

E. Domènech Llaberia

Psicopatología en la etapa escolar

Catedrática de Psicopatología
Departamento de Psicología de la Salud
Universidad Autónoma
Barcelona.

School age psychopathology

Comunicación de la ponencia oficial.
Reunión anual SEPIJ. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

En el momento actual, marcado por las subespecializaciones dentro de la psiquiatría, diversas parcelas del devenir evolutivo van adquiriendo autonomía propia. Así la psicopatología de la adolescencia, del anciano, preescolar y desde los años 80 está despegando como parcela autónoma la psicopatología de la primera infancia, es decir, de cero a tres años que ya tiene sus congresos propios, sus asociaciones internacionales y su revista científica.

La etapa de 6 a 12 años, comúnmente denominada *etapa escolar* había quedado hasta ahora un poco olvidada de esta tendencia autonómica como si no tuviera características propias y específicas o como si los niños de esta etapa no presentasen problemas psicopatológicos importantes.

¿ES LA ETAPA DE 6 A 12 AÑOS UN PERÍODO MUDO, SILENCIOSO O DE LATENCIA?

Durante un período largo de este siglo que abarca desde los años veinte hasta casi los setenta, la psiquiatría infantil del mundo occidental se ha basado casi exclusivamente en el modelo psicoanalítico. Dentro de

esta orientación los 6 a 12 años corresponden a la etapa de latencia. Se supone que el niño de esta edad ha superado ya la problemática afectiva muy importante de las etapas anteriores, oral, anal y fálica y que a partir de este momento le ocurren pocas cosas hasta que entra en la nueva crisis afectiva de la pubertad.

En los dos últimos decenios las ideas al respecto están variando considerablemente. Entre cinco y diez años el desarrollo cognitivo del niño es muy rápido. Esto permite la aparición a partir de los siete u ocho años de algunas formas psicopatológicas propias de las etapas siguientes. Una de ellas, la esquizofrenia, podría iniciarse a partir de este momento. Las depresiones infantiles constituyen otra patología importante por su frecuencia en esta etapa.

Quiero señalar que la continuidad de la patología depresiva o psicótica en muchos casos obliga a prestar una atención especial a sus inicios en la etapa escolar tanto en el caso de un principio manifiesto como en aquéllos en que aparecen signos predictores.

Considero tan importante este último aspecto que propongo que el estudio de la psicopatología de la etapa escolar se enfoque desde dos ángulos: primero el propiamente psicopatológico, es decir del estudio de las enfermedades mentales manifiestas, el segundo desde el ángulo preventivo, o sea la detección y el

- 148 estudio de los síntomas y signos de riesgo que son predictores de una patología en las etapas siguientes.

DIFERENCIAS DE EDAD Y SEXO EN LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS

La etapa de 6 a 12 años es un período largo, sobre todo con los ojos de niño, cuya vivencia del tiempo es mucho más lenta que la de las personas mayores. No es un período homogéneo:

Los primeros dos años constituyen el tiempo de adquisición de los aprendizajes básicos y de la adaptación del niño a la disciplina de la escuela. Ésta es una etapa muy importante para adquirir unos buenos hábitos de estudio y evitar el fracaso escolar en segunda etapa. De otra parte una buena sedimentación de los aprendizajes básicos evita una mala integración del niño a la escuela e incrementa la autoestima.

Los ocho, nueve y diez años constituyen una época de estructuración cognitiva importante. Los niños de esta edad piensan mucho y son mucho más capaces de autonomía de lo que piensan los adultos. Juzgan y se sorprenden a menudo del comportamiento de las personas adultas. También se juzgan y valoran a sí mismos. Un buen autoconcepto, con una capacidad de autocrítica, es necesario para un correcto desarrollo personal. También lo es una capacidad de autocontrol y unas aptitudes de comunicación y relación con los compañeros y demás niños de su edad. Quiero remarcar que una buena relación con los iguales no suple la necesidad de una buena comunicación con la familia. Cuando esta es deficiente, como ocurre tantas veces en nuestra sociedad, la distancia entre generaciones se agranda y al llegar a la adolescencia el distanciamiento ya no se puede recuperar.

En la etapa escolar se observa una tendencia a la separación de los sexos en el juego. Los niños juegan con los niños y las niñas se reúnen entre ellas sobre todo durante el segundo de los períodos en los que he subdividido esta etapa. También existe una diferencia de sexo en lo que hace referencia a la psicopatología. Los niños son mucho más motivo de consulta psiquiátrica que las niñas. Quizá esto sea en parte debido a la mayor fragilidad mental del sexo llamado fuerte. Pero en nuestra opinión también ocurre que la expresividad sintomatológica del varón cae mucho más dentro de la

vertiente *externalizing* o externalizada y ésta es más visible y más perturbadora del ambiente escolar y familiar que la internalizada. Así, por ejemplo, el síndrome hiperquinético es unas nueve veces más frecuente en niños. En otro tipo de patologías, consideradas internalizadas, como por ejemplo la depresión, no hemos encontrado diferencias de prevalencia entre niños y niñas de esta edad⁽¹¹⁾.

En cuanto a los signos precursores de futura psicopatología la diferencia sexual es clara. Hay profundas diferencias entre chicos y chicas en los caminos evolutivos que llevan a las conductas adolescentes⁽⁶⁾. La adaptación escolar y social precoz tiene una capacidad predictiva elevada de la futura adaptación social en los varones. Se ha observado en estudios longitudinales que un sentimiento interno de bienestar psíquico en las niñas tiene continuidad con el futuro bienestar psicológico de las mujeres. Se acepta que la consulta por un trastorno psiquiátrico a los seis y siete años tiene mayor valor predictivo en niñas que en varones.

LOS PERÍODOS "CRÍTICOS" EN LA PSICOPATOLOGÍA DE LA ETAPA ESCOLAR

Cualquier cambio de etapa o período de transición implica un esfuerzo de adaptación tanto para el niño como para su familia y lleva consigo un cierto riesgo de psicopatología.

El paso del niño de la enseñanza preescolar a primera etapa de EGB constituye una de estas etapas de transición. Ésta apenas afecta a aquellos niños que están emocional y escolarmente preparados para el cambio. Pero cuando empieza un nuevo curso un tanto por ciento de los alumnos de primero de EGB no están todavía preparados para superar la transición entre una y otra etapa. La poca flexibilidad del sistema escolar actual coloca a los niños todavía "inmaduros" cognitiva o afectivamente en una situación difícil y de riesgo. Así podríamos explicar una de las causas de los frecuentes trastornos de conducta y de rendimiento en los escolares de seis y siete años. En un estudio epidemiológico sobre trastornos psiquiátricos infantiles referidos específicamente a esta etapa efectuado en una muestra de 603 escolares de la ciudad de Atenas⁽¹⁰⁾, los niños presentaban mucha más psicopatología (39%) que la muestra de 10 y 11 años de Rutter (6% de la población de la isla de Wight) y de la otra muestra también de

Rutter de 9 a 13 años (12% de la población general de Aberdeen)⁽¹²⁾.

Otra etapa crítica dentro del período que nos ocupa sería, según algunos autores, la edad de nueve años. Así, Cederblad⁽²⁾, de la Universidad de Lund (Suecia) escribió un artículo interesante con el título: "La edad de nueve años ¿un problema de nuestro tiempo?" y otro autor sueco, Berig Lagerheim⁽⁸⁾ sostiene la existencia de una crisis depresiva a la edad de nueve años. Él mismo señala que en la clínica infantil de rehabilitación del hospital Dandereyd de Estocolmo habían observado que los enfermos inválidos que atendían sufrían una crisis a esta edad porque es cuando se hacían conscientes de sus dificultades y de su futuro incierto. ¿Será la edad de nueve años una etapa emocional difícil para la mayoría de niños?

Goodyer, Kolvin y Gatzanis⁽⁵⁾ han estudiado la relación entre el impacto de los "Life-events" y la edad en una población de la etapa escolar y no han encontrado ninguna relación. La existencia de unos períodos críticos para la psicopatología infantil ha tenido muchos detractores y defensores y todavía está por demostrar. Es posible que las épocas llamadas "críticas" no dependan únicamente de la edad sino también de muchos otros factores del entorno sociocultural de los niños.

LOS GRANDES SÍNDROMES EN LA ETAPA ESCOLAR

Los grandes síndromes psicopatológicos infantiles de la etapa escolar son tratados con muy poca amplitud y atención en las dos grandes clasificaciones internacionales de la patología mental más utilizada en la actualidad. En las dos últimas versiones, el DSM-III-R (1987) y la ICD-10 (1988), el espacio dedicado a los niños es comparativamente mucho más reducido que el referido a los adultos y consta de muchas menos categorías. De otra parte, lo que es más grave, no existe acuerdo sobre qué síndromes existen realmente en la etapa infantil. Para poner un ejemplo la ICD-10 mantiene el vocablo neurosis mientras que para el DSM-III-R esta categoría no existe.

Si comparamos el DSM-III-R, la ICD-10 y la "Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent"⁽⁹⁾, a nuestro juicio, la que tiene menos en cuenta las características específicas de la psicopatología infantil es la clasificación americana. Ésta, el

DSM-III-R, deja a muchos trastornos infantiles fuera del capítulo de "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia". La clasificación europea, ICD-10, se subdivide en diez secciones principales de las que tres están dedicadas específicamente a los trastornos infantiles: retraso mental (F7), trastornos del desarrollo (F8) y trastornos emocionales y conductuales de comienzo en la infancia y la adolescencia (F9). Pero ni en el DSM-III-R ni en la ICD-10, los trastornos del humor se encuentran dentro de las categorías que hacen referencia a la infancia. En el DSM-III-R los criterios diagnósticos de los trastornos maníacos y depresivos son similares para niños, adolescentes y adultos y no se han previsto de momento cambios en el DSM-IV.

La clasificación francesa de Misès es biaxial y se ha propuesto el objetivo de cubrir toda la psicopatología infantil. A diferencia de las dos anteriores tiene mucho más en cuenta el elemento evolutivo de las categorías diagnósticas infantiles, pudiendo utilizarse incluso para niños muy pequeños. Esta clasificación mantiene la denominación de psicosis, categoría número 1 del eje I de la clasificación. El número 2 son los trastornos neuróticos, siendo ocho el número total de categorías del eje I.

Uno de los puntos más discutidos de estas grandes clasificaciones es el caso del autismo infantil. Este forma parte de las psicosis infantiles dentro de la clasificación de Misès y no es considerado como tal por el DSM-III-R. Esta cuestión se está debatiendo en estos momentos en el Congreso sobre el autismo en la Haya y habrá que esperar los resultados de este encuentro internacional. Todas estas diferencias y discusiones no hacen más que demostrar que la psicopatología infantil del niño de la etapa escolar se encuentra todavía en una fase incipiente a pesar de los esfuerzos realizados estas últimas décadas en estudios epidemiológicos transversales y sobre todo longitudinales que han aportado un poco de claridad en las conductas psicopatológicas de la infancia y en su continuidad o discontinuidad a lo largo del desarrollo.

PRECURSORES EN LA ETAPA ESCOLAR DE CUADROS PSICOPATOLÓGICOS DEL ADOLESCENTE

El conocimiento de algunos signos y síntomas de la etapa escolar que predicen psicopatología en la adoles-

150 cencia ha sido posible gracias a los estudios longitudinales de riesgo. El seguimiento de niños pertenecientes a grupos de alto riesgo de psicopatología conjuntamente con grupos de niños controles ha permitido estudiar las características de los niños que con el tiempo caían enfermos y los que a pesar de ser niños de riesgo nunca contraían una determinada patología mental. Como señala Tsiantis⁽¹³⁾, la investigación longitudinal del riesgo constituye un arma muy eficaz para el estudio de los procesos causales y para el apresamiento de los precursores que permiten predecir una patología tardía o un comportamiento alterado en la vida adulta.

Los estudios longitudinales de Woodlawn, Kellam y cols.⁽⁶⁾, que se iniciaron en Chicago en 1963 y que continúan en la actualidad se basan en la conceptualización de dos componentes medibles en salud mental. Uno es un sentimiento de bienestar psicológico o PWB (*Psychological well-being*) y el otro es la capacidad del individuo para adaptarse a las demandas sociales en cada momento evolutivo. A este segundo factor le denominan SAS (*Social adaptational status*). Como ejemplos de fallo en el PWB están la depresión, la ansiedad y las alteraciones del contenido del pensamiento. Ejemplos de fallo en el SAS son la timidez, la conducta agresiva y los trastornos de aprendizaje.

Uno de los resultados importantes de las investigaciones Woodlawn es el hallazgo de elementos precursores de psicopatología que son claramente identificables desde el primer grado de la etapa escolar. Resumiré brevemente algunas de las conclusiones de estos trabajos (referidos a población americana).

- Dificultades de aprendizaje al inicio de la etapa escolar parecen ser un fuerte predictor de trastornos depresivos en el adolescente pero mucho más en varones que en hembras. Estas dificultades no son predictoras de conductas delictivas a no ser que se acompañen de agresividad.
- La timidez masculina en los niños de primera etapa parece ser un inhibidor de conductas delictivas y drogodependencias a los 16 y 17 años. La timidez precoz de los niños también se ha relacionado con niveles elevados de ansiedad en la adolescencia.
- Una elevada agresividad que no se acompañe de timidez en varones de edad escolar es un predictor potente de delincuencia y de dependencia de drogas de abuso y de tabaco. Este resultado ha sido corroborado en bastantes trabajos posteriores. Esta asociación no se ha encontrado en las hembras.

- Cuando se asocian la agresividad y la timidez en el niño prepúber, la probabilidad de conductas delinquentes y drogodependientes en el adolescente es todavía mayor. Por el contrario no se ha hallado relación entre la adaptación social del escolar y los posteriores trastornos de conducta y psiquiátricos.

Los signos predictores de patología en la adolescencia que acabamos de señalar pueden detectarse con relativa facilidad dentro del contexto escolar. La escuela puede ser por tanto una pieza clave para la prevención de la psicopatología de los adolescentes.

Otros trastornos son más difíciles de prevenir y en algunos no se sabe todavía como hacerlo. Este es el caso del autismo infantil o de la anorexia mental. También es difícil de prevenir el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En este último caso sin embargo, se ha señalado el efecto nocivo de las pequeñas elevaciones de las tasas de plomo en el organismo en zonas contaminadas y también de las sustancias aditivas en la alimentación.

Dentro del campo de los precursores de patología que se manifiestan en los niños de 6 a 12 años, cabe señalar también la ideación suicida. Ésta se suele asociar a la depresión y puede ser en algunos casos el primer eslabón de un continuum conductual que pasando por la verbalización de los pensamientos suicidas y por las conductas parasuicidas acabe en un acto consumado muchos años más tarde. La ideación suicida se halla presente en un porcentaje mucho más elevado de nuestros escolares de lo que nos podíamos imaginar. Éste es uno de los datos observados en el estudio de la epidemiología de la depresión infantil en España⁽¹¹⁾.

Otro área muy importante en la investigación de los predictores precoces de psicopatología es la de los signos precoces de trastorno esquizofrénico. Uno de los objetivos primarios del "New York High Risk Project"^(3, 4), fue la identificación de indicadores precoces de labilidad genética para desarrollar una esquizofrenia tales como disfunciones atencionales y alteraciones del procesamiento de la información. También se han encontrado en estos niños alteraciones dispráxicas y menor comunicación afectiva⁽¹⁴⁾.

ALGUNAS SUGERENCIAS PARA EL FUTURO

La etapa escolar debe dejar de ser considerada un área muda para la psicopatología. Esta etapa tiene sus

características propias y es tan importante como cualquier otra para la salud mental de un individuo. Al inicio de la etapa los niños experimentan un cambio importante al pasar de la autoridad y protección familiar casi exclusiva al ámbito de influencia de los compañeros y las exigencias de la estructura escolar. Todos los impactos de los eventos ambientales conjuntamente con su predisposición genética y sus experiencias biográficas, pueden llevar al niño a manifestar toda una diversidad de síndromes psicopatológicos. Su estudio así como la delimitación de cada síndrome se halla en una fase todavía incipiente. Todavía es más incipiente el conocimiento de las causas de esta psicopatología. Lo que sí está claro es la multicausalidad de los trastornos mentales infantiles. Tanto los factores biológicos intervinientes como los propiamente psicológicos constituyen un campo de estudio abierto para el futuro.

Para terminar quiero insistir en la importancia de esta etapa en la promoción de la salud puesto que muchos trastornos que parecerá que se presentan por primera vez en la adolescencia tienen sus raíces y sus primeras manifestaciones en el período que nos ocupa. No podemos pasarlos sin darles la importancia que tienen con la excusa que la pubertad lo arreglará. La pubertad en sí no cambia nada. La mayoría de patologías psíquicas tienden a cronificarse y por este motivo conviene descubrirlas y atajarlas cuanto antes. También quiero señalar que el esfuerzo preventivo se dirige a veces exclusivamente a etapas muy precoces de la vida. Sin restar ninguna importancia a este tipo de intervenciones querría añadir que la aplicación de programas preventivos de muchas sociopatías pueden ser eficaces cuando se aplican a la etapa escolar y que este tipo de intervenciones no se plantean todavía en muchos países como el nuestro. Éste es un campo que habría que cultivar en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 A.P.A. *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1988 (Original en inglés, 1987).
- 2 Cederblad M. *The nine-year-old, a problem of our time?* Manuscrito no publicado. Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Lund. Suecia, 1987.
- 3 Erlenmeyer-Kimling L. A prospective study of children at risk for schizophrenia: methodological considerations and some preliminary findings. En: Wirt R, Winokor G, Roff M, eds. *Life History Research in Psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1976.
- 4 Erlenmeyer-Kimling L, Cornblatt B. The New York risk project, a follow-up report. *Schizophr Bull* 1987;13:451-461.
- 5 Goodyer IM, Kolvin I, Gatzanis S. Do age and sex influence the association between recent life-events and psychiatric disorders in children and adolescents? A controlled inquiry. *J Child Psychol Psychiat* 1986;27(5):681-687.
- 6 Kellam SG, Branch JD, Agrawal KC, Ensminger ME. *Mental health and going to school: The Woodlawn program of assessment, early intervention and evaluation*. Chicago. University of Chicago Press, 1975.
- 7 Kellam SG, Anthony JC, Brown CH, Dolan L, Werthamer-Larsson, Wilson R. Prevention research and early risk behaviors in cross-cultural studies. En: Schmidt M, Renschmidt H. *Needs and Prospects in Child and Adolescent Psychiatry*. Toronto, Hogrefe & Huber Publishers, 1989:241-253.
- 8 Lagerheim B. *A depressive crisis at the age of nine? A depressive crisis at the age of nine in handicapped children*. (Manuscrito no publicado) Department of Child Psychiatry, Danderyds Hospital, Sweden, 1987.
- 9 Misès R, Fortineau J, Jeammet Ph, Lang JL, Mazet Ph, Plantade A, Quemada N. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant* XXXI, 1988:67-134.
- 10 Papatheophilou R, Bada K, Micheloyiamakis I, Makarinis G, Pantelakis S. Psychiatric disorders in 6 to 8 year-old-children in the Greater Athens Area. *Bibliotheca Psychiat* 1981;160:92-100 .
- 11 Polaino-Lorente A, Domènech Llaberia E. *La depresión en los niños españoles de cuarto de EGB*. Barcelona: Geigy, 1988.
- 12 Rutter M, Tizard J, Whitmore K. *Education, health and behaviour*. London: Longman, 1970.
- 13 Tsiantis Y. Prediction and prevention. En: Schmidt M, Renschmidt H, eds. *Needs and Prospects of Child and Adolescent Psychiatry*. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers 1989:239.
- 14 Walker E, Levine RJ. Predictors of adult-onset schizophrenia from childhood movies of the patients. *Am J Psychiat* 147,8:1052-1056.
- 15 World Health Organization. *Tenth Revision of the International Classification of Diseases*. Draft of Chapter V. Mental and Behavioural Disorders. Geneva: WHO, 1988.