

AÑO 1991

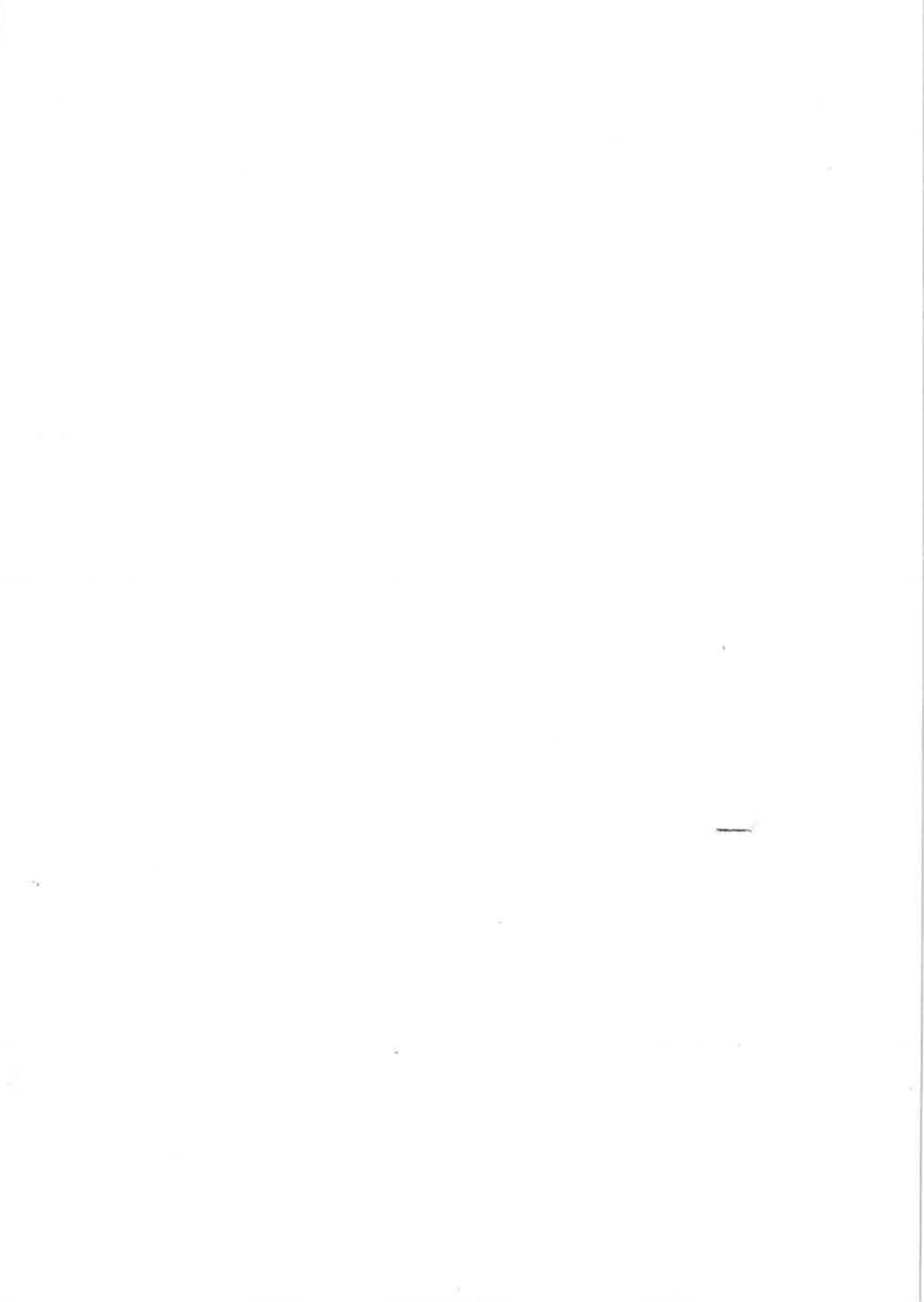
N.º 3

REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO - JUVENIL

"DESARROLLO PSICO-SOCIAL
DE LOS CINCO PRIMEROS
AÑOS DE VIDA"^{#1}



ORGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL



REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

PRESIDENTES DE HONOR

J. Córdoba †
J. de Moragas †
A. Serrate †
L. Folch
C. Vázquez †
F. J. Mendiguchía
M. de Linares Pezzi
V. López-Camós Ibor

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Josep Rom Font
Vice-Presidente: M.^a Jesús Mardomingo Sanz
Secretario: Xabier Gastaminza Pérez
Tesorero: Prudencio Rodríguez Ramos
Vocal: Antonina Bonals Pi

CONSEJO CIENTÍFICO ASESOR

A. Adalid Ripollés
F. Alonso Fernández
F. Angulo García
E. Baca Baldomero
M. C. Ballesteros Alcalde
C. Ballús Pascual
D. Barcia Salorio
F. Cabaleiro
S. Cervera Enguix
V. Conde López
V. Corcés Pando
J. Corominas
J. M. Costa Molinari

E. Doménech Llavería
C. Esquete López-Ucero
A. Fernández Moreno
L. Folch Camarasa
E. Garralda Hualde
J. Guimón Ugarteche
R. Jiménez González
M. Linares Pezzi
V. López-Camós Ibor
J. J. López Ibor Aliño
A. Martínez Valverde
F. Mayor Zaragoza
F. Mendiguchía Quijada

A. Monsell Atienza
G. Morandé
R. Nogueira Rodríguez
I. Pascual Castroviejo
J. L. Pedreira Massa
L. Pelaz Lorenzo
A. Polaino Llorente
J. Rodríguez Sacristán
A. Seva Díaz
J. Toro Trallero
M. Velilla Picazo

COMITÉ DE REDACCIÓN

Director: J. E. de la Fuente Sánchez
Asesoría de Dirección: Valentín J. M.^a Conde López
Secretaría: J. M.^a Illa Taulats
Vocales: J. L. Alcázar Fernández
R. Ferrer Gelabert
X. Gastaminza Pérez
C. Gómez-Ferrer Górriz
F. León Ramos
C. Linares Von Schmitterlow
R. Martínez Figuereo
P. Rodríguez Ramos
J. M. Romacho Romero
L. Sordo Sordo
L. Teixidó Masip

NORMAS DE PUBLICACIÓN

- 1) Los originales para su publicación deberán enviarse a la secretaría de redacción:

Dr. J. M.^a ILLA
C/ Roger de Flor, 32, ppal.
08018 BARCELONA

- 2) Los originales se presentarán por duplicado, (original y copia) mecanografiados a doble espacio y con márgenes suficientes. Las hojas deben ir numeradas. En la primera página deben colocarse, en el orden que se citan:
 - a) Título original
 - b) Inicial del nombre y apellidos del autor(es).
 - c) Nombre del Centro de trabajo y población
 - d) Fecha de envío
 - e) Dirección del primer firmante.
- 3) Como norma general los trabajos deberán incluir una introducción en la que se explique el objeto del trabajo; una descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos; una exposición concisa de los resultados y una discusión o comentario de los mismos que pueden seguirse de unas conclusiones.
- 4) Resumen: se entregarán en una hoja aparte y tendrá una extensión de unas 200 palabras como máximo. A continuación se indicarán hasta un máximo de 5 palabras clave, de acuerdo con las normas de índices médicos de uso más frecuente, bajo las cuales el trabajo puede ser codificado.
- 5) Extensión de los trabajos: los trabajos para ser publicados como Casos Clínicos o Notas Breves tendrán una extensión máxima de 5 folios, pudiendo contener 1 o 2 figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. En los artículos originales o en las revisiones se aconseja una extensión máxima de 20 folios. Tablas y figuras aparte con un máximo de 5 folios.
- 6) Fotografías: el número de las mismas será el indispensable para la buena comprensión del texto. En su parte posterior se enumerarán, indicando la parte superior con una flecha y se entregarán por separado en sobre adjunto. Los dibujos y gráficas deben hacerse con tinta china negra. Fotografías, dibujos y gráficas deben llevar una numeración correlativa conjunta, estarán debidamente citados en el texto y sus pies irán mecanografiados en hoja aparte.
- 7) Tablas: todas ellas deben estar numeradas independientemente con números romanos y contener el correspondiente título.
- 8) Bibliografía: las referencias bibliográficas se numerarán según el orden de aparición en el texto y se recogerán en hoja aparte al final del trabajo. Las citas deben ajustarse a las siguientes normas:
 - a) Apellidos e inicial del nombre de los autores
 - b) Título del trabajo en la lengua original
 - c) Abreviaturas de la revista según el patrón internacional
 - d) Número del volumen, página y año.
- 9) Las comunicaciones, mesas redondas, conferencias, etc. que se efectúen en las sesiones de la Sociedad serán publicadas en forma resumida. Para ello, los autores deberán confeccionar un resumen no superior a 50 líneas que se entregará al finalizar la sesión o, en su defecto, se hará llegar a la Redacción de la Revista no más tarde de 7 días después de haber tenido lugar la Sesión. Los autores pueden presentar, además, sus aportaciones para ser publicadas en las otras Secciones de esta Revista, debiendo en este caso ceñirse a las normas que se indican para Sección correspondiente.
- 10) Las Cartas al Director podrán contener crítica científica referente a artículos publicados o datos personales y las mismas serán enviadas por la redacción al autor del trabajo a fin de poder publicar simultáneamente la respuesta del mismo. La extensión de dichas cartas podrá ser de hasta 400 palabras, contener 3 o 4 citas bibliográficas y, si se considera necesario, una figura o tabla corta.
- 11) La Sección de actos societarios podrán contener notas relativas a asuntos de interés general.
- 12) Números monográficos: se podrá proponer por parte de los autores o del Comité de Redacción la confección de números monográficos. En todo caso, el Comité de Redacción y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos.
- 13) La Secretaría de Redacción acusará recibo de los originales entregados e informará acerca de su aceptación y fecha de posible publicación.

**Número monográfico de la Revista de Psiquiatría
Infanto-Juvenil.**

**“Desarrollo Psico-Social
de los cinco primeros
años de vida”**

**XXX Reunión Anual de la Sociedad Española de Psiquiatría
Infanto-Juvenil.**

Gijón, junio 1991.

Coeditan:

Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil Centro de Estudios del
Menor (Dirección General de Protección Jurídica del Menor)

Sumario

Introducción	156
<i>J.L. Pedreira Massa</i>	
Promoción del desarrollo psicosocial del niño en los países del Sur de Europa	157
<i>J. Tsiantis</i>	
Investigación en psiquiatría del desarrollo: Relaciones psicosomáticas y búsqueda de ayuda médica	167
<i>M.E. Garralda</i>	
Aspectos psicosociales de los exámenes de salud en la infancia	177
<i>L. Martín Alvarez</i>	
Factores neurológicos y evolutivos	180
<i>J.L. Herranz Fernández</i>	
Interacciones precoces madre-bebé	186
<i>C. Bayo</i>	
Detección y seguimiento de factores de riesgo	194
<i>M.D. Domínguez Santos</i>	
Psicopatología del lactante	201
<i>E. Domènech</i>	
Trastornos psicosomáticos y funcionales precoces	209
<i>J.L. Pedreira Massa</i>	
Malos tratos, negligencia, abandono y otros rasgos psicosociales: algunas cuestiones básicas para la intervención preventiva	223
<i>J. de Paul Ochotorena</i>	
Intervenciones psicosociales en la primera infancia: integración y coordinación en el territorio	231
<i>A. Fernández Villar y cols.</i>	
Perspectivas psicopedagógicas de la atención temprana	237
<i>M^a J. Buceta</i>	
Agenda	242

Introducción

J.L. Pedreira Massa

La Promoción del Desarrollo Psico-social durante la primera infancia constituye una preocupación prevalente en las recomendaciones de la OMS-Europa en los últimos años. Por otra parte constituye casi la única intervención específica, en el campo de la Salud Mental, en las tareas de la Prevención Primaria.

Esta creciente preocupación hace que se incluya el objetivo de la Promoción del Desarrollo Psico-social en los cinco primeros años, como una de las actividades prevalentes de los equipos de Atención Primaria de Salud, dentro de la meta 2ª del Programa de OMS-Europa «Salud para todos en el año 2000» y que se formula como: «Añadir vida a los años».

Los diferentes proyectos de reforma asistencial en el campo de la Salud Mental en España son tibios y ambiguos con la etapa infanto-juvenil, no obstante formulan metas y objetivos de prevención lo que hace que nos debamos preguntar por sus intenciones verdaderas. No obstante estos intentos de reforma son la única posibilidad de ofertar a la población infanto-juvenil una atención digna y de calidad.

Este grupo de razones, entre otras, nos animó a presentar el tema para abrir un debate y actualizar los conocimientos. La participación de todos/as los ponentes y su categoría profesional y humana aseguran la calidad de la reflexión.

No obstante es necesario personificar en la Profra. Elena Garralda y en el Prof. John Tsiantis su entusiasta y desinteresada participación que honra y eleva la calidad científica de esta publicación.

También es preciso agradecer a aquellas instituciones y organismos que nos presentaron ayuda y apoyo en diferente medida: El Centro de Estudios del Menor de la Dirección General de Protección Jurídica del Menor (Ministerio de Asuntos Sociales); El Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social (FISS); el Ministerio de Sanidad y Consumo; la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias; el Ayuntamiento de Gijón; La Caja de Ahorros de Asturias y el Servicio de Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia, han colaborado en diversa medida a que esta publicación y el desarrollo de la Reunión se llevaran a cabo.

Promoción del Desarrollo Psicosocial del Niño en los Países del Sur de Europa

J. Tsiantis

Grecia

En esta comunicación me referiré a ciertos principios básicos y definiciones que abarcan los conceptos de Promoción de la Salud Psicosocial y Prevención. También trataré de la etiología múltiple de los trastornos mentales y de algunas consideraciones y resultados que se derivan de la realización de intervenciones preventivas dirigidas a la promoción del desarrollo psicosocial del niño.

Describiré, brevemente, el innovador esfuerzo que algunos de los países del sur de Europa están haciendo para desarrollar un programa de distribución de servicios para promover el desarrollo psicosocial del niño a través de los servicios de salud de asistencia primaria.

El problema de promover la salud psicosocial de los niños es de la máxima importancia. Sin embargo, el término «promoción de la salud psicosocial de los niños» significa diferentes cosas para diferente gente. Para algunos significa el tratamiento de la enfermedad men-

tal, para otros podría significar la prevención de los trastornos mentales, mientras que para un tercer grupo significa el incrementar la habilidad individual para superar la frustración, el estrés y los problemas. También podría significar el incremento de la capacidad para adaptarse y tener iniciativa ante la adversidad.

Nosotros sabemos que aunque el concepto «promoción de la salud psicosocial en los niños» difiere del de prevención, los dos conceptos están estrechamente relacionados, particularmente en vistas a la prevención primaria y secundaria. Además, se ha argumentado que en el campo de la salud mental es prácticamente imposible y científicamente superficial trazar una línea divisoria entre la promoción de la salud mental y la prevención primaria, por una parte, y entre la prevención secundaria y el tratamiento por otra, particularmente cuando los cambios deseados conciernen al estilo de vida y a los modelos de comportamiento cultural.

Al discutir la promoción de la salud psicosocial y la prevención, es de importancia fundamental definir el nivel de acción del que hablamos. Los niveles tenidos en cuenta son los de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Profesor Asociado
Departamento de Psicología Pediátrica
Hospital Infantil Reina Sofía
Atenas, Grecia
Traducción: J.E. de la Fuente Molina

También se debe remarcar que, tanto la promoción de la salud mental como la prevención primaria en salud mental no son más que una ilusión en todo el mundo, por las siguientes razones:

- Ausencia de reconocimiento público y aceptación
- Escasa cooperación con las instituciones, grupos o personas que participan en el proceso.
- La variedad etiológica de los trastornos mentales y la cantidad de variables y prioridades que hay que tener en cuenta cuando consideramos los modelos de problemas de salud. En Europa, por ejemplo, se sugieren las siguientes prioridades en la promoción de la salud: Estilos de vida muy relacionados con los programas de preparación para la paternidad; Habilidades «extremas» (situaciones estresantes); Calidad de vida de los afectados por minusvalías (comunidad); Características eco-sociales de los ambientes donde se vive (planificación de la ciudad). Cualquier intento de desarrollar programas de prevención y de promoción para la salud psicosocial de los niños, presupone un conocimiento de los factores que contribuyen a las etiología de los trastornos mentales. Por otro lado, también es importante ser conscientes de los factores que contribuyen al normal desarrollo psicosocial.

ETIOLOGÍA MÚLTIPLE DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Sabemos que un amplio rango de factores contribuyen a la etiología de los trastornos en la niñez, y un creciente campo de investigación en las dos últimas décadas se ha centrado en poner en claro los determinantes de la psicopatología infantil. Estos factores son:

1. **Las características del niño** que están asociadas con una incidencia más marcada de la psicopatología, son las características temperamentales del niño (Earls y Jung, 1987) y el sexo del niño, siendo los niños más vulnerables que las niñas (Earls y Jung, Richman y otros, 1982).

También se ha encontrado que un nivel

intelectual elevado puede ejercer una influencia protectora en relación a la incidencia de psicopatología, pero no parece que estos resultados puedan ser aplicados a casos específicos (Worland y otros, 1984).

Además, investigación relativamente reciente ha mostrado que hay un efecto interactivo entre las características innatas del niño y aquellas propias del ambiente próximo (padres, etc), que pueden conducir a comportamientos adaptativos ó desadaptativos (Washington y otros, 1986).

Por supuesto, no podemos estar seguros de si tales características son conductas aprendidas que esconden rasgos genéticos o si son el resultado de la interacción entre la constitución genética del niño y los factores ambientales (McMahon 1987).

2. **Factores parentales y familiares.** Esta categoría contiene factores que dependen del amor, cuidados, afecto y respuesta satisfactoria a las necesidades emocionales, intelectuales y sociales del niño, manifestadas por los padres, y la familia. Toda la extensa literatura sobre la psicogénesis del trastorno mental, el rol de la madre y la pérdida del padre, y la significación de las relaciones insatisfactorias entre la pareja ó trastornos relacionales en la familia, investiga esta cuestión, además de la contribución que estos factores hacen a la etiología de los trastornos mentales infantiles. La bibliografía remarca la importancia psicosocial de los padres, y de factores más específicos tales como la buena calidad de las relaciones entre la madre y el niño, que intensifica el desarrollo de la relación (Bowlby). El énfasis en una relación activa tan necesaria para el desarrollo del niño, así como para el bienestar y satisfacción de los padres, significó las bases de la teoría del afecto de Bowlby (1969, 1973). Evidencias en la investigación han sugerido que las relaciones seguras tempranas proporcionan una experiencia a través de la cual los individuos interiorizan o representan las relaciones (Sroufe y Fleeson, 1988).

Por ejemplo, el Proyecto de Desarrollo Infantil de Minnesota ha mostrado que los niños con apegos inseguros estaban significativa-

mente más propensos a tomar actitudes menos positivas frente a sus pares de edad en las relaciones de grupo, así como a mostrar porcentajes superiores de dificultades emocionales y sociales (Sroufe y Fleeson, 1988).

3. Factores ambientales y sociales. Factores sociales tales como la influencia de la escuela, el grupo de niños de la misma edad del barrio, los medios de comunicación de masas, etc., también juegan un papel en el desarrollo normal o anormal de la personalidad del niño. Algunos de estos factores pueden ejercer una influencia protectora.

Un estudio longitudinal que implicaba un muestreo de la comunidad de niños de Atenas investigó el efecto de posibles factores preventivos en niños ($n = 215$) que habían tenido uno o más acontecimientos vitales significativos en su familia durante el año anterior. Se encontró que aquéllos que habían mostrado más baja puntuación en el cuestionario de Ackenbach ($n = 95$ niños, $n = 91$ niñas) —niños que no mostraron indicios de trastornos emocionales— difirieron de aquéllos que tenían trastornos emocionales ($n = 13$ niños, $n = 16$ niñas), en que los primeros tenían altas puntuaciones en la escala de habilidades sociales y de actividad escolar del cuestionario. Este hallazgo, común en ambos sexos, de que los niños que tienen baja puntuación en la escala Ackenbach, a pesar de la existencia de acontecimientos vitales familiares, son aquéllos que obtienen mayor puntuación en competencia y actividades sociales, es considerado indicativo de la hipótesis de un efecto preventivo (protector) de los pares de edad del grupo. También es conocida la importancia del efecto protector del entramado social y la relación entre el apoyo social y la competencia de los individuos, para hacer frente a los factores estresantes (Soukou y otros, 1989).

Hay también evidencia específica de que el comportamiento infantil está influenciado por la atmósfera de la escuela a la que asisten (Rutter y otros, 1979). Este hecho parece exigir otros factores de ambiente social; es discutido el hecho de que la conducta, tanto del niño como del adolescente, depende de las

características del grupo de amigos del cual forma parte y de las expectativas del rol social que deben adoptar de acuerdo a las circunstancias en las que se hallen. También se sabe que los medios de comunicación de masas y la televisión pueden tener un efecto (positivo o negativo) sobre la conducta del niño y el adolescente (Philips D. y otros, 1989; Hafner y Schmidtke, 1989), así como la subcultura a la que pertenecen y la comunidad en general. Estos efectos pueden incluir: pobre relación en el entramado social, incapacidad de comunicarse con los diferentes sistemas de apoyo en la comunidad, incorrecto funcionamiento de las instituciones sociales e incoherencia entre los valores adoptados por el sistema económico y los valores de la vida familiar o comunitaria (Moncrief y Cochran 1988).

4. Estrés - Acontecimientos Vitales y Trastorno Psiquiátrico. Se ha escrito mucho sobre el estrés y su papel como causante de psicopatología. Los niños reaccionan al estrés de muy variadas maneras, tomando la forma de reacciones psicopatológicas leves, transitorias o agudas, en el núcleo de las cuales yacen intensas experiencias de ansiedad.

Entre las preguntas relacionadas con el estrés y su relación etiológica con la psicopatología, están las siguientes: ¿afecta la experiencia de un estrés en edad temprana al ajuste años más tarde? y, en segundo lugar, ¿el padecer ciertas experiencias negativas durante los primeros años de la vida, tiende a incrementar la inmunidad en años posteriores?. Esta última cuestión normalmente implica el denominado efecto «inoculatorio» o «fortalecedor».

Algunos autores, sin embargo, entienden las reacciones infantiles al estrés como aquellas descritas en el caso Chowchilla sobre el rapto de un grupo de niños, como punto de partida para discutir que la experiencia de una abrumadora ansiedad no facilita el endurecimiento, pero de hecho crea un serio problema al normal desarrollo de la personalidad (Terr 1979). Garnezy (1982), por otro lado, adopta una aproximación más optimista y señala que algunos niños son más resistentes que otros; este endurecimiento depende de: factores biológi-

cos innatos y de un desarrollo, en los primeros años de vida, satisfactorio en un buen ambiente con apoyo familiar y parental y otras relaciones en que apoyarse.

Incluso hoy en día, existe controversia sobre como un factor estresante provoca los resultados que causa, y como se deberían cuantificar los efectos del mismo. Además, es difícil separar los efectos del estres en el propio niño de los causados en los tutores del niño; se ha encontrado que madres con muchas experiencias en acontecimientos vitales, relatan, con mucha mayor frecuencia, problemas en el desarrollo de sus hijos. Esta relación es independiente del juicio de otros factores demográficos o sociales en la familia. Una posible explicación es que puede haber una relación etiológica entre la alta puntuación obtenida en acontecimientos vitales y una mayor incidencia de los problemas relatados. Por otro lado, también puede ser debido al hecho de que estas madres son menos resistentes y reaccionan con mayor sensibilidad, dando parte de más problemas de los que en realidad habían (Beautrais y otros, 1982).

Evidencias de la investigación han mostrado que los acontecimientos vitales de los padres, pueden ser más capaces de explicar el desacuerdo en el «ajuste» del niño que el «estatus» marital o que los acontecimientos vitales del niño (Hodges y otros, 1984). Un estudio de niños, entre seis y doce años, de una clínica militar psiquiátrica, mostró que la psicopatología parental y el estres en general provocaron los mayores efectos en todos los niveles de síntomas de los niños (Jensen y otros, 1989). Los hallazgos de éste y otros estudios muestran, aparte de nada más, la importancia de acciones preventivas dirigidas a los padres con problemas psicosociales.

En resumen, los factores que deben ser tenidos en cuenta en la etiología del trastorno mental, o los factores que contribuyen al correcto desarrollo psicosocial de la conducta normal en los niños, y que se deben tener en cuenta a la hora de llevar a cabo una intervención preventiva son los siguientes:

- Factores de predisposición individual (hereditarios, físicos, ambiente familiar, educación, etc.).

- Factores de predisposición ambiental (atmósfera escolar, cultura del grupo de pares de edad, factores comunitarios, etc.).

- Condiciones actuales de vida (estres y crisis, factores protectores, red de sistema de apoyo, etc.).

- Factores circunstanciales (acceso a drogas, alcohol, etc.).

CONSIDERACIONES Y CLAVES DE LA INVESTIGACIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA

1. Causalidad multifactorial: nivel múltiple de actuación

Como ya se ha apuntado, hay una compleja interacción entre los diferentes factores etiológicos, y que el individuo sea considerado mentalmente sano o no, depende de esta interacción. Hemos visto que hay una etiología múltiple en la mayoría de los trastornos mentales de la niñez, lo que significa que es muy difícil indicar cualquier relación causa-efecto entre factores específicos etiológicos y el trastorno en que se encuentran. Consecuentemente, una intervención preventiva que se proponga reducir el comportamiento disfuncional, debe hacer uso de modelos de intervención a diferentes niveles (Tsiantis, 1989). Nuestra intervención debe estar enfocada a reducir los efectos del estres ambiental en, por ejemplo, el nivel escolar y familiar, o a reforzar la habilidad del niño para enfrentarse al estres y los conflictos mentales que origina; por ejemplo, en el caso de un niño con dificultades en el aprendizaje causado por factores psicológicos y por el mal funcionamiento de la escuela, nuestra intervención preventiva incluiría consejos a los padres, psicoterapia al niño y una entrevista con el colegio. Por supuesto, debemos ordenar nuestras intervenciones por prioridades y decidir que tipo de actuación tendrá los mejores resultados posibles al coste (psicológico y económico) menor, y que tipo de

intervención puede ser llevada a cabo de modo realista.

2. Actuación preventiva

Sabemos que a la hora de planificar nuestra actuación preventiva nos estamos dirigiendo a grupos de alto riesgo. Los individuos que se consideran que pertenecen a estos grupos, no lo son solamente por sus características individuales, sino también porque en sus vidas cotidianas deben tener que enfrentarse a circunstancias desagradables y a estres que pone en peligro su adaptación y correcto funcionamiento mental. Consecuentemente, nuestra actuación preventiva puede ser dirigida a situaciones de riesgo tanto en el entorno individual como a grupos de riesgo. En el primer caso, todas las tentativas son hechas para modificar el ambiente, mientras que en el segundo el cambio es en el individuo mismo, con el ánimo de reforzar los mecanismos de defensa ante el estres o la negativa influencia del ambiente. Como consecuencia, en ambos casos debemos reconocer y definir los factores negativos y ponderar su severidad en cada caso aparte. Planificar, llevar a cabo y valorar la efectividad de la intervención preventiva deseada para modificar los diferentes factores de riesgo, tiene lugar en un segundo nivel. Sería también importante y debería investigarse y valorarse, la efectividad de varias combinaciones de actuaciones preventivas.

3. El proceso de etiquetaje

Uno de los prerequisites para llevar a cabo una actuación preventiva es el conocimiento del alcance y tipo del problema, y un reconocimiento a tiempo del mismo, por medios de investigación epidemiológica u otros medios. Sin embargo, tal acción crea dilemas éticos o puede acarrear efectos más generales en todo el entramado ambiental de los individuos afectados. Un problema común, es el denominado «proceso de etiquetaje», que crea dilemas éticos y aumenta las cuestiones concernientes a los derechos humanos y al alcance permitido de la interferencia en las vidas privadas de los individuos. Esta cuestión conecta con el grado de responsabilidad que la sociedad permite tener a las personas sobre sus

propios problemas, o a lo lejos que los sociólogos o los profesionales de la salud mental pueden llegar cuando se introducen en las vidas privadas de las familias, si no han sido requeridos para ello.

4. Quién usa los servicios

Otra cuestión es la concerniente a la identidad de aquéllos que usan los servicios de salud mental. Sabemos que las poblaciones que hacen uso de ellos son frecuentemente las mejores educadas –más cultas– (Wrathe y otros, 1985) y aquéllas que tienen menos necesidad de los mismos. En la práctica, los grupos de alto riesgo no contactan con los servicios, porque no conocen su existencia, por recibir suficiente apoyo de la comunidad en que viven (McKinlay, 1972, 1973) o porque niegan la existencia del problema –como un mecanismo de defensa– para evitar el rechazo social o el sufrimiento personal a nivel mental.

Un factor muy importante que determina el alcance del uso de los servicios de salud mental por aquéllos que realmente los necesitan, depende del modo en que el ambiente natural y social del individuo interactúa con el ambiente de los servicios de salud mental; en otras palabras, de la relación entre los dos ambientes. La investigación ha mostrado amplias evidencias que demuestran que el uso de los servicios de salud mental por aquéllos que los necesitan, depende de los rasgos del entramado social de dicho individuo, esto es, de la magnitud, composición, densidad y funciones de la trama social en las siguientes áreas:

- Acceso a, y flujo de información (el entramado social como un sistema de comunicación)

- Capacidad: para la formación y expresión de la reticencia a adaptarse a los modelos existentes (el entramado social como un sistema referencial), para actuar como amortiguador (la red social como sistema de apoyo) y para ayudar a resolver los problemas del mundo a la vez que se le apoya (el entramado social como un sistema de soporte y apoyo, Gottlieb y Hall, 1980).

Consecuentemente, podría parecer que la investigación sobre las maneras de que el en-

tramado social funciona, proporciona una considerable panorámica para entender y mejorar la relación y cooperación entre los servicios primarios comunitarios de atención y los sistemas especializados de salud mental.

Todo lo dicho anteriormente indica la gran importancia del apoyo social y del papel protector que puede jugar para los individuos con trastornos mentales. Se ha propuesto que la acción preventiva debería ser aplicada al ambiente natural y social de los individuos, junto con el uso del debido trabajo de asesoramiento individual y la consulta institucional o mediante la promoción de la salud mental. Sin ninguna duda, deberíamos también tomar en consideración que durante la puesta en marcha de las intervenciones preventivas de este tipo — como, de hecho, de cualquier intervención— deberíamos tratar de explorar los mecanismos por los cuales podamos explicar la efectividad de nuestra intervención. En otras palabras, deberíamos tratar de entender lo que está ocurriendo.

Sabemos, por ejemplo, que el grupo de pares de edad puede funcionar como un factor protector a la hora de reducir o eliminar el comportamiento disfuncional del adolescente. Sin embargo, no conocemos exactamente lo que ocurre en estos casos, o precisamente que es lo que le es transmitido al adolescente por el grupo. Se requiere más investigación en estos campos.

Al llevar a cabo los programas de intervención preventiva en el campo de la salud mental infantil, es razonable seguir los siguientes pasos: empezar con una relación de las necesidades existentes y los problemas, en cada parte del país en cuestión; a continuación se deben ordenar estas necesidades y problemas según su prioridad, con el apropiado planteamiento de los servicios y programas de salud mental. Es esencial contar con los necesarios recursos financieros y, por supuesto, con los recursos humanos apropiados. Entre otros factores a tener en cuenta se encuentra la actual legislación aplicable a la salud mental, que requiere rectificaciones.

ATENCIÓN PRIMARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

De unos años para acá, se ha puesto mucha atención en el desarrollo de programas para la promoción de la salud y prevención en la salud mental y desarrollo psicosocial infantil, a través de los servicios de asistencia primaria. La OMS ha dado un énfasis particular al desarrollo de tales programas.

La investigación ha demostrado que un porcentaje significativo de niños que acuden a los servicios de salud de asistencia primaria, sufren trastornos mentales. Más específicamente, se encontró en cuatro países en vías de desarrollo que, entre el 10% y el 29% de sus niños sufrían algún trastorno emocional. Esta investigación mostró que la incidencia del trastorno emocional es comparativamente alta; mientras que los adultos acompañantes (las madres) identificaron fácilmente y dieron cuenta de problemas psicológicos y conductuales comunes, la plantilla de los centros de asistencia primaria identificó únicamente entre el 10% y el 22% de los casos en que habían trastornos emocionales.

También se ha dirigido la atención a la importancia de la formación apropiada y sensibilización de la plantilla de los centros de asistencia primaria, respecto al rápido reconocimiento, actuación preventiva y promoción de la salud, tanto física como mental (Cullen 1978; Giel 1981; Graham P. 1985; Richman 1983; Stevenson y otros 1988; Jellinck 1989).

La OMS ha puesto un particular interés en los modelos actuales de formación de los trabajadores de los centros de asistencia primaria, en la región europea, que se dedican al desarrollo de la salud mental y psicosocial infantil. Se encontró que la formación, en estas ramas de la salud, de los médicos de cabecera, pediatras y enfermeras de la comunidad era deficiente, incluso en países con buenos servicios.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: CONTENIDOS GENERALES

Los contenidos generales de dichos programas de promoción de la salud son :

– Descubrir los factores de riesgo relacionados con la salud mental de la población, y desarrollar programas de educación y apoyo para la reducción de esos factores.

– Propagación de consejos para la salud y para las condiciones de cambios en el estilo de vida, así como evitar la influencia ambiental que dañe a la salud.

– El desarrollo de habilidades (destreza personal) para hacer frente a los sucesos que nos hacen temer por nuestra salud, incluyendo el estrés diario.

– El desarrollo de un sistema efectivo para la evaluación de la promoción de la salud mental y de la prevención primaria en salud mental, a través de organizaciones comunitarias y niveles de grupo.

La División de la Salud Mental de la OMS, Copenhague, decidió recientemente llevar a cabo un programa dirigido a reforzar e intensificar el normal desarrollo psicosocial de los niños menores de cinco años, a través de los centros de atención primaria. Esta acción está dirigida a los países del Sur de Europa, y hasta ahora, Bulgaria, Yugoslavia, Grecia, España y Portugal han tomado parte en el mismo, mientras que han sido remitidas invitaciones para participar a Turquía, Chipre y sur de Italia (OMS, 1990).

Se ha decidido que el programa será desarrollado a través de los centros de asistencia primaria, por las siguientes razones:

– Como ya se ha indicado anteriormente, una amplia proporción de los problemas de salud mental va referida, inicialmente, a los médicos de asistencia primaria o a los trabajadores de esos centros.

– La actuación preventiva puede ser conseguida con la paralela preparación y sensibilización de la plantilla de los programas de asistencia primaria.

– Investigaciones muestran evidencias de que algunos beneficios se pueden obtener a largo plazo, e incluso se han descrito casos en que la intervención fué seguida de efectos a largo plazo y no a corto término.

– Muchos estados miembros de la región europea de la OMS tienen una infraestructura

de servicios de asistencia primaria, a través de la cual la población en general tiene acceso a la asistencia maternal e infantil.

– Existen evidencias de que tales programas pueden ser beneficiosos, económicamente hablando.

Objetivos del proyecto. Desarrollar medidas preventivas (una entrevista semiestructurada) que se puedan aplicar en el trabajo de los profesionales empleados de la salud mental y en el campo de los servicios de asistencia primaria, utilizando todos la misma metodología.

Nuestra actuación está dirigida a la población normal de padres y niños que acuden a los centros de asistencia primaria, para seguir los trámites regulares en control clínico prenatal, control de peso, vacunaciones y problemas de salud física. Los objetivos de la intervención incluyen:

Embarazo: discusión de la nutrición, higiene, cuidados médicos y sentimientos de la madre sobre el niño que nacerá y el futuro rol parental; en general, discusión de los temas relevantes para preparar la maternidad.

Edad de 0 a 2 años: interacción madre-niño y padre-niño, hábitos de sueño, separación a la entrada en el jardín de infancia, desarrollo del lenguaje, etc.

Edad de 2 a 5 años: proceso de individualización, separación, reacción al estrés, papel de los padres, juegos y juguetes, relaciones maritales y salud mental de los padres.

El objetivo es que las cuestiones acabadas de exponer deberían ser lo prioritario de la intervención. Se prevee que estas cuestiones serán incorporadas, con la formación apropiada, al trabajo de los profesionales de la atención primaria, especialmente las enfermeras o pediatras que estén en contacto con los niños y sus familias.

El grupo objetivo. Los niños menores de cinco años, siguiéndoles desde el embarazo hasta dicha edad. Aunque los niños serán los objetivos en que se hará un esfuerzo para reforzar su desarrollo psicosocial, la actuación se llevará a cabo a través de sus padres. La muestra será un grupo de población cuyas

necesidades primarias de salud sean cubiertas por las identificadas estructuras de asistencia de un área específica.

La actuación será llevada a cabo por personal ya empleado como parte de la estructura sanitaria, enfermeras cualificadas o pediatras. Se tendrá cuidado de formar al personal que realizará la intervención.

También se realizará un esfuerzo para planificar un control de calidad y desarrollar el componente evaluativo del programa que se realice.

Tras el desarrollo de las medidas preventivas, un estudio piloto de las técnicas de intervención se pondrá en marcha con un número limitado de padres (y niños) en cada país, posiblemente en diferentes centros, para asegurarse de que todos los materiales son relevantes, fáciles de usar, apropiados y fidedignos. Tras el estudio piloto, el grupo se reunirá de nuevo: 1) para ultimar la entrevista semiestructurada, discutir el control de calidad y el componente evaluativo, y 2) para discutir las cuestiones referentes a la formación de la plantilla.

Siguiendo todo esto, el programa de intervención se aplicará en los respectivos países. A tener en cuenta el hecho de que los países involucrados se encuentran en diferentes niveles de desarrollo socio-económico, con diferentes culturas y posiblemente con diferentes porcentajes de desarrollo y existencia de los centros de asistencia primaria y de los centros de salud mental. Las estructuras de los sistemas de salud también varían de un país a otro.

El objetivo final de este programa será elaborar programas de actuación dentro de los sistemas regulares de asistencia a la salud propios de cada país, y en este caso la duración del período de intervención será irrelevante.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Es de gran importancia un mayor desarrollo de programas de prevención y de promoción de la salud psicosocial infantil, en todos los

países, y en los del sur de Europa. De estos programas deberían ser prioritarios los relacionados con la organización y planificación de los servicios de salud y salud mental infantil.

1. Entre los parámetros esenciales para llevar a cabo tales programas se encuentra el desarrollo de una infraestructura de centros de salud mental infantil, integrada en la comunidad (de naturaleza comprensiva y coordinada y con igualdad de calidad y standards). Esta es una condición previa esencial para la incorporación de los centros de salud mental a la red de centros primarios de salud, una política sanitaria que la OMS ha estado promocionando durante los últimos quince años (OMS 1989).

2. La puesta en funcionamiento de estos programas debe incluir la preparación de la promoción de la salud mental. El contenido de los programas de preparación debe reconocer la primacía de los padres y de la familia más cercana, como las más poderosas fuentes de promoción de la salud mental en los niños. Estos programas también deben recalcar la necesidad, para la sociedad y el estado, de apoyar a los padres en su papel. Todos los niños y sus familias tienen «fuerza», éste debería ser el objetivo de los esfuerzos de promoción de la salud.

3. Tales programas deberían ser planificados para que fueran realistas, sin causar grandes costes, y que respondieran a las necesidades de la mayoría de los niños en cualquier país.

4. El desarrollo de la prevención y de los programas de promoción de la salud mental infantil a través de los centros de asistencia primaria, requieren, *inter alia*, no sólo la conexión entre los servicios de salud mental y los de salud en general, sino también que exista una preparación apropiada de aquellos que trabajan en asistencia primaria. Los principios básicos de la preparación para una actuación en la salud mental en la comunidad, incluyen habilidades en la comunicación humana (habilidad para escuchar), un conocimiento de los problemas psicosociales y la salud mental (el ciclo vital de la familia) y actitudes que puedan esconder una conducta

terapéutica. También se incluye un conocimiento de la psicopatología básica, de la multicausalidad y de la relación mutua entre los numerosos aspectos personales, sociales y culturales y del desarrollo de redes de asistencia y estrategias de autoayuda.

Por otro lado, el cambio de énfasis en la práctica de la psiquiatría infantil en la dirección de la prevención e intervención temprana, ha traído cambios en el modo de como los componentes del equipo paidopsiquiátrico son preparados. Se ve ahora como esencial que dicha preparación debería incluir tanto aspectos teóricos como prácticos de la prevención.

5. Los siguientes puntos deberían ser tomados en consideración a la hora de llevar a cabo los programas de salud mental infantil:

5.1. La etiología multifactorial de los trastornos mentales. Estos factores incluyen predisposición individual, parámetros ecológicos, condiciones actuales de vida y elementos circunstanciales.

5.2. La actuación preventiva puede ser dirigida tanto a situaciones de riesgo como a grupos de alto riesgo. En el primer tipo, se intenta modificar el ambiente, mientras que en el segundo los cambios se hacen en el individuo, con el objeto de fortalecer los mecanismos de rechazo al estrés, o de fortalecer los mecanismos para tratar con los efectos nocivos ambientales.

5.3. Es importante que al poner en práctica la actuación preventiva, se reconozca la función protectora de las existentes infraestructuras sociales y su papel en la vida del individuo.

5.4. Al llevar a cabo las intervenciones preventivas a nivel primario, y en el caso de grupos de alto riesgo que no han pedido ayuda, es importante tener en mente los dilemas éticos y los problemas políticos que se producen, así como la consideración de lo lejos que pueden llegar los profesionales en las vidas privadas de las personas.

6. Es igualmente importante identificar las áreas de investigación relacionadas con las necesidades actuales y los problemas de cada país. Algunas de las muchas áreas de investigación que requieren exploración en los países

del sur de Europa son las siguientes:

6.1. Revisión de la efectividad de las prácticas primarias de crianza en algunas culturas específicas, y de los modelos usados, y su relevancia en las situaciones actuales de cambios y de dificultad económica. El objetivo, aquí, sería identificar aquellas costumbres que intensifican el desarrollo normal psicosocial y las que tienen un efecto negativo. Obviamente, las costumbres del primer tipo deberían reforzarse y las del segundo grupo modificarlas. Esto requerirá una considerable cantidad de esfuerzo interdisciplinario si se quieren alcanzar resultados positivos.

6.2. El desarrollo de la intervención preventiva y de las técnicas dirigidas a las primeras etapas del desarrollo del niño. Esta acción y estas técnicas deberían de utilizar recursos locales disponibles que deberían estar integrados en el currículum de formación de los trabajadores sanitarios, personal que cuida de los niños, profesores, trabajadores sociales y trabajadores de la comunidad.

6.3 Se debería prestar atención a la monitorización y evaluación de la puesta en marcha de tales programas. La evaluación debe ser comprensiva y debe cubrir todos los aspectos de los cuidados de la salud mental de la comunidad, tales como la administración, epidemiología, efectividad clínica y la satisfacción de la administración pública, de los usuarios y de los profesionales especializados.

Me gustaría acabar esta comunicación repitiendo una de las principales recomendaciones de la Conferencia de Ottawa sobre la Promoción de la Salud Mental de los Niños y Jóvenes (1987): «que el trabajo en grupo y comunitario en la promoción de la salud mental es más importante que la intervención individual».

Bibliografía

1. ADAM H., STERN E., and SEIN R. (1989). «Anticipatory Guidance: a modest intervention in the nursery». *Pediatrics* 76, 5, 781-786.
2. BOWLBY J. (1969). «Attachment and Loss». Vol I. Attachment Hogarth Press. London.
3. BOWLBY J. (1973). «Attachment and Loss». Vol II.

- Separation Anxiety and Anger. Hogarth Press, London.
4. BELL V., LYNE S., KOLVIN I. (1989). Play Group Therapy: Processes and Patterns and Delayed Effects in Needs and Prospects of Child and Adolescent Psychiatry. Ed. M. Schmidt and H. Remschmidt, Hogrefe and Huber. Publishers Stuttgart.
 5. CALDWELL B.M. (1970). The rationale for early intervention. *Exceptional Child* 36, 717.
 6. COHRAN, MONCRIEFF (1988). Addressing Youth and Family Vulnerability: Empowerment in an Ecological Context. *Canadian Journal of Public Health* 79, 510-516.
 7. CULLEN J.K. (1976). A six year controlled trial of prevention of children's behavior disorders. *Pediatrics* 86, 4: 662-666.
 8. DOGLAS J. (1975). Early hospital admissions and later disturbances of behavior and learning. *Developmental medicine and Child Neurology* 17, 456.
 9. EARLS F. and JUNG K.G. (1987). Temperament and home environment characteristics as causal factors in the early development of childhood psychopathology. *J Am Ac Child Adol Psychiatry* 26: 491-498.
 10. SAMPAIO FARIA J.G. (1989). Notes on the promotion of Mental Health within the Health promotion concept. Fourth WHO Workshop. Dresden 26-30 June 1989. ed. J. Neuman, H. Schreoder, P. Voss.
 11. GARALDA M.E. and BAILEY D. (1986). Children with psychiatric disorders in Primary care. *J. Child Psychol Psychiatry* 27, 5: 611-624.
 12. GRAHAM P. (1989). Child Psychiatry in relation to primary health care. *Soc. Psychiatry* 17: 109.
 13. GOTTLIEB B. and HALL A. (1980). Social networks and the utilisation of preventive mental health services in R. Bruce, R. Ketterer, B. Bader and J. Monahan (eds). *Prevention in Mental Health, Sage Annual Reviews of Community Mental Health* vo. 1, pp. 1670194, Beverly Hills. London, Sage.
 14. HAFNER H. and SCHMIDTKE A. (1989). Do televised Fictional Models Produce Suicides among Youth. Ed. C. Piefer. American Psychiatric Press Inc Washington D.C.
 15. JELLINEK M.S. (1989). The present status of child Psychiatry in Pediatrics. *New Engl. J. Med.* 306: 1227.
 16. MACMAHON R.J. (1987). Some current issues in the behavioral assessment of conduct disordered children and their families. *Behavior Assessment* 9: 235-252.
 17. MCKINLAY J. (1972). Some approaches and problems in the study of the use of services. An overview. *Journal of Health and Social Behavior* 13, 115-151.
 18. MCKINLAY J. (1973). Some forces, lay consultation and helping behavior. *Social Forces* 51, 275-299.
 19. RICHMAN N., STEVENSON J. and GRAHAM P.J. (1982). *Preschool to School. A Behavioral Study*, London, Academic Press.
 20. RICKEL A. and LAGNER T. (1985). Short and long term effects of Marital Disruption on children. *Am. J. Comm. Psychology* 13: 559-611.
 21. PHILLIPS D., CARSTENSEN L., PAIGHT D. (1989). Effects of Mass Media News Stories on Suicide with New Evidence on the role story content in suicide among Youth. Ed. C. Piefer. American Psychiatry Press Inc Washington D.C.
 22. SOUKOU—VALAVANI I., TSJANTIS J., CATSOUGIANNI K., (1989). Mental Health and life events. Preliminary findings from the community programme of Mental Health and prevention in WHO workshop. Dresden 26-30 June 1989. ed. J. Neuman, H. Scroeder, P. Voss.
 23. SROUFE L.A. and FLEESON J. (1988). The coherence of Family relationships in R.A. Hinde and Stevenson-Hinde (eds). *Relationships within Families* Oxford University Press Oxford.
 24. WASHINGTON J., MINDE K. and GOLBERG S. (1986). Temperament in preterms infants: Style and stability. *J. Am. Ac. Child Psychiatry* 25: 493-509.
 25. WHO (1989). *Mental Health within the Health Promotion concept*.
 26. WHO (1990). Promotion of the psychosocial development of children through Primary Health care services. Report of a meeting in Athens 3-5 May 1990. Regional office for Europe.
 27. WORLAND J., WEEKS D.G., JANES D.L. and STROCK B.D. (1984). Intelligence, classroom behavior, and academic achievement in children at high and low risk for psychopathology: a structural equation analysis. *J. Abnorm. Child Psychology* 12: 437-434.
 28. WRATE R.M., KOLVIN I., GARSIDE R.F., WOLSTENGOLWE F., HULBERT C.M. and LEITCH I.M. (1985). Helping Seriously disturbed children in Longitudinal studies in child Psychology and Psychiatry. Ed. A.R. Nicol John Willey and Sou Ltd.

Investigación en Psiquiatría del Desarrollo

M.E. Garralda

Londres

RELACIONES PSICOSOMÁTICAS Y BÚSQUEDA DE AYUDA MÉDICA

La investigación en psiquiatría del desarrollo infanto-juvenil ha progresado en los últimos veinte años. Los rasgos básicos de los trastornos psiquiátricos en la infancia —los problemas comunes: trastornos emocionales y conductuales, así como los más excepcionales como el autismo y el síndrome severo hiperactivo— son ahora bien conocidos. Junto al desarrollo de los sistemas de clasificación como el ICD-9 y DSM-III, ha habido un avance importante en la definición de estos trastornos, tanto para propósitos clínicos como de investigación. Han habido también importantes avances en el desarrollo de medidas evaluativas de dichos trastornos. El resultado ha sido un incremento en la uniformidad de criterios que ha abierto el camino para la investigación, con el ánimo de proseguir estas descripciones clínicas básicas hasta su subcategorización y para la posterior investigación

de posibles factores etiológicos, así como de resultados de los tratamientos.

Esta revisión se centrará en los resultados obtenidos al aplicar métodos empíricos de investigación en el estudio de la influencia de los problemas psiquiátricos del niño a la hora de solicitar ayuda médica y nos servirá para comprender mejor los trastornos psicosomáticos en la infancia y sus consecuencias. Estas son, en estos momentos, incipientes áreas de investigación en psiquiatría infantil, pero podrían tener una importante influencia en la manera de practicar pediatría y paidopsiquiatría en el futuro. Este trabajo ha utilizado métodos de investigación tradicionales. Hemos podido constatar que aunque estos métodos han sido adecuados para nuestros propósitos, ha resultado progresivamente aparente la necesidad de desarrollar nuevos métodos si queremos que la investigación continúe en esta área.

EL ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO EN PSIQUIATRÍA INFANTIL

El principal punto de inicio en la investigación empírica de los trastornos psiquiátricos infantiles se ha producido, no sin discusión, en el área de la epidemiología psiquiátrica, debido a su necesidad de definir nuevos casos y

Profesor de Psiquiatría del Niño y del Adolescente
St. Mary's Hospital Medical School
Horace Joules Hall
Central Middlesex Hospital
London NW10 7NS

Traducción: J.E. de la Fuente Molina

desarrollar métodos de investigación estandarizados, válidos y fidedignos.

Los primeros estudios epidemiológicos en psiquiatría infantil se llevaron a cabo en los años 60 y 70 en Gran Bretaña en el Instituto de Paidopsiquiatría por el equipo de M. Rutter y en el Instituto de Salud Infantil por el equipo de P. Grahan y N. Richman. Todas las muestras de población infantil, de diferentes edades, fueron evaluadas usando cuestionarios estandarizados y entrevistas con los padres, maestros y niños. Estos estudios han supuesto el modelo a seguir para subsiguientes encuestas epidemiológicas. Posteriores estudios en varios países han confirmado los primeros resultados. (Rutter et al, 1970; Rutter et al, 1974, 1975; Richman et al, 1982; Brandenburg et al, 1990).

En los estudios británicos una gran cantidad de esfuerzo se concentró en la definición de «Trastorno Psiquiátrico». Finalmente se decidió hacer servir lo que ha sido llamado «enfoque de diagnóstico clínico»; se trata del juicio clínico de experimentados psiquiatras infantiles, atendiendo a la información estandarizada, recopilada cuidadosamente, sobre el comportamiento del niño, obtenida de diversas fuentes. Se observó la presencia de trastorno cuando existía anormalidad en el comportamiento, en las emociones o en las relaciones, que se prolongaba durante el tiempo de evaluación y era lo suficiente marcada y prolongada como para causar dificultades o aflicción al niño o perturbación en la familia y/o sociedad. El término dificultades (handicaps) se usó en el amplio sentido de cualquier incapacidad que impidiera al niño, de alguna manera, manejarse en su vida diaria. Esta era una evaluación dinámica (activa, continua, progresiva), más que una descripción estática, en la cual el funcionamiento del niño era valorado en relación a lo que era normal para la edad y en relación al proceso del desarrollo psíquico. El nivel de comportamiento del niño, por supuesto, fluctúa considerablemente y fases transitorias de incapacidad pueden ser normales.

Los resultados de éste y posteriores estudios

han mostrado que los trastornos psiquiátricos están presentes entre el 10 y el 25% de los niños de la población en general. Los porcentajes varían con la edad del niño, siendo ligeramente más altos en la adolescencia y cuando existen desventajas psicosociales. Por ejemplo, el porcentaje de trastornos en la población infantil de 11 años de Londres fué el doble que en la de la isla de Wight; esto estaba ligado a la existencia del doble de porcentaje de desventajas psicosociales en Londres. Las desventajas se mensuraron, familiares: presencia de discordia familiar; disarmonía marital, niños adoptados, desviación o trastorno mental o criminalidad en los padres; y sociales: procedencia de familia numerosa y hacinamiento en viviendas de alquiler.

En muchos encuadres los trastornos psiquiátricos que representan la mayoría de la patología son los Trastornos de Conducta —cuyos principales síntomas se dan en el área del comportamiento antisocial tales como la mentira y los novillos escolares— y los Trastornos Emocionales, ligeramente menos frecuentes, con síntomas como ansiedad y aflicción.

Los estudios de P. Grahan y N. Richman, en niños de tres años de Londres, mostraron un porcentaje de trastornos sobre el 20%, persistiendo estos trastornos al llegar a la edad escolar en una considerable proporción: dos tercios de esos niños.

Estos estudios epidemiológicos no tuvieron en cuenta la presencia de trastornos psicosomáticos, y aunque el vínculo con la solicitud de ayuda médica se previno, así y todo resultó ser alto particularmente en los niños de tres años de Londres; las razones del alto número de consultas no se estudiaron.

Desde el punto de vista de la salud pública, un punto sorprendente es que la mayoría de los niños con trastornos no se encuentran bajo cuidados psiquiátricos: una constante en la bibliografía es el hecho de que únicamente un 10% de ellos se encuentra en tratamiento psiquiátrico. Este hecho insta a preguntarse que medidas deberían tomarse para atender las necesidades psiquiátricas de la mayoría de estos niños afectados.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS QUE SON ATENDIDOS EN SERVICIOS PEDIÁTRICOS AMBULATORIOS

Un posible marco apropiado para responder a las necesidades psiquiátricas de los niños son los servicios sanitarios pediátricos. La mayoría de los niños acuden a la consulta del médico de cabecera o a los servicios pediátricos de atención primaria en el transcurso del primer año de vida, y el trastorno psiquiátrico es considerado uno de los motivos por el que los padres llevan sus hijos al médico. Sin duda, muchas madres de niños perturbados utilizan los médicos de cabecera y los pediatras como fuente de ayuda principal. Este hecho podría ser debido a un desconocimiento general sobre psiquiatría infantil y el tener en cuenta que la enfermedad mental es muy rara en la niñez y no el principal motivo para acudir a los servicios de psiquiatría infantil. Cabe también la posibilidad de que al coexistir frecuentemente síntomas somáticos y psíquicos los padres prefieran acudir con los síntomas físicos de sus hijos a las consultas pediátricas.

La contribución de los trastornos psiquiátricos en el trabajo efectuado por las consultas pediátricas ha sido muy escasamente estudiado. La investigación en esta área está muy retrasada respecto a la llevada a cabo en el marco de la población general, la educación o la psiquiatría. En parte esto es debido a la naturaleza dual de la mayoría de la práctica médica y al hecho de que los pediatras están más versados en los aspectos físicos del trabajo que en los psicológicos. Aunque no siempre ha sido así. En su artículo sobre la prehistoria de la psiquiatría infantil, A. Walk describió que el interés de los pediatras por los problemas psicológicos de los niños se remontaría, por lo menos, a mediados del s. XVI. Es posible que con los progresivos avances técnicos en pediatría los aspectos psicológicos hayan resultado relativamente desatendidos.

En nuestra investigación nos preguntamos si los servicios pediátricos se encontraban en buena posición para identificar y responder a los trastornos psiquiátricos de los niños. Los resultados dieron buena evidencia de que éste es el caso. Trabajos anteriores habían muestra-

do que el 1-5% de los niños llevados al pediatra lo eran principalmente por síntomas psicológicos (Coleman et al, 1977; Goldberg et al, 1984). Hay ahora evidencia de que coexiste enfermedad psiquiátrica en un considerable número de niños con síntomas somáticos y que el trastorno psiquiátrico es más común entre los que son llevados a las consultas pediátricas que en la población general (Giel et al, 1981; Garralda et al, 1986; Costello et al, 1989; Bowman et Garralda, 1991). Hay indicios de que el trastorno psiquiátrico podría ser el doble de frecuente entre los niños que acuden a asistencias médicas que entre los de la población general; es particularmente común en los niños que acuden a las consultas frecuentemente, teniendo los más altos porcentajes de asistencia, siendo también los más propensos a estar en contacto con los servicios hospitalarios. Estos datos destacan la importancia de posibles dificultades emocionales y conductuales entre los niños que acuden a los servicios de pediatría y medicina general, que se cuestionaban esta relación particularmente entre los considerados como usuarios frecuentes.

En la actualidad hay también consistente evidencia de que algunos trastornos psiquiátricos son preferentemente comunes entre los niños que acuden a los servicios médicos. Este es, por ejemplo, el caso particular de los trastornos emocionales con síntomas de ansiedad y tristeza. Entre la mitad y las dos terceras partes de los niños asistidos en servicios médicos tienen trastornos emocionales, confirmando la correlación entre estos trastornos y los síntomas físicos en la infancia. Los trastornos emocionales son los más susceptibles de ser resueltos mediante tratamiento, lo que nos lleva a cuestionarnos la viabilidad de las intervenciones terapéuticas en los centros de asistencia primaria.

¿POR QUÉ ACUDEN MÁS A LOS SERVICIOS PEDIÁTRICOS LOS NIÑOS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE LOS NO AFECTADOS?

Las razones de esta pregunta no pueden ser

atribuidas a ningún síntoma físico específico. Los niños de diez años que acuden a medicina general tienden a presentar síntomas tales como ansiedad y enuresis, pero también fiebre del heno, hemorragias nasales y sarna. Aunque la ansiedad y la enuresis pueden ser síntomas de trastorno psiquiátrico, la conexión de éstos con la fiebre del heno, las hemorragias nasales y la sarna está lejos de ser obvia. En los niños atendidos en los servicios pediátricos hospitalarios no se ha encontrado ninguna conexión perceptible entre la presencia de síntomas somáticos y trastornos psiquiátricos. El único rasgo que tiende a ser asociado es el nivel de actividad. Los niños con trastornos son menos propensos a tener niveles normales de actividad y más a menudo son catalogados como hiperactivos, o a la inversa, como cansados y aletargados. Los síntomas de cansancio y apatía se han convertido en tópicos debido a la «popularidad» de los síndromes de fatiga, aunque son probablemente menos usuales (o usados) en niños que en adultos.

A la hora de explicar la creciente presencia de niños con trastornos psiquiátricos en las consultas pediátricas, es esencial tener en cuenta factores familiares y maternos. Estos niños reflejan tanto las inquietudes de sus padres como el tipo de sintomatología presente. Parece muy probable que la principal razón por la que los niños afectados psicológicamente acuden más a las consultas sea debido al estrés familiar. Mechanic (1964) observó que las madres que se encuentran bajo estrés no sólo relataron más síntomas de enfermedad en cuanto a ellas se refiere, sino también más síntomas de enfermedad en sus hijos. Estas madres eran más propensas a llamar al médico en lo concerniente a la salud de sus hijos. Roughman y Haggerty (1972) mostraron una asociación entre el estrés en la familia y el uso exagerado de los servicios de salud, exclusivamente en el caso de los niños y no en el de las quejas de la madre, y Tuch (1975) descubrió que las madres eumenstruales eran más aptas a la hora de llevar a sus hijos a las clínicas pediátricas que no las de período menstrual irregular; que las primeras consideraban

que sus hijos estaban menos graves y con enfermedades más cortas que las segundas.

Hay también evidencia de que el estrés de los padres, centrado en el hecho de cuidar de los hijos, está estrechamente ligado a los trastornos psiquiátricos de los niños que acuden a los centros médicos. Parece ser que en estos padres el estrés producido por los niños pesa mucho más que cualquier otro de causa psicosocial. Los padres de los niños con trastornos se quejan de las dificultades para controlar a sus hijos y se preocupan por la salud del niño y como va en la escuela; esto probablemente contribuye en un grado importante a la asistencia a los centros médicos. Así es bien conocido por los pediatras que los padres llevan a sus hijos a las consultas por muchas y diversas razones subyacentes. Yudkin (1961) describió esto gráficamente en relación con los niños que acudían a su consulta con resfriados; las inquietudes subyacentes variaban desde la preocupación de las madres por los conflictos con sus suegras o si sus hijos estaban siendo educados correctamente, intranquilidad por si el niño pudiera tener tuberculosis como otros miembros de la familia, preocupación por el asma debido a muertes de parientes, intención de que el doctor prescribiera vacaciones para así «aligerarse» del niño, discusiones sobre los hábitos alimentarios del niño, o el deseo de ayuda para atender al niño en casa en los casos de los niños que rehusaban ir al colegio.

Las madres, de los niños con trastornos que acuden frecuentemente a las clínicas, tienen una percepción diferente de la severidad de los problemas de sus hijos que las otras madres, pues tienden a describir a los niños como más aletargados, generalmente con salud más delicada y con más desventajas debido a sus síntomas físicos. Estas percepciones no son reflejo de los temores hipocondríacos de las madres sobre su propia salud, sino que parece que los han enfocado en el niño. Esto indica que las ayudas a estas madres deberían dirigirse hacia cuestiones como las actitudes parentales sobre la salud de sus hijos o sobre su autoconfianza a la hora de afrontar el comportamiento de la niñez, para que puedan tener un respiro e

incluso (con optimismo) darles incrementados sentimientos de competencia.

Todo esto puede hacerse exitosamente. En un estudio piloto sobre niños que acudían frecuentemente a asistencia primaria y que tenían trastornos psiquiátricos, a las madres se les ofreció una consulta, en la misma clínica, dirigida a incrementar su confianza para tratar el comportamiento de su hijo. Dos tercios de las madres aceptaron y la mayoría afirmaron, posteriormente, durante un seguimiento de tres meses, que la consulta les había ayudado. Esto es prometedor e indica la necesidad de posterior investigación para mejorar nuestro conocimiento sobre los tipos de intervención que se puede lograr en estos marcos de actuación y sobre sus resultados (Coverley et al, 1991).

IDENTIFICACIÓN MÉDICA DEL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

Un requisito básico para que el médico pueda iniciar una intervención terapéutica en asistencia primaria es la previa identificación del trastorno psiquiátrico en el niño. En los estudios realizados, dicha identificación es baja: la mitad son derivados a entrevistas psiquiátricas, con considerable variación en el porcentaje entre médicos (Garralda 1990). Sin embargo, los médicos identifican los problemas más severos y lo hacen con alta especificidad de reconocimiento, indicando que ellos no tienden a identificar los niños sin trastornos de la misma manera que los que presentan trastornos. La necesidad es, por lo tanto, de incrementar la sensibilidad a la hora del reconocimiento por parte del médico, de ligeros y concretos trastornos, y a la hora de iniciar tratamientos principalmente dirigidos a esas perturbaciones emocionales ligeras. En la bibliografía pediátrica hay evidencia de que altos niveles de estímulo y empatía por parte de los pediatras conllevan a la resolución o reducción de las preocupaciones de las madres, mientras que las promesas no conducen a los mismos resultados. También podrían estimular la autoconfianza de las madres, la confección

de informes específicos empáticos y animosos, a la vez que serían especialmente apropiados para los padres de niños con trastornos que acuden a las clínicas pediátricas generales (Wasserman et al, 1984).

Además, los pediatras que trabajan en asistencia primaria y centros hospitalarios remiten comúnmente a las clínicas psiquiátricas. De acuerdo con lo comentado anteriormente, tienden a remitir los niños con trastornos más severos, especialmente niños con comportamientos antisociales (Garralda y Bailey, 1988). En estos casos, el estrés materno referido a la habilidad de la madre para controlar los comportamientos antisociales de sus hijos, parece ser uno de los más importantes factores por lo que los niños de siete a doce años son remitidos a psiquiatría infantil, un hecho éste que necesita reconocimiento y tratamiento (Bailey y Garralda, 1989).

PROBLEMAS «COMUNES» PSICOSOCIALES EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA AMBULATORIA

A la hora de considerar la contribución de los factores psicológicos que determinan la consulta del niño a los servicios médicos, el concepto de trastorno psiquiátrico es insuficiente para describir el campo de posibilidades. Así, está ampliamente reconocido que síntomas somáticos del niño pueden verse agravados por problemas psicológicos no lo suficientemente severos o perjudiciales como para considerarlos como trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, el estrés familiar puede empeorar el asma o los dolores abdominales cuando hay ausencia de síntomas conductuales o emocionales en el niño. Para establecer que esto está ocurriendo es necesario tener en consideración el juicio pediátrico sobre si problemas psicológicos de cualquier tipo están presentes, manteniendo o agravando los síntomas físicos. Como ya se ha indicado, los factores psicológicos pueden o no solaparse con los trastornos psiquiátricos. Esto representa la aproximación holística de las relaciones somato-psicológicas.

Algunas encuestas han aplicado este amplio concepto holístico de los problemas psicósomáticos y han encontrado altos porcentajes psicósomáticos: del 20% en asistencia primaria pediátrica y del 50% en las realizadas a niños de siete a doce años que acudían a las consultas hospitalarias. Estos datos demuestran un alto grado de sensibilidad y vigilancia respecto a estos problemas por parte de muchos médicos (Garralda y Bailey, 1987; 1990). Los niños con problemas psicósomáticos, así identificados, tienen un exceso de síntomas emocionales y conductuales con cambios de humor y problemas de relación, pero la mayoría no sufren de trastornos psiquiátricos, aunque diferentes tipos de problemas psicológicos parece que estén relacionados. Aquí se incluyen rasgos de personalidad, como cuando los niños son descritos como nerviosos y sensibles. Estos rasgos pueden ser la base de las relaciones somato-psicológicas en muchos casos. Es posible que ciertos rasgos temperamentales estén relacionados únicamente con ciertos síntomas físicos; por ejemplo, ansiedad, timidez, aprensión por gente desconocida o por situaciones nuevas, llanto fácil, y un estilo temperamental irregular, parecen tener relación en los casos de niños con abdominalgias.

Un factor familiar asociado a síntomas psicósomáticos en el niño son las enfermedades familiares, particularmente las que cursan con problemas físicos severos, acaecidas recientemente. Estos problemas sensibilizan, probablemente, a los padres respecto a los problemas de salud de sus hijos y aumentan su deseo de búsqueda de ayuda médica, especialmente en las madres cuya habilidad para «arreglarselas» se ve disminuida, como se evidencia en su necesidad de medicación psicotrópica. El exceso de enfermedades físicas en estas familias pueden llevar a conceptos erróneos sobre los síntomas de los niños y posteriores ansiedades de los padres e hijos. Bass y Cohen (1982) encuestaron a los padres sobre los motivos de consulta pediátrica: alrededor de una tercera parte de los padres dejaron entrever algunos miedos encubiertos de que algo mucho peor y más serio le ocurría al niño, de lo que habían

anticipado como el motivo de la consulta. Relaciones familiares muy cerradas son descritas, a menudo, en los trastornos psicósomáticos, en la misma línea que padres sobreenvolventes; se ha observado a menudo como relevante en las quejas psicósomáticas infantiles, sin embargo no ha sido confirmado por investigaciones sistemáticas que hicieran tomar medidas estandarizadas para asesorar a los padres sobre su comportamiento. Hay necesidad de posteriores confirmaciones. Diferentes medidas, de las posibles hasta ahora, necesitarán ser desarrolladas en orden a investigar los aspectos psicológicos de estos trastornos.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS CRÓNICAS EN EL NIÑO

Aspectos generales (1)

Otra área donde el uso de la psicología es de alta relevancia para los cuidados pediátricos es la de las enfermedades físicas crónicas. Alrededor del 5% de los niños de la población general, tienen enfermedades o trastornos físicos crónicos, mayoritariamente: asma, epilepsia y diabetes, así como eczemas y otros estados atópicos. Mucho se ha escrito sobre los aspectos psicológicos de la enfermedad física. Los primeros autores enfatizaron su influencia etiológica en enfermedades tales como el asma. Se asumía que el estrés era un factor causal importante para el desarrollo de ésta y otras enfermedades, como por ejemplo la aparición de eczemas. Únicamente debido a un mejor entendimiento de los factores etiológicos-biológicos y al advenimiento de métodos fiables de asesoramiento en los trastornos psiquiátricos, ha sido posible esclarecer muchas de estas nociones. Los hallazgos en la investigación han ayudado a dar alguna perspectiva al panorama general.

Las encuestas epidemiológicas han mostrado, consistentemente, que el trastorno psiquiátrico se ve incrementado en niños con enfermedades físicas crónicas, especialmente cuan-

do está involucrado el sistema nervioso central. Estas encuestas también han demostrado, sin embargo, que la mayoría de los niños con enfermedades físicas no sufren trastorno psiquiátrico y que esto último no puede, por tanto, ser considerado como un hecho generalmente causal.

La investigación reciente muestra que para entender las conexiones somato-psicológicas en estos casos, es importante tener en cuenta aspectos de la enfermedad tales como su gravedad, la minusvalía que reporta, los tratamientos empleados, así como la edad del niño. También es esencial tomar nota de los métodos empleados para estudiar el trastorno, incluyendo quién ha sido entrevistado (niño, padres, profesores, o todos ellos) y los aspectos que han sido estudiados con las entrevistas (trastornos psiquiátricos, relaciones sociales, dependencias afectivas).

Ultimo estadio de la enfermedad renal crónica: trastorno infantil (2)

La importancia de tener en consideración estas cuestiones se demuestra en nuestro trato con los niños con enfermedad renal crónica. El fallo renal crónico, en su último estadio, es un trastorno excepcional cuyo tratamiento, al igual que en otras enfermedades severas como la fibrosis quística, ha mejorado notablemente en la última década, aunque todavía no se haya encontrado ninguno resolutivo total. La diálisis y los trasplantes han revolucionado la terapéutica, alargando las expectativas de vida de estos niños hasta la edad adulta, aunque debe considerarse que esto pueda ir en detrimento de la calidad de vida.

Hemos estudiado niños con este proceso en varios grados de severidad, diferentes fases del tratamiento y diferentes grupos de edad. Utilizamos una metodología similar a la llevada a cabo en las encuestas epidemiológicas, incluyendo información adecuada a los padres, profesores y a la edad de los niños, para valorar el trastorno psiquiátrico. Nuestro trabajo mostró que el trastorno psiquiátrico es ma-

yor en niños y adolescentes con esta enfermedad, al compararlos con los niveles estipulados de salud, y que existe una tendencia a marcadas dificultades psicológicas en estos pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Problemas psicológicos ligeros eran más frecuentes en el grupo de los menos afectados físicamente, aquéllos que todavía no habían alcanzado el punto de necesitar diálisis (Garralda et al, 1987). También observamos que determinados problemas psiquiátricos en el grupo de diálisis, tenían mayor constancia en las entrevistas de los padres que en las de los niños, mientras que el resultado contrario se daba en los sujetos sanos o en los del grupo de nodiálisis, como hubiera sido de esperar de un muestreo predominantemente adolescente. Es pues probable que estos resultados sean reflejo de inmadurez evolutiva y dependencia prolongada de sus padres, de los niños en diálisis.

Los niños con formas menos severas de enfermedad renal crónica, presentaban más problemas psicológicos ligeros; estos problemas aparecían característicamente en los cuestionarios de los profesores: un hallazgo compatible con otros y que muestra que el reajuste escolar es más pobre en los niños menos disminuidos con artritis juvenil crónica (Mc Anarney et al, 1974).

Aspectos Familiares

La investigación en niños con trastornos crónicos severos muestran que la disrupción de la vida familiar es muy común, y que hay una tendencia en los padres a mostrar más problemas de salud mental. Sin embargo, aunque muchos padres relatan que la enfermedad del niño causa impacto en su matrimonio, la ruptura marital no se relaciona con el estado de la enfermedad. Esto es debido a que el estrés provocado por la enfermedad origina en algunos casos que la pareja esté más unida, mientras que en otros casos conduce a la ruptura. Similares resultados se obtuvieron al incrementarse el estrés subjetivo de los padres en un número determinado de áreas psicoso-

ciales, pero también en el incremento de los apoyos, y de los efectos de diversos estresantes y probablemente apoyos dados a ellos mismos en muchos casos. (Reynolds, et al, 1988).

Quizás las dificultades sociales más consistentes narradas por los padres, son el estrés económico y los problemas con los restantes hijos, indicando que el necesario incremento del cuidado maternal respecto al niño enfermo puede causar tensión en la relación de los padres con el resto de la familia y afectar su desarrollo. Queda claro, por tanto, que el reajuste de los hermanos de los niños severamente afectados necesita de las consultas pediátricas.

Nuestro trabajo muestra que las preocupaciones de los padres, sobre el niño enfermo, abarcan los pronósticos médicos y, en alto grado, rasgos evolutivos tales como el crecimiento. Esto enfatiza la necesidad que tienen los consultorios pediátricos de abordar ampliamente la atención de los niños desde una perspectiva evolutiva, así como también las ayudas a los padres.

Los padres tienden a reportar altos grados de trastornos mentales, particularmente en las fases agudas de la enfermedad. Estas reacciones de reajuste psiquiátrico son también comunes, pero muchas remiten al mejorar la condición física.

Otro aspecto de la vida familiar que se trastorna es el soporte o apoyo que se obtiene de la vida social con los amigos. Es muy probable que el apoyo a los padres solamente se pueda realizar de una forma intermitente, particularmente en los tiempos de dificultad aguda o en los problemas de salud del niño. Partiendo de una base a largo plazo, la ausencia de soporte social sugiere que las madres de estos niños son las que probablemente se beneficiarían de los grupos sociales o de los grupos de padres, en los que hay una oportunidad de contactar con otros padres que están en su misma situación.

Se ha encontrado que, a menudo, los padres de niños con severas condiciones médicas deficitarias, hacen constar problemas laborales o de resentimiento cuando su trabajo les impide

verse incluidos en el tratamiento y en el poder estar con su hijo en el hospital. Realizar un esfuerzo especial a la hora de incorporar a los padres a los diversos aspectos del cuidado del niño podría aumentar su sentimiento de satisfacción en otras áreas de su vida, como en el trabajo.

Tratamiento

La introducción de nuevos tratamientos puede provocar un marcado cambio en el reajuste, tanto del niño como de la familia. En nuestro trabajo con niños en la última fase de una insuficiencia renal crónica, el trasplante renal tuvo un impacto importante. La mayoría de las madres notaron que los niños habían mejorado, no sólo físicamente sino también psicológicamente, aunque es de reseñar que algunos niños empezaron a mostrar trastornos conductuales menores que no tenían cuando estaban más graves y presumiblemente incapacitados, a mostrar síntomas como hiperactividad o rabietas.

Tras el trasplante, estos niños obtuvieron más bajos marcadores depresivos en los cuestionarios, mientras que los de hemodiálisis o prediálisis obtenían valores más altos. Hemos encontrado bajos indicadores de concepto sobre sí mismo en los sometidos a hemodiálisis, pero marcadores normales en los de prediálisis o tras trasplante. Esto sugiere que los sentimientos depresivos mejoran con el trasplante y que un bajo concepto de sí mismo está asociado a los aspectos más perjudiciales de la enfermedad. También hay datos sobre el mayor éxito del niño en sus relaciones sociales al ser menor la minusvalía causada por la enfermedad. En nuestra encuesta, sólo un tercio de los niños en hemodiálisis sintieron que tenían un amigo especial, en contraste con la mitad de los de prediálisis, el 68% de los trasplantados y el 82% de los sanos, habiéndose establecido los controles por edad y sexo. Similarmente descubrimos que había un marcado descenso en los problemas «nerviosos» o de estrés en las madres tras el trasplante, que

las puso a la par con las de los niños sanos y mejor que las madres de los grupos de hemodiálisis o prediálisis (Reynolds et al, 1991).

En los niños seriamente afectados, los trastornos psiquiátricos están a menudo ligados a los eventos del estado médico del niño; un niño se volverá marcadamente depresivo tras una agudización severa de la enfermedad con riesgo para su vida, o desarrollará dificultades de alimentación relacionadas con restricciones de la dieta que a su vez causarán un empeoramiento de su condición médica. No es por lo tanto posible tratar con los aspectos psiquiátricos de la enfermedad en solitario y aparte de los aspectos físicos.

Es necesaria una estrecha coordinación pediátrica-psiquiátrica para actuar en estas dificultades. El esquema más común, cuando un psiquiatra infantil entra a formar parte de la unidad pediátrica y se le refieren casos, es que él o ella discutan regularmente con los pediatras hasta que la unidad pediátrica se sienta segura de sí misma a la hora de tratar con los aspectos psiquiátricos y que decrezca la intervención del paidopsiquiatra, consistiendo la mayoría de su trabajo en sesiones consultivas con los pediatras.

CONCLUSIÓN

Para concluir, la investigación en psiquiatría infantil ha conducido a un marcado incremento en nuestro conocimiento de las conexiones somato-psicológicas y en los aspectos psiquiátricos de la búsqueda de ayuda médica para los niños. Esta investigación resalta la necesidad¹ de una mejor identificación de los niños con trastornos y de encontrar modos de tratarlos en los centros médicos²; para los psiquiatras infantiles el cooperar en el trabajo pediátrico, especialmente desarrollando estrechas relaciones con las unidades especializadas que tratan a los niños con enfermedades pediátricas crónicas severas, en orden a facilitar apoyo a los padres y a promover el desarrollo psicológico del niño así como su mejora física.

Necesitamos entender mejor y claramente el

mecanismo que conduce a la somatización en los niños y al trastorno psiquiátrico en los niños con enfermedades crónicas. También necesitamos determinar mejor como las actitudes de los padres hacia la búsqueda de ayuda médica, afectan las crecientes asistencias de los niños con trastornos. Los niños con trastornos psiquiátricos que acuden a menudo, a los servicios pediátricos, la mayoría son con problemas psiquiátricos ligeros, que sin embargo merecen la pena sean atendidos pues predicen posteriores trastornos serios. La mejor opción para la prevención secundaria y terciaria de los problemas de salud mental de los niños, podría basarse en la intervención en la asistencia primaria y en los servicios pediátricos. Este podría ser uno de los mayores retos para los paidopsiquiatras y pediatras en el futuro.

Bibliografía

1. BAILEY D & GARRALDA M.E. *Referrals to child psychiatry: parent and doctor motives and expectations*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30, 449-458, 1989.
2. BASS, L. y COHEN, R.L. *Ostensible versus actual reasons for seeking pediatric attention: another look at the parental ticket of admission*. Pediatrics, 70, 870-874, 1982.
3. BOWMAN, F.M. y GARRALDA, M.E. *Frequency of surgery attendance and psychiatric morbidity in childhood*. [In preparation]
4. BRANDENBURG, N.A, FRIEDMAN, R.M y SILVER, S.E. *The Epidemiology of Childhood Psychiatric Disorders: Prevalence Finding from Recent Studies*. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29: 1, 76-83, 1990.
5. COSTELLO E.J, COSTELLO A.J., EDELBROCK C, BRUNS B.J. DULCAN M.K., BRENT D y JANISZEWSKI S. *Psychiatric disorders in pediatric primary health care: prevalence and risk factors*. Archives of General Psychiatry, 45, 1105-1116, 1989.
6. COLEMAN J.V., PATRICK, D.L. y BAKER, S.M. *The mental health of children in an HMO program*. Journal of Pediatrics, 91, 150-153, 1977.
7. COVERLEY, C.T., GARRALDA, M.E. y BOWMAN, F. *A short psychiatric intervention in general practice: A pilot outcome study*. Poster presented at the Spring Meeting of the Child Psychiatry Section of The Royal College of Psychiatrists, London, March 1991.
8. GARRALDA M.E. y BAILEY D. *Psychological deviance in children attending general practice*. Psychological Medicine, 16, 423-429, 1986a.

9. GARRALDA M.E. y BAILEY D. *Children with psychiatric disorders in primary care*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 27, 611-624, 1986b.
10. GARRALDA M.E. y BAILEY D. *Psychosomatic aspects of children's consultations in primary care*. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 236, 319-322, 1987.
11. GARRALDA M.E., REYNOLDS J.M., JAMESON R.A. y POSTLETHWAITE R.J. *Psychiatric adjustment in children with chronic renal failure*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 29, 79-90, 1988.
12. GARRALDA M.E. y BAILEY D. *Child and parental factors related to the referral of children to child psychiatry*. British Journal of Psychiatry, 153, 81-89, 1988.
13. GARRALDA M.E. y BAILEY D. *Psychiatric disorders in general paediatric referrals*. Archives of Disease in Childhood, 64, 1727-1733, 1989.
14. GARRALDA, M.E. *Psychiatric and Psychosomatic Aspects of Children's Consultation in Primary Care*. In: *Early Detection of Psychiatric Disorders in Children*. (Ed) H. van Engeland. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1990.
15. GARRALDA, M.E. BAILEY D. *Paediatrician identification of psychologic factors associated with general paediatric consultations*. Journal of Psychosomatic Research, 34, 303-312, 1990.
16. GIEL, R., ARANGO, M.V., CLIMENT, C.E., HARDING, T.W., IBRAHIM, H.H.A., LADRIDO-IGNACIO, L., SRINIVASA MURTHY, R., SALAZAR, M.C., WIG, N.N. & YOUNIS, Y.O.A. *Childhood mental disorders in primary health care. Results of observations in four developing countries*. Paediatrics, 68, 677-683, 1981.
17. GOLDBERG, I.D., CLAUS, J., ROGHMANN, J., McINERNEY, T.K. y BURKE, J.D. *Mental health problems among children seen in pediatric practice: prevalence and management*. Pediatrics, 73, 278-293, 1984.
18. McANARNEY, E.R., PLESS, I.B., SATTERWHITE, B. & FRIEDMAN, S.B. *Psychological problems of children with chronic juvenile arthritis*. Pediatrics, 53, 523-258, 1974.
19. MECHANIC, D. *The influence of mothers on their children's health attitudes and behaviour*. Pediatrics, 33, 444-453, 1964.
20. REYNOLDS J.M., GARRALDA M.E., JAMESON R.A. y POSTLETHWAITE R.J. *How parents and families cope with children with chronic renal failure*. Archives of Disease in Childhood, 63, 821-826, 1988.
21. REYNOLDS J.M. GARRALDA, M.E., POSTLETHWAITE, R. y GOH, D. *Changes in psychosocial adjustment after renal transplantation*. Archives of Disease in Childhood, 66 (4), 508-513, 1991.
22. ROUGHMAN, K.J. & HAGGERTY, R.J. *Family stress and the use of health services*. International Journal of Epidemiology, i, 279-286, 1972.
23. RICHMAN N, STEVENSON, J. & GRAHAM, P.J. *Pre-scholl to school: a behavioural study*. London : Academic Press, 1982.
24. RUTTER, M., TIZARD, J. y WHITMORE, K. (eds). *Education, health and behaviour*. London: Longmans, 1970.
25. RUTTER, M., YULE, B., QUINTON, D., ROWLANDS, O., YULE, W. & BERGER, M. *Attainment and adjustment in two geographical areas. III. Some factors accounting for area differences*. British Journal of Psychiatry, 125, 520-533, 1974.
26. RUTTER, M., COX, A., TUPLING, C., BERGER, M. & YULE, W. *Attainment and adjustment in two geographical areas. I. The prevalence of psychiatric disorder*. British Journal of Psychiatry, 126, 493-509, 1975.
27. STARFIELD, B., GROSS, E. y WOOD, M. et al. *Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children*. Pediatrics, 66, 159-167, 1980.
28. TUCH, R.H. *The relationship between a mother's menstrual status and her response to illness in her child*. Psychosomatic Medicine, 37, 388-394, 1975.
29. WALK, A. *The Pre-history of Psychiatry*. British Journal of Psychiatry, 110, 754-767, 1964.
30. WASSERMAN, R.C., BARRIATUA, R.D., CARTER, W.B. y LIPPINCOTT, B.A. *Pediatric clinician's support for parents makes a difference: an outcome based on analysis of clinician parent interaction*. Pediatrics, 74, 1047-1063, 1984.
31. YUDKIN S. *Six children with coughs: The second diagnosis*. Lancet 2, 561-563, 1961.

Aspectos psicosociales de los exámenes de salud en la infancia

L. Martín Alvarez

Madrid

Los exámenes de salud en la infancia se iniciaron en la primera mitad de nuestro siglo coincidiendo con la toma de conciencia por la sociedad de la importancia de los problemas de salud del niño y de la familia, en particular la madre. Así mismo, estuvieron relacionados en su comienzo con la evidencia creciente de la relación entre entorno del niño (nivel socioeconómico, escuela) y problemas de salud.

En este sentido, el primer elemento condicionante lo constituyeron las elevadas tasas de mortalidad neonatal y post-neonatal. Este hecho, grave desde el punto de vista de la Salud Pública, determinó una lucha contra los peligros subyacentes a esta elevada mortalidad en la infancia: los peligros «infeccioso» y «nutricional». De este modo, los primeros centros y actividades de «Higiene Infantil» incluían la vigilancia del desarrollo estatura-ponderal, la educación sanitaria en higiene alimentaria (lactancia materna, suplementos vitamínicos...) y la profilaxis de las enfermedades infecciosas de elevada prevalencia en aquel momento (tuberculosis, difteria), mediante vacunaciones e inmunoprofilaxis. Junto a estas actividades dirigidas al niño de 0-2 años, se llevaban a cabo actividades dirigidas a «proteger» la salud de

la madre (nutrición en el embarazo, prevención de la eclampsia, sepsis puerperal); todas estas actividades tenían como fin, no sólo salvaguardar al recién nacido sino también disminuir las elevadas tasas de morbimortalidad materna.

Asimismo, el reconocimiento de la importancia del entorno en la salud infantil hizo que se pusieran en marcha programas de salud en las escasas guarderías existentes y en los colegios. En general, estas actividades en el medio escolar y preescolar eran una continuación de las realizadas en la familia y se limitaban a aprovechar el agrupamiento que el medio escolar significaba y a luchar contra los riesgos infecciosos derivados de este mismo agrupamiento. Este perfil de los exámenes de salud, «infeccioso-nutricional», no incluía de modo manifiesto aspectos psicosociales. El modelo se mantuvo hasta la década de los cincuenta y desde un punto de vista organizativo estas actividades se articulaban como «campañas», es decir iban dirigidas a grupos de riesgo por características socioeconómicas, se apoyaban en estrategias limitadas en el tiempo y se sustentaban en servicios gubernamentales monográficos, desvinculados de la red asistencial sanitaria (en aquel momento, fundamentalmente sector privado y hospitales benéficos)¹.

Centro de Salud «Barrio del Pilar»,
Insalud. Madrid

Posteriormente, el desarrollo de políticas sociosanitarias de cobertura asistencial y de salud pública universal tras la Segunda Guerra Mundial, conllevó la puesta en marcha de servicios y programas de mayor base comunitaria y en muchos casos integrados en la red asistencial. Este cambio determinó la inclusión de aspectos psicosociales, debido al conocimiento creciente de la relación entre nivel de salud y nivel socioeconómico. Asimismo, y como parte de este cambio, se inició la estrategia de «riesgo»³ es decir, algo para todos y algo más para los niños y/o familias con mayor vulnerabilidad/probabilidad de sufrir determinados problemas (retraso pondero-estatural, retraso mental, problemas psicomotores graves). Estos factores de riesgo eran básicamente circunstancias neonatales adversas (recién nacidos de bajo peso, madres adolescentes, riesgo socioeconómico...), o problemas post-neonatales (minusvalías sensoriales, retraso psicomotor, enfermedad crónica)⁴.

En el momento actual, los exámenes de salud en la infancia se enmarcan en el siguiente contexto socio-demográfico, de problemas de salud y de características de los servicios sanitarios⁵⁻⁹:

- La natalidad decreciente o estabilizada.
- La estructura nuclear de una gran parte de las familias o de padre/madre único.
- El entorno eminentemente urbano en el que se desarrolla la infancia, hecho éste que va unido a los cambios familiares por el trabajo de la mujer fuera del hogar y el paro.
- El adelanto en la edad de escolarización.
- La mortalidad decreciente, sobre todo en el período postneonatal.
- La disminución de la morbilidad «clásica» (infecto-contagiosa, nutricional).
- El reconocimiento de la importancia social y sanitaria de las minusvalías y de la enfermedad crónica.
- El peso creciente de los problemas madurativos y de salud mental.
- Las limitaciones económicas en el sector sanitario, con su posible repercusión en el nivel de salud infantil.
- La constatación del impacto relativo de las

intervenciones sanitarias aisladas en comparación con las acciones sobre el medio social y familiar^{10,11}.

Junto a estos hechos hay que tener en cuenta también la aportación que a los exámenes de salud han realizado otros sectores profesionales (pedagogía, psicología, sociología), a través de un conocimiento más profundo de las necesidades psicosociales y del modo de atender a las mismas.

En consonancia con todo lo anterior, se puede decir que los exámenes de salud en la infancia forman ya parte sustancial del quehacer de los Equipos de Atención Primaria^{12,13}. Estos exámenes de salud tienen en la actualidad como objetivo general alcanzar y mantener un nivel de salud óptimo, con arreglo al patrón de salud indicado anteriormente. De este modo, las actividades más frecuentemente desarrolladas en el momento presente son^{14,15}:

- La vigilancia del crecimiento y desarrollo estaturoponderal y psicomotor.
- La promoción de la lactancia materna, la supervisión de la alimentación y la prevención de las carencias vitamínicas y de oligoelementos.
- El cribaje de los defectos sensoriales, de la displasia de cadera y de las infecciones del tracto urinario.

Sin embargo, y en relación con el desarrollo madurativo, en la mayoría de los programas del niño sano (de 0 a 2 años) existe una cierta precariedad en la inclusión de los aspectos psicosociales (vínculos parentales, modificaciones del entorno sociofamiliar y su influencia en el desarrollo, valoración del proceso de socialización...). Esta precariedad está condicionada por las dificultades metodológicas que implica la valoración del desarrollo psicosocial (requisito de los «screening», discurso uncausal predominante en el sector sanitario)^{16,17}. Estas dificultades, unidas a la evidencia reciente de la relativa eficacia del «screening» del desarrollo psicomotor en la infancia, no debe limitar la «escucha» de los problemas psico-sociales en la infancia.

Así pues, para salvar estas limitaciones en el desarrollo de los exámenes de salud en Atención Primaria, se precisa:

– Mejorar los conocimientos y el manejo de la patología psicósomática (trastornos del apetito, del sueño, asma...) de modo que el abordaje clínico se complemente con una exploración y valoración del entorno social y familiar del niño/niña.

– Incluir los aspectos psicosociales de la infancia en todos los encuentros del equipo de salud con la familia: la supervisión de salud y su componente psicosocial no se debe limitar a los exámenes de salud programados.

– Analizar los aspectos psicosociales de aquellos subprogramas o actividades con marcado matiz psicosocial. Ejemplo: la promoción de la lactancia materna, los cuidados básicos (ritmo vigilia-sueño, alimentación diversificada).

– Avanzar en la coordinación con los recursos de salud mental del Área para un trabajo supervisado de los aspectos psicosociales, tanto en el nivel de niño-familia como en lo relativo al grupo etario y social al que pertenece el niño/niña.

Bibliografía

1. ARBELO CURBELO, A. y ARBELO LOPEZ DE LETONA, A.: «La Salud del niño especial a través de la mortalidad del lactante y mortalidad perinatal». *An Esp Pediatría*, 13,3: 5-10, 1980.
2. DE MIGUEL, J.: «La amorosa dictadura». Anagrama (Barcelona), pags. 23-43, 1984.
3. O.M.S.: «Método de Atención Sanitaria de la madre y el niño basado en el concepto de riesgo». O.M.S., Ginebra, 1978.
4. O.M.S. OFICINA REGIONAL EUROPEA: «El niño y el adolescente en la sociedad». Euro Reports and Studies, num. 3, Copenhague, 1980.
5. ARBELO CURBELO, A. y ARBELO LOPEZ DE LETONA, A.: «Demografía sanitaria de la adolescencia». Publ. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
6. COMUNIDAD DE MADRID (Consejería de Economía): «Anuario Estadístico 1987». Publ. Comunidad de Madrid, pags. 91-105; 106-126.
7. MILLER, C.A. et al.: «La salud infantil, una crisis ética». *Pediatrics*, 73: 550-558, 1984.
8. MANCIAUX, M. et al.: «L'enfant et sa santé», Doin Ed., pags. 21-45, 1987.
9. TEN HORN, G.H.M.M. y PEDREIRA MASSA, J.L.: «Epidemiología y registro de casos de salud mental infanto-juvenil», *Rev. As. Esp Neurops.*, 8: 373-390, 1988.
10. STERKY, G.: «New perspectives in prevention in childhood», O.M.S. Working Group. Oct. 1985.
11. MELLBIN, T., y SUNDELIN VUILLE, J.C.: «From four years to adolescence Health and adjustment from play period to preadolescence», *Socialstyrelsen redovisar*, 10: 23-33, 1982.
12. O.M.S. OFICINA REGIONAL EUROPEA: «Atención Primaria de Salud: De la teoría a la práctica», Euro-reports and Studies, num. 69, Copenhague, 1982.
13. PEDREIRA, J.L.: «Atención Primaria en Salud Materno-Infantil». *An. Esp. Pediatría*, 25, 1: 45-48, 1986.
14. BRAS, J.: «Supervisión de la salud. Esquemas de Pediatría Preventiva en las diferentes edades». *An. Esp. Pediatría*, 27S: 19-32, 1987.
15. MARIN TORRENS, R.M. et al.: «Evaluación Pediátrica en Atención Primaria», Generalitat Valenciana, Monografías Sanitarias, num. 6, pags. 21-30/253, 1987.
16. MACFARLANE et al.: «Child Health: The Screening Tests», Oxford University Press, pags. 1-8, 1989.
17. BUTLER, J.: «Child Health Surveillance in Primary Care», Her Majesty's Stationery Office, pags. 1-11, 1989.

Factores neurológicos y evolutivos

J.L. Herranz Fernández

Santander

En el curso de los primeros años de vida el niño va a experimentar una intensa vida de relación con determinadas personas, se va a especializar en expresar emociones y en comunicarse; con 2 años utiliza su lenguaje, sintoniza con otros, y muestra una capacidad creciente de normas sociales (Dunn, 1981) ¿De qué manera explica el proceso de maduración todos estos cambios?

Habitualmente los términos maduración, desarrollo y crecimiento son utilizados indistintamente y, sin embargo, no son idénticos. Crecimiento implica aumento de tamaño, maduración es el proceso que conduce a la plenitud orgánica y funcional, y desarrollo es un concepto que incluye a los anteriores e implica la serie de cambios secuenciales, generalmente progresivos e irreversibles, cuantitativos y cualitativos, que condicionan las diferencias individuales. El desarrollo es un proceso dependiente de la edad, y se produce por inte-

racción de cuatro vías: motora, audición-lenguaje, visión-coordinación visuomotora, y conducta psicosocial. La relación entre dichas vías de desarrollo es tan intensa que la afectación de una de ellas no sólo ocasiona la alteración del patrón de desarrollo de dicha área, sino también y simultáneamente el retraso en las otras.

El desarrollo adecuado de todas estas funciones precisa de la integridad del sistema nervioso central, en cuyo desarrollo deben considerarse los procesos sustractivos o regresivos tanto como los aditivos o progresivos (Goodman, 1987). Aunque la embriología subraya el papel de estos últimos, hay que tener en cuenta que la destrucción selectiva de familias celulares juega un papel importante en todos los sistemas biológicos, incluyendo el SNC de los vertebrados. Podría decirse que, mientras que los procesos aditivos determinan la organización cerebral de una manera amplia, los procesos sustractivos son los que contribuyen a su perfeccionamiento. En el desarrollo del SNC hemos de distinguir varias etapas, que se superponen parcialmente en algunos momentos (Gerschwind y Galaburda, 1985):

1) Formación del tubo neural y de sus derivados, que concluye en la quinta semana embrionaria, y cuya alteración ocasiona grandes malformaciones anatómicas, como anencefalia u holoprosencefalia.

2) Proliferación celular en zonas germinales,

Profesor Titular de Pediatría (Neuropediatría)
Hospital Universitario Valdecilla
Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria.

Dirección:
Prof. J.L. Herranz
Hospital Universitario Valdecilla
Sección de Neuropediatría
39008 SANTANDER

generándose precursoras de neuronas y de la glia, prolongándose hasta el nacimiento.

3) Migración celular desde la capa germinal al cortex cerebral, que ocurre entre el 3º y 8º mes fetal (Berry y Rogers, 1965). El fracaso masivo de esa migración es raro, y conduce a graves retrasos mentales, pero los defectos parciales de la migración neuronal se producen con relativa frecuencia, dando lugar a grupos neuronales ectópicos y a áreas cerebrales displásicas.

4) Diferenciación de los distintos tipos celulares, lo cual concluye ampliamente antes del nacimiento.

5) Formación de axones y dendritas, y aumento paulatino del número de sinapsis, lo cual se produce antes y después del nacimiento, siendo condicionado todo esto por la instauración y desarrollo de las funciones correspondientes en cada área cerebral.

6) Eliminación selectiva de neuronas y de sinapsis, en algunas áreas hasta la mitad de las mismas. Esa muerte neuronal selectiva elimina neuronas que han desarrollado conexiones erróneas, ayudando a delimitar el tamaño y número de cada población neuronal en función con su actividad. La eliminación de colaterales de axones incrementa la especificidad de las conexiones. Esta sintonización por muerte celular selectiva parece prolongarse durante toda la infancia, y junto a la desaparición física de algunas se produce la inactivación funcional de otras, que permanecen de forma latente.

Las fases 1 a 4 ocurren antes del nacimiento, y son poco influenciadas por factores ambientales. Pero los estadios 5 y 6 continúan después del nacimiento, siendo modificados por factores ambientales y por experiencias individuales (Fulker, 1981). También hay que tener en cuenta que las regiones cerebrales se desarrollan a distinta velocidad, madurando antes las dendritas de la corteza visual que las del área prefrontal, por ejemplo. Por ello, las poblaciones neuronales no sólo se van a diferenciar por su capacidad de perfeccionamiento mediante experiencias individuales, sino también por el momento en producirse dicho perfeccionamiento.

La secuencia natural del desarrollo cerebral tiene diferente velocidad para cada especie animal (Davidson y Dobbing, 1966), y con dicha secuencia se producen logros organizados e interrelacionados, tanto a nivel morfológico (elementos celulares cerebrales) como bioquímico (neurotransmisores, hormonas, iones, lípidos, enzimas, etc), electrofisiológico (neuro-transmisión, desarrollo del EEG y de los potenciales evocados), como a nivel conductual (Glaser, 1982). Muchos de estos procesos tienen una dependencia cronológica, puesto que ocurren en épocas concretas del desarrollo cerebral, épocas que son específicas para cada especie. El concepto de Períodos Críticos en el desarrollo cerebral recibió especial ímpetu con los trabajos de Flexner (1955), que identificó el período crítico en cerdo y cobaya en el comienzo del último trimestre de la gestación y en la rata en el 10º día postnatal. Todo esto fué subrayado después por Dobbing (1968), que prefiere el término de Períodos Vulnerables o Sensibles, definidos como los de máximo crecimiento cerebral en sentido anatómico y bioquímico.

El concepto de vulnerabilidad implica que, si una fase de desarrollo se frena por una noxa en el momento de máxima expansión, no sólo se va a afectar dicha fase, sino su traducción final, aunque la noxa sea eliminada y se aplique una óptima rehabilitación. La magnitud de la noxa para ocasionar el máximo efecto será menor cuando actúe antes de la fase de máximo crecimiento. Por otra parte, el mismo efecto podría condicionarse durante otras fases de desarrollo, pero sólo con mayor intensidad de la noxa, o con un tiempo mayor de actuación de la misma.

Dodge y col (1975) indican que no existen períodos críticos únicos. Así, los lípidos de la mielina pueden estar en fase de síntesis rápida cuando la estructura sináptica del cortex se encuentre en menor fase de desarrollo. Por otra parte, procesos madurativos concretos difieren en las diversas regiones cerebrales, siendo más precoces en las subcorticales que en las corticales. En fin, identifican dos períodos vulnerables o sensibles en relación con la influencia del desarrollo cerebral a factores

biológicos y ambientales: 1) período postnatal, que se alarga a los primeros meses de vida, y 2) pubertad, particularmente en las niñas, con cambios hormonales que van a condicionar notables modificaciones conductuales.

El desarrollo cerebral no solo está influido por factores genéticos, sino también por influencias ambientales y experiencias derivadas de las mismas. Las experiencias conducen a cambios paulatinos de determinadas estructuras cognitivas, que se traducen en nuevas formas de respuesta. El niño posee determinadas habilidades desde el nacimiento, como la atención selectiva, pero se encuentra en un contexto social en el que se desarrollan patrones de atención y de comunicación, conductas visuales, y se adquieren habilidades. El niño nace con una sensibilidad especial a estímulos emitidos característicamente por seres humanos, como la voz. Durante los primeros meses se van desarrollando movimientos expresivos, coordinación de ojos, manos, cabeza, que son muy semejantes en todos los niños, independientemente del contexto social en que se encuentren. Así ocurre con el desarrollo de la sonrisa. En las primeras 2 ó 3 semanas puede observarse la sonrisa del bebé durante el sueño, sonrisa que no parece relacionada con sucesos ambientales sino de origen endógeno; entre las semanas 6 y 12 el bebé sonríe ante una amplia serie de diferentes sonidos y sensaciones, particularmente a la voz humana y a la cara materna. Durante el tercer mes el bebé ya selecciona a quién y a qué sonríe, y de hecho estudios similares en Inglaterra, USA y Uganda muestran resultados idénticos, en el sentido de que los niños de esa edad tienen respuestas más positivas con la madre que con personas extrañas. Tras esas conductas, genéticamente desarrolladas, va a ser fundamental el acúmulo de experiencias para mantener y desarrollarlas. Así, las fases iniciales del desarrollo de la sonrisa son también evidentes en los bebés ciegos, pero a partir de los 4 meses se observa en ellos una paulatina reducción en su expresividad, en relación con la falta de experiencias visuales que influyan en su desarrollo.

La falta o pobreza de estímulos visuales en los períodos sensibles va a afectar al desarrollo de las regiones cerebrales relacionadas con la visión, ocasionando defectos permanentes en la agudeza visual, en la visión binocular y en la orientación. En estos casos, los efectos de las experiencias sobre el desarrollo cerebral parecen modulados por la inactivación selectiva de vías nerviosas infrautilizadas y por amplificación de las vías utilizadas. La existencia del período sensible en el período postnatal precoz humano se deduce también por la ambliopía de los niños con catarata congénita, que persiste aunque dicha catarata sea extirpada quirúrgicamente.

Del mismo modo, se sugieren también uno o más períodos sensibles para el lenguaje durante los cuales, la privación temporal del mismo puede conducir a defectos verbales permanentes. El seguimiento a largo plazo de niños con frecuentes otitis en los primeros años de vida revela en ellos, con relativa frecuencia, hipoacusia de conducción que se traduce en defectos verbales permanentes, dificultad para la comprensión del lenguaje, y alteraciones del razonamiento verbal. En suma, que la falta o escasez de estímulos específicos adecuados para cada conducta o función durante sus fases sensibles correspondientes, es motivo del desarrollo alterado de las mismas, y ello es válido para funciones motoras lo mismo que para conductas verbales y psicosociales.

Otra causa invocada es el Retraso en la Maduración Cerebral. Es evidente que unos niños maduran a distinta velocidad que otros, y que en el mismo año una función madura más deprisa que otras. No es difícil imaginar, en consecuencia, que el origen de retrasos de algunas funciones pueda ser una forma extrema de la variabilidad madurativa normal. Así, la dislexia se ha atribuido al retraso de la maduración del hemisferio cerebral izquierdo (Satz y Sparrow, 1970). Pero esta atractiva hipótesis no se ha podido objetivar, de momento, y tampoco explica la falta de normalización de esas funciones con el tiempo, ni que esos niños muestren con frecuencia patrones

«desviados» en su desarrollo, y no patrones «retrasados» del mismo.

Siguiendo con las bases morfológicas, algunos defectos de desarrollo de conductas o funciones obedecen, sin duda, a Defectos en la Migración Neuronal. Galaburda y col (1985) han objetivado áreas de displasia cortical cerebral en zonas relacionadas con el lenguaje en el hemisferio izquierdo de cuatro disléxicos autopsiados, con alteraciones groseras en la migración neuronal.

En esta misma línea morfológica se han relacionado los trastornos del desarrollo de determinadas funciones o conductas con Patrones Atípicos de Lateralización Cerebral (Narbona, 1989). El cerebro humano es un excelente ejemplo de especialización hemisférica, con el hemisferio izquierdo especializado en unas funciones, y el derecho en otras. La lateralización cerebral asimétrica en el hombre viene sustentada por una serie de evidencias morfológicas y clínicas (Tabla I), que traducen

Tabla I
Lateralización hemisférica cerebral

A. *Asimetrías Morfológicas:* en hemisferio izquierdo de diestros (90%):

1. Planum Temporale mayor desde la semana 26 intrauterina.
2. Giro de Hechsl más estrecho.
3. Cisura de Silvio más larga.
4. Area de Broca más amplia.
5. Relación Sustancia Blanca/Sustancia Gris menor.
6. Area TPT (transición entre cortex de asociación auditiva y cortex inespecífico parietal) 7 veces mayor.
7. Cortex PEG (para integración visuoespacial y atención visual) menor.
8. Planimetría del Cuerpo Calloso menos amplia.

B. *Asimetría en Exploraciones Objetivas*

1. Test de Escucha Dicótica con superioridad funcional del oído derecho (hemisferio izq) para materia verbal desde los 2-3 años.
2. Potenciales Evocados Acústicos Tardíos (corticales) desorganizados y menos amplios en hemisferio que procesa el lenguaje.
3. Electroencefalograma activado con lenguaje en lado izq y con música en lado derecho desde los 6 años.
4. Cartografía Cerebral con menor potencia espectral en hemisferio correspondiente al efectuar tareas verbales y no verbales.
5. TAC/RMN: demostración de las asimetrías anatómicas.
6. Test de Amital Sódico Intracarotideo (WADA) con supresión funcional de un hemisferio cerebral durante menos de 2 minutos.
7. Tomografía de Emisión de Positrones (PET) midiendo el metabolismo cerebral con Xenon radiactivo.

C. *Asimetría con Repercusión en Patologías Neuropediátricas*

1. Epilepsia del Lóbulo Temporal.
2. Epilepsia Rolándica «Benigna» con Foco Centrottemporal.
3. Afasia Epiléptica Adquirida (síndrome de Landau-Kleffner).
4. Dislexia Genética.
5. Déficit de Atención con hiperactividad.
6. Síndrome de Down y otras cromosomopatías.
7. Afasia por Lesión Hemisférica Adquirida durante la Infancia.
8. Síndrome del Déficit del Hemisferio Derecho (1986).
9. Comisurotomía o Callosotomía (Split-brain).
10. Hemisferectomía.

que dicha especialización hemisférica tiene ya lugar durante los períodos embrionario y fetal, en oposición a la idea clásica de equivalencia de ambos hemisferios al nacimiento y de su especialización asimétrica a lo largo de la infancia. De hecho, el niño de 5 semanas aminora su motilidad de hemicuerpo derecho ante estímulos verbales, puesto que su hemisferio cerebral izquierdo es ya predominante en tareas de lenguaje; a los 18 meses muchos niños tienen una preferencia manual evidente; a los 4 años el 40% tienen definida su lateralidad; y a los 6-8 años la lateralidad debe estar definida en todos, utilizándose el término de Hemisferio Dominante para identificar al que se responsabiliza del lenguaje y de la manualidad. Pero dicho término es inexacto y confuso, ya que no domina un hemisferio sobre otro, al ser cada uno de ellos responsable de sus funciones. En personas diestras, que suponen 90% de la población, el hemisferio izquierdo es dominante en lenguaje y manualidad, mientras que el derecho domina en funciones visuoespaciales. Es más, muchas funciones complejas tienen varios componentes que se lateralizan en direcciones opuestas. Así, en la música, el hemisferio izquierdo es responsable del ritmo y el derecho de la melodía; en el lenguaje el hemisferio izquierdo dirige la semántica y la gramática, y el derecho la prosodia y la emotividad. En estas funciones, la cooperación entre ambos hemisferios va a ser fundamental para la normalidad de las mismas.

En el curso evolutivo el hemisferio más hábil en una determinada función suprime o deja latente esa habilidad en el otro hemisferio, que podría retomar esa habilidad en caso de alteración del hemisferio cerebral inicialmente responsable. Por otra parte, la representación bilateral de las funciones podría ser incluso perjudicial. Así se ha descrito en cuatro individuos con tartamudez desde los primeros años (Jones, 1966), que precisaron tratamiento neuroquirúrgico, en 3 casos por hemorragias intracraneales en edad adulta, en el cuarto por tumor cerebral a los 13 años; en cada caso el test del amital sódico intracarotídeo preopera-

torio reveló representación del lenguaje en ambos hemisferios por igual, y en los 4 desapareció la tartamudez tras las operaciones, en que los test de Wada localizaban el lenguaje en el hemisferio no intervenido.

¿Es posible la recuperación de lesiones o alteraciones cerebrales? Hay evidencias suficientes de que cerebros adultos pueden recuperar funciones perdidas, y de que cerebros infantiles pueden adquirir funciones que deberían haberse localizado en áreas alteradas. La Recuperación Funcional va a depender de la magnitud y localización de las lesiones, así como de la fase de desarrollo en que éstas se producen. Las funciones perdidas se pueden recuperar por restitución total o parcial de la estrategia original, o por sustitución o empleo de estrategias alternativas para llegar al mismo fin. Las funciones de regiones cerebrales dañadas pueden ser llevadas a cabo por regiones vecinas indemnes (transferencia ipsilateral o intrahemisférica) o por áreas semejantes del hemisferio contrario (transferencia contralateral o interhemisférica). Cuanto más precoz la lesión cerebral, tanto mayor la capacidad de recuperación funcional, puesto que con la edad se produce una restricción progresiva de la capacidad de transferencia o, lo que es lo mismo, una reducción de la capacidad de reespecialización cerebral.

Pero también es posible la Recuperación Neuronal tras lesiones cerebrales. Aunque las neuronas muertas no pueden ser reemplazadas si ha concluido la fase de proliferación prenatal, numerosos estudios indican que las neuronas que sobreviven pueden formar nuevas conexiones sinápticas en respuesta al daño cerebral, especialmente si éste se produce en edades tempranas. Cuando un axon es seccionado muere su porción distal, pero la proximal puede formar espinas y regenerar nuevas terminales (Van Hof, 1981; Finger y Stein, 1982). Esos brotes regenerativos pueden formar nuevas conexiones útiles en el lugar de la lesión, al mismo tiempo que pueden formarse brotes colaterales que ocupan los lugares sinápticos vacíos. También pueden reactivarse sinapsis latentes y crearse sinapsis nuevas. En fin, to-

das estas posibilidades regenerativas se producen con mayor facilidad en cerebros jóvenes. Por otra parte, si el cerebro se lesiona antes de que los axones alcancen su destino final, algunos de esos axones podrán alcanzar destinos alternativos. Además, si el cerebro es lesionado antes de que concluya la muerte neuronal selectiva, pérdidas accidentales de algunos axones podrán compensarse con otros que estaban destinados en principio a desaparecer. Todas estas posibilidades de regeneración y remodelado conforman la Neuro-plasticidad de los cerebros jóvenes, obsoleta en los adultos, que justifica programas terapéuticos de estimulación temprana y de apoyos psicopedagógicos específicos.

Con estas reflexiones cabría preguntarse ¿lesión cerebral, cuanto antes mejor? En gran parte así es, pero teniendo en cuenta la posibilidad de formación de conexiones anómalas o erróneas, responsables de hiperestésias, movimientos en espejo y retraso mental. Va a ser el pago al acúmulo de excesivas funciones en el tejido cerebral sano restante.

Bibliografía

1. BERRY, M. y ROGERS, A.W.: *The migration of neuroblasts in the developing cerebral cortex*. J Anat 99, 691-709, 1965.
2. DAVISON, A.N. y DOBBING, J.: *Myelination as a vulnerable period in brain development*. Br Med Bull 22, 40-44, 1966.
3. DOBBING, J.: *Vulnerable periods in developing brain*. En: Davison AN, Dobbing J (eds), *Applied neurochemistry*. F.A. Davis: Philadelphia, 287-316, 1968.
4. DODGE, P.R., PRENSKY, A.L. y FEIGIN, R.D.: *Nutrition and the developing nervous system*. C.M. Mosby: St. Louis, 1-157, 1975.
5. DUNN, J.: *Maturation and early social development*. En: Connolly K.J., Prechtl, H.F.R. *Maturation and development: biological and psychological perspectives*. Clinics in Developmental Medicine. No. 77/78. Spastics International Med. Publs., London, 274-286, 1981.
6. FINGER, S. y STEIN, D.G.: *Brain damage and recovery: research and clinical perspectives*. Academic Press: New York, 1982.
7. FLEXNER, L.B.: *Enzymatic and functional patterns of the developing mammalian brain*. En: Waelsch (ed). *Biochemistry of the developing nervous system*. Academic Press: New York, 281-295, 1955.
8. FULKER, D.W.: *Genetics and behavioural development*. En: Connolly, K.J., Prechtl, H.F.R. (eds), *Maturation and development: biological and psychological perspectives*. Clinics in Developmental Medicine. No. 77/78. Spastics International Med. Publs.: London, 32-49, 1981.
9. GALABURDA, A.M., SHERMAN, G.F., ROSEN, G.D., ABOITIZ, F. y GERSCHWIND, N.: *Developmental dyslexia: four consecutive patients with cortical anomalies*. Ann Neurol 18, 222-233, 1985.
10. GERSCHWIND, N. y GALABURDA, A.M.: *Cerebral lateralization: biological mechanisms, associations, and pathology. I. A hypothesis and a program for research*. Arch Neurol 42, 428-459, 1985.
11. GLASER, G.: *Critical periods in brain development related to behaviour the developing neurophysiology of the self*. En: Apley J., Ounsted C. (eds). *One child*. Clinics in Developmental Medicine, No. 80. Spastics International Med. Publs.: London, 54-74, 1982.
12. GOODMAN, R.: *The developmental neurobiology of language*. En: Yule W., Rutter M. (eds). *Language development and disorders*. Mac Keith Press: London, 129-145, 1987.
13. JONES, R.K.: *Observation on stammering after localized cerebral injury*. J Neurol Neurosurg Psychiatr 29, 192-195, 1966.
14. NARBONA, J.: *Lateralización funcional cerebral: neurobiología y clínica en la infancia*. Rev Med Univ Navarra 33, 89-99, 1989.
15. SATZ, P. y SPARROW, S.S.: *Specific developmental dyslexia: a theoretical formulation*. En: Bakker N., Satz P. (eds): *Specific reading disability. Advances in theory and method*. The Netherlands Rotterdam University Press, 17-40, 1970.
16. VAN HOF, M.W.: *Development and recovery from brain damage*. En: Connolly K.J., Prechtl H.F.R. (eds). *Maturation and development: biological and psychological perspectives*. Clinics in Developmental Medicine, No. 77/78. Spastics International Med. Publs.: London, 186-197, 1981.

Interacciones Precoces Madre-Bebé

C. Bayo

Madrid

Durante los últimos treinta años, a través de la observación del microanálisis de películas, de cuestionarios y entrevistas de diferente tipo, de seguimientos longitudinales de ciertas variables y de la reflexión y teorización, ha sido posible conocer, entre otras cosas, que el niño es muy sensible a los intercambios con quienes lo rodean. La presencia del bebé, desde recién nacido, desde los últimos meses de vida fetal, se ha convertido, siguiendo estos conocimientos, en presencia de persona. Hace unas décadas, estas edades tempranas eran predominantemente objeto de cuidados físicos, ya que no se consideraban poseedoras de cualidades psíquicas como tales, que justificaran otro tipo de actuación.

Continuar identificando y estudiando nuevas capacidades, especialmente las relacionadas con la percepción social, es objeto de expectación, suposición y esperanza. Esperanza en que la más temprana desviación en el funcionamiento social e intelectual podría ser seguida y relacionada con anomalías en estas capacidades. Si fuera así, se podría dar una explicación de los mecanismos subyacentes que ayudarían a comprender la aparición de desórdenes de desarrollo profundo, autismo,

futuros trastornos de aprendizaje, déficits de atención, diferencias temperamentales y varios problemas de conducta y aptitudes sociales (Stem, 1985).

Se ha realizado, y se sigue realizando, un gran esfuerzo en objetivar qué y cómo es la interacción normal precoz. Quizá sea posible valorar la magnitud de este trabajo, si se consideran la descripción y diagnóstico de interacciones precoces madre-hijo de riesgo o francamente patológicas.

Como refieren varios autores, acerca de las mantenidas por madres adolescentes y sus hijos. Por ejemplo, la preferencia de estimulación es física, más que visual o auditiva (Field, Widmayer, Stringer e Ignatott, 1980, Landy, Clark Schubert y Phillips 1983, Mc Langhlin, Sandler, Sherrod, Vietre y O'Connor 1979, Mercer 1977). Se identifica asimismo, un estilo «no verbal» de interacción (Thormann, 1985), e incluso un significativamente bajo nivel de estimulación en todas las áreas (Schilmoeller y Baranowski, 1985). Otros autores evidencian una menor responsabilidad al bebé, comparándolas con madres más maduras (Jones, Green y Krauss, 1980), y también ausencia de modificación de tonos agudos en la voz para dirigirse al bebé en relación a sincronización con movimientos y cercanía (Mc Arney, Lawrence y Aten 1979).

Sarah Landy describe pobreza en la interacción cara a cara, menos consistencia y sensibilidad a las claves que brinda el niño, en relación a diadas en las que la madre no es adolescente.

Otros autores hacen énfasis en la gran dificultad de manejar el aumento de negativismo y la individualidad emergente del bebé, sobre todo en presencia de nuevos nacimientos (Flech, Devanna, Hagerty y Rebate, 1956, Furstenberg 1976; Khlentsov y Pagliaro, 1965, Mc Anarney, 1985, Mednick, 1979).

El manejo de disciplina es frecuentemente inapropiado, así como el rechazo a la disponibilidad emocional, empujándose al bebé a una separación prematura. Se corresponde con lo anterior la cesión del bebé ante estos conflictos. Se ha podido determinar que adolescentes que maternizaron adecuadamente a sus bebés, e incluso excepcionalmente bien, hasta la edad de 12 meses, encuentran considerables dificultades para arreglárselas con un demandante niño de 3 años (Landy, Grey y Walker, en prensa).

Asimismo, están sobrerrepresentadas en estudios de incidencia de maltrato, negligencia en cuidados básicos y atención a las necesidades de salud y abandono infantil, comparando con la población general (Gil, 1970, Miller, 1984, Oates, Davis, Ryan y Stewart 1979, Spinetta y Rigler, 1972, West y West 1979, Williams 1980).

En recién nacidos de Alto Riesgo de diferente etiología —prematuridad, crecimiento intrauterino retardado, asfisia fetal y sus secuelas, etc—, ha podido observarse en ocasiones, una baja tolerancia a la estimulación, con detrimento de la calidad de interacción, ya que el bebé es, a menudo, un participante poco activo durante un dilatado período de tiempo.

La interacción normal puede verse afectada por otros y variados motivos, como son: incapacidad materna primaria, bajo nivel cultural, diferentes tipos de abandono, donde se incluirían las situaciones de pseudocuidados, etc.

Nos interesa conocer y discutir aspectos de la interacción normal y patológica, porque,

como dice el profesor Kreisler: «Nos vemos obligados a arreglárnoslas ante un bebé enfermo, el bebé real, que nos es necesario comprender tal cual es, en la realidad de cronología actual de su desarrollo. Estamos pues, obligados a recurrir a una teoría».

Una teoría que no se limitará al examen fino de lo que estamos observando, a la que tendremos que dotar de un significado, de un contenido de intercambio psíquico, con el fin de poder «influir tempranamente sobre las definiciones del diálogo, antes de que se consoliden los circuitos de fracaso y de incomunicación» (Cramer, 1990), para intentar cumplir el sueño de los psicólogos y psiquiatras infantiles, que también ha de ser el sueño de los pediatras, puntualiza Kreisler: «poner a raya los procesos mortíferos de los primeros desarreglos psíquicos».

En este sentido, examinamos la conceptualización del Dr. Stern acerca de la sintonización afectiva¹, entendiéndola como una aportación importante para *comprender mejor la normalidad* y, por lo tanto, como un instrumento que nos ayude a *perfilar más objetivamente lo que no es normal*.

«Una serie de autores describen en detalle como cuidadores y niños crean mutuamente las cadenas y secuencias de comportamientos recíprocos que forman los diálogos sociales durante los primeros 9 meses del niño. Lo que sorprende en estas descripciones es que la madre responde casi siempre dentro de una misma modalidad que el niño; si el niño vocaliza, la madre le responde vocalizando, si el bebé hace una mueca la madre se la devuelve. Sin embargo, el diálogo no se limita a una secuencia estereotipada de repeticiones ya que la madre está continuamente introduciendo modificaciones en la imitación o suministrando un formato «tema y variación» con ligeros cambios en su contribución en cada turno. Por ejemplo las vocalizaciones maternas pueden ser ligeramente diferentes cada vez en el «diálogo» con el bebé.

¹ The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology, 1985, Basic Books, Inc. Publishers New York.

Cuando el niño tiene alrededor de 9 meses, la madre, de una manera que puede entenderse como intuitiva, extiende su comportamiento más allá de la imitación hasta una nueva categoría, que se adapta al hecho de reconocer al niño como pareja de relación potencialmente intersubjetiva. A esta nueva categoría de comportamiento la denominaremos «sintonización de afectos».

Los ejemplos relativamente puros de esta categoría son difíciles de encontrar, no obstante se presentan cinco a continuación, relativamente libres de otros sucesos.

- Una niña de 9 meses está muy excitada con un juguete y trata de alcanzarlo. Al cogerlo, suelta un exhuberante «aah!» y mira a su madre. Su madre la mira a ella, encoje sus hombros y contonea la parte superior de su cuerpo, como una bailarina «go-go». Esto dura sólo lo que duró el ahhh de su hija, pero es igualmente excitado, alegre e intenso.

- Un bebé de 9 meses golpea un juguete blando con la mano al principio enfadado pero gradualmente con placer, exhuberancia y humor. Establece un ritmo estable. La madre coge este ritmo y dice, «kaaaa-bam» «kaaaa-bam», el «bam» coincidiendo con la caricia y el «kaaaa» con la subida de brazo preparatoria y la suspensión del brazo en el aire antes de que caiga.

- Un bebé de 8 1/2 meses trata de coger un juguete que está fuera de su alcance. Silenciosamente alarga el brazo hacia él, doblando y extendiendo los brazos y dedos lo más que puede. Todavía fuera de alcance, tensa su cuerpo para tratar de conseguir el centímetro extra que necesita para alcanzarlo. En ese momento la madre dice, «uuuuh...uuuuh» con un esfuerzo vocal en crescendo, la expiración del aire empujando contra su torso tenso. El esfuerzo vocal respiratorio acelerante de la madre se iguala al esfuerzo físico acelerante del niño.

- Una niña de 10 meses ejecuta una divertida rutina con su madre y luego la mira. La niña «abre» su cara (su boca se abre, los ojos como platos, las cejas subidas) y después la cierra, en una serie de cambios cuya curva

de nivel puede representarse por un arco suave (∩). La madre responde entonando «Yeah», con un timbre de voz que sube y baja mientras el volumen crece y decrece: «yah». El contorno prosódico de la madre se ha igualado al contorno facial y cinético del niño.

- Un bebé de 9 meses está sentado de frente a su madre. Tiene un sonajero en la mano y lo sacude mostrando un cierto interés y diversión. Mientras mira, la madre empieza a subir y bajar la cabeza, en estrecha conjunción con los movimientos del brazo del bebé.

Más a menudo la sintonización está tan metida en otras acciones e intenciones que está parcialmente escondida, como en el siguiente ejemplo:

- Una niña de 10 meses consigue finalmente meter una pieza en un rompecabezas. Mira a su madre, echa la cabeza hacia arriba y con un fuerte movimiento de brazos se levanta del suelo en un «ataque» de exhuberancia. La madre dice «Sí, esta es mi niña», el «Sí» muy acentuado, tiene un alza explosiva que refleja el movimiento de la niña y su gesto.

Uno podría argumentar fácilmente que el «Sí, esta es mi niña» funciona como una respuesta rutinaria en forma de refuerzo positivo y ciertamente lo hace. Pero ¿por qué la madre no dice simplemente «Sí, esta es mi niña»? ¿Por qué necesita añadir una entonación intensa al «Sí» que acompaña vocalmente los gestos del niño?. El Sí, en mi opinión, es una sintonización mezclada con una respuesta rutinaria.

La mezcla de sintonización con otros actos es tan común y en la mayoría de los casos tan sutil, que pasará desapercibida a menos que se preste especial atención en localizarla y delimitarla. Son en realidad las sintonizaciones «camufladas» las que dan idea de la calidad de la relación.

Las sintonizaciones presentan las siguientes características:

1. Dan la impresión de que ha sucedido algún tipo de imitación. Aunque no se devuelve fielmente el comportamiento manifiesto del niño está sucediendo un tipo de respuesta acorde a éste.

2. El ajuste es en gran parte intermodal. Es decir el canal o modalidad de expresión usado por la madre para corresponder al comportamiento del niño es diferente al canal o modalidad utilizado por éste.

En el primer ejemplo, el nivel de intensidad y la duración de la voz de la niña son correspondidos por los movimientos corporales de la madre. En el segundo ejemplo, las características de los movimientos del brazo del niño se corresponden a rasgos de la voz de la madre.

3. Es más bien a algún aspecto del comportamiento que refleja el estado de ánimo del niño a lo que se amolda la madre, no al comportamiento per se. El ajuste parece tener lugar entre las expresiones de estado interno, expresiones que pueden diferir en modo o forma, pero que son hasta cierto punto intercambiables como manifestaciones de un solo, reconocible, estado interior. La tarea se centra en el comportamiento como expresión más que como signo o símbolo, siendo vehículos de transmisión la metáfora y la analogía.

4. En resumen: la sintonización de afectos es expresar la calidad de sentimiento de un estado afectivo compartido a través de un comportamiento. La imitación del comportamiento no es la expresión exacta del estado interno, ya que si esto fuera así el comportamiento de respuesta afectiva parecería robótico.

5. Sintonización e imitación, más que constituir una dicotomía parecen ocupar los dos extremos de un espectro.

a) La imitación no permite a la pareja referirse al estado interior, más bien mantiene el foco de atención sobre las formas de comportamiento externas.

b) Los comportamientos de sintonización, por otro lado, retoman el suceso y trasladan el foco de atención a lo que hay detrás del comportamiento, es decir a la calidad del sentimiento que se está compartiendo.

Es decir, la imitación es el modo predominante de enseñar formas externas y la sintonización idéntica vía para comunicar o indicar la compartición de estados de ánimo internos. La imitación da forma, la sintonización sentimiento.

EVIDENCIA PARA LA SINTONIZACIÓN

La existencia de la armonización es a primera vista una impresión clínica, quizás una intuición. Para operacionalizar esta impresión es necesario identificar los aspectos del comportamiento de una persona que podrían corresponderse sin imitarlos realmente. Stern y otros delimitan tres rasgos generales que pueden ser correspondidos, y que por lo tanto forman las bases de la armonización, sin representar una imitación. Estos son intensidad, ritmo (sincronía, tiempo) y forma. Estas tres dimensiones se dividieron en seis tipos de «conjuntación».

1. Intensidad absoluta. Donde el nivel de intensidad del comportamiento de la madre observable es el mismo que el del niño, independientemente del modo o forma de comportamiento. (Ejemplo: volumen de la vocalización de una madre y fuerza de un movimiento de brazo brusco realizado por el niño).

2. Nivel de intensidad: Los cambios de intensidad se conjuntan en el tiempo. Por ejemplo un esfuerzo vocal en la madre y físico en un niño pueden mostrar una aceleración en intensidad, seguida repentinamente de una fase de desaceleración aún más rápida.

3. Pulso temporal. Se conjunta en el tiempo una pulsación regular. Por ejemplo, una madre puede asentir con la cabeza y coincidir con el gesto del niño conformando el mismo pulso.

4. Ritmo. Se conjunta un patrón de pulsaciones de distinta intensidad.

5. Duración. Correspondencia, en términos de período de tiempo, entre los comportamientos del niño y su madre. En sí misma esta correspondencia, solamente, no es considerada como un criterio suficiente para que se cumpla una armonización.

6. Forma. Se conjunta algún rasgo espacial de un comportamiento abstraible y devuelto en un acto diferente.

Una vez establecidos estos criterios de «conjuntación» o «correspondencia» a partir de las dimensiones intensidad, ritmo y forma, se trabajó directamente con las madres que contestaron a una serie de preguntas en relación a sus «respuestas conjuntadas» con sus hijos:

¿Por qué hizo Vd. lo que hizo, de la manera que lo hizo y justo cuando lo hizo? ¿Qué piensa Vd. que sentía el bebé en el momento...? ¿Es Vd. consciente de su propio comportamiento cuando...? ¿Qué deseaba, proponía, quería realizar cuando...?

Se pidió a las madres que jugaran con los niños como lo harían en casa. La sesión de juego tuvo lugar en una agradable sala de observación llena de juguetes apropiados para la edad del niño. Se dejó solos a la madre y al niño durante 10 o 15 minutos mientras se grababa en vídeo su interacción. Esta grabación fué vista inmediatamente después por la madre y los experimentadores. Tras crear una atmósfera de trabajo colaborativa, cómoda, no inquisitiva, en la que la mayoría de las madres se habían sentido a gusto aliándose con los investigadores, —«alianza, investigación-terapia»— imprescindible para realizar este tipo de estudio colectivo, se pasó a plantear las preguntas enunciadas más arriba.

Se planteó la cuestión de cuando parar el flujo de interacción grabado y hacer las preguntas, estableciéndose los siguientes criterios: a) Que el bebé hubiera hecho alguna expresión afectiva-facial, vocal, de gesto o postura. b) Que la madre hubiera respondido de modo observable. c) Que el bebé hubiera visto, oído o sentido la respuesta.

Coincidiendo con estos criterios, se veía la cinta y se hacían las preguntas, pasándose el episodio grabado tantas veces como fuera necesario. Se resumen aquí los resultados de mayor relevancia para la presente discusión, que se obtuvieron de investigar junto con diez madres y sus hijos de 8 a 12 meses:

1) 48% de respuestas más comunes por parte de las madres fueron armonizaciones tras una expresión infantil de afecto. 33% de respuestas fueron comentarios y 19% imitaciones. Durante la interacción de juego las armonizaciones tuvieron lugar en una tasa de 1 cada 65 segundos.

2) La mayor parte de las armonizaciones ocurrieron a través de modos sensoriales. A una expresión vocal del niño era muy probable que siguiera una respuesta materna facial o

gestual y viceversa.

En 39% de los ejemplos de armonización las madres usaron modalidades distintas a las del bebé (armonización de modalidad cruzada). En 48% las madres usaban modalidades iguales a las presentadas por los niños (armonización intramodal) y algunas que eran combinadas. Pudo correlacionarse finalmente un 87% de modalidades cruzadas, si no total, al menos parcialmente.

3) Analizando los rasgos generales de la armonización —intensidad, tiempo y forma— pudo delimitarse que las conjunciones de intensidad fueron las más comunes, seguidas de las de tiempo y en último lugar las de forma. En la mayoría de las ocasiones se conjuntaba más de un rasgo. (Ej: pulso y forma en el ejemplo del movimiento del brazo del niño arriba y abajo correspondido por el movimiento de cabeza de la madre).

Desglosado en porcentajes se concluye: Correspondencias de intensidad 81%, duración 69%, intensidad absoluta 61%, forma: 47%, pulso 13% y ritmo 11%.

4) La explicación más común de las madres a su actuación era «estar con el niño», «compartir», «participar», «unirse». Estas funciones podrían entenderse como de «comunidad interpersonal», o sea compartir la experiencia ajena sin intentar cambiar lo que la persona está haciendo o creyendo, versus la función de comunicación. Esta última implica un intercambio de información, o su transmisión, para alterar el sistema de ideas o acción del otro.

5) «Desintonizaciones». En ciertas ocasiones la madre correspondió intencionalmente poco o demasiado a la intensidad, tiempo o forma del comportamiento del bebé. Se definió este tipo de sintonizaciones como «**Afinamiento**» (tuning). Se trataba de que la madre comprendiera, se adentrara en el estado emocional del niño y que lo expresara lo suficientemente mal para que se alterase el comportamiento del bebé, sin que se rompiera la sensación de una armonización en proceso.

Las «**verdaderas desintonizaciones**» implicaron a la madre identificando incorrectamente la cantidad y/o calidad del estado emo-

cional del niño. O bien fué incapaz de encontrar el mismo estado en sí misma.

6) En 24% de los períodos de interacción la madre juzgó haber sido totalmente inconsciente de su comportamiento. En el 43% parcialmente consciente y en el 32% completamente, aunque en este último porcentaje las madres se referían por lo común a las consecuencias que deseaban con su comportamiento, más que a lo que hicieron en realidad. Se consideró que los procesos de sintonización ocurrían de forma inconsciente en la mayoría de los ejemplos.

No es difícil determinar experimentalmente que los «afinamientos» y las «desintonizaciones» influyen en el comportamiento infantil alterándolo o interrumpiéndolo. Después de una sintonización el bebé actúa como si nada especial hubiera pasado. No se interrumpe su actividad y no tenemos evidencia de que le haya llegado el efecto de la misma, sólo podemos especular si efectivamente ha tenido una consecuencia psíquica o no.

Para comprender mejor el proceso se elige el método de perturbar interacciones en marcha y ver qué sucede. Crear perturbaciones concretas en la interacción es un método de investigación establecido en la infancia, recordemos el procedimiento de «cara inmóvil» en que el padre o la madre muestran su rostro pasivo y sin expresión en medio de una interacción. Pudo verse que niños de 3 meses reaccionan con una retirada social tras intentar inútilmente hacer que el flujo de interacción continuara normalmente.

Las perturbaciones de sintonización se planearon a pares específicos en el presente trabajo. La madre observó junto a los investigadores la grabación de un episodio de sintonización concreto. Tras discutirlo, los técnicos instruyeron a las madres sobre como perturbar su estructura, volviendo a la sala de observación y llevando a cabo la perturbación planeada al surgir el contexto apropiado. Veamos dos ejemplos:

Un niño de 9 meses se aleja gateando de su madre hacia un nuevo juguete. Boca abajo lo golpea y agita, vocalizando animadamente. Entonces la madre se aproxima por detrás

fuera de su vista, le pone una mano en el culito y le mece. Parece que la velocidad e intensidad del movimiento de la madre se corresponde perfectamente con la actividad desplegada por el niño. No existe respuesta del niño a la armonización, continúa jugando sin perder el ritmo. Este tipo de interacción era típico de este par.

Se instruyó a la madre a «equivocarse», pretendiendo que el bebé estuviera algo menos excitado de lo que parecía y que ella se comportase de acuerdo a ésto. Al disminuir la velocidad e intensidad del zarandeo el bebé interrumpía su juego instantáneamente y se la quedaba mirando, como si preguntara «pero bueno, ¿qué pasa?». El procedimiento se repitió con el mismo resultado.

La segunda perturbación se planteó de forma opuesta; la madre fingió que el bebé tenía un grado de animación mayor y lo mecía así en consecuencia. El niño también notaba la discrepancia y se paraba. Al pedirle a la madre que volviera a zarandearlo correctamente, el bebé, de nuevo, no respondió.

Puede argüirse que el comportamiento de la madre es simplemente *una forma de reforzar*. El simple refuerzo no justifica la sintonización, aunque ésta cumpla también las funciones de refuerzo. Aquí velocidad/intensidad estaban en relación por parte de la madre y del niño, no sólo por la madre, la cual imaginaba que probablemente le animaba a seguir con su actuación. Los fenómenos refuerzo y sintonización están en muchas ocasiones indudablemente mezclados y cumplen distintas funciones en la relación que se está desarrollando.

Tras experimentar varias perturbaciones del tipo de las comentadas, se hace evidente que el niño tiene realmente una percepción de la sintonización y que la «comunidad interpersonal» creada por ésta va a jugar un rol importante. Se refiere el autor al proceso por el cual el niño llega a reconocer que los estados afectivos internos son formas de experiencia humana que pueden compartirse con otras personas. Lo contrario también es cierto: estados afectivos no sintonizados no serán experimentados en solitario, aislados del contexto inter-

personal de la experiencia compatible. Lo que el autor nos plantea aquí es nada menos que la forma y extensión del universo interior compatible.

MECANISMOS FUNDAMENTALES PARA LA SINTONIZACIÓN. UNIDAD DE LOS SENTIDOS

Si un gesto materno se va a corresponder con una cierta exclamación del niño, ambas expresiones deben compartir alguna característica común que les permita la transferencia de una modalidad o forma a otra. Esta característica común es la «amodalidad» o sea que distintas modalidades sensoriales son intercambiables.

Hay algunas características o cualidades que tienen en común casi todas o todas las modalidades de percepción; se incluyen: intensidad, forma, tiempo, movimiento y número. Cualquiera de ellas puede ser abstraída por cualquier sentido y trasladada a otra modalidad de percepción. Como ejemplo se puede considerar que un ritmo «largo-corto» (— -), puede ser expresado o abstraído desde la vista, el oído, el olfato, el tacto o el sabor. Para que esto pueda suceder, el ritmo debe existir de forma que no esté únicamente relacionada con un modo especial de percibir, sino que sea suficientemente abstracta para que sea transportable a diversas modalidades. La existencia de estas representaciones de propiedades amodales nos permite experimentar un mundo perceptualmente unificado.

Especialistas de desarrollo como Bower afirman que desde los primeros días de la vida el niño forma y actúa sobre representaciones abstractas de las cualidades de percepción.

Numerosos trabajos evidencian que los niños pueden percibir o experimentar intensidad, tiempo y forma de una manera amodal.

Recordemos que la cuestión de la unidad de los sentidos se remonta en nuestra cultura a Aristóteles, resumiéndose actualmente el problema en lo que Marks llama la «Doctrina de Información Equivalente», que afirma que

los distintos sentidos pueden informar sobre las mismas características del mundo exterior.

¿QUÉ ESTADO INTERNO SE ESTÁ SINTONIZANDO?

Se sintonizan afectos categóricos discretos como alegría y tristeza, y también afectos vitales como explosiones y «apagones». En realidad la mayoría de las sintonizaciones parecen tener lugar con afectos vitales.

Se refiere el autor a aquellas cualidades del sentimiento dinámicas, motrices, que distinguen lo animado de lo inanimado y que corresponden a cambios momentáneos en los estados de ánimo implicados en los procesos orgánicos del estar vivo.

Los afectos vitales son experimentados como cambios dinámicos o que siguen un modelo dentro de nosotros mismos o en otro.

El autor se esfuerza en establecer los afectos vitales como entidades, distintos de lo que se entiende generalmente por activación, distintos de otras categorías de afectos y que ahora se vuelven imprescindibles para entender la sintonización.

Cada 30 a 90 segundos tienen lugar muestras de afecto discretas en una interacción madre-hijo tipo. El seguimiento afectivo o la sintonización con otro constituye un proceso ininterrumpido, lo que no podría ocurrir si estuviera limitado a afectos categóricos. La sintonización afectiva debe ser capaz de trabajar virtualmente con todos los comportamientos. Precisamente ésa es una de las grandes ventajas de los afectos vitales. Se manifiestan en todos los comportamientos y pueden ser así un sujeto casi omnipresente de comportamiento.

Las sintonizaciones se pueden realizar con la cualidad del sentimiento con el que un niño trata de alcanzar un juguete, sujetar un bloque, dar una patada o escuchar un sonido. En la experiencia del autor la conexión de sentimientos, el estar en armonía con otro para seguir y sintonizar con afectos vitales, el «estar con» de una persona con otra se entiende

como compartir experiencias internas similares de un modo casi continuo. Se trata de buscar el contorno de activación que está sucediendo en cada momento y en todos y cada uno de los comportamientos y usar ese contorno para mantener el hilo de la comunicación ininterrumpido.

SINTONIZACIÓN COMO UN PELDAÑO HACIA EL LENGUAJE

Sintonizar es retomar, reelaborar un estado subjetivo. El estado subjetivo es el referente y el comportamiento manifiesto una de las posibles manifestaciones o expresiones del referente. Por ejemplo un nivel y calidad de exuberancia o gozo puede expresarse como una vocalización única, como un gesto único o como una única expresión facial. Toda manifestación tiene algún grado de sustituibilidad como un significante reconocible del mismo estado interno. Así la sintonización retoma comportamientos por vía de metáforas y analogías no verbales. Si podemos imaginar una progresión de desarrollo de la imitación a los símbolos a través de la analogía y la metáfora, este período de la formación del yo (sentido de un yo subjetivo), proporciona la experiencia esencial hacia la simbolización.

Referencia de Autores

- ROSE Y SATRAN (1965).
 ALS Y BRAZELTON (1979).
 MOSS (1973), BEEBE (1973), STERN (1974, 1977), FIELD (1977), BRASELTON (1979), PAPOUSEK Y PAPOUSEK (1979), TREVARTHAN (1979), FRANCIS (1981), UZGINIS (1981, 1984), KAYE (1982), MALATESTA E IZARD (1982), MALATESTA Y HAVILLAND (1983).
 KAYE (1979), UZGINIS (1984).
 STERN (1977).
 KAYE (1979).
 UZGINIS (1984).
 PIAGET (1954).
 MALATESTA E IZARD (1982).
 WOLFT (1969).
 SINNER (1971), SAGI Y HOFFMANN (1976).
 LIPPS (1906).
 TREVARTHAN (1977, 1978, 1979, 1980).
 MAHLER (1975), KOHUT (1977), LACAN (1977).
 SCHAFER (1968), HOFFMANN (1978), ORNSTEIN (1979), BASCH (1983), DEMOS (1984).
 HOFFMANN (1978).
 TRONICK (1978).
 BOWER (1974).
 LEWCOWICZ Y TURKEWITZ (1980), MARKAIN (1983), KUHLE Y MELTZOFF (1982).
 Gran parte del trabajo teórico de los GIBSONS (1959, 1969, 1979), PIAGET (1954), T. BOWER (1974) y otros se refiere a este tema.
 SANDER (1977).
 D. STERN (1985).

DetECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO

M^a D. Domínguez Santos

Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

Las tendencias actuales en psicología evolutiva consideran, al conceptualizar el desarrollo, como elementos básicos del mismo los aspectos genéticos y los aspectos ambientales que se relacionan entre sí. Abandonan las viejas polémicas en las que se discutían papeles preponderantes de unos u otros y en las que se buscaban incluso interacciones porcentualizadas de los mismos, para acogerse a enfoques etológicos que plantean por una parte la influencia de la herencia, entendida ésta no como algo estático sino sometida a cambios debidos a la filogénesis, y por la otra la influencia del ambiente y, por lo tanto, de procesos adquiridos que son posibles gracias a instrumentos genéticos que hacen posible esta adquisición.

A partir de esta concepción definen la existencia de «contenidos cerrados» y «contenidos abiertos»¹ en nuestro código genético. Los primeros nos definen como especie y sólo cambian a través de larguísimos procesos filogenéticos, en ellos se encuentra incluido nuestro calendario madurativo, y los segundos

se refieren a las posibilidades de adquisición y desarrollo que existen gracias a ellos y que permanecen en ellos como potencialidades². Por último introducen el concepto de «canalización del desarrollo»³ que se manifiesta de modo preponderante en las primeras etapas de la vida a través de la similitud que presentamos los seres humanos en los momentos próximos al nacimiento y como nos vamos diferenciando a medida que nos alejamos de él y van apareciendo la influencia de los elementos sociales y culturales.

En síntesis, el desarrollo temprano está, según estas aportaciones, fuertemente canalizado y con una mínima estimulación externa se produce de tal modo que en los momentos de mayor indefensión y vulnerabilidad del niño el desarrollo se garantiza gracias a mínimos evolutivos y a mínima estimulación que se pueden conseguir gracias a la atracción que sobre los adultos normales ejercen los bebés, sintiéndose inclinados a protegerlos y prestarles asistencia. Por supuesto los mínimos de estimulación solo garantizan mínimos evolutivos, para el desarrollo de cualquier aspecto psicológico la cantidad y cualidad de la estimulación va a ser crucial hasta el punto de determinar las diferencias individuales. El fenómeno de la canalización va a perder el protagonismo de los primeros momentos de la

Unidad de Psiquiatría.
Hospital General de Galicia.
Facultad de Medicina. Santiago de Compostela.

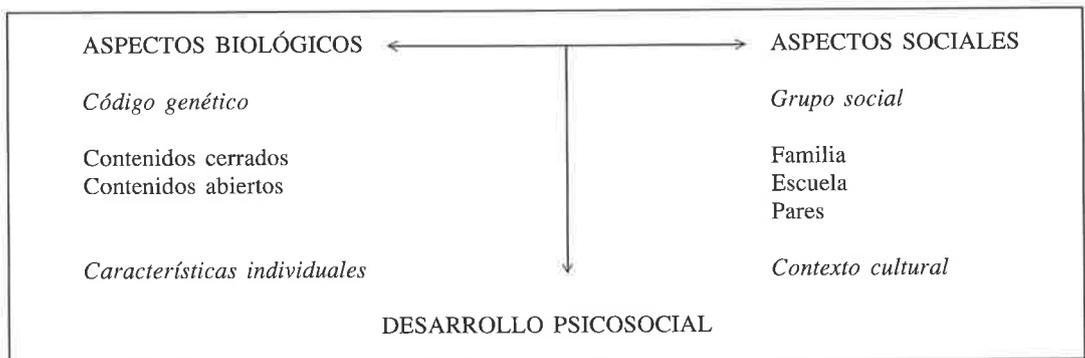
vida en favor de la influencia de la estimulación del medio que, como ya ha sido definido⁴: el medio verdaderamente importante para el niño es el humano, el social.

El desarrollo psicológico es, por lo tanto, el trasunto interno de relaciones interpersonales estables que los niños mantienen con su entorno; esta visión está alejada de la postulación de que todo lo que hay en el niño sea fruto del aprendizaje: la investigación sobre los procesos cognitivos y de desarrollo de la personalidad y la propia observación de los recién nacidos así lo evidencian⁵, a lo que se suma la presencia admitida de un calendario madurativo que impone limitaciones y abre posibilidades, sin prescindir de la gran importancia de la interacción social que promueve el desa-

rollo en la medida en que permite al niño partir de donde está para, con la ayuda adecuada, ir un poco más lejos⁶, es decir desarrollarse.

Esta visión, que se ha definido como contextualista-interaccionista, pone de manifiesto la importancia que, en los primeros años de vida, tiene tanto la dotación biológica del niño, sus características individuales y sus potencialidades así como el medio social que lo recibe, que se va a encargar de su supervivencia y socialización a través del grupo familiar, escolar y de iguales. A su vez, están inmersos en un contexto cultural que va a determinar un modo de socialización peculiar y que influirá en su proceso de desarrollo. (Tabla I).

TABLA I



Para concluir esta introducción señalo los aspectos fundamentales del desarrollo entre los 0-5 años. Las aportaciones de la psicología evolutiva^{7,8}, aún cuestionando la evolución en estadios, sitúan el desarrollo en estos primeros años en dos etapas (Tabla II) y consideran y estudian los procesos de desarrollo que se exponen a continuación. (Tabla III).

TABLA II

0-2 años	PRIMERA INFANCIA
2-6 años	AÑOS PREESCOLARES

TABLA III

DESARROLLO FÍSICO Y PSICOMOTOR

PROCESOS COGNITIVOS BÁSICOS
PERCEPCIÓN
INTELIGENCIA
LENGUAJE

DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE LA PERSONALIDAD

FACTORES DE INFLUENCIA EN EL DESARROLLO PSICOSOCIAL

Como se desprende de la introducción los

TABLA IV
Elementos del sistema social

-
1. DETERMINADAS PERSONAS
 - La madre
 - El padre
 - Los hermanos
 - Otros familiares
 - Compañeros
 - Maestros
 2. DETERMINADAS INSTITUCIONES
 - La familia
 - La guardería
 - La escuela
 3. OTROS GRUPOS SOCIALES
 - Clase social...
 4. OTROS FACTORES
 - Medios comunic.
 - País
 - Zona geográfica
 - Habitat
 - Cultura
-

factores de influencia en el desarrollo derivan de lo que Wallon llamó el inconsciente biológico y el inconsciente social⁹.

Me referiré en primer término a los factores sociales (Tabla IV), que para la mayoría de los autores son los que pueden aportar la afectividad y la estimulación: cognitiva, social y afectiva que precisa el ser humano para su desarrollo; en segundo término a las características del propio niño (Tabla V) y a sus necesidades básicas (Tabla VI); de la interacción de estos tres grupos de factores se va a derivar lo que se ha denominado el sistema de interacciones privilegiadas que determinará el desarrollo y socialización del niño¹⁰⁻¹².

TABLA V
Características del niño

-
1. ETAPA DEL DESARROLLO
 2. SEXO
 3. GRADO DE SALUD
 4. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS
-

TABLA VI
Necesidades básicas

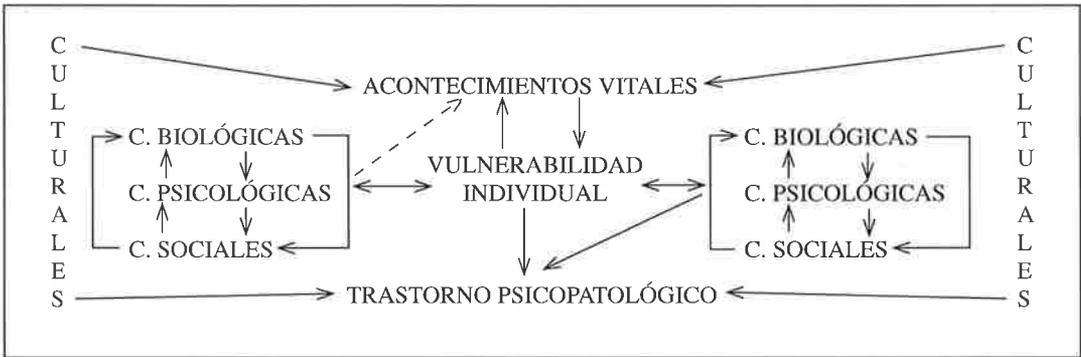
-
1. PROTECCIÓN: de los peligros reales o imaginarios contra la vida y la salud.
 2. CUIDADOS BÁSICOS: alimentación, limpieza, temperatura adecuada...
 3. AFECTO: posibilidad de establecer vínculos afectivos.
 4. JUEGO: actividades que no tienen un objeto inmediato definido.
 5. EXPLORACIÓN: aprendizaje en relación con el entorno y sí mismo.
 6. CONTROL SOCIAL: de las conductas peligrosas o indeseables.
-

FACTORES DE RIESGO

La mayoría de las aportaciones de la literatura sobre el tema señalan como factores de riesgo los propios factores de influencia que hemos mencionado anteriormente, en la medida en que no estén presentes o que la calidad de su presencia no constituya una interacción beneficiosa o que incremente la situación de vulnerabilidad del niño que le es propia por su condición de sujeto inmaduro, convirtiéndola así en una situación de vulnerabilidad específica.

Entre los elementos del sistema social se señalan con preferencia las carencias familiares, por regla general se sitúan en primer término las carencias de la madre, luego del padre y por último la de otros adultos sustitutivos de las figuras parenterales. Estas carencias pueden ser debidas a diversas causas entre las que se recogen: la muerte, las hospitalizaciones por enfermedad de los padres, las reclusiones por encarcelamiento y las ausencias por emigración de una o ambas figuras parenterales. En segundo término se recogen las interacciones defectuosas por enfermedades de los padres, enfermedades físicas y sobre todo las enfermedades mentales y las dependencias de drogas y/o alcohol de las figuras paternas que dificultarían el proceso de desarrollo a través de interacciones que no favorecen el establecimiento de vínculos afectivos ni permiten el que se cubran las necesidades básicas del niño.

TABLA VII



En esta misma línea, de que no se produzca una carencia pura pero sí un importante deterioro de la relación familiar, se ha señalado el clima familiar alterado como uno de los factores de riesgo para el desarrollo psicosocial del niño, entre otras se han señalado las separaciones y/o divorcios, la escasa relación paterno-filial en cantidad y calidad debido a los excesivos horarios de trabajo de los padres, la juventud de los padres, especialmente la de las madres, la existencia de tensiones familiares y de desorganización del hogar, ciertas prácticas educativas desarrolladas por los padres y determinadas en general por situaciones de estrés de los mismos y por rasgos de personalidad.

Entre los factores procedentes del propio niño se señalan las características propias que ocasionan en los primeros momentos de la vida dificultades de manejo por parte de los padres, las enfermedades que ocasionan minusvalía, fundamentalmente, y las situaciones de hospitalización, institucionalización y adopción.

Todos estos factores de riesgo, difícilmente cuantificables, pueden estar presentes en mayor o menor cantidad e intensidad, siendo por ello difícil determinar el nivel de vulnerabilidad de la población infantil considerada en términos generales. Así, Eisemann¹³, propone el concepto de vulnerabilidad individual siguiendo el esquema de la Tabla VII en el que se incorpora la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales para

explicar la predisposición de un individuo para desarrollar un trastorno mental y su interacción con el medio; de este modo la vulnerabilidad no será una condición estática sino el resultado de la retroalimentación entre la predisposición congénita y la realidad cotidiana. Esta conceptualización pone de manifiesto la gran dificultad de detección de factores de riesgo porque exige la detección de la interacción relevante que determine el paso de una situación de vulnerabilidad a la de trastorno psicopatológico. Desde mi punto de vista es ésta una aportación muy matizada que recoge la sensibilidad de los estudiosos de la psicología evolutiva que observan como situaciones de riesgo pueden ser superadas por el niño si encuentra condiciones dentro de los elementos del sistema social que le permitan hacerlo, por otra parte plantea la dificultad, obvia, para establecer una causalidad lineal entre factores de riesgo y trastornos del desarrollo, haciendo necesario el estudio de constelaciones de factores de riesgo y de factores de protección que actúan sobre un sujeto.

Para concluir, he recogido algunos estudios de seguimiento de poblaciones infantiles de riesgo. En la práctica totalidad de los mismos se hace hincapié en la dificultad de los estudios rigurosos para seguir longitudinalmente a los sujetos y, en la mayoría, los factores de riesgo estudiado son las enfermedades mentales graves de los padres y sus consecuencias en cuanto a la psicopatología de los hijos.

ESTUDIOS DE LA DESCENDENCIA DE ENFERMOS PSICÓTICOS

Los riesgos a que están sometidos los hijos de enfermos psicóticos cristalizan en trastornos por hiperactividad y retraso intelectual¹⁴, mayor prevalencia de diagnósticos de esquizofrenia y estados borderline así como mayor tendencia al abuso de alcohol y drogas¹⁵, problemas de adaptación y comportamientos característicos del período premórbido de la esquizofrenia¹⁶, mayor tendencia a presentar rasgos de personalidad antisocial, y mayor riesgo cuando ambos padres presentan trastornos psiquiátricos, aunque solo uno esté diagnosticado de esquizofrenia¹⁷. Se reconocen como factores de riesgo para desarrollar un trastorno de tipo esquizofrénico la historia familiar de trastornos de este tipo, a los que se añade trauma perinatal y atención parental e institucional inestable¹⁸. En esta misma línea algunos estudios no recogen exclusivamente el trastorno mental de los padres sino también la inestabilidad y disfunción familiar, señalando la alta frecuencia de rasgos de psicopatología infantil y de consumo de atención y tratamiento psiquiátrico en edades tempranas¹⁹. Weintraub señala la importancia de la patología de los dos padres, su repercusión sobre el clima familiar y sus consecuencias sobre los hijos que se resienten en los rendimientos sociales y cognitivos, siendo los aspectos relativos a la atención los más afectados²⁰. La frecuencia de diagnósticos psiquiátricos diversos es mayor en los hijos de esquizofrénicos que en el resto de la población infantil incluso cuando se considera la descendencia de padres con trastornos psiquiátricos graves pero no esquizofrénicos²¹. Landau y colaboradores estudian una población de hijos de esquizofrénicos que se crían fuera del hogar, y los comparan con otras dos poblaciones, una de ellas control y otra hijos de esquizofrénicos que se crían con sus padres, y encuentran una mayor similitud en cuanto al desarrollo y la aparición de patología entre el grupo control y el grupo criado fuera del hogar frente al que se cría con sus padres enfermos que presenta mayor patología²².

En lo que se refiere a los padres con diagnósticos de trastornos psicóticos afectivos aparece fundamentalmente la alteración en el establecimiento de los lazos afectivos que se manifiesta con mayor intensidad a medida que aumenta la edad de los hijos²³; aunque algunos autores critican la determinación de la enfermedad psicótica de los padres como factor de riesgo, confirman una mayor prevalencia de patología y de trastornos psiquiátricos en los hijos de estos pacientes²⁴.

ESTUDIOS EN LA DESCENDENCIA DE HIJOS DE ENFERMOS ALCOHÓLICOS

Se pone de manifiesto el mayor riesgo de esta población infantil para recibir agresiones y malos tratos^{25,26}. Los trastornos más frecuentes son los que se refieren al comportamiento y la hiperactividad^{27,28}; también se describe una mayor tendencia al abuso de alcohol y drogas así como desarrollo de comportamientos de delincuencia²⁹⁻³¹. En estudios con poblaciones sanas se encuentra una incidencia mucho mayor de trastornos emocionales que a menudo la duplica³² y que se incrementa si uno de los progenitores presenta además un trastorno psiquiátrico³³. Las quejas somáticas y los trastornos psicósomáticos también adquieren gran protagonismo en la descendencia de alcoholicos^{34,35}. La frecuencia de déficits cognitivos importantes, referidos a nivel intelectual y escaso rendimiento en las áreas de lenguaje, y mayor demanda de atención especializada en la escuela se recoge también para esta población en numerosos trabajos³⁶⁻³⁸. La gran diversidad de alteraciones psicopatológicas y la vivencia distorsionada del núcleo familiar llevan a pensar en una repercusión importante del alcoholismo parental pero inespecífica³⁹.

ESTUDIOS REFERENTES AL CLIMA FAMILIAR

Las situaciones de separación y divorcio

ocasionan en los niños en edad preescolar sentimientos de culpa que perduran un año después de producirse; también se recogen sentimientos de pérdida y se señala como factor de riesgo no tanto la separación como lo que han denominado la turbulencia parental en torno a la separación⁴⁰.

La carencia de hogar y las carencias económicas en general se han visto relacionadas con síntomas de depresión, dificultades cognitivas y emocionales en general⁴¹. La institucionalización, por regla general consecuencia de patología mental grave especialmente en la madre, se relaciona con la aparición de trastornos adaptativos y conductas antisociales⁴². Los déficits cognitivos y los rasgos depresivos han sido observados en niñas tuteladas comparadas con poblaciones no carenciales⁴³ y algunas anotaciones recogidas sobre las diversas prácticas educativas señalan el desarrollo de rasgos de personalidad de dependencia y ansiedad en niños sobreprotegidos por sus madres así como el desarrollo de rasgos de personalidad agresiva en niños educados desde la punición y la rigidez, aunque no están rigurosamente comprobadas⁴⁴.

CONCLUSIONES

La detección de los factores de riesgo en las primeras etapas del desarrollo requiere de la profundización en el estudio de la psicología evolutiva.

Se hace necesario establecer la vulnerabilidad individual de los sujetos no sólo en base a los estudios de los factores de riesgo sino también considerando los factores de protección.

Los estudios de seguimiento de poblaciones de riesgo están fundamentalmente basados en los grupos de riesgo biológico en tanto que en los de riesgo psicosocial las aportaciones se refieren a la presencia de patología psíquica omitiendo los análisis de desarrollo psicosocial que permitirían una intervención preventiva precoz.

Bibliografía

- JACOB, F.: *La lógica de lo viviente*. Barcelona. Laia. 1973.
- PALACIOS, J.: «Introducción a la Psicología Evolutiva: Historia, conceptos básicos y metodología» en *Desarrollo psicológico y educación I* Madrid. Alianza Editorial 1990.
- MCCALL, R.B.: «Nature-nurture an the two realms of development: A proposed integration with respect to mental development, *Child Development*, 52, 785-797, 1981.
- WALLON, H.: «La evolución dialéctica en la personalidad» en *Psicología del niño. Una comprensión dialéctica del desarrollo infantil*. Madrid. Pablo del Río, 1980.
- DOMENECH, E. y COSTAS, C.: «Factores de riesgo psicopatológico en el recién nacido y en el lactante». ev. *Psiquiatría Fac. Med. Barna*. 15, 2, 59-68, 1988.
- PALACIOS, J.: *Op. Cit.*
- PALACIOS, J., MARCHESI, A. y COLL, C.: *Desarrollo psicológico y educación, I*. Madrid. Alianza Editorial, 1990.
- AUSUBEL, D. y SULLIVAN, E.: *El Desarrollo infantil* México. Paidós, 1989.
- WALLON, H.: *Op. Cit.*
- LOPEZ, F.: *La formación de los vínculos sociales*. Madrid Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia, 1985.
- DESVIAT, M.: «Grupos de riesgo y crisis en salud mental» Trabajo presentado en el curso de «Intervención en crisis» Madrid. 1988.
- DOMENECH, E. y COSTAS, C.: *Op. Cit.*
- EISEMANN, M.: «Prácticas educativas de los padres y psicopatología». ev. *Psiquiatría Fac. Med. Barna*. 15, 5, 243-354, 1984.
- GRUNEBaum, M.D. et cols.: «Attention in Young Children of Psychotic Mothers». *M. J. Psy.* 131, 8, 887-891, 1974.
- SCHULSINGER, H.: «A ten-year follow-up of children of schizophrenic mother». *Acta Psychiat. Scand.* 53, 371-386, 1978.
- HANSON, I. and cols.: «Some Possible Childhood Indicators of Adult Schizophrenia inferred from Children of Schizophrenics». *Brit. J. Psychiat.* 129, 142-151, 1976.
- FOWLER, R.C. and cols.: «Psychiatric illness in the offspring of schizophrenics». *Comprehensive Psychiatry*, 18, 2, 127-134, 1977.
- MEDNICK, S.A. and cols.: «The Copenhagen high-risk Project, 1962-86». *Schizophrenia Bull.* 13, 3, 485-495, 1987.
- WYNNE, L.C. and cols.: «University of Rochester child and family study: Risk research in progress». *Schizophrenia Bull.* 13, 3, 463-476, 1987.
- WEINTRAUB, S.H.: «Risk Factors in Schizophrenia: The Stony Brook High-Risk Project». *Schizophrenia Bull.* 13, 3, 439-449, 1987.
- JORGENSEN, A. and cols.: «The Copenhagen High-Risk

- Project: The Diagnosis of maternal Schizophrenia an its Relation of de Offspring Diagnosis». Brit. J. Psychiat. 151, 753-757, 1987.*
22. LANDAU, R. and cols.: «*The development of children of psychotic parents reared away from home*». *Isr. Ann. Psychiatry Relat Discip.* 13, 1, 48-57, 1977.
 23. GAENSBAUER, J. and cols.: «*Social and Affective Development in Infants with a Mani-Depressive Parent*». *Am. J. Psychiatry*, 141, 223-229, 1984.
 24. HAMMEN, C. and cols.: «*Maternal affective disorders, illness, and stres: Risk for children pscopathology*». *Am. J. Psychiatry*, 144, 736-741, 1987.
 25. TARTER, R. and cols.: «*Adolescents sons of alcoholics: Neuropsychological and personality characteristics*». *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 8, 216-222, 1984.
 26. BLACK, C. and cols.: «*The interpersonal and emotional consequences of being and adult child of an alcoholic*». *International J. of Addiction*, 21, 213-232, 1986.
 27. CANTWELL, D.: «*Familial-gemetic research with Hyperactive children*». *Diagnosis management and current research Spectrum*. New York, 1975.
 28. EARLS, F. and cols.: «*Psychopathology in children of alcoholics and antisocial parents*». *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 12, 481-487, 1988.
 29. MERIKANGAS, K. and cols.: «*Depressive with secondary alcoholism psychiatric disorders in offspring*». *J. of Studies on Alcohol*, 46, 199-204, 1985.
 30. JOHNSON, S. and cols.: «*Drinking styles and drug use in children of alcoholics, depressive and controls*». *J. of Studies on Alcohol*. 50, 427-431, 1989.
 31. RUTTER, M. and cols.: «*Juvenile delinquency: trends and perspectives*». Harmondsworth Penguin Books, New York, Guildford Press 1983.
 32. MOORS, R. y BILLINGS, A.: «*Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic an matched control families*». *Addictive Behaviors*, 7, 155-163, 1982.
 33. SCHUCKIT, M. y CHILES, J.: «*Family histories as a diagnostic aid in two samples of adolescents*». *J. of Nervous and Mental Disease*, 166, 165-176, 1978.
 34. MYLANDER, I.: «*Children of alcoholic fathers*». *Acta Paediatrica Scandinavica*, 49, Suppl. 121, 1960.
 35. BENNET, L.A. and cols.: «*Deliberate family process: a strategy for protecting children of alcoholics*». *Brit. J. of Addiction*, 83, 821-829, 1988.
 36. WEST, M. y PRINZ, R.: «*Parental alcoholism and childhood psychopathology*». *Psychological Bulletin*, 102, 204-218, 1987.
 37. WERNER, E.E.: «*Resilient offspring of alcoholics: a longitudinal study from birth to age 18*». *J. of Studies on Alcohol*, 47, 34-40, 1986.
 38. MARCUS, A.M.: «*Academic achievement in elementary school children of alcoholic mothers*». *J. of Clinical Psychology*, 42, 372-376, 1986.
 39. TORRES, A.J.: «*Rasgos psicopatológicos en hijos de alcohólicos*». Memoria de Licenciatura. Universidad de Santiago, 1988.
 40. FINE, S.: «*Children of divorce, custody and access situations: The contribution of mental health professionals*». *J. Child Psychol. Psychiat.* 21, 253-261, 1980.
 41. FOX, J.J. and cols.: «*Psychopathology and developmental delay in homeless children: a pilot study*». *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29, 5, 732-735, 1990.
 42. WALKER, E.F. and cols.: «*Effects of parental absence and institutionalization on the development of clinical symptoms in high-risk children*». *Acta Psychiat. Scand.* 63, 2, 95-109, 1981.
 43. VALENCIA, M.: «*Características intelectuales, aptitudinales y personales de los niños tutelados*». Memoria de licenciatura. Universidad de Santiago, 1989.
 44. EISEMANN, M.: *Op. Cit.*

Psicopatología del Lactante

E. Domènech

Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Las denominaciones «psicopatología y psiquiatría del lactante», «psychiatrie du nourrisson» de los autores franceses o «infant psychiatry» de los anglosajones, se suelen emplear para referirse a los trastornos mentales de la primera infancia. Su límite con la etapa siguiente, o preescolar, lo podríamos situar alrededor de los treinta meses, sin que exista un acuerdo unánime y algunos lo aplacen hasta el final del tercer año. La aplicación de los términos lactante y preescolar para referirse a estas etapas nos parecen poco acertados: el primero porque hoy un niño ya recibe alimentación variada y no se nutre solo de leche antes de los dos años y medio y el segundo porque el niño «preescolar» suele ir a la escuela mucho antes de los seis años. Pero seguiremos de momento haciendo uso de ellos.

Los primeros tres años de vida constituyen una nueva adquisición para la psiquiatría y la psicopatología. Hasta hace poco tiempo el estudio de esta etapa se limitaba a los estudios retrospectivos y al examen de los antecedentes en las historias clínicas de los pacientes adultos o niños. Se habían descrito algunas entidades

clínicas puntuales tales como el autismo infantil (Kanner, 1943), la depresión anaclítica (Spitz, 1946) o la deprivación afectiva (Bowlby, 1951). Pero estos casos eran excepciones.

Actualmente la patología mental de esta primera etapa de la vida ha recobrado un interés en sí misma, entrando a formar parte del contenido de la psicopatología y de la psiquiatría. El examen clínico comporta la observación directa de los niños de esta edad y la entrevista con los niños y sus madres.

La psicopatología del lactante constituye una parcela de la psicopatología muy importante dentro del enfoque actual preventivo de la salud mental y de la salud en general. Epoca de desarrollo muy rápido y de gran dependencia del ser humano de la madre, los problemas de desarrollo y de interacción constituyen dos pivotes fundamentales para comprender la psicopatología de esta etapa tan prometedora en el campo de la prevención, identificación y tratamiento precoz de la patología mental.

AUTONOMÍA DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL LACTANTE

La «psiquiatría del lactante» ha empezado a crecer muy rápidamente desde hace un par de décadas y a independizarse tanto de la psiquiatría general como de la paidopsiquiatría.

Parece como si quisiera conseguir pronto su estatuto de autonomía. Esta tendencia se encuentra plenamente dentro de la línea actual de subspecializaciones dentro de la psiquiatría.

Son testimonios de la autonomía que está adquiriendo la psicopatología del lactante: 1. Los Congresos internacionales de psicopatología del lactante. 2. Las publicaciones propias. 3. La asociación internacional WAIPAD. 4. Los profesionales clínicos e investigadores que se centran en la psicopatología de esta etapa. Pasamos a comentar brevemente estos cuatro elementos:

1. Los Congresos

El primero se reunió en Cascais (Portugal) en primavera de 1980. Fué un acontecimiento importante organizado por los psiquiatras infantiles de Estados Unidos que aportaba a la psicopatología precoz, del nacimiento al tercer año su nivel de autonomía (Kreisler y Cramer, 1980). Este Congreso estuvo dedicado a René Spitz quien había introducido la observación directa de bebés. Se subrayó la importancia del desarrollo del niño y de los fenómenos de interacción precoz en la relación maternofilial y se señaló que pueden producirse alteraciones psicopatológicas desde el nacimiento.

A partir del primer Congreso ya encontramos una continuidad en su celebración. El segundo tuvo lugar en Cannes (Francia) en 1983. Luego siguieron Estocolmo (1986) y Lugano (1989). El quinto debe celebrarse en Chicago (Illinois, USA) en septiembre de 1992.

2. Las Publicaciones

Existen trabajos puntuales sobre el tema desde hace mucho tiempo pero no hemos encontrado publicaciones globales hasta los años setenta. En esta década quiero señalar un manual de Kreisler, Faim y Soulé pionero en su género. Lleva como título: «L'enfant et son corps», y trata especialmente la patología psicósomática en forma amplia incluyendo los trastornos psicofuncionales tales como la anorexia y el insomnio o el cólico de los tres primeros meses. La clínica psicósomática

ocupa un espacio fundamental en la psicopatología del lactante hasta tal punto que no es aventurado decir que la psiquiatría del lactante es esencialmente el estudio de sus alteraciones psicósomáticas (Cramer, 1982).

Un texto de psiquiatría infantil de 0 a 3 años en dos volúmenes con el título de «Frontiers of Infant Psychiatry» se editó en 1983. Este libro ha sido traducido a varios idiomas. Recientemente se ha hecho una traducción del primer volumen al japonés coincidiendo con la introducción en este país de la asociación mundial WAIPAD. Esta obra reúne muchas aportaciones importantes para la psiquiatría del lactante como por ejemplo las investigaciones de Klaus y Kennell sobre los efectos del tiempo de contacto entre la madre y el recién nacido en las primeras horas, la clasificación de la psicopatología de la primera infancia de Call, el fracaso de las primeras interacciones o la evaluación del autismo infantil con el BRIAAC. No aporta ni pretende ser una visión de conjunto de la psicopatología del lactante.

De otra parte existe desde 1988 una revista internacional de psiquiatría del lactante: «Infant Mental Health Journal» con cuatro números anuales.

3. Las asociaciones internacionales

La asociación con más relieve por ser la promotora de los Congresos Mundiales es la WAIPAD o «Word Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines». Fué creada en 1980 con el objetivo de promover la educación y la investigación en el campo de la salud mental infantil. Esta asociación tiene un empeño especial en promover seminarios interdisciplinarios y en favorecer los estudios transculturales y los intercambios de trabajos entre diferentes países y culturas.

Otra asociación es la IAIMH o International Association for Infant Mental Health. Existen también tres grupos de estudio internacionales y un cuarto francés en Montpellier dedicado a la investigación y a la formación de profesionales

4. Los profesionales dedicados a la psicopatología del lactante o de la primera infancia

van siendo cada día más numerosos. Podemos citar algunos entre los más destacados: Kreisler y Lebovici en Francia, Cramer, Stern y Palacio en Suiza, Gauthier y Minde en el Canadá y en los Estados Unidos Ossofsky, Emde, Brazelton, Greenspan, Call entre otros.

Lo que hemos descrito hasta aquí demuestra que la psiquiatría del lactante tiene un peso específico y unas aplicaciones asistenciales indiscutibles. Sin embargo le queda todavía mucho camino por delante. En esta comunicación se expondrán dos aspectos de la psicopatología del lactante: algunas características que le son propias y las clasificaciones de los trastornos. Finalmente se hará referencia al lactante que aunque no padezca una patología tiene el riesgo de sufrirla en el futuro. La detección de los niños de riesgo tiene sin duda un gran interés para la prevención por lo que considero importante incluirlos dentro del estudio de la psicopatología del lactante.

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA PSIQUIATRÍA DEL LACTANTE

El método de abordaje del niño en esta etapa difiere de los que normalmente se utilizan en niños más mayores. El lactante no se expresa verbalmente y no le podemos preguntar que le pasa. Hay que acercarse a él con la **observación** y con la **intuición**, y estas dos aptitudes no se encuentran a menudo reunidas en una misma persona. Para captar las señales de un bebé es preciso poseer unas cualidades especiales de **comunicación** y **sensitividad**. Hay que aproximarse al pequeño sin miedo, con la seguridad de que podremos conectar con él, utilizando la mirada, el gesto, el contacto corporal, con mucho cuidado, sin prisas y sin mirar el reloj. Y además con las antenas puestas para no dejar escapar ninguna señal que nos indique el camino para penetrar en el entendimiento del niño

La observación del lactante

La observación es fundamental sin ningu-

na duda. El tiempo dedicado a la misma ocupa la mayor parte de la exploración, con descripciones detalladas de todos los movimientos y comportamientos. Pero, como señaló muy acertadamente Cramer (1982), esta observación siempre conlleva una idea preconcebida, y se realiza a través de una atención flotante, lo que deja un lugar importante a la intuición y a la creatividad del observador. Esto significa que en la aproximación más directa al bebé siempre juegan un papel factores mediadores. Algunos cometen el error de hacer interpretaciones excesivas. Sin embargo el exceso contrario también puede conducirnos a un atolladero. Hemos podido ver en algunas ocasiones largos listados de categorías observacionales que no permitían encontrar la significación de todas aquellas descripciones pormenorizadas y alejaban al examinador del encuentro real con el pequeño enfermo.

El reto fundamental de la observación del lactante es la posibilidad de semantizar el comportamiento (Cramer, 1982). Sin ello se puede llegar a acumular grandes volúmenes de listados de datos que no permitan realizar una síntesis que tenga sentido. Y el gran interrogante de la psiquiatría del lactante es la relación entre los fenómenos observables y los mecanismos mentales que los determinan (Kreisler, 1989). Pero el no poder acceder a las representaciones y vivencias mentales nos obliga a considerar el comportamiento observable como índice del funcionamiento psíquico.

Uno de los escollos del clínico es querer salvar las dificultades de abordaje directo del lactante, interrogando a la madre y manejando únicamente las vivencias y percepciones maternas. Por muy importante que sea una madre de un lactante y por muy fundamental su aportación al diagnóstico consideramos que, además del estudio de la madre, debemos hacer el del niño. Hoy sabemos que éste tiene una participación muy activa en la interacción maternofilial y que está dotado de unas «competencias» que eran desconocidas hace unas pocas décadas.

El síntoma

Una vez se ha aceptado que la exploración directa del lactante es imprescindible, el examen clínico debe conseguir un análisis preciso de los síntomas. Como señalan Kreisler y Cramer (1981), no basta con un diagnóstico de espasmo del sollozo, de anorexia o de insomnio. Hay que precisar de qué tipo de espasmo o de anorexia se trata y cuál es la incidencia temporal de los síntomas. Un insomnio por ejemplo no tiene la misma significación ni el mismo pronóstico si se presenta en los tres primeros meses, de los tres a los seis o en el segundo semestre. Hay que tener también en cuenta el estadio evolutivo del niño cuando aparecen unos síntomas y valorar éstos dentro del contexto del desarrollo orgánico, psicomotor afectivo y cognitivo.

La madre

El abordaje directo y personal del bebé no libra de la entrevista clínica exhaustiva con la madre. Precisamente, una de las características más importantes de la psicopatología del lactante es su dependencia o, mejor dicho, su interdependencia con el funcionamiento psíquico materno. Hay comportamientos anómalos en un lactante como pueden ser por ejemplo la «ofensa capitis» u otro tipo de balanceos o bien una depresión que no se pueden resolver sin acceder la psicopatología materna. Las angustias y las depresiones de la madre tienen prácticamente siempre repercusiones en sus hijos pequeños. A menudo se puede apreciar una coincidencia entre la ansiedad materna y el síntoma del niño. Algunos autores hablan de estructura mental compartida entre la madre y el niño y de dialéctica entre la estructura individual y la estructura compartida (Kreisler y Cramer, 1981).

El vínculo y la interacción

Un tercer aspecto esencial en el abordaje clínico del lactante es el estudio del vínculo que el pequeño ha establecido con la persona más relevante del entorno, que es en general la madre. Actualmente se utiliza la palabra *inter-*

acción para denominar el conjunto de fenómenos que se suceden en el tiempo entre el niño y la persona más significativa de su entorno. La interacción es en sí misma uno de los objetivos principales en la investigación de la psicopatología del lactante. En el examen clínico de un bebé observamos los comportamientos de la interacción real: contacto ocular, mirada, sonrisas, gestos, acercamiento, vocalizaciones, movimientos, actitudes... etc. (Mitjavia y Domènech, 1991).

Puede haber una patología de la interacción que ha sido recogida por alguna de las clasificaciones nosográficas de esta etapa. Stern ya hablaba hace tiempo de madres hiperestimulantes y de madres controladoras en un estudio de interacción entre una madre y dos gemelos (1972). Desde entonces se ha llegado a una mayor sofisticación en el análisis de las interacciones precoces. Brazelton (1982) ha puesto de manifiesto ritmos de atención en la interacción entre una madre y un niño de dos meses. En un estudio del ajuste de las competencias de la madre y del recién nacido en la situación de amamantamiento, hemos podido observar la calidad de las interacciones y los efectos negativos de las intrusiones maternas inoportunas (Missio et al, 1991). En situaciones de gran conflicto se puede apreciar un comportamiento de evitación de la mirada por parte del niño que puede ir seguido de toda una conducta de interacción inadecuada.

La expresión somática

Un último aspecto, en el que queremos insistir, dentro de las características de la psicopatología del lactante es su interdependencia de la patología somática. El niño muy pequeño tiende a expresar su sufrimiento psicológico a través de su cuerpo. Esto explica la necesidad ineludible del trabajo conjunto del pediatra y del profesional de la salud mental. Sería un grave error tanto para el primero querer prescindir de los aspectos psicológicos y comportamentales como para el segundo omitir la consideración de la organicidad. Cuerpo y psique andan más unidos

que nunca en las primeras etapas de la vida del hombre. Ante cualquier patología, sea cual sea su expresividad sintomatológica y su funcionamiento mental subyacente, debemos ahondar en su doble etiología médica y psicosocial. Y debe recordarse que las dos formas de expresión psicopatológica más comunes en la primera infancia son de una parte la psicósomática y de otra las alteraciones de la psicomotricidad.

CLASIFICACIONES DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL LACTANTE

La nosología existente para estas edades es todavía precaria. Las grandes clasificaciones del DSM-III (1980) y DSM-III-R (1987) resultan insuficientes e insatisfactorias para esta etapa. Estas hacen referencia a algunos trastornos mentales del lactante como el mericismo, ciertas alteraciones del sueño o el autismo infantil. Pero son muchos más los que faltan.

Las escasas clasificaciones que conocemos de la psicopatología del lactante no tienen validadas sus categorías. Sin embargo las presentaremos brevemente.

1. Clasificación de Greenberg (1970)

La primera clasificación de la psicopatología del lactante que hemos encontrado es la de Greenberg (1970). Es una clasificación de inspiración dinámica muy pormenorizada, que reúne de forma lineal a más de cincuenta comportamientos anómalos de niños de edad inferior a los treinta meses. Los agrupa en los nueve apartados siguientes: Alteraciones alimentarias y digestivas, trastornos de la eliminación, esquemas rítmicos estereotipados de motilidad corporal, alteraciones de la formación de los hábitos, exageraciones del estado de «arousal», trastornos de las manifestaciones afectivas, desarrollos atípicos, alteraciones de las primeras relaciones con la madre y otros. Además relaciona el comportamiento atípico del lactante con la conducta y la personalidad de la madre. También insiste en la importancia de una detección precoz de las

anomalías para que las intervenciones puedan ser de menor duración.

2. Clasificación de Greenspan (1981)

Este autor pertenece al grupo de psicólogos que se basan en el modelo de la psicopatología evolutiva. Este es un nuevo modelo de análisis de la psicopatología infantil que explica el desarrollo tanto normal como patológico y se centra muy particularmente en las primeras etapas de la vida. El modelo de psicopatología evolutiva tiene una forma distinta e innovadora de definir, diagnosticar, clasificar, tratar, prevenir y pronosticar las alteraciones psicológicas de los niños. En este modelo se encuentran estrechamente unidas la psicología evolutiva y la psicopatología infantil. Siguiendo esta orientación, se ha presentado una clasificación muy compleja y distinta de la psicopatología que se basa tanto en las conductas desviadas como en los déficits comportamentales en cada etapa del desarrollo desde el momento del nacimiento. Una sistematización puede encontrarse en Garber (1984).

3. Clasificación de Call (1983)

La clasificación de Call está inspirada en la del «Group for the advancement of psychiatry» o GAP (1966). Esta reunía, según Call, a diversos intentos anteriores de clasificación de la psicopatología infantil y el 90% de su listado de síntomas podrían presentarse en la primera infancia (Call, 1983). Call añade todavía más síntomas para las primeras edades y en especial una categoría para la patología del vínculo. Se trata de una clasificación lineal, como la de Greenberg, que reúne las alteraciones en los diez grupos siguientes: Respuestas sanas, trastornos reactivos, trastornos del desarrollo, trastornos psicofisiológicos, trastornos de la vinculación, alteraciones de la relación padres-niños, trastornos de la conducta, factores etiológicos del entorno, factores genéticos y alteraciones de la comunicación. Señalamos que el autismo infantil se encontraba en esta clasificación dentro de los trastornos del desarrollo como ocurre en la reciente clasificación del DSM-III-R.

4. *Las clasificaciones de Kreisler (1978, 1984) :*

Las clasificaciones de Kreisler presentan una particularidad y es que son multiaxiales. Esta nota distintiva enriquece el diagnóstico de la psicopatología de la primera infancia.

Leon Kreisler presentó una primera clasificación en 1978. En ella consideraba la psicopatología de expresión somática, los trastornos del desarrollo, la psicopatología de expresión motora y la que se expresa con trastornos mentales. Ayudado por Soulé, Kreisler intentó sentar las bases para un diagnóstico multiaxial de las psicopatologías y propuso tres ejes. El primero hacía referencia a la expresión de la psicopatología, el segundo al modo de funcionamiento psíquico (neurótico, psicótico, reactivo etc) y el tercero a la etiología. Esta clasificación viene referida en el primer volumen de *Infat Psychiatry* (1983).

El progreso de los conocimientos sobre interacción, funcionamiento psíquico del lactante y riesgo futuro, desde 1978, llevó a Kreisler a introducir modificaciones en su clasificación inicial y a presentar una nueva propuesta nosográfica. Su nueva clasificación (1984) tiene cuatro ejes: expresión clínica, estructuras interactivas, factores etiológicos y evaluación del riesgo. La clasificación completa puede encontrarse en «Clasificaciones en paidopsiquiatría» (Domènech, 1990).

El autor justifica la diversidad de ejes señalando de una parte que un mismo síndrome puede deberse a etiologías diferentes (un retraso de desarrollo puede tener muchas causas) y de otra que una misma circunstancia etiológica puede tener diversas formas de expresión psicopatológica (así por ejemplo un déficit en la interacción puede manifestarse en un trastorno psicósomático, un retraso de crecimiento o un comportamiento depresivo). Esto sucede con suma frecuencia en la psicopatología del lactante. Así por ejemplo, una anorexia podría tener una base de oposición reactiva, o bien obedecer a una alteración fóbica, o depresiva o psicótica.

En su primer eje, es decir en las formas de expresión psicopatológica, Kreisler engloba los

trastornos de expresión somática (patología psicósomática, patología de conversión y consecuencias somáticas de comportamiento anómalo), las alteraciones del desarrollo y las formas de expresión psicomotora y conductual. El primer objetivo del autor fué explicar las formas de expresión clínica sin hacer un juicio a priori de las causas o de la estructura y señaló que la expresión somática ocupaba el primer lugar en la psicopatología diaria del lactante: «no hay por así decir ningún día que no se consulte al pediatra sobre una alteración del sueño o del apetito, trastornos digestivos o infecciones repetidas que tienen que ver con condiciones ambientales psicológicas» (Kreisler, 1984).

El segundo eje hace referencia a la estructura y consta de tres apartados: uno que estudia la estructura de las interacciones, otro que trata de la estructura funcional de la mente y un tercero que permite ubicar la cronología de las interacciones.

El tercer eje permite evaluar los factores etiológicos y distinguir entre los orgánicos y los ambientales.

Y finalmente el cuarto eje se refiere al riesgo, y considera de una parte la intensidad o el grado y, de otra, la naturaleza del mismo (riesgo neonatal, depresión materna, maltrato etc.).

LACTANTES DE RIESGO DE PSICOPATOLOGÍA

La evaluación del riesgo en la primera infancia tiene un interés especial para la prevención.

El eje IV de la clasificación de Kreisler permite hacer una estimación del riesgo cuando ya existe un trastorno. Pero querríamos ir más allá evaluando el riesgo en los niños que todavía no son portadores de una patología, pero que son susceptibles de presentarla más adelante.

Ya nos referimos a este tema en otra ocasión (Domènech y Costas, 1988) tratando del riesgo biológico y del riesgo psicológico. Dentro de este segundo grupo quiero recordar

aquellos niños que por sus características temperamentales son más frágiles ante el impacto de su entorno. El niño «difícil» de Thomas y Chess (1978), o de Brazelton, o de Meares y colaboradores (1982) no es más que aquél en el que confluye una constelación particular de rasgos temperamentales que hacen de él un niño de riesgo de desarrollo patológico.

Pero la vulnerabilidad no es sólo función de una predisposición genética. Fraiberg señalaba en 1978 que con una predisposición genética mínima y perturbaciones graves en el establecimiento de los primeros vínculos se podía formar un Yo inestable y mal organizado que podría eventualmente desembocar en una psicosis. De otra parte Brazelton et al (1979) han demostrado una y otra vez que la calidad de las interacciones tenía efecto sobre la organización del temperamento y del comportamiento.

Dentro del modelo de vulnerabilidad para la esquizofrenia algunos autores sostienen que hay elementos de esta vulnerabilidad que podría ya detectarse en la etapa de lactante (Fish, 1977, D'Angelo et al, 1983).

La detección del lactante vulnerable para la psicosis, o para otras patologías, puede un día llegar a tener mucha importancia. De momento el conocimiento de las continuidades y discontinuidades de la psicopatología es todavía escaso. Y debemos reconocer que ni toda la psicopatología tiene su origen en los primeros tres años de vida ni todas las alteraciones del lactante tienen repercusiones psicopatológicas más adelante.

CONCLUSIÓN

La psicopatología del lactante plantea cantidad de preguntas a las que todavía no sabemos responder. Su estudio constituye un punto de encuentro de profesionales diversos: pediatras, psicólogos, psiquiatras infantiles, sociólogos...

El campo es multidisciplinar.

Hasta este momento el abordaje de esta parcela de la ciencia se ha hecho desde escuelas psicopatológicas que parten de presupues-

tos muy diferentes. Muchas interpretaciones han partido del modelo psicoanalítico o de los estudios de la psicología evolutiva. Hay bastantes aportaciones excelentes pero fragmentarias. Encontramos en falta una visión de conjunto desde una perspectiva psicopatológica. Sería injusto no referir aquí el esfuerzo de Kreisler que en más de una ocasión ha intentado abarcar toda la psicopatología de la primera infancia (1978, 1981, 1989). Su trabajo es un punto de partida extraordinariamente útil. Pero sería bueno que otros investigadores, desde otros modelos psicopatológicos, hicieran algo parecido.

Actualmente la psicopatología del lactante constituye un campo que incrementa sus contenidos y que probablemente veremos crecer y variar substancialmente en los próximos años.

Bibliografía

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III (3rd ed.)* Washington: D.C. Author, 1980. (Edición española: Barcelona, Masson, 1983).
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R (3rd ed. revised)* Washington: D.C. Author, 1987. (Edición española: Barcelona, Masson, 1988).
3. D'ANGELO, E., KROCK, L., O'NEILL, L. y BOYLE, P.: *Developmental and temperamental characteristics of infants at risk for serious psychopathology*. En J. Call, E. Galenson, R. Tyson: «*Frontiers of infant psychiatry*». New York, Basic Books inc. Vol II, 1983 pp 190-200.
4. BOWLBY, J.: *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Association. 1951.
5. BRAZELTON, B.: *Le bébé: partenaire dans l'interaction*. En B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Shäppi y M. Soulé: «*La dynamique du nourrisson*: Paris, E.S.F., pp 11-27. 1982.
6. BRAZELTON, T.B. y ALS, H.: *Four early stages in the development of mother-infant interaction*. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 34: 349-367, New Haven: Yale University Press. 1979
7. CALL, J.: *Toward a nosology of psychiatric disorders in infancy*. En J. D. Call, E. Galenson, R.L. Tyson: «*Frontiers of infant psychiatry*». New York, Basic Books, pp 117-128, 1983.
8. CALL, J., GALENSON, E. y TYSON, R.L. (Eds): *Frontiers of infant psychiatry*. New York, Basic Books. 2 vols.
9. CRAMER, B.: *Intéraction réelle, intéraction fantasmatique. Réflexions au sujet des thérapies et des obser-*

- ations de nourrissons. *Psychothérapies*, 1, 39-47, 1982.
10. DOMÈNECH, E.: *Clasificaciones en paidopsiquiatría*. IMP psiquiatría, 4, 178-182, 1989.
 11. DOMÈNECH, E. y COSTAS, C.: *Factores de riesgo psicopatológico en el recién nacido y en el lactante*. *Rev Psiquiatría Fac. Med. Barna.*, 15, 2: 59-68, 1988.
 12. FISH, B.: *Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children: Evidence for an inherited, congenital neurointegrative defect*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34: 592-597, 1977.
 13. FRAIBERG, S.: *The invisible children* En E.J. Anthony, C. Koupernik y C. Chiland: «*The child in his family: Vulnerable children*». New York: Wiley-Interscience, 1978.
 14. GARBER, J.: *Classification of childhood psychopathology. A developmental perspective*. *Child Develop* 55: 30-48, 1984.
 15. GREENBERG, N.A.: *Comportement atypique chez l'enfant en bas âge*. Trad. Franç. En E.J. Anthony y C. Koupernik (eds): «*L'enfant dans la famille*». Paris, Masson, vol. I, 76-108, 1970.
 16. GREENSPAN, S. y LOURIE, R.: *Developmental structuralist approach to the classification of adaptative and pathologic personality organizations: Infancy and early childhood*. *Am. J. Psychiatry*, 138: 725-735, 1981.
 17. GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY: *Psychopathological disorders in childhood: Theoretical considerations and a proposed classification*. GAP, Report No. 62. New York, Group for The Advancement of Psychiatry, 1966.
 18. KANNER, L.: *Autistic disturbances of affective contact*. *The Nervous Child*, 2: 217-250, 1943.
 19. KREISLER, L.: *Psychopathologie du premier âge. Bases cliniques. Regroupement nosographique* *Rev Neuropsyiatr. Infantile*, 26: 237-255. 1978
 20. KREISLER, L.: *Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie dans le premier âge: Propositions nosographiques nouvelles*. *Confrontations psychiatriques*, 24: 221-250, 1984.
 21. KREISLER, L.: *Sémiologie et classification en psychiatrie du très jeune enfant*. En S. Lebovici y F. Weil (eds): *Psychopathologie du bébé*, i vol 882p. Paris, PUF, 322-340, 1989.
 22. KREISLER, L. y CRAMER, B.: *La psychopathologie du très jeune enfant: A propos d'un Congrès remarquable*. *Rev. Internat. Pédiatrie*, 106: 15-20, 1980.
 23. KREISLER, L. y CRAMER, B.: *Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson*. *Psychiatrie de l'enfant*, XXIV, 1: 223-263, 1981.
 24. KREISLER, L. FAIN, M. y SOULE, M.: *L'enfant et son corps. Etudes sur la clinique psychosomatique du premier âge*. Paris, PUF, 1974 (3ème ed).
 25. MEARES, R., PENMAN, R., MILGROM-FRIEDMAN, J. y BAKER, K.: «*Some origins of difficult child: The Brazelton scale and the mother's view of her new-born's character*». *Brit. J. Med. Psychol.*, 55: 77-82, 1982.
 26. MISSIO, M., ROMERO, L., COSTAS, C., BOTET, F. DEULOFEU. y DOMÈNECH, E.: *Estudio del ajuste de las competencias de la madre y de su recién nacido en la situación de amamentamiento*. Manuscrito no publicado.
 27. MITJAVILA, M. y DOMÈNECH, E.: *La función de la mirada en la interacción comunicativa precoz madre-hijo*. *Rev. Neur. Psiq. Inf.* En prensa.
 28. SPITZ, P.A.: *Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. The psychoanalytic study of the child*. New York: International Universities Press, 2: 313-342, 1946.
 29. STERN, D.: *A microanalysis of mother-infant interaction: behavior regulating social contact between a mother and her 3 moth-old twins*. En N. Rexford, W. Sander y T. Shapiro (eds): «*Infant psychiatry*». New York. Int. Univ. Press, 1976.
 30. THOMAS, A., CHESSE, S. B y BIRCH, N.: *Temperament and behavior disorder in children*, New York : New York University Press, 1978.

Trastornos psicossomáticos y funcionales precoces

J.L. Pedreira Massa

Oviedo.

INTRODUCCIÓN

El empleo de modernas tecnologías en la investigación de la Psicopatología de los bebés, como el video y la computarización de algunos programas, han abierto importantes perspectivas para acercarnos a comprender buena parte del tipo de intercambios e interacciones precoces entre la figura materna y su bebé (Stern, 1989).

Algunos de estos hallazgos han confirmado algunas hipótesis de la observación de bebés de tipo clínico-situacional, en otras ocasiones estas observaciones no han podido ser confirmadas totalmente o han aparecido interpretaciones que las refutaban, pero desde una perspectiva experimental y quizá algo alejada de la realidad clínica.

El interés por manifestaciones clínicas en los bebés ha sido extraordinario y no es algo nuevo, sino que representa un sentir de primera línea con vistas al establecimiento de acciones y programas de tipo preventivo y/o de promoción de salud en el curso de la primera infancia.

Estos tres fundamentos son, en mi opinión, las razones que justifican este trabajo y se plantea como reflexión desde la clínica.

PLANTEAMIENTOS DE BASE

Desde las investigaciones etológicas se sabe que las interacciones figura materna-bebé se establecen como un «sistema diádico sincronizado» (López, 1988). En esta diada el niño/a funciona como un emisor-receptor sensorio-motriz y la figura materna se comporta como un emisor-receptor complejo, pues a lo sensorio-motriz añade un proceso de elaboración mental de gran complejidad.

Frente al funcionamiento de esta diada aparece la capacidad de estímulo desde la figura materna y que puede tener tres niveles: normoestimulación, hiperestimulación o hipoestimulación. Como bien plantea Mazet (1988): «la noción de exceso (o de insuficiencia) de estimulación posee un valor relativo y coge toda su significación si el nivel de estimulación que la madre dirige al bebé es evaluado por la capacidad de atención y la «sed» de intercambios manifestada por el bebé; en otras palabras, **un mismo nivel de estimulación podrá ser adecuado para un bebé, constituir un exceso de estimulación para el**

Paidopsiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto-juvenil de Avilés.

Profesor Asociado Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina. Universidad Oviedo.

TABLA I
Sistema diádico sincronizado

NIÑO	MADRE
1. Situación niño: – Indefenso y necesita cuidados. – Preadaptado social. – Buscador activo fig. sociales.	1. Situación madre: – Capacidad para cuidar y satisfacer hijo. – Ya sociabilizado. – «Sensibilidad especial» interactuar con niño.
2. Actividades del niño: a) Conductas procuran contacto corporal: – Reflejos: Prensor Moro Búsqueda Succión – Tendencia al contacto y al abrazo. b) Preferencia sensorial estímulos sociales: – Conducta visual – Conducta auditiva c) Sistema de señales comunicación social: – Gestos – Llanto – Sonrisa	2. Actividades de la madre: a) Tendencia al contacto corporal con niño: – Caricias – Abrazos – Mecimientos – Besos b) Conducta «especial» de la madre: – Visual – Sonora c) Sistemas de comunicación especiales: – Gestuales – Verbales

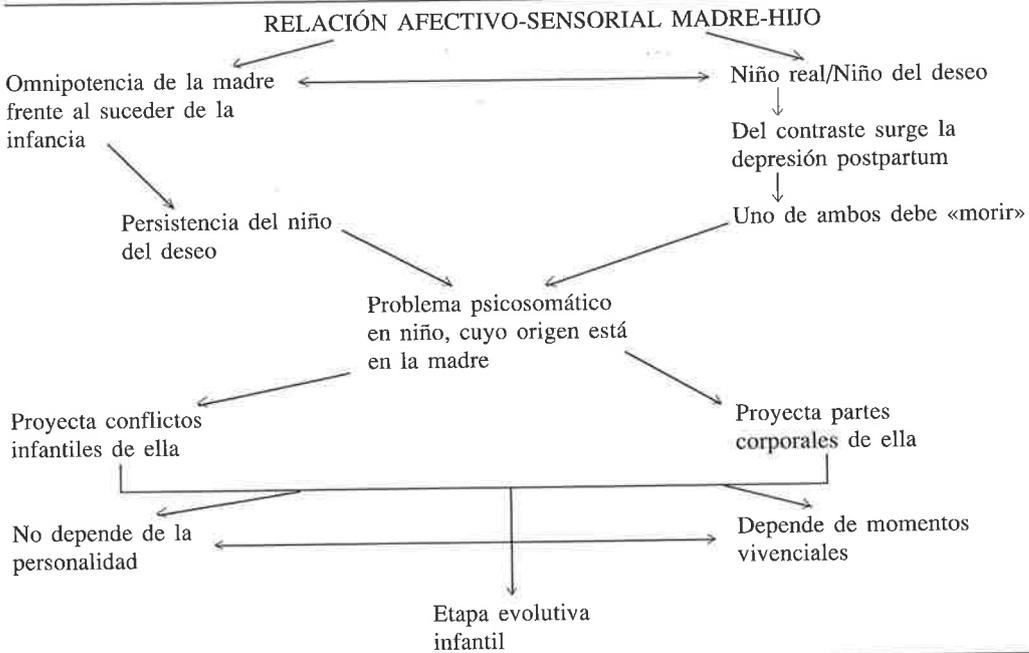
que su nivel de tolerancia es más bajo y que podrá manifestarse hiperexcitable; o **constituir una hipoestimulación para un bebé más apático** y para el que despertar su estimulación precisa de mayores solicitudes». Desde esta perspectiva la noción de normo/hiper/hipoestimulación no es posible sólo observando lo que hace la figura materna, sino que precisa una fina observación de la respuesta del bebé y del nivel de transacciones que se establece entre ambos.

Desde la perspectiva etológica (Bowlby, 19; López, 198) existen algunos datos de fundamental importancia para abordar las relaciones precoces madre-bebé. López (198), ha denominado a esta situación: «sistema diádico sincronizado», (Tabla I) en el que el bebé se comporta como emisor de señales comunicacionales hacia un sistema más evolucionado, el materno, capaz de responder a esas señales emitidas. No obstante hay que precisar lo que la teoría de los sistemas nos ha enseñado, en tanto que existe una inter-relación precisa entre el que sistema emisor y el receptor, de tal suerte que el, emite una señal se convierte también en receptor de las señales emitidas

como respuesta a las que él previamente había emitido. Es decir: A emite señales a B, según estas señales B responde a A que se convierte así en receptor de las señales emitidas por B.

En esa base interactiva existe un fundamento claro de los pasos que debe seguir la relación madre-hijo/a de forma precoz (Tabla II). En efecto, el inicio se establece como una relación afectivo-sensorial entre la madre y su bebé, dicha relación se marca por la omnipotencia del polo materno frente al suceder de la relación con el bebé, entrando en una cierta confrontación el «Niño real» (el niño externo, que ha nacido) y el «Niño del deseo» (el niño que se encuentra en la base nuclear de la imagen mental materna sobre «su» bebé). Del contraste entre ambos «Niños» surge la depresión postparto que hace que uno de esos dos niños deba «Morir». En ocasiones la omnipotencia materna hace que el «Niño del deseo» perviva y entonces aparece una expresión de esa confrontación en el «niño real». La expresión más común en estas primeras fases de la evolución humana, donde el lenguaje no es verbal, es la expresión psicósomática. Pero esta expresividad psicósomática tiene su origen en la figura

TABLA II
Evolución y relación diádica en clínica psicósomática



Fuente: E. Serrano, J.L. Pedreira

materna por dos mecanismos fundamentales: porque la figura materna proyecta en el bebé parte de sus conflictos infantiles o bien por proyección de partes corporales de ella misma; en ambos casos el bebé se comporta como una «prolongación» de la propia figura materna, por esta razón la expresión no depende tanto de la organización de la personalidad, sino de momentos vivenciales que se entrecruzan con la etapa evolutiva del niño/a.

La confluencia en esa línea de las escuelas francesa (Lebovici / Weil-Halpern, 1990; Cramer / Stern, 1989), inglesa (Stern, 1986 y 1989) y americana (Brazelton, 1979, 1982, 1989 y 1990) nos pone de manifiesto que el bebé ya no es algo meramente pasivo, sino que es algo activo en la interacción con el entorno, sobre todo con la figura materna. Esa actividad básica (temperamento, según la nomenclatura usada en la escuela inglesa) parte de un terreno constitucional básico y comienza a interactuar con la figura materna desde los estímulos sen-

soriales (sobre todo la visión, pero también el resto de los sentidos). De esta manera se establece lo que Stern ha denominado como «afinamiento afectivo» en la interacción madre-hijo/a. Del sentido que se obtiene en estas fases iniciales se van significando, en esa interacción, las diferentes funciones y senso-percepciones recibidas, hasta la formación de la simbolización en el sujeto infantil, simbolización mediatizada por y desde los sentidos, hasta la consecución del lenguaje expresivo. De esta forma, la expresividad corporal («corporeizada») y el valor funcional obtienen la significancia adecuada para comunicar y ser vía expresiva tanto de los momentos gratos como del disconfor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con estos planteamientos de base hemos emprendido una investigación desde la reali-

TABLA III
Formas de expresión clínica 0-5 años

TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

Alteraciones del sueño
Anorexia
Espasmo sollozo
Somatizaciones digestivas
(vómitos, algias abdominales,
estreñimientos, meteorismo)

TRASTORNOS FUNCIONALES

Inquietud
Trs. lenguaje hablado
Rabietas
Trs. esfinterianos
Timidez
Traumatofilia
Trs. motores
Tics

dad clínica, con el objetivo de valorar las formas de expresión psíquica en las primeras etapas del desarrollo.

Se evaluó la recogida de las primeras consultas a lo largo de un año, según el método epidemiológico. Consiguiendo partir desde los datos de la prevalencia anual en un territorio delimitado de nuestra Comunidad Autónoma de Asturias, cuyas características organizativas y de atención han sido profusamente expuestas en trabajos anteriores.

Tras este marco conceptual los datos a evaluar fueron los siguientes:

1. Dividir dos etapas en la recogida: de los 0-2 años y de los 3-5 años y en ambas etapas recoger los datos según el sexo.

2. Recogida de los trastornos (Tabla III): Como base se tomó la clasificación de Kreisler para estas etapas precoces del desarrollo infantil, usando su concepto de Forma de expresión. En base a ella valoramos dos grandes grupos:

2.1. **Trastornos psicósomáticos**, donde se incluyeron:

2.1.1. *Alteraciones del sueño*: Se incluyeron tanto los insomnios precoces, como las dificultades en la regulación de la alternancia sueño-vigilia de esta etapa de la vida. En la segunda etapa ya se incluyeron los terrores nocturnos y las pesadillas, además de la dificultad en la

conciliación del sueño u otro tipo de alteraciones relacionadas con el dormir-despertar.

2.1.2. *Anorexia*: Se incluyen los rechazos de alimento y dificultades de regulación a los nuevos alimentos, más allá de lo que se puede considerar como normal o período de adaptación a lo nuevo.

2.1.3. *Espasmo del sollozo*: Se incluyeron tanto los pálidos como los cianóticos, considerando el límite inferior, para su inclusión, los ocho meses de edad.

2.1.4. *Somatizaciones digestivas*: Se incluyeron los vómitos, abdominalgias, estreñimiento y meteorismo, siempre y cuando no se hubiera encontrado una causa orgánica que lo justificase.

2.2. **Trastornos funcionales**: Se incluyeron aquellos trastornos de expresión corporal o conductual que habían obtenido una función en el proceso de comunicación y en la interacción madre-hijo/a:

2.2.1. *Inquietud*: Dificultad para estar quieto el tiempo que se piensa adecuado para su edad y etapa evolutiva, falta de atención, cambio continuo de actividad.

2.2.2. *Trastorno del lenguaje hablado*: Se incluían tanto los trastornos perceptivos como los articulatorios, fueran sencillos o complejos, p.e. retrasos evidentes (dislalias, rotacismos, etc), disfemias ligeras tónicas y/o clónicas, etc.

2.2.3. *Rabietas*, tanto ante la frustración como las espontáneas. Si se acompañaban con espasmos del sollozo no se incluían en este apartado.

2.2.4. *Trastornos esfinterianos*. No se incluían nada más que las incontinencias tanto urinarias como fecales, aunque ellas hubieran venido como enuresis o encopresis, nosotros no le damos tal asignación en esta etapa.

2.2.5. *Timidez*: Retraimiento, inhibición, hiporreactividad, etc. más allá de lo esperado para su edad y etapa madurativa.

2.2.6. *Traumatofilia*: Incluimos la propensión a los accidentes infantiles, considerando tales cuando habían existido dos o más eventos en los últimos seis meses.

2.2.7. *Trastornos motores*: Sobre todo se refiere a trastornos de la marcha, de la biped-

TABLA IV
Prevalencia anual de trastornos mentales en los 5 primeros años

EDAD	NIÑOS	%	NIÑAS	%
0-2	3	1,4	1	0,5
3-5	20	9	16	7,2
TOTAL	23	10,4	17	7,7

Total casos vistos: 221

Niños: 147 (66,5%)

Niñas: 74 (33,5%)

Tasa prevalencia: 11,4‰.

Tasa prevalencia 0-5 años: 6,03‰.

Población 0-5 años/0-15 años: 6.629/19.385

destación, del equilibrio, espasticidades, etc.

2.2.8. *Tics*: Movimientos fibrilares musculares, sin causa orgánica que los justifique y con gran valor comunicacional.

3. Recogida de las causas somáticas conocidas.

4. Aspectos relacionales en el seno de la familia de especial relevancia.

5. Valoración psicosocial: Escala de Hammeury, modificada por nosotros con autorización del autor.

RESULTADOS

La Tabla IV nos muestra que de una tasa de prevalencia total del área de 11,4 ‰, en este período de edad era del 6.03 por mil, pero la proporción entre los sexos se mantenía, siendo dicha diferencia más evidente en los dos primeros años de vida.

Entre los trastornos psicósomáticos (Tabla V) los más frecuentes son los trastornos del sueño en las dos etapas contempladas, pero en la primera de ellas domina la alteración en los niños. Los trastornos de la alimentación son el segundo grupo y el tercero son los espasmos del sollozo. En estos tres grupos existe una cierta dominancia en la presentación en los

TABLA V
Prevalencia trastornos psicósomáticos 0-5 años

TIPO	0-2				3-5			
	NIÑOS	%	NIÑAS	%	NIÑOS	%	NIÑAS	%
ALTERACIONES SUEÑO	3	100	0		10	50	8	50
ANOREXIA	2	66,6	0		10	50	7	43,8
ESPASMO SOLLOZO	2	66,6	0		10	50	4	25
SOMATIZACIONES DIGESTIVAS	0		0		1	5	5	31,3

niños, mientras que las somatizaciones digestivas son más frecuentes en la segunda etapa valorada y más relevantes en las niñas en una proporción de cinco a uno.

La Tabla VI resume la prevalencia de los trastornos funcionales, donde destaca que en los niños la presentación es más variada y la consulta se realiza antes que en las niñas, en las que se detecta más la actividad y los retrasos que otro tipo de trastornos.

La Tabla VII nos pone de manifiesto que sólo en un tercio de los casos existía una causa orgánica de base en el momento de la demanda especializada. Tampoco la evaluación de los trastornos relacionales nos aportaba nada nuevo, ya que las figuras parentales eran jóvenes y de clase media-baja en casi su totalidad, sólo en un quinto de los casos (Tabla VIII) se detectaron alteraciones relacionales constatables con anterioridad a la demanda.

TABLA VI
Prevalencia trastornos funcionales 0-5 años

TIPO	0-2				3-5			
	NIÑOS	%	NIÑAS	%	NIÑOS	%	NIÑAS	%
INQUIETUD	3	100	0		11	55	7	43,8
TRS. LENGUAJE HABLADO	3	100	0		9	45	10	62,5
RABIETAS	2	66,6	0		11	55	7	43,8
TRS. ESFINTERIANOS	1	33,3	0		6	30	3	18,8
TIMIDEZ	0		0			25	6	37,5
TRAUMATOFILIA	1	33,3	0		3	15	0	
TRS. MOTORES	0		1	100	2	10	0	
TICS	0		0		2	10	0	

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

A. Fundamentos Psicopatológicos

En primer lugar habría que retomar algo expresado con anterioridad por Mazet en lo tocante al nivel de estímulos que recibe el

bebé de la figura materna y que puede ser por exceso o por defecto. No obstante volver a resaltar la idea de que estos dinteles de normo, hipo o hiperestimulación son muy variables de niño/a a niño/a, e incluso dependen del momento en que se encuentra esa relación en un momento dado. De aquí la dificultad de generalizar, por lo que se precisa individualizar caso a caso y situación a situación. Otra variable de singular importancia es que el estímulo no es una constante, sino que lo habitual es que existen fases de normoestimulación mezcladas con otras de hipo y/o hiperestimulación. Por esta razón cuando hablemos de hipo e hiperestimulación nos referimos a una forma dominante de relación. Con estas salvedades resumimos las siguientes características:

TABLA VII.
Causas somáticas detectadas 0-5 años(*)

	Nº	%
PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL	3	7,5
ANEMIAS (Etiología no aclarada)	2	5
SORDERAS PERCEPTIVAS	2	5
CEGUERAS CONGÉNITAS	2	5
DERMATITIS ATÓPICA(**)	2	5
CARDIOPATÍA CONGÉNITA	1	2,5
ASMA(**)	1	2,5
TOTAL	13	32,5

(*) En algunos casos habría que debatir si es desencadenante y/o clínica acompañante.

(**) Se debate si es clínica psicósomática pura.

TABLA VIII
Aspectos relacionales detectados 0-5 años

	Nº	%
CELOS A HERMANOS	5	12,5
MALOS TRATOS	3	7,5
TOTAL	8	20

(*) Aparecen entre 3-5 años; (*) Celos: 4/1 en niños.

Hiperestimulación: La figura materna no se da cuenta de las señales que emite al bebé y lo «desborda» con estímulos. De esta suerte el niño/a no tiene tiempo para experimentar cuáles de las señales precedentes tienen valor de comunicación y de regulación en los intercambios mantenidos con la figura materna. Se perciben como intrusiones repetidas de la figura materna en el espacio del bebé y el riesgo es que el niño/a inhiba sus manifestaciones, ya que no constituyen un medio eficaz de comunicación con vistas a paralizar las intrusiones de la figura materna.

Hipoestimulación: Suele acontecer en aquellos casos que cursan con depresión en la figura materna, en cualquiera de sus expresiones. Aparece como una inhibición en el interés de la figura materna por el bebé. En otras ocasiones aparece como expresión de niveles de baja auto-estima de la figura materna en sus propias capacidades para desarrollar cuidados maternos y maternantes. De esta suerte se emiten pocas señales maternas y el niño/a da pocas respuestas hacia la figura materna, con lo que ésta se confirma en su temor de poseer pocas capacidades maternas y hace que se inhiba aún más en emitir señales al bebé, completando de esta forma el círculo vicioso hipoestimulante.

B. Funciones Corporales en las Etapas Precoces

Macías (1991) ha denominado con gran acierto: «Funciones diana del investimento materno». Cada madre se preocupa de manera diferenciada por una función de su bebé y cada una de ellas lo hace con cada uno de sus hijos/as. Esta diferenciación o interés selectivo de la madre pone de manifiesto una proyección fantasmática en la que la función en conflicto constituye la expresión del deseo materno en relación con su bebé.

Estas focalizaciones corporales se manifiestan, de forma prioritaria, en las descompensaciones psicosomáticas del bebé. De tal suerte que se detecta en los trastornos asmáticos y alérgicos un vínculo simbiótico madre-bebé, con dificultades en los procesos de separación-

individuación. En otras ocasiones la demanda excesiva de una función hace que se altere el valor funcional, caso de la anorexia, los cólicos del primer trimestre, abdominalgias y las incontinencias esfinterianas. También puede ocurrir una incoherencia y/o irregularidad de tipo cualitativo y temporal, tal y como ocurre en los vómitos o en los trastornos del sueño.

En este sentido Macías distingue dos grupos de factores que van a determinar el investimento de una función corporal del bebé en detrimento de otras por parte de la figura materna:

1) La dotación genética, en conjunto con las competencias psico-fisiológicas del bebé, influyen el desarrollo más o menos armonioso de las funciones corporales.

2) La intensidad y valor cualitativo de las significaciones que la madre otorga a las diferentes funciones de su bebé.

En este sentido se incluye lo expresado en la Tabla II, de tal suerte que se obtiene en el bebé la delimitación de la «función diana» que implica:

1.º Investimiento libidinal por parte del bebé y de la madre de la función en cuestión.

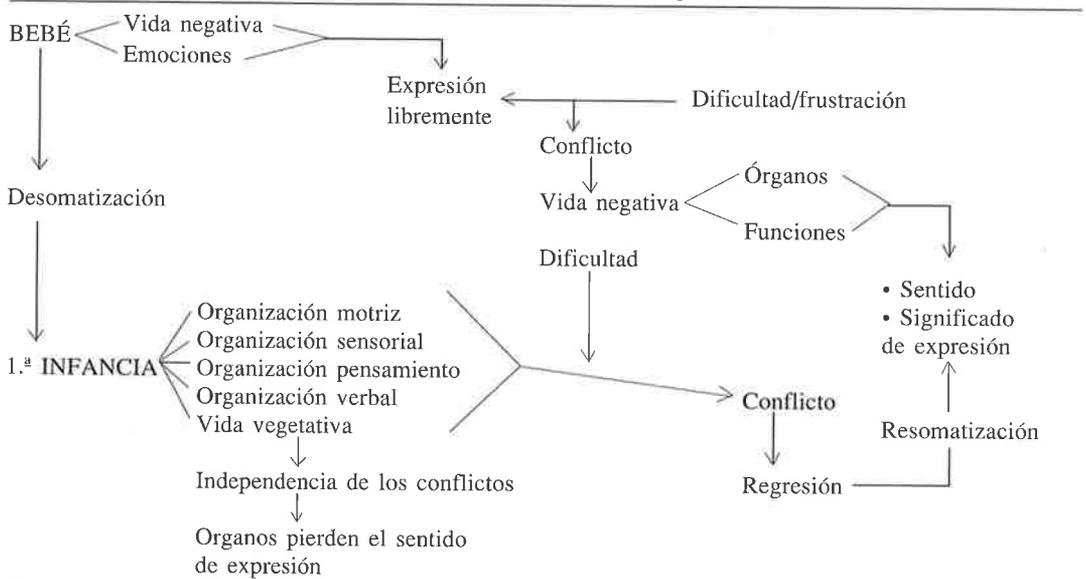
2.º Uso cotidiano de la función por medio de juegos interactivos satisfactorios que mediatizan las necesidades del bebé a través de su madre.

3.º Escenario fantasmático en el que los investimentos de la madre y del bebé puedan materializarse a favor del fantasma.

C. Competencias del Bebé y Formas de Expresión

Las investigaciones de Brazelton y Stern nos han puesto sobre el tapete la gran importancia del bebé como ser activo en la interacción con la figura materna y con el entorno. Esta concepción supera el primitivo concepto psicoanalítico de considerar al niño/a en estas etapas como un mero ser pasivo en la interacción. Esta actividad es lo que se viene conociendo como Competencias del Bebé. En ellas se incluye lo que los ingleses denominan: el temperamento, que incluye tanto el «factor terreno» (Ajuriaguerra) o «lo innato» (Winni-

TABLA IX
Mecanismos evolutivos hacia clínica psicósomática



Fuente: M. Sperling, E. Serrano, J.L. Pedreira

cott) junto con lo afectivo y su expresión emocional.

De hecho se sabe que las capacidades de nuestro sistema nervioso en su auto-organización constituyen un acercamiento teórico fundamental (Bourguignon, 1989), que se opone ampliamente a las hipótesis más estrictas dentro del psicoanálisis sobre el nacimiento del objeto interno a partir de su deseo. Pero esta auto-regulación no puede ser regulada más que en el cuadro de interacciones entre el bebé y su figura materna.

La Tabla IX nos expone como en el bebé tanto la vida vegetativa como las emociones tienen una vía común de expresión. A lo largo de la primera infancia se va adquiriendo una organización a diversos niveles: organización motriz, organización sensorial, del pensamiento y organización cognitiva, organización verbal y se va adquiriendo una cierta autonomía de la vida vegetativa, lo que significa que van apareciendo otras posibilidades de expresar las situaciones de disconfor: la conducta, los procesos mentales, etc. Ante cualquier si-

tuación conflictiva, en etapas precoces sobre todo, la tendencia a la regresión es muy sencilla, lo que comporta el que la expresión del conflicto busque una salida a través de los órganos corporales o de sus funciones, siendo un proceso inverso al anterior y que se llama «resomatización» (Sperling, 1981). Aquí se expresan las dos vías defendidas por Marty hacia la clínica psicósomática: una re-organizadora y otra más desorganizadora. Las experiencias repetidas de regulación de los afectos positivos, tienden a movilizar afectivamente la vida del bebé. Se constituyen de esta forma sistemas interactivos repetidos en los que cada acontecimiento toma su sentido en los «escenarios» que son introducidos por la persona que interactúa con el bebé. Sería la forma de superar estas fases de regresión o resomatización y que confirman la hipótesis de Emde (1989) sobre la existencia de un «Sí mismo afectivo». Estas experiencias que se organizan en el seno de los intercambios afectivos se realizan gracias a la disponibilidad emocional de la figura materna; ya que la madre y su

bebé son capaces de reconocer en las manifestaciones mímicas, tónicas y vocales los contenidos mínimos de afectos que contienen.

Estas competencias del bebé obtienen toda su importancia en base a la función que tiene para cada fase, tanto en el proceso evolutivo del propio bebé como por el investimento que le otorga la madre. De tal suerte que sería pasar de un proceso binario: relación madre-hijo/a, al proceso de simbolización. Dicho proceso es algo complejo y tiene tres fases:

1.º Para poder simbolizar el objeto se precisa su presencia activa y no existe claramente la diferencia entre objeto y sujeto. Meltzer (1975) lo llamó: «Pregnancia de las identificaciones adhesivas».

2.º El evocar un objeto ausente anula fenomenológicamente los efectos producidos por su ausencia (Identificaciones proyectivas de Segal, 1970). Las identificaciones intracorporales (Haag, 1988) podrían corresponder a la situación de objetos físicamente presentes pero psíquicamente ausentes.

3.º La simbolización permite la elaboración de imágenes mentales complejas y maduras del objeto ausente.

Según Stern (1989) estas cuestiones pueden ser observadas en el bebé pequeño. Establece un camino para obtener «sentido»: Sentido de un sí mismo emergente, sentido de un sí mismo nuclear, sentido de un sí mismo subjetivo (este autor lo sitúa en torno a los 7-15 meses) y un sentido de sí mismo verbal. Es evidente que estas fases no son compartimentos estanco, sino que se van sobremontando para avanzar en un sentido progresivo de las competencias propias del bebé.

D. Repercusiones Psicopatológicas

Estas investigaciones reseñadas con anterioridad y otras muchas que se están desarrollando en el momento actual, evidencian que entre la madre y el bebé se establece un enlace afectivo de gran finura y de forma activa e interactiva. En principio se establece por una resonancia emocional, pero se transforma hasta adquirir un valor cognitivo propio para el bebé que lo va a expresar de una u otra forma

sin perder el valor de experiencia emocional, aunque se modifique la forma de expresarlo.

Este es el sentido fundamental que tiene la clínica psicossomática y funcional en estas etapas: representa una forma de expresión de la experiencia emocional precoz, simplemente por ser la forma más sencilla, pero también la más compleja, que tiene el niño/a pequeño de expresar su disconfor ya que aún no posee la posibilidad del lenguaje hablado, ni siquiera tiene la posibilidad de dominar totalmente el alejamiento físico. Por esta razón la expresión corporal y/o funcional se cargan de valor emocional en la interacción.

Todas las investigaciones en torno al valor de la sensorpercepción, del estímulo sensorial, etc. en estas fases así lo confirman: el bebé procesa la información desde las sensaciones recogidas por los sentidos:

– La visión obtiene su importancia desde la expresión del rostro de la madre, sobre todo de sus propios ojos y al animarle de movimiento y expresividad.

– El oído, por el tono y volumen especial que se da al dirigirse al bebé.

– El tacto al significarse con el contacto cuerpo-a-cuerpo y en las caricias, bien sea en el amamantamiento o en el baño.

– El olor de la cercanía de la figura vincular o de apego, que el bebé es capaz de diferenciar desde la primera semana de vida.

– La alimentación: textura, saciar hambre, etc.

– Pero sobre todo: se incluye la simultaneidad de varias en un tiempo y espacio precisos, el movimiento, la secuencia, etc.

Alteraciones en estas situaciones –discontinuidad, poca receptividad a las demandas del bebé, alteraciones maternas más o menos importantes, inseguridad, temores, etc.– van a llevar a importantes disfunciones en la interacción y en la secuencia de los estímulos que se dan al bebé y ello hará que el niño invista, por déficit o por excitación, de una forma determinada cada una de las funciones o estímulos que se realizan sobre su cuerpo.

Por lo tanto una forma de acercamiento a la psicopatología de estas etapas es comprender

la alteración que puede surgir en cualquiera de los sistemas reguladores del proceso de desarrollo; dichos sistemas reguladores pueden ser tanto biológicos como del entorno. Así Sameroff (1989) plantea que: «la adaptación al proceso de desarrollo es el fruto de una transacción entre genotipo, fenotipo y [entorno-tipo]». En esta nueva visión de los trastornos emocionales de las primeras etapas el etiquetaje diagnóstico es particularmente «perverso», dice Sameroff, cuando se aplica al lactante, por esta razón está existiendo una tendencia a ver tres tipos de dificultades: perturbaciones, trastornos y desórdenes.

Es evidente que, en esta situación, la propia vivencia de la figura materna tienen una especial importancia, de ahí la inclusión de lo que psicoanalíticamente se ha conocido como proyección, función del fantasma materno, el deseo de la madre, etc. Esta es la dimensión interactiva de estos términos, en tanto perturbaciones en esa interacción. Sobre todo porque el bebé ya no es sólo un recipiente de estímulos, sino que el mismo bebé elabora su código de comunicación que precisa ser descifrado por la figura materna. Si se descifra con un predominio del «sentido materno» el bebé será algo más pasivo y la alteración en la interacción está servida.

Nuestra hipótesis de partida parece verse confirmada: la clínica psicósomática en estas etapas, o la clínica funcional, son formas de expresión de las disfunciones y de los conflictos precoces en los primeros años de vida. Por esta razón no puede ser devaluada ni infravalorada esta forma de expresión, pues aunque en algunos casos pueda ser expresión de una alteración orgánica (como mucho 1/3 de los casos, en nuestra experiencia) o de una disfunción relacional (1/5 de los casos, en nuestra muestra), la mayoría de los casos remiten a una alteración más profunda: disfunciones precoces de la interacción madre-bebé, bien del lado materno (por hipo o hiper-excitación) o del lado del bebé (hiper o hiposensibilidad). En cualquier caso: no es sólo algo pasajero, o algo sin importancia, por el contrario pueden ser las bases para que se instaure una «zona

irritativa» de la que parta una organización psicósomática o de otro tipo en etapas posteriores.

Los estudios actuales ponen en evidencia la preponderancia de una clínica interactiva sobre la relacional. En este sentido la salud física de los bebés constituye un factor importante para el establecimiento de esas interacciones. Por ello hay que valorar el cómo negocian las figuras parentales las «pequeñas» alteraciones o consecuencias de las afecciones corrientes de los bebés; según lo hagan obtendremos unos datos de gran valor predictivo para la evaluación ulterior de las relaciones familiares.

CONCLUSIONES

La ausencia primero y el escaso desarrollo del lenguaje después, son el factor clave para acercarse a comprender la razón por la que el cuerpo y las funciones corporales obtienen una gran relevancia como forma de expresión de los conflictos psíquicos y relacionales en las primeras etapas del desarrollo humano.

Dentro del funcionamiento cognitivo se contemplan las etapas sensorio-motriz, preoperatoria y de pensamiento operatorio. De similar forma los síntomas con expresión somática son considerados con un elevado valor operatorio.

Además de poseer un contenido operatorio, estos síntomas de expresión somática también incluyen un elemento clave en el funcionamiento del psiquismo: las propias competencias del bebé, que hacen que estos síntomas sirvan como metáforas del deseo de la figura materna. En este sentido resaltar que existen unos síntomas «diana» según los procesos evolutivos (Tabla X). No obstante son los síntomas digestivos y los relativos al sueño los que se presentan más frecuentemente con un elevado valor semiológico de la interacción madre-bebé.

En algunos casos existen dificultades de expresión-captación emocional y afectiva en los procesos de interacción. Esta situación se ha puesto de manifiesto en los resultados con-

TABLA X
Principales cuadros psicósomáticos infantiles

FUNCIONES	LACTANCIA		INFANCIA
	1 ^{er} Semestre	2 ^o Semestre	
RESPIRACIÓN			← Espasmo sollozo ← Asma
ALIMENTACIÓN	Cólicos 1 ^{er} trimestre	Mericismo Diarrea grave rebelde ← Vómitos ← Anorexia	Anorexia Obesidad Abdominalgia → Ulcus ← Colitis ulcerosa
EXCRECIÓN			Enuresis Estreñimiento Encopresis
NEUROLÓGICOS	Insomnio	Muerte súbita	Algias Migrañas infantiles Insomnio
ENDOCRINOS			Retraso psicógeno crecimiento Diabetes
DÉRMICAS			Alopecias Psoriasis Tricotilomanias Dermatitis

Fuente: J.L. Pedreira y F. Menéndez

tradictorios de algunos datos obtenidos puramente de forma experimental, p.e. Schaffer realizó un experimento para refutar la idea de Spitz acerca de las cualidades alimenticias de la relación precoz madre-bebé; para ello colocó un mono bebé frente a dos situaciones: una mamá de alambre con biberón y una mamá de tacto suave; el bebé mono solo acudía a la madre de alambre para alimentarse, permaneciendo la mayor parte del tiempo con la madre-suavidad; este experimento le bastó para refutar a Spitz. Pero la clínica nos enseña (Lanouzière, 1991) que la madre-alambre bien puede ser una madre deprimida o psicótica, frente a la que el comportamiento del bebé puede ser muy similar.

Todo lo anterior nos pone de relieve la importancia de una intervención básica y coherente desde la primera identificación de la

presentación clínica, sea ésta de forma somática y/o funcional. Cabe destacar, en este sentido, la labor clave que deben cumplir los servicios pediátricos de Atención Primaria, sobre todo para tres labores: detección precoz, prevención de cronificación y promoción del desarrollo psico-social, en el sentido que últimamente lo está recomendando el grupo de expertos de la OMS-Europa.

En este sentido hay que resaltar la necesidad de dotar de instrumentos fáciles de manejar, para que desde los servicios de Atención Primaria se pueda realizar una correcta evaluación de este desarrollo psico-social. Nosotros hemos adaptado la Escala de Hameury, introduciendo una variación con una perspectiva longitudinal (Tabla XI): a lo largo de 23 ítems se valoran cuatro áreas: estabilidad del vínculo socio-familiar con el niño/a pequeño; grado de

TABLA XI

Protocolo de abordaje psicosocial en los cinco primeros años de vida desde los servicios de Atención Primaria

E.R.P.S. 10.06.88 Escala de evaluación de factores psicosociales (Hameury, 1988)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/A: Código:
 N.º.Hª: Fecha nacimiento: Lugar: Sexo: V M Edad:
 Fecha de la evaluación: Profesional responsable:

Poner una cruz en la columna correspondiente a la evaluación de cada factor, dicha evaluación tenderá a ser lo más ajustada a la descripción del caso. Fijarse que por puntuación existen dos posibilidades, la primera es para la evaluación inicial (I) y la segunda es la evaluación tras el tratamiento seguido al cabo de seis meses (P)

	1		2		3		4		5		SIN VALORAR
	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	
I. CONVIVENCIA											
II. CONDICIONES MATERIALES DE VIDA LIGADAS AL ENTORNO											
III. ACONTECIMIENTOS EXISTENCIALES GRAVES											
IV. CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y FAMILIAR											
V. CAPACIDADES DE ADAPTACIÓN DE LA FAMILIA											
VI. RELACIONES INTERPERSONALES INTRA Y EXTRAFAMILIARES											
	1		2		3		4		5		SIN VALORAR
	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	
VII. CONDICIONES PSICOLÓGICAS											
VIII. INTERACCIÓN PADRES-NIÑOS/AS-CAPACIDADES DE SOSTÉN											
IX. COMPRESION Y ACEPTACION DE LA AFECCION DEL NIÑO											
X. REPERCUSIONES DE LOS TRASTORNOS DEL NIÑO/A SOBRE EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE LOS PADRES											
XI. COLABORACIÓN FAMILIA-EQUIPO ASISTENCIAL											
XII. FAMILIA Y SERVICIOS SOCIO-JURÍDICOS											

(*) Traducción, adaptación y modificación: J.L. Pedreira Massa. Autorización del autor para realizar los cambios.

afectación del desarrollo en el niño/a; influencia en las interacciones familiares de la afectación del niño/a, y, por fin, tipo de interacción con los servicios asistenciales. Cada uno de los ítems se valora de 0-5 al inicio y tras seis meses de diseño de una intervención conjunta y coordinada se vuelve a realizar la evaluación, de tal suerte que la permanencia de la puntuación representa una rigidez en los factores y una dificultad de movilizarlos por la intervención, mientras que una movilización hacia valores más bajos representarían la eficacia y movilidad de la intervención, con cierto grado de flexibilidad.

Para terminar plantear un resumen de la última reflexión de Lebovici (1991), en torno a este tema: Se describe un núcleo del ser en el que la constitución expresa la evolución de las interacciones a partir de la auto-regulación de los afectos, la cuál es fruto de la carga biológica y de las actitudes parentales que reflejan la cultura y el entorno, tanto familiar como social. No se debe olvidar la importancia de los procesos de fantasmización en los comportamientos interactivos de los componentes de la diada (o de la triada) bigeneracional. Contemplar este componente es comprender mejor la transmisión transgeneracional y contribuye a «modelar», dice Lebovici, las representaciones mentales.

Hasta ahora la teoría psicoanalítica había servido de base para el inicio de estas investigaciones. Pero esta teoría psicoanalítica deberá, tarde o temprano, hacer frente a este cúmulo de datos nuevos acerca del desarrollo del ser humano en las primeras fases, para poder acceder a explicar de forma comprensible y rigurosa los procesos patológicos, tanto de estas etapas como de otras posteriores.

Referencias bibliográficas

1. AJURIAGUERRA, J.: «Primera infancia». Ciencias del Hombre, Cuaderno 1, 1978.
2. BERGERET, J.: «La violence et l'amour» Devenir, 2, 48-59, 1990.
3. BOURGUIGNON, A.: «L'homme imprévu» Ed. PUF. París, 1990.
4. BOWLBY, J.: «El vínculo afectivo» Ed. Paidós. Buenos Aires, 1980.
5. BOWLBY, J.: «La separación afectiva» Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980.
6. BOWLBY, J.: «La pérdida afectiva» Ed. Paidós. Buenos Aires/Barcelona, 1986.
7. BRADLEY, B.S.: «Visions of infancy» Ed. Polity Press, 1989.
8. BRAZELTON, T.B.: «El saber del bebé» Ed. Paidós. Barcelona, 1987.
9. BRAZELTON, T.B.: «Escuchemos al niño» Ed. Plaza y Janés. Madrid, 1989.
10. BAYO, C.: «Interacciones madre-bebé en situaciones de riesgo» I Congreso Internacional Infancia y Sociedad. Madrid, 1989.
11. CRAMER, B. y STERN, D.: «Psychiatrie du bébé: nouvelles frontières». Ed. Eshel & Méd. & Hygiène. París, 1988.
12. DAVID, M. y JARDIN, F.: «La constitution du self et de l'objet chez le nourrisson de mères psychotiques» Devenir, 3, 1, 55-61, 1991.
13. GAUVAIN-PIQUARD, A.: «Le nourrisson qui a mal» Devenir, 2, 10-22, 1990.
14. GUÉDENEY, A. y KREISLER, L.: «Sleep disorders in the first 18 months of life: hypothesis on the role of mother-child emotional exchanges» Infant Mental Health Journal, 8, 3, 307-318, 1987.
15. HAMEURY, L. & cols.: «L'échelle ERPS d'évaluation résumée des facteurs Psychosociaux» Neuropsychiatrie de l'Enfance, 38, 7, 444-452, 1990.
16. KAYE, K.: «La vida mental y social del bebé». Ed. Paidós. Barcelona, 1986.
17. KLAUS, M.H. & KENNEL, J.H.: «La relación madre-hijo» Ed. Panamericana. Buenos Aires/Madrid, 1978.
18. KREISLER, L.: «Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie dans le premier âge. Propositions nosographiques nouvelles» Confrontations Psychiatriques, 24, 222-250, 1984.
19. KREISLER, L.: «Le nouvel enfant du désordre psychosomatique» Ed. Privat. Toulouse, 1988.
20. LANOUZIÈRE, J.: «Le surinvestissement visuel des enfants de mères déprimées» Devenir, 3, 2, 33-49, 1991.
21. LEBOVICI, S.: «Le nourrisson, la mère et le psychanalyste» Ed. Le Centurion/Paidós. París, 1983.
22. LEBOVICI, S. y WEIL-HALPERN, F.: «Psychopathologie du bébé» Ed. PUF. París, 1991.
23. LOPEZ, F.: «Vínculos afectivos y salud» En J.L. Pedreira (Coord.): Gravedad psíquica en la infancia. Ed. AEN-Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid, 3-38.
24. MACÍAS, M.: «Las funciones cibles de l'investissement maternel» Devenir, 3, 2, 51-59, 1991.
25. MACÍAS, M.: «Regarding the quality of the relationship between the mother and her baby» Second Dphi International Psychoanalytic Symposium, Greece, 1988.
26. MARTY, P.: «Los movimientos individuales de vida y muerte» Ed. Toray. Barcelona, 1984.
27. MAZET, PH. y STOLERU, S.: «Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant» Ed. Masson, París, 1988.

28. MONTAGNER, H.: «*L'attachement les débuts de la tendresse*» Ed. Odile Jacob. París, 1988.
29. PEDREIRA, J.L. & SARDINERO, E.: «*La exploración psicomotriz en el primer trimestre de vida*» *Psicomotricidad*, 33, 47-70, 1989.
30. PEDREIRA, J.L.: «*Epidemiología y Registro Acumulativo de casos en Paidopsiquiatría y Salud Mental Infantil*» Ed. Paideia. La Coruña (En prensa).
31. PERAL, M. y GIJÓN, P.: «*Trastornos del vínculo*» En A.I. Romero & A. Fernández Liria: *Salud Mental*. Ed. IDEPSA, Madrid, tomo II, págs. 109-120. 1990
32. PÉREZ-SÁNCHEZ, M.: «*Psychiatric evaluation of the infant*» En A. Seva (Dir.): *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Ed. Anthropos-Universidad Zaragoza. Barcelona, tomo II, págs. 1495-1500, 1991.
33. SAMEROFF, A.J. y EMDE, R.N.: «*Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*» Ed. Basic Books. New York, 1989.
34. SARDINERO, E.: «*Las competencias del bebé y la clínica psicósomática del lactante*» Curso Medicina Psicósomática. Universidad de La Laguna, 1990.
35. SIKSOU, J. y GOLSE, B.: «*L'ancrage corporel des systèmes de symbolisation précoces*» *Devenir*, 3, 2, 63-71, 1991.
36. SITBON, H. y MAZET, PH.: «*Harmonization affective et transmodalité: Mère et bébé en communion*» *Devenir*, 3, 2, 87-95, 1991.
37. SPERLING, M.: «*The psychosomatic disorders in childhood*» Ed. Aroson. New York, 1984.
38. STERN, D.: «*La primera relación madre-hijo*» Ed. Morata. Madrid, 1983.
39. STERN, D.: «*Le monde interpersonnel du nourrisson*» Ed. PUF, Le Fil Rouge. París, 1989.
40. W.H.O.: «*Promotion psychosocial development in children through Primary Health Care Services*» Ed. W.H.O.-Europe. Copenhagen, 1990.
41. WINNICOTT, D.W.: «*Observación del niño en una situación dada*» En: *Escritos de Psicoanálisis y Pediatría*. Ed. Laia. Barcelona, 1980.
42. WINNICOTT, D.W.: «*Realidad y juego*» Ed. Gedisa. Barcelona, 1983.
43. WINNICOTT, D.W.: «*Los bebés y sus madres*» Ed. Paidós. Barcelona, 1990.
44. ZEANA, CH.H., ANDERS, T.F., SEIFER, R. y STERN, D.: «*Implications of research on infant development for Psychodynamic theory and practice*» *J. Am. Academy Child Psychiatr.*, 28, 5, 657-668, 1989.

Malos Tratos, Negligencia, Abandono y Otros Riesgos Psicosociales: Algunas cuestiones básicas para la Intervención Preventiva

J. de Paúl Ochotorena

País Vasco.

INTRODUCCIÓN

Esta ponencia sobre el Maltrato Infantil se enmarca en un foro en el que todos los temas se centran en el «Desarrollo psicosocial de los cinco primeros años». La amplitud del tema de los malos tratos a la infancia es tal, que se hacía indispensable focalizarlo en algún aspecto relevante y relacionado con los cinco primeros años del desarrollo.

Hay muchos aspectos relevantes en el ámbito de estudio de los malos tratos infantiles y en los que debe profundizarse: delimitación de cada uno de los subtipos de maltrato infantil, la concreción y especificidad de los factores de riesgo, las consecuencias en el niño en función de su nivel de desarrollo, la intervención rehabilitadora de las familias maltratantes y de los niños víctimas de maltrato, la prevención del maltrato infantil, etc. Cada uno de estos temas

abarca, a su vez, una serie de cuestiones más concretas que hacen que el abordaje del maltrato infantil, tanto en su vertiente de estudio e investigación como en la aplicación de programas de intervención, adquiera una gran complejidad.

La importancia que en esta Reunión van a adquirir las primeras etapas del desarrollo infantil constituye una justificación para que el tema de esta ponencia se centre en los aspectos preventivos, y más específicamente, en algunas cuestiones esenciales de la prevención secundaria.

Desde cualquier punto de vista, es evidente que resulta preferible invertir esfuerzos en evitar que ocurra algo negativo que en corregir o mejorar sus efectos. Pero la aplicación de modelos preventivos presenta serios problemas conceptuales y prácticos. Trataré de centrarme en el análisis de algunos de estos problemas en relación a la práctica de la prevención del maltrato infantil.

Pero antes de entrar en el análisis de las posibilidades de prevención de cualquier pro-

Profesor Titular. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

blema es imprescindible plantearse dos cuestiones básicas: Su definición y sus causas. Los dos apartados siguientes se van a referir a (a) la definición y conceptualización del problema y a (b) la descripción y revisión de los conocimientos actuales sobre los factores de riesgo para el maltrato infantil.

DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

El término de Maltrato es en sí mismo un término vago y amplio, heterogéneo y de límites poco precisos y difíciles de delimitar. Por otra parte, su definición varía según criterios y valores socioculturales, según el momento histórico, y según la perspectiva profesional desde la cual se parla.

Por estas razones, existen multiplicidad de concepciones de lo que se entiende por Maltrato Infantil. Este problema es uno de los más importantes con los que se enfrenta el estudio sistemático del mismo y entorpece, e incluso en ocasiones hace imposible, los intentos de comunicación entre los diferentes profesionales que trabajan en este tema sea desde el ámbito de la investigación o desde el ámbito de la intervención.

Por ello, es necesario especificar en un primer momento cuál es la definición adoptada en la presente ponencia, de manera que la misma sirva de punto de referencia al lector para el resto de la exposición.

El término genérico de Maltrato Infantil incluye cinco subtipos de comportamientos, de acuerdo con (a) su carácter físico o emocional y (b) su calidad de comportamiento de acción u omisión. Ello queda expuesto en la siguiente tabla:

	Activo	Pasivo
Físico	Maltrato físico Abuso Sexual	Abandono físico
Emocional	Maltrato emocional	Abandono emocional

Se define *maltrato físico* como cualquier acción intencionada y no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le ponga en claro riesgo de padecerlo

Se define *abandono físico* como aquellas situaciones en las que no son atendidas de manera temporal o permanente por parte de ningún miembro de la familia las necesidades del niño de alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones peligrosas.

Se define *maltrato emocional* como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono y/o constante bloqueo de las iniciativas de interacción por parte de los miembros adultos de la familia.

Se define *abandono emocional* como la falta persistente de respuesta a las señales, a las expresiones emocionales y a las conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de los padres.

Se define *abuso sexual* como cualquier clase de contacto sexual en un niño menor de 18 años por parte de un familiar adulto desde una posición de poder o autoridad sobre aquél.

En el ámbito preventivo resulta esencial partir de datos fiables para el establecimiento de la incidencia y prevalencia del problema. Los criterios con los que se define el maltrato infantil influirán en el establecimiento de tales índices.

De la misma manera, la definición del problema influirá a la hora de decidir si un niño o una familia se encuentra «antes» o «después» del momento de aparición del maltrato.

En definitiva, sin una clara concreción de lo que debe ser evitado o prevenido es muy difícil poder elaborar con rigurosidad planes preventivos. La dificultad que en sí mismo posee el maltrato infantil para poder ser definido supone un constante hándicap en esta tarea.

FACTORES DE RIESGO PARA EL MALTRATO INFANTIL

Tal y como ha quedado planteada la tipolo-

gía de los malos tratos a la infancia, es importante tener en cuenta que una adecuada descripción de los factores de riesgo exige tener en cuenta dichas tipologías. Uno de los valores de tal división reside precisamente en la necesidad de considerar a los diferentes tipos de maltrato infantil como situaciones generadas y mantenidas por una serie de factores específicos para cada una de ellas. Sin embargo, es también cierto que existen una serie de factores que se pueden considerar comunes a todas ellas. No siendo el objetivo de esta ponencia el profundizar en esta cuestión, voy a centrarme en los factores de riesgo que parecen ser comunes a todas las situaciones en desprotección infantil.

Los primeros intentos para describir las características etiológicas del maltrato infantil, estuvieron guiados por modelos psiquiátricos. Estos modelos proponen originalmente que los padres maltratan a sus hijos a causa de severas alteraciones psicológicas. Este punto de vista perdió apoyo a medida que la definición de maltrato infantil se amplió y que una investigación demostró que los padres maltratadores raramente presentaban características psicóticas. En consecuencia, los defensores de modelos psiquiátricos se empiezan a centrar en patologías menos severas y en características de personalidad que pudieran diferenciar a los padres maltratadores de los no maltratadores. A partir del trabajo de Gil (1970), se desarrollaron unas perspectivas sociológicas que sugieren que el maltrato infantil puede ser mejor entendido examinando factores socio-culturales. Los modelos sociológicos tienden a centrarse en las actitudes culturales hacia la violencia (aceptación de la conducta violenta) y en factores ambientales estresantes (condiciones sociales y económicas y aislamiento social). La investigación fue demostrando que muchos factores sociológicos parecen mediatizar la ocurrencia del maltrato infantil.

A medida que los modelos psiquiátricos y sociológicos evolucionaron, se hizo evidente que ambos tipos de modelos eran demasiado limitados para explicar totalmente la etiología del maltrato infantil. Como resultado de ello,

se desarrollaron los modelos socio-interaccionales que tomaron en consideración la interacción de los diferentes niveles ecológicos (individual, familiar y ambiental; Belsky, 1980). Generalmente, estos modelos asumen que tanto los factores sociales como individuales del perpetrador contribuyen al maltrato infantil.

El trabajo de Belsky en 1980 (Child Abuse. An Ecological Integration) ha sido durante toda la pasada década quizá el más citado por todos los autores que han desarrollado revisiones o investigaciones en este ámbito. Y esto es así porque «refleja con mayor exactitud el complejo entramado de factores (y sus interconexiones) que se encuentran en el origen y evolución del problema que nos ocupa» (Arruabarrena, 1987, pág. 9).

En otras publicaciones en castellano han sido realizadas revisiones de este modelo (De Paúl, 1987, Arruabarrena, 1987) y del conjunto de los factores de riesgo para el maltrato infantil (Milner, 1990). Presento a continuación (Tabla I) un resumen de las mismas, siguiendo la terminología propuesta por J. Belsky y que viene tomada del modelo ecológico de U. Bronfenbrenner (1977).

La capacidad preventiva es alta en aquellos pocos trastornos o enfermedades en los que existe una causa única y conocida. Sin embargo, el modelo preventivo adquiere dificultades importantes y pierde eficacia en aquellos trastornos, como el maltrato infantil, en los que se supone que existen «causas» múltiples e interactivas.

LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Una limitación importante en la prevención del maltrato infantil radica precisamente en dicha multiplicidad interactiva de sus «causas». Se han propuesto muchas estrategias preventivas sobre la base de que el maltrato se reducirá en la medida en que se reduzca la presencia de alguno/os de los factores de riesgo. El modelo ecológico debe cuestionar este

TABLA I

DESARROLLO ONTOGENÉTICO	MICROSISTEMA	EXOSISTEMA	MACROSISTEMA
- Historia de Malos Tratos.	Madre 1) Problemas Psico-patológicos. Depresión. Alcohólico. Drogodependencias.	Trabajo	1) Crisis Económica o Energética.
- Historia de Desatención Severa.		1) Desempleo. * Falta de dinero.	2) Alta Movilidad Social.
- Rechazo emocional y falta de calor afectivo en la infancia.	2) Falta de Capacidad Empática.	* Destronamiento. * Autoestima	3) Actitud hacia la violencia.
- Ausencia de experiencia en el cuidado del niño.	3) Poca Tolerancia al Stress.	* Stress marital.	4) Actitud hacia el castigo físico en la educación
- Ignorancia sobre las características evolutivas del niño y sus necesidades	4) Estrategias de Coping inadecuadas	2) Insatisfacción Laboral.	5) Actitud hacia la infancia.
- Historia de disarmonía y ruptura familiar.	Niño - Prematuro. - Bajo Peso al nacer. - Poco responsivo. Apático. - Temperamento difícil. - Hiperactivo.	3) Tensión en el trabajo.	6) Actitud hacia la Familia, la Mujer, la Paternidad-Maternidad.
		Vecindad	
		1) Aislamiento.	
		2) Falta de Soporte Social.	
		Clase social	
	Interacción Madre-Padre-Niño		
	* Desadaptada.		
	* Ciclo Ascendente de Conflicto y Agresión.		
	Conflicto Marital		
	* Desajuste en la relación		
	* Stress permanente		
	* Violencia y Agresión		
	Nº de miembros en la familia		
	Hijos no deseados		

planteamiento (Olds, D.L. y Henderson, C.R., 1989). Tratar de mejorar el apoyo social de un sujeto o una familia puede no ser efectivo si a la vez no se actúa, por ejemplo, sobre sus habilidades sociales, su autoestima, etc. de forma que pueda aprovechar las posibilidades objetivas de apoyo social que se le ofrecen. La educación de los padres sobre las necesidades de cuidados de los niños son importantes, pero si no se corrigen las dificultades psicológicas de los padres o no se disminuye la cantidad de situaciones estresantes que vive esa familia, será difícil que se apliquen los conocimientos y habilidades adquiridas.

Las aproximaciones preventivas más prometedoras serán aquellas que sean capaces de actuar *simultáneamente* sobre los numerosos factores que crean los contextos propicios para el maltrato infantil.

Tradicionalmente se han planteado tres diferentes perspectivas preventivas. Aplicadas al tema del maltrato infantil quedan de la siguiente manera (Helfer, R.E., 1982).

1. **Prevención Primaria.** Cualquier actuación que trate de alterar y cambiar una amplia estructura social: evitar situaciones de pobreza o marginación, modificar las actitudes hacia el castigo físico, modificar la percepción social

de la infancia, aumentar los recursos en servicios sociales, etc. Estas modificaciones afectarían a un gran número de personas.

2. **Prevención Secundaria.** Cualquier programa o actuación implementados para un individuo o grupo de individuos que han sido identificados como «alto-riesgo» y que trate de evitar la aparición del maltrato infantil.

3. **Prevención Terciaria.** Cualquier programa iniciado después de producirse el maltrato infantil. Se trata de evitar la reaparición del maltrato y/o las consecuencias negativas del mismo.

En esta ponencia voy a centrarme únicamente en dos cuestiones relacionadas específicamente con la prevención secundaria del maltrato infantil.

A. La identificación de los factores de riesgo que de manera prospectiva pueden tener una mayor eficacia y capacidad en la **PRE-DICCIÓN** del maltrato infantil.

Me parece de gran relevancia el hacer especial énfasis en que la inmensa mayoría de las investigaciones en las que se basan los conocimientos existentes sobre los factores de riesgo son de carácter retrospectivo. Esto significa que se han estudiado las características de los maltratadores después de haberse producido el mismo y en definitiva después de haber sido detectado. Las limitaciones que conlleva el hecho de pertenecer a una muestra de sujetos «identificados» son evidentes. Deben tenerse en cuenta asimismo las limitaciones provinientes de la distorsión que se produce en los recuerdos provocada por el estado emocional actual del sujeto (Bower, 1981). Hay una cierta tendencia a seleccionar aspectos positivos o negativos de los acontecimientos ocurridos en el pasado y guardados en la memoria en función del estado emocional actual y en definitiva de las condiciones sociales, familiares y personales que el sujeto esté viviendo. El ser evaluado después de la aparición e identificación del maltrato infantil en estudios retrospectivos tiene que ver con lo anterior.

Debe tenerse en cuenta además la poca «especificidad» de los factores de riesgo detectados en los estudios de tipo retrospectivo. Se

identifican muchas variables que, por separado, se encuentran presentes en un amplio sector de sujetos entre los cuales sólo un determinado porcentaje es maltratador. Cuando se identifica a sujetos deprimidos o sin apoyo social o con historia de maltrato físico y se les realiza un seguimiento y evaluación continuada se descubre que sólo un pequeño número de los mismos maltratan físicamente a sus hijos.

Los trabajos de Altemeier publicados en la primera mitad de los años ochenta constituyen una de las más brillantes excepciones al respecto. En su investigación longitudinal más relevante (Altemeier, W.A. et als, 1979, 1982, 1984; Vietze, P. et als, 1980) llevó a cabo un seguimiento de 1400 madres embarazadas hasta la aparición en algunas de ellas de episodios de maltrato infantil.

En este trabajo analizó el valor predictivo de un amplio conjunto de variables que habían demostrado su eficacia en los estudios retrospectivos. Algunas variables se comportaron de la misma manera que lo hacían en estos estudios y con otras no ocurrió esto. El conocimiento de la madre de las normas del desarrollo evolutivo del niño no demostró tener ningún valor predictivo. Este valor predictivo fué muy limitado en el caso de las variables «autoimagen negativa de sí misma» y «apoyo social disponible de amigos, familiares y marido». Sí tuvieron importancia predictiva algunas de las variables relacionadas con «la percepción de la madre de su propia infancia y del cuidado recibido por sus padres», con «la actitud de la madre hacia la disciplina y la forma de controlar el comportamiento de los niños» y con «la actitud hacia su actual embarazo». Las madres que posteriormente fueron detectadas como maltratantes soportaban en el momento del embarazo un mayor número de situaciones estresantes. Entre los factores de tipo demográfico resalta el hecho de que el ser soltera, divorciada o separada y/o la ausencia de recursos económicos no tienen ningún valor de tipo predictivo para el maltrato infantil en esta investigación longitudinal, siendo variables clásicas con resultados positivos en los estudios de tipo retrospectivo.

B. La aplicación de Sistemas Formales e Informales de **DETECCIÓN DE FAMILIAS «ALTO-RIESGO»** para el Maltrato Infantil.

W.A. Altemeier realizó además un análisis de la validez predictiva de los factores de riesgo que habían funcionado en los estudios retrospectivos. En base a ellos, clasificó a un total de 273 familias como «alto-riesgo». De ellas, 16 familias fueron detectadas como maltratadoras (5,9%), mientras ocurría lo mismo con 14 (1,2%) de las 1127 restantes. Las diferencias entre ambos grupos son significativas, pero la cantidad de falsos positivos y de falsos negativos es de gran importancia.

Otro autor que de manera más reciente ha llevado a cabo un costoso estudio de tipo retrospectivo es Kevin Browne. En este caso se realizó en el Reino Unido durante los años 1984 y 1985. Usando un listado de factores de riesgo (Browne, y Stevenson, 1983) evaluaron a un total de 14.238 familias con el objetivo de seguir las durante un periodo de cinco años. Se entrevistó a la madre en los momentos cercanos al nacimiento y durante el primer mes de vida del niño/a se visitaba el domicilio para completar la información sobre dichos factores de riesgo. Los resultados son muy similares a los de W.A. Altemeier, en cuanto a la capacidad predictiva de los factores de riesgo conocidos. Consideró que sobre 949 familias (6,7%) recaían un número suficiente de factores predisponentes para considerarlas como de «alto-riesgo». De ellas, sólo un 6% perpetraron actos de maltrato durante los dos primeros años de vida del niño. Aunque se considere que sólo un tercio de los casos de maltrato se producen dentro de esos dos primeros años de vida, la validez predictiva no es suficientemente importante y la cantidad de falsos positivos es excesivamente alta. Además de ello, en un 0,2% de los casos no considerados como alto-riesgo se produjo la situación de maltrato dentro de esos dos primeros años. En conjunto, dentro de los dos primeros años, un total de 83 familias de las 14.238 evaluadas al nacimiento se convirtieron en maltratantes antes de los dos primeros años. Estas 83 familias volvieron a ser evaluadas en el momento de ser detectadas para conocer cual

sería la clasificación que recibirían en función de la presencia o ausencia de los factores de riesgo. Las dos siguientes tablas reflejan claramente la situación (Browne and Saqi, 1987):

Tabla II
Evaluación de los factores de riesgo de las familias maltratantes (N = 83).

Evaluación	% Bajo Riesgo	% Alto Riesgo
Nacimiento	33	67
Detección	14	86

Tabla III
Cambios en la situación de riesgo de las familias maltratantes entre el nacimiento y su detección posterior (N = 83).

%Familias Maltratantes	Evaluación en el Nacimiento	Evaluación en la Detección
59	Alto Riesgo	Alto Riesgo
27	Bajo Riesgo	Alto Riesgo
8	Alto Riesgo	Bajo Riesgo
6	Bajo Riesgo	Bajo Riesgo

C. Ayoub y M Jacewitz desarrollaron a principios de la década de los ochenta el «**AT RISK PARENT CHILD PROGRAM**» (Ayoub y Jacewitz, 1983). En él combinaron sistemas «informales» y «formales» para la detección de familias «alto-riesgo». Los primeros consisten en un listado de factores de riesgo de tipo biológico, psicológico, social e interaccional extraídos de los estudios retrospectivos. Los segundos se refieren a cuestionarios o inventarios estandarizados y de cuya fiabilidad y validez concurrente y predictiva hay referencias. En este caso se utilizó el Child Abuse Potential Inventory (Milner, 1980) que fue construido precisamente para detectar individuos con un alto potencial para desarrollar episodios de maltrato infantil.

Este inventario ha demostrado una alta capacidad predictiva en estudios realizados con familias maltratantes y control. En un estudio de 1980, los análisis discriminantes demostraron un porcentaje de clasificación correcta del

96% para el total de los sujetos (100% para el grupo control y 92% para los maltratadores) (Milner & Wimberley, 1980). En un trabajo similar de 1986 en el que compara 110 maltratadores y 110 sujetos control perfectamente emparejados uno-a-uno, los resultados del análisis discriminante son inferiores: se clasificó correctamente un 85,4% del total de los 220 sujetos (88,2% para el grupo control y 82,7% para el grupo de maltratadores) (Milner, Gold & Wimberley, 1986).

Este inventario ha sido traducido al castellano y realizada una validación de tipo preliminar (De Paul, Arruabarreria & Milner, 1991; Arruabarrena & De Paúl, 1991). Se aplicó a un grupo de 66 familias con problema de maltrato y/o abandono físico y a 829 familias que formaban el grupo de comparación emparejado. Se alcanzó una clasificación correcta del 91,7% para el total de los sujetos (90,9% para el grupo de maltrato y/o abandono y 91,8% para el grupo comparación). Posteriormente, se realizó una comparación entre un grupo de maltratadores físicos (N = 24) y un grupo comparación emparejado (N = 156). El análisis discriminante demostró una clasificación correcta para el total de los sujetos del 98,3%. (100% para los maltratadores físicos y 98,1% para el grupo comparación).

Kevin Browne, antes citado, había realizado un estudio similar comparando casos de maltrato (N = 62) y casos control (N = 124) usando una lista de factores de riesgo ponderados. El análisis discriminante presentó los siguientes resultados con respecto a su capacidad predictiva (Browne & Saqi, 1988). (Tabla IV)

De los trabajos de W.A. Altemeier, J.S. Milner y K. Browne se desprenden conclusiones similares que tienen que ver con la dificultad importante en la actualidad para

poder desarrollar una actividad predictiva adecuada que posibilite la aplicación rigurosa de planes de prevención secundaria.

Los problemas centrales presentados en los apartados II y III de esta ponencia pueden estar en la base de estas dificultades predictivas. La dificultad para delimitar adecuadamente lo que se circunscribe dentro del concepto de maltrato infantil y el carácter complejo, múltiple e interactivo de sus factores de riesgo contribuyen de manera importante en las limitaciones de la capacidad predictiva actual de los sistemas de detección de individuos o familias en alto-riesgo.

Los sistemas de detección consiguen tasas de adecuada clasificación del 80%, es decir, que un 20% de los casos son mal clasificados. En el supuesto de que la tasa de prevalencia del maltrato infantil en cualquiera de sus variantes y en toda la sociedad fuera del 5% nos encontraríamos con la siguiente situación:

1.000 Familias			
50 Maltratadores		950 No maltratadores	
40	10	190	760
Bien Clas.	Mal Clas.	Mal Clas.	Bien Clas.

De los 770 sujetos considerados bajo-riesgo, 10 incurrirán en problemas de maltrato infantil y se habrá perdido una buena oportunidad para planificar un programa preventivo. Pero lo realmente grave es que de las 230 familias detectadas como alto-riesgo hay 190 que no van a ser perpetradoras de maltrato infantil y a las que no sabemos, por el momento, discriminar de las 40 en las que realmente se va a producir el problema.

La prevención secundaria de otras patologías médicas o psicológicas con similares tasas de prevalencia y de correcta clasificación no tiene las mismas implicaciones de tipo social y emocional que el maltrato infantil. La poca especificidad de los sistemas de detección para problemas psicosociales que implican una cierta estigmatización supone un serio hándicap de tipo ético que debe ser tomado en consideración.

Tabla IV
Predicción de Grupo

Grupo Real	Maltrato	Control
Maltrato (62)	51 (82,3%)	11 (17,7%)
Control (124)	15 (12,1%)	109 (87,9%)

Clasificación total: 86,02%

Referencias Bibliográficas

1. ALTEMEIER, W.A., VIETZE, P.M.; SHERROD, K.B.; SANDLER, H.M.; FALSEY, S. & O'CONNOR, S. *Prediction of Child Maltreatment during Pregnancy*. American Academy of Child Psychiatry, 18, 205-218, 1979.
2. ALTEMEIER, W.A.; O'CONNOR, S.; VIETZE, P.M.; SANDLER, H.M. & SHERROD, K.B. *Antecedents of Child Abuse*. The Journal of Pediatrics, 100 (5), 823-829, 1982.
3. ALTEMEIER, W.A.; O'CONNOR, S.; VIETZE, P.M.; SANDLER, H.M. & SHERROD, K.B. *Prediction of Child Abuse: A Prospective Study of Feasibility*. Child Abuse and Neglect 8, 393-400, 1984.
4. ARRUABARRENA, M.I. *Un modelo causal de los malos tratos y el abandono infantil*. Zerbitzuan, 4, 8-16, 1987.
5. ARRUABARRENA, M.I. & DE PAUL, J. *Validez convergente de la versión española preliminar del Child Abuse Potential Inventory: Depresión y Ajuste Marital*. Child Abuse and Neglect, 15 (3-4), 1991.
6. AYOUB, C., JACEWITZ, M.M., GOLD, R.G. & MILNER, J.S. *Assessment of a program effectiveness in selecting individuals «at-risk» for problems in parenting*. Journal of Clinical Psychology, 39 (3), 334-339, 1982.
7. BELSKY, J. *Child Maltreatment. An Ecological Integration*. American Psychologist, 35, 320-335, 1977.
8. BOWER: *Mood and Memory*. American psychologist, 36 (2), 129-148, 1981.
9. BRONFENBRENNER, U. *Toward an experimental ecology of human development*. American Psychologist, 32, 513-531.
10. BROWNE, K.D. & SAQI, S. *Approaches to screening for Child Abuse and Neglect*. En Browne, K. Davies, C. y Stratton, P. (Eds.). *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*. John Wiley and Sons. Chichester. 1988.
11. BROWNE, K.D. & SAQI, S. *Parent-child interaction in child abusing families: posibles causas and consequences*. En P. Maher (Ed.). *Child Abuse: An Educational Perspective*, Blackwell, Oxford 1987.
12. DE PAUL, J. *Maltrato y Abandono Infantil. Identificación de Factores de Riesgo*. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria. 1988
13. DE PAUL, J., ARRUABARRENA, M.I. & MILNER, J.S. *Validación de una versión española del Child Abuse Potential Inventory para su uso en España*. Child Abuse and neglect, 15 (3-4), 1991.
14. GIL, D. *Violence against children*. Harvard University Press. Cambridge. Massachusset, 1970.
15. HELFER, R.E. *A review of the literature on the prevention on child abuse and neglect*. Child Abuse and neglect, 6, 251-261, 1982.
16. MILNER, J.S. *The Child Abuse Potential Inventory: Manual*. Webster, N.C. 1980.
17. MILNER, J.S. & WIMBERLEY, R.C. *prediction and Explanation of child abuse*. Journal of Clinical Psychology, 36, 875-884. 1980
18. MILNER, J.S., GOLDS, R.G. & WIMBERLEY, R.C. *Prediction and Explanation of child abuse: Cross-Validation of the Child Abuse Potential Inventory*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54 (6), 865-866. 1986.
19. MILNER, J.S. *Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil*. Infancia y Sociedad, 2, 5-15, 1990;
20. OLDS, D.L. & HENDERSON, CH. R. *The Prevention of Maltreatment*. En Cichetti, D. & Carlsson, V. (Eds.). *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge University Press. Cambridge, 1989.
21. VIETZE, P.M.; FALSEY, S.; SANDLER, H.M.; O'CONNOR, S. & ALTEMEIER, W.A. *Transactional Approach to Prediction of Child Maltreatment*. Infant Mental Health Journal, 1 (4), 248-261. 1984

Intervenciones psicosociales en la primera infancia: integración y coordinación en el territorio

A. Fernández Villar(*), M^a de la O Pla Vega (**), J.L. Pedreira (***),
E. Sardinero (****)

Avilés

INTRODUCCIÓN

En apartados anteriores de esta Ponencia se han venido abordando diferentes aspectos concernientes al desarrollo psicosocial de los cinco primeros años. En la segunda parte se han planteado diversas formas de presentación de dichos trastornos durante los cinco primeros años de vida. Una característica común ha sido subrayar la complejidad tanto de la identificación de los problemas, como en las formas de manifestación de ellos.

Si la presentación es compleja, el abordaje de dichos trastornos responde a la misma complejidad. Muchos y variados son los problemas que surgen a la hora de diseñar y desarrollar un abordaje para los trastornos del desarrollo en estas primeras etapas de la vida.

(*) Trabajadora Social. Unidad Salud Mental Infanto-juvenil de Avilés.

(**) Fisioterapeuta. Centro Atención Primaria «La Magdalena» de Avilés.

(***) Paidopsiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto-juvenil de Avilés. Prof. Asociado Ciencias de la Conducta, Departamento Medicina, Universidad de Oviedo.

(****) Psicóloga Clínico Infantil. Unidad Salud Mental Infanto-juvenil de Avilés.

De esta complejidad, de sus dificultades, de las dudas que surgen y de posibles actividades trata el presente trabajo.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Vamos a considerar por **Intervención** aquellas actividades que se desarrollan por un equipo sobre el caso problema, tras haber realizado la correspondiente evaluación. Lo que lleva implícito el concepto de «toma a cargo» del conjunto de la situación, es decir incluye los aspectos bio-psico-sociales.

Incluimos en el término de «**precoces**» un contenido cronológico y dinámico del proceso de desarrollo del sujeto, es decir hacemos referencia a la Primera Infancia, que en términos cronológicos abarca los cinco primeros años de vida.

Por **Territorio** entendemos un marco geodemográfico determinado, pero no solo en un sentido descriptivo, sino que incluimos el aspecto dinámico de un marco que genera y transforma informaciones diversas a lo largo del tiempo. No es solo un concepto estático, sino vivo y cambiante: un lugar de intercambio de informaciones y de relaciones. Lo que in-

cluye diversas agencias e instituciones que operan sobre la vida y desarrollo de los niños/as.

En el marco del territorio surgen las relaciones entre las diferentes agencias de las instituciones que operan en él. Dichas relaciones pueden enmarcarse en dos conceptos positivos: Coordinación e Integración Funcional. En este sentido Coordinación se refiere al esfuerzo que los recursos existentes en un área realizan, independientemente de su adscripción administrativa, con el fin de evitar solapamientos o duplicidades en las intervenciones que se realizan a una misma parte de la población; para ello se deben sentar objetivos y criterios precisos, sobre todo para la cobertura. Integración Funcional hace referencia a un paso cualitativamente mayor en el nivel de la coordinación, ya que implica una formulación conjunta de los programas a desarrollar por parte de la totalidad de los recursos existentes en el área, independientemente de la dependencia administrativa, con el fin de realizar una redefinición de los roles profesionales en las coberturas de la demanda, en base a la formación de los profesionales y de los objetivos de los programas.

Por **Aspectos Psicosociales** incluimos la interacción existente entre los problemas físicos, con las vivencias psíquicas y ello englobado en un marco social determinado. Un ejemplo podría ayudarnos a comprenderlo mejor, un autismo infantil precisa apoyos psicoterapéuticos adecuados y específicos, pero puede precisar ayudas en diversos niveles diferentes al meramente psicológico: integración escolar, ayuda económica, adaptar las intervenciones a los recursos existentes y al funcionalismo familiar, etc. En otras ocasiones puede ser un Parálisis Cerebral que, en su evolución, puede tener diversas complicaciones orgánicas (p.e. aspiraciones, convulsiones, etc) que deben ser tratadas, pero la familia precisa orientación y contención psicológica para favorecer el correcto desarrollo dentro de las limitaciones, orientación para poder introducir de forma precoz programas de estimulación temprana de forma integrada y no fraccionada, etc. Otro

problema, a la inversa, puede ser un desequilibrio social (p.e. embarazo en adolescentes, emigración, etc) que repercute en el desarrollo de los niños/as con trastornos emocionales precoces (p.e. clínica funcional y/o psicósomática, trastornos psicomotores con o sin retraso madurativo, etc) que deben ser abordados lo más precozmente posible y teniendo en cuenta las dificultades reales en las que se encuentran estas familias pero que, un abordaje exclusivamente de ayuda social, puede resultar insuficiente al igual que el meramente de tipo psicológico o rehabilitador-fisioterapéutico o de otro tipo de forma aislada.

MODELO TEÓRICO DE INTERVENCIÓN

Nuestro modelo (Tabla I) va a referirse a la demanda detectada (sea una agencia del territorio o bien la propia familia) y remitida a estudio a un servicio especializado con una organización territorializada.

El procedimiento metodológico utilizado sería:

1.º **Recepción de la demanda**, tal y como la expresa la familia y tal y como ha sido percibida por el profesional derivante, caso que haya intervenido previamente. Pensamos que lo más operativo es una escueta recepción que se limite a lo descriptivo del problema.

2.º **Proceso de Evaluación**: Incluye una o varias entrevistas previamente concertadas a día y hora, de gran importancia en estas primeras etapas con el fin de evitar esperas que

TABLA I
Modelo teórico de intervención

-
- * RECEPCIÓN: Escueta y descriptiva del problema.
 - * PROCESO EVALUACIÓN:
 - Entrevista(s) de evaluación clínico-relacional.
 - Posible utilización de escalas diagnósticas.
 - * DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN:
 - «Devolución» a la familia.
 - Líneas generales de abordaje.
-

pueden perturbar a los niños/as e interferir en el proceso de evaluación. Otra segunda característica sería que la duración no fuera muy larga, con el fin de evitar el cansancio tanto de los niños/as como de las figuras parentales al estar en una situación nueva. En dicho proceso se incluye: desarrollo suficiente del problema y grado de preocupación por él. De forma paulatina se van introduciendo aspectos de elaboración, por medio de la contextualización del problema: desarrollo psico-motor, antecedentes personales, vivencia familiar, antecedentes familiares, circunstancias socio-familiares (p.e. acontecimientos vitales de relevancia). Caso de ser preciso se puede acompañar la realización de alguna escala de desarrollo, tanto psicomotor (p.e. Brunet-Lezine) o de desarrollo psicosocial (p.e. Hameury).

3.º **Diseño de la Intervención:** Tras la evaluación se precisa la comunicación/información de los contenidos a los padres. Dicha comunicación, nosotros la preferimos llamar «devolución», debe ser comprensiva y operativa para los padres, tendiendo a contextualizar el problema. También se debe incluir las líneas generales para abordar las diferentes dificultades, así como las actividades de las distintas agencias que pueden participar en el desarrollo de esa intervención a lo largo del proceso evolutivo.

MODELO PRÁCTICO

El estudio del modelo práctico nos pone en evidencia las dificultades en el desarrollo del modelo teórico anteriormente expuesto. Dichas dificultades son de diversa índole: la caracterización del problema, el marco familiar y, por fin, el marco referencial de las agencias en el territorio.

1. Caracterización del Problema (Tabla II):

1.1. En estas etapas de la vida las dificultades y los trastornos no suelen aparecer de manera aislada o de forma muy delimitada. Lo habitual suele ser que se presentan dificultades múltiples, cuyas manifestaciones difieren según diversas circunstancias.

TABLA II
Modelo práctico de intervención/I
Caracterización del problema

-
- I. APARICIÓN DE VARIAS DIFICULTADES.
- II. FORMA DE EXPRESIÓN:
- * Trastornos psicomotores.
 - * Trastornos funcionales.
 - * Trastornos de expresión somática.
- III. DIFICULTADES EN LA TRANSMISIÓN/
COMPRENSIÓN DE LAS DIFICULTADES
PSICO-SOCIALES.
-

1.2. En este sentido resaltar que los signos dominantes suelen ser de tres tipos en su forma de expresión: trastornos psicomotores (retardos madurativos, convulsiones, etc), trastornos funcionales (del sueño, de la alimentación, rabiets, etc) y trastornos de expresión somática (infecciones de repetición, procesos diarreicos, trastornos sensoriales, etc).

1.3. Se constata que es más fácil admitir la «etiología» de tipo orgánico que aquella otra de tipo psicológico o psico-social, por esa razón no es extraño las continuas búsquedas de nuevas técnicas diagnósticas, nuevos criterios, nuevas consultas, etc. De igual forma es más difícil comprender y transmitir el proceso psico-social en la primera infancia que otro tipo de alteraciones, incluso para los propios profesionales de Atención Primaria.

2. Marco Familiar (Tabla III):

2.1. El primer tipo de dificultades se sitúa en la procedencia de la demanda que realiza al servicio especializado, en esta dificultad vamos a incluir la información aportada a la familia por el propio servicio derivante, lo cual guarda relación con la comprensión y contextualización que realiza del problema detectado (p.e. si dice «no es nada» y lo deriva a un servicio de Salud Mental Infantil, aparece una contradicción en la posibilidad cognitiva de la familia: no ser nada y precisar un servicio especializado).

2.2. Una vez que la demanda se establece en el servicio especializado comienzan a aparecer otra serie de factores: la dificultad del propio

TABLA III
Modelo práctico de intervención/II
Marco familiar

-
- I. PROCEDENCIA DE LA FAMILIA: Información previa.
- II. COMPRENSIÓN/ELABORACIÓN/ACEPTACIÓN DEL PROBLEMA:
 * Nivel socio-económico-cultural.
 * Tipo de funcionamiento cognitivo.
 * Características de las dificultades.
- III. FACTORES DE «CO-MORBILIDAD» SOCIAL EN LA FAMILIA.
-

proceso que se presenta, bien sea por su caracterización o forma de presentación en el niño/a, que puede hacer enlentecer o dilatar el proceso de evaluación, con todo lo que ello conlleva. Además de lo anterior existe un segundo grupo de factores de gran importancia: lo relativo al proceso de comprensión del problema —del tipo de transmisión de las características del problema a la familia— de las condiciones sociales y cognitivas de los integrantes de la familia.

2.3. Las dificultades anteriores se agravan cuando existen añadidos «factores de comorbilidad social» en la familia. Entre estos factores señalamos, p.e.: alcoholismo u otro tipo de toxicomanías, enfermedad mental en uno o varios miembros de la familia, situaciones de marginalidad social, escaso nivel cultural de tipo extremo, etc.

3. Marco Referencial de las Agencias del Territorio (Tabla IV):

3.1. Cuando existen dificultades importantes, sobre todo en los cinco primeros años, se constata que en un mismo territorio existen diversas agencias que potencialmente pueden dar respuesta a esa dificultad (agencias educativas, sanitarias, sociales, etc) y poseen un recorrido histórico diferente en su relación con ese territorio determinado y entre ellas entre sí. Además en cada agencia pueden existir diversas titulaciones (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, DUE, terapeutas diversos, etc) e incluso dentro de una misma titulación for-

mación, grados de experiencia, habilidades y entrenamiento diferente, etc., en los diversos integrantes de la agencia. Todo ello configura procedimientos y metodologías distintas, con lenguajes diferentes. Por lo tanto la información que se aporta a las familias y al conjunto del territorio está en relación directa con la agencia y el profesional en concreto que le corresponda prestar la atención a cada caso concreto.

3.2. Cada agencia en el territorio puede intervenir, ante un mismo caso, de manera diferente cara a los niveles preventivos y/o asistenciales, limitando su intervención a la mera cobertura de la necesidad manifiesta (p.e. conceder ayuda económica, dar plaza en una institución infantil, etc) o bien contextualizando la necesidad en aras a una elaboración más amplia de la demanda latente que suele existir tras la expresión manifiesta de la necesidad expresada, lo que va a condicionar el tipo de relación entre las diversas agencias en aras a definir la colaboración, la complementariedad y la corresponsabilización frente a cada caso y cada familia en cada contexto.

3.3. Otro grupo de dificultades se sitúan en las prioridades que las diferentes agencias establecen a la hora de analizar y diseñar la intervención. Sobre todo en los cinco primeros años que conjuga un cierto temor, por parte de algunas agencias, para abordar las dificultades del desarrollo infantil con la escasa cobertura formativa y de recursos disponibles por parte de los profesionales. En este apartado, inclui-

TABLA IV
Modelo práctico de intervención. III
Marco referencial de las agencias del territorio

-
- I. DISARMONIA EN LAS DIVERSAS AGENCIAS.
- II. CONCEPTO DIFERENTE DEL MARCO DE INTERVENCIÓN Y DE LOS CRITERIOS DE CONTEXTUALIZACIÓN/CO-RESPONSABILIZACIÓN.
- III. PRIORIDADES Y DEFINICIÓN DE FUNCIONES DE LA AGENCIA QUE INTERVIENE.
-

mos la definición de la agencia según el sector de población que atiende, lo que va a originar diferentes sensibilidades cara a la respuesta que se oferta, es decir: o una respuesta específica (p.e. servicios que abordan específicamente las dificultades de la infancia: pediatría, etc) o una respuesta estándar y burocratizada (p.e. la que aportan servicios generales que «ven» niños/as pero de manera indiferenciada junto con otros sectores de población: viejos, drogadictos, minusválidas, minorías étnicas, etc).

INSTRUMENTOS OPERATIVOS PARA ABORDAR LAS DIFICULTADES

Tras la expuesto se puede deducir que la pretensión inicial de exponer un modelo de coordinación de recursos en el territorio, va a quedar mediatizada por las dificultades expresadas en el apartado anterior. Por ello sólo vamos a poder realizar algunas precisiones instrumentales que deben ser leídas como intento de coordinación en el territorio, al menos para aquellos casos que son detectados en la primera infancia.

Pensamos que es preciso realizar alguna matización previa, el modelo que proponemos es un esquema mental de trabajo. Quiere decir que no siempre ni en todos los casos, ni en todas las circunstancias va a darse en igual medida, pero a lo largo del tiempo ese esquema

TABLA V Instrumentos operativos para abordaje de las dificultades/I Funcionamiento

-
- | |
|--|
| I. PERIODICIDAD Y CONSTANCIA: Favorecer imagen mental del conjunto de recursos territorio. |
| II. INICIAR POR «ENLACE» («caso-a-caso»). |
| III. INTERCONSULTA Y ENLACE: |
| * Evaluación. |
| * Abordaje. |
| * Seguimiento. |
| * Formación. |
| * Investigación. |
-

mental va tomando forma y definiendo sus propios límites, por lo tanto se va haciendo operativo, al menos en nuestra experiencia que aún está lejos de responder a la totalidad de las posibilidades de nuestro propio esquema mental.

1.º **Funcionamiento** (TablaV): Sabemos de la importancia de abordar las dificultades concretas en cada contexto concreto por todas las agencias implicadas en el territorio. Pero lo anterior es una mera formulación teórica, si no somos capaces de habilitar los instrumentos que la van a operativizar. Nuestra propuesta es redimensionar y flexibilizar la metodología de la interconsulta y enlace. Ello comporta:

1.1. Periodicidad variable, según las características de las diferentes agencias y el tipo de demanda que se remiten entre ellas. Proponemos como límite máximo el mes y medio, con el fin de construir la imagen mental de las agencias implicadas con una cierta permanencia.

1.2. Se puede iniciar, es lo recomendable, por la técnica de enlace. Es decir: abordaje de casos en conjunto por acuerdos entre las agencias, también se puede llamar: «caso a caso».

1.3. En poco tiempo se constata que el enlace, al menos en el territorio, resulta insuficiente y se precisa un paso cualitativamente mayor: la interconsulta y enlace. Es decir: abordaje directo y conjunto de los casos y de aquellos contenidos metodológicos y de procedimiento para abordar las diversas dificultades que vayan surgiendo a lo largo del tiempo.

Como ejemplo de lo anteriormente expuesto, podemos constatar que el sistema sanitario responde más positivamente a este esquema que otros sistemas. Quizá la razón habría que buscarla en la sintonía con el funcionamiento de esa agencia, ya que está más habituada a este tipo de funcionamiento, por su propio recorrido: se dedica solo a la infancia, tienen más experiencia en este tipo de trabajos, pertenecemos al mismo sistema sanitario aunque sea a diversos niveles de especialidad, cercanía del lenguaje y de algunos conceptos, etc.

En definitiva sería buscar nuevos procedimientos para desarrollar instrumentos operativos que permitan el acercamiento de distintas

TABLA VI
Instrumentos operativos para abordaje de
las dificultades/II
Prioridades

-
- | | |
|------|---|
| I. | EVITAR MENSAJES DIFERENTES Y/O CONTRADICTORIOS. |
| II. | SECUENCIAR LAS INTERVENCIONES. |
| III. | POTENCIAR ASPECTOS DE REHABILITACIÓN FÍSICA. |
| IV. | FAVORECER INTERVENCIÓN DIRECTA DE LAS FIGURAS PARENTALES. |
-

agencias en un territorio. Estos instrumentos operativos no tienen, en sí mismos, ninguna definición teórica a-priori y pueden adaptarse con flexibilidad a cualquier tipo de enfoque teórico, ya que son fundamentos metodológicos y de procedimiento.

2. Prioridades (Tabla VI):

2.1. La prioridad fundamental se centra en Evitar los Mensajes Diferentes y/o Contradictorios que se dan a las familias sobre la índole del problema y sobre su abordaje por las diferentes agencias del territorio. A partir de esa prioridad se puede plantear la secuencia de las intervenciones, la agencia que sea el punto de referencia para la familia y para las otras agencias. Definir la agencia de referencia dependerá de el aspecto dominante en la forma de expresión del problema (p.e. no hay que olvidar que en los primeros años se puede utilizar el recurso de los exámenes periódicos de salud para aportar informaciones, utilizar la interconsulta para las dificultades funcionales, valorar el desarrollo psicomotor, promocionar el desarrollo psicosocial, etc).

2.2. Secuenciar las Intervenciones: En el sentido de determinar cuál es la intervención que sirve de enganche para el resto de la cobertura integral. Lo primero es realizar una detección lo más precoz posible del problema, de sus factores condicionantes y de sus factores desencadenantes, es decir: profundizar en la demanda. Pero además se precisa la correcta evaluación de las potencialidades de intervención y de movilización del problema y de las posibles dificultades que puedan surgir en la evolución del caso, en otras palabras: cómo la

familia comprende y se enfrenta a la situación de atender a un niño/a con dificultades durativas desde épocas tempranas, ello comporta integrar con flexibilidad las respuestas emocionales de esa familia.

2.3. No olvidar que la puerta de la rehabilitación física y estímulo sensorial desde épocas muy tempranas (incluso antes de los seis meses de vida), posibilita la integración del cuerpo del niño/a en su conjunto y puede servir para movilizar otro tipo de intervenciones de tipo psicoterapéutico y/o psico-social.

2.4. Dar prioridad a determinado tipo de «tareas» que deben ser realizadas por la propia familia, es reconocer su importante papel en el desarrollo psico-social precoz y abordar precozmente el posible daño narcisista que toda dificultad precoz origina en las figuras parentales (p.e. es útil enseñar ejercicios de estimulación motriz, sensorial y/o psicomotora a las figuras parentales, dar la posibilidad de que una de ellas esté presente durante algunos períodos del tratamiento, utilización de videos del trabajo realizado con su hijo/a, etc).

Bibliografía

1. BAULEO, A.: «Notas de Psicología y Psiquiatría Social» Ed. Atuel. Madrid, 1988.
2. FERNANDEZ, R., GARCIA CARBAJOSA, M.A. y PEDREIRA, J.L.: «La contención» Ed. AEN. Madrid, 1990.
3. GARCIA, J. & APARICIO, V. (compls.): «Nuevos instrumentos de evaluación e investigación en Salud Mental» Ed. Principado de Asturias. Oviedo, 1990.
4. KREISLER, L.: «Le nouvel enfant du desordre psychosomatique» Ed. Privat, Toulouse, 1987.
5. LEBOVICI, S., DIATKINE, R. y SOULE, M.: «Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent» Ed. PUF. París, 1985.
6. PEDREIRA, J.L.: «Metodología y elaboración de programas en Salud Mental Infanto-juvenil» Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, VII, 22, 371-380, 1987.
7. PEDREIRA, J.L. & cols.: «No me duelen prendas» En VV.AA.: «El que-hacer en Salud Mental. Ed. AEN-CajaCanarias. Las Palmas de Gran Canaria, págs. 208-222, 1989.
8. SALZBERGER-WITTEMBERG, I.: «La relación asistencial» Ed. Amortortu. Buenos Aires, 1980.
9. SELVIN PALAZZOLI, M.: «Al frente de la organización», Ed. Paidós. Barcelona, 1986.
10. TIZON, J.L.: «Componentes psicologicos de la práctica médica». Ed. Doyma. Barcelona, 1988.

Perspectivas Psicopedagógicas de la Atención Temprana

M^a J. Buceta

Santiago de Compostela.

Es complejo el número de variables que afectan de forma considerable el desarrollo de los niños pequeños, además hay una gran polarización de puntos de vista sobre el coste beneficio de los programas de intervención temprana.

Un argumento fundamental en el campo de la atención temprana, sugiere que este tipo de aprendizaje nos sirve de base para el desarrollo de conductas más complejas.

En todo momento se deberá enfatizar la importancia del diagnóstico temprano del retraso, a fin de iniciar los tratamientos más adecuados a la solución del mismo.

Según todas las investigaciones en el amplio campo de la estimulación precoz, los contenidos deberán responder al momento evolutivo en el que se encuentra el sujeto de la intervención; todo esto irá encomendado a solventar, al menos en parte, las lagunas que se produzcan en el desarrollo, dependiendo de la precocidad con que se inicie el tratamiento.

Partiendo de una definición integradora, concebir el campo de la intervención oportuna, como «una técnica que, situándose frente al

niño y su patología, pretende optimizar en el curso de los primeros años el desarrollo de las potencialidades del sistema nervioso, suministrándole estímulos mediante los que se pretende avivar funciones ya existentes, y conseguir unas bases efectivas adecuadas para fijar lo que el niño aprende y lograr hábitos de autonomía y capacidad de adaptación al medio» (Buceta, 1985).

Los cambios, que pretendemos introducir en todo aprendizaje, van a producir variaciones no sólo en el ambiente, sino también en la estructura y funcionamiento del sistema nervioso y, en definitiva, sobre la propia conducta del individuo (Buceta, 1989; Caronson y Fallstrom, 1977).

Durante algunos años se puso tanto énfasis en las circunstancias ambientales que el plano genético pareció quedar relegado del todo (Samerott y Chasndler, 1975).

Como base fundamental en todo campo de la interacción, sugiriendo la base para el desarrollo posterior de conductas más complejas (Briokov, Selbert, Casuso, 1980), Piaget ya hace años nos había fundamentado fuentes bases de la atención temprana. Si interactuamos sobre el organismo en los primeros momentos de vida, incluso ya dentro de los primeros minutos, será la base de dicha efectividad.

Profesora Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Universidad de Santiago de Compostela.

Ya en 1977 Aronson y Follstrom afirman que «el hecho de no crear un ambiente estimulante en los primeros momentos supone no sólo lo perdido de la estimulación con respecto al desarrollo, sino una atrofia efectiva de las capacidades sensoriales y una regresión en el período de desarrollo». Por consiguiente, en todo momento la atención temprana tiene una justificación, una base fisiológica, dado que, según está comprobado, se produce una mayor recuperación del S.N.C. en los primeros años, lo que facilita el aprendizaje y mejora el aspecto evolutivo y el desarrollo social. Sin una intervención temprana, de carácter sistemático y secuencial muchos de nuestros niños con handicaps podrían no adquirir conductas básicas, como las sensoriomotoras. Atendiendo y siguiendo la teoría de Piaget (1970) del desarrollo temprano, período de formas conductuales muy simples, base para adquirir conductas mucho más complejas.

Otra de las bases fundamentales se van a asentar principalmente en el establecimiento de unos firmes esquemas de relaciones parentales, entre los cuales están los sistemas de interacción madre-hijo, madre-padre-hijo, núcleo de hermanos y todo el sistema familiar en general. Por todo ello, la atención temprana, estimulación precoz o intervención oportuna se considera capaz de brindar ayuda al sistema familiar, a los padres que lo necesiten durante las primeras semanas e incluso los primeros meses, pero en todo momento, justo antes de que se puedan consolidar esquemas mentales superiores. Todo ello contribuirá a la necesidad de proveer los sistemas de apoyo para las familias y los niños a fin de inhibir el desarrollo de habilidades secundarias.

Otro aspecto importante para tener en cuenta, es la naturaleza operante de algunas conductas, habilidades que serán del todo irreversibles, sino se dan los pasos correctos en los años de formación.

Es ya familiar que en el proceso que abarca el desarrollo humano existen ciertas edades cruciales. Así podemos hablar pues de una serie de períodos sensibles o de máxima sus-

ceptibilidad en el crecimiento físico del crecimiento humano.

Lorenz fue el primero en hablar de períodos críticos, períodos de máxima susceptibilidad; si todo ello lo extrapolamos a la conducta humana nos va a indicar que el potencial de aprendizaje no es lo mismo a lo largo de todo el curso vital. Hay momentos en que se deben dar determinados eventos para que el desarrollo sea óptimo.

De todos modos y dentro del concepto de impronta que tenemos, podemos afirmar que los períodos más fácilmente aprovechables se dan a edades muy tempranas, ya que al organismo le representa una ventaja realizar de antemano la mayoría de los ajustes conductuales para poder sobrevivir. En algunos períodos sensibles, la primera experiencia pertinente es la más eficaz para determinar la conducta o el objeto a que dicha conducta se va a dirigir en lo sucesivo.

El desarrollo en el que se van a establecer unas bases psicopedagógicas adecuadas viene determinado por la herencia y los factores ambientales, y todo ello va a decidir el comportamiento del individuo.

Cuando el S.N. presenta alteraciones, éstas se traducen en trastornos de la maduración, que dificultan una correcta integración funcional, ya que desde el primer momento es posible explorar, en el niño a partir de su tono muscular los reflejos, síntomas neurológicos mediante los cuales podemos detectar dichos trastornos. Esta conducta refleja está presente desde el primer momento en los recién nacidos.

Una vez exploradas estas primeras reacciones reflejas, debemos ordenar el ambiente para que el niño adquiera o compense las conductas perdidas.

Por lo que respecta a las manifestaciones conductuales, consideramos como tales aquellas respuestas observables que el sujeto emite ante estímulos físicos. Ambas dimensiones, reacciones y estímulos, han sido el objeto específico del estudio del conductismo. YELA en 1974 y 1982 afirma que el sujeto depende del estímulo y ambos se codefinen en necesaria y constante interacción. Por consiguiente,

el estímulo al igual que el sujeto es un componente de la conducta, por ello en el conocimiento del estímulo y de la forma en como éste induce la conducta se halla una de las bases científicas de la atención temprana. Aún cuando no desconocemos la polémica a cerca del estímulo (YELA, 1984), en este contexto entendemos por tal «cualquier cambio en el ambiente interno o externo de un organismo que provoca una modificación de su actividad» (Coriat y Jerusalinsky, 1978).

El niño, desde el nacimiento, está sujeto a variaciones del medio, que no recibe de forma pasiva, sino que responde con un repertorio conductual dependiendo de las distintas fases del desarrollo. Los reflejos dejan paso a formas más complejas de conducta, que se establecen gracias a la maduración y a los factores ambientales. El adulto debe mediar en los diferentes estímulos porque esto indica que es la forma en que el sujeto que está sujeto a estímulos ambientales puede dar impulso a unas funciones que ya existen.

La primera fuente de estimulación es el propio rostro materno, pero para que se de un buen desarrollo cognitivo hace falta que se den tres condiciones: selección, catalogación y observación.

Con respecto a la primera el niño no discrimina ante los atributos de éstos, por eso deberan de intervenir los padres.

Tenemos también la anticipación como resultado de la propia experiencia del mediador, la imitación, de gran importancia en las primeras edades, la repetición, la variación, y la conducta comparativa que tienen su origen en la conducta exploratoria del niño proporcionándole las bases que le permitirán establecer relaciones de similitud y diferencias entre los objetos.

La educación –intervención psicopedagógica– en el campo de la estimulación precoz deberá llevarse a cabo conjuntamente por varios especialistas. Especialistas que deben de cooperar estrechamente para que se de una armonía en la construcción de programas.

Los padres son los verdaderos artífices de la atención temprana y la pieza clave y funda-

mental de todo programa de estimulación. La colaboración con ellos es pues necesaria para que este ambiente, rico en estímulos, sensoriales y sociales, sea favorable al niño permitiéndole un desenvolvimiento libre, impulsándole a que interactúe y que sea un sujeto activo en ese mundo nuevo para él (Aguirre, 1981, Herber, 1972).

La atención temprana se realiza en una etapa de la vida en la que el niño no debe separarse de su ambiente.

La armonía entre los diversos especialistas deberá de ser total de cara al desarrollo global del niño y en coordinación con sus necesidades (DANAL, 1975). Aunque seamos capaces de hacer un diagnóstico precoz, si no se cuenta con una buena organización de servicios, no avanzamos nada.

Las sesiones se llevarán a cabo tres veces por semana, de forma sistemática y secuencial. El que un programa de estimulación sea o no efectivo va a depender de la temprana detección de la deficiencia, de su aplicación y de la lógica continuación del mismo.

La relación entre continuidad de la conducta y la atención temprana es muy importante. Si el repertorio conductual temprano está relacionado con el desarrollo futuro, sería necesario la importancia de la experiencia temprana. Si la conducta es discontinua no dará buenos resultados. Este problema, continuidad-discontinuidad, está sujeto a una fuerte controversia.

Los equipos deberán realizar reuniones periódicas para hacer un seguimiento de los diversos pacientes y sus problemas, teniendo sumo cuidado en no caer en la simple yuxtaposición de las tareas singulares y específicas de cada uno de los profesionales.

Aunque la ausencia del desarrollo evolutivo del niño se detecte precozmente, no tiene sentido un diagnóstico precoz; si no se cuenta con una buena organización de servicios, es decir, con un sistema bien organizado que pueda ofrecer ayuda a los padres en todo momento, y proporcionarle al niño el tratamiento adecuado. Para esto, es primordial la colaboración de los diversos especialistas. En-

tre los trabajos que se ocupan de la importancia de los equipos interdisciplinarios en la estimulación precoz, cabe destacar los de: Ford (1978); Speck (1981); Villa y Pattersoo (1979); y Zulueta y Molla (1972).

La longevidad en el impacto de los programas está determinada por diversas variables, por lo que influirán de forma determinante la longitud, calidad y contenido de los mismos. La objetividad de los mismos estará determinada por su implementación, pero si tenemos que tener en cuenta que los programas de intervención utilizan tecnología conductual, esto afecta al abordaje curricular de los mismos.

El plan de lecciones está predeterminado, lo que hace que el niño tenga poca oportunidad para efectuar el contenido de la lección diaria.

Dichos programas se van a fundamentar basándose en una edad mental en cada una de las áreas: motora, perceptiva, social y lenguaje en escalas de desarrollo de Gessell, siguiendo pautas de modificación de Skinner. Históricamente sus objetivos eran desarrollar competencias perceptivas, cognitivas, lingüísticas y motoras. Otro de los abordajes es especificar metas y objetivos en los niños.

Debemos intentar también conseguir la respuesta deseada, utilizando formas de retroalimentación tangibles. Todo esto irá destinado a la generalización de los mismos. Una vez que seamos capaces de asociar indicaciones simples con respuestas simples, el próximo paso es la generalización de las respuestas a otros ejemplos apropiados de los hechos de clase. La programación deberá de ser muy cuidada; como objetivos básicos de cada sesión de atención temprana tenemos que destacar: la reactualización del conocimiento del niño y del ambiente, el prestarle una atención concreta y el asesoramiento a los padres.

Los programas de intervención temprana, como norma general, los podemos dividir en dos grandes grupos: Programas para niños con déficits socio-culturales y programas para niños deficientes mentales. Aunque ambos son de intervención temprana y comienzan en los primeros meses de vida, incluso en los pri-

meros días, difieren significativamente en algunos aspectos. Los primeros se centran, fundamentalmente, en un ambiente insuficiente; el niño tiene un potencial bueno, el cual se puede desarrollar solamente con cambiar, con alterar las características ambientales que le son en todo momento desfavorables. El segundo, por el contrario, en el caso del niño deficiente, el problema radica principalmente en el mismo niño. Este parece no poseer las capacidades necesarias para beneficiarse de un ambiente que le sería suficiente a un niño normal; en ambos programas se actúa sobre condiciones que será preciso desarrollar.

Es sumamente difícil hallar una definición de estimulación; el propio término está sujeto a discusión.

Consideramos la estimulación desde la vertiente terapéutica (Zulueta y Molla, 1982) y la prevención; prevención que se hace de forma sistemática y secuencial (Cabrera y Sánchez Palacios, 1982).

Las investigaciones han demostrado que puede haber períodos sensibles en el desarrollo de las primeras habilidades, y que la mayor parte de estos períodos se dan en los primeros años.

Partiendo de esto, la intervención precoz se considera muy importante, no sólo para prevenir deficiencias, sino también para aprovechar ventajosamente esos periodos que se dan en la vida de todo organismo y que son los más adecuados para desarrollar ciertas capacidades y habilidades.

Para la elaboración de los programas de estimulación es necesario dar una serie de pasos, siendo uno de los más importantes el que se da con los padres, unos de los principales artífices de la estimulación, ya que si éstos tienen una asistencia profesional mínima están en condiciones de acelerar el proceso del desarrollo más allá de los límites que suele preverse. Los padres son, pues, la pieza clave y fundamental de los programas.

Una vez establecido el contacto con los padres, es conveniente la actuación del equipo interdisciplinar, ya que la educación temprana del niño deficiente es una labor que debe estar

integrada por equipos interdisciplinarios, compuestos por diversos especialistas que cooperarán estrechamente entre ellos, para lograr armonía en la construcción de programas.

Una vez realizados los primeros contactos, el diagnóstico se hará con el baby-test Brunet-Lezine, escala de desarrollo psicomotor para la primera infancia donde, en base a la edad cronológica, obtendremos un C.D. global y una E.M.

Históricamente, los programas de intervención han tenido como objetivo el desarrollo de ciertas competencias perceptivas, cognitivas, lingüísticas y psicomotrices. En base a estas cuatro áreas se construyen los programas.

Por último, y como conclusiones finales en el campo, diremos que vamos hacia un movimiento que pretende en todo momento el cambiar los abordajes curriculares, de tal forma que ayudemos a los niños a desarrollar un repertorio de conductas que le sean útiles en los diversos ambientes por los que se mueve. Si esto no es posible intentaremos aproximar lo más familia-ambiente. El equilibrio y la acomodación entre ambos será fundamental para el buen funcionamiento de los programas. De tal forma que desarrollemos las estrategias adecuadas.

Bibliografía

1. AGUIRRE, M. *Estudio de un grupo de niños con Síndrome de Down que han sido estimulados*. Boletín de la Asociación Española para el estudio Científico del Retraso Mental, 1, 75-78, 1981.
2. ARONSON, M y FALLSTROM, K. *Immediate and long-term. Effects of developmental training in children with Down's Syndrome*. Developmental Medicine and child neurology, 19, 489-494, 1977.
3. BUCETA, M.J. *Programas de Estimulación Temprana en Niños con síndrome de Down*. Tesis Doctoral. Universidad de Santiago, 1985.
4. BUCETA, M.J. y otros: *Manual Teórico-Práctico de Atención Temprana*. Tórculo. Santiago, 1991.
5. CABRERA, C. y SANCHEZ PALACIOS, C. *Estimulación Precoz: un enfoque práctico*. Pablo del Río. Madrid, 1980.
6. CANAL, T.: *A Follow-up assessment project of a multidisciplinary intervention program for children with Down Syndrome*. University microfilms International, 11, 1975.
7. CASTELS CUIXART, P.: *Nuevo Método para el Tratamiento de los Disminuídos Físicos y Mentales*. Toray. Barcelona, 1974.
9. CORIAT, L. y JERUSALINSKI, A.W.: *Estimulación Temprana*. Siglo Cero, 71 13-23, 1980.
10. CUNNINGHAM, C. y SLOPER, P.: *Estimulación Precoz en casa*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Madrid. 1980
11. FORD, J.: *A Multidisciplinary approach to early intervention of the strategies for education of the developmentally handicapped 0-3 years old*. Australian Journal of Mental Retardation, 5, 26-29, 1978.
12. HAYDEN, A.M. y MCGUINNES: *Bases para la Estimulación Precoz. Programa para los Subnormales profundos*. Siglo Cero, 71, 25-37, 1980.
13. HERBER, R.: *Rehabilitation of families at risk for Mental Retardation*. Mental Retardation, 1972.
14. MOLLA, T. y ZULUETA, I.: *Estimulación Precoz I. Método de Estimulación del Desarrollo Infantil de 0-2 años*. MEPSA. Madrid, 1982.
15. PARRAGA, J. y RODRIGUEZ SACRISTAN, J.: *Técnicas de Estimulación Precoz. Un Programa Experimental*. Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1984.
16. SALVADOR, J.: *La Estimulación Precoz en la Educación Especial*. CEAC. Barcelona, 1989.
17. SPECK, O.: *Padagogische Frünförderung Behindester Kinder Unter deu Aspekten der Regionalisierung und Interdisziplinariät*. Die Rehabilitation, 19, 102-106, 1980.
18. SPECK, O.: *Die Stellung der elter in rahmen der frünförderung*. Geistigo Behinderung, 20, 80-90, 1981.
19. VILLA ELIZAGA, I.: *Etiopatogenia de la Subnormalidad. Curso Internacional para la prevención de la Deficiencia Mental y Estimulación Precoz*. Santiago, 1983.
20. VILLA y PERERA: *Realidad y Problemas: Estimulación Precoz*. Minusval, 31 11-22, 1979.
21. ZULUETA, I. y col.: *Encuesta de Estimulación Precoz*. Siglo Cero, 57, 8-9, 1978.
22. ZULUETA, I. y MOLLA, T.: *Estimulación Precoz. Método Psicomat*. MEPSA. Madrid, 1982.

Agenda

JORNADAS INTERNACIONALES «REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA Y ESTRUCTURAS INTERMEDIAS».

Mes: Marzo 1992

Lugar: Oviedo

Información: Dirección Regional de Salud
Mental.

Consejería de Sanidad.

Asturias.

Hospital psiquiátrico
regional.

c/ Rubín s/n. 33011 Oviedo

Tel. (98) 5290067

CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOLOGÍA.

Del 5.07.92 al 10.07.92 en Madrid.

Información: Secretaría: c/ Cuesta de S.
Vicente 4-5ª. Dcha. 28008 Madrid. Tel.
541999.

SEMINARIO SOBRE COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL.

25-26 Mayo. Esc. Andaluza de Salud Men-
tal. Tel. 958-275044.

SYMPOSIUM SOBRE EL PAPEL SE LA SEROTONINA EN LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

24-26 Castres (Francia). If: Centre de Re-
cherche P. Fabre. 17 Avenue J. Moulin. 81100.

EL AUTISMO EN LA EUROPA DEL MAÑANA.

Del 8-05-92 al 10-5-92. La Haya.

Información: Secretaría: QLT/CONGREX.
Keizersgracht 782

1017 EC Amsterdam. Tel. (07) 31-0-20-
6261372.

SEMINARIO SOBRE RECIENTES AVANCES EN PSIQUIATRÍA. PSIQUIATRÍA EN EL AÑO 2000.

Información: The British Council. Tel. 93-
2096090

Cambridge. 22-28 marzo.

CURSO DE MÉTODOS EPIDEMIOLÓGICOS EN SALUD MENTAL

23-27 marzo. Granada. Inf.: Escuela Anda-
luza de Salud Mental.

Apdo. Correos 2070. 18080. Tel. 958-275044

XVIII CONGRESO EN EL COLEGIO INTERNACIONAL DE NEUROFARMACOLOGÍA.

28-1 Junio/Julio. Inf. Passeig de Gràcia, 17
- 08007.

VI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE PSIQUIATRÍA. INF. BARCELONA CONVENCION.

Passeig de Gràcia, 35. 08007. Barcelona.
Tel. 215 44 77.



**Nueva
formulación**

**Comprimidos
ranurados
de liberación
retardada**



la dosis única diaria
doblemente adaptable
para el tratamiento de la depresión

Composición: Clorhidrato de clomipramina. **Indicaciones:** Depresión de cualquier etiología, sintomatología y gravedad. Síndromes obsesivos y fobias. Enuresis nocturna. Síndrome de narcolepsia con crisis de catalepsia. Crisis de angustia (panic attacks). **Posología:** La dosis y forma de administración se determinan individualmente. Adultos: en depresiones, obsesiones y fobias, 1 grag. de 25 mg. ó 1/2 comp. de 75 mg el primer día, aumentando gradualmente hasta unos 150 mg/día o más en caso necesario. Una vez obtenida la mejoría, reducir hasta 2-4 grag. de 25 mg ó 1 comp. de 75 mg/día. En casos graves empezar por vía inyectable (1-3 amp./día, y pasar luego a vía oral). En narcolepsia con catalepsia, la dosis oscila entre 25 y 75 mg/día. En crisis de angustia, 10 mg/día inicialmente, aumentando hasta 25-100 mg o incluso 150 mg/día. Geriátria: inicialmente 10 mg/día y aumentar gradualmente hasta 30-50 mg/día, que se mantendrán durante todo el tratamiento. Niños: inicialmente 10 mg/día, y aumentar en unos 10 días hasta 20 mg/día en niños de 5-7 años, 20-50 mg/día en los de 8-14 años y 50 mg/día para mayores de 14 años. **Contraindicaciones:** hipersensibilidad conocida a los antidepresivos tricíclicos del grupo de las dibenzoazepinas, estadio agudo del infarto de miocardio y uso concomitante de IMAO. **Precauciones:** Insuficiencia cardiocirculatoria, trastornos de la conducción, hipotensión ortostática, tendencia a las convulsiones, retención urinaria, glaucoma. Para prevenir una agranulocitosis, controlar cuadro hemático en caso de fiebre, infección gripal o anginas. Anafranil puede menoscabar la capaci-

dad de reacción (manejo de maquinaria, conducción de vehículos). Si aparecen reacciones alérgicas se retirará el tratamiento. Dejar 15 días después de retirar un IMAO. Las grageas de 10 y 25 mg contienen lactosa. **Embarazo y Lactancia:** Usar sólo en casos imprescindibles en los 3 primeros meses de embarazo y no administrarlo en el último mes. Prevenir de la lactancia natural. **Incompatibilidades e interacciones:** Anafranil puede reducir el efecto hipotensor de la guanetidina y potenciar los efectos de la noradrenalina, adrenalina y otros fármacos depresores del SNC y anticolinérgicos. Posible incremento de la secreción de prolactina. Reducción de la tolerancia al alcohol. **Efectos secundarios:** Inicialmente, reacciones anticolinérgicas pasajeras. Posibles reacciones cutáneas alérgicas. En casos aislados, trastornos de la conducción, arritmias, insomnio, confusión y aumento de la ansiedad. Raramente, trastornos hepáticos, hiperpirexia, convulsiones, agranulocitosis y trombocitopenia. **Intoxicación y tratamiento:** Síntomas: somnolencia, inquietud, ataxia, hipotensión y depresión respiratoria. Tratamiento: eliminación del fármaco, hospitalización y tratamiento sintomático. No existe antídoto específico. **Presentación y P.V.P. (IVA):** Comprimidos ranurados de 75 mg, envase calendario con 28, 1.444 ptas. **Otras presentaciones:** Ampollas de 25 mg (2 ml), envase con 6, 349 ptas. Grageas de 10 mg, envase con 50, 481 ptas.; de 25 mg, envase con 40, 654 ptas.

GEIGY División Farmacéutica
Apartado 1628. Barcelona.