sustancia se halla distribuida ampliamente en los reinos animal y vegetal. En los seres humanos la distribución de serotonina en el cuerpo parece ser de la siguiente manera: 50% en las mucosas y tracto digestivo, del 8 al 10% en las plaquetas sanguíneas, 1-2% en el sistema nervioso central. En el cerebro, la estructura con la mayor concentración es la glándula pineal.

Síntesis

La sustancia precursora es el triptófano, un aminoácido esencial que está presente en una dieta balanceada. El 1% del triptófano disponible está destinado a la síntesis de serotonina.

El triptófano presenta una variación en sus concentraciones plasmáticas a lo largo del día lo cual se traduce en un ritmo circadiano en los niveles de serotonina en el SNC.

La incorporación del precursor se realiza por un sistema de alta afinidad para su captura desde el torrente sanguíneo al interior de los botones terminales serotoninérgicos. También se ha descrito un sistema de baja afinidad a nivel de la glia.

Al interior de la terminal sináptica, el triptófano es hidroxilado por medio de la enzima triptófano-hidroxilasa la cual es además la enzima limitante de la síntesis del neurotransmisor. El mecanismo limitante no es por inhibición del producto final, como en otros neurotransmisores, sino más bien por disponibilidad de sustrato triptófano plasmático. El producto de la reacción es 5-hidroxitriptófano a partir del cual se obtiene la 5-hidroxitriptamina por la acción de la 5-hidroxitriptófano-descarboxilasa.

Triptófano hidroxilasa → 5OHTP-Descarboxilasa triptófano → 5OH-triptófano → 5HT serotonina

Los cofactores que intervienen en estas reacciones son: la tetrahidrobiopterina, oxígeno molecular, y la vitamina B6.

Receptores de serotonina

Los receptores de serotonina se han clasificado en 4 clases: 5-HT1 a 5-HT4. Los 5HT1 se subdividen en 4 tipos A a D.

Los receptores 5-HT1, 5HT2- 5HT4 están ligados a segundos mensajeros (5-HT1 Inhibición de adenilciclasa y 5-HT4 estimulación de la adenilciclasa, 5-HT2 ligados a la fosfolipasa). Los receptores 5-HT3 están ligados directamente a los canales iónicos. Existen evidencias de la existencia de un autorreceptor pues los mecanismos que aumentan la biodisponibilidad de serotonina a nivel de la hendidura sináptica disminuyen la velocidad de disparo neuronal, lo cual además constituye uno de los medios de regulación neuronal. Se sabe además que el LSD es un ligando más potente que la 5-HT a nivel del autorreceptor y produce una inhibición mayor del disparo serotoninérgico.

Terminación de la acción de la serotonina

Los efectos de la 5-HT sobre la membrana post-sináptica termina mediante dos mecanismos: catabolismo y recaptura.

El primer paso en el catabolismo de la serotonina ocurre a nivel del botón terminal e involucra a la enzima MAO la cual se encuentra localizada en la cara externa de las mitocondrias. La acción enzimática hace que la serotonina pierda el grupo amino a nivel de su carbón terminal dando como resultado el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) el cual es el metabolito de excreción.

Vías: La mayoría de las neuronas serotoninérgicas se originan a nivel de los núcleos del rafe del tallo cerebral desde donde parten a miles de neuronas localizadas difusamente en el cerebro, cerebelo, y médula espinal.

CATECOLAMINAS

El término "catecolaminas" se refiere en forma general a todos los compuestos orgánicos en cuya estructura interviene un núcleo "catecol" (un anillo benzénico con dos hidroxilos adyacentes) y un grupo amino. Se refiere en particular a dopamina, noradrenalina y adrenalina. Estas sustancias son de interés para el psicólogo y el psiquiatra porque, especialmente las dos primeras, se encuentran involucradas en una serie de alteraciones mentales entre las que sobresalen, la esquizofrenia, las alteraciones

afectivas, la ansiedad, la enfermedad de Parkinson y la alteración por déficit de atención en los niños, entre otras. Dentro de las funciones normales del sistema nervioso en las cuales participan estas sustancias tenemos: el sueño, control de la actividad motora, la agresividad, ciclos de hambre y saciedad etcétera.

Síntesis

El precursor de las CAs es la tirosina, un aminoácido esencial que cruza la barrera hematoencefálica y es capturado por las neuronas catecolaminérgicas por un mecanismo activo. Las catecolaminas se producen también a nivel de los nervios simpáticos y ganglios simpáticos.

La tirosina puede ser derivada (en los mamíferos) a partir de la fenilalanina por medio de la fenilalanina-hidroxilasa a nivel del hígado. La deficiencia de esta enzima provoca la oligofrenia fenilpirúvica, o fenilcetonuria, en la cual aumentan los niveles de fenilalanina que se acumula en diferentes tejidos y se elimina en forma abundante por la orina. Los niños que padecen esta enfermedad presentan retardo mental severo, son rubios, ojos azules y más blancos que sus familiares. Son comunes, alteraciones EEG, las convulsiones, hiperactividad y estados psicóticos, automutilación, etc. Tienen un olor desagradable causado por el ácido fenilacético el cual se elimina por el sudor y la orina.

La tirosina que ha sido transportada al interior de la neurona es transformada en DOPA (3-4 dihidroxifenilalanina) por acción de la enzima tirosina-hidroxilasa (TH) la cual hace ganar un radical OH al anillo benzénico de la tirosina, los cofactores que intervienen en esta reacción son el oxígeno y el Fe⁺⁺. La TH se regula por inhibición por producto final, es decir dependiendo de la cantidad de DOPA producida. A mayor cantidad de DOPA menor acción de TH y viceversa.

Tirosina — Tirosina hidroxilasa → DOPA

La DOPA se convierte en dopamina mediante la acción de la Dopa descarboxilasa teniendo como cofactor L vitamina B6. La acción de esta enzima ocurre sobre el grupo COOH de la cual retira el CO₂.

DOPA — DOPA descarboxilasa → Dopamina

Si la neurona es dopaminérgica aquí termina el proceso de síntesis, si es noradrenérgica, la dopamina se convierte en noradrenalina por acción de la enzima dopamina beta hidroxilasa (DBH) la cual está en el interior de las vesículas sinápticas y tiene

como cofactores a la vitamina C y el oxígeno.

DOPAMINA — Dopamina Beta hidroxilasa → Noradrenalina

Catabolismo

Las catecolaminas terminan su acción por dos caminos:

1. Destrucción en la hendidura sináptica, por acción de la enzima catabólica Catecol-O-Metiltransferasa (COMPT) la cual inactiva al neurotransmisor mediante la incorporación de un grupo metilo, para lo cual interviene la SAM que es donadora de metilos. El neurotransmisor inactivo puede ser excretado o recapturado.

2. Recaptura del neurotransmisor para que sea catabolizado por la MAO intracelular. La MAO es una enzima catabolizadora que se encuentra en las mitocondrias y cuya función es quitar el radical amino a los neurotransmisores.

Cualquiera que sea el proceso, la dopamina se cataboliza en ácido homovanílico (HVA) que constituye su producto de excreción. La noradrenalina tiene dos productos de excreción: el ácido vanilmandélico y el MHPG.

La cuantificación de los metabolitos de excreción de las catecolaminas nos sirve como referencia de la actividad de ese neurotransmisor.

Receptores catecolaminérgicos

Se han determinado dos tipos de receptores noradrenérgicos: los receptores alfa adrenérgicos y los receptores beta adrenérgicos y de éstos a su vez dos tipos de cada cual. Receptores alfa 1 y alfa dos; receptores beta 1 y beta 2. Esta clasificación corresponde a su grado de afinidad por diversos fármacos. Así los receptores BETA muestran una afinidad decreciente por isoproterenol, adrenalina y noradrenalina mientras que los receptores ALFA son estimulados por adrenalina, noradrenalina y en menor grado por isoproterenol. El antagonista selectivo de los receptores Alfa es la fenilalanina mientras que de los receptores Beta es el propanolol. Los receptores Alfa 1 están localizados en la membrana post-sináptica mientras que los Alfa 2 están localizados en la membrana pre-sináptica y son menos afines a su neurotransmisor que los Alfa 1. Los Beta están localizados en la membrana postsináptica.

Receptores noradrenérgicos

Receptores beta-adrenérgicos:

Receptores beta-1:

— Están unidos a la adenilciclasa.

- NA y A son equivalentes como agonistas.
- El isoproterenol es el agonista específico.
- Hay una variación regional importante.
- No hay ligando selectivo.

Receptores beta-2:

- Ligados a la adenilciclasa.
- A es más potente que la NA.
- Salbutamol es un agonista potente.
- Distribución amplia en el cerebro.
- No hay ligando selectivo.

Receptores alfa-adrenérgicos:

Receptores alfa-1:

- Fentolamina es el antagonista selectivo.
- Se encuentran ampliamente distribuidos en el cerebro.
- Su estimulación da un efecto simpaticomimético.

Receptores alfa-2:

- La yohimbina es un antagonista selectivo.
- Su estimulación disminuye la disponibilidad de NA en el espacio sináptico.

Receptores dopaminérgicos

- Existen identificados hasta el momento 5 tipos.
- Los más estudiados y de los cuales se conoce su acción son los DA1 y DA2

DA1:

- El receptor DA1 está unido a un mecanismo de la adenilciclasa.
- Los alcaloides de la ergotamina (bromocriptina) son antagonistas potentes.
- La apomorfina es un agonista más o menos específico.
- Los neurolépticos son antagonistas débiles.
- No se localizan en la pituitaria.
- Están presentes en el cuerpo estriado.

DA2:

- No están unidos a la adenilciclasa.
- La bromocriptina es agonista.
- Los neurolépticos son antagonistas.
- Están localizados en la pituitaria y en el sistema tubero infundibular.
- Están presentes en el estriado y en la vía estriado-nigral.
- Inhiben la secreción de prolactina.

Mecanismos de regulación de las catecolaminas

Existen dos mecanismos para la regulación de catecolaminas, a nivel presináptico y postsináptico.

Mecanismos presinápticos. El más importante es la actividad de la enzima catabolizadora, mono amino oxidasa (MAO) de la cual existen dos subtipos en el cerebro humano MAO-A y MAO-B, distinción que se hace en base a su especificidad por sus sustratos y por las sustancias que inhiben su acción enzimática. La clorgilina es un inhibidor selectivo de la MAO-A mientras que el deprenil lo es para la MAO-B. La actividad de la MAO entonces actuaría regulando la cantidad de catecolaminas, mecanismo asociado a la disponibilidad de sustrato NA y DA. La inhibición de la MAO aumentaría los niveles de DA. Existe también la limitación de síntesis por los niveles de producto final, esto es, a más catecolaminas menor producción y viceversa. Otro elemento a nivel presináptico es la disponibilidad de precursor es decir en este caso de tirosina. Y finalmente el mecanismo de autorreceptores cuya actuación produce una disminución en la síntesis de CAs probablemente mediante un mecanismo asociado a la tirosina hidroxilasa.

Nivel postsináptico. Los mecanismos son los mismos descritos para otro tipo de neurotransmisores. Regulación del número y sensibilidad de los receptores dependiendo de la biodisponibilidad de los mismos. Además se han detectado mecanismos llamados trans-sinápticos en el caso de bloqueo de los receptores dopaminérgicos. Ante este bloqueo las neuronas presinápticas aumentan su velocidad de disparo. Se supone también que la COMT juega un rol en la regulación dependiendo de la disponibilidad de sustrato.

Vías dopaminérgicas

Se han descrito cuatro vías dopaminérgicas dentro del sistema nervioso central (SNC):

Vía nigro-estriatal. Entre la sustancia nigra y el estriado, juega un papel fundamental en la motricidad, pues inhibe los sistemas colinérgicos. Entre la dopamina y la acetilcolina debe existir un equilibrio el cual se lo obtiene por la inhibición de ACH por la DA. Si se altera este equilibrio aparecen alteraciones como espasticidad, temblor, pobreza en los movimientos lo cual caracteriza a la enfermedad de Parkinson.

Vías a nivel mesocortical y mesolímbico. Estas han sido hipotéticamente vinculadas con cuadros psicóticos tipo esquizofrenia. Se supone una hiper-sensibilidad dopaminérgica como una de las causas del trastorno. Sustancias dopaminérgicas que actúan a este nivel pueden dar cuadros psicóticos floridos, ej.: anfetaminas y cocaína.



TABLA 36-1
DROGAS QUE AFECTAN LA TRANSMISION DE CATECOLAMINAS

Nombre	Mecanismo de acción	Niveles transmisión
Reserpina	Bloquea incorporación a vesículas	
Anfetamina	Aumenta la liberación, bloquea la recaptura	
Cocaína	Aumenta la liberación bloquea la recaptura de NA	
Antidepresivos tricíclicos	Bloquean la recaptura de NA /	
IMAOs	Inhiben la MAO	
Apomorfina	Agonista DA1 > DA2	
Bromocriptina	Agonista DA-2	Antagonista DA-1
Propranolol	Agonista NA beta 2	
Clonidina	Agonista NA alfa 2	
Yohimbina	Antagonista NA alfa2	

Sistema tubero-infundibular del hipotálamo. Interviene en la regulación neuroendocrina, en particular en la inhibición de la hormona prolactina (favorece la producción de leche).

Vías dopaminérgicas en la retina. En la Tabla 36-1 se señalan los mecanismos de acción de diversas drogas que afectan la transmisión de catecolaminas.

ANTIDEPRESIVOS

El descubrimiento de medicamentos que mejoraban el estado anímico de las personas deprimidas marcó uno de los grandes cambios con relación al entendimiento de los trastornos mentales y es una de las piedras fundamentales sobre las que se asienta el desarrollo de la psicofarmacología. Desde su aparición se han desarrollado teorías sobre la fisiopatología de los trastornos depresivos, las cuales giran en torno a la actividad de neurotransmisores a nivel del espacio sináptico.

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión se dividen en cuatro tipos:

1. Tricíclicos y heterocíclicos.
2. Inhibidores de la mono amino oxidasa.
3. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).
4. Agonistas de noradrenalina y serotonina (NaSSA).

El factor común de todo antidepresivo es su capacidad de aumentar la biodisponibilidad de los neurotransmisores involucrados directamente en depresión como son la serotonina y noradrenalina. La acción directa sobre estos neurotransmisores o so-

bre uno de los dos, no explica el fenómeno antidepresivo, el que más bien parece estar relacionado a la modulación neuronal entre diversos neurotransmisores, que incluyen a la acetilcolina y dopamina. En todo caso, el mecanismo de acción parece reducirse a ese aumento en la cantidad del neurotransmisor disponible en el espacio sináptico, lo que con el tiempo provocara una modificación molecular en la neurona postsináptica en la cual se reduce el incrementado número de receptores y se normaliza la hipersensibilidad de los mismos. El tiempo necesario para que se produzcan estos cambios es mínimo dos semanas razón por la cual estos medicamentos generalmente tienen un tiempo de latencia entre dos a tres semanas antes de que se observen resultados clínicos que puedan ser asociados a una mejoría en la depresión.

Tricíclicos y tetracíclicos. Fueron los primeros antidepresivos que se descubrieron en parte en forma serendipica. Toman su nombre porque en su estructura química participan tres o cuatro anillos benzénicos a partir de los cuales se producen variantes en los radicales.

En general, son sustancias que mejoran la biodisponibilidad de los neurotransmisores (especialmente serotonina y noradrenalina) a nivel del espacio sináptico, mediante el bloqueo del autorreceptor o de la bomba de recaptura o ambos. No son específicos de un neurotransmisor, actúan sobre varios tipos de éstos como la serotonina, noradrenalina, histamina, acetilcolina, dopamina etc., en grados variables y de esta variabilidad surge su perfil de efectos colaterales. La mayoría de ellos tiene un potente efecto sobre acetilcolina y sus efectos colaterales por lo tanto serán de tipo anticolinérgico

(sequedad de boca, sequedad de ojos, estreñimiento, retención urinaria), también tienen un grado variable de afectación sobre la histamina y sus efectos se manifiestan por sedación así como incremento del apetito. Son muy buenos antidepresivos y la mayoría de los nuevos fármacos ha tenido que ser comparado con los tricíclicos para demostrar su eficacia.

Inhibidores de la MAO (IMAOs). Existen dos tipos de enzimas catabólicas del tipo mono amino oxidasa (MAO), la A y la B. Estas son responsables del catabolismo de una enorme cantidad de sustancias químicas en el organismo entre las que se encuentran las catecolaminas (dopamina y noradrenalina). Los IMAOs clásicos inhiben ambas enzimas lo cual hacía que su manejo fuera difícil por las interacciones medicamentosas y dietéticas que potencialmente podían producir. En los últimos años se han desarrollado sustancias que son inhibidoras selectivas de uno u otro subtipo de MAO. La inhibición de MAO A incrementa la biodisponibilidad de noradrenalina y la inhibición selectiva de MAO B aumenta la cantidad de dopamina en el espacio sináptico. La aplicación clínica de la primera es en el tratamiento de trastornos afectivos y fóbicos mientras que la segunda tiene una gran acogida en el tratamiento del Parkinson.

Inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS). Desde su introducción en la farmacopea del tratamiento de los trastornos depresivos, este grupo de medicamentos cambió el panorama incluso la visión de estos trastornos. Su mecanismo de acción es mediante el bloqueo de la bomba de recaptura de serotonina con lo cual se incrementa su disponibilidad a nivel de hendidura sináptica. La dosis por lo general es única y su perfil de efectos colaterales bajo, con lo cual el nivel de adherencia terapéutica es alto. La primera de estas sustancias fue la fluoxetina, luego se han incorporado nuevas moléculas con efectividad similar aunque con pequeñas variaciones en su farmacocinética y farmacodinamia entre las que podemos mencionar diferente vida media, presencia de metabolitos activos o no, inhibición del grupo enzimático del citocromo P-450. Las aplicaciones clínicas de estos medicamentos se han extendido a otros trastornos diferentes a la depresión como son el trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, anorexia y bulimia, existen también algunos informes de su eficacia en el tratamiento del síndrome de tensión premenstrual.

Enzimas del citocromo P450. Todos los ISRS son metabolizados en el hígado, por lo cual cuando hay disfunción hepática o alteraciones de su funcionamiento se recomienda un uso cauteloso y en dosis

bajas. Los inhibidores de la recaptura de serotonina han mostrado un potencial de inhibir varias enzimas del grupo de citocromo P450 que son agentes detoxificantes para una amplia variedad de sustancias químicas ajenas al cuerpo (xenobióticos) como los medicamentos. Las consecuencias de la inhibición de este grupo enzimático a largo plazo son aún desconocidas.

Se han identificado una serie de medicamentos comúnmente utilizados y que son metabolizados por diferentes componentes del complejo de enzimas del citocromo P450 (Tabla 36-2).

Agonistas de noradrenalina y serotonina. En este grupo se clasifica a los antidepresivos del tipo NaSSA de los cuales hasta el momento su único representante es la mirtazepina. Su mecanismo de acción es a través de la activación del neurotransmisor noradrenalina y por su intermedio activando los heterorreceptores serotoninérgicos, actúa sobre la serotonina. Es de alguna manera un antidepresivo con las características de los tricíclicos pero sin los efectos sobre acetilcolina. Tiene efectos sobre histamina lo cual la hace ideal para depresiones ansiosas, y a esto se suma la particularidad de bloquear los receptores de serotonina 2 y 3 que no están involucrados en la depresión y más bien son causantes de los efectos indeseables de los inhibidores selectivos.

ANSIOLITICOS

Bases biológicas de la ansiedad. Tres sistemas de neurotransmisores están implicados en las bases biológicas de la ansiedad: el complejo de receptor GABA-benzodiazepinas, el sistema locus-coeruleus-noradrenalina, y la serotonina. Estos sistemas al parecer son los mediadores tanto de la ansiedad normal como de la patológica.

Para poder entender cómo trabajan las drogas que se utilizan para combatir la ansiedad es importante tener bases de la neurotransmisión gabaérgica. El GABA es el neurotransmisor inhibidor por excelencia del sistema nervioso, tiene dos tipos de receptores, los GABA A y GABA B. Los receptores A son los encargados de abrir el canal de cloro y son modulados alostéricamente por una serie de sustancias. La modulación alostérica implica una interacción molecular durante la neurotransmisión, en la cual dos o más sitios de recepción de un neurotransmisor interactúan incrementando o disminuyendo la acción del otro. En algunos casos los dos sitios pueden estar localizados en la misma molécula receptora; en otros casos los sitios de unión pueden ser receptores vecinos de distinto tipo.

TABLA 36-2
CITOCROMO P450 Y METABOLISMO DE MEDICAMENTOS*

CYP1A2	CYP2D6	CYP3A	
Amitriptilina	Antiarrítmicos	Opiáceos	Antiarrítmicos
Cafeína	Encainida	Codeína	Lidocaína
Clomipramina	Flecainida	Dextrometorfano	Propafenona
Imipramina	Mexiletina	Etilmorfina	Quinidina
Paracetamol	Propafenona		
Fenacetina			
Propranolol		SRS	Benzodiazepinas
Teofilina	Beta-bloqueadores	Fluoxetina	Midazolam
	Alprenolol	Dimetilcitalopram	Triazolam
	Bufarolol	Norfluoxetina	Alprazolam
	Metoprolol	Paroxetina	Bromazepam
	Propranolol		
	Timolol	ADTc	Bloqueadores canales de Ca
	Amitriptilina	Diltiazem	
	Otros	Clomipramina	Felodipino
	Amiflamina	Desipramina	Nifedipina
	4Hidranfetamina	Imipramina	Verapamilo
	Indoramin	Nortriptilina	
	Ferexilina	Trimipramina	
	Fenformina		Otros
	Tomoxetina		Carbamacepina
			Ciclosporina A
	Neurolépticos		Cortisol
	Haloperidol		Eritromicina
	Tioridazina		Etinilestradiol
	Zuclopentixol		Tamoxifeno

* Modificado de Brosen, 1993.

En el caso de GABA se ha logrado encontrar sitios de modulación alostérica con las benzodiazepinas, algunos barbitúricos, alcohol y sustancias convulsivantes como la picrotoxina. El descubrimiento de receptores para las benzodiazepinas, así como entender su mecanismo de acción en el canal de cloro, ha permitido entender cómo funcionan estos medicamentos y ha abierto las puertas al entendimiento de la biología de la ansiedad. El conocimiento actual de los receptores GABA A nos permiten concluir que el canal de cloro está involucrado en la ansiedad, acción del alcohol, acción de los convulsivantes así como de los anticonvulsivantes, abriendo muchas posibilidades terapéuticas en distintas áreas. GABA B, el segundo subtipo de

receptor de GABA, no es modulado por benzodiazepinas. Su papel fisiológico no es muy claro pero al parecer no está asociado a la ansiedad o a la acción de los ansiolíticos.

Receptores de benzodiazepinas. Los receptores de benzodiazepinas, ligados a los receptores GABA A interactúan a nivel del canal de cloro potencializando la actividad inhibitoria del GABA. Existen varias formas moleculares de los receptores de benzodiazepinas. Se han descrito al menos cinco subtipos con diferente perfil farmacológico:

Omega 1: Abundantes en el cerebelo. Al parecer la acción ansiolítica, así como sedante, está mediada por este receptor.

Omega 2: Abundantes en la médula espinal y cuerpo estriado. Probablemente responsables de la actividad miorreajante.

Omega 3: Conocido también como periférico, es abundante en los riñones. Su papel en la actividad ansiolítica permanece oscuro.

La actividad de los receptores de benzodiazepinas prácticamente explica todos los efectos de estos fármacos, tanto en sus efectos terapéuticos: ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, anticonvulsivantes y relajantes musculares, como en sus efectos indeseables, agentes amnésicos, así como su potencial para dependencia con el uso crónico.

Desde el punto de vista clínico, el hecho de que sustancias farmacológicas externas actúen en receptores naturales del cerebro ha llevado a la hipótesis de que el organismo —concretamente el cerebro— tiene su propia benzodiazepina endógena. Al ser la ansiedad mediada por este complejo, se ha especulado que la diferencia entre ansiedad normal y patológica se explicaría por una deficiencia de la benzodiazepina endógena. El papel que tienen las benzodiazepinas al unirse solas al canal de cloro es nulo. Para que tengan un efecto el neurotransmisor, debe estar unido al receptor GABA A. El GABA actuando sólo a nivel del canal de cloro produce un incremento de la conductancia de cloro a través del canal, hasta cierto nivel. Mediante la modulación alostérica producida por la unión de la benzodiazepina se incrementa al máximo la conductancia de este canal.

El descubrimiento de los receptores de benzodiazepinas a nivel de los receptores de GABA A, llevó a la identificación de sustancias que actúan en forma opuesta. Estas son los agonistas inversos, agonistas parciales y antagonistas de benzodiazepinas. Los agonistas inversos producen el efecto opuesto al del producto original, en este caso al de las benzodiazepinas, es decir que son ansiogénicos, convulsivantes, activadores (opuesto a sedantes) y promnésicos (promotores de memoria). Se han ensayado algunos de estos compuestos en enfermedad de Alzheimer, por su efecto sobre la memoria, pero resultan muy peligrosos por los otros efectos concomitantes. Existen algunas sustancias que podrían ser útiles debido a que son agonistas parciales, es decir, teóricamente pueden actuar selectivamente, eliminando los efectos indeseables, ej. ansiolítico, sin sedación diurna, ataxia, trastorno de memoria, dependencia y abstinencia. Muchos agonistas parciales han sido ensayados pero los resultados hasta el momento son poco alentadores. En el campo de los antagonistas sí se han desarrollado productos con utilidad clínica que bloquean y revierten la acción de las benzodiazepinas, tal es el caso del *flumazenil* que se utiliza luego de anestesia o en caso de sobredosis.

Un segundo sustrato biológico que explica el fenómeno de ansiedad es el del *locus coeruleus*, un pequeño centro localizado a nivel de los núcleos de la base y que gobierna el 75% de la noradrenalina cerebral. Las neuronas noradrenérgicas del *locus coeruleus* contienen los receptores alfa 2 que actúan como autorreceptores a nivel del soma y en los terminales presinápticos. Su función es la de frenar la actividad noradrenérgica de la neurona, mediante retroalimentación negativa. La sobreactividad del *locus coeruleus* ha sido asociada a ansiedad en modelos animales y algunos de los síntomas asociados a la ansiedad sugieren ese nivel de actividad noradrenérgica: taquicardia, temblor y sudoración. Los bloqueadores alfa 2 en el ámbito experimental producen ansiedad así como los agonistas alfa 2 la disminuyen, tal es el caso de la clonidina que resulta efectiva en controlar los síntomas físicos asociados a la ansiedad aunque no bloquea los síntomas subjetivos emocionales.

La teoría más novedosa y contemporánea sobre ansiedad involucra a la serotonina la cual desde hace tiempo se la ha venido asociando a ansiedad, hipotetizándose que su exceso está asociado a ese estado emocional. El concepto de que la serotonina disminuida es causa de depresión y el mismo neurotransmisor aumentado produce ansiedad es simplista pero de alguna manera ilustra lo que ocurre a nivel bioquímico. Al parecer los receptores de distinto tipo con los que cuenta la serotonina, serían los responsables de su papel en ansiedad, depresión, migraña, conducta alimentaria y sexual. Los receptores 5HT1A ante el exceso de serotonina producen un efecto de regulación hacia abajo (disminuyen su número y sensibilidad). Los agonistas parciales de serotonina que actúan en el ámbito de este receptor como la *bupiriona*, corregirían el desbalance de serotonina así como el efecto de este exceso sobre el receptor.

Tratamiento farmacológico de la ansiedad.

Los primeros intentos para tratar la ansiedad mediante el uso de medicamentos fueron hechos con los barbitúricos sedantes. Tenían la gran desventaja que disminuían la ansiedad en la misma proporción en la cual producían sedación. Además tenían un alto potencial adictivo y un potencial letal muy importante especialmente mezclado con otras drogas o en sobredosis. El uso de los barbitúricos como medicamentos para tratar la ansiedad fue rápidamente desplazado con el advenimiento de las benzodiazepinas que demostraron ser más eficaces, menos sedantes y menos peligrosas.

Meprobamato. Es un carbamato con una actividad farmacológica muy similar a los barbitúricos. Fue muy popular durante los años cincuenta, su uso

es muy raro pues no ofrece ninguna ventaja sobre las benzodiazepinas y más bien tiene una fuerte predisposición al abuso, dependencia y toxicidad, lo que lo hace poco atractivo. La dosis habitual de meprobamato es de 400 mg tres a cuatro veces al día. Sedación es el efecto colateral más frecuente; también se reportan reacciones de piel como urticaria, reacciones eritematosas y edema angioneurótico, dermatitis, discrasias sanguíneas, molestias gástricas y parálisis muscular extraocular. Los pacientes deben ser advertidos de su potencial adictivo. La suspensión brusca puede ocasionar síntomas de abstinencia como ansiedad, inquietud, debilidad, *delirium* y convulsiones.

Bupiriona (agonistas parciales). Es una azapirona que ofrece una alternativa importante en lo referente al tratamiento de la ansiedad. Contrario a las benzodiazepinas, ejerce un efecto ansiolítico sin actividad sedante, ni hipnótica. Su potencial adictivo y de abuso es prácticamente nulo, por lo cual carece de síndrome de abstinencia así como de afectación cognitiva.

Es bien absorbida desde el tracto digestivo sin afectación por la ingesta de comida; su metabolismo incluye al hígado y los riñones. La droga alcanza su pico a los 60 a 90 minutos después de su administración. No tiene metabolitos activos y su vida media es corta (entre 2 y 9 horas) por lo cual es necesario administrarla tres veces al día.

Su mecanismo de acción es el de un agonista parcial de los receptores 1A de serotonina (5HT1A) y su efecto a este nivel es el de disminuir la cantidad de serotonina disponible a nivel de la hendidura sináptica y revertir la disminución en sensibilidad y número de los receptores serotoninérgicos de este tipo.

La acción terapéutica demora de una a dos semanas para aparecer lo cual debe advertirse a los pacientes. No tiene ningún efecto en la disminución de los síntomas de abstinencia de barbitúricos, alcohol o benzodiazepinas y no se debe utilizar en esos casos.

La dosis de inicio es de 5 mg tres veces al día y se puede incrementar hasta un máximo de 60 mg/día. Los efectos colaterales más frecuentes son cefalea, náusea, mareo, nerviosismo, boca seca, diarrea y muy raramente insomnio.

Hidroxicina. Es un tranquilizante no relacionado químicamente a las benzodiazepinas ni a la bupiriona o meprobamato. Su mecanismo de acción es probablemente asociado a su actividad antihistamínica y a la supresión de la actividad de ciertas regiones subcorticales del sistema nervioso. Farmacológicamente tiene una actividad anticolinérgica especialmente a nivel muscarínico.

Es rápidamente absorbida del tracto gastrointes-

tinal y su respuesta clínica puede notarse 15 a 30 minutos después de la administración oral. Su metabolización se realiza en el hígado y sus metabolitos son excretados en las heces. Su vida media es de seis horas por lo cual la administración debe ser repartida en varias dosis al día (tres o cuatro).

Tiene acción relajante muscular, antiemética, antipruriginosa lo cual lo ha convertido en uno de los medicamentos más útiles en el tratamiento de enfermedades alérgicas con presentación de prurito. Como el mecanismo ansiolítico difiere de las benzodiazepinas, no se reporta dependencia, aunque existen muy pocos estudios que reporten uso crónico de hidroxicina. Los efectos colaterales más frecuentes son la sedación mareo e hipotensión, lo cual puede ser severo en pacientes ancianos. Otros efectos colaterales incluyen molestias gástricas, náusea, vómito, diarrea y estreñimiento. Debido al efecto anticolinérgico, en algunos pacientes se puede presentar visión borrosa, boca seca y retención urinaria. Está contraindicado en pacientes con alteración hepática.

Benzodiazepinas. Las benzodiazepinas constituyen un grupo de medicamentos fundamentalmente considerados como ansiolíticos (Tabla 36-3). Aunque no son las únicas sustancias utilizadas para el control de la ansiedad, sí son las que mayor seguridad ofrecen. Hasta hace muy pocos años los barbitúricos fueron los medicamentos de elección para tratar esta patología, pero por su alta capacidad adictiva y su letalidad, su uso ha sido discontinuado, abriendo campo a la investigación de nuevos productos que ofrezcan menor capacidad de desarrollar dependencia y mayor confiabilidad tales como los agonistas parciales de serotonina.

Su función principal está orientada a controlar la ansiedad patológica pero además poseen una acción hipnótica y relajante muscular importante. Las benzodiazepinas de acción corta son más utilizadas como inductoras del sueño. Sus indicaciones principales están destinadas al tratamiento de los diferentes tipos de trastornos de ansiedad como: trastorno de pánico, fobias, trastorno de estrés posttraumático, trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad generalizada. Una actividad adicional de estas sustancias es la anticonvulsivante siendo utilizadas en algunos tipos de epilepsia y en el estatus epiléptico.

Químicamente las benzodiazepinas consisten en un anillo benzénico unido a un anillo diazepínico de siete lados. Con excepción del cloracepato, todas absorben completa y rápidamente en el tracto gastrointestinal y debido a su alta liposolubilidad sus efectos a nivel del SNC son casi inmediatos. La mayor parte de estas sustancias tienen circulación enterohepática y poseen metabolitos activos, razón por la cual su vida media plasmática se amplía.

TABLA 36-3
BENZODIACEPINAS

Clasificación	Fármaco	VM/horas	Características
Vida media larga	Clordiazepóxido	2 - 30	Absorción, rápida y completa vía oral
	Diazepam	20 - 1000	Metabolismo hepático. Metabolito (desmetildiazepam) se acumula 3-4 semanas (activo). Gran lipofilia.
	Cloracepato	20 - 100	Metabolito desmetildiazepam
	Flunitrazepam	20 - 30	Comercializado como hipnótico. Metabolitos se acumulan.
	Clobazam	18 - 50	Metabolitos se acumulan
	Nitrazepam	20- 30	Comercializado como hipnótico
Vida media corta	Bromazepam	10 - 20	Se transforman en nordiazepam o desmetildiazepam.
	Alprazolam	6 - 20	"ver" perfiles especiales
	Lorazepam	10 -15	Eliminación por orina, no metabolismo hepático
Vida media ultracorta	Triazolam	2	Hipnoinductor

A nivel del SNC las benzodiazepinas se unen al receptor GABA A específico, incidiendo directamente sobre el canal del cloro, favoreciendo la actividad gabaérgica, inhibiendo el SNC.

Cuando las benzodiazepinas son utilizadas por periodos cortos de tiempo (hasta tres semanas), no se desarrolla dependencia ni síntomas de abstinencia o tolerancia. La única excepción de esta regla podría ser las benzodiazepinas de acción ultracorta aunque los reportes no son concluyentes.

Poseen tolerancia cruzada con otros depresores del SNC como el alcohol y los anestésicos.

El síndrome de abstinencia, que es la expresión de la adicción del organismo a una sustancia, se observa especialmente cuando los pacientes han permanecido con dosis altas y durante largos periodos de tiempo. Se presenta en un máximo de 2 semanas posteriores a la suspensión del tratamiento o en forma inmediata en pacientes con medicación de vida media corta como el alprazolam. La discontinuación del medicamento no puede ser súbita sino gradual, tanto en las de vida media larga como corta.

Manifestaciones de abstinencia a las benzodiazepinas:

- ansiedad
- insomnio

- cefalea
- temblores o sacudidas
- mareo
- náusea, pérdida de apetito
- despersonalización
- alteraciones de la percepción
- irritabilidad
- fatiga
- dolores musculares o calambres
- sudoración
- dificultad de concentración
- depresión
- desrealización.

ANTIPSICOTICOS

Conocidos también como tranquilizantes mayores, constituyen el tipo de medicamentos cuya característica clínica común es la de controlar los síntomas de la agitación psicótica. Existen varias clases y varían en su potencia antipsicótica así como en su capacidad sedante. Al igual que los antidepressivos, existe al momento una "nueva generación" de estos medicamentos cuyo principal campo de acción es el tratamiento de la esquizofrenia y otras alteraciones con síntomas psicóticos. Otros campos de acción de los neurolepticos constituyen los tras-

tornos caracterizados por alteraciones en el control de impulsos así como en el tratamiento de Gilles de la Tourette.

La primera generación de neurolepticos o neurolepticos clásicos se caracteriza por un bloqueo de los receptores de dopamina en especial de los receptores DA2, abundantes en la sustancia nigra y responsable de los efectos extrapiramidales. Los nuevos antipsicóticos tienen una actividad sobre DA1 y por lo tanto una menor actividad en el ámbito de la motricidad y una mayor actividad en regiones frontales, a esto se suma actividad sobre la serotonina, (receptores 5HT2) que al parecer estaría involucrada en los llamados síntomas negativos de la esquizofrenia.

Dentro de los neurolepticos clásicos destacan: las fenotiazinas, los tioxantenos y las butirofenonas. Se han desarrollado a partir de las fórmulas originales presentaciones de depósito ya sea asociadas a un vehículo oleoso o mediante otro excipiente de absorción lenta.

Los modernos neurolepticos no son tan nuevos, por ejemplo la clozapina, fue ya utilizada en los años sesenta, pero retirada luego del mercado mundial, debido a la presentación de agranulocitosis en pacientes bajo tratamiento con este medicamento. Ahora se ha reactivado su uso y su indicación principal es la esquizofrenia resistente a otros tratamientos; como parte del tratamiento se debe realizar controles semanales de la fórmula leucocitaria. Ofrece grandes ventajas que incluyen menores síntomas extrapiramidales así como un efecto sobre los síntomas negativos. Entre estos neurolepticos atípicos se debe incluir igualmente a las benzamidas que son antipsicóticos efectivos, con la ventaja de producir menos efectos neurológicos motores.

La actividad antipsicótica que se pensó originalmente estaba ligada a la capacidad de bloquear los receptores de dopamina está en reconsideración, debido a que el efecto bloqueador es inmediato, sin embargo, el efecto clínico toma algunas semanas. Se supone que el bloqueo dopaminérgico es importante, éste es sólo uno de los componentes de una serie de eventos homeostáticos que ocurren en el sistema nervioso.

Otro elemento en análisis es la hipótesis de que la esquizofrenia estaba ligada al efecto antipsicótico observado por estas sustancias antidopaminérgicas. La realidad es que los neurolepticos son efectivos en el tratamiento de los síntomas psicóticos independientemente del diagnóstico, de lo que se concluye que la patofisiología dopaminérgica no es exclusiva de la esquizofrenia.

Los neurolepticos son medicamentos bastante seguros en su uso, sus contraindicaciones se limitan a reacciones alérgicas conocidas o la interacción

con sustancias supresoras de la actividad del SNC (alcohol, opiáceos, benzodiazepinas).

Algunas de ellas, como la clorpromazina, están contraindicadas en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado o en la hipertrofia prostática por su actividad anticolinérgica. Sus efectos colaterales más frecuentes son de carácter neurológico como la rigidez muscular. Las principales complicaciones que se presentan con la administración de estos medicamentos son:

Parkinsonismo medicamentoso. Ocurre aproximadamente en el 15% de los pacientes, generalmente entre los 5 y los 90 días de inicio del tratamiento. Los síntomas incluyen rigidez muscular, signo de la rueda dentada en las extremidades, marcha sin bruceo (como robot).

Distonias de torsión. Ocurren en aproximadamente el 10% de los pacientes. Estas aparecen generalmente en las primeras horas o días de tratamiento. Por lo general, son espasmos musculares en el cuello (torticollis), en la mandíbula, lengua (protrusión), crisis oculogíricas, en las cuales las órbitas de los ojos tienden a irse hacia atrás.

Akatisia. Consiste en una sensación subjetiva de malestar muscular que impide al paciente relajarse, se siente inquieto con la necesidad de caminar o mover constantemente las piernas. Los síntomas no pueden ser controlados con la voluntad del paciente por lo que se puede confundir la akatisia con agitación motora, psicosis o falta de cooperación.

Diskinesia tardía. Es un efecto retardado del uso crónico de antipsicóticos. Se caracteriza por movimientos anormales, involuntarios, irregulares y coreoatetósicos de los músculos de la cabeza, extremidades y tronco. La gravedad de estos trastornos del movimiento varían desde mínimo hasta incapacitante. Movimientos periorales también son frecuentes como: chupeteo de labios, chasquidos de la boca, movimiento constante de la lengua y de la mandíbula (signo del conejo). El cuadro de diskinesia tardía implica un daño permanente de la sustancia nigra y en cuanto al tratamiento hasta ahora no ha sido definido ninguno como efectivo.

Síndrome neuroleptico maligno. Es una complicación que amenaza la vida de los pacientes que lo presentan. Es una urgencia médica y debe ser tratada por un equipo médico y con las facilidades apropiadas, preferiblemente en una unidad de terapia intensiva. Los síntomas se caracterizan por rigidez muscular, distonía, akinesia, mutismo, obnubilación y agitación

BIBLIOGRAFIA

- American Medical Association. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder. New York: Archives of General Psychiatry, 1995, Vol 52.
- Bazire S. Psychotropic drug directory 1996: The professionals' pocket handbook and aide memoire. United Kingdom: Quay Books, 1995.
- Beitman D, Klerman L. Integrating pharmacotherapy and psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press, Inc., 1991.
- Bernstein JG. Handbook of drug therapy in psychiatry. 2^{da} ed. Massachusetts: PSG Publishing Company, 1988.
- Bueno JA, Sabanés F. Psicofarmacología clínica. Barcelona: Salvat Editores, 1985.
- Cooper JR, Bloom FE, Roth RH. The biochemical basis of neuropharmacology. 6^a ed. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- Delgado PL, Price LH, Miller HL. Serotonin and neurobiology of depression: Effects of tryptophan depletion. Archives of General Psychiatry, Vol 51, American Medical Association, New York, November 1994.
- Green WH. Child and adolescent clinical psychopharmacology. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991.
- Hippins H, Winokur G. Preclinical psychopharmacology. Amsterdam: Excerpta Medica, 1983.
- Hippins H, Winokur G. Clinical psychopharmacology. Amsterdam: Excerpta Medica, 1983.
- National Institute of Mental Health. Psychopharmacology Bulletin 1994; (30)1, Rockville.
- National Institute of Mental Health. Psychopharmacology Bulletin 1994; (30)2, Rockville.
- National Institute of Mental Health. Psychopharmacology Bulletin 1990; 26(4) Rockville.
- Preskorn H. Clinical pharmacology of selective serotonin reuptake inhibitors. 1^{era} ed. Professional Communications, Inc., Caddo-OK.
- Schalzberg AF, Nemeroff CB. Textbook of psychopharmacology. Washington: American Psychiatric Press, 1995.
- Stahl SM. Essential psychopharmacology - neuroscientific basis and practical applications. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- Yesavage J. Clozapine: a compendium of selected reading. 2^{da} ed. Sandoz Pharmaceutical Corporation, 1993.

Anexo

CLASIFICACION GENERAL DE LOS PSICOFARMACOS

I. PSICOLEPTICOS O DEPRESORES DE LA ACTIVIDAD PSIQUICA:

1. TRANQUILIZADORES MAYORES O NEUROLEPTICOS: (utilizados en el tratamiento de las psicosis)	Fenotiazinas:	Alifáticas:	Clorpromazina Trifluorpromazina Promazina Mepazina Tioridazina Pipotiazina
		Piperidínicas:	Proclorperazina Trifluorperazina Tiopropazato Perfenazina Flufenazina
		Piperazínicas:	
	Tioxantenos:	Clorprotixeno Clorpentixol Flupentixol Tiotixeno Tremaril	
	Dibenzooxazepinas:	Loxapina	
	Dibenzotiazepinas:	Clotiapina	
	Dibenzodiazepinas:	Clozapina	
	Butirofenonas	Haloperidol Triperidol Droperidol	
	Difenilbutilpiperidinas:	Pimozide Fluspirileno Penfluridol	
	Derivados indólicos:	Melindona - Oxipertina	
	Derivados benzociclo- heptapiridisoquino- línicos:	Butaclamol	
	Benzamidas:	Sulpiride Tiapride	
	Alcaloides de la Rawolfia serpentina:	Reserpina Deserpidina Rescinamina Sirosingopina	
	Benzoquinolizinas:	Tetrabenazina Benzquinamida	

2. TRANQUILIZANTES MENORES O ANSIOLITICOS: (utilizados en el tratamiento de las neurosis angustiosas)	Tranquilo-relajantes:	Benzodiazepinas:	Clordiazepóxido Diazepam Oxazepam Metazepam Clorazepato		
		Alquildioles:	Meprobamato Fenaglicodol Carisoprodol Emilcamato Hidroxifenamato		
		Derivados de la cloromezanona oxazolidonas:	Mefenoxalona Metaxalona		
		Derivados de la glicidamida:	Oxanamida		
		Tranquilo sedantes:	Derivados del difenilmetano:	Azaciclonol Benacticina Pipetanato Captodiamina Hidroxicina Buclizina	
			Hipnótico sedantes:	Esteres del ácido carbámico Ureidos:	Cicloureidos Ureidos de cadena abierta: Adalina ? ? ? ?
		Piperindindionas:	Persedón nodular Glutetimida Talidomida		
		Alcoholes:	Halogenados:	Clorobutanol	
			Saturados:	Hidrato de amileno	
			Insaturados:	Metilparafinol Etilclorovinol	
	Aldehídos:	Halogenados:	Hidrato de cloral		
		Polimerizados:	Paraldehido		
	Quinazolinonas:	Metacualona Meclocualona			
	Benzodiazepinas:	Nitrazepán Flurazepán			
	Sulfonas:	Sulfonal Trional Tetronal			
Sales inorgánicas:	Bromuros				
Varios:	Hemineurina o clometiazol				
3. ANTIMANIACOS:	Sales de litio				

II. PSICOANALEPTICOS O ESTIMULANTES DE LA ACTIVIDAD PSIQUICA

1. TIMOLEPTICOS O TIMOANALEPTICOS: (utilizados en depresiones)	Antidepresivos tricíclicos, isósteros y análogos:	Dibenzoacepinas:	Imipramina Desipramina	
		Dibenzocicloheptadieno:	Amitriptilina Desmetil- amitriptilina	
		Varios:	Dibencepina Doxepina Maprotilina Iprindol Mianserina Nomifensina Viloxazina	
		Inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO):	Derivados hidrazínicos:	Iproniazida Nialamida Isocarboxazida Octamozina Feniprazina
			No hidrazínicos:	Tranilcipromina Etriptamina Pargilina Clorgilina Deprenil Harmina Harmalina
	Varios:	TRH-5-hidroxitriptofano		
	2. PSICOTONICOS:	Aminas despertadoras:	Dextroanfetamina Anfetamina Fenmetracina Metanfetamina Ritalina Meratrán Prolintante	
			Dimetilaminoetanol	
			Varios:	Pemolina Centrofenoquina Dinitrilosuccínico Metilxantinas

III. PSICODISLEPTICOS O ALTERANTES DE LA ACTIVIDAD PSIQUICA COMO LOS ALUCINOGENOS:

1. DERIVADOS INDOLICOS:	Derivados de la triptamina:	Alfa-metiltryptamina NN-dimetiltryptamina NN-dietiltryptamina Bufotenina Psilocina Psilocibina
	Derivados del harmano:	Banisterina o harmina Harmalina Yohimbina
	Aminocromos:	Adrenocromo Adrenolutina
	Derivados del ácido lisérgico:	LSD-25 o lisérgida Ergina o lisérgamida
	Indoles complejos:	Ibogaina Voacangina Voacamina
2. AMINAS SIMPATICOMIMETICAS:	Dimetoxianfetamina (DMA) DOM (2 - 5 dimetoxi - 4 - metilanfetamina) MDA MMDA Catina o norpseudo Mescalina Alfa-metilmescalina	
3. DERIVADOS DE LA ISOQUINOLINA:	Bulbocapnina Anhalonina Isocoridina Coridina Peyotina	
4. DERIVADOS PIPERIDINICOS: (anticolinérgicos)	Atropina Escopolamina Ditrán o JB 329 JB 336 JB 318 MER 16 Fenciclidina Dioxadrol o dexoxadrol	

Capítulo 37

PSICOTERAPIA
COGNITIVO CONDUCTUAL

HUMBERTO GUAJARDO

Introducción y antecedentes históricos. Los orígenes de esta terapia se remontan a principios de siglo con la aparición del fisiólogo ruso Pavlov y sus estudios sobre el *condicionamiento clásico*, mediante los cuales se intentó explicar y abordar el comportamiento humano.

Posteriormente, en la década de los años 40, psicólogos norteamericanos, sudafricanos e ingleses basándose en los trabajos de Skinner desarrollan los principios del *condicionamiento operante*, con lo cual se termina de estructurar la teoría conductual que fue la primera etapa en el desarrollo del modelo actual.

Quizás el mérito fundamental de este modelo haya sido acercar los principios de la psicología y la psicoterapia al método científico, por cuanto uno de los principales problemas en el desarrollo de estas disciplinas era la falta de una sistematización de sus principios y la dificultad en reproducir las experiencias clínicas o experimentales que se comunicaban.

Durante muchos años se produjeron permanentes polémicas y descalificaciones entre los seguidores de las orientaciones más clásicas (psicoanalistas) y los conductistas. Los primeros se centraban en el desinterés de los conductistas en los procesos intrapsíquicos y éstos a su vez descalificaban su importancia planteando que lo importante era centrarse en la conducta en sus causas y consecuencias.

Sin embargo, entre los mismos conductistas empezaron a surgir inquietudes respecto de la necesidad de incorporar los procesos intrapsíquicos dentro del modelo, conservando eso sí, la decisión de mantener el requisito de usar el método científico para validar los diferentes principios desarrollados. Es así como en los años 70 se empieza a configurar la terapia de orientación cognitivo-conductual que a partir de autores como Bandura, Lazarus, Beck, Seligman, Ellis, Meichenbaum y otros, intenta incorporar los elementos intrapsíquicos hasta ahora no considerados.

En los últimos años se han incorporado una serie de conceptos relacionados con el rol de los afectos y su significado e importancia en la conducta tanto normal como patológica. Fue quizás esta última etapa la más difícil de incorporar y tal vez la que provocó mayores divisiones entre los seguidores de esta terapia. No obstante, se ha logrado un desarrollo importante y se ha intentado estudiar estos elementos, buscando la forma de objetivarlos y realizar investigación utilizando la metodología científica.

PRINCIPIOS BASICOS DEL PARADIGMA
CONDUCTUAL-AMBIENTAL Y SU
APLICACION AL DESARROLLO HUMANO

Condicionamiento clásico

Reflejos incondicionados. La forma más simple de conducta en los seres vivientes es la refleja. Se describe el reflejo incondicionado como función de un estímulo que actúa sobre un sujeto o individuo produciendo una respuesta que es siempre la misma y de similar intensidad. El estímulo provocador es llamado *estímulo incondicionado* y la respuesta producida se denomina *respuesta incondicionada*.

Es indudable que el estímulo incondicionado debe tener una intensidad que supere el *umbral* que requiere el organismo para emitir la respuesta. El niño recién nacido tiene sólo conductas reflejas, como la de succión, Moro, prehensión, marcha automática, etc. Muchos de estos reflejos desaparecen con la maduración, sin embargo, se mantienen hasta la vida adulta reflejos como el de deglución, el rotuliano y en especial los que activan el sistema nervioso autónomo controlando muchos órganos del individuo. Estímulos muy intensos pueden producir una activación generalizada del sistema nervioso autónomo generando estrés y reacciones de angustia.

Reflejo condicionado. Cuando un estímulo neutro se presenta inmediatamente antes de un estímulo incondicionado después de una serie de ensayos, puede adquirir la capacidad de producir la respuesta incondicionada la que en este caso pasa a llamarse respuesta condicionada.

Es éste el caso del experimento clásico de Pavlov en que medía las gotas de saliva (respuesta incondicionada), producidas por un perro ante la presentación de un alimento (estímulo incondicionado). Se tocaba una campana (estímulo neutro) inmediatamente antes de proporcionar el alimento, observándose que después de varios ensayos el perro salivaba ante el sonido de la campana. La salivación producida era ahora una respuesta condicionada.

Si después de varios ensayos se presenta el estímulo condicionado, pero sin que esté seguido por el estímulo incondicionado, se produce un mecanismo de extinción dejándose de producir la respuesta condicionada.

Este mecanismo de condicionamiento es muy importante en el desarrollo de la conducta y se mantiene como sistema de adquisición de conductas aún en el adulto, aunque indudablemente coexistiendo con otros mecanismos de desarrollo conductual.

El niño recién nacido, desde los primeros momentos empieza a desarrollar este tipo de condicionamientos. Es indudable que uno de los primeros y probablemente de los más importantes, se produce respecto de la imagen materna. La madre es inicialmente para el niño un estímulo neutro, pero al asociarse con respuestas incondicionadas de satisfacción en relación a la alimentación, confort y contacto físico productor de sensaciones placenteras, se convierte en un estímulo condicionado, que como se verá más adelante, tiene una capacidad de actuar como reforzador de muchas conductas.

Situaciones parecidas se pueden describir con otras conductas como la alegría que el niño siente al ver el biberón con alimento, en este caso, la figura del biberón es el estímulo neutro que se convierte en estímulo condicionado.

Por las razones anteriormente descritas es indudable que las experiencias de apego precoz de los recién nacidos con sus madres facilitan el desarrollo posterior, permitiendo aumentar la intensidad del vínculo producido.

En muchas conductas patológicas, los mecanismos de condicionamiento están presentes, jugando un rol muy importante. Es el caso de las fobias o temores, las pataletas infantiles y otros.

Condicionamiento operante

El principio básico del condicionamiento operante es que las conductas operan en el medio am-

biente, aumentando o disminuyendo su frecuencia según las consecuencias que ocurran.

Aumento en frecuencia de conductas. Durante el proceso de desarrollo, diferentes conductas tanto normales como anormales pueden aumentar su frecuencia. Se han descrito diferentes mecanismos mediante los cuales esto ocurre:

Refuerzo positivo. Este mecanismo se produce cuando inmediatamente después de la emisión de una conducta, el emisor recibe un evento que aumenta la frecuencia de la misma. Los reforzadores pueden ser de tipo material o físico (es el caso de los alimentos, dulces, golosinas, etc.), social o afectivo (caricias, palabras de elogio, etc.), o condicionados como es el caso del dinero.

Para que un reforzador tenga un mayor efecto, el organismo que lo recibirá debe estar en *estado de privación*, como en el caso de los alimentos en que puede haber un *estado de saciedad* que haga que el reforzador sea inefectivo.

Cuando el reforzador es entregado a continuación de cada conducta emitida, se habla de *reforzamiento continuo*. Este tipo de reforzamiento es muy útil para aumentar en forma rápida la frecuencia de una conducta. Un ejemplo de esta situación se produce cuando el niño dice "mamá" e inmediatamente recibe una aprobación de todos quienes lo rodean, y que en el fondo están aplicando un reforzamiento social. Muchas otras conductas reciben este tipo de refuerzos, como cuando el niño empieza a aprender a leer o escribir, en que cada logro es reforzado.

Con este tipo de técnica, no obstante, se produce una rápida *extinción* si se discontinúa el reforzamiento, por esta razón para mantener una conducta se utiliza el *reforzamiento intermitente*, que consiste en reforzar sólo algunas de las conductas emitidas.

Reforzamiento negativo. En este caso aumenta la frecuencia de la conducta emitida porque la consecuencia inmediata es la supresión de un evento o estímulo negativo para el sujeto.

Por ejemplo, si los padres o profesores son muy estrictos y un niño está recibiendo un reto que le produce mucha angustia, si emite la conducta de mentir puede conseguir que dejen de regañarlo, con lo cual esta conducta puede aumentar su frecuencia.

En general, podemos decir que la mayoría de las conductas de escape o evitación ante situaciones de estrés tienden a incrementar su frecuencia por un mecanismo de eliminación de la angustia.

En muchas de las fobias infantiles, uno de los mecanismos por los cuales se tiende a mantener la conducta fóbica es el *refuerzo negativo*. En el caso

de una fobia escolar, cuando el niño debe ir al colegio siente una sensación de angustia intensa que desaparece al quedarse en su casa y no ir a clases.

Disminución en la frecuencia de conductas. En muchas situaciones la conducta de un individuo debe ser controlada o suprimida, los conductistas describen dos métodos al respecto: el castigo y la supresión de reforzadores positivos.

Castigo. Es quizás la forma más difundida de controlar la conducta que podemos observar en nuestra sociedad. Es la aplicación de un *estímulo aver-sivo* o *negativo*, como consecuencia y a continuación de la emisión de una conducta.

En animales de experimentación se ha comprobado que después de la aplicación del castigo se produce una disminución en la frecuencia de la conducta castigada. No obstante, se ha visto que al suprimir el castigo la conducta castigada tiende a aumentar nuevamente en intensidad. Otro fenómeno que se ha observado es que se produce un *acostumbramiento* a la intensidad del castigo requiriéndose mayores intensidades para obtener un efecto similar.

Al igual que en el caso del refuerzo positivo, el castigo se puede aplicar en forma continua, intermitente o a intervalos.

De lo expuesto anteriormente puede deducirse que su uso en niños presenta serios inconvenientes y debe ser utilizado con mucha prudencia. Desde luego, se presenta el problema de la contingencia por cuanto muchos padres trabajan fuera de casa de modo que la conducta a castigar se ha producido varias horas antes de su llegada al hogar. Por otra parte, el aumento progresivo de la intensidad del castigo y su uso continuo, en especial si es de tipo físico, puede producir lesiones al niño y terminar en un cuadro de maltrato. Además produce un distanciamiento y resentimiento del niño respecto de quien lo castiga.

Por tanto su uso no es recomendable o bien, debe ser utilizado en forma moderada para controlar la conducta inadecuada pasando posteriormente a implementar conductas alternativas que al ser reforzadas compitan con la conducta a eliminar.

Supresión de reforzadores positivos. Una forma muy adecuada de controlar la conducta del niño o del adolescente, es que la consecuencia sea la eliminación de un reforzador positivo. En este caso, es deseable que el niño esté en conocimiento de que la emisión de una determinada conducta lo privará de un evento positivo. Por ejemplo, si el niño agrade a sus hermanos se lo priva de la bicicleta, de salir, la televisión, etc., por un período de tiempo.

Siempre es importante que el niño conozca previamente esta consecuencia y que no se supriman privilegios por espacios de tiempo muy prolongados, pues eso tiende a desmotivar al niño.

Creación de nuevas conductas. Hasta ahora hemos visto los mecanismos para aumentar o disminuir la frecuencia de conductas según sus consecuencias en el medioambiente, pero para que ello ocurra es preciso que estas conductas estén previamente presentes en el repertorio del individuo.

No obstante, en la teoría conductual se han descrito mecanismos para desarrollar nuevas conductas en un individuo, ellos son el moldeamiento y el aprendizaje por imitación.

Moldeamiento. Existen muchas conductas que por su complejidad es muy difícil que puedan ser reforzadas, aun cuando se trate de un refuerzo muy importante. Por ejemplo, se podría ofrecer como refuerzo un auto a una persona que no sabe manejar, si es capaz sin aprendizaje previo de manejar un auto por una vía de mucho tráfico sin chocar, lo más probable es que nunca tendrá la posibilidad de hacerlo, por cuanto es una conducta demasiado compleja para que se realice sin tenerla en el repertorio.

El moldeamiento consiste en descomponer la conducta deseada en conductas más simples y ordenarlas en forma progresiva de modo de ir reforzando *aproximaciones sucesivas* a la conducta deseada. En el caso de manejar un automóvil quizá la primera conducta a reforzar sería sentarse adecuadamente al volante sin dar contacto y así sucesivamente hasta que la persona sea capaz de mover el auto.

Este mecanismo es muy útil cuando se desea enseñar algunas conductas a los niños como control de esfínteres, comer solos, desarrollar método de estudio, etcétera.

Aprendizaje por imitación. Diversos estudios han demostrado que cuando un sujeto observa a otro realizar una conducta que recibe refuerzo, tiende a emitir esta conducta con una mayor frecuencia o probabilidad. En este caso es muy importante la importancia o significado que tiene el modelo.

Este mecanismo está presente en los procesos de enseñanza escolares e incluso universitarios. En este principio se basan la propaganda publicitaria de muchos artículos de consumo y los efectos descritos para la televisión respecto de la conducta infantil.

Situación actual a nivel del paradigma conductual-ambiental. Es muy claro que en la actualidad son pocos los terapeutas que se adscriben en

forma estricta a un modelo psicoterapéutico que enfatice exclusivamente aspectos relacionados con el condicionamiento y los factores ambientales. Sin embargo, es importante señalar que el DSM IV ha destacado el rol del ambiente como factor que puede afectar en forma importante el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los trastornos mentales.

Distintos factores han sido mencionados como determinantes en estos aspectos, actuando como estímulos productores de los desajustes. Estos factores han sido ubicados en el eje IV de la clasificación:

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
- Problemas relativos al ambiente social.
- Problemas relativos a la enseñanza
- Problemas laborales.
- Problemas de vivienda.
- Problemas económicos.
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen.
- Otros problemas psicosociales y ambientales.

Enfoque cognitivo conductual

Durante un largo tiempo la teoría conductual explicó la conducta según los principios del condicionamiento clásico y operante, poniendo énfasis en los factores ambientales. Sin embargo, lentamente se fué aceptando que en el interior de la mente ocurrían procesos que podían modificar la interpretación de los estímulos y determinar una conducta según las escalas de valores o *esquemas* de pensamiento del individuo.

Desde luego, frente a un estímulo puede variar la *percepción* de cada sujeto, la que va a depender del umbral que el individuo tenga. Hay factores que dependen del nivel de *atención* que se preste a un determinado estímulo. Por tanto, un mismo estímulo puede tener connotaciones diferentes.

Una vez que se tiene conciencia del estímulo, viene un procesamiento intrapsíquico, en que cada persona interpreta de acuerdo a esquemas que se han grabado durante el período de desarrollo en que los padres y el sistema escolar son los actores más importantes.

Después de este procesamiento, viene la emisión de la conducta que depende de factores de *temperamento* o *personalidad* y de la ponderación que el individuo hace de las consecuencias probables de su conducta. O sea, tenemos que aceptar que existe un mecanismo de *feed-back* que lo retroalimentamos y puede reforzar o extinguir a su vez ciertas conductas.

Aportes al modelo cognitivo conductual

Teoría de la autoeficacia. Este modelo desarrollado por Bandura pone énfasis en que la conducta en un momento dado, dependerá de las *expectativas de eficacia* y *expectativas de resultado* que la persona tenga.

La expectativa de eficacia es una valoración del individuo respecto de su capacidad de realizar eficazmente las conductas que le permitan obtener un resultado. Esto implica que el sujeto decida no emitir una determinada conducta si considera que no será eficaz para lograr éxito, independientemente del refuerzo que pudiera obtener. En el caso de la expectativa de resultado, lo que se produce es una ponderación de la posibilidad de conseguir el resultado aún cuando las conductas sean eficaces. Es el caso por ejemplo de las personas que piensan que no vale la pena hacer algo porque por mala fortuna no se conseguirá lo deseado.

Cuando se habla de la autoestima de un niño o adolescente, en el fondo nos estamos refiriendo a su capacidad de autoreforzarse y a sus niveles de expectativas de resultado y eficacia respecto de sus capacidades.

Estos elementos tienen importancia preventiva y terapéutica en niños y adolescentes, pues podemos a través de incrementar sus destrezas, facilitar logros en entrenamientos y aplicar programas sistemáticos de refuerzo, mejorar sus expectativas de eficacia y resultados.

Terapia racional emotiva. Este modelo terapéutico fue descrito por Ellis y plantea que las conductas problema o que crean conflictos al individuo son producto de un conjunto de ideas irracionales que actúan como mediadoras entre el estímulo y su respuesta.

Según Ellis hay una serie de *juicios racionales* que sería deseable que las personas incorporaran y practicaran:

1. No es una necesidad esencial para un adulto poder contar con el amor y aprobación de todas las personas que para él son importantes. Es necesario enseñar a la gente a diferenciar lo que es deseable de lo que es necesario.
2. Sería conveniente no valorarse a sí mismo sobre la base de la suficiencia, las aptitudes y los logros externos. Es distinto aspirar a ciertos logros que obligarse a sobresalir.
3. No hay que acusar o castigar a los malhechores ni calificarlos de "malos", "malditos" o "villanos". Los actos criminales o antisociales se cometen por ignorancia, estupidez o alteraciones psicopatológicas. Si bien los individuos en muchos casos deben ser encarcelados, hay que poner énfasis en la posibilidad de una rehabilitación.

4. Habría que tratar de no interpretar como una catástrofe toda situación que no se presente como uno quería.

5. Casi ningún caso de desdicha se debe a hechos externos, sino a los pensamientos internos. Los hechos externos o las personas, rara vez son los que nos hacen infelices, lo que pasa es que uno los interpreta como "muy deprimentes" y por lo tanto nos sentimos "muy deprimidos".

6. Con preocuparnos de peligros en acecho y meditar sobre la posibilidad de que nos pasen hechos temidos, no se evitan estas situaciones. La preocupación exagerada no tiene un efecto profiláctico.

7. Elegir siempre el camino fácil, evitando las responsabilidades, suele llevar a la indolencia, al temor y al aburrimiento.

8. Todo el mundo debería adquirir un grado de independencia saludable, en lugar de apoyarse en y depender de otra persona más fuerte que uno mismo. Es obvio que es imposible la independencia total, pues sería desconocer la importancia de la socialización, pero es muy distinto establecer una dependencia parasitaria.

9. Inevitablemente, la historia pasada de un individuo ha ejercido influencias sobre su conducta presente, lo cual no implica que tenga que seguir dirigiéndola, ni afectándola.

10. De nada sirve preocuparse por los problemas y trastornos ajenos. No debe confundirse el deseo de brindar apoyo y ayuda cariñosa a los demás, con la tendencia a preocuparse excesivamente de ellos, esperando solucionarles todos sus problemas como por arte de magia.

11. Quien se pone como meta la perfección o el control absoluto de las exigencias de la vida suele sumergirse en el pánico y en la ineficiencia. Es importante aceptar los errores del ser humano, que además, mucho se basan en las probabilidades o factores de suerte.

Estos principios tienen un indudable efecto preventivo, y sería deseable que los padres los tuvieran en cuenta en el proceso de educación de sus hijos.

Ellis plantea que el terapeuta debe buscar eliminar las ideas irracionales y cambiarlas por ideas que sean más positivas para el individuo. La terapia pretendería identificar las ideas irracionales que están a la base de una conducta anormal. Esto constituiría una verdadera reestructuración cognitiva.

La mayoría de estas ideas son adquiridas en la época escolar o adolescente y aceptadas como verdades sin un cuestionamiento.

Teoría cognitiva sobre el desarrollo de la depresión. Autores como Seligman (Teoría del des-

amparo aprendido) y Beck (Teoría de la depresión) han hecho importantes aportes para lograr comprender la forma en que se produce la depresión.

Seligman plantea que en determinadas situaciones de abandono o privación los individuos prácticamente pierden su interés por sobrevivir o iniciar actividades. Esto incluso se daría en familias enteras o grupos sociales.

Beck, por otra parte, señala que los sujetos depresivos tendrían *esquemas* o *ideas* permanentemente depreciatorias que los llevarían a enjuiciar constantemente en forma negativa sus experiencias de vida.

La terapia consiste en lograr cambiar estos esquemas, buscando identificarlos y logrando un cambio en ellos que permita interpretar los estímulos y experiencias de vida de una manera positiva.

Situación actual de las terapias cognitivas

En los últimos años, el campo de las terapias cognitivas empieza a ser invadido por los conceptos constructivistas, que marcan una importante diferencia con los planteamientos cognitivistas tradicionales. Para muchos de los autores cognitivos como es el caso de Beck, la terapia pone énfasis en detectar las alteraciones cognitivas actuales buscando su cambio inmediato y sin fijarse mayormente en el desarrollo y origen de estas cogniciones.

El constructivismo es una familia de terapias y de teorías que postula tres principios interrelacionados de la experiencia humana:

a) Los humanos son participantes proactivos (no reactivos y pasivos) en su propia experiencia, es decir en toda percepción, memoria y conocimiento; b) la mayoría de los procesos de ordenamiento que organizan las vidas humanas operan a un nivel de conciencia tácito (inconsciente o subconsciente); y c) la experiencia humana y el desarrollo psicológico personal reflejan un intento continuo de autoorganización individualizada que tiende a favorecer el mantenimiento de los patrones experienciales por sobre la modificación de ésta.

Michael Mahoney señala recientemente como muy probable que en la evolución futura de las terapias cognitivas para el siglo XXI se consideren los siguientes aspectos:

1. Se valorará cada vez más el papel o papeles de la emocionalidad y de los procesos de conocimiento emocional en la facilitación del cambio psicológico duradero.
2. Más que aceptarlos simplemente, se valorarán cada vez más los procesos tácitos (inconscientes) de organización del conocimiento y de las emociones.
3. Aspectos de corporalidad (el contexto corporal que proporcionan todas las formas de vivenciar)

tendrán cada vez un lugar más central de relevancia terapéutica; es decir las terapias corporales funcionarán mejor que aquellas que tienen poco en cuenta el cuerpo.

4. Habrá una valoración cada vez mayor de la centralidad de la identidad personal (sí mismo) en la vida real y en la experiencia cotidiana.

5. Habrá una implicación cada vez más activa en las exploraciones relacionadas con el eclecticismo y el movimiento de "Integración en Psicoterapia", en parte porque estas exploraciones ofrecen nuevas oportunidades para un mundo diverso y que cambia con rapidez.

6. La dominación autoritaria (justificacionista, objetivista o positivista) de las ciencias sociales se sustituirá por alternativas que estimulen la exploración activa y las medidas de evaluación dinámicas.

7. Las distinciones entre enfoques cognitivos, conductuales y emocionales disminuirán y aumentará el reconocimiento del holismo (totalidad) como factor individualizador en todos los casos de evaluación diagnóstico y terapia.

8. Las tradiciones de la "primacía cerebral" y la "supremacía racionalista" de las pasadas décadas cederán ante las expresiones de holismo somatopsíquicas y otras.

9. Las cuestiones de valor (bueno-malo, correcto-equivocado y sagrado-profano) se volverán cada vez más centrales en la psicoterapia, y las dimensiones de religiosidad y espiritualidad tendrán nuevos significados en la evaluación psicológica.

10. La promesa fundamental y el poder del niño se documentará más ampliamente en la investigación y la teoría que ilustrará la continuidad entre las experiencias de la vida temprana, intermedia y final.

Durante muchos años, tanto los enfoques conductistas como cognitivo-conductuales, negaron importancia al afecto en el desarrollo de la conducta. Se tendía a pensar que los afectos eran más bien consecuencia de la cognición, es decir, posteriores a ella. Sin embargo, hoy en día son muchos los autores que aceptan que a partir de los afectos y emociones pueden desarrollarse cogniciones posteriores.

En la última década, diferentes autores han incursionado en esta área que siempre fue despreciada por los conductistas ortodoxos. Lo que siempre fue considerado un obstáculo, en el sentido que era imposible abordar con el método científico el estudio de los afectos, hoy se ha hecho posible al entender, quienes adhieren a esta teoría, que es posible diseñar experiencias para intentar un acercamiento experimental al área de los afectos.

La psiquiatría biológica ha hecho un importante aporte para entender el campo emocional, al describir las estructuras anatómicas que están involucradas

en los diferentes estados emocionales y los neurotransmisores que están a la base de ellos. Es así como se han dado importantes pasos para comprender el fenómeno depresivo.

Se piensa que aquellas cogniciones o esquemas que se han desarrollado a partir de experiencias emocionales muy intensas, son muy difíciles de cambiar. En cambio aquellas cogniciones que son producto de la información, pero sin variables emocionales importantes involucradas, serían muy fáciles de modificar.

Es muy frecuente escuchar personas que ante una situación determinada manifiestan tener claro que deberían modificar su conducta, pero que son incapaces de hacerlo porque sienten lo contrario.

Se tiende a aceptar que a la base de muchas conductas y cogniciones hay muchos afectos que incluso pueden no ser coherentes y estar perdidos en el tiempo por haberse producido en periodos muy tempranos del desarrollo. Hay autores que plantean que en edades tempranas (2-6 años de edad), se establecen los estilos afectivos que pueden dar origen a futuros estilos cognitivos.

Guidano postula que uno de los elementos importantes de la reestructuración cognitiva y afectiva, es revivir y vivenciar nuevamente las emociones que se vivieron en algún momento. Para ello postula utilizar la técnica de la cámara lenta (*moviola* en italiano) que permite ir identificando las emociones ligadas a acontecimientos vividos y que determinaron algunas cogniciones. También utilizar la técnica del *zoom* que consiste en amplificar las secuencias vividas. La reestructuración se logra al enjuiciar la persona desde una perspectiva adulta y con mayor experiencia y conocimientos las experiencias vividas.

De acuerdo a lo descrito tendrá una enorme importancia en términos preventivos, instruir a los padres en el sentido de conseguir en sus hijos estilos de vivenciar efectivos que sean lo más positivos posible.

BIBLIOGRAFIA

- Andreani M. La teoría de la autoeficacia de Bandura: aspectos relevantes. *Terapia Psicológica*. Chile, 1982; 1:71-81.
- Baer DM, Pinkston EM. *Environment and behavior*. Colorado: Westview Press, 1997
- Guidano, VF. *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Ed. Paidós, 1994.
- Lazarus A. *La reestructuración cognitiva*. Terapia conductista, técnicas y perspectivas. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1980.
- Marchetti AM. *Modelo del desamparo aprendido*. Apor-

tes teóricos y clínicos a la depresión. *Terapia Psicológica*. Chile, 1983; 3:107-121.

Mahoney MJ. *Human change processes*. New York: Basic Books, 1991.

Neimeyer RA, Mahoney MJ. *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Ed. Paidós, 1998.

Opazo R. *La Terapia conductual hoy: una actualización*

crítica. *Terapia Psicológica*. Chile, 1982; 1:35-48.

Opazo R. *Los afectos en la práctica clínica*. CECIDEP. Chile, 1988.

Safran J, Segal Z. *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Ed. Paidós, 1994.

Skinner BF, Holland JG. *Análisis de la conducta*. México: Ed. Trillas, 1973.

PSICOTERAPIA DE ORIENTACION PSICOANALITICA

CARLOS PREGO-MABERINO

El psicoanálisis de niños y la psicoterapia dinámica o de orientación psicoanalítica son difíciles de diferenciar y serán tratados como sinónimos en este capítulo.

La psicoterapia de orientación psicoanalítica (Ps.O.Ps.) para niños y adolescentes, tal vez sea una de las técnicas más utilizadas en nuestra región. Sin embargo, ha enfrentado varias críticas en los últimos años, derivadas de su poca adecuación a los actuales métodos de la investigación científica.

La terapia psicoanalítica clásica ve a su paciente como un caso individual y trabaja con todo lo que lo hace singular. Labora con aquellos hechos, ideas o fantasías que el paciente ha experimentado y que, en su conjunto, constituyen la individualidad del sujeto. Desde este punto de vista, la historia del paciente constituye una suerte de "huella digital" única e irreplicable, que no se presta a generalizaciones.

El interés por lo particular y el consiguiente desinterés por lo general, ha alejado a los terapeutas Ps.O.Ps. de la investigación formal. Esta última valora sus descubrimientos por el poder de generalización de sus hallazgos.

Otra limitante poderosa la constituyen las leyes del proceso primario que rigen en el sistema inconsciente. El principio de no contradicción y la no existencia del tiempo y del espacio hacen imposible las comparaciones entre varios pacientes, cosa que es imprescindible para la investigación formal.

En base a los argumentos expuestos someramente, el tratamiento psicoanalítico y la psicoterapia de orientación psicoanalítica tienen tres caminos o posibilidades lógicas:

1. No hay investigación formal, y como consecuencia de ello, pierden progresivamente la atención que tuvieron en el siglo XX.

2. Investigan por los métodos clásicos. Es lo que está ocurriendo lentamente en los últimos años.

3. Se espera a que haya cambios epistemológicos que permitan investigar el inconsciente con sus leyes.

Definición

Para aproximarse a la definición de psicoterapia de orientación psicoanalítica se verá primero una definición de psicoterapia amplia, y luego, dentro de los límites establecidos por aquella definición, se señalarán los aspectos que caracterizan a las psicoterapias de inspiración psicoanalítica.

La definición de Strotzka establece que una psicoterapia se caracteriza por ser un proceso que: (1) se desarrolla en el tiempo y que tiene un final; (2) es interactivo, donde se da una relación emocional y comunicacional entre terapeuta y paciente; (3) es verbal y no verbal, donde ambos tipos de mensajes son significativos; (4) que busca consciente y planificadamente, (5) cambiar trastornos de conducta o estados de sufrimiento psíquico, (6) en una persona que tiene necesidad de tratamiento, (7) con el consentimiento del terapeuta, paciente (o pacientes), los padres y el entorno del paciente; (8) realizado por técnicas que pueden ser aprendidas, (9) basadas en una teoría sobre la conducta normal y patológica.

En el punto cuatro, se establece la necesidad de que en la terapia se proceda en forma consciente y planificada hacia la obtención del cambio. En la Ps.O.Ps., si bien se cuenta con la existencia de un deseo consciente del paciente para curarse, se le invita a asociar en forma no necesariamente sistemática ni planificada, sino a dejarse llevar por su inconsciente. El paciente es invitado por el terapeuta a expresarse sin temor frente a lo que pueda ser inconveniente en una conversación social: ser excesivamente agresivo, crudo en sus referencias sexuales, inoportuno en la forma como trae los temas, o sea, que estos no tengan hilación entre sí. El terapeuta se propondrá como un escucha con el juicio suspendido.

El técnico le propone al paciente que no dude en expresar que no le gusta o que le gusta el cuadro que está en la pared, si es que esto se le ocurriera, y en general, que no se limite a sí mismo en expresarse

sobre los "pequeños" sentimientos que habitualmente se tienen al entrar a un consultorio.

Procediendo de esta manera, se logra que el paciente se refiera "al aquí y ahora", a un tipo de presente que se encuentra tan inmediatamente frente a sus ojos, como los limpiaparabrisas de un auto en un día de lluvia. Se mira la calle y los autos pero no los limpiaparabrisas. Sólo después de un cambio de la atención se puede ver lo inconsciente.

¿Qué se pretende lograr con este cambio de atención? Primero, que el paciente vea una nueva dimensión de hechos a los cuales no les confería importancia. Segundo, que los privilegie como acontecimientos que tienen relevancia porque se conectan con las bases de sus sentimientos conflictivos. Estos sentimientos básicos están en la historia del sujeto con sus padres y hermanos.

La Ps.O.Ps. trabaja permanentemente entre el presente y el pasado, pero especialmente en un área en donde el pasado también es presente.

A manera de ejemplo, una adolescente que recuerda que el maestro la hizo pasar al frente y que ella se sintió avergonzada y que enrojeció. Mientras lo cuenta también se pone colorada y vemos que ella ha revivido su pasado. Lo ha vuelto a vivir y este hecho autoriza a deducir que algo de aquella historia está presente en este momento. Tal vez aquí y ahora es posible pensar que la paciente se siente avergonzada frente a nosotros como se vio avergonzada frente al maestro. Podemos pensar que ambas situaciones, con el maestro y con el terapeuta, reconocen un origen común, que podría ser la vergüenza frente a una figura parental, transferida sobre aquellos.

Se ha seguido un hilo que tiene algo de novedoso aunque todas las piezas eran ya conocidas. Este recorrido puede provocar en el paciente una sensación de descubrimiento que con frecuencia se expresa por un "¿y vos cómo sabías...?". El niño expresa así que se ha tocado un punto que constituye "un saber-no sabido" para él. Algo que no habría surgido si no fuera que el niño y el terapeuta estaban en esa relación psicoterapéutica transferencial.

Para resumir se verá que la descripción de Ps.O.Ps. resulta de modificar el numeral cuarto de la definición de Strotzka en cuanto que el paciente busca consciente e inconscientemente la curación, y de incluir, en el numeral octavo, el uso de la transferencia como herramienta fundamental.

Parafraseando a Freud, la psicoterapia que tome en cuenta los conceptos de inconsciente y de transferencia podrá llamarse psicoanalítica.

Frecuencia de la indicación de psicoterapia de orientación psicoanalítica. Es difícil de establecer la frecuencia con que se indica la Ps.O.Ps.

C.E. Prego-Maberino, P. Moreno y A. Moreno (1997), muestran que de 100 niños o adolescentes que consultaron sucesivamente en una clínica privada que atiende a clase media y alta, la Ps.O.Ps. fue indicada al 37% de los casos, y un 12% de éstos siguió en terapia un años después. Este trabajo fue realizado en una clínica de psiquiatría de niños y adolescentes donde el 70% de los terapeutas (9) son analistas de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, filial de la Asociación Internacional de Psicoanálisis.

En una perspectiva distinta, Howard y cols. (1992) concluyen que "más de la mitad de la población deberá enfrentar, en el curso de su vida, problemas de salud mental o convivir con problemas de salud mental en uno o más miembros de su familia... Sólo un pequeño grupo de éstos entrará en contacto con un especialista en salud mental. Los dos grupos que más fácilmente buscarán atención son los ricos con alto nivel educativo, y los que presentan severos disturbios".

Conceptos básicos

Los conceptos básicos que subtiende la psicoterapia de orientación psicoanalítica de niños y adolescentes, constituyen una trama de principios y teorías interconectadas, de las cuales extraemos las más importantes (Smirnoff):

El traumatismo psíquico. El psicoanálisis se gestó en la búsqueda de los recuerdos olvidados o desconocidos por el sujeto, de hechos traumáticos-reprimidos que se hubieran hecho inconscientes. De estos trabajos de Freud realizados a fines del siglo pasado, se desprenden las nociones de inconsciente, de represión y de traumatismo, que llevan a la elaboración de un primer modelo de funcionamiento psíquico con sus dos regiones: la percepción-conciencia y el inconsciente.

El traumatismo psíquico no es el hecho real sino una simbolización de los afectos penosos que acompañaron el trauma. El trabajo del psicoanálisis consiste en seguir las cadenas de asociaciones libres del paciente, que lo llevarán hasta el episodio traumático, en oposición a una fuerza contraria, de resistencia o censura, que se opone al levantamiento de la represión. La toma de conciencia aparece aquí como esencial para el tratamiento, puesto que lo que se busca es traer a la conciencia los episodios penosos reprimidos, es decir, hacer consciente lo inconsciente.

El traumatismo psíquico visto como la irrupción que desborda las defensas del sujeto, mantiene su importancia. La insuficiencia de los recursos defensivos depende más de la tolerancia a la frustración

que de la realidad traumatizante. La capacidad del sujeto a ligar o mentalizar la experiencia vivida es lo que hace que lo vivido sea menos tóxico. Las experiencias traumáticas tempranas son capaces de generar graves trastornos más adelante.

El conflicto psíquico. El concepto dinámico en la teoría psicoanalítica consiste esquemáticamente en el conflicto psíquico entre pulsiones y defensas. Se trata de un conflicto intrapsíquico que nace en el sujeto en la medida en que se enfrenta a la realidad. No se trata de una oposición entre el afuera y el adentro, sino de que la frustración sufre procesos complejos internos hasta transformarse en el conflicto intrapsíquico. El conflicto resulta interiorizado y esto significa que tiene una representación interna que se ha hecho relativamente independiente de la realidad externa.

La oposición entre pulsiones y defensas subsiste aun si tiene lugar una formación transaccional, la que da lugar a un síntoma, a un sueño, y en general a toda producción del inconsciente.

El inconsciente. Para Freud, el inconsciente forma la mayor parte del aparato psíquico, e interviene en la determinación de las conductas, los síntomas, los sueños y el destino general del individuo.

El inconsciente constituye el fondo de toda la vida psíquica y los fenómenos conscientes sólo son sus manifestaciones (Smirnoff). Los sueños se recuerdan bajo la forma, en apariencia absurda y sin sentido, llamada *contenido manifiesto*. La Ps.O.Ps. permite seguir las cadenas asociativas del paciente y así encontrar el llamado contenido latente, que corresponde a la expresión de deseos reprimidos que pretendían ser disimulados u ocultados.

El aparato psíquico se presenta en este primer tópico con dos sistemas distintos, consciente e inconsciente, cada uno con un modo específico de funcionamiento.

La represión. Se trata del mecanismo psíquico que impide que ciertas representaciones devengan conscientes. El rol de la represión es el mantener el estado de representación inconsciente.

Dada una exigencia pulsional que requiera ser satisfecha y que dicha satisfacción resulte intolerable para el yo, éste tenderá a evitar que aquella acceda al campo de la conciencia por medio de la represión.

De cualquier manera, la fuerza de la pulsión persiste aún después de ser reprimida y por lo tanto, la represión exige un gasto de energía permanente.

Aun así, se producen los llamados *retornos de lo reprimido*, que dan lugar a las formaciones transaccionales (los síntomas, etc.).

Transferencia y contratransferencia. La transferencia es un descubrimiento del cambio del siglo XIX al XX. Es enteramente atribuible a Freud (Pregomaberino).

Se define como el proceso por el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre el psicoterapeuta (Laplanche & Pontalis) y otros objetos de la vida del paciente. Se trata de un desplazamiento sobre una figura actual, de modelos infantiles de relación.

Constituye una característica singular de las Ps.O.Ps. el prestar atención privilegiada a este tipo de fenómenos, que junto con la contratransferencia, constituyen un par clave para detectar los aspectos más finos y sutiles en el contexto de las terapias infantiles.

La contratransferencia se define como los sentimientos que se evocan en el terapeuta, relacionados al material del paciente.

La contratransferencia es una dimensión personal que se pone en juego en el terapeuta y que, adecuadamente elaborada, se transforma en una herramienta para resolver problemas que tal vez no podrían solucionarse de otra forma. Sin embargo, no todos los sentimientos y pensamientos que vienen a la mente del terapeuta son provocados por el discurso del paciente.

Se verá un ejemplo: un terapeuta está en una sesión con un niño y de pronto se da cuenta que ya pensó más o menos dos veces en tomar un café. El terapeuta piensa si en su actual estado se justifica dicho pensamiento. Si llega a la conclusión que es la hora de tomar el café, la introspección termina allí. No se trató de un fenómeno contratransferencial.

Pero si, por el contrario, colige que no, que es extraño pero no tendría que desear un café, entonces, puede examinar el material de paciente y ver si hay algo que se le destaque. En el caso en que el hecho de "tomar", "beber", "un café", etc., no le ilumine algo que no había visto antes, no desechará sus ideas, sino que las conservará para más adelante.

Puede sin embargo, investigar el discurso del paciente y es posible que de pronto surja algo nuevo: un nuevo sentido relacionado con la oralidad. El terapeuta, ahora con su renovada comprensión, sigue escuchando para ver si su hipótesis se confirma. Si es así, puede probar una interpretación tentativa. Si su hipótesis no se confirma, la guardará para más adelante.

Este sencillo ejemplo muestra cómo el terapeuta presta su atención al niño pero su mente está dividida en las funciones de observador y participante. Por momentos, la mente del terapeuta se aleja del material siguiendo una ocurrencia propia como la del ejemplo.

Para lograr esto, el técnico debe ubicarse en un estado llamado *atención flotante*, que le permita un

grado mayor de libertad. Este nivel de atención es difícil de conseguir en el tratamiento de niños chicos, que exige que el terapeuta juegue activamente.

Los niños pequeños despiertan en el terapeuta importantes emociones, y al mismo tiempo hacen más trabajoso el seguir las propias ocurrencias. El poder trabajar libremente con la contratransferencia corresponde a la alta capacitación del terapeuta.

Sobredeterminación. Todo el material del paciente tiene múltiples sentidos y significados. El trabajo del terapeuta consiste en detectar esos otros significados no conscientes, o no totalmente conscientes, y vincularlos generalmente con figuras del entorno cercano del paciente.

Progresivamente el niño puede entender más de lo que antes vivía como asustante, raro o vergonzoso. Muy gradualmente el niño y el terapeuta se sienten más capaces para intentar conocer los niveles más profundos de la mente.

Defensas. El yo del paciente considera inaceptables ciertas nociones y se defiende de ellas por diversos medios. Ana Freud (1936) describió diez mecanismos de defensa: la represión, la regresión, la formación reactiva, el aislamiento, la anulación retroactiva, la proyección, la introyección, el retorno contra el yo, la transformación en lo contrario y la sublimación.

Klein, Bion, Meltzer y otros autores desarrollaron nuevos mecanismos de defensa, cuyo trato excede la dimensión de este capítulo.

El concepto de defensa no necesariamente implica patología. El desarrollo normal se basa en el uso de las defensas adecuadas, y la mejoría o la curación implica sustituir mecanismos de defensa más costosos para el psiquismo por otros menos gravosos.

Sexualidad infantil. Aun cuando el argumento del trauma y la teoría de la seducción no fueron del todo abandonados por Freud, serán el reconocimiento de la universalidad del alcance del Edipo, y de la existencia de la sexualidad infantil, unos de los pilares teóricos más importantes del psicoanálisis.

Es en "Tres Ensayos de Teoría Sexual" que queda abolida la inocencia infantil. Se analizarán las etapas por las que transcurre la evolución de la sexualidad, partiendo del análisis de adultos neuróticos.

La amnesia infantil convierte la infancia en un tiempo "prehistórico y le oculta los comienzos de su propia vida sexual".

"Los neuróticos han conservado el estado infantil de su sexualidad o han sido remitidos a él".

En 1909, con el caso clínico de "Juanito", Freud pretende confirmar sus enunciados expuestos en "Tres Ensayos", así como las teorías que los niños

formulan sobre la sexualidad.

Aparece en el caso Clínico del "Hombre de los Lobos" la constatación del "après coup" que da cuenta de la existencia de otro tiempo no lineal, que cuando toma conciencia de su propia historia, le permite al paciente modificar de manera retrospectiva, dando así lugar al trabajo elaborativo y terapéutico.

Objetivos de la psicoterapia de orientación psicoanalítica

Los objetivos de la Ps.O.Ps. son restituir el proceso del desarrollo en el paciente.

Los niños y adolescentes enfrentan situaciones con diverso grado de dificultad y las resuelven con la ayuda más o menos imprescindible de su entorno y sus propios recursos internos.

Esto no sucede en aproximadamente un quinto de la población. Se producen fallas en el psiquismo y en el contexto familiar y social del paciente que dan lugar a patología. Aquí interviene la Ps.O.Ps. entre otros recursos terapéuticos, para intentar devolver al niño a su funcionamiento normal.

Si bien se puede estar de acuerdo con las afirmaciones anteriores, éstas resultan demasiado generales e imprecisas. Cada vez es más necesario establecer los objetivos de una Ps.O.Ps. con precisión y discriminación. La investigación exige poder comparar distintas poblaciones y obtener resultados numéricos.

La Ps.O.Ps. se mueve lentamente en el sentido de obtener estas nuevas perspectivas.

Lewis (1996) menciona los siguientes diez puntos como objetivos de la Ps.O.Ps.:

- La reducción de la ansiedad.
- La mejoría de la autoestima.
- La mejoría de la tolerancia a la frustración.
- La desaparición de los síntomas.
- La mejoría en las estrategias de control.
- El logro de una independencia apropiada.
- El logro de buenas relaciones con compañeros y adultos, internas y externas.
- La satisfacción en el trabajo escolar.
- Los sentimientos de placer y alegría.
- El restablecimiento del desarrollo.

Bleiberg *et al* (1977) en una propuesta distinta, establecen: "El aspecto terapéutico central del psicoanálisis y la terapia psicoanalítica para adultos y niños descansa en su habilidad para activar la habilidad para hallar el sentido en la conducta propia y de los otros", y proponen los siguientes puntos:

1. Enfocar los problemas mentales a través de las representaciones del self.
2. Verbalizar los estados internos y diferenciar los sentimientos.

3. Dividir las experiencias inmanejables o provocadoras de ansiedad en entidades más pequeñas y manejables para el niño.

4. Desarrollar las representaciones internas del afecto de manera tal que el niño pueda manejar sus propios sentimientos.

5. Facilitar el pensamiento a través de la reducción de la ansiedad y establecer puentes entre los distintos aspectos del proceso del pensamiento.

6. Facilitar la comprensión de causa y efecto dentro de las relaciones.

7. Ayudar al niño a separar lo interno de lo externo, lo real de lo irreal.

8. Establecer límites explicando los límites previstos.

9. Establecer reciprocidad de dar y tomar.

10. Desarrollar la tolerancia a la frustración y de postergar la gratificación.

11. Ayudar a desarrollar una actitud "como si", la suspensión de la realidad y el respaldo de la fantasía.

12. Gradualmente confrontar al niño con las ideas opuestas o conflictivas, ampliadas.

Indicación de psicoterapia de orientación psicoanalítica

El psiquiatra de niños y adolescentes ve a un paciente y a sus padres en tres entrevistas de una hora cada una. Este es el tiempo que le lleva llegar a un diagnóstico que lo formula según el DSM-IV o el ICD-10. Los sistemas nosográficos son altamente restrictivos y quedan cuadros por fuera. El psiquiatra de niños y adolescentes debe, en ocasiones, tratar estos casos que no llegan a configurar diagnósticos clínicos según las nosografías actuales.

Luego establece la conducta terapéutica y posteriormente la conducta terapéutica escalonada, atendiendo las prioridades del caso y la receptividad que tengan los padres y el niño. Por ejemplo, 1° Ps.O.Ps., 2° Reeducción psicomotriz y 3° Psicofármacos.

Esta estrategia implica el orden en el cual se irán agregando los recursos terapéuticos. Si es necesario y si se acuerda con los padres, el niño comenzará su Ps.O.Ps., luego o simultáneamente comenzará su reeducación psicomotriz y más adelante, si no se obtiene una mejoría suficiente, se agregarán los psicofármacos. En ocasiones el orden es inverso.

La Ps.O.Ps. sólo se indica aisladamente en los casos cuando el problema es primariamente intrapsíquico, sin otros factores etiológicos (Lewis, 1996).

La Ps.O.Ps. se indica como parte de los tratamientos, cuando entre los diagnósticos comórbidos, se encuentra un diagnóstico de trastorno por ansiedad (Target y Fonagy).

Quedan incluidos los trastornos neuróticos y depresivos menores (distimias).

La indicación en los trastornos generalizados del desarrollo queda reducida a centros de investigación.

Las indicaciones de Ps.O.Ps. se resumen en los dos puntos siguientes:

– La familia debe ser continente frente a cierto grado de estrés. La terapia debe ser sostenida y soportada por ambos padres. La familia debe poder hacer una alianza terapéutica y respetar al niño, especialmente en lo relacionado con la Ps.O.Ps.

– El paciente debe presentar cierto grado de conflictos internalizados. El desarrollo libidinal debe haber progresado como para permitir un grado suficiente de mentalización.

El psiquiatra de niños y adolescentes puede derivar al niño para psicoterapia psicoanalítica con otro colega o realizarla él mismo. En cualquiera de los dos casos, dedicará una o más entrevistas para discutir con los padres y el paciente las expectativas de estos con respecto a la psicoterapia, y sus limitaciones.

Contraindicaciones. Son contraindicaciones formales los episodios agudos de tipo psicótico, los trastornos caracteriales y los retardos profundos.

La Ps.O.Ps. exige un mínimo de estabilidad familiar por lo que se contraindicará cuando no estén dadas esas circunstancias.

La indicación de Ps.O.Ps. en los intentos de autoeliminación depende de la patología subyacente.

La obesidad requiere formas adaptadas de psicoterapia, y dentro de un conjunto de tratamientos simultáneos.

La anorexia nerviosa y la bulimia admiten la indicación pero por lo menos al principio, hasta que no se alcance un peso mínimo, la Ps.O.Ps. estará integrada a otros tratamientos, inclusive pediátricos.

En relación a realizar la Ps.O.Ps. e indicar psicofármacos por un mismo técnico, el psiquiatra de niños y adolescentes puede hacerlo, pero debe evaluar los costos que significa para la eficiencia de los recursos que está utilizando. También sopesará el efecto sobre el paciente y los padres, y por último, considerará las consecuencias sobre sí mismo. El ideal es que no sea la misma persona la que realiza la Ps.O.Ps. y medica a la vez.

El contrato

Cuando se ha decidido comenzar una Ps.O.Ps. el terapeuta debe poner en palabras lo que se ha llamado el contrato de psicoterapia. Si bien esta denominación tiene una connotación jurídica (Etchegoyen, 1988), corresponde mantener algo de esta ambigüedad en el momento de verbalizar el contrato frente a los padres y al paciente.

Interesa que todos oigan claramente las cláusulas que implica a) la forma en la cual se trabajará, y b) la obligación que cada uno contrae de cumplir con lo convenido.

Desde luego que los padres pueden rescindir unilateralmente este contrato, pero luego de hablado con el terapeuta. El niño podría eventualmente expresar su insistente negativa a continuar.

El técnico expresará que su obligación será estar en hora para recibir al paciente, escucharlo y transmitir periódicamente las distintas conclusiones a las cuales va arribando.

El paciente deberá venir en hora y hablar o jugar de lo que se le vaya ocurriendo libremente y sin dejar de contar nada de lo que se le presente.

El terapeuta mantendrá dentro de la confidencialidad lo que pase en la sesión, salvo que el mismo paciente lo autorice a levantar el secreto. El paciente podrá relatar la sesión o parte de ella.

Si el terapeuta habla con la maestra de clase, no se referirá al material, salvo en aspectos generales.

Con los padres se tendrán entrevistas periódicas como veremos más adelante.

La Ps.O.Ps. tendrá lugar en una sala de juego. Esta tiene muebles sobrios y firmes, no tiene mayores adornos, las ventanas están protegidas o son altas, los enchufes están protegidos, los interruptores de luz están altos para que los niños no los alcancen. Está provista de una piletta contra el piso con la canilla ubicada dentro de la piletta para que no puedan salpicar.

Las paredes deben ser de pinturas lavables al igual que los pisos y muebles.

Las condiciones de la sala de juego tienden a ser menos exigentes en los últimos años. Hace veinte años se exigía que en las salas de juego hubiera un arenero.

En el contrato se establecerán los límites y alcance de la Ps.O.Ps. Los beneficios que se esperan de ella y los perjuicios, si los hubiera.

Se establece el tiempo de duración de la psicoterapia, que puede ser sin límite de tiempo o con un plazo predeterminado.

Con respecto a la frecuencia de dos sesiones semanales, que es la media, se tendrá en cuenta el tipo de patología, la actitud del paciente, el grado de apoyo brindado a la terapia por parte de los padres y hasta la distancia en tiempo del viaje de la casa hasta el consultorio.

Los honorarios se deben establecer con total claridad. Los padres y el niño proyectan fantasías con respecto al dinero que distorsionan la realidad. Estas se verán más fácilmente si el contrato estuvo suficientemente aclarado.

Algunos aspectos adicionales se pueden ver en el Anexo de este capítulo.

La caja de juego

La caja de juego ha sido un elemento principal para los psicoterapeutas de niños. De acuerdo con el libro clásico de Arminda Aberastury "Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños" (1962), la caja puede representar el mundo interno del niño, el espacio de sus pensamientos o el del trabajo de la psicoterapia, el interior de su cuerpo o el de la madre. Por lo tanto, el psicoterapeuta prestará gran atención a todo lo que el niño haga con su caja de juego, incluso cuando la deje de lado y que aparentemente ésta no tenga gran importancia.

La caja de juego es un elemento estable de la terapia, da seguridad y confianza en la medida que se mantiene a través del tiempo. Incluso, cuando en progresivas sesiones la caja es atacada por el paciente y parcialmente destruida, el hecho que el terapeuta la mantenga, la guarde, la saque cada vez que el niño viene, hace posible que ésta adopte diferentes significados y que eventualmente el niño pueda intentar reconstruirla.

El contenido de la caja de juego consiste en una serie de juguetes fuertes –para que no se destruyan fácilmente–, pequeños –para que no puedan ser lanzados y constituyan elementos peligrosos para el terapeuta o los muebles y vidrios de la sala de juegos–, que no sean demasiado definidos, como por ejemplo, un soldadito de plástico con un arma –puesto que esto posiblemente determinaría en algún grado el material que el niño va a aportar.

Que no sean especialmente atractivos. El terapeuta tiene que tener presente que sus propias actitudes se transparentan en los juegos que elige para la caja. Si los juguetes son demasiado llamativos, se corre el riesgo de forzar al niño a que juegue de determinada manera que está implícita en el juguete, o que por el contrario, el niño que puede captar algo sugerido por el terapeuta y reaccionar con oposición. Un terapeuta al comienzo de sus prácticas intentaba poner juguetes atractivos y caros en la caja. El niño tomó como primera cosa, los costosos lápices y les sacó punta hasta dejar cada uno empuñado. El terapeuta quedó perplejo y no pudo interpretar la hostilidad del paciente. Por lo tanto, conviene que los juguetes no sean particularmente valorados por el terapeuta, puesto que debe presentar frente a ellos una suerte de neutralidad, como frente a todos los materiales del paciente.

Los juguetes básicos incluyen una familia de muñecos, una familia de animales de granja y una familia de animales salvajes, cubos de madera, autos, recipientes, tijera, papel, lápiz, lápices de colores, goma de borrar, goma de pegar, piolín, trozo de tela, plastilina, pelota, cinta adhesiva y hojas de papel glacé.

Es conveniente decirle al niño que si quiere otras cosas el terapeuta puede incluirlas trayéndolas a la siguiente sesión, y que él puede traer cosas de su casa.

Es importante mencionar que la caja es de ambos mientras dure el tratamiento, y que será cerrada y protegida por el terapeuta mientras el paciente no esté. Incluso, suele cerrársela con un candado pequeño y guardarse la llave.

Los contenidos pueden variar con la edad, y cerca de los 12 años ya no es conveniente ponerla.

Incluso puede cuestionarse su uso. Por ejemplo, Winnicott no la usaba.

La caja de juego es un apuntalamiento, un apoyo para que desarrolle el proceso terapéutico.

Recientemente se ha mencionado el uso de una computadora en la sala de juego.

Se proponen cambios para cuestionar los métodos tradicionales.

El juego

La entrevista con los padres y el niño es el instrumento principal para llegar al diagnóstico clínico del paciente. Sin embargo, en lo que tiene que ver con la comunicación con el niño, el juego es insustituible.

El niño se expresa a través de verbalizaciones, gestos y juego. A los efectos de la Ps.O.Ps., el juego resulta privilegiado porque equivale a la asociación libre del paciente adulto.

Los juguetes, distintos según las edades y necesidades de los párvulos, se prestan para representar su mundo y a la vez, permitir maestría o dominio de aquellas situaciones que les han causado placer o dolor. Al jugar, el niño proyecta miedos y angustias internas que resultan excesivas para un yo relativamente débil (Freire de Garbarino, 1990).

El juego sirve para repetir una y otra vez con pequeñas variaciones, hechos de la vida cotidiana. De esta manera se va elaborando y transformándose en experiencia.

Por lo tanto, el juego permite cambiar los acontecimientos, es decir, modificar el haber tenido que sufrir pasivamente un rezongo, por rezongar activamente.

El adulto piensa y eventualmente habla. El niño juega.

Un adulto maneja su auto y un ómnibus lo encierra. El adulto piensa "qué susto, qué rabia, voy a denunciarlo a la policía, voy a seguirlo y lo voy a encerrar, voy a gritarle que le voy a pegar, voy a ir hasta su casa y le voy a tirar una bomba", etc., etc. Paralelamente sigue manejando mientras piensa y luego de algunos segundos o minutos, se olvida.

Esta secuencia de pensamientos es similar a un

juego infantil, en el cual el niño grita y golpea como si fuera un maestro sádico, mientras el terapeuta ocupa el lugar del niño. El pensamiento del adulto fue primero juego de niño. La acción es más primitiva y precursora del pensamiento (Klein, 1964).

Comienzo de la psicoterapia de orientación psicoanalítica

Una vez que se ha establecido el diagnóstico clínico y psicopatológico, y que se ha discutido la estrategia terapéutica con el niño y los padres, llega el momento de conversar sobre la Ps.O.Ps..

Es un momento especial para el niño y los padres. Se trata de proponer algo nuevo o relativamente nuevo, que va a exigir concurrir varias veces por semana, que va a tener un costo económico y temporal, y un compromiso de la familia. Que va a despertar angustias y que no va a ser indiferente para ninguno de los participantes.

En primer lugar tenemos las resistencias de los padres. Los padres suelen proyectar en sus hijos sus aspectos más enfermos y el temor a la locura en ellos representa una dificultad para enfrentar sus propios aspectos irracionales.

Los padres también proyectan en sus hijos aspectos idealizados, o sea, de valoración positiva, y son muy sensibles a cualquier posible amenaza a este estado de cosas.

Con frecuencia los padres han dicho en las entrevistas previas, que no desean que se le pida un informe escrito a la maestra o profesores. Argumentan que no desean que al hijo se le ponga en evidencia, o que prefieren que no sepan en el colegio que el niño está consultando a un psiquiatra de niños. Los padres pueden presentar reservas en cuanto a comentar con los abuelos u otros parientes o amigos.

El psicoterapeuta tomará en cuenta estos indicadores de resistencia de los padres como anticipación de una negativa a la indicación de psicoterapia. Por consiguiente, deberá proponer un trabajo con los padres, orientado a ventilar las reservas de éstos. El trabajo con los padres será permanente a todo lo largo de la Ps.O.Ps. con el niño.

Los niños comienzan su psicoterapia dinámica con temores, vergüenza y culpa conscientes o inconscientes. A veces se presentan inhibidos, otras veces agresivos y desconfiados, pero lo que siempre traen es un deseo de encontrar un adulto empático y respetuoso con el cual examinar sus experiencias.

Al comienzo el tema es el conocer a la persona del terapeuta, la sala de juegos y los juguetes. Los niños no confían en que un adulto se quede con ellos prestándole atención a las pequeñas cosas, y especialmente que valore y promueva sus intervenciones. La actitud del terapeuta es de tratar de escuchar

y entender: intervienen muy poco generalmente. Los terapeutas más experimentados hablan menos. El niño pone a prueba al terapeuta de muchas maneras, pero la principal es enfrentándolo a un mundo que no conoce y viendo cómo se maneja.

Simultáneamente o predominantemente, el material se presenta teñido de los problemas del paciente, y los desplazamientos transferenciales ocurren desde el principio de la Ps.O.Ps. Incluso el terapeuta es imaginado con ciertas características desde antes de conocerlo. El tema de la pretransferencia es abordado por la escuela suiza (Palacio-Espasa y Manzano, 1993).

Período de despliegue de la psicoterapia de orientación psicoanalítica

El período de Ps.O.Ps. propiamente dicha, no tiene un límite claro con la primer etapa que se acaba de ver. Los procedimientos son los mismos y la diferencia está en la actitud del paciente. Este ha captado que el psicoterapeuta es una existencia duradera y confiable y que también el tratamiento lo es.

Entre las dos etapas hay un lapso en el cual las características de ambas están presentes.

Clásicamente se ha dicho que la psicoterapia psicoanalítica implica una evolución progresiva que profundiza en diferentes capas, como las telas de una cebolla. Sin embargo, una visión más realista la muestra como un proceso que toma niveles con diferente profundidad cada vez.

El niño trae sus ansiedades a través del juego o verbalmente, y el terapeuta lo escucha y juega. Frente a determinados pacientes o en ciertos momentos, el técnico tiene que intervenir más pero, sin embargo, no por ello intenta introducir algo de él o de su vida. La terapia se ocupa de lo que le sucede al paciente, y lo demás no debe aparecer. Incluso las verbalizaciones se hacen utilizando las palabras que ha usado el paciente en la sesión actual o en el último período.

El hecho de que el niño se exprese durante más tiempo cronológico que el terapeuta, y que el terapeuta sólo se refiera a las cosas como el niño suele llamarlas, tiene dos consecuencias:

- El niño comprueba que su material es el centro de la terapia.

- Indirectamente le confiere una importancia especial a las únicas veces en las cuales el terapeuta dice algo esencialmente distinto, y es en el momento de la interpretación. Aun así, la interpretación es formulada en los mismos términos que usa el niño y esto hasta donde sea posible.

La interpretación consiste en una nueva explicación sobre cómo posiblemente, suceden las cosas

para el paciente. Esta intervención es una hipótesis sobre cómo además, se puede entender lo que ocurre en la vida del paciente. El niño tiene una idea de por qué le pasan ciertos hechos y la interpretación debe proponer otra vía posible.

El insistir en un nuevo modo de ver un problema actual, promueve que el paciente incorpore el "como si" y adopte una actitud más mediata en cuanto a su vida psíquica. Desde siempre se recomienda a niños, adolescentes y mayores el contar hasta diez antes de perder la paciencia, a consultarlo con la almohada, etc. Esto no significa otra cosa que entre una motivación que determine una acción y la acción misma, se introduzca un espacio de mentalización o elaboración. El espesor de este espacio es algo que se pretende aumentar en las terapias, ya que acrecienta la tolerancia a la frustración, siendo este cambio una de las variables mensurables del desarrollo.

La interpretación se desarrolla en etapas, cada una de las cuales tiene un efecto posible:

- a. Interpretación tentativa.
- b. Interpretación.

Interpretación tentativa. Se trata de una intervención parcial donde el terapeuta intenta atraer la atención del niño hacia un inicio de comprensión. Se verá un ejemplo:

Un niño llega a su sesión y aparentemente golpea la puerta "sin querer". El terapeuta dice: "golpeaste la puerta"; "¿qué te habrá pasado?"; luego dice "¿será rabia?". Finalmente pregunta: "¿contra quién será esta rabia?". Esta última pregunta del terapeuta implica un salto apreciable; se presenta la rabia dirigida a una persona y se deja en suspenso de quién se trata.

El niño puede responder directamente o a través del juego. Posiblemente tome sus muñecos, y dramatice una pelea. Aquí ya tenemos el tema de la agresividad. El terapeuta describirá lo que ocurre. También puede realizar algún juego que el terapeuta no entienda. En este caso, se esperará. En ocasiones se llega a comprender un juego, luego de pasada la sesión, en la siguiente sesión o en una mucho más adelante.

Cuando lo juzgue oportuno, el terapeuta propondrá que la agresividad se dirige contra el amigo, o contra el hermano y más adelante, contra uno de los padres.

El fragmento ficticio de sesión que acabamos de ver, representa una simplificación, puesto que:

1. Los niños traen el material bajo la forma de trenes de asociaciones, y éstas no siguen un sentido racional. El tema de su agresividad con el padre puede venir relacionado con otra temática conocida o desconocida.

Un niño de 9 años consultó por fobia escolar,

que comenzó dramáticamente, el día que se dirigía hacia la escuela, y en el camino se encontró con el velatorio de un importante caudillo político. Prácticamente toda su Ps.O.Ps. se dedicó a la tarea de analizar su agresividad delante de su padre. Durante un cierto período, sin embargo, el padre apareció como víctima y la verdaderamente agresiva fue la representación de la madre.

2. La actitud del psicoterapeuta de permanecer relativamente en silencio, y el intento de no hablar en reacción a lo que dice el paciente, facilita que éste proyecte sobre él sus propios contenidos psíquicos. Estamos frente a la transferencia. Un niño dice "cuando te cuento estas manías te ponés nerviosa", refiriéndose a sus ideas obsesivas. Terapeuta: "Debe ser que a ti te pone nervioso pensarlas y contarlas". Paciente: "Sí, tú siempre estás igual ... a veces yo me pongo nervioso".

El terapeuta utiliza interpretaciones tentativas durante la mayor proporción del tiempo de la psicoterapia de orientación psicoanalítica.

La interpretación. La interpretación es, por oposición a la interpretación tentativa, una intervención infrecuente.

Alguna vez se enuncia la relación entre la defensa y el deseo como un conocimiento acabado, pero en realidad la interpretación propiamente dicha, resulta más bien, un modelo ideal que los terapeutas generalmente tienen presente pero que rara vez lo aplican.

La interpretación es un proceso interpretativo que lleva al paciente a ir adquiriendo conciencia de algo que hasta ese momento, no está disponible en su conciencia como tal (Sandler y cols.)

La psicoterapia psicoanalítica es, esencialmente, una cura a través de la palabra.

Existe un consenso en cuanto a que la principal intervención por medio de la cual se logra el proceso de mejoría o la curación, es la interpretación.

Se refiere por interpretación, a la comunicación por parte del psicoterapeuta, de sus hipótesis en relación al material del paciente.

Estas hipótesis contienen un potencial de relación entre dos o más elementos del material, distinto a la forma que dicho material está explícitamente hilado.

Se refieren, en última instancia, al deseo inconsciente reprimido, pero es esencial comprender y adaptarse a la naturaleza gradual del proceso psicoterapéutico.

Kernberg (1995) establece que las intervenciones del terapeuta se agrupan en interpretativas y no interpretativas.

Las no interpretativas serán las derivadas de conductas sociales ordinarias, las preguntas relacio-

nadas al tratamiento, los pedidos de información, las intervenciones de ayuda que pueden ser educativas, sugestivas o para dar ánimo, reaseguramiento o empatía. Las intervenciones facilitativas que pretenden promover el intercambio, las clarificaciones y las confrontaciones.

Si bien esta manera de encarar el tema tiene ventajas, también ensombrece el valor interpretativo que tienen todas las intervenciones del terapeuta.

Insight. El papel del *insight* como agente terapéutico es mucho más claro en los tratamientos de adultos que en los de niños.

Aunque no es el único factor promotor de cambios, es fundamental para favorecerlos.

Se define como la capacidad de tomar contacto con los propios sentimientos, motivaciones y reacciones, así como de los vínculos con los demás, y la incidencia de éstos sobre sí.

El mismo desarrollo del proceso terapéutico trae aparejadas las condiciones para esa capacidad de desarrollo, al contribuir a reducir las resistencias y las estrategias defensivas frente al embate pulsional.

El *insight* revela un movimiento de escisión en el Yo y un desarrollo del Super Yo que logra poner en funcionamiento la posibilidad de autoobservación del Yo.

La posibilidad de ir generando la capacidad de autoobservación y de autoconciencia permitirán contribuir al aumento del *insight* (Sandler y cols., 1983).

Terminación de la psicoterapia de orientación psicoanalítica

La terminación de la psicoterapia psicoanalítica requiere, por parte del terapeuta, una doble función:

1. Por un lado, debe escuchar al paciente en cuanto a las señales que anticipan la terminación. Por ejemplo, que el paciente empiece a recordar y a traer etapas anteriores del tratamiento.

Debe evaluar este momento del proceso desde un punto de vista racional, o sea, desde el proceso secundario. Sopesar si el paciente ha tenido logros parciales o totales, que justifiquen que se considere su posible terminación.

2. El psicoterapeuta debe observar su contra-transferencia, ya que el punto de terminación es un momento crítico, en el cual resulta más difícil separar y distinguir lo propio. Son raros los casos en los cuales un tratamiento transcurre hasta su terminación más allá de toda duda. Por el contrario, el psicoterapeuta estará a igual distancia de su representación de un padre o madre protectores que no abandonarán a su hijo, y por otro lado, un padre o madre indiferentes y fríos que lo dejarán ir con excesiva facilidad.

Estas dos representaciones internas estarán en la mente del psicoterapeuta, y éste deberá trabajar con ellas en su propio análisis, en su supervisión, o en su autoanálisis.

El psicoterapeuta deberá también atender a otras dos polaridades (y sus puntos intermedios):

1. Se trata de un paciente que ha sido difícil por diversos motivos, y que la relación con los padres ha obligado a mucho trabajo. Es posible que piense que será razonable que el paciente termine simplemente porque ya resulte agotador seguir trabajando con él.

2. El paciente resulta seductor, o tal vez parece el paciente ideal que aprovecha todo lo que el terapeuta le dice y de todo saca algo positivo. El terapeuta puede sentir que el paciente es demasiado agradable y seguir atendiendo, puesto que satisface sus aspectos narcisistas. Puede no ver, ni distinguir, entre lo que es propio de lo que es evocado por el material del paciente. Puede pensar que debe continuar, mientras que el paciente está trayendo material de terminación.

La psicoterapia debe terminar. La decisión de que se ha llegado a la etapa de finalización del tratamiento depende del terapeuta en cuanto éste considere que se ha cumplido con las expectativas del mismo técnico, del niño y de los padres. También depende del niño, en la medida que éste se sienta suficientemente mejorado. Pero también entra dentro de la consideración del niño, lo que piensen sus padres y su propio terapeuta.

La terminación implica algún tipo de acuerdo entre estos tres actores. Sin embargo, este acuerdo tripartito no da cuenta de la totalidad de los hechos. Existe una dosis de irracionalidad en esta decisión, que evoca el accionar de los mecanismos inconscientes. Se ha dicho que el tratamiento dura mientras la transferencia sea fuerte, pero esto es difícil de asegurarlo en un momento dado.

La terminación de la psicoterapia implica también un proceso durante el cual terapeuta, niño y padres replantean y elaboran esta posibilidad durante un tiempo prolongado.

En cuanto al paciente, asumiendo que en todo momento de la terapia el niño tiene deseo de continuar y al mismo tiempo deseos de interrumpir o terminar y está en un equilibrio relativamente inestable, veremos los indicadores de terminación.

Los criterios de terminación de la Ps.O.Ps. se agrupan en sintomáticos y estructurales.

Sintomáticos. Primero la disminución o desaparición de los síntomas. La ansiedad debe haber alcanzado niveles más cercanos a la normalidad. La tolerancia a la frustración debe haber mejorado, evidenciando una mayor fortaleza del yo. Se ha

acrecentado la noción del sentido de los propios actos y los de los demás.

Estructurales. Los cambios estructurales son deducidos a partir del paciente y a la luz de la teoría psicoanalítica. Las defensas deben haber cambiado mostrando formas más evolucionadas y adaptativas. La capacidad de mentalización debe ser claramente superior al comienzo de la terapia. Las exigencias superyoicas deben ser menos sádicas, representando una imagen tolerante y benévola. Las estructuras ideales deben estar más firmes y contribuir a una imagen de sí mismo que favorezca la autoestima.

El aparato psíquico tiene que funcionar en una forma más armoniosa y equilibrada.

Los criterios de terminación de la Ps.O.Ps. coinciden, en gran medida, con los objetivos de la psicoterapia psicoanalítica.

La terminación de terapia se produce cuando se dan dos hechos simultáneos:

a. La ansiedad relacionada con el trastorno y con descubrir las causas de la afeción, disminuye por debajo de cierto umbral.

b. El deseo por superarse y mejorar.

La Ps.O.Ps. de niños hace que estos dos mecanismos se puedan detectar también en ambos padres, o al menos en uno ellos.

El trabajo con los padres

El trabajo con los padres es importante en las Ps.O.Ps. de niños. La visión clásica kleiniana de llevar adelante la Ps.O.Ps. casi sin entrevistas para padres es actualmente considerada inconveniente.

El terapeuta de niños tiene que prestar atención preferencial al infante y esto debe ser notorio desde los primeros contactos. Sin embargo, no significa que no le brindará atención a los padres. Al contrario, la actitud del terapeuta transmitirá su interés tanto por el niño como por los progenitores, sin establecer competencia entre uno y otros, y sin encarnar los roles que frecuentemente los padres temen y/o desean ver en el terapeuta.

Una de las actitudes que los padres traen a la consulta son sus sentimientos de culpa, más o menos encubiertos, en relación al niño, y sus síntomas.

El terapeuta no se hará cargo de estos afectos tomando actitudes que impliquen culpabilizar a los padres.

Es una tarea permanente de los técnicos, el perfeccionar constantemente la forma de relacionarse con los padres. El apreciar que el terapeuta mantiene una actitud moderadora, contribuye a crear confianza. Ver que no culpabiliza ni desculpabiliza, que no se alarma demasiado ni demasiado poco, que no es frío ni distante, ni por el contrario, demasiado calu-

roso, favorece la identificación de los padres con estos aspectos del técnico.

El terapeuta debe estar muy cerca de los pacientes y sus padres, pero debe mantener un tipo de neutralidad en un terreno como las relaciones padres-hijos, que se caracteriza por la falta de ponderación.

Las entrevistas frecuentes con padres buscarán el ventilar las resistencias siempre presentes, como ya se ha visto.

Adicionalmente, se intentará que los padres pongan en palabras los llamados "secretos familiares". Dentro de éstos se esconden claves importantes para la dinámica familiar y, a veces, para la dinámica transgeneracional. Algunos de estos secretos toman una importancia tal que el terapeuta recomendará fuertemente que se verbalicen delante del niño, antes que comience el tratamiento, por ejemplo, la adopción.

Los niños pueden o no traer a las sesiones, información sobre acontecimientos de importancia como mudanzas, muerte de familiares, embarazo de la madre u otras personas cercanas, etc. Por consiguiente, es necesario que los padres informen rápidamente sobre estos hechos que tienen trascendencia para los hijos, y que expresan en sus terapias pero no de manera clara.

Cuando los padres están en terapia de pareja o en terapias individuales, no por eso se deben distanciar las entrevistas o suspenderlas. Estas cumplen con varias funciones y además, la mayoría de las veces ayudan a los padres en sus propias psicoterapias.

El trabajo con padres exige una gran flexibilidad técnica del psicoterapeuta, pudiendo éste reunir desde técnicas conductistas para manejar ciertos aspectos de límites, hasta los consejos y las medidas educativas.

El psicoterapeuta debe tender a trabajar en equipo multidisciplinario. Es conveniente que sea otro integrante del equipo el que hable con la escuela, el club deportivo, etc. En caso que no sea posible contar con otro técnico, será el psicoterapeuta el que deba asumir esta función y comunicarse con los padres.

Entrevistas con padres de adolescentes. La relación entre los padres y el psicoterapeuta será menor en estos casos.

El terapeuta debe ser más precavido aquí, ya que los adolescentes son generalmente más desconfiados y eventualmente tienen reacciones paranoides.

El tema de la reserva es subrayado ya que es necesario aclarar desde el principio que los adolescentes pueden hacer comentarios o no sobre sus sesiones; el terapeuta no hablará con los padres

salvo cuando haya riesgo de vida para el paciente. Esto puede incluir el tema de las drogas.

El terapeuta comentará el contenido de toda comunicación con padres siempre y cuando se refieran al paciente. A medida que el adolescente es mayor, las entrevistas con padres pueden discontinuarse.

El trabajo con adolescentes

Respecto al encuadre, el trabajo con adolescentes posee variantes propias, que le dan un carácter de especificidad.

Las reglas de la abstinencia acá son más difíciles de mantener a ultranza, y tampoco sería conveniente que así fuera. El saludar con un beso, el tutear al terapeuta, serán tomados de manera diferente que en un tratamiento de adulto. Deben ser comprendidos dentro de las características propias de la adolescencia, momento en que el conflicto está centrado en la esfera narcisista, preponderantemente.

Respecto al trabajo de la transferencia, coincidimos con M. Freire de Garbarino e Irene Maggi en considerar que la transferencia infantil sea parcialmente suspendida, aunque ocasionalmente se pueden ligar representaciones del pasado y actualizarlas a través de la transferencia.

El adolescente está más preocupado en cortar los lazos con su pasado y abrir un espacio propio y nuevo.

Según Braconnier, la adolescencia conlleva a un trabajo psíquico de separación en que las crisis revelan las rupturas y el trabajo de duelo por las pérdidas de los objetos infantiles, así como el duelo por el yo.

La labor terapéutica con adolescentes se centrará en acompañar este proceso de separación.

Requerirá una disposición especial del terapeuta a tolerar los sobresaltos por las frecuentes amenazas de interrupción del tratamiento de parte del paciente, numerosas reacciones resistenciales a las interpretaciones, así como la mayor frecuencia de interrupción del tratamiento que en niños o adultos.

Estas interrupciones nos han llevado a replantearnos su significación, si no se las puede considerar como finalizaciones en sí mismas, a la luz de lo que hemos ido diciendo, que al adolescente lo acompañamos en ese transitar por el proceso de separación, y de reestructuración psíquica.

Necesidad de investigación

Al comienzo de este capítulo se estableció la importancia de la investigación para el desarrollo futuro de la Ps.O.Ps.

No importa cuán difícil sea la tarea ni cuánto trabajo lleve, ya que es imprescindible su validación.

Daremos a continuación algunas de las recomendaciones de Target y Fonagy.

Medida de resultados. Se hace necesaria la validación numérica aunque sea necesario para ello tomar variables de otras disciplinas próximas o distantes.

Especificaciones en la técnica de tratamiento. Se requiere una mayor especificidad en la descripción de las técnicas para poder investigar si los técnicos hacen lo que dicen hacer.

Monitoreo de la integridad del tratamiento. Implica el desarrollo de escalas descriptivas.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury A. Teoría y técnica de psicoanálisis de niños. Buenos Aires: Paidós, 1962.
- Bleiberg E, Fonagy P, Target M. Child psychoanalysis: Critical overview and a proposed reconsideration. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1997; 6:1-38.
- Braconnier A. Citado por Freire de Garbarino M. y Maggi I. En: *Adolescencia*. Montevideo: Ed. Roca Viva, 1990.
- Etchegoyen RH. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Editorial Amorrortu, 1988.
- Freire de Garbarino M. La entrevista de juego. El juego en psicoanálisis de niños. *Asociación Psicoanalítica del Uruguay*, 1986.
- Freire de Garbarino M, Maggi de Macedo I. *Adolescencia*. Montevideo: Ed. Roca Viva, 1990.
- Freud A (1936). El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós, 1949.
- Freud S (1905). Tres ensayos de teoría sexual. *Obras Completas*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1978, T VII:109-223.
- Freud S (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans). *Obras Completas*. Buenos

- Aires: Ed. Amorrortu, 1980, T X:1-118.
- Freud, S (1918). De la historia de una neurosis infantil. El hombre de los lobos. *Obras Completas*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1979. T XVII:1-117.
- Howard KI, Vessey JT, Lueger R, Schank D. The psychotherapeutic service delivery system. *Psychotherapy Research* 1992; 2(2):1-17.
- Kernberg P. Individual psychotherapy. En: Kaplan, HI y Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry VI*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
- Klein M. *Contribuciones al psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Hormé, 1964.
- Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF, 1967.
- Lewis M. Intensive individual psychodynamic psychotherapy: The therapeutic relationship and the technique of interpretation. In: Lewis M. *Child and Adolescent Psychiatry*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
- Palacio-Espasa F, Manzano J. La Psicoterapia Breve en los Niños muy Pequeños y sus Madres. En: Manzano J, Palacio-Espasa F. *Las Terapias en Psiquiatría Infantil y en Psicopedagogía*. Paidós Ibérica y Paidós Barcelona, 1993.
- Prego-Maberino CE. El descubrimiento de la transferencia. *Revista de APPIA* 1980; 7:65-73.
- Prego-Maberino CE, Moreno P, Moreno A. Presentado en el acto de conmemoración de los 20 años de la Clínica Prego. 23 de mayo de 1997.
- Sandler J, Kennedy H, Tyson R. La técnica en psicoanálisis de niños. *Conversaciones con Ana Freud*. Buenos Aires: Ed. Gedisa, 1983.
- Smirnov V. *Psychoanalyse de l'Enfant*. Paris: PUF, 1974.
- Strotzka H. Citado por Jiménez JP en *Un Modelo de Análisis del Sistema de Atención Psicoterapéutica*. Documento de Trabajo de CPU N°42/93, 1993.
- Target M, Fonagy P. Research on intensive psychotherapy with children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1997; 6:39-54.
- Winnicott D. *The Piggie*. Londres: The Hogarth Press, 1978.

ANEXO
GUIA PARA EL TECNICO PARA REALIZAR EL CONTRATO DE PSICOTERAPIA

Paciente: _____ Técnico: _____ Fecha: _____

1. Fecha de comienzo de la terapia (1ª sesión): _____
2. Días de psicoterapia: _____
3. Frecuencia: _____
4. Duración de la psicoterapia:
 - 4.a. No se define la duración _____
 - 4.b. Con plazo determinado de terminación ____ / ____ / ____
 - 4.c. Terapia breve con evaluación a los _____ meses, donde se decidirá si se sigue o se termina.
5. Efecto de la terapia: se presupone bueno pero no se puede asegurar. Efectos negativos generalmente no se prevén.
6. Vacaciones: _____
7. Los feriados no laborables *no tendrá* sesión.
8. Feriados laborables en los que *no tendrá* sesión: _____
9. Otros feriados: (marcar cuáles) Nochebuena / Yonkipur / Roshashaná / Pesaj / Viernes Santo
10. Honorarios: \$ _____ la sesión o entrevista con padres.
\$ _____ mensuales.
11. Las sesiones a las que el paciente no asiste:
 - 11.a. No se cobran aunque no avise _____
 - 11.b. No se cobran si avisa con _____ anticipación.
 - 11.c. Se cobran de todas maneras _____
12. Reajuste de honorarios: Cada _____ meses.
13. Fecha de pago: del 1 al 10: adelantado / mes vencido.
14. Ambos padres de acuerdo: _____
15. Observaciones: _____

Capítulo 39

LOS AFECTOS EN PSICOTERAPIA

ANA MARIA MARCHETTI

El mundo de las artes cultivadas por el ser humano ha resultado ser demasiado hermético para los estudiosos de la ciencia cognitiva, aquellos que procuraron desde sus inicios mantener a los afectos dentro del campo de los epifenómenos, excluyéndolos de los fenómenos mentales complejos. El arte está incluido dentro del universo de los afectos. Si no comprendemos de qué forma se organizan los afectos y de qué manera orbitan sobre el resto de la mente, seremos incapaces de comprender dentro de la ciencia no sólo a la expresión artística, sino también a una variable configuradora central de la organización psicológica.

Cómo puede llegar a ser de complejo el devenir de los afectos que muchas veces podemos amar aquello que nos hace daño aun cuando sabemos de su influencia dañina. ¿Son los afectos el resultado de la vivencia emocional o se esconde tras ellos un trasfondo por ahora inaccesible y perdido en una organización del mundo inconsciente que aún no logramos imaginar cercanamente? ¿pueden los afectos funcionar incluso en contra de nuestras aparentes convicciones? ¿podemos llegar a tener contacto con ellos prescindiendo de las estructuras temporales que determinan nuestras interpretaciones?

Cuando un paciente nos dice: "lo entiendo, sé que no me conviene, pero no lo puedo sentir así", ¿nos está queriendo decir que sus afectos son incontrolables por su razón?, que ¿está indefenso frente a una lógica parcialmente desconocida?

Los afectos parecieran no regirse por las leyes de la organización verbal que, si bien ha sido fundamental en la evolución de nuestra especie, probablemente aún es muy restringida como para dar cuenta de la complejidad de la experiencia.

Las cosas del querer son aquellas en que los seres humanos que nos sentimos afortunados creemos que somos de alguna manera expertos. Sin embargo, para las ciencias de la mente, el "querer" ha resultado una de las mayores dificultades y complicaciones de los últimos tiempos.

El interés de este capítulo es exponer algunas ideas sobre el funcionamiento de los afectos dentro de la configuración de los fenómenos mentales.

LOS AFECTOS DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRATIVA

Los estudiosos de la psicoterapia no han logrado aún un modelo único de acercamiento. A pesar que la terapia psicológica es una actividad eminentemente interaccional que se da en el contexto de la comunicación, se sustenta de distinciones conceptuales derivadas de marcos teóricos específicos que no son necesariamente coherentes entre sí y por lo tanto pueden ser incompatibles. Estos cuerpos organizados de teoría a su vez derivan de determinadas maneras de concebir el conocimiento, la realidad, y el propio funcionamiento del hombre.

Paralelamente, cada enfoque particular asume explícita o implícitamente una concepción epistemológica, metodológica y estratégica, que va a determinar las características de los contenidos que irán nutriendo y conformando su tradición semántico conceptual.

La historia de la psicoterapia ha reconocido el surgimiento de innumerables modelos de comprensión e intervención sobre los problemas psicológicos. En este momento, el campo está crecientemente caracterizado por una búsqueda bastante general de la integración. Pareciera que -luego de la amplia dispersión, y como un proceso natural de maduración- se está dando un espacio creciente para reflexionar sobre los acuerdos, convergencias y complementariedades de los distintos modelos teóricos.

Posiblemente este período de intenciones integrativas sea largo y también con numerosos desacuerdos, pero tal vez la diferencia más significativa de este nuevo período radique en que sabemos que, más allá de intentar comprender al ser humano, a las ciencias sociales les llegó el momento de generar un paradigma común compartido que las organice de

tal modo que les permita sobrevivir a las complejas exigencias de profundidad y eficiencia del próximo paso evolutivo del hombre.

El estudio de los fenómenos complejos requiere de modelos o paradigmas integrativos. Mientras menor sea el reduccionismo planteado por el modelo, más permitirá acercarnos a la posibilidad de comprender la compleja red de influencias que configuran la mente individual.

El modelo integrativo de Roberto Opazo es el marco de referencia principal sobre el cual se puede realizar la discusión conceptual y clínica sobre el tema de los afectos, puesto que el enfoque integrativo de Opazo es explícito en cuanto a su postura epistemológica, metodológica y estratégica.

En un nivel epistemológico, el modelo asume que la realidad existe más allá del sujeto que la piensa. Dicha realidad nunca es alcanzable en sí misma, sino que sólo a través de los significados o modelos que nos formamos de ella. Por lo tanto, no existe posibilidad para el conocimiento plenamente objetivo. Aun así, nuestras percepciones, combinación de realidad "descubierta" y de significado "construido", podrán acercarse en mayor o menor medida a la realidad que pretenden representar. En términos epistemológicos, el modelo plantea opciones para conocimientos de mayor o menor objetividad relativa y adscribe a lo que podría ser denominado como un *constructivismo moderado*, en el marco del *realismo crítico*.

En un nivel metodológico, el modelo promueve la búsqueda de conocimientos precisos, verificables, acumulables y replicables. El conocimiento no es evaluado en función de su paradigma de origen y el modelo está abierto a todo tipo de hipótesis en la medida en que ellas sean planteadas en términos precisos.

En el marco del modelo integrativo, la calidad del conocimiento se demuestra por su poder predictivo y por su aporte al cambio en psicoterapia. En un nivel conceptual deseable pero metodológicamente más débil, un conocimiento tendrá mayor valor si aporta comprensión a los mecanismos de cambio. En el ámbito de la psicoterapia, es importante el poder explicar el cambio terapéutico descubriendo sus causas y principios.

Haciendo un análisis paradigmático, dentro del modelo se concluye que los paradigmas biológico, ambiental, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, aportan teorías etiológicas específicas y fuerzas de cambio específicas que, al menos en algunos casos, pueden ser significativas para la génesis de los fenómenos psicológicos y el cambio en psicoterapia. De este modo, el modelo integrativo postula como principio la integración de los paradigmas biológico, ambiental, cognitivo, afectivo, incons-

ciente y sistémico. Así, el modelo integrativo es multicausal, sobre la base de una integración paradigmática.

La dinámica psicológica funcionaría en un sistema total que aporta el marco contextual en el que los subsistemas antes señalados operan. En todo instante el sistema total lograría un equilibrio homeostático que lo hace resistente al cambio (morfoestasia), pero a su vez algunas fuerzas pueden promover y facilitar el cambio (morfogénesis). Todo cambio en un subsistema tenderá a irradiar hacia los otros subsistemas y hacia el sistema total.

Finalmente, el fenómeno psicológico opera en torno al sistema *self*, el cual constituye un principio organizador e integrador de los subsistemas y de la experiencia. El grado en el que el *self* aporte una participación activa, influyente y consciente variará según cada persona y según cada experiencia.

El sistema *self* tiene como función básica darle a la persona una organización de sí misma, que implica continuidad y coherencia a través del tiempo. En la configuración del *self* los afectos juegan un rol fundamental. Tanto las teorías motoras de la mente, la epistemología evolutiva, el psicoanálisis y otros modelos señalan que filogenética y ontogenéticamente el primer sistema de conocimiento es el emotivo. Como sostiene Guidano "las emociones son el conocimiento básico". Es en ese ámbito y en conjunto con los primeros vínculos donde se comienza a configurar un sentido de *self*.

Aparte de las funciones ligadas a la consecución de una identidad, cosa que fortalece la capacidad de sobrevivencia del organismo, el sistema *self* cumple otras funciones más específicas.

Para el modelo, los estados emocionales son centrales tanto en el funcionamiento del ser humano en general como en el desarrollo de una psicoterapia. Los desajustes psicológicos no sólo se expresan fundamentalmente a través de las emociones, sino que muchas veces son los estados emocionales en sí mismos los que, sin mediar un elaborado procesamiento de la información "colapsan" el sistema psicológico total "obligándonos" a percibir, atender, pensar, concluir y a conducirnos de una manera congruente con ellos. En otras palabras pueden ser la fuente del desajuste en algunos casos de modo tal que la evaluación racional-irracional queda excluida como explicación causal fundamental.

EMOCION Y SENTIMIENTO: ACUERDOS CONCEPTUALES

Como parte fundamental del acontecer humano, los científicos de la mente han aislado un tipo de respuesta específica, aquella que dice relación con la energía que mueve al sistema: la emoción.

El poder de las emociones ha sido claramente establecido. Se sostiene que sin activación afectiva no hay motivación y sin motivación no hay conducta. La búsqueda de placer y la evitación del dolor parecen representar las movilizaciones básicas del ser humano sobre las cuales se construyen las complejas dinámicas de la mente.

A simple vista parece evidente que la afectividad está relacionada con una alteración o activación del organismo como totalidad. Pero junto con esta observación global, también resulta claro que existen distintos tipos de activaciones emocionales o afectivas, distintas duraciones de ellas y distintos niveles de compromiso del organismo como totalidad.

Una diferenciación clásica es la realizada entre emoción y sentimiento.

Suele entenderse por emoción aquellos estados vivenciales más bien transitorios, frecuentemente intensos y que están muy ligados a la situación de estimulación. Por otra parte, los sentimientos suelen ser considerados como estados vivenciales relativamente persistentes, menos ligados a las situaciones específicas de estimulación y que implican el desarrollo de una imagen donde se integran múltiples contenidos, derivados a su vez de múltiples interacciones con el objeto de nuestro sentimiento.

Dentro del modelo integrativo se considera a las variables afectivas, tales como emociones (eventos transitorios) y sentimientos (estructuras estables) como variables parcialmente independientes. En otras palabras, dentro del fluir psicológico, los estados afectivos no son sólo el resultado de la interacción con ciertos estímulos, o el producto de algún procesamiento cognitivo, sino que ellos pueden determinar a qué estímulos se les va a prestar atención y qué tipo de procesamiento cognitivo van a realizar las personas y, finalmente, el tipo de conductas que van a desplegar. Es así que en un análisis minucioso de la cadena de acontecimientos que caracterizan el funcionamiento humano, los afectos no son sólo el resultado de, sino que también tienen un poder causal sobre otros procesos. El que los afectos sean vistos como posibles variables independientes, tiene importantes consecuencias teóricas y prácticas en el ámbito de la psicoterapia.

La independencia de funcionamiento que pareciera tener en variadas ocasiones el sistema afectivo, ha sido ampliamente documentada. Algunas investigaciones de tipo anatómico sugieren que el sistema emocional puede actuar independientemente del neocórtex. Habrían rutas más cortas y expeditas que no toman la conexión con corteza con lo cual la velocidad del impulso, para recorrer el camino, es mayor. Los estudios de Le Doux en condicionamiento clásico de la respuesta de miedo, han dado un buen respaldo a las posturas que se inclinan por

sostener la independencia del sistema afectivo. "El descubrimiento de un camino que puede transmitir información directamente a la amígdala desde el tálamo sugiere cómo un estímulo de miedo condicionado puede elicitar respuestas sin la ayuda de la corteza" (Le Doux). Según este investigador, el hecho de que el aprendizaje emocional pueda ser mediado por rutas que realizan *bypass* al neocórtex, es intrigante pero a la vez un hecho coherente con las visiones que sostienen que las respuestas emocionales pueden ocurrir sin involucrar de los sistemas más elevados del cerebro; sistemas que se cree están envueltos en los procesos de pensamiento, razonamiento y conciencia.

Pareciera ser que, al margen de nuestra capacidad de conciencia, hay efectivamente un acontecer emocional que transcurre de tal modo que puede determinar una serie de respuestas, tan relevantes como aquellas involucradas en la sobrevivencia. Este acontecer tácito, tanto más amplio y complejo que lo que nuestro conocimiento explícito puede abarcar en un momento dado, puede estar determinando una gama bastante amplia de reacciones. Las explicaciones posteriores de las razones o causas de las conductas pueden o no dar cuenta de los procesos emocionales reales involucrados.

Es posible entonces que, como producto de nuestra historia evolutiva, tengamos un nivel de procesamiento emocional que aún está, en gran medida, fuera de nuestra capacidad de conciencia, la cual se da como resultado de la aparición del lenguaje. Este funcionamiento de nivel emocional no se da necesariamente fuera de la conciencia por la acción exclusiva de mecanismos represores sino que también por desatención a los contenidos emocionales, por un insuficiente aprendizaje de lectura de claves emocionales, y por déficit de operaciones lingüísticas que permitan discriminaciones más sutiles y por lo tanto más exactas.

A lo anterior hay que agregar las dificultades impuestas por los esquemas de funcionamiento que son más viables para el sistema social. Las fuerzas de orden "superior", con el objeto de mantener en equilibrio el macrosistema pueden estimular la *clausura* de ciertas emociones cuya expresión puede ser amenazante o disfuncional en un momento dado. En la época de la segunda guerra mundial, es probable que para muchos alemanes haya sido "fácil" clausurar emociones tales como ternura, solidaridad, empatía, etcétera.

Probablemente en momentos extremos sea más evidente la tendencia generalizada a apartar o clausurar emociones como condición para hacer la conducta más funcional.

Podríamos decir entonces que, en primer lugar, habría una desconexión de base biológica primaria

entre la corriente de experiencias emocionales y el procesamiento cortical, y una desconexión secundaria funcional. Esta tendría relación con las restricciones aprendido-culturales que estimulan cierto tipo de contacto con el fluir experiencial tácito. A esto hay que agregar las diferencias individuales tanto con respecto a la biología como con respecto a la historia de aprendizajes.

Adicionalmente, entre el fluir emocional y la toma de conciencia de tales procesos puede haber una importante desconexión por la vía de la transformación de emociones. De acuerdo con Greenberg y Safran, entre los efectos que tienen la cultura y el aprendizaje idiosincrático está la diferenciación posible entre emociones primarias, secundarias e instrumentales. Las emociones primarias corresponden a nuestra auténtica experiencia emocional. Las secundarias e instrumentales son una consecuencia de los mecanismos de restricción de conciencia que operan por la vía de los meta-afectos. Es decir, si por ejemplo sentimos vergüenza por sentir pena, ya que dentro de nuestra teoría de nosotros mismos nos definimos como fuertes, hacemos una alquimia con la pena y de manera involuntaria la transformamos en rabia. Desde un punto de vista clínico, la psicoterapia debe estimular el contacto con las emociones primarias de modo de promover un funcionamiento coherente.

Si bien los distintos paradigmas están en una permanente interacción a nivel conceptual, para el modelo integrativo el paradigma afectivo implica que eventos y estructuras afectivas específicas pueden influir en la génesis de cogniciones, emociones o conductas que también son específicas, las que pueden tener un carácter más o menos adaptativo.

En el esquema de la Figura 39-1 podemos observar cómo dentro del modelo integrativo se destaca el rol causal de las variables afectivas.

Concretamente se ha observado que las emociones pueden interferir los procesos de pensamiento, pueden facilitar ciertas memorias, influir en nuestra percepción y en los procesos atencionales e incluso en nuestros juicios, que pueden estar ampliamente influidos por nuestro ánimo. Cambios específicos del ánimo se ha visto que producen cambios específicos en las expectativas de autoeficacia. El efecto

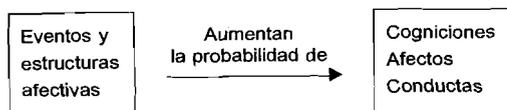


Figura 39-1. Paradigma afectivo.

del *stress* sobre las cogniciones también ha sido documentado: las cogniciones negativas se incrementan bajo fuerte *stress*. La reducción del *stress* da como resultado una disminución significativa de las cogniciones negativas. Por otra parte la presencia de *stress* empobrece significativamente la capacidad hedónica de los sujetos. Como sostiene Mahoney: "la emocionalidad es fundamental para las creencias y la conducta... los sentimientos literalmente iluminan y energizan la actividad".

Desde un punto de vista psicopatológico, en general asociamos la "irracionalidad" con emociones negativas tales como rabia, miedo, etc. Con la presencia de estos estados afectivos sabemos que las características del procesamiento cognitivo van a modificarse en un sentido negativo. Sin embargo, uno también podría considerar que emociones positivas como el amor pueden llegar a tener efectos potencialmente devastadores o irracionales sobre los afectados. Cicerón declaró: "De todas las emociones no hay ninguna más violenta que el amor. El amor es una locura".

Las emociones sesgan nuestras percepciones, creencias y acciones. Las influencias pueden ser diversas y en distintas direcciones. Un sesgo negativo puede conducir a más precisión que un sesgo positivo. Las personas, a veces pueden ser más racionales y lógicas cuando están tristes o deprimidas que cuando están felices. Esto muestra una vez más la necesidad de asumir nuevos desafíos conceptuales, clínicos y prácticos en torno a los afectos y su influencia en nuestro "conocimiento de la realidad".

El creciente consenso acerca de la importancia de los procesos emocionales en la experiencia humana y en el desarrollo psicológico ha iluminado también algunas preguntas básicas acerca de ¿qué son las emociones? ¿qué funciones permiten? y ¿cómo interactúan ellas con otros fenómenos?

Aunque con diferentes énfasis en algunos aspectos, la mayoría de las teorías de la emoción reconocen los siguientes componentes como fundamentales en la naturaleza de la emocionalidad humana:

- Procesos biológicos, especialmente aquellos relacionados con las funciones neuroquímicas y endocrinas.
- Expresión comunicativa, con énfasis en la conducta emocional.
- Procesos cognitivos, incluyendo operaciones básicas de atención, perceptivas y evaluativas.
- Experiencia subjetiva, enfatizando la fenomenología del sentir.
- Componentes motivacionales que incluyen, direcciones diferenciales con respecto a varios tipos de actividad.

Hay un creciente acuerdo en considerar a las emociones como señales poderosas que nos aportan

información sobre los verdaderos significados que movilizan a los individuos. En la psicoterapia actual, la visión de que los afectos son aquellas características del mundo psicológico que deben ser cambiadas, ha variado significativamente. La suposición permanente que las emociones representan un estado de desorganización que hay que disipar, ha dado paso a un reencuadre de ellas dentro del grupo de claves relevantes en psicoterapia. Las posturas evolutivas han obligado a reevaluar la utilidad de las emociones como expresiones vitales en el proceso adaptativo. Eliminarlas antes de saber el sentido y significado que tienen en el sistema psicológico global es como deshacernos de un código básico de comprensión antes de haber intentado leerlo.

DESARROLLO FILOGENETICO

Las teorías funcionales, organizacionales y evolutivas actuales de la emoción, han enfatizado el rol fundamentalmente positivo o valioso del afecto en la viabilidad de la adaptación y en el desarrollo progresivo de la especie; a diferencia de las teorías disfuncionales, desorganizacionales y patológicas que han enfatizado los peligros inherentes en la expresión amplificada de las emociones. Sin duda, estas dos formas de aproximarse implican actitudes muy distintas con respecto de la emoción. Como sostiene Mahoney, conceptualmente estamos emergiendo de una era en la cual las emociones fueron extensamente rechazadas, y cuando las conocíamos, eran vistas como vestigios no bienvenidos de nuestro legado animal. Los afectos intensos fueron vistos como influencias desorganizadoras de la adaptación, impedimentos para la racionalidad, y fuerzas peligrosas en la conducta de todos los días.

Todas las grandes teorías sobre psicoterapia han reconocido la importancia central de los patrones emocionales para motivar a la gente a buscar algún tipo de ayuda e, implícita o explícitamente, han reconocido que episodios de afecto intenso son comunes dentro del proceso de progreso o "cura" psicológica. Esto ha sido ilustrado claramente por las respuestas que han dado psicólogos de distintas orientaciones quienes reportaron un acuerdo general que el desarrollo psicológico personal a menudo involucra episodios de ansiedad, depresión y excitación.

Hay varias teorías filogenéticas acerca de cómo el repertorio emocional del ser humano ha llegado a ser lo que es. Una de las más importantes es la teoría de MacLean que se ha basado en lo que los etólogos llaman repertorios conductuales específicos de la especie. Postula tres fases fundamentales en el desarrollo filogenético: 1) El repertorio de reptiles que incluye patrones básicos de dormir, caminar, explo-

rar, defender el territorio, y la reproducción. 2) Un nuevo repertorio de los primeros mamíferos cuyas crías nacen vivas, y donde las conductas son guiadas por patrones, lo cual se suma al repertorio de los reptiles. 3) El repertorio de los grandes mamíferos, incluyendo a los humanos, el cual comprende una memoria y un pensamiento expandidos, tanto como los repertorios previos. En cada estadio MacLean identifica una parte del cerebro como la base de los nuevos repertorios. En el segundo estadio, y como resultado de un largo desarrollo, el sistema límbico es visto como el centro de las emociones.

Desde el punto de vista de la teoría evolutiva y en relación a las funciones de la emoción, uno de los planteamientos más recientes es el de Oatley y Johnson-Laird quienes proponen que en el repertorio de emociones, que es universal para todos los seres humanos, cada una de ellas sirve a una función particular en la vida de un amplio rango de mamíferos, no solo humanos. A modo de ejemplo podríamos pensar en el extenso rol del miedo en el desarrollo de diversas especies.

Adicionalmente, la evidencia muestra que el cómo funcionan las emociones en el ser humano no sólo es observable en ellos sino que también en otros primates. Un ejemplo de investigación en mecanismos de vida social y mecanismos del sistema límbico es el trabajo de Raleigh y colaboradores, quienes han mostrado cómo el aumento de serotonina en el cerebro de los primates hace más probable que ellos lleguen a ser dominantes en su grupo social.

Cuando consideramos la perspectiva evolutiva, la primacía del afecto es muy clara. Mientras que las habilidades cognitivas representan uno de los productos finales que emergen después de un prolongado proceso evolutivo, los sentimientos y las emociones fueron probablemente el primer sistema organizado de conocimiento que activamente construyó regularidades ambientales. A diferencia del lenguaje y la cognición, la respuesta emocional es universal en todas las especies animales. Es un hecho que las reacciones afectivas primarias son igualmente evidentes desde una perspectiva ontológica.

DESARROLLO ONTOGENETICO

Desde las primeras fases del desarrollo y mucho antes que la aparición de cualquier tipo de habilidad verbal, el niño posee tanto las cualidades primarias de los afectos como la habilidad para manifestarlos a través de patrones expresivo motores.

Por el carácter pre verbal, sin embargo, los afectos básicos son difusos, caóticos y no fáciles de encodificar y controlar. Para adquirir experiencias emocionales específicas los afectos deben adquirir

conexiones estructurales con percepciones y acciones. Visto de este modo, una emoción es un proceso interno de control adquirido por medio de estructurar una relación entre sentimientos, percepciones y patrones motores en la representación mnémica. En otras palabras estamos hablando de esquemas.

Por lo tanto, las emociones pueden ser vistas como experiencias complejas organizadas cuya unidad dinámica puede ser entendida sólo como producto de niveles más integrados de coherencia sistémica. Dentro de esta perspectiva, la noción de "esquema emocional" que ha desarrollado Leventhal, logra englobar de una manera organizada una serie de componentes atribuidos a la experiencia emocional. La característica esencial del modelo de esquema emocional es la relevancia dada a un mecanismo de memoria analógica, que se cree está activo durante el procesamiento emocional. Está compuesto de imágenes construidas a partir de las características perceptuales claves de las situaciones emocionales elicitanes y los patrones viscerales, motores y expresivos que acompañan estas situaciones. Los esquemas emocionales son configuraciones estructurales en la representación mnémica que actúan como patrones contra los cuales el influjo sensorial permanente es comparado y hecho significativo.

Mientras que la ontogénesis de las emociones básicas es una función del desarrollo de estados madurativos (procesos de carácter inespecífico e impersonal), las experiencias del desarrollo determinan las estructuras (esquema emocional) en las cuales estas emociones básicas serán incorporadas y asignadas a tonalidades emocionales altamente específicas y personales.

Ya que la aparición de las habilidades cognitivas es más lenta, la emergencia de patrones diferenciados de autopercepción y autoconsciencia será primariamente una función de conjuntos básicos de esquemas emocionales que proporcionan dirección y foco al desarrollo de los procesos perceptual-cognitivos. En otras palabras, los primeros contenidos esquemáticos que se van organizando y contra los cuales los nuevos datos de la experiencia se van contrastando e integrando, son de carácter afectivo.

ROL DE LAS EMOCIONES EN LA CONFIGURACION DEL SELF

Aunque en el momento de nacer, el niño cuenta con un repertorio amplio de disposiciones genéticas, que implican un nivel muy complejo de funcionamiento, no cuenta con un *self*. A medida que avanza el desarrollo, comienza a surgir lentamente un sentido de sí mismo. Las funciones primarias de reconocimiento y, la posterior función de autoconoci-

miento no surgen a partir de la mera autoobservación. Como Popper y Eccles han sugerido, que esto puede ser logrado sólo por el desarrollo progresivo activo de conceptos y teorías sobre el *self*. En otras palabras, el autoconocimiento se desarrolla a través de la acción. Esto supone que la interacción del organismo con el ambiente que lo rodea, precede el desarrollo del conocimiento y es un prerrequisito para que éste ocurra.

Los primeros contactos del infante con el mundo que lo rodea, van a estimular respuestas emocionales que están dentro del repertorio de los contenidos emocionales innatos. Frío, calor, incomodidad, sensaciones internas de hambre, o evacuación, etc. lo harán llorar, moverse, quejarse o relajarse. Estos patrones incondicionados de respuesta que se dan frente a estímulos a su vez incondicionados, van adquiriendo nuevas conexiones con estímulos inicialmente neutros, que por la contigüidad temporal con el estímulo incondicionado, pasan a adquirir el carácter de condicionados. En otras palabras, estos estímulos del ambiente que forman parte de la nueva estimulación a la que está expuesto el niño, van adquiriendo conexiones que los transforman en estímulos capaces de generar las mismas reacciones afectivas de los estímulos incondicionados.

Es el paradigma del condicionamiento clásico el que pareciera estar dando forma, entonces, a los primeros aprendizajes emocionales. Esto es coherente con las observaciones que muestran que el aprendizaje por condicionamiento clásico se realiza sin necesidad de la participación de procesos mentales complejos.

En un comienzo nuestras ligazones afectivas con el mundo se van estructurando sobre la base de aprendizajes más bien mecánicos que más tarde se complejizarán en la medida que aparezca el lenguaje. Todos los procesos posteriores, incluyendo el lenguaje, se dan sobre la base de mecanismos más simples que van dando productos cada vez más complejos los que a su vez interactúan de una manera aún más compleja con los contenidos ya existentes dentro del funcionamiento psicológico.

En la medida en que se complejizan los contenidos mentales parecieran perder importancia, en la dinámica del experimentar, las asociaciones mecánicas contiguistas, dando paso a procesamientos menos ligados a la experiencia inmediata y mecánica que caracteriza a los aprendizajes básicos. Cobran importancia los procesamientos más simbólicos relacionados con los significados que tienen los estímulos o las experiencias. El significado va a tener la tonalidad afectiva inicial del condicionamiento clásico por medio del cual fue adquirida la respuesta frente a esa gama de estímulos, pero los estímulos que serán capaces de elicitar la respuesta, ya estarán

muy distantes del estímulo original (al menos la mayoría) tanto en forma como en contenidos. Serán un símbolo, muchas veces aparentemente lejano y, casi incomprensible del estímulo original pero con la misma capacidad de provocar la respuesta emocional.

La evidencia indica que es improbable que durante el primer año de vida se den todas las emociones básicas, al menos en forma completa. En los primeros dos años se desarrolla la capacidad de experimentar todo el rango de emociones básicas. No hay duda que las expresiones faciales características de ciertas emociones ya están presentes en el primer año. Por ejemplo Lewis y cols. han mostrado que la alegría puede ser elicitada por el logro de una meta a los dos años de vida. Stenberg y Campos han mostrado que la rabia es frecuentemente elicitada por la inmovilización de los brazos.

Entre los 18 meses y los 2 años se producen cambios significativos en la habilidad del niño para reconocerse, lo que a su vez permite la aparición de emociones más complejas. Michael Lewis y sus colegas han mostrado que sólo cuando ocurre el autorreconocimiento, alrededor de los 18 meses, es posible que se dé la vergüenza como respuesta emocional. Los autores en general piensan, a partir de sus observaciones, que es probable que con el desarrollo, las evaluaciones y los patrones de expresión facial y motora lleguen a estar más consistentemente ligados unos con otros, eventualmente formando paquetes de emoción reconocibles.

La distinción uno mismo-otro, junto con la capacidad de tomar la perspectiva del otro, es esencial también para desarrollar la capacidad de empatía. Hoffman sostiene que las primeras experiencias de empatía son más bien un tipo de contagio emocional. El recién nacido llora cuando escucha a otro bebé llorar. En el siguiente estadio de desarrollo de la empatía, el niño es capaz de consolar pero los medios que utiliza para consolar son aquellos que le sirven a él. Aproximadamente a los 3 años, el niño muestra una creciente habilidad para diferenciar su propia experiencia de la experiencia de otros y para pensar en cómo las fuentes de confort de las otras personas pueden ser distintas de las de él.

El medio por el cual avanza el proceso de desarrollo, es la relación con aquellas personas que forman parte del ambiente del niño. A medida que el niño va creciendo, y de acuerdo al nivel de desarrollo cognitivo y emocional, este medio le provee una gran cantidad de material que él irá procesando progresivamente dentro del autoconocimiento y del conocimiento del mundo.

Las características de los vínculos que se hayan establecido entre el infante y las personas encargadas de su subsistencia y desarrollo, serán probable-

mente fundamentales. La teoría del *attachment* (Bowlby) plantea una serie de hipótesis sobre las características de los vínculos primarios y su influencia en la organización de la personalidad y la configuración del *self*.

La conducta de *attachment* se ha descrito en otras especies animales especialmente en primates. Parece tener fuertes determinantes filogenéticos. Ella provee a los infantes de un complejo repertorio de esquemas de acción y sistemas de códigos que les permiten tener una relación con sus cuidadores desde las primeras fases de su vida. El *attachment* "normal" puede sufrir alteraciones significativas como producto de una gran variedad de circunstancias ambientales como enfermedad, relativa ausencia de la madre, eventos estresantes como presencia continua de extraños o exposición a situaciones no familiares.

Es importante diferenciar claramente entre lo que es la conducta de *attachment* y lo que es el *attachment*. La conducta de *attachment* involucra los sistemas y estrategias de conducta usadas para mantener contacto con la figura de *attachment*; el *attachment* es el modelo representacional de la relación de *attachment* más el lazo afectivo que el niño establece con su figura de *attachment*. Este modelo representacional y el lazo afectivo tienden a persistir y cada vez son más independientes de las situaciones contingentes.

Estudios sobre la diada madre-hijo muestran que la sincronía y congruencia de sus respuestas en la interacción son vistas como fuentes esenciales de información significativa. La interdependencia entre el niño y sus cuidadores parece ser una base fundamental de su *attachment*. El infante aprende a controlar su ambiente desarrollando un análisis de contingencias de la interacción. Los patrones de contingencia que surgen, a su vez, facilitan el siguiente desarrollo de un sentido de *self* estructurando un *loop* básico autorreferente: una reverberación de los sentimientos básicos que rodean el equilibrio oscilativo de acercamiento-evitación encontrado en la relación padres-hijos.

Es importante aclarar que el reconocimiento del *self* consiste no sólo en una demarcación cognitiva entre *self* y *no-self*, sino que también involucra una actitud emocional frente al *no-self*, una especie de "tono emocional" acerca del mundo semejante al concepto de "confianza básica" acuñado por Erickson. Este tono afectivo corresponde a un esquema emocional. El factor principal que determina la cualidad de este tono afectivo es la cualidad de la respuesta de los cuidadores hacia el infante. Particularmente durante el primer período de la vida, los padres tienden a ofrecer una atmósfera de aceptación incondicional con el cuidado y la protección

necesarias. El niño adquiere así el sentimiento de que el mundo y la gente son confiables.

Los patrones de autorreconocimiento representan una base fundamental para los futuros aprendizajes, aportando un set básico de reglas tácitas con las cuales el niño elaborará las posteriores estructuraciones que vaya haciendo sobre sí mismo y los otros.

Es así que en los primeros estadios de la vida y, en torno al funcionamiento afectivo se producen los primeros condicionamientos clásicos que arman los primeros esquemas emocionales tácitos. A su vez, las interacciones con las figuras de *attachment*, a través de su relación de contingencias, proveen de las primeras tonalidades emocionales básicas tácitas con las que el niño irá estructurando sus posteriores percepciones tanto de sí mismo como del mundo.

El concepto de *self* es central en la teoría de Kohut, y sus derivaciones para un modelo integrativo son altamente significativas. El término *self* tiene un significado específico en la teoría kohutiana; se refiere a una estructura psíquica que es "el corazón de nuestra personalidad". Como escribió Treurniet "El *self* es el universo de sentimientos conscientes e inconscientes que el individuo tiene acerca de sí mismo como el centro de la experiencia y de la iniciativa". Según Kohut, el *self* no reemplaza la estructura tripartita de yo, ello y súper-yo. Ellos son experiencias distantes mientras que el *self* es una estructura que funciona como una experiencia cercana. Se relaciona con la calidad y cantidad de las experiencias reales, con personas reales en el mundo real.

Según Kohut, aproximadamente a los 18 meses de vida comienza a desarrollarse un *self* rudimentario. En ese momento el niño tiene un poderoso set de necesidades narcisísticas que deben ser respondidas de cierto modo para que se dé el desarrollo normal. Los tres sets de estas necesidades o tres polos de la estructura del *self* son: las necesidades pertenecientes al sector de "grandiosidad", las del sector de "idealización" y al sector de "twinship".

En relación al "sector grandioso" del *self*, el niño tiene intensas necesidades de recibir respuestas confirmatorias por parte de los otros. Obviamente éstas se dan en forma mucho más intensa frente a los otros significativos de la vida del niño. Estos otros significativos, han sido descritos por Kohut como *objetos-self*. Este interesante término fue desarrollado por el autor para describir el modo en el cual estos importantes objetos —los otros significativos— realmente funcionan como una parte del *self*. Debe ser enfatizado que no es el rol de los *objetos-self* gratificar eternamente las necesidades *objetos-self* del niño ya sea de confirmación o de idealización. Por el contrario, a veces es necesario poner límites

a las crecientes demandas de exhibicionismo o de ser el centro de la atención. Es en este momento donde la empatía entra en juego. En el desarrollo normal, el *objeto-self* necesita ser receptivo a las necesidades del niño, para validar su importancia o para proveer una función idealizada. Sin embargo, el *objeto-self* necesita estar empáticamente a tono con el mundo interno del niño de modo de responder de maneras que sean más relevantes para el momento del desarrollo en el que se encuentra. A veces puede ser muy importante gratificar activamente al niño, pero en otras oportunidades puede ser más importante frustrarlo en la medida que gratificarlo, lo puede conducir a una excitación excesiva o peligrosa. El proceso de empatía informa al *objeto-self*, en otras palabras a la figura parental, qué tipo de respuestas pueden resultar más propicias a los intereses madurativos del niño. Sería la empatía la que guía qué tipo de respuesta es la más conveniente para el desarrollo del infante.

Este proceso de gratificación de las necesidades *objeto-self*, en ciertos momentos, pero de no-gratificación en otros, ha sido denominado por Kohut como el proceso de "frustración óptimo" de las necesidades *objeto-self*. Es la combinación alternada de gratificación y frustración a través del tiempo, lo que ayuda al *self* del niño a moverse de manifestaciones arcaicas de las necesidades de confirmación (por ejemplo, exhibicionismo) y manifestaciones arcaicas de las necesidades de idealización (por ejemplo, percepciones del *objeto-self* como omnipotente) a manifestaciones de niveles más maduros de desarrollo del *self*.

No se trata de desarrollar una "empatía perfecta" todo el tiempo por parte de los *objetos-self*, para satisfacer en forma absoluta las demandas del niño. Lo importante es que en el balance hayan habido más instantes de empatía precisa que de errores empáticos.

El niño también necesita ser capaz de idealizar los *objetos-self* en su mundo. Esta idealización de los *objetos-self* provee un cierto nivel de calma y reintegración a la estructura del *self* del niño, especialmente cuando ella puede haber sido fragmentada como resultado de una experiencia de tipo desagradable, o un fracaso, o una perturbación en su mundo que haya generado ansiedad o miedo. El *objeto-self* idealizado "restaura" el *self* "injurado" del niño en un nuevo nivel de cohesión o madurez. Este tipo de idealización puede gradualmente ayudar al niño a internalizar la imagen del *objeto-self* idealizado y de ese modo ayudarlo a su vez en la formación de metas e ideales internalizados por sí mismo.

La persona que experiencia errores de empatía permanentes por parte de los otros significativos, en uno o en todos los sectores de necesidades de *obje-*

to-self, desarrollará un desorden de la estructura del *self*. Los déficits pueden incluir vulnerabilidades en el área de la regulación de la autoestima, hipersensibilidad ante los fracasos, las críticas y los rechazos, y las desilusiones.

De esta manera, se podría afirmar, que las experiencias tempranas de la vida van a estimular de un modo significativo ciertas disposiciones afectivas que a su vez van a estar determinando el cómo se vayan estructurando y organizando las nuevas experiencias de la vida. En otras palabras, mucho antes de que aparezcan la conciencia de sí mismo y el lenguaje, las experiencias con la realidad tienen un carácter eminentemente afectivo cuyas características delimitarán restrictivamente el modo de procesar la información sobre sí mismo y el mundo. Estas disposiciones tácitas deberán ser evaluadas en psicoterapia ya que tiñen, como matrices básicas, el estilo de evaluación y de interacción con la realidad y con los otros.

No sólo el tipo de problemas que llevan a consultar al paciente, sino que también el estilo de vínculo que éste genere con el terapeuta, van a estar significativamente determinados por estos esquemas afectivos tácitos. La tonalidad afectiva básico-tácita que se ha desarrollado frente al mundo como producto de los primeros vínculos (*attachment*) es un esquema afectivo tácito que inevitablemente restringe la percepción, el procesamiento y la interpretación de las experiencias posteriores de la vida. Como derivado también de los primeros vínculos, surge un esquema afectivo tácito sobre sí mismo. El grado de contingencia entre las conductas del niño y las respuestas de las figuras significativas y el nivel de frustración óptimo alcanzado estimulan la configuración de esquemas afectivos tácitos con respecto a sí mismo. Estos serán la base sobre la cual se organizarán las nuevas experiencias, y determinarán el procesamiento que se haga con la información referida a sí mismo. En qué medida la experiencia psicoterapéutica pueda modificar estas disposiciones afectivo-tácitas, y con qué estrategias, son todavía preguntas que admiten sólo respuestas tentativas.

RESTRICCIONES BIOLÓGICAS

Las influencias iniciales de los afectos en la determinación de la organización mental, no sólo están dadas por las características de los primeros vínculos sino que también por las características particulares del sistema nervioso. Existe una gran cantidad de evidencia en relación a la importancia de la heredabilidad de ciertos rasgos o disposiciones afectivas. En este sentido, está ampliamente docu-

mentado que patrones de funcionamiento neuroquímicos heredados están a la base de algunos desórdenes afectivos. El trastorno bipolar y algunos tipos de depresión muestran una alta carga genética. Sin duda que estas disposiciones no actúan de una manera absoluta pero implican propensiones de la organización del *self* que al combinarse con ciertas condiciones ambientales, aumentan significativamente la probabilidad de desarrollar desajustes en esa dirección (Suárez). Adicionalmente, hay un cuerpo de evidencia que sugiere con fuerza la existencia de disposiciones heredadas en niveles más sutiles de funcionamiento. Si bien en este caso no se trataría de cuadros configurados, sí se ha observado la relevancia de las disposiciones genéticas en la vulnerabilidad a la angustia, a los estados de ánimo negativos, a la agresividad, y a la ansiedad social.

Específicamente, a través de múltiples investigaciones que se han desarrollado en diferentes países, con amplias muestras de gemelos monocigóticos y dicigóticos, la variable neuroticismo (Eysenck) se ha mostrado excepcionalmente predictora.

Dentro del esquema conceptual de Eyseck, entre las dimensiones más significativas de la personalidad está la de neuroticismo que hace alusión al grado de estabilidad afectiva y a la vulnerabilidad frente a la ansiedad. Esta variable biopsicológica, presente desde el nacimiento, inevitablemente estará operando, y de ese modo restringiendo, en algún sentido el rango de la experiencia emocional. Así, el sistema nervioso específico de cada individuo, con sus particulares disposiciones genéticas, también estará aportando esquemas tácitos de funcionamiento afectivo que van a influir significativamente en la percepción, procesamiento y significación de las experiencias tanto con respecto de sí mismo como del mundo.

La presencia de un alto nivel de neuroticismo se ha visto asociada con una mayor vulnerabilidad para desarrollar patrones desadaptativos de funcionamiento psicológico. Un sistema nervioso especialmente vulnerable a la ansiedad, colabora a la génesis de patología. Desde un punto de vista psicoterapéutico es de vital importancia evaluar el rol de esta variable.

Adicionalmente, existen muchas evidencias que sugieren que, aparte de las variables biológico-genéticas, la presencia de algunas experiencias lesivas para el sistema nervioso en períodos tempranos de la vida puede ser determinante de ciertos funcionamientos afectivos. Los traumatismos del parto pueden dejar disfunciones cerebrales mínimas que influyen significativamente en el funcionamiento afectivo. Las direcciones de estas influencias variarán de acuerdo a cada caso en particular. Lo que resulta relevante para nuestro análisis es la observación de

que estas características que están presentes desde el nacimiento, están imponiendo restricciones en la percepción y en el procesamiento de las experiencias. La biología, desde lo genético, hasta lo accidental, está "contribuyendo" a la configuración de esquemas afectivos tácitos.

La construcción de una *self*, desde su base afectiva no sólo estará mediada por las cualidades de las primeras experiencias, sino también por el equipamiento biológico con el que cuenta el sujeto.

Condiciones biológicas y experiencias tempranas tejen una red afectiva idiosincrática que forma la trama básica sobre la cual se irá organizando crecientemente la experiencia que finalmente nos proporcionará una identidad reconocible frente a nosotros mismos y frente a los demás.

A lo largo de la vida, obviamente, se ponen en juego otros niveles de funcionamiento que también pueden llegar a tener una gran influencia sobre la configuración de la identidad y el funcionamiento afectivo. El estilo de vida familiar, las experiencias escolares, el tipo de socialización, las experiencias de éxito, de fracaso, la consistencia de los ambientes educativos, los sistemas de creencias estimulados etc., van decantando una manera particular de funcionamiento afectivo.

DERIVACIONES CLINICAS

Los afectos son el gran motor del quehacer humano. El estar mal, o más bien, el sentirse mal motiva a las personas a pedir ayuda. Específicamente el disconfort psicológico, por una parte tan inasible, pero por otra tan poderoso en sus efectos devastadores, plantea desafíos completísimos a la hora de prestar ayuda. Las emociones involucradas en el disconfort pueden ser muy variadas y presentarse en combinaciones muy particulares. Si bien la angustia es considerada como la respuesta emocional más común asociada a los problemas psicológicos, otras emociones tales como la rabia, la pena, la vergüenza, e incluso en algunos casos la alegría, pueden estar asociadas a disconfort psicológico.

Un desafío para la psicoterapia actual es el de compatibilizar la concepción evolutiva que enfatiza el carácter funcional adaptativo de todas las emociones y la necesidad de aportar herramientas que permitan que los sujetos puedan mejorar sus estados emocionales perturbadores. En otras palabras, se trata de que las personas puedan modificar, de una manera realmente sana, aquellos estados emocionales perturbadores que, sin embargo, parecen ser poderosos mecanismos de adaptación que no deberían ser removidos sin entender el significado adaptativo de su aparición. Dentro del esquema de este

modelo integrativo de psicoterapia, la participación de los afectos es vista como primordial en el proceso terapéutico desde todos los puntos de vista. Aparte de los síntomas emocionales, que son los que básicamente llevan al paciente a consultar, están los esquemas efectivos tácitos, que a su vez están a la base del desarrollo psicológico. Son ellos los que inicialmente en el desarrollo restringen los procesos de configuración del *self* y el estilo de vínculo con la realidad y con los demás que tenga el paciente. Es así que junto con la evaluación exhaustiva de los síntomas emocionales que configuran los distintos cuadros psicopatológicos, es necesario evaluar y trabajar el estilo de vínculo que establece el paciente. Es necesario explorar los esquemas efectivos básicos con los que esa persona se vincula con la realidad. Estos esquemas efectivos están activamente co-construyendo el tipo de contacto o relación que el paciente establece con su terapeuta y con la experiencia de psicoterapia.

Determinar, con la mayor precisión posible, el tipo de ambiente que rodeó al paciente en sus primeros años de vida, el tipo de figuras de *attachment*, la consistencia y estabilidad de las figuras parentales, la presencia de un grado de frustración óptima, los sistemas tempranos de refuerzo y castigo, etc. nos pueden aclarar los esquemas efectivos básicos sobre los cuales se ha ido construyendo la dinámica psicológica del paciente. Junto con la pesquisa de las características de los ambientes tempranos es de vital importancia evaluar las disposiciones biológicas con las que viene equipada la persona en relación a su sistema afectivo. La genética familiar y las características individuales, tales como los niveles de neuroticismo y las posibles noxas que han recaído sobre el sistema nervioso a través de la vida, pueden explicar en un grado importante la configuración de algunos esquemas afectivos básicos del paciente.

Cuando hablamos de la necesidad de evaluación de los paradigmas antes mencionados, no sólo estamos hablando de la utilidad que representa para el diagnóstico y comprensión del caso por parte del terapeuta, sino también de la utilidad que ello representa para la comprensión del propio paciente de sus dinámicos. La mayor comprensión y consciencia facilita una mayor motivación al cambio.

Por otra parte, la real actitud que el paciente tenga con respecto al proceso de terapia, es decir las emociones asociadas a la necesidad de cambio, van a determinar la real capacidad del paciente para beneficiarse de la experiencia de aprendizaje que implica la psicoterapia.

Los afectos recorren todo el proceso de la psicoterapia. Paralelamente con la necesidad de evaluar las dimensiones antes descritas es necesario mos-

trarle al paciente la importancia de conocer y, en segundo lugar, aceptar los síntomas emocionales por más displacenteros que ellos sean. Es tranquilizador para el paciente saber que los momentos de disconfort emocional pueden ser el paso previo a una organización más saludable y adaptativa, en la medida de que disponga de las herramientas necesarias para lograr una buena administración de esas emociones. Mientras el paciente desarrolle meta-afectos más positivos con respecto a su sintomatología, estará en mejores condiciones para implementar los cambios vitales que necesita. Es importante que el paciente tenga la experiencia de mirar con «tranquilidad» y aceptación lo que le está ocurriendo. El aceptarse a sí mismo, con lo positivo y lo negativo, es una experiencia emocional correctora que tiene repercusiones fundamentales en el proceso de toma de consciencia y en la construcción del *self*. El terapeuta debe transmitir a partir de su propia actitud emocional, de su lenguaje no-verbal, etc. la convicción de que la sintomatología emocional disruptiva no es un tumor maligno que hay que extirpar rápidamente, sino que la expresión emocional de un estilo de adaptación que está siendo poco funcional y que es conveniente modificar.

En la misma dirección, es necesario ayudarle al paciente a tomar consciencia de la importancia de contactarse con sus emociones primarias. En la medida en que paciente y terapeuta conozcan las reales emociones del paciente, más probable será acceder a los nudos conflictivos que verdaderamente movilizan muchas de las conductas desadaptativas. Para ello nuevamente se hace necesaria una actitud de aceptación genuina.

A medida que transcurre la psicoterapia, las intervenciones terapéuticas fluyen a través de los distintos paradigmas, teniendo en cuenta que mayor será la efectividad de ellas en la medida en que el terapeuta logre la mayor movilización afectivo-motivacional. El terapeuta debe tener flexibilidad, de modo tal que sus intervenciones calcen en forma y contenido con el estilo de procesamiento que tiene el paciente tanto de la realidad como de sí mismo. El llegar a compartir un lenguaje, aumenta el poder motivacional del terapeuta, que al tener mayor capacidad de movilización emocional tiene mayor influencia de cambio. En otras palabras podríamos decir que primero es necesario compartir para luego modificar.

El cambio a nivel de conductas, de estructuras cognitivas disfuncionales, de contenidos autoesquemáticos, etc. dependerá necesariamente del grado de motivación que el paciente tenga al cambio. El grado de motivación al cambio será un producto de múltiples variables, entre otras, de la motivación con que el paciente llegue a terapia y aquellas que

sean capaces de construir paciente y terapeuta a través del proceso.

A partir de los resultados de la investigación relacionada con el rol de los estados emocionales sobre otras funciones psicológicas, se desprende su función gravitante sobre los procesos de memoria, aprendizaje, atención y percepción. Desde un punto de vista de proceso psicoterapéutico esto es de la mayor significación. El terapeuta debe conocer esta relación de modo tal que en las sesiones estimule el surgimiento de los estados emocionales que faciliten el trabajo de ciertos contenidos. Estimular, por ejemplo, el surgimiento de recuerdos congruentes al estado de ánimo maximiza la posibilidad de tener información mucho más completa de todo lo que está asociado a tales contenidos. En el caso de los trastornos de ansiedad, por ejemplo, es fundamental activar la memoria en estados significativos de ansiedad, de modo tal que tanto paciente como terapeuta tengan acceso a la mayor cantidad de información relacionada con tal respuesta emocional. Esta terapia en "caliente", aparte de proporcionar mejor información, le permite al paciente la experiencia de aceptar sus emociones y, aún más, convertirlas en aliadas para el cambio. Es más potente el aprendizaje de nuevas estrategias de enfrentamiento en momentos de alto *arousal* que en momentos de neutralidad afectiva. De hecho, la percepción clínica generalizada es que los pacientes perciben como más útiles aquellas sesiones en las que hubo mayor activación emocional. Tanto los contenidos cognitivos como inconscientes se hacen más accesibles en estados de activación emocional. La posibilidad de reestructurar y reencuadrar aquellos contenidos se hace más factible por lo tanto en estados emocionales activos.

El terapeuta debe ser un gran movilizador de afectos. Para ello deberá lograr un estilo verbal que, aparte de ser cercano al mundo de significados del paciente, tenga una carga afectiva potente y no se reduzca a un intercambio neutral de palabras. El uso de metáforas, imágenes, cuentos, silencios, humor, desafíos, paradojas, música etc. a parte de darle una personalidad particular a esa relación paciente-terapeuta, produce una movilización afectiva más funcional al cambio.

El rol del estado emocional sobre otros niveles de funcionamiento, debe ser ampliamente explicado al paciente. Ayudarle a tomar consciencia de cómo su percepción, reflexión, y conclusiones pueden estar determinadas por el estado emocional particular del momento, permite que tenga una mayor capacidad de relativizar su estilo de procesamiento. En otras palabras, entender que nuestro procesamiento es muy dependiente del estado de ánimo, nos obliga a considerar que la percepción de la realidad es

bastante subjetiva. Esto a su vez, motiva al paciente a una mayor apertura frente a percepciones y conclusiones distintas a las que se ha dado en el pasado.

Aprender a poner en duda razonable nuestra manera de mirar las cosas, por un lado nos ayuda a trabajar posturas omnipotentes, y por otro, nos deja más permeables a los mensajes terapéuticos.

Por último, si bien son fundamentales el conocimiento y la aceptación de los contenidos del mundo emocional, también puede llegar a ser muy importante que el paciente aprenda a administrar de una manera más adaptativa algunas emociones. Por distintas razones, entre ellas, por condiciones biográficas, por razones de características biológicas o por circunstancias específicas del momento vital, los pacientes pueden presentar un déficit de control emocional que a su vez puede intensificar el disconfort psicológico. Muchas veces, estimular una administración más adaptativa desde el punto de vista interaccional, significa la construcción de un círculo virtuoso que por un lado, eleva la autoeficacia y autoestima del paciente, y por otro, aumenta la probabilidad de que el ambiente responda más positivamente. El autocontrol por lo tanto puede ser una meta importante de la intervención terapéutica. Generalmente, esto requiere de un fortalecimiento del funcionamiento cognitivo. Este control de la conducta emocional a través de intervenciones en el paradigma cognitivo, también requiere, para ser efectivo, de una convicción profunda por parte del paciente. La necesidad de autocontrol de la impulsividad emocional, debe representar una meta significativa y sentida para el paciente y no sólo una opción racional.

Hacer psicoterapia es muy complejo. Como se decía previamente, los fenómenos psicológicos pertenecen al mundo de los fenómenos definidos como complejos. Sin duda que los afectos caen dentro de esta clasificación. Definir las características de un buen terapeuta es una tarea difícilmente alcanzable. Tal vez la habilidad que no podría faltar en una definición de tal tipo, dice relación con el adecuado manejo que éste tenga de las emociones.

CONCLUSIONES

El modo de conceptualizar el funcionamiento humano, dentro del modelo integrativo, considera que las emociones son centrales en la determinación del comportamiento humano.

Su influencia sobre cogniciones, funciones biológicas y sobre la conducta, está ampliamente documentada. La "primacía" del afecto es vista, dentro del modelo, como una conceptualización útil y con un fuerte apoyo empírico.

Las vías por las cuales el sistema afectivo puede ejercer su influencia pueden estar a nivel consciente o inconsciente. Por otra parte los sujetos pueden tener un funcionamiento que integre en mayor o menor medida sus experiencias afectivas. En otras palabras, las personas difieren, por distintas razones, en el grado en el que son conscientes del fluir emocional y en el cómo lo integren dentro de sus experiencias conscientes y explícitas. El grado de integración influye significativamente en el grado de desarrollo psicológico del sujeto.

El modo de abordar el sistema afectivo en psicoterapia se ha ido complejizando. En particular en un enfoque integrativo como éste que considera aspectos evolutivos, filogenéticos, ontogénicos y ambientales, las implementaciones terapéuticas contemplan el manejo permanente de las emociones. Ya sea como objetivos de cambio, como es el caso de los miedos fóbicos o como claves para la exploración de los contenidos significativos de la organización mental, o como medios por los cuales el mensaje terapéutico se hace potente, los afectos son el eje central de la psicoterapia.

Desde una mirada evolutiva, los afectos están a la base de la configuración del *self*. Las primeras experiencias emocionales que se van organizando en esquemas emocionales, a su vez cursan a través de los primeros vínculos del niño. Las características de estos vínculos van a determinar a su vez los tonos afectivos básicos con los que el sujeto enfrentará al mundo y a sí mismo. El grado de satisfacción-frustración que el niño tenga de las necesidades tempranas del *self*, va a influir significativamente en la calidad de la organización y desarrollo que éste logre.

Las características del funcionamiento biológico particular de los individuos, ya sea por condiciones de carácter genético o por experiencias concretas que hayan influido sobre las condiciones biológicas, también van a estar jugando un rol determinante en la configuración del mundo afectivo y en las características del funcionamiento del mismo. Como derivado de lo anterior, la construcción del *self* estará también mediada por las características del funcionamiento biológico del sujeto.

Los motivos que llevan a consultar a las personas, en primer lugar dicen relación con la experiencia emocional de frustración con respecto a algunas áreas del funcionamiento personal. La mayor parte de los problemas tienen una base en el sistema afectivo. Por último, para desarrollar una psicoterapia efectiva se necesita un alto grado de motivación tanto por parte del terapeuta como del paciente. El vínculo que se desarrolle entre paciente y terapeuta debe involucrar un contacto afectivo que, si bien debe estar claramente enmarcado dentro del contexto terapéutico, implique una cantidad importante

de emociones que convierten a la relación en un vínculo significativo. En medio de relaciones significativas puede ser más fácil y menos amenazante cambiar. La capacidad de empatía, el interés real, la capacidad para entrar en el mundo de significados y de símbolos del paciente, hacen del terapeuta un agente más eficiente para estimular los cambios necesarios. En la medida en que el psicoterapeuta estimule adecuadamente el desarrollo de afectos en la relación, más potente será su mensaje. Empatía, sentido del humor compartido, expresión de emoción por parte del terapeuta frente a algunos de los contenidos del paciente, etc., son algunas de las condiciones afectivas que favorecen la psicoterapia.

Sobre esta base afectiva se da la aplicación de estrategias más específicas orientadas a producir cambios más específicos. La investigación ha mostrado que la aplicación de técnicas es más eficiente en la medida en que el sujeto está activado emocionalmente durante su aplicación.

Finalmente, una terapia efectiva es aquella que, entre otras cosas, logra producir cambios en el sistema *self*. Trabajando los esquemas de vinculación temprana, ayudando al paciente a contactarse y a aceptar su experiencia emocional tácita enseñándole a integrarla, corrigiendo en la medida de lo posible las características biológicas disfuncionales y por último modificando algunos esquemas emocionales, los sujetos tendrán mayores probabilidades de reconstruir un *self* más "sano".

BIBLIOGRAFIA

- Bowlby J. Attachment and loss; loss, sadness and depression. London: Hogarth Press, 1980.
- Eysenck HJ. The learning theory model of neurosis. A new approach. Behaviour Research Therapy 1976; 14:251-67.
- Eysenck HJ. Neobehavioristic (S-R) theory. En: Wilson GT, Franks CM. Contemporary behavior therapy conceptual and empirical foundations. New York, 1982.
- Greenberg LS, Safran J. Emotion in psychotherapy: affect cognition and the process of change. New York: Guilford Press, 1987.
- Grossmann K. The evolution and history of attachment research and theory. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J. Attachment Theory. Social, Developmental and Clinical Perspectives. USA: Analytic Press, 1995.
- Guidano V, Liotti G. Cognitive processes and emotional disorders. USA: Guilford Press, 1983.
- Kohut H. Instrospection, empathy and psychoanalysis: an examination between mode of theory and observation. J Am Psychoanal Association 1959; 14:243-72.
- Kohut H. The analysis of the self. New York: International Universities Press, 1971.
- Le Doux J. The emotional brain. En: Human emotions (1998). En: Jenkins J, Oatley K, Stein N. USA: Blackwell Publishers Inc.,
- Leventhal H. A perceptual - motor theory of emotion. In: Berkowitz. Advances in experimental social psychology. New York: Academic
- Lynch V. Basic concepts. En: Jackson H. Using self psychology in psychotherapy. USA: Jason Aronson Inc., 1994.
- Mahoney M. Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy. USA: Basic Books, 1991.
- Marchetti AM. La re-estructuración afectiva en la práctica clínica. En: Opazo R. Los afectos en la práctica clínica. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1988.
- Marchetti AM. Nuevos desarrollos en terapia cognitiva conductual. En: Opazo R. Integración en psicoterapia. Santiago, Chile: Ediciones Cccidep, 1992.
- Oatley K, Johnson-Laird. The communicative theory of emotions. En: Jenkins J, Oatley K, Stein N. Human Emotions. USA: Blackwell Publishers Inc.,
- Opazo R. Fuerzas de cambio en psicoterapia: un modelo integrativo. En: Opazo R. Integración en psicoterapia. Santiago, Chile: Ediciones Cccidep, 1992.
- Opazo R. In the hurricane's eye: a supra paradigmatic integrative model. Journal of Psychotherapeutic Integration 1977; Vol 7, N1
- Power M, Dalgleish. Cognition and emotion. From Order to disorder. UK: Psychology Press, 1997.
- Suárez E. El conocimiento en el enfoque cognitivo-conductual: la continuación de una tradición crítica. En: Opazo R. Integración en psicoterapia. Santiago, Chile: Ediciones Cccidep, 1992.
- Zajonc RB. On the primacy of affect. American Psychologist 1984; 39:117-23.

TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

Resulta una difícil tarea intentar dar cuenta de lo que es la terapia familiar sistémica (TFS) en un marco necesariamente limitado de espacio como es este capítulo del libro. Esta consideración que es válida para describir cualquier enfoque teórico que informe un determinado tipo de psicoterapia, cobra especial importancia en el caso que nos ocupa, por cuanto detrás de él hay una epistemología distinta a todos los demás. Al respecto se invita al lector a remitirse al capítulo sobre salud mental familiar.

Por las consideraciones precedentes, nos limitaremos a señalar algunas de las ideas centrales de la TFS más que las técnicas propiamente tales.

Conviene señalar que los términos terapia familiar y terapia familiar sistémica (TFS) no son sinónimos ni equivalentes.

Existen terapeutas psicodinámicos que hacen terapia familiar, como también terapeutas cognitivo conductuales que reúnen a todos los miembros de la familia en un tratamiento y probablemente otros con otros marcos teóricos. Lo que diferencia la TFS es la teoría que está a la base: la teoría general de sistemas y la cibernética.

Bajo este gran alero teórico se han producido varios "modelos intermedios" que en general, se diferencian unos de otros, más que nada en el énfasis que ponen en los distintos conceptos de la teoría (totalidad, límites, jerarquía, homeostasis, *feedback*, procesos, estructuras, etc.). Así entonces, existen, por ejemplo: el modelo Estructural de Minuchin, el modelo Estratégico de Palo Alto, el modelo de Milán derivado del anterior, el modelo Constructivista de Von Foester - Maturana y Varela, entre otros, etc.

Lo que los une no es el número de miembros de la familia que se cita a sesiones o si integran a otros parientes o miembros de la red social de una familia, sino el enfoque sistémico cibernético. Así entonces pueden existir terapias familiares sistémicas, terapias de pareja sistémicas y terapia individual sistémica.

No obstante lo anterior, por lo general en TFS debe incluirse a todos los miembros del hogar nuclear en la evaluación inicial, a menos que motivos urgentes lo impidan. Lo mismo deberá exigirse en las sesiones siguientes, luego de establecerse el contacto terapéutico. Las sesiones generalmente se fijan semanal o quincenalmente. Los niños pequeños pueden proporcionar una información importante por medio de sus expresiones o conducta, a pesar de las afirmaciones de que no están implicados.

Puede ocurrir que los miembros de la familia extendida también sean relevantes o que ciertos miembros de la comunidad (red social) se incluyan en la terapia, si cumplen algún rol comparable a los de la familia. En caso de padres separados, se trabaja en sesiones distintas con los hijos y cada uno de los padres.

El foco de atención está puesto en el aquí y ahora ya no en el pasado, se trata de producir cambios conductuales y no de producir *insight*. Interesan las interacciones del sistema y no lo intrapsíquico o interpersonal. Más que lograr un etiquetamiento diagnóstico clásico, se trata de identificar la función del síntoma en el contexto del sistema familiar y de su organización.

En psiquiatría infantil desde sus inicios siempre se ha incluido a los padres y a la familia en el diagnóstico y tratamiento de los diversos motivos de consulta. De tal manera que podría pensarse ¿Qué es lo nuevo que aporta la TFS?, ¿en qué se diferencia el enfoque tradicional que han venido usando los psiquiatras infanto-juveniles de este enfoque familiar sistémico?

La diferencia la constituye el hecho de que en el enfoque tradicional se considera al niño como foco central del diagnóstico y por ende el enfermo y a la familia sólo como un telón de fondo. La TFS, en cambio centra su atención en el sistema familiar, que pasaría a ser el paciente junto con su interacción, pasando el paciente índice o identificado por ella a ser considerado sólo como un síntoma más de un sistema enfermo o disfuncional. Así, entonces, se

configura una nueva gestalt compuesta por la familia en el primer plano y el miembro de ella identificado como enfermo en el trasfondo. Además, la presencia del terapeuta se incluye en este contexto, formando de esta manera un nuevo sistema que gobierna la conducta de sus miembros.

En el enfoque sistémico se considera que la conducta de cada individuo dentro de la familia está relacionada con y depende de la conducta de todos los otros. El cambio, tanto positivo como negativo, en el paciente identificado por la familia tendrá generalmente un efecto sobre todos los otros miembros.

El concepto de totalidad derivado de la Teoría General de Sistemas, entendido como un conjunto de unidades que están en una interrelación dada consistente o predecible, es básico para entender a la familia como un sistema. De allí que no pueda entenderse a la familia como la suma de las características individuales de sus miembros, sino como por las características de sus patrones relacionales e interaccionales, que le otorgan al todo características distintas a la mera suma de sus componentes. Se recordará al respecto una de las "leyes de oro" del enfoque sistémico cuando afirma que el todo no es igual a la suma de sus partes. El todo le confiere a sus partes características que no poseen individualmente consideradas.

Por otra parte y tan importante como la idea anterior, es que la interacción, a diferencia de la forma de concebirse lineal-causal (A es causa de B o éste es efecto de A), es reemplazada por el pensamiento circular cibernético. Así por ejemplo, en la interacción de un sistema compuesto por 4 miembros, podemos decir que A afecta a B, quien afecta a D, quien afecta a A, quien afecta a C y así sucesivamente hasta el infinito. De esta forma, cualquier puntuación que se haga en el sentido de decir que la conducta de cualquiera de ellos es "causada" por la conducta de otro no es sostenible.

La conducta del individuo se explica en términos de la función que cumple dentro del sistema familiar. Por ejemplo, la conducta antisocial de un adolescente es vista como un elemento distractor de un conflicto de pareja entre los padres, más que una consecuencia de una disfunción cerebral o un problema en el control de su impulsividad. Los padres en este caso se unen para criticar la conducta antisocial del hijo y de esta forma se mantiene la integridad de la familia.

Esto no significa desconocer la posibilidad de que exista un problema individual que pueda influir de alguna forma en esa conducta y por ende ser susceptible de tratarse paralelamente (por ejemplo con la ayuda de un psicofármaco).

Lo que se postula es que el abordaje que tome en

cuenta ambas perspectivas tendrá más posibilidades de ser efectivo.

Lo que ocurra en un sistema familiar puede ser visto como controlado por mecanismos de *feedback*. Estos operan en dos formas: amplificando la desviación o disminuyendo la desviación. Los primeros devuelven al sistema al "equilibrio" y ayudan a mantener la integridad del mismo. Los segundos, al amplificar la desviación promueven un cambio, que puede significar o la desintegración del sistema o tener que modificarse para retener a sus partes componentes. El niño que se escapa del hogar por ser golpeado y es golpeado por escaparse, tenderá a escaparse cada vez más. Esta situación determinará que el niño abandone el sistema familiar o bien que el niño y la familia cambien.

La comunicación, otro elemento central en terapia familiar sistémica, que tiene que ver con sus orígenes, lo constituye la comunicación. De hecho varios de los pioneros en este campo y en teoría de la comunicación tales como Don Jackson y Jay Haley, Virginia Satir, Gregory Bateson y Paul Watzlawick, comenzaron a interesarse en este nuevo enfoque al estudiar las familias de pacientes esquizofrénicos.

El libro de Bateson, Jackson, Haley y Weakland "Toward a Theory of Schizophrenia" (1956) es considerado un clásico en terapia familiar y teoría de la comunicación. Haley postula que los síntomas esquizofrénicos son sugerentes de una incapacidad de reconocer los tipos lógicos concebidos por Bertrand Russell. Bateson agrega a esta noción que los síntomas y etiología de la esquizofrenia pueden formularse en términos de la hipótesis del doble-vínculo. Esta hipótesis, similar al concepto de Jackson de la homeostasis familiar, valora, destaca, prioriza, analiza los procesos que le permiten al sistema familiar mantener su equilibrio.

Estos autores básicamente analizan los efectos de la paradoja en la interacción humana. Enfatizan la importancia de distinguir entre una simple contradicción y una paradoja. En el primer caso hay la posibilidad de elegir, el individuo puede hacer una cosa u otra. La última en cambio, es definida como una contradicción que sigue a una correcta deducción derivada de premisas consistentes.

En la comunicación, postulan estos autores, lo más importante no es el contenido de lo que se dice, sino la forma en que es dicho y la forma como una persona se relaciona con otra. Esto es, los patrones interaccionales y las reglas que rigen los roles dentro del sistema familiar.

Las relaciones tienden a estabilizarse con el tiempo y esa estabilidad es denominada por Jackson, Reglas de la relación. Para este autor, toda conducta es una forma de comunicación, desde el momento

que dice algo acerca de como uno se relaciona. Además, la conducta, a diferencia de otras cualidades de la vida no tiene un opuesto o negativo. No existe algo que pudiéramos llamar no conducta. Toda conducta tiene un significado, Jackson ha desarrollado su pensamiento acerca de la comunicación en una serie de axiomas basado en aquellas propiedades que tienen fundamentales implicancias interpersonales.

Axioma 1: Es imposible no comunicarse. Tan obvio como puede parecer este axioma a menudo no es tomado en cuenta. Aún el silencio o el retraimiento en sí mismo, es una comunicación y dice algo respecto de una relación.

Axioma 2: Toda comunicación implica un compromiso y por ende define una relación. Los aspectos relacionales de una comunicación clasifican el contenido y a esto se llama metacomunicación (comunicación acerca de una comunicación). Por ejemplo si alguien le dice a otra persona: "¿Sería tan amable de abrir la ventana?" o bien "abra la ventana", ambas frases tienen prácticamente el mismo mensaje, pero denotan una muy distinta relación entre esas dos personas. La primera sugiere una relación entre iguales, la segunda evoca una relación de un superior a un inferior. Este aspecto relacional de la comunicación habitualmente pasa desapercibido y en las relaciones normales tiende a estar en un segundo plano. En cambio, cuando existen problemas de relación entre las personas, ellas estarán luchando constantemente sobre la naturaleza de la relación.

Axioma 3: La naturaleza de la relación es contingente a la puntuación de la secuencia. Generalmente, tendemos a pensar respecto de una secuencia de intercambios como un patrón de estímulo-respuesta. Jackson sugiere que ésta no es la interpretación que se le otorga a la comunicación desde la perspectiva sistémica. El patrón es circular en lugar de uno causa-efecto.

Es evidente que muchas familias pelean indefinidamente acerca de este asunto de la puntuación. Jackson hace notar que este patrón sí-no-sí-no de vacilaciones puede no tener término.

Axioma 4: Los seres humanos nos comunicamos tanto verbalmente (comunicación digital) como no verbalmente (comunicación analógica). La primera entrega información conceptual, pero es pobre en cuanto a la relación. La segunda nos entrega más información sobre la relación, pero no es clara en términos de la naturaleza de la relación. Aparentemente la naturaleza de los mensajes analógicos es ambigua. Por ejemplo las lágrimas pueden ser de pena o de alegría, una sonrisa puede ser signo de aceptación o de desdén.

Este axioma nos lleva a aceptar que debe haber una constante traducción de una forma de comunica-

ción a la otra. La simple pregunta ¿Qué está diciendo usted? es, si se analiza con detalle, bastante complicada. Estamos preguntando no sólo por el significado del concepto, sino de lo que dice respecto de una particular relación.

La comunicación analógica es reconocida como extremadamente importante en terapia familiar, debido a que el sistema es estudiado en interacción.

Axioma 5: Los intercambios comunicacionales pueden ser simétricos o complementarios, de acuerdo al tipo de relación que existe. Si es una relación de iguales en que cada parte es libre de tomar el liderazgo, se llama simétrica. En cambio, si uno lidera y el otro lo sigue, se llama complementaria.

Es importante señalar que éstos son términos descriptivos y no implican un juicio de valor. Sin embargo, pueden llegar a ser patológicos ambos casos cuando son situaciones extremas y se pierde el control. Por ejemplo, cuando en una relación simétrica se produce una escalada continua que lleva a la destrucción del sistema o bien en una complementaria que se endurece de tal forma que termina petrificada.

¿Qué es una familia?

De acuerdo a Don Jackson "es una red de comunicaciones en constante interacción, en la cual cada miembro desde el recién nacido hasta el abuelo influyen la naturaleza de todo el sistema y a la vez son influenciados por él". En esta definición prueba los dos conceptos básicos de su pensamiento: comunicación y homeostasis. Lo ilustra en su Axioma $1 + 1 = 3$ ó bien, que el todo es más que la suma de sus partes.

La familia comienza con el matrimonio que es ya una unidad compleja, compuesta por el sistema que aporta el hombre, el sistema que aporta la mujer y el sistema que se deriva de la interacción entre ambos.

Este nuevo sistema opera inicialmente de acuerdo a tres factores:

– La determinación de metas u objetivos. Algunos son conscientes y explícitos, otros más implícitos y no expresados, por ejemplo la necesidad de estatus o de aprobación y otros probablemente inconscientes. Habrá una mayor capacidad de funcionamiento armónico cuando las metas que cada uno trae evolucionan a una sola meta del sistema familiar.

– El tipo de elección que se ha hecho de la pareja lo que limitará las metas que el sistema familiar tenga. La edad, lugar de residencia, educación, condiciones de salud, relación con las familias de origen, son sólo algunos componentes que tienen que ver con el tipo de pareja escogido y con los efectos que esto tenga en las metas subsecuentes.

– El tipo de estructura familiar "cuando una pareja se casa o se constituye en forma estable como tal, la primera y más importante acción que ocurre es el intento que hace cada uno para determinar la naturaleza de la relación". En términos más simples, esto significa que cada uno quiere lograr sus metas propias, sin hacer las acomodaciones hacia las del otro. Esto da cuenta de muchas fricciones en las primeras etapas de la relación.

Cuando nace el primer hijo, un nuevo factor se agrega al sistema y el balance homeostático es perturbado y suele ser un momento de crisis, por todos los cambios y adaptaciones que conlleva para el sistema familiar. Si nace un segundo hijo, esto significa la aparición de un nuevo subsistema en el sistema familiar: el subsistema fraterno. Así entonces se pueden distinguir en una familia con hijos, el subsistema conyugal (el de relación de pareja), el subsistema parental (el de la relación padres e hijos), y el subsistema fraterno (el de la relación entre los hermanos). De nuevo aquí, un punto importante de destacar es que la familia no la constituye la suma de estos subsistemas, sino la interacción entre ellos.

Para determinar que está pasando en un sistema familiar, se tienen que observar las causas por las cuales se desbalanceó la homeostasis. Cuales son los factores que están causando sufrimiento a la familia y que los hace buscar ayuda.

Para lograrlo Jackson sugiere su segundo concepto básico: explorar las líneas de comunicación. Qué está siendo dicho y qué está siendo escuchado. Específicamente averiguar si las reglas del sistema, a menudo subconscientes, han sido violadas y si es así, en qué forma.

Para este autor el cambio familiar se comienza a producir cuando el sistema familiar se da cuenta que no pueden restituir el balance homeostático por sí mismos y buscan ayuda.

Entre las técnicas por él usadas y que han sido profusamente empleadas por distintos otros expertos en este campo, especialmente por Haley y Satir, está la técnica de la redefinición del problema, lo que persigue a veces sólo "perturbar" el sistema y no señalar necesariamente sus contradicciones o déficits comunicacionales.

Esto se logra a través de la connotación positiva y la prescripción del síntoma. La primera consiste en tomar la otra cara de una declaración "tomando la motivación que ha sido etiquetada como negativa y redefinirla en un sentido positivo".

La segunda consiste en pedirle a la persona mantenerse actuando en la misma forma. De esta manera se postula que "es más probable que se produzca un *insight*, más que explicarle cómo funciona la mente".

Ambas técnicas requieren por cierto, una dedicada exploración y análisis previo de las varias características propias de ese sistema familiar particular. Ellas han continuado siendo privilegiadas por el modelo intermedio de terapia familiar agrupado bajo la denominación de modelo estratégico del que a continuación se presenta una muy breve síntesis.

MODELO ESTRATEGICO

El objetivo de la intervención es lograr un cambio estructural en las familias que se resisten a ello. Al igual que en el modelo estructural, sólo se considera el problema presente, pero las intervenciones son análogas y no directas para minimizar la resistencia. Una intervención clásica es la forma paradójica de prescribir el síntoma, siempre que no sea peligroso o bien aconsejar que no se produzca el cambio. Está maniobra obliga a los sistemas o individuos resistentes a adoptar una de estas dos posiciones: 1) o bien deben seguir resistiéndose al terapeuta, lo que exige abandonar la conducta sintomática, o bien 2) deben continuar con la conducta sintomática, pero entonces tácitamente bajo la dirección y prescripción del terapeuta. La paradoja difiere de la psicología invertida en que la elección y enmarcado de la recomendación sólo se realiza una vez que se han comprendido claramente las pautas disfuncionales repetitivas. Para que sea efectiva la prescripción paradójica debe ser equivalente a la paradoja.

MODELO ESTRUCTURAL

El modelo estructural reconoce como su mayor exponente y podría decirse su creador, a Salvador Mínoch, psiquiatra argentino radicado en EE.UU. cuyo origen de trabajo en Nueva York, con familias de grupos sociales minoritarios, influyó en el desarrollo de su modelo.

Tal como se dijo anteriormente, todos comparten la teoría general de sistemas como el gran marco de referencia epistemológico para visualizar a la familia como un sistema. Las diferencias entre estos modelos están dadas sólo por el énfasis que ponen en privilegiar como foco preferente de atención los diversos conceptos de la TGS. Así el modelo estructural centra su atención en el concepto de organización el que a su vez engloba los de totalidad, límites y jerarquía, junto a ellos valoriza especialmente la variable espacial donde tiene lugar el funcionamiento del sistema.

Como ya se vio, el modelo estratégico privilegia el concepto de homeostasis, la variable temporal en

que se dan las secuencias interaccionales y en este contexto concentra su atención también preferente y en la comunicación.

Estructura familiar

Familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Por ejemplo cuando un padre le dice a un hijo que se vaya a acostar y éste obedece, en esta interacción se define quién es el papá en relación con ese hijo y quién es este último en relación con su padre, en ese contexto y en ese momento.

La operación de decirle esa orden refleja una función de un sistema parental ejecutivo. Las operaciones repetidas en esos términos, constituyen una pauta transaccional. Esta función sería posible porque este sistema tiene una estructura que permite esa función. Estas pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia y son mantenidas por dos sistemas de coacción:

– El primero es genérico e implica reglas universales que gobiernan la organización familiar. Por ejemplo debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes. También debe existir una complementariedad de las funciones en que el marido y la esposa acepten la interdependencia y operen como un equipo.

– El segundo sistema de coacción es idiosincrático e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

El origen de ellas se encuentra sepultado por años de negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familia. A menudo la naturaleza de los contratos originales ha sido olvidada y es posible que nunca hayan sido explícitos. Por eso las pautas permanecen como un piloto automático en relación con una acomodación mutua y con una eficacia funcional.

De ese modo el sistema se mantiene a sí mismo, ofrece resistencia al cambio más allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo.

En el interior del sistema existen pautas alternativas. Por eso toda desviación que va más allá del umbral de tolerancia del sistema excita mecanismos que restablecen el nivel habitual.

Estructura y relaciones familiares

Un concepto básico es el de los límites en este contexto. Un límite existe en un sistema social cuando en ese sistema alguien ejecuta una conducta particular que otros no la ejecutan.

El límite más importante dentro del sistema fa-

miliar es el límite generacional que crea dos subsistemas, el subsistema ejecutivo y el subsistema fraterno. La conducta que lo define es la conducta parental y necesita ser de tal manera que los subsistemas puedan cumplir su tarea apropiadamente. Sin embargo, esto requiere que los subsistemas puedan comunicarse de tal forma que la diferenciación de funciones no llegue a ser tan extrema que impida la comunicación.

El modelo detrás del concepto de límites es esencialmente jerárquico y se refiere a los roles, al poder y los alineamientos.

Varios autores coinciden con S. Minuchin en que para que una familia pueda llevar a cabo las distintas funciones que debe cumplir a lo largo de su vida, requiere de a lo menos dos condiciones básicas:

- Una adecuada comunicación
- Una estructura apropiada

El modelo estructural postula la existencia de los siguientes axiomas básicos:

La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye en su contexto y a su vez es influido por secuencias repetidas de interacción.

El individuo es miembro de un sistema social (que es la familia) al que debe adaptarse. Sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema y éstas incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas.

Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios. Estos cambios se generan en la conducta y en los procesos internos de los miembros del sistema.

Formación de un nuevo sistema. Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Terapeuta y familia forman en conjunto un nuevo sistema (terapéutico en este caso) que gobierna la conducta de sus miembros.

El todo y sus partes pueden ser adecuadamente explicadas sólo en términos de las relaciones que existen entre las partes. El foco está puesto en las uniones que conectan una parte del todo con otras (en las uniones que conectan).

Objetivo. El propósito de esta teoría estructural es describir las relaciones organizacionales de las partes con el todo, en el ecosistema social.

Al respecto cobran importancia los conceptos de organización, estructura y transformación de las mismas.

Organización: se entiende por tal a las relaciones que definen al sistema como unidad y determinan las dinámicas de interacción (y transformación) que pueden tener como tal unidad.

Estructura: son las relaciones actuales o presen-

tes que se mantienen entre las partes o miembros del sistema en un espacio dado.

Transformaciones de la estructura (reestructuración): es el objetivo de la terapia en este modelo estructural. Se define en términos de cambios en la posición mutua de los miembros de la familia, con la modificación consecuente de sus requerimientos complementarios. Esto conlleva cambios en sus procesos psíquicos internos los que a su vez genera los cambios conductuales.

Los términos, cambios y transformación son más o menos sinónimos en gramática, sin embargo, en este contexto de la terapia familiar la transformación o la reestructuración del sistema familiar es lo que conduce al cambio y a una nueva experiencia del individuo.

La transformación no produce un cambio en la composición de la familia. El cambio se produce en la sinapsis, en el modo en que algunas personas se relacionan entre sí (pautas transaccionales).

Tipos de familia. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Al respecto las familias pueden caracterizarse por ser:

Desligadas con límites claros. Las familias desligadas tienen límites muy rígidos. La comunicación entre los subsistemas es difícil y las funciones protectoras y de apoyo emocional de las familias se ven perjudicadas. Los miembros de este tipo de familia pueden tener mucha autonomía e independencia, pero esto produce un déficit en sus sentimientos de lealtad y pertenencia a la familia. Igualmente deficitaria es su capacidad de pedir ayuda cuando la necesitan.

Aglutinadas. Las familias aglutinadas se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento en la comunicación y de la preocupación entre sus miembros. Como consecuencia, disminuye la distancia y los límites se esfuman o se tornan muy difusos. Estos sistemas corren el riesgo de sobrecargarse y carecer de recursos para cambiar y adaptarse bajo condiciones de estrés.

Sus miembros pueden, por exaltados sentidos de pertenencia, perder su autonomía. En los niños particularmente el desarrollo cognitivo puede verse inhibido.

En una familia aglutinada, el estrés o la angustia de un miembro rápidamente compromete al resto. En cambio en un sistema desligado, sólo un alto nivel de estrés individual puede lograr traspasar los límites y repercutir con suficiente intensidad, como para que actúen los elementos de apoyo de la familia.

En las operaciones que se dan en ambos extremos de este continuo, es donde pueden aparecer más patologías.

Alineamiento

Otro concepto básico del modelo estructural es el de alineamiento que se refiere a las conexiones emocionales que ocurren entre los miembros de una familia.

Este concepto incluye a su vez los conceptos de alianza y coalición.

Alianza. Se entiende por alianza la unión de un miembro del sistema con otro(s) para llevar a cabo una operación. Ejemplo quienes apoyan y quienes rechazan una operación. Se diferencia de la coalición, en que no hay un tercero en juego. Se trata simplemente de dos o más personas con un interés común.

Coalición. Se entiende por tal una acción común entre dos personas para estar en contra de un tercero.

Patologías del alineamiento:

Coalición estable: Ejemplo: uno de los padres se asocia con el niño en una coalición transgeneracional rígida contra el otro padre.

Triangulación estable: ocurre cuando al haber dos miembros de la familia en conflicto, ambos quieren aliar a una misma persona con uno u otro, entonces éste, queda triangulizado (paralizado).

El detouring (rodeo) o coalición desviada: resulta del conflicto entre dos, que se tapa para disminuir el estrés, echándole la culpa a un tercero o designando a otro como la causa del conflicto, (estos dos se alían y están de acuerdo). Por ejemplo una pareja en la que "porque hay un tercero" se separa, creyéndolo honestamente. Otro ejemplo. Puede ser, magnificando el problema conductual de un hijo o sobreprotegiéndolo.

El poder. Es la influencia relativa de cada miembro de la familia en el resultado de una acción (actividad u operación). Ejemplo: cuando uno de los padres fija una hora de llegada, pero el hijo no cumple, con esta conducta demuestra que en esa operación tiene un poder más fuerte que el del padre que originó la regla.

En relación al poder se pueden desarrollar patologías de acuerdo a quien lo tiene y en relación a quién y acerca de qué:

- puede darse una función ejecutiva débil por sensación de incapacidad, por ejemplo en la relación padre - hijo;
- una inhibición del potencial de desarrollo por un sistema excesivamente rígido;
- una suborganización (que incluye todas las patologías anteriores) que ocurre con mayor frecuencia en familias de bajo nivel socioeconómico.

DIAGNOSTICO

En el diagnóstico es fundamental identificar, evaluar, definir y examinar: el problema estructural. Esto se puede lograr develando las pautas transaccionales y alternativas disponibles, observando que funciones cumple el síntoma del paciente índice, junto con las funciones que se están dejando de cumplir o cumpliendo en forma alterada por otros miembros del sistema. Quienes están involucrados en estructuras disfuncionales (temporal o definitivamente).

Flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y estructuración. De acuerdo a las alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas, en respuesta a circunstancias cambiantes.

La resonancia del sistema familiar y su sensibilidad ante las acciones individuales de sus miembros. Lugar que ocuparía la familia en el continuo aglutinamiento - desglutinamiento.

El contexto de vida de la familia. Esto es, la fuente de apoyo y de estrés en su ecología.

Estadio de desarrollo y su rendimiento o eficacia para enfrentar las tareas apropiadas a ese estadio.

Utilización de los síntomas. Las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizadas para el mantenimiento de las pautas transaccionales preferidas por la familia.

Respuesta al terapeuta. El modo en que la familia responde al terapeuta. Esto se logra a través de un proceso interaccional de unión (*joining*).

Técnicas de terapia familiar estructural

De aquí surgen los movimientos que deben realizarse desde un punto de vista estructural: existen tres posibilidades de acción, las que no son excluyentes.

- Crear estructuras que no existen.
- Cambiar estructuras existentes o fortalecer aquellas que son débiles.
- Hacer desaparecer (bloquear) estructuras que son disfuncionales.

Para introducirse en el sistema y empezar a modificarlo, se utilizan las siguientes técnicas:

Tracking o rastreo: consiste en adaptarse al estilo de la familia (lenguaje, humor, simbolismo, mitos).

La acomodación. Sumándose temporalmente a las estructuras de la familia, aliándose por ejemplo: con un miembro.

La mimetización: imitando posturas, lenguaje, humor.

Cómo crear nuevas estructuras

Estructuralización. Se trata de estructurar un tipo de relación del terapeuta dentro de la familia para influir en un *pattern* de interacción. Ej. hombre dominante *one up* y mujer sumisa: el terapeuta se dirige a la mujer valorizando sus opiniones.

Inducción del *enactment* (reactuación). Es la dramatización de ciertas pautas transaccionales para captarlas mejor. Util para el diagnóstico y toma de conciencia de los miembros de la familia.

Estimula manipulando a que actúen el conflicto o a que salga a la luz el conflicto (significa trabajar con un alto nivel de tensión). Puede ser en lugar de describirlo. Ej.: "habla con tu padre acerca de tal tema". Analicen "cuánto ha gastado cada uno en los últimos meses".

Creación de distintas maneras de interactuar. Dando tareas dentro de la familia en la sesión y en la casa. Ej.: romper alianza madre-hijo a través de que el padre invierta ciertas horas del día en jugar, hacer algo con su hijo.

Cómo modificar estructura

El terapeuta actúa como un director y actor: crea escenarios, coreografía, esclarece temas hace que actúen los otros y él.

A través de la recomposición sistémica. Consiste en sacar o incluir miembros de sus sistemas durante las sesiones mientras se modifican las transacciones disfuncionales.

Otra forma de manejar y utilizar el espacio físico durante la sesión consiste en cambiar de lugar donde están sentados los diversos miembros de la familia de tal forma degenerar separaciones o acercamientos entre algunos de ellos. Al respecto, es importante consignar quien se sienta al lado de quien, especialmente en la primera sesión.

Técnicas de focalización. Se trabaja en el síntoma dándole una connotación positiva por ejemplo redefiniendo su significado.

Refuerzo de pautas mientras se generan otras. Se está creando una estructura disciplinaria y al mismo tiempo se estimula la capacidad de ternura.

El terapeuta además de crear nuevos escenarios y llevar a los miembros de la familia a improvisar dentro de los marcos impuestos por el drama familiar, se usa a sí mismo, incorporándose a alianzas y coaliciones, fortaleciendo o debilitando límites y enfrentando o apoyando las pautas transaccionales. Utiliza su posición de liderazgo dentro del sistema terapéutico, para plantear desafíos a los que la familia debe acomodarse.

Cómo bloquear estructuras

- Obstruyendo el flujo de comunicación por canales habituales que usa la familia, desarmando o rompiendo un *pattern* estructural y mostrando las diferencias entre los aliados (en forma bastante provocativa).

- Interfiriendo físicamente, a través de manipular el espacio en la sesión.

RESUMEN DE TECNICAS DE TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL

I. Creación de nuevas estructuras.

- a) Estructuralización
- b) Inducción del *enactment*
- c) Entrega de tareas

II. Unión del terapeuta con las pautas transaccionales o estructuras.

- a) "Rastreo" (adopta símbolos)
- b) Acomodación
- c) Mimesis

III. Reestructuración de las estructuras:

- a) Recomposición del sistema:
 - (+) Adición del sistema
 - (-) Substracción del sistema
- b) Focalización en el síntoma:
 1. Exageración del síntoma
 2. Restarle la importancia al síntoma
 3. Cambiar la atención a otro síntoma
 4. Redefinición del síntoma
 5. Modificar el afecto o significado emocional del síntoma. Connotación positiva.
- c) Bloqueando estructuras.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M. Terapia Familiar. Un enfoque interaccional. Barcelona, Buenos Aires: Paidós, 1984.
- Bateson G. Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires, México: Ediciones Carlos Zoble, 1972.
- Foley V. An Introduction to family therapy. New York: Grune y Stratton, 1974.
- Gurman A, Kniskern DP. Handbook of family therapy. New York: Brunner-Mazel, 1981.
- Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa, 1977.
- Minuchin S, Fishman H. Family therapy techniques. Harvard, 1981.
- Palazolli S, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de familia a transacción esquizofrénica. Buenos Aires: Editorial ACE, 1982.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Biblioteca Psicológica 100. Barcelona: Editorial Harder, 1981.

El campo de la psicoterapia ha estado en un permanente estado de aportes, incorporación de teorías y nuevos conceptos desde los primeros trabajos de Freud hace ya más de un siglo.

Durante este tiempo han aparecido con distinta intensidad paradigmas causales que han significado importantes aportes y avances, sobre éstos se han desarrollado diferentes escuelas o técnicas en psicoterapia. Podemos citar entre ellos los paradigmas biológico, clásico, operante, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. El desarrollo de cada uno no ha estado exento de importantes controversias entre sus autores y adeptos.

Se ha ido logrando un importante consenso en torno a la importancia de la relación paciente-terapeuta como uno de los factores fundamentales en el éxito psicoterapéutico.

No obstante, se aprecia a nivel de las diferentes teorías y sistemas terapéuticos una seria dificultad para decantar los conocimientos que realmente aportan al cambio terapéutico. La mayoría de las escuelas carecen de trabajos con una adecuada metodología que vayan validando sus aportes. Esto deriva en que con frecuencia se acumulan hipótesis y teorías, cada una de las cuales con sus respectivos adeptos. No resulta raro entonces que de 36 sistemas distintos de psicoterapia existentes en los años 50, a fines de los 80 se hablara de más de 400.

Esto nos lleva a reflexionar que si están vigentes tantos sistemas terapéuticos es porque ninguno ha logrado perfilarse como superior al resto. Pero también es cierto que esta situación ha llevado a un cierto desprestigio de los sistemas psicoterapéuticos, lo que tiende a generar una crisis que para muchos autores pone en peligro el progreso y futuro de la psicoterapia.

En los últimos años, diferentes autores (Dollard y Miller, Frank, Lazarus, Wachtel, y Golfried) han buscado la integración de los diversos sistemas teóricos a través de una síntesis conceptual que lleve a desarrollar una estructura metateórica. Este planteamiento

tiene una mayor lógica si se considera que en distintos estudios, sobre un 60% de los terapeutas reconoce utilizar aportes de otros enfoques más allá de su orientación teórica de origen. En suma son pocos los terapeutas que adhieren en un 100% a un enfoque, esto es aún más claro si se observa lo que ocurre en la psiquiatría en que la mayoría de los clínicos combina psicofármacos con alguna técnica de psicoterapia.

El planteamiento integrador no busca imponer un enfoque sobre los otros, pero tampoco intenta integrar sobre la base de que todos los enfoques aportan en forma similar. Lo que intenta es reconocer e integrar los verdaderos aportes de los distintos paradigmas. No acepta un planteamiento ecléctico amplio en el que no se decanten los reales aportes de los diversos paradigmas.

Como resultado de las inquietudes señaladas en el campo de la psicoterapia, en 1983 se creó la *Society for the exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI), entidad a la que ingresan destacados terapeutas a nivel mundial. Entre ellos cabe destacar a Marvin Golfried, Paul Wachtel, John Norcross, Diane Arnkoff, James Coyne, Irene Elkin, Leslie Greenberg, Arnold Lazarus, Perry London, Michael Mahoney, Donald Meichenbaum, Jeremy Safran y Hans Strupp.

Dentro de sus inquietudes se pueden destacar: mayor sentido de unidad entre los psicoterapeutas con un menor desgaste en polémicas inconducentes, buscar un lenguaje conceptual común que supere las barreras semánticas, anuar fuerzas en torno a una investigación bien orientada, potenciar fuerzas de cambio, y potenciar un paradigma conceptual común que recoja los mejores desarrollos conceptuales existentes y oriente nuevos desarrollos.

Aun cuando el movimiento integrativo está claramente en la búsqueda de consensos, hay plena conciencia y acuerdo de que se requiere mantener una metodología que permita adquirir y acumular un mejor conocimiento.

En la actualidad el movimiento integrativo está en una etapa exploratoria, formando ciertos consensos y recibiendo los aportes de diferentes autores en torno a la búsqueda de un supraparadigma integrativo.

Describiremos a continuación algunos de los aspectos en los que existe un cierto acuerdo entre los adherentes al movimiento de integración y desarrollaremos un modelo integrativo de psicoterapia propuesto por Roberto Opazo en el Congreso Mundial de Psicoterapia, Washington 1983, y recientemente publicado.

ASPECTOS EPISTEMOLOGICOS

La epistemología es una rama de la filosofía que se preocupa del conocimiento humano, su naturaleza, orígenes y validación. Si no existen bases sólidas epistemológicas en la psicoterapia los conocimientos alcanzados pueden ser cuestionados fácilmente.

Desde muy antiguo se han planteado distintas posiciones en el campo epistemológico. La posición idealista privilegia el mundo de las ideas por sobre lo material, postula que nunca conocemos seres independientes del conocimiento y que sólo conocemos ideas sin correlato real. Por otra parte, el realismo postula que existe una realidad independiente del conocimiento y que conocemos a través de nuestros mecanismos cognoscitivos: sensación y percepción. El escepticismo o agnosticismo postula la imposibilidad del conocimiento.

Sólo en los últimos años se ha tendido a estudiar el rol de la epistemología en psicoterapia. Los paradigmas psicoterapéuticos más importantes como el conductista, el psicoanalítico y el cognitivo conductual, han adherido a los conceptos realistas aceptando que habría una realidad que existe en forma independiente de las imágenes y pensamientos del observador.

Recientemente autores constructivistas como Mahoney, Guidano, Watzlawick, han cuestionado estos planteamientos señalando que el sistema nervioso crea y construye activamente parte de la estimulación que lo afecta. Otro aporte importante ha venido desde la teoría biológica del conocimiento planteada por Maturana y Varela, quienes señalan que toda experiencia cognoscitiva involucra al que conoce de una manera personal, enraizada en su estructura biológica.

Es indudable que si se asume una postura constructivista radical, no es posible establecer relación alguna con posturas realistas extremas. No obstante, a partir de planteamientos de Mahoney, en cuanto a postular un constructivismo crítico, se ha ido forman-

do un cierto consenso en el movimiento integrativo en torno a un planteamiento epistemológico que adhiere a un constructivismo moderado. Desde esta perspectiva se acepta que existe una realidad más allá del propio mundo del observador, la cual es posible conocer sólo parcialmente. Se postula que nuestro sistema nervioso es coconstructor de nuestra experiencia y no un receptor pasivo.

Nuestra aproximación a la realidad será indirecta, mediada por la biología, nuestros estilos cognitivos y nuestros esquemas cognitivo afectivos. En estas condiciones es imposible un conocimiento totalmente objetivo. El conocimiento, lejos de ser una copia del mundo real, sería una interacción entre el sujeto que conoce y el objeto conocido.

No obstante, es evidente entonces que a partir de estos conceptos es posible acceder, aunque sea parcialmente, a un conocimiento. Por lo tanto, en psicoterapia ciertos conocimientos aportarán mejor al cambio del paciente y es deseable desarrollar entonces un modelo que vaya perfilando estrategias más útiles en la clínica.

FUERZAS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA. VARIABLES INESPECIFICAS

En el movimiento integrativo se ha ido produciendo un cierto acuerdo, a partir de un importante número de estudios que demuestran que el cambio en psicoterapia se produce en un alto porcentaje a partir de variables inespecíficas o factores que serían comunes a los diferentes enfoques psicoterapéuticos. Las más importantes dicen relación con el paciente, el terapeuta y la relación paciente-terapeuta.

VARIABLES del paciente

Se han descrito diferentes variables del paciente que permitirían predecir un buen resultado en psicoterapia. En los niños pequeños y en la mayoría de los casos de los adolescentes estas variables incluyen también a los padres.

Las variables más predictivas de cambio dependientes del paciente serían: expectativas de cambio y motivación al cambio. Adecuadas expectativas de cambio se relacionan con efecto placebo cuyos resultados están bien documentados. Por otra parte, la motivación al cambio sería un requisito fundamental por cuanto si el paciente no quiere cambiar... no lo hará y esto es particularmente importante en los adolescentes. Aquellos padres que sientan que el terapeuta tiende a cuestionarlos y a darle aceptación a un hijo en especial adolescente tenderán a boicotear la terapia.

Variables del terapeuta

Para muchos autores la personalidad del terapeuta resulta fundamental respecto al éxito de la psicoterapia.

La mayoría de las variables destacadas son la "rogerianas" como calidez, empatía, autenticidad, experiencia, consistencia, inteligencia, dinamismo, flexibilidad, y aceptación incondicional del otro.

Aunque la lista de variables del terapeuta es casi interminable, la empatía ha sido sin duda la más valorada. Implica una comprensión del mundo del paciente y de sus dificultades tal como él las ve.

Relación paciente-terapeuta

Hoy en día todos los enfoques valoran, aunque en diferente grado o forma, la alianza paciente-terapeuta.

Es indudable que aun en el caso de terapias como la conductual o la psicofarmacológica, una deficiente relación paciente-terapeuta pondrá en peligro el cumplimiento de las indicaciones del terapeuta.

Para muchos autores la experiencia de la relación paciente-terapeuta sería terapéutica por sí misma. En las relaciones interpersonales son muy importantes los sentimientos que uno tiene de sí mismo y del otro en la relación, por lo tanto el paciente al tener la oportunidad de tener una relación abierta y honesta, vive una experiencia invaluable y de por sí terapéutica.

Una buena relación ya en las primeras sesiones apoya el éxito de la terapia y potencia el uso de técnicas específicas. Una mala relación, por lo general termina en el fracaso de la terapia.

No obstante lo señalado anteriormente, es evidente que si queremos potenciar la efectividad de la psicoterapia tendremos que definir el aporte real de las variables específicas que es donde los terapeutas podrán encontrar diferencias en su accionar y resultados.

FUERZAS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA. VARIABLES ESPECÍFICAS

Aunque como dijéramos anteriormente existen más de 400 aproximaciones psicoterapéuticas, éstas no constituyen necesariamente paradigmas causales. Un paradigma es un set de supuestos generales que dan forma a la metodología de investigación subsiguiente. Un paradigma aporta la teoría que guiará la investigación, la teoría que ayudará a identificar los problemas que ameritan investigación.

El modelo integrativo planteado por Opazo re-

conoce seis paradigmas causales fundamentales: biológico, ambiental-conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. La influencia de cada paradigma rara vez es lineal simple, es relativizada a través del accionar del sistema *self* de la persona. Todos ellos han sido descritos en los capítulos anteriores sobre psicoterapia, salvo el biológico que está desarrollado en cada uno de los capítulos de este libro. Todos estos paradigmas incluyen las más o menos 400 orientaciones que existen en psicoterapia, se propone que cada uno aporta a la comprensión, predicción y cambio en psicoterapia, con algunas limitaciones, las que se señalarán.

Paradigma biológico

La biología es la ciencia que estudia los seres vivos, su organización y sus leyes. El paradigma biológico propone que ciertas características específicas, genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o neurofisiológicas pueden influir aumentando la probabilidad en la génesis de específicas cogniciones, afectos o conductas.

Ha sido bien documentada la influencia de desbalances endocrinos en el período puberal sobre el estado emocional de muchos adolescentes. También ha sido documentada la relación entre hipotiroidismo y retardo mental.

La influencia genética es rara vez determinante como en el caso de la alteración del cromosoma 21 en el síndrome de Down. Los factores genéticos más bien "facilitan" el desajuste que la persona hará.

Hay evidencias de influencia genética en pacientes autistas, en la esquizofrenia, en los desórdenes bipolares, y en la psicopatía. Se ha descrito un coeficiente de heredabilidad para muchos rasgos de personalidad.

Distintas estrategias terapéuticas se han asociado al paradigma biológico, pero sin duda la más usada es la farmacoterapia.

No obstante, es claro que el aporte de los psicofármacos afecta a grupos masivos de neuronas produciendo cambios globales en la conducta, afectos o cogniciones, siendo poco probable que tenga efectos sobre cogniciones, afectos y conductas específicas.

Paradigma conductual-ambiental

Este paradigma postula que ciertas características ambientales específicas pueden influir en la génesis de ciertas cogniciones, emociones y conductas. Repertorios conductuales más o menos complejos influirán en los niveles cognitivos, afectivos y conductuales.

Desde el punto de vista etiológico se ha descrito

el rol de las experiencias infantiles en el desarrollo psicológico posterior. La teoría del attachment ha propuesto un marco conceptual para entender la etiología de muchas alteraciones psiquiátricas.

La etiología pavloviana ha sido descrita en muchos desórdenes de ansiedad, fobias infantiles, conducta compulsiva y en problemas de agresividad. La influencia causal de este paradigma está ampliamente documentada respecto a frustraciones, refuerzos y castigos en los niños.

En lo que se refiere a sus aportes en la psicoterapia infantil, las técnicas conductuales son muy eficientes en el tratamiento del autismo infantil, del retardo mental y en las fobias simples como es el caso de la desensibilización sistemática.

Paradigma cognitivo

Cuando hablamos de cognición es necesario referirse al concepto de información. Esta se entiende como cualquier evento que reduce la incertidumbre. Al procesar cognitivamente estamos interpretando, otorgando significado a una experiencia.

El paradigma postula que ciertos eventos o estructuras cognitivas específicas pueden influir en la génesis de emociones y conductas. Según la teoría A-B-C de Ellis, A serían los estímulos ambientales, C las emociones o conductas desadaptativas, B sería el procesamiento cognitivo "irracional" que produciría los desajustes emocionales y/o conductuales en C.

La influencia etiológica de las cogniciones en los trastornos psiquiátricos se ha documentado en el caso de auto-juicios negativos que pueden conducir a depresión en niños y adolescentes. Bajas expectativas de autoeficacia descritas por Bandura afectan el rendimiento en los niños y pueden facilitar la génesis de ansiedad y depresión. El procesamiento cognitivo está a la base de muchas crisis de adolescencia.

Los aportes de la psicoterapia cognitiva implica procurar cambios en los procesos atencionales, en las expectativas, en las autoexigencias, en los estilos atribucionales, etc. Está muy bien documentado el aporte de la psicoterapia cognitiva en el proceso de adquisición de destrezas de toma de decisiones y autocontrol, lo que resulta de enorme utilidad en el manejo de pacientes adolescentes.

Paradigma afectivo

Las respuestas afectivas, que integran la emoción (eventos afectivos transitorios) y sentimientos (estructuras afectivas más estables) están esencialmente caracterizadas por la energía. Esta energía es experienciada subjetivamente e involucra elementos

autónomos, cognitivos y motores integrados en una totalidad significativa.

Este paradigma implica que eventos y estructuras afectivas pueden influir en la génesis de cogniciones, afectos y conductas específicas.

El rol etiológico de los afectos ha sido documentado para una serie de procesos: la ansiedad facilita las conductas de evitación y escape, la tristeza facilita la apatía y produce desmotivación, el estrés mantenido puede conducir a depresión. Impulsos intensos pueden desencadenar conductas de agresividad y rebeldía en adolescentes.

Distintos aportes del paradigma afectivo se han señalado respecto a la psicoterapia, desde luego ya hemos mencionado la importancia de la motivación al cambio. Autores como Greenberg y Safran han señalado la importancia de las sesiones terapéuticas con activación afectiva, la catarsis y contención afectiva son fundamentales en muchos pacientes niños y adolescentes así como en sus padres, por último las técnicas de imaginería en niños están fuertemente ligadas al paradigma afectivo.

Paradigma inconsciente

El término inconsciente se refiere a actividades mentales de las cuales el individuo no está consciente.

Si bien se han identificado diferentes tipos de inconsciente, hay cuatro conceptos que aparecen como los más importantes y con sustento empírico:

El inconsciente *subliminal* que implica que la estimulación está sobre el umbral sensorial, pero bajo el umbral perceptual.

El concepto de lo *no consciente* involucra cogniciones, emociones y conductas que no son conscientes, pero que son fácilmente traídos al nivel consciente.

El inconsciente *reprimido* implica el accionar de un mecanismo de defensa que bloquea el paso a la conciencia o remueve de la conciencia contenidos generadores de ansiedad, culpa o vergüenza.

El concepto de *súper-consciente* implica que mucho de lo que sucede en nuestra mente está fuera del darnos cuenta. Estos procesos estarían a un nivel muy alto y gobernarían los procesos conscientes sin aparecer en ellos.

El paradigma inconsciente postula que eventos o estructuras que están fuera del *awareness* (darse cuenta), pueden influir en la génesis de emociones, cogniciones o conductas.

Las contribuciones de este paradigma a la psicoterapia son difíciles de establecer en parte por la complejidad de las investigaciones y también por la poca cantidad de investigaciones relacionadas a la aproximación psicoanalítica.

Paradigma sistémico

Las primeras concepciones de sistema enfatizan el concepto de totalidad. En este sentido un sistema implica un número de elementos en que "el todo es más que la suma de las partes". Las partes de un sistema interactúan recíprocamente.

En el paradigma sistémico se enfatiza la causalidad circular. Hay un proceso en el cual de la misma manera en que una causa produce y condiciona el efecto, todo efecto llega a ser causa. La homeostasis es la tendencia de los sistemas a mantenerse balanceados, a pesar de los cambios ambientales.

El marco sistémico no permite la posibilidad de predecir qué cambios específicos en el sistema total producirán qué cambios específicos en cogniciones, emociones y conductas. Características específicas del sistema global, por ejemplo, ciertas reglas de interacción podrían favorecer o resistir el cambio de cogniciones afectos y conductas. La morfogénesis favorecería los cambios y la morfostasia haría al sistema resistente a ellos.

La investigación para definir los aportes del paradigma sistémico es difícil. Los métodos tradicionales de investigación están diseñados para verificar causalidad lineal en que A es manipulado para ver sus efectos en B. Los métodos para estudiar la causalidad circular no han sido muy desarrollados hasta el momento.

Se han encontrado algunas correlaciones en investigaciones entre medidas de funcionamiento sistémico de la familia (coherencia, cohesión y optimismo) y salud física de miembros de la familia.

La evaluación de la efectividad de la terapia sistémica es difícil tanto por la variedad de terapias como por la carencia de estudios controlados. Algunos estudios han señalado mejorías de hasta un 73% en familias tratadas. Otros, han reportado evidencias de mejorías en tratamientos de asma y drogadicción.

Como conclusión se podría señalar que resulta relevante abordar a la familia cuando tiene un rol significativo en la mantención de un desajuste.

El sistema self

El modelo integrativo supraparadigmático planteado por Opazo, asume que los seis paradigmas antes señalados están conectados, coordinados e integrados por el sistema *self* de la persona.

Este concepto es bastante nuevo y por lo tanto ambiguo y con poco consenso en la literatura. El modelo integrativo considera al sistema *self* como un punto focal de la experiencia y como un punto de confluencia de los subsistemas biológico, conductual-ambiental, cognitivo, afectivo e inconsciente, dentro del marco del sistema total.

El sistema *self* sería el centro de nuestra personalidad y expresa el balance homeostático y la coherencia sistémica del sistema total.

El modelo integrativo asume para el sistema *self* cuatro funciones fundamentales: identidad, autoorganización, significación de la experiencia y control de la conducta.

Identidad. La función de identidad es la base para un concepto de sí mismo y de sentimientos sobre el sí mismo. La identidad personal es bidimensional, por una parte es coherente, organizada y relativamente estable, y por otra, involucra un proceso dinámico de formulación y reformulación de cambios situacionales.

Autoorganización. Permite la apertura del sistema hacia el aprendizaje y conocimiento del medio ambiente. Esta función permite que el *self* no se desintegre en este proceso. Permite un equilibrio entre la necesidad de expansión y desarrollo del sistema *self* y la necesidad de integridad del sistema.

Significación. El modelo integrativo plantea que el sistema *self* da una constante significación a la experiencia. De acuerdo a lo planteado por Guidano, la búsqueda permanente de un significado personal involucra la construcción y mantención de un significado personal coherente. La estimulación sensorial está en una constante exigencia para que el sistema *self* otorgue significados a las nuevas experiencias manteniendo la coherencia interna.

Control de la conducta. Respecto de la función de control de la conducta, el modelo asume que el sistema *self* facilita el control de impulsos, hace posible la represión de contenidos indeseables, influye la motivación y facilita el manejo de la comunicación emocional.

MODELO INTEGRATIVO SUPRAPARADIGMÁTICO

De acuerdo a los planteamientos anteriores los estímulos (E) son percibidos por la personalidad (Pd), pero también la persona va activamente al ambiente interactuando con los estímulos (Figura 41-1).

Los estímulos son percibidos por la personalidad la cual les otorga constructivamente significados. En esta construcción de significados participa el subsistema biológico, en particular el sistema nervioso y según el caso en mayor o menor medida los subsistemas cognitivo, afectivo e inconsciente. En el sistema psicológico los paradigmas se van conec-

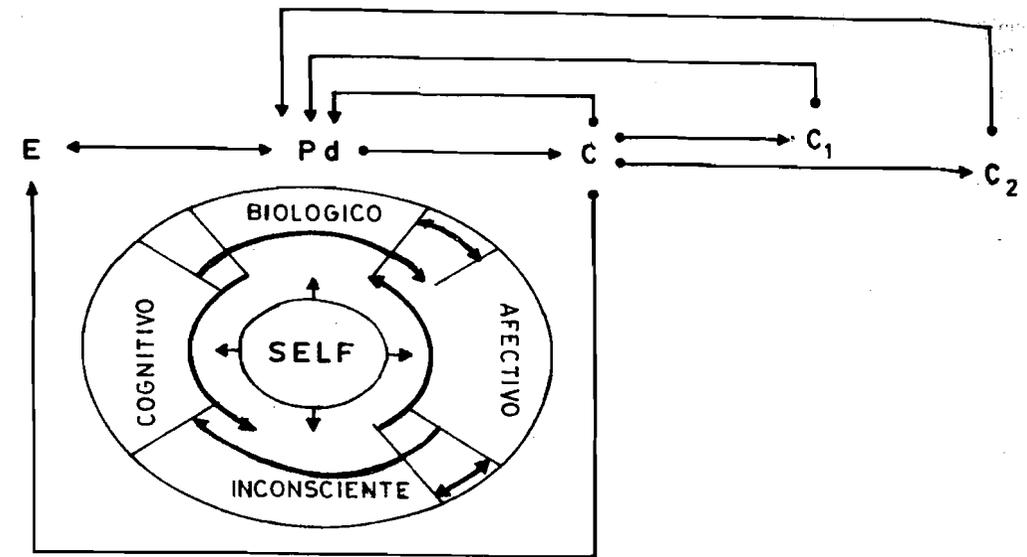


Figura 41-1. Modelo integrativo CECIDEP. E: estímulos; Pd: personalidad; C: conducta; C1: consecuencias inmediatas; C2: consecuencias mediatas.

tando e interactuando. Un afecto puede generar cogniciones y motivar conductas. Los cambios cognitivos pueden a su vez generar afectos y conductas. Un cambio conductual puede modificar cogniciones y afectos.

Los estímulos procesados a través de los diferentes subsistemas con la participación del *self*, se transforman en estímulos efectivos. La significación otorgada al estímulo determinará activaciones cognitivas, afectivas o conductuales.

El estímulo efectivo producirá la conducta abierta (C) la cual podrá tener consecuencias inmediatas (C1) o mediatas (C2). Las consecuencias de la conducta pueden volver a afectar a la persona a través de un mecanismo de *feedback*, que implicará un nuevo mecanismo de procesamiento de la información.

El ingreso al sistema puede ser por diferentes vías: estímulos ambientales, pensamientos, cambios afectivos, etc. Cada influencia activa procesos de causalidad circular y de retroalimentación. Se van estructurando así influencias globales y en este sentido el modelo es sistémico.

El *self*, como principio integrador, tendría un rol fundamental en la organización de la información y promoción de cambios.

MODELO INTEGRATIVO. ALCANCES Y LIMITACIONES

Es indudable que el trabajar con una psicoterapia integrativa tiene importantes repercusiones prácticas. En términos predictivos, un mayor conocimiento del ambiente de la persona, de su biología, de sus estructuras cognitivas, de sus estilos afectivos, de su grado de *awareness* (darse cuenta), de su sistema *self*, etc., permitirán enriquecer los pronósticos clínicos y precisar las opciones de intervención.

La psicoterapia integrativa permite corregir el error común de creer que una psicología es "profunda" porque enfatiza el rol de lo inconsciente. Una teoría será más profunda en la medida en que aporte una profunda comprensión del hombre en todas sus facetas, sean éstas superficiales o no. Desde una perspectiva del modelo integrativo se considera como profundamente equivocado el interpretar toda la dinámica psicológica en términos de refuerzos y castigos, pero también es profundamente equivocado interpretar toda la dinámica psicológica en función de represiones inconscientes. Parece más lógico otorgar a cada modalidad el lugar que le corresponde, en el entendido de que las evidencias respal-

dan el rol de diversas modalidades etiológicas en la dinámica psicológica.

Cuando se evalúe a un paciente se hará revisando los seis paradigmas fundamentales. Una vez completa la evaluación, se estará en condiciones de diseñar objetivos terapéuticos que abarquen cada uno de los paradigmas.

Respecto al uso de técnicas específicas, la psicoterapia integrativa está plenamente abierta a ellas, cada vez que el paciente pueda beneficiarse de ellas. Lo que se requiere es un buen diagnóstico que permita precisar la necesidad de una determinada técnica.

El aporte de una psicoterapia integrativa no debe ser sobredimensionado, hemos visto que la historia de la psicoterapia está plagada de enfoques que surgieron de fuertes promesas que finalmente no se cumplieron.

No obstante, sí presenta ventajas comparativas, por cuanto permite integrar un modelo coherente, completo y bien documentado, distanciándose de teorías de poco aporte al quehacer terapéutico. Permite distanciarse de una aproximación ecléctica donde cada uno selecciona lo que mejor le parece según su leal saber y entender.

En el momento actual la psicoterapia integrativa está en una etapa de exploración y de especificación. Se requiere aún una mayor precisión en conceptos como *self* e inconsciente reprimido.

Finalmente es importante señalar, como dice Opazo, que el movimiento de integración en psicoterapia está abriendo un camino que permite incorporar los mejores aportes de Freud, Pavlov, Jaspers, Skinner, Rogers, Scheneider, Erickson, Jung, Bateson, Klein y tantos otros, que dedicaron su vida a la investigación y a la práctica de la psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

- Arkowitz H. A common factors therapy for depression. In: Norcross & Golfried M. Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Books, 1992: 402-31.
- Beutler LE. Eclectic Psychotherapy: A systematic approach. New York: Pergamon, 1983.
- Goldfried MR, Castonguay LG. The future of psychotherapy integration. *Psychotherapy* 1992; 29:4-10.
- Greenberg L, Safran J. Integrating affect and cognition: A perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive Therapy and Research* 1984; 6:559-78.
- Guidano V. Complexity of the Self. New York: Guilford Press, 1987.
- Lazarus A, Beutler L, Norcross JC. The future of technical eclecticism. *Psychotherapy* 1992; 29:11-20.
- Marchetti AM. La reestructuración afectiva en la práctica clínica. En: Opazo R. Los afectos en la práctica clínica. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1988.
- Maturana H, Varela F. El árbol del conocimiento. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1984.
- Neimeyer RA, Mahoney M. Constructivismo en psicoterapia. Barcelona: Ed. Paidós, 1998.
- Opazo R. Postulados básicos de una psicoterapia integrativa. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 1992; 1(2).
- Opazo R. Integración en psicoterapia. Santiago, Chile: Ed. Cecidep, 1992.
- Opazo R. In the Hurricane's Eye: A supraparadigmatic integrative model. *Journal of Psychotherapy Integration* 1997; (7)1:17-54.
- Strupp H, Hadley SW. Specific versus nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry* 1979; 36:1125-36.
- Wachtel P. Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration. New York: Basic Books, 1977.
- Wolfe BE. Self Pathology and Psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration* 1995; 5:293-312.

INDICE DE MATERIAS

A

- Abandono físico y emocional: 308
- Aborto en la adolescencia: 403
- Abstinencia de las benzodiazepinas: 438
- Abuso:
- de alcohol y drogas: 406-424
 - abstinencia: 421
 - dependencia del alcohol: 406
 - factores de protección: 413
 - factores de riesgo: 410
 - prevención: 422, 423
 - de sustancias psicoactivas:
 - tratamiento: 415
 - sexual: 307, 381
 - intrafamiliar: 307
- Adaptación social: 230
- Adolescencia: 29, 347
- cambios morfofisiológicos: 29
 - tipos de conflictos: 359
 - trastorno de los impulsos: 363
 - trastorno de personalidad antisocial: 363
 - trastorno de personalidad emocionalmente inestable: 363
- Adolescente:
- embarazada: 401
 - factores claves para el desarrollo: 348
 - motivos de consulta: 357
- Adolescentes deprivados: 350
- Afectos y psicoterapia: 465-477
- Aislamiento social: 269
- Akatisia: 439
- Alexitimia: 208
- Alineamiento familiar, alianza y coalición: 483
- Ambiente:
- ecológico: 15
 - como factor de angustia: 126
- Amniocentesis: 242
- Anemia ferroporiva: 387
- Angustia infantil: 126
- Animo: 379
- Anomalías congénitas del metabolismo: 242
- Anorexia bulímica: 389
- Anorexia:
- causas: 390
 - manifestaciones: 392
 - nerviosa: 389-394
 - comorbilidad: 394
 - tipo compulsivo/purgativo: 393
 - tipo restrictivo: 393
 - y amenorrea: 392
- Anormalidades cromosómicas: 242
- Ansiedad, tratamiento: 436
- Ansiolíticos: 434, 437
- Anticonceptivos, uso: 397
- Apego madre-hijo: 37
- Apneas del sueño: 183
- Aprendizaje:
- escolar
 - dificultades: 259
 - lento: 260
 - observacional: 57
 - por imitación: 447
- Areas del lenguaje: 264
- Areas límbicas y actividad dopaminérgica: 294
- Arousal: 475
- Atención: 281

Audiomudez/sordera verbal: 193
 Autismo infantil: 99, 198-204
 - aspectos biológicos: 200
 - etapas de la rehabilitación conductual: 201
 - manifestaciones en la adolescencia: 361
 - psicopatología: 200
 - síntomas: 198, 199
 - tratamiento con haloperidol: 201
 - y coeficiente intelectual: 201
 Autoafirmación: 355
 Awareness (darse cuenta): 489

B

Balaceo del cuerpo: 300
 Bebé, desarrollo cognitivo: 22
 Bronfenbrenner: 16
 Bulimia: 389, 394, 395
 - e irregularidades menstruales: 395
 - nerviosa, atracones: 395
 - epidemiología: 389
 - signos De Russell: 395
 Buspirona: 436

C

Caja de juego en psicoterapia infantil: 457
 Capacidad:
 - de aprendizaje: 230
 - para resolver problemas: 61
 Capacidades sensoriales del recién nacido: 20
 Características sexuales primarias: 217
 Castigo: 447
 Catecolaminas: 430, 431
 Ciclo sueño-vigilia:
 - acción de neurotransmisores: 174
 - características psicofisiológicas: 173
 - duración del período hípico: 173
 - neuroquímica: 174
 - premisas para abordaje como marcador biológico: 173
 - y acetilcolina: 174
 - y gaba: 174
 - y melatonina: 175
 - y norepinefrina: 174
 - y serotonina: 174
 - y dopamina: 174

CIE 10, organización y características: 92
 Citocromo hepático P-450: 385
 Clasificaciones internacionales de trastornos mentales: 87
 Código genético: 13
 Coeficiente:
 - de desarrollo psicomotor: 14
 - intelectual: 13
 Competencia parental: 21
 Comportamiento disocial opositor-desafiante: 248
 Compulsión: 153
 Comunicación:
 - no verbal (analógica): 480
 - verbal (digital): 480
 Concepto de lo no consciente: 489
 Conciencia:
 - afectiva de realidad: 366
 - cognitiva de la realidad: 366
 - de realidad: 366
 Condicionamiento:
 - clásico: 445
 - operante: 445
 Conducta:
 - adaptativa menoscabada: 230
 - disruptiva: 253
 - suicida: 144-148
 - violenta: 250
 Conductas de riesgo en la adolescencia: 353
 Conflicto psíquico en psicoterapia psicoanalítica: 454
 Connotación positiva: 481
 Constructivismo: 449
 - moderado: 466
 Consultoría:
 - orientada a la crisis: 322
 - orientada al paciente: 322
 - psiquiátrica: 328
 Contrato de psicoterapia: 456
 Control coercitivo: 250
 Convulsiones febriles: 226
 Corea de Sydenham: 157
 Craving: 419
 Crecimiento: 274
 Cretinismo congénito: 38
 Crisis:
 - convulsiva epiléptica: 221

- de adolescencia: 360
 - de angustia o ataque de pánico: 129
 - de valores del mundo contemporáneo: 56
 Criterios:
 - de depresión: 139
 - de diagnóstico de anorexia nerviosa: 393
 - para diagnosticar episodios maníacos: 379
 - para el diagnóstico de la bulimia nerviosa: 394
 Cromosoma X frágil: 234
 Cromosomas sexuales: 214
 Cronoanestesia: 177
 Cuadros frecuentes en la adolescencia, trastornos de conducta: 362
 Cuestionarios sobre depresión: 136
 Cuidados:
 - del lactante: 38
 - prenatales y perinatales: 36
D
 Daño frontal postraumático: 251
 Daño orgánico cerebral:
 - estimulación temprana: 286
 - integración educativa: 289
 - intervención temprana sobre el vínculo madre-bebé: 287
 - intervenciones tempranas: 285
 - medidas institucionales: 289
 hospital de día: 289
 - psicoterapias:
 familiares: 288
 grupales: 288
 Daños psicológicos iatrogénicos, prevención: 40
 Defensas en psicoterapia psicoanalítica: 455
 Deficiencia intelectual: 281
 Déficit en el desarrollo psicomotor: 236
 Déficit sociales: 269
 Delincuencia en niños: 253
 Delirios de grandiosidad: 380
 Demencia: 231
 - precoz: 366
 Depresión:
 - anaclítica: 14, 135
 - como un trastorno: 136
 - diagnóstico diferencial: 140
 - diferencias por sexo: 141

- en epilépticos: 228
 - etiología: 137
 - mayor:
 en el adolescente: 141
 incidencia en niños: 140
 - pronóstico: 143
 - teoría conductual: 138
 - teoría psicoanalítica: 137
 - tratamiento con carbonato de litio: 143
 - tratamiento con imipramina: 142
 - tratamiento con inhibidores selectivos: 142
 - y déficit atencional: 142
 - y perspectiva sistémica familiar: 138
 - y trastorno distímico: 139
 Deprivación cultural: 236
 Derecho reproductivo: 401
 Desarrollo: 274
 - de la empatía: 471
 - de psicopatología, factores de mayor vulnerabilidad en el niño: 39
 - del hijo:
 características de la madre: 338
 rol del padre: 338
 - etapas: 19
 - evolutivo: 18
 - filogenético: 469
 - fonológico del niño: 189
 - leyes: 18
 - moral: 26
 - ontogénico: 469
 - psicosexual: 214
 Desatención crónica: 261
 Deserción escolar: 236
 Desnutrido grave: 14
 Desórdenes de la psicomotilidad: 118
 Despertadas confusionales: 180
 Destrezas parentales, enseñanza: 41
 Desviaciones de conductas:
 - antisociales y delincuencia: 268
 - externalizadas: 267
 Detección de problemas emocionales o conductuales en el escolar, elementos de juicio: 44
 Deterioro conductual progresivo, causas: 267
 Devolución de la información obtenida en el proceso evaluativo: 75

- Díada madre-bebé: 336
- Diagnóstico:
- de pica, radiografía abdominal: 388
 - de problema estructural, utilización de los síntomas: 484
- Diferencias entre la CIE 10 y el DSM IV: 94
- Dificultades:
- de aprendizaje
 - diagnóstico y manejo clínico: 270
 - y adaptación social: 269
 - lectoras familiares: 268
- Direcciones del desarrollo: 19
- Discapacidad: 276
- mental, manifestaciones en la adolescencia: 360
- Disfasias: 261
- Disfemia, tartamudez o espasmodia: 195
- Disfunción de la interacción madre-bebé: 337
- Diskinesia tardía: 439
- Distalía:
- clasificación: 194
 - funcional: 194
- Dislexia:
- del desarrollo: 261
 - investigaciones genéticas: 265
 - y dificultades en la transmisión interhemisférica: 264
 - y percepción visual: 265
- Dislexias: 259, 261-266
- de comprensión: 262
 - de decodificación: 262
 - prevalencia: 262
- Disomnias: 176
- en la infancia, abordaje terapéutico: 179
- Disponibilidad física de las drogas: 411
- Distonías de torsión: 439
- Disturbios del sueño:
- en el preescolar y padres permisivos: 177
 - en el lactante: 176
 - en el niño y hostilidad matrimonial: 177
 - en el preescolar: 176
 - uso de carbamacepina: 180
- Dolor abdominal recurrente, modelo de tratamiento: 331
- Drogadicción:
- aspectos de personalidad protectores: 412
 - factores comunitarios de protección: 414
 - factores familiares de protección: 413
 - tratamiento:
- ambulatorio: 416
 - bupropion: 420
 - comunidades terapéuticas: 416
 - internación de niños: 416
 - internación: 416
 - naltrexone: 420
 - participación familiar en la terapia: 420, 421
- Drogas ilegales, distribuidores: 410
- DSM IV:
- cinco ejes de evaluación: 89
 - objetivos: 88
- Duelos del fin de la adolescencia: 351
- E**
- Educación especial y diferencial: 43
- "Efecto lectura inicial": 266
- Elaboración de la identidad: 355
- Electroencefalograma:
- en epilepsias: 222
 - activación
 - por fotoestimulación: 222
 - por hiperventilación: 222
- Embarazo:
- adolescente
 - por violación sexual: 404
 - morbilidad y mortalidad: 402
 - de alto riesgo: 37
- Embarazo en adolescentes y salud mental: 242, 397-404
- Emoción: 466
- Emociones:
- básicas: 471
 - primarias: 468
- Encefalopatías: 272
- adquiridas: 276
 - congénitas: 276
 - epilépticas: 224
 - neonatales: 276
- Enfermedades mentales, impacto en América Latina: 34
- Enfoque:
- cognitivo conductual: 448
 - ecosistémico en salud: 35
 - sistémico: 479
- Entrevista:
- a los padres, propósitos: 69
 - diagnóstica estructurada: 254
 - familiar: 73

- psiquiátrica:
 - lugar donde se desarrolla: 68
 - tipo de entrevista a usar: 68
- Entrevistas estructuradas para niños: 69
- Enuresis: 41
- manifestaciones en la adolescencia: 361
 - nocturna: 181
 - tratamiento con desmopresina intranasal: 181
 - tratamiento con imipramina: 181
 - tratamiento farmacológico: 181
 - primaria del sueño: 181
 - secundaria del sueño: 181
- Epilepsia
- cingulada: 224
 - consecuencias sociales: 228
 - crisis complejas: 224
 - prevalencia: 34, 221
 - pseudocrisis: 223, 226
 - tratamiento:
 - con etosuccimida: 222
 - farmacológico: 222
 - y deterioro cognitivo: 223
 - y desórdenes psiquiátricos: 223
- Epilepsias, crisis parciales: 221
- Episodios:
- de manía
 - en la infancia: 378
 - epidemiología: 378
 - subdiagnóstico: 378
 - y comorbilidad: 384
 - depresivos: 107
- Epistemología: 17, 487
- ecosistémica: 17
- Equivalentes depresivos: 141
- Escala de inteligencia de Wechsler: 84
- Escisión de la personalidad: 366
- Esclerosis tuberosa: 224
- Escolar, desarrollo cognitivo: 29
- Escuela para padres: 42
- Espasmos masivos: 224
- Esquema emocional: 470
- Esquemas de pensamiento: 448
- Esquizofrenia: 366
- alteraciones a nivel de sistema neurotransmisor: 369
 - aspectos genéticos: 368
 - concepto de proceso: 366
 - de mal pronóstico: 372
 - disgregación del pensamiento: 372
 - enfoque afectivo: 369
 - enfoque cognitivo: 369
 - enfoque conductual ambiental: 369
 - enfoque desde el sistema self: 370
 - enfoque relativista cultural: 369
 - enfoque sistémico: 370
 - estudios de neuroimagen: 368
 - evolución: 372
 - ideas delirantes: 371
 - prevalencia: 367
 - síntomas característicos: 367
 - subtipos: 368
 - terapia electroconvulsiva: 374
 - terapia familiar: 370
 - tratamiento con neurolépticos tradicionales: 374
 - uso de neurolépticos: 373
- Estimulación y desarrollo cognitivo del hijo de madre adolescente: 402
- Estrés, elementos principales: 209
- Estructura familiar: 482
- sistemas de coacción: 482
- Estructura silábica, procesos: 189
- Estructuras:
- cognitivas disfuncionales: 473
 - y relaciones familiares: 482
- Estudios epidemiológicos sobre trastornos psiquiátricos: 33
- Etapas en la formación del vínculo (Ainsworth): 23
- Etnocentrismo cultural: 239
- Evaluación:
- de la actividad global: 91
 - de los procesos intelectuales: 81
 - del desarrollo psicomotor: 38
 - uso de escalas: 76
- Examen mental: 73
- Experiencias interaccionales: 50
- Extinción de una conducta: 446
- F**
- Factores:
- biológicos del abuso y dependencia de drogas: 409
 - de protección del abuso de alcohol y drogas: 411-413
 - adecuada triangulación: 413
 - autonomía intelectual: 413

- capacidad de relacionarse: 413
 escolaridad: 412
 resiliencia: 412
 tolerancia a la frustración: 413
 verbalización de los problemas: 413
- psicológicos del abuso y dependencia de drogas: 409
 - psicológicos que afectan al estado físico: 206
 - psicosociales anormales: 247
- Familia:**
- en crisis: 55
 - definición: 480
- Familias:**
- alcohólicas: 61
 - pobres: 238
- Farfuleo, taquifemia o tartajeo: 196
- Fármacos:**
- anticonvulsivantes
 - fenitoína: 227
 - fenobarbital: 227
 - antidepressivos
 - agonistas de noradrenalina y serotonina: 434
 - inhibidores de la MAO: 434
 - inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina: 434
 - tipos: 433
 - tricíclicos y tetracíclicos: 433
 - en los trastornos comórbidos de drogadicción: 420
- Farmacoterapia en pacientes con abuso o dependencia de sustancias psicoactivas: 418
- Fase juvenil: 352
- Fenómenos propios del dormir: 182-183
- cabeceo: 182
 - jactatio capitis: 183
- Fetichismo transvestista: 217, 219
- Fibrosis quística: 321
- Fisiología de la hormona del crecimiento: 179
- Flashbacks: 315
- Fobia:**
- a la oscuridad: 131
 - escolar: 131
- Fobias sociales: 131
- Fonemas vocálicos: 188
- Formación de la identidad: 355
- Fracaso escolar: 266
- G**
- Ganglios basales y actividad dopaminérgica: 294
- Gasto calórico mínimo: 386
- Grupos o redes juveniles: 351
- H**
- Habilidades cognoscitivas: 239
- Hábitos desadaptativos: 299-302
- Hacinamiento: 403
- Hipersomnios infantiles: 185
- Hipotiroidismo: 240
- congénito: 37
- Historia clínica de niños y adolescentes: 78
- Homosexualidad: 219
- femenina: 220
- Hora de juego diagnóstico: 81
- Hormonas sexuales prenatales: 213
- Hospitalismo: 135
- I**
- Ideación obsesiva: 156
- Identidad:**
- de género: 213, 215
 - sexual, trastornos del desarrollo: 216
- Inconsciente:
- en psicoterapia psicoanalítica: 454
 - reprimido: 489
 - subliminal: 489
- Ingesta calórica máxima: 386
- Inhibición del comer: 387
- Inicio lector tardío: 266
- Insight: 460
- Insomnias verdaderos: 178, 179
- Instrumentos estructurados de evaluación: 76
- Inteligencia, hipótesis: 84
- Intentos de suicidio: 146
- tratamiento: 147
- Interacción entre el bebé y la madre: 71, 337
- Interpretación:**
- en la psicoterapia psicoanalítica: 459
 - tentativa: 459
- Intervenciones frente al maltrato: 312
- Intoxicación por abuso de drogas: 408
- Inventarios de problemas conductuales: 254

J

- Juego:
- elemento para llegar a diagnóstico clínico: 458
 - imaginativo: 72
 - simbólico: 81
- Juicio moral: 250
- Juicios racionales: 448

L

- Lactancia materna: 241
- Lactante, evaluación psiquiátrica: 71
- Laringoespasma: 183
- Lectores normales: 263
- Lenguaje: 186
- componente principales: 186
 - en la cultura popular: 236
 - etapa prelingüística: 187
 - precursores:
 - de la forma: 187
 - del contenido: 187
 - del uso: 187
 - telegráfico: 190
- Lesión cerebral total: 284

M

- Maduración: 274
- neurológica: 119
- Malnutrición fetal: 234
- Maltrato:**
- definición: 305
 - emocional: 307
 - físico: 306
 - infantil
 - epidemiología: 309
 - equipo terapéutico: 318
 - factores de riesgo: 309
 - intervención en red: 312
 - prevención y tratamiento: 311
 - programas preventivos: 312
 - rehabilitación de las familias: 318
 - terapia con la familia: 317
 - terapia de grupo: 316
 - tratamiento interdisciplinario: 312
- Manejo de:**
- hábitos desadaptativos: 41
 - de situaciones especiales
 - adopción: 301
 - la muerte: 301
 - separación (divorcio): 302
- Manifestaciones emocionales: 117
- Mapeo cerebral computarizado: 222
- Marihuana: 406
- Masturbación: 300
- Mecanismos de regulación de las catecolaminas:
- mecanismos presinápticos: 432
 - nivel postsináptico: 432
- Medio ambiente deprivado: 238
- Medios de comunicación: 43
- y prevención de drogadicción: 411
- Memoria verbal: 260
- Menarquia: 349
- Metas de la evaluación diagnóstica: 67
- Método fenomenológico: 116
- Modalidades de apego: 25
- Modelo:**
- biológico de la depresión: 138
 - de consultoría
 - el informe: 330
 - factores a considerar: 328
 - relaciones interpersonales: 328
 - estratégico de terapia familiar: 481
 - estructural
 - axiomas básicos: 482
 - de terapia familiar: 481
 - genético de la depresión: 138
 - integrativo
 - de psicoterapia: 487
 - de Roberto Opazo: 466
- Modelos:**
- de programas de salud mental escolar: 47
 - de trabajo de enlace: 323
 - intermedios de terapia: 478
- Moldeamiento: 447
- Moratoria psicosocial: 353
- social: 403
- Mutismo selectivo: 104, 128
- N**
- Narcisismo, características: 357
- Narcolepsia: 185

Neurociencias: 429
 Neurolépticos:
 – clásicos: 439
 – modernos: 439
 – principales complicaciones: 439
 Neuroplasticidad: 337
 Neuroticismo: 473
 Niñas abusadas: 316
 Niño antisocial: 250
 Nivel intelectual limítrofe: 259
 Nutrición afectiva: 308

O

Objetos-self: 472
 Observaciones cualitativas en lactantes: 75
 Onicofagia: 300
 Ontogénesis del sí mismo: 27
 Organicidad cerebral: 272
 Organizadores de la vida psíquica: 25

P

Padre abusador: 308
 Pánico homosexual: 219
 Paradigma:
 – afectivo: 489
 – biológico: 488
 – conductual-ambiental: 488
 Paradoja en la interacción humana: 479
 Parálisis cerebral: 277
 Parches con nicotina: 419
 Participación comunitaria: 42
 Pataleta: 300
 Paternidad y maternidad responsable: 36
 Patología del alineamiento familiar, triangulización estable: 483
 Pedofilia: 219
 Perfil de un niño resiliente: 60, 62
 Período:
 – de obstinación: 26
 – escolar: 28
 Persona madura emocionalmente: 17
 Personalidad borderline: 410
 Personalidad epiléptica: 226
 Personalidad preadictiva del abuso y dependencia de drogas: 410

Personificación progresiva: 113
 Peso corporal: 386, 393
 Pica: 106, 387, 388
 Pilares de la resiliencia: 58
 Plan de Acción en Salud Mental Infantil: 35
 Plan de salud mental, recomendaciones para la investigación: 43
 Plomo, alteraciones conductuales: 165
 Pluralismo cultural: 239
 Politoxicomanía: 417
 Poluciones nocturnas: 349
 Precursor de las Cas: 431
 Precusores del lenguaje: 187
 Predictores psicosociales de embarazos: 400
 Prescripción del síntoma: 481
 Presentación de síntomas psiquiátricos, influencia de factores del desarrollo: 68
 Procesamiento:
 – cognitivo irracional: 489
 – ortográfico: 263
 Proceso diagnóstico, pasos: 80
 Procesos fonológicos de simplificación: 189
 Programas:
 – de estimulación psicosocial temprana: 39
 – de salud mental en las escuelas: 46
 Pseudoinsomnios en escolares: 177
 Psicofarmacología en los trastornos mentales: 429
 Psicofármacos utilizados en anorexia y bulimia: 396
 Psicoimmunología, conceptos básicos: 208
 Psicomotilidad: 119
 Psicopatología:
 – de la esquizofrenia, modelo integrativo: 370
 – del desarrollo: 115
 – evolutiva: 116
 – familiar e intento de suicidio: 147
 – infantil, concepción evolutiva: 110
 Psicosexualidad: 213
 Psicosis:
 – epilépticas: 225, 228
 – interictales: 225
 Psicoterapia:
 – cognitivo conductual: 445
 – conceptos básicos: 453
 – definición: 452
 – de orientación psicoanalítica: 452-464

– en abuso de alcohol y drogas
 – dificultades para la sublimación: 422
 – recaídas: 422
 – en las fobias: 132
 – indicación: 456
 – objetivos: 455
 – variables inespecíficas del paciente: 487
 – variables inespecíficas del terapeuta: 488
 Psiquiatría de enlace:
 – docencia: 332
 – investigación: 333
 Pubertad precoz, factor de riesgo para la anorexia: 391

R

Rasgos de inhibición conductual: 126
 Reacciones conversivas históricas: 207
 Realismo crítico: 466
 Receptores:
 – catecolaminérgicos: 431
 – de benzodiazepinas: 435
 – de serotonina: 430
 – noradrenérgicos: 431
 Recomposición sistémica: 484
 Red interaccional familiar: 50
 Redes de vigilancia epidemiológica: 407
 Reducción de la oferta de sustancias como prevención al abuso de drogas: 423
 Reestructuración
 – afectiva en síndrome de déficit de atención: 169
 – cognitiva
 – en síndrome de déficit de atención: 169
 – técnica de la cámara lenta: 450
 – técnica del zoom: 450
 Reflejo condicionado: 446
 Reflejos incondicionados: 445
 Reforzamiento:
 – continuo: 446
 – intermitente: 446
 – negativo: 446
 Refuerzo positivo: 446
 Relación:
 – interpersonal: 238
 – paciente-terapeuta: 488
 Rendimiento escolar: 260
 Repitencia de curso: 266
 Represión: 126
 – en psicoterapia psicoanalítica: 454
 Reserva en psicoterapia de adolescentes: 462
 Resiliencia: 58, 59
 Resistencia de los padres a indicación de psicoterapia: 458
 Restricciones biológicas: 473
 Retardo:
 – del habla: 191
 – general del crecimiento y privación psicosocial: 210
 – lector: 45, 265
 – específico: 268
 – mental: 95, 230
 – consejo genético: 241, 245
 – de origen biológico: 237, 240
 – epidemiología: 235
 – estudios: 34
 – etiología: 234
 – institucionalización: 245
 – leve: 232
 – moderado: 232
 – prevalencia: 231
 – prevención primaria: 241
 – profundo: 232
 – psicofarmacoterapia: 244
 – severo: 232
 – sociocultural: 235, 236, 243, 244
 – y educación especial: 244
 – y psicosis, diagnóstico diferencial: 282
 Riesgo de embarazo:
 – en adolescente rural: 398
 – en adolescentes: 398
 – alcoholismo en la madre: 399
 – baja autoestima: 400
 – conducta sexual activa: 399
 – historia de abuso sexual: 399
 – machismo: 398
 Ritual obsesivo compulsivo, diferenciación: 153
 Rol:
 – de la conciencia: 111
 – sexual: 213
 Rumiación: 388
 Rutina del dormir: 175

- S**
- Salud mental:
- enfoque sistémico-cibernético: 51
 - escolar: 44
 - factores de riesgo: 39
 - factores protectores: 39
 - familiar, indicadores: 53
 - identificación de niños de alto riesgo: 40
- Screening metabólicos: 38
- Secretos familiares: 462
- Selección del tipo de entrevista: 71
- Sentimiento, concepto: 467
- Separación traumática, causa de enfermedad psiquiátrica: 209
- Ser consciente: 112
- Serotonina, acción: 430
- Sexo:
- asignado: 215
 - asumido: 215
 - enseñado: 215
- Sexualidad: 349
- Síndrome:
- de abstinencia de drogas: 409
 - de activación: 125
 - de adaptación general: 208
 - de Asperger: 204
 - critérios DSM IV: 204
 - tratamiento: 204
 - de déficit de atención:
 - abordaje desde la perspectiva familiar: 170
 - efectos secundarios del tratamiento con fármacos: 167, 168
 - enfoques: 166
 - escuelas para padres y atención grupal: 169
 - evolución: 170
 - influencias genéticas: 165
 - síntomas: 162
 - técnica de contrato conductual: 169
 - tratamiento con fármacos: 167
 - tratamientos controvertidos: 170
 - uso de refuerzo positivo: 169
 - y psicoterapia integrativa: 164
 - y trastorno específico del aprendizaje: 163
 - y trastorno oposicional desafiante: 163
 - de dolor recurrente en el niño mayor: 211
 - de Down: 234, 276
 - de Gilles de la Tourette: 105, 292-298
 - y tics motores: 294
 - y trastorno obsesivo compulsivo: 293
 - diagnóstico diferencial: 295
 - sintomatología: 295
 - tratamientos: 295-297
 - de inanición: 391
 - de Landau Kleffner: 99
 - de muerte súbita: 184
 - de Rett: 198, 203
 - de X frágil: 232-234
 - del niño golpeado: 305
 - neuroléptico maligno: 439
- Síntomas depresivos en el embarazo: 401
- Sistema:
- de control del vínculo (Bowly): 24
 - self: 466, 490
 - en esquizofrenia: 375
 - funciones fundamentales de la conducta: 490
- Sobrepeso: 387
- Sonambulismo: 180
- Sordera verbal: 193
- Succión del pulgar: 299
- Sueño:
- de ondas
 - lentas: 173
 - rápidas: 173
 - MOR: 173
 - REM: 173
- Suicidio:
- altruista: 144
 - factores de riesgo: 145
 - modelos interpretativos: 147
 - tasas: 145
 - tipos: 144
 - y depresión: 146
- Súper Yo: 460
- Súper-consciente: 489
- Supresión de reforzadores positivos: 447
- Sustancia psicoactivas, manejo de la información en los medios de comunicación: 414
- Sustitución, proceso fonológico de simplificación: 189

- T**
- Taquialia: 196
- Tartamudez:
- fisiológica: 195, 301
 - herencia: 195
 - patológica:
 - y espasmos clónicos: 195
 - y espasmos tónicos: 195
 - teorías audiógenas: 196
 - teorías psicógenas: 196
- Tasas de fecundidad: 397
- Técnicas:
- de focalización: 484
 - de terapia familiar estructural:
 - acomodación: 484
 - tracking o rastreo: 484
- Televisión:
- comercial: 58
 - y desarrollo infantil: 16
- Temores sociales: 28
- Temperamento: 210
- Teoría:
- cognitiva:
 - de la depresión: 449
 - del desarrollo: 25
 - de la autoeficiencia: 448
 - de la comunicación: 479
 - del attachment: 471
 - del desarrollo psicosexual: 25
 - del vínculo madre-bebé: 336
 - del vínculo: 22
 - General de Sistemas (TGS): 15, 479
 - conceptos básicos: 53
- Teorías psicológicas evolutivas: 114
- Terapia:
- familiar sistémica: 478-485
 - racional emotiva: 448
- Terminación: 460, 461
- Terrores nocturnos: 180
- Test:
- de apercepción infantil: 83
 - de apercepción temática de Murray: 82
 - de Bender-Koppitz para niños: 85
 - de CI: 230
 - de inteligencia: 231
 - de relaciones objetales: 83
 - gráficos: 81
 - proyectivo de Rorschach: 82
- Tests:
- de inteligencia: 280
 - proyectivos: 81
- Tipos de familias: 54, 483
- Trabajo:
- de consultoría, dificultades: 333
 - de enlace:
 - conducta de apego: 324
 - intercambio: 325
 - modelo evolutivo: 324
 - trabajo en equipo: 326
- Tranquilizantes mayores: 438
- Transexualidad: 218
- Transferencia y contratransferencia: 72
- en psicoterapia psicoanalítica: 454
- Transformación de emociones: 468
- Trastorno:
- autista, diagnóstico diferencial: 199
 - bipolar:
 - en niños y adolescentes: 377
 - episodios de manía: 377
 - neurobiología: 382
 - trastornos maniacos de inicio infantil: 377
 - tratamiento farmacológico: 383
 - ciclotímico: 108
 - de Asperger: 99, 198
 - de conducta: 248
 - cuadro clínico, curso y pronóstico: 253
 - de aparición tardía: 253
 - diagnóstico diferencial: 251
 - en "niños de la calle": 256
 - factores psicológicos: 250
 - robo: 249
 - tratamiento a nivel comunitario: 255
 - tratamiento desde una perspectiva social: 255
 - tratamiento farmacológico: 254
 - tratamiento multimodal: 255
 - tratamiento psicológico: 255
 - y castigos corporales: 256
 - y maltrato físico: 256
 - de la expresión escrita: 98
 - de la identidad de género: 216

- de la lectura: 98
- de las emociones: 103
- de personalidad borderline infantil: 247
- del lenguaje:
 - etiología: 191
 - factores ambientales: 191
 - factores hereditarios: 191
 - factores neurológicos: 191
 - primeras palabras: 191
 - pronóstico: 191
- desintegrativo de la infancia: 98, 99, 204
- disocial:
 - desafiante y oposicionista: 248
 - limitado al contexto familiar: 247
- específico:
 - de desarrollo psicomotor: 98
 - de la ortografía: 98
- fóbico:
 - psicopatología: 131
 - tratamiento con fármacos: 132
 - tratamiento por desensibilización sistemática: 132
- leve del lenguaje: 191
- mixto de las emociones: 246
- moderado del lenguaje, pronóstico: 191, 192
- obsesivo compulsivo
 - criterio del DSM IV: 153
 - daños cerebrales: 157
 - diferencia por sexo: 155
 - edad de comienzo: 155
 - en niños y adolescentes, clínica: 155
 - factores genéticos: 156
 - frecuencia: 152
 - hipótesis de la serotonina: 157
 - intervenciones familiares: 159
 - tratamiento con clomipramina: 158
 - tratamiento con fluoxetina: 159
 - y personalidad compulsiva: 158
- oposicionista desafiante: 249
- por angustia de separación: 127
- por ansiedad:
 - generalizada: 128
 - pronóstico: 131
 - tratamiento con benzodiazepinas: 129
 - tratamiento con técnicas de imaginación: 130
 - tratamiento desde los diferentes subsistemas: 129
- por déficit de atención con hiperactividad: 100
- por dolor: 133
- por estrés posttraumático: 128
- reactivo de la vinculación: 104, 339
- severo del lenguaje: 192
 - pronóstico: 194
- Trastornos adaptativos: 93
 - de conducta: 246-257
 - de conversión: 133
 - de expresión sintomática:
 - apnea emocional: 341
 - cólico de los tres primeros meses: 340
 - depresión anaclítica: 342
 - eccema: 341
 - fobias: 342
 - insomnio del primer semestre: 340
 - trastornos de alimentación: 341
 - trastornos del desarrollo: 342
 - trastornos del sueño: 340
 - de la alimentación: 106, 211
 - cólicos idiopáticos: 211
 - rechazo alimentario: 211
 - de la identidad sexual, criterios diagnósticos: 217
 - de la personalidad: 93
 - de tipo histérico: 133
 - de vinculación, prevención: 343
 - del aprendizaje escolar: 98, 258-271
 - niños con rendimiento lento: 258
 - del desarrollo: 95
 - del habla y lenguaje, prevalencia: 196
 - del lenguaje: 381
 - del tipo vincular en el niño: 339
 - del vínculo madre-hijo: 338
 - disléxicos, aspectos psicopedagógicos: 265
 - disociales: 93, 246
 - distímicos: 108
 - duales y drogadicción: 417
 - emocionales: 125-134
 - específicos:
 - del aprendizaje: 259
 - del lenguaje: 190
 - fóbicos: 131
 - no-verbales del aprendizaje: 268
 - pervasivos del desarrollo: 381
 - por somatización: 133

- psicofisiológicos: 206
- psicosomáticos: 206-212
- Tratamiento:
 - de la anorexia nerviosa: 395
 - de la esquizofrenia:
 - actividades de rehabilitación: 375
 - empatía con el paciente
 - nuevos neurolépticos: 374
 - variables inespecíficas: 372
- Tratamientos anticonvulsivantes en trastorno bipolar: 383
- Traumatismo psíquico en psicoterapia psicoanalítica: 453
- Tumores cerebrales: 224
- de enlace: 321
- Uso de litio: 383
- V
 - Velocidad de transmisión de la información visual: 264
 - Vías dopaminérgicas del sistema nervioso central: 432
 - Victimas de abuso sexual, terapia individual: 315
 - Violencia familiar, abuso físico y sexual en la infancia y adolescencia: 95, 305-319
 - Visita psicosocial: 332
 - Vivencia emocional: 465
- Y
 - Yo: 460
- Z
 - Zoofobias: 131
- U
 - Umbral: 445
 - Unidad psiquiátrica:
 - actividades de consultoría: 321



