

PSICOPATOLOGÍA

INFANTIL

TEMA 1:

INTRODUCCIÓN HISTÓRICA A LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL.

La dificultad existente para aceptar que los niños tuvieran trastornos mentales, hizo que se retrasase el surgimiento de la Psicopatología Infantil. Se consideraba que los niños no podían desarrollar enfermedades mentales y si lo hacían eran transitorias, esto condicionó el desarrollo de esta disciplina y hace que la Psicopatología Infantil sea la más joven dentro de la Psicopatología.

Los estudios de principios de siglo son importantes, pero al fin y al cabo esbozos de lo que será a partir de los años 60, cuando comienza a tener un cuerpo más estable y es cuando empieza a desarrollarse.

1.- CONCEPTO DE INFANCIA HASTA EL RENACIMIENTO.

(Ninguna consideración ni derecho).

Antes del Renacimiento, el niño estaba en la escala más baja de la sociedad y no es hasta el Renacimiento cuando comienzan a aparecer los juegos infantiles, ropa para ellos..., en definitiva, considera al niño en un proceso de aprendizaje, aunque no destacaba en el medio social.

2.- SIGLOS XVII Y XVIII: LA EDAD DE LA RAZÓN.

Estos cambios vienen acompañados por toda una serie de aportaciones:

- PHAYRE en 1.545 escribe The régimen of live, referente a una primera clasificación de las enfermedades mentales en la infancia. También plantea la importancia en los trastornos infantiles de los tratamientos pedagógicos.
- LLOBERA DE ÁVILA en 1.551 publica el Libro de las enfermedades de los niños que habla tanto de las enfermedades fisiológicas como mentales, tales como la enuresis, epilepsia y también plantea los tratamientos más adecuados.
- NÚÑEZ DE CORIA en 1.580 escribe un libro sobre las cosas y enfermedades de los niños recién nacidos, donde plantea el trato adecuado en la primera infancia.
- SORIANO en 1.600 publica el Método u orden de curar las enfermedades de los niños.
- PLATTERS en 1.602 hace la primera clasificación de las enfermedades mentales en su libro de Praxis médica. Diferencia las enfermedades mentales de los adultos de las de los niños.

Todos estos trabajos son pediátricos y contribuyeron a comprender las características específicas asociadas a la infancia.

Existen también experiencias pedagógicas con sordomudos:

- SAN FRANCISCO DE SALES (1.567–1.622) realizó una metodología para el aprendizaje de sordomudos.

- RAMÍREZ DE CARRIÓN (1.690) escribe un libro Reducción de las letras y artes de enseñar a hablar a los mudos. Se le considera el primer tratado de fonética.
- JOHN BULWER (1.630) Lenguaje de las manos. Elabora y determina el lenguaje de las manos de los sordomudos, todavía vigente.
- L'ABBE DE L'EPPÉE (1.712–1.789). Primer centro de sordomudos.

Esto demuestra que se va progresando en la educación de los niños y elaborando metodologías para resolver los problemas que se daban. Todo ello contribuye para que en el S. XVIII aparezca un movimiento más sólido de atención a la infancia y esto viene de la mano principalmente de la Revolución Francesa.

3.- SIGLO XVIII – XIX. TRATAMIENTO MORAL.

Uno de los principales cambios, es que se considera la atención al niño como una obligación social que se materializa en la creación de la escuela pública, donde todo niño tiene derecho a una educación. Esto se da en Francia e irradia hacia el resto del mundo occidental.

Se considera al niño diferente del adulto, con unas características específicas que van a contribuir de forma determinante en los orígenes de la Psicopatología Infantil. Por ello, se consideran sus orígenes provenientes principalmente de las aportaciones de las Ciencias de la Educación, de las aportaciones de la Psiquiatría y de las referidas al Desarrollo Cognitivo y Social del niño.

ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL:

a) CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN:

- Locke. Tábula rasa.
- Rousseau. El niño nace con sus capacidades, pero hay que permitirle desarrollarlas.
- Pestalozzi. Mezcla las dos tendencias, plantea que el niño tiene una base innata, pero que depende del medio en el que se desarrolle.
- Fröebel. Primer creador en 1.840 del Kindergarten (jardín de infancia) y de la estimulación precoz en la infancia.

Trabajos con deficientes :

- Itard y Seguin. Recordar lo del niño salvaje (el pequeño Víctor), metodología en el aprendizaje infantil (pautas progresivas).
- Montessori.

b) APORTACIONES PSIQUIÁTRICAS.

Se caracterizan por el Movimiento Organicista (causas orgánicas de las enfermedades).

- Corriente Organicista : Maudsley escribe un tratado de Psicopatología General y hace mención especial a los trastornos en la infancia y adolescencia.
- Movimiento de Higiene Mental (Meyer) y Orientación Infantil (Beers). Beers se dedica al tratamiento de las

enfermedades mentales de la infancia.

Otro autor importante es Witmer. Se le atribuye el que acuñara el concepto de Psicología Clínica y de crear el rol del Psicólogo Clínico. Aporta una óptica psicológica al tratamiento moral hasta entonces bajo un enfoque psiquiátrico.

Otros autores importantes a resaltar son: Flaret, Freud, Spitz, Horney, Kenner, Bender,... Gaubert con sus primeros textos psiquiátricos.

- Spitz, nos describe en los años 40 el primer año de vida en el niño a través de sus etapas evolutivas; habla del síndrome de hospitalismo y de la depresión anacrítica en el primer año de vida: El primer año de vida.

- Horney, adapta el tratamiento dinámico al tratamiento psicológico en la práctica infantil. Explica los trastornos neuróticos en la infancia y la adolescencia. Adopta un punto de vista evolutivo para describir los trastornos.

- Loreta Bender, es psiquiatra y funda el primer hospital de día para el tratamiento de las enfermedades mentales. Se la conoce por la creación del test gestáltico de Bender. Fue de las pioneras en el tratamiento de los trastornos graves de la personalidad (esquizofrenia infantil) y contribuyó a la descripción de su cuadro clínico.

- Gaubert, escribe los primeros textos psiquiátricos del niño y hace una recopilación muy completa a finales del siglo pasado.

En España destacamos:

- Vidal Pereira (Barcelona, 1.907) Compendio de psiquiatría infantil.

- Gonzalo Lafora (Madrid, 1.917) Los niños mentalmente retrasados.

c) APORTACIONES DEL DESARROLLO COGNITIVO Y SOCIAL DEL NIÑO.

El Evolucionismo, los planteamientos de Darwin son de gran relevancia, debida a la importancia concedida al desarrollo en el aprendizaje del niño.

Estudió al niño para comprender al adulto. Estudió las diferentes etapas evolutivas y las diferencias de aprendizaje asociadas a esas etapas. También debe destacarse las figuras de:

- Galton y sus aportaciones sobre el estudio de la memoria.

- Terman.

- Binet, como primer creador del test de inteligencia.

- Piaget, el cual plantea de forma clara las diferentes etapas cognitivas a través de la evolución en el niño.

- Gesell, que hace lo mismo pero a nivel cognitivo y motor.

- Preyer, que recoge los conocimientos de su época sobre el desarrollo cognitivo en *The mind of the child*; plantea qué es el desarrollo del niño, qué es la psicología del desarrollo; y por ello se le atribuye la creación de la Psicología Evolutiva.

FRAME y MATSON (1.987) hacen una revisión bibliográfica y reflexionan sobre el porqué de la evolución de la Psicopatología Infantil y el porqué de su desarrollo tan tardío y llegan a las siguientes conclusiones:

- Falta de atención a los problemas mentales en adultos hasta el 1.800.
- Tardaron en diferenciar el adulto del niño.
- Primer trabajo de Evaluación psicológica: la primera atención que se da de forma oficial, es para discriminar entre los niños deficientes y normales (tests de Binet–Simon), y esto hace perder de vista los otros problemas del niño.
- Escuela predominante de MEYER. Meyer crea el A.P.A., genera el primer texto de psiquiatría en EEUU y contribuye al primer sistema de clasificación (la DSM–I). Defiende que no se pueden establecer clasificaciones estandarizadas y ello contribuye negativamente al estudio de la Psicopatología Infantil, ya que la enfermedad mental de esa manera queda muy poco definida.

TEMA 2.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN.

Hay que tener en cuenta los aspectos positivos y los aspectos negativos; estos últimos saben en qué medida están distorsionando la vida normal del niño.

Ambos tipos de aspectos estudian muy bien los síntomas.

Al sistema de clasificación se llega siempre después del análisis clínico y de haber formulado nuestras hipótesis previas.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN:

UNIDIMENSIONAL MULTIAIXIAL ESTADÍSTICOS

ICD– 8 (1.953) MAS– 81 Estudios

ICD– 9 (1.978) ICD– 10 Anál. Factorial

Grupo avance psiquiátrico WHO Anál.Discriminante

DSM–III (1.980)

- OMS -- ICD (Fueron los primeros).

En la psiquiatría americana: DSM–I y II. Estos fueron muy criticados y muy poco útiles para los profesionales. Cambiaron el modelo teórico de Meyer por el de Kraepelin: DSM–III.

- El DSM–III se construyó de modo abierto para poder ser revisado con investigaciones posteriores.
- MAS y WHO. Tratan la infancia y adolescencia, ya que el DSM–III es criticado por la falta de intimidad infantil general y el adulto. También por la poca importancia que le da a los trastornos de la infancia y adolescencia.

Esto es debido a la juventud de la Psicopatología infantil . Se pensaba que el niño no presentaba trastornos de

personalidad graves, debido a que estaba siempre en continuos cambios evolutivos.

Sólo se describen dos tipos de trastornos graves: esquizofrenia y autismo.

Cinco ejes que hay que tener en cuenta para realizar un diagnóstico, según el punto de vista de la clasificación:

MAS (1.960 – 1.977)

1.- SÍNDROME CLÍNICO PSIQUIÁTRICO.

Incluye: . Psicosis específicas en niños.

. Alteraciones neuróticas.

. Síndrome Hiperkinético.

Se refiere al diagnóstico principal, es decir, al síndrome que hay el mayor número de concurrencia (depresivo, hiperactivo,...).

2.- ALTERACIONES ESPECÍFICAS EN EL DESARROLLO.

Incluye los trastornos evolutivos. Todos aquellos trastornos que no están contemplados en el diagnóstico principal.

3.- NIVEL INTELECTUAL.

Incluye nueve categorías, más una complementaria: CI.

4.- CONDICIONES MÉDICAS.

Incluye las categorías del ICD-9.

5.- SITUACIONES PSICOSOCIALES ANORMALES.

Se describen 18 situaciones.

DSM-III (1.988).

1.- SÍNDROME CLÍNICO PSIQUIÁTRICO.

Incluye: . Déficits atencionales.

. Ansiedad en niños y adolescentes.

2.- ALTERACIONES ESPECÍFICAS EN EL DESARROLLO.

Alteraciones en la lectura, matemáticas, lenguaje, enuresis,...

3.- TRASTORNOS FISIOLÓGICOS.

Las categorías del ICD para las alteraciones físicas.

4.- ESTRESORES PSICOSOCIALES.

Serían los cambios de hábitat, colegio, separación padres, muerte de algún familiar o ser querido,...

5.- FUNCIONES ADAPTATIVAS DEL AÑO ANTERIOR.

CRÍTICAS AL DSM-III.

- La fiabilidad se adquiere con el tiempo, es decir, los diagnósticos que se aplican con el DSM-III se hacen consistentes con el tiempo.
- La gran contaminación que muchos de sus síndromes tienen en los sistemas jurídicos. Hay confusión entre los trastornos psicopatológicos con la transgresión de las normas sociales.
- Los trastornos infantiles y juveniles tienen poca consistencia en el DSM-III.
- Poca continuidad entre los trastornos infanto-juveniles y los trastornos adultos. Sin embargo, esta ruptura se intenta suplir diagnosticando la mayoría de trastornos graves a partir de los 9 años en los trastornos adultos.

ESTADIOS EVOLUTIVOS

EDAD	ESTADIOS INTELIGENCIA PIAGET	PERSONALIDAD WALLON	PSICOANÁLISIS CLÁSICO
		VIDA INTRAUTERINA	TRAUMATISMO NACIMIENTO
0-1 meses	I. EJERCICIOS REFLEJOS Esquema reflejos	I. IMPULSIVO PURO	I. ESTADIO ORAL. Autoerótico
2-3 meses	II. PRIMEROS HÁBITOS R.C.P. Objeto indeterminado unificado	Descargas motoras adaptativas a estímulo exterior relacionado con alimento (espera, priva)	Oralidad incorporada sadismo oral relaciones pre-objetales de la madre
4-8 meses	III. COORD. VISIÓN-PRENSIÓN R.C.S. sobre objetos exte. Coordinación parcial espacios cuali. Distinción objeto-no objeto perdido	III. EMOCIÓN. Sincretismo Diferenciación	Madre cósmica (7 m.) SPITZ 8 meses M.C. Introyección
9-12 meses	IV. COORD. ENTRE ESQUEMAS Principio coordinación Búsqueda objeto perdido	III. SEN-MOTOR Actividad investigadora Aprendizajes simples	

1 año	V. REACC. CIRCULA-TERCIARIAS (RCT). Diferenciación esquemas Descubrimiento medios nuevos Extensión del espacio Objeto localizado y buscado	Juegos alternativos Personalidades intercam. Sincretismo diferenciado (hasta los 3 años)	II. ESTADIO ANAL Adquisición control esfínteres Desarrollo dominio actividad Placer diferenciado Ambivalencias
2 años 3 años 4 años 5 años	I. REPRESENTACIONES SIMBÓLICAS Y PRE-OPERATORIA Primeros juegos simbólicos Imitación diferida Primeros esquemas preconcep. Representación naciente Primeras imágenes mentales II. PENSAMIENTO EGOCEN-FIGURATIVOS No conservación Animismo, artificialismo Explicaciones mágicas Los diferentes puntos percep. III. ARTICULACIÓN INTUICIONES	ESTADIO PERSONAL (2'5-3 a 6-7 años) Oposición, inhibición A. CRISIS OPOSICIÓN Negativismo, rechazo, no, yo mío, posesivo B. NARCISISMO Busca la admiración C. SUSTITUCIÓN POR IMITACIÓN Sincretismo pre-categorico pensamiento por parejas Asociación lineal de palabras	Negación en palabra y actos III. ESTADIO FÁLICO Centro de interés: pene/clítoris Complejo de Edipo Introyección imágenes P Superyo PERIODO LATENCIA Mecanismos de defensa

TEMA 3.

PERSPECTIVA EVOLUTIVA.

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO.

MARCOS TEÓRICOS DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL.

El conceptualizar una conducta anormal depende del marco teórico y criterios que seleccionamos.

MODELOS DE LA CONDUCTA ANORMAL.

Nivel de análisis:

Biológico.

Intrapersonal.

Interpersonal.

Sociológico.

- El Modelo Médico tiene en cuenta las alteraciones orgánicas y también cómo se estructura a nivel intrapsíquico. Tiene en cuenta las variables que el sujeto manifiesta en esa conducta problema (Wemer).
- El Psicoanálisis considera poco el nivel orgánico. Centra su explicación en la estructura intrapsíquica; cómo el sujeto organiza los trastornos.
- El Humanista pone el acento en todos los aspectos que están en las relaciones interpersonales. Como complemento pone la incidencia social.
- El Aprendizaje Social hace mayor hincapié en el aspecto interpersonal y la socialización.

Estos modelos han sido integrados en un modelo de Psicología Infantil llamado Psicología del Desarrollo.

Tiene su origen en Spencer; fue el primero en señalar la existencia de diferencias en cada una de las etapas del niño.

En los años 30–40 aparecen estudios amplios.

APORTACIONES.

- Desarrollo de los conocimientos neurológicos.
- Bender y Luria crearon pruebas que medían el desarrollo neurológico del niño.
- Comprensión de que el S.N. tiene un proceso madurativo.
- Descripción que realiza Piaget para conocer las diferentes etapas evolutivas del desarrollo de la Inteligencia en el niño.

Estas grandes aportaciones están a la base del desarrollo de la Psicología Infantil y la Psicología del Desarrollo. Ambas se complementan.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR DESARROLLO?

- Es la adquisición de sucesiones lineales.
- Se concibe en una comprensión de cuáles son los procesos implicados en cada una de las etapas evolutivas. Dentro de estos procesos implicados hay que ver los que están a la base de los procesos que estarán implicados en la siguiente etapa evolutiva.

- Por tanto, se tiene en consideración hasta qué punto van a colocar las condiciones adecuadas para que en la siguiente etapa aparezcan otros procesos evolutivos importantes para el desarrollo.
- Otro aspecto importante es ver qué procesos tienen un grado de evolución y cuáles son discontinuos.
- Refiriéndose a la Psicopatología, lo que este modelo intenta conocer es:

Cuál es el desarrollo de los procesos que predisponen a la aparición de conductas anormales y de qué forma interactúan en los otros aspectos para comprender el síndrome.

Hasta qué punto una conducta está produciendo retraso en su etapa evolutiva.

Para conocer el alcance de interacción es necesario conocer los recursos positivos que tiene el niño para paliar sus problemas.

FINALIDAD DE LA PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO.

No sólo es determinar las patologías representativas, sino ver cómo los procesos de esas etapas pueden ayudar a mejorar o retrasar las etapas posteriores.

ETAPAS EVOLUTIVAS DEL NIÑO.

Piaget mide el nivel de inteligencia en un marco psicoanalítico.

Wallon mide el desarrollo de la personalidad en el niño.

ANTES DE NACER:

- Wallon estudia cómo afectan los estímulos de la madre sobre el niño.
- El Psicoanálisis mide el traumatismo del nacimiento. Esto consiste en observar cuánto ha sufrido el niño en el parto.

Los niños al nacer recogen sensaciones agradables y desagradables, según el tipo de nacimiento que hayan tenido.

Ej.: de un estudio no validado empíricamente.

Los niños que sienten grandes molestias al ponerles el suéter por la cabeza; se ha observado que este tipo de niños han tenido sensaciones negativas en el nacimiento, puesto que los partos fueron largos y complicados.

0 – 1 MES.

Piaget:

- Aparecen los movimientos reflejos.
- No hay una orientación a los estímulos.
- Los movimientos son descoordinados.

Wallon:

- Dice que es un acto reflejo del impulso puro.

Marco teórico:

- Estado oral: Autoerógeno. El niño siente satisfacción al succionar o ingerir alimentos.

2 – 3 MESES.

Piaget:

- Primeros hábitos (RCP) Reacciones circulares primarias.
- Movimientos incoordinados, pero con tendencia hacia un objetivo, aunque nunca lo alcanzan.

Wallon:

- Hay descargas motoras. Adaptación.

Marco teórico:

- Oralidad incorporada.
- Relaciones pre-objetales, el niño sabe que la madre es su medio de protección.
- Sadismo oral: depende de la edad. La dentición es un hecho hereditario. Suele aparecer a los 3-4 meses y prolongarse casi hasta el año. El sadismo depende de la dentición. Al sentir estas molestias, el único alivio para el niño es morder, comer,... por tanto, diremos que este periodo tiene una causa fisiológica, pero que va a iniciar una relación de efectos y respuestas.

4 – 8 MESES.

Piaget:

- RC secundarias. El niño orienta sus movimientos hacia objetos meta.
- El niño empieza a discriminar entre el sujeto y el objeto.
- El niño no sabe identificar el objeto perdido, sólo es capaz de identificar los objetos concretos y presentes.

Wallon:

- El niño empieza a distinguir las manifestaciones emotivas y a rechazar las no gratas.

Marco teórico:

- A partir de los 7 meses la madre empieza a ser el centro de toda la actividad del niño y aparece la Crisis del 8º mes (Spitz).
- Esta crisis está relacionada con la interiorización de la imagen materna.
- Cuando los niños de esta etapa no se socializan con nadie, diremos que es un síntoma de esta crisis. Suele durar hasta el año.

9 – 12 MESES.

Piaget:

- El niño empieza a gatear.
- Coordina todo el sistema muscular.
- Explora el espacio y sabe relacionar los diferentes esquemas.
- Esta adquisición más el inicio del lenguaje desarrolla la capacidad de la representación mental. Esto posibilita la simbolización.
- El objeto perdido puede ser encontrado.

Wallon:

- Periodo sensorio–motor.
- Actividad investigadora de conocer todas las cosas.
- Aprendizaje simple de control de esfínteres.

1 AÑO.

Piaget:

- RC terciarias. El niño sabe diferenciar todos los aspectos.
- Estructuración espacial. Sabe localizar los objetos.

Wallon:

- Aparecen los juegos alternativos, hasta los 3 años.
- Estos juegos consisten en dejar que sean otros los que jueguen también y no siempre él.
- Aparece el YO posesivo y el MÍO (todo es mío).
- La forma de defenderse son los mordiscos.

Marco teórico:

- Estadio Anal: aprendizaje y control total de esfínteres.
- Este control influye en el campo emotivo. Razones:

El niño por primera vez se enfrenta a un hecho: decidir dónde y cuándo quiere hacer el pipí. Este aprendizaje se confronta a un hecho, que va a relacionarse con el medio. Otra relación sería la interacción madre–padre.

- Este dar y tomar formarán las bases de las relaciones interpersonales.

– Hecho que produce placer o displacer: es él mismo quien se lo proporciona. Son capaces de traspasarlo a otros niños. El pipí que hacen ellos mismos es un hecho muy importante y se enfadan cuando ven que sus padres lo tiran.

– ¿Cuándo es aconsejable enseñarlo?:

Un periodo adecuado es cuando se está entre el gateo y el andar. Cuando todavía dependen de otras personas para moverse, pero que saben controlar el espacio. Aquí el niño casi siempre está sentado y así el control es más gratificante.

2 AÑOS.

Piaget:

- Representaciones simbólicas pre-operatorias.
- Esto viene dado por el aprendizaje del lenguaje.
- El aprendizaje más importante del niño es toda la integración del lenguaje.
- Es la capacidad de simbolización quien le permite integrar la información.
- Juegos simbólicos.

En esta etapa aparecen las operaciones pre-operatoria, es decir, el niño puede empezar a agrupar cosas que tienen características semejantes (poner todo lo del color verde aquí,...).

- Todo este tipo de experiencias inician los juegos simbólicos.
- Estos juegos consisten en representar situaciones que él ha vivido, pero integradas según sus propios parámetros. Un ejemplo sería la imitación diferida de la madre, jugar con la muñeca dándole el biberón, ... Se refiere a condiciones específicas.
- El Juego Simbólico se refiere a la capacidad de poder estructurar situaciones que le han ocurrido en la vida, pero dándole su propia dimensión, es decir, dándole una parte de realidad y otra parte de fantasía.

Wallon:

- Estadio personal (2'5–3 años y 6–7 años).
- Oposición–inhibición. Crisis–Oposición.
- Las características de este personalismo son conductas de oposición.
- Empieza a ser capaz de controlarse, manifiesta conductas inhibitorias. Sería esa espontaneidad del niño, que dice lo que piensa sin plantearse si es una buena situación o no. Aquí ya empieza a comprender que sería necesario que se callase.
- La conducta de oposición es su propia forma de reconocer su propia identidad y voluntad ante las cosas.
- Es una forma de decir que él piensa otra cosa, que necesita ser escuchado.

- Todas estas conductas, en las que el niño manifiesta ante el adulto que él también quiere que se tenga en cuenta su opinión, aparecen por el negativismo, rechazo, oposición,...

Marco teórico:

- También aparecen reflejadas este tipo de conductas.
- Negación en palabras y actos.

3 AÑOS.

Piaget:

- Imitación diferida.
- Primeros esquemas pre-conceptuales.
- Primeras representaciones nacientes y mentales.
- Todo esto se puede observar a nivel gráfico; si a un niño se le pide hacer un dibujo, hace un garabato. Para él tiene significado, sin embargo, no tienen nada que ver con la realidad.
- Es al final de los 3 años cuando el objeto empieza a corresponderse con la realidad. Hay una correspondencia de ambas cosas. Aquí vienen todas estas representaciones mentales y su capacidad de pre-producción.
- Diferenciación del yo y tú y el carácter posesivo.

Wallon:

- También está caracterizado por conductas Narcisistas, en la cual el niño se cree el centro de toda la actividad de su medio familiar y escolar. Le gusta ser el centro, que le alaben, que le motiven,... a través de esas alabanzas continuas de los logros que él va consiguiendo. Logros a nivel de conductas; empieza a saberse vestir, a abotonarse los botones,... es cuando ellos empiezan a saber manipular esa coordinación fina y suficiente.

Marco teórico:

- Inicio del Estado Fálico.
- El centro de interés era el estado anal (pene-clítoris).
- El niño va a ser consciente de sus sensaciones de placer y displacer en todas las zonas genitales. Pasa de un órgano anal a otro genital, es decir, su centro de interés y de exploración.
- Esta exploración que viene natural, debido a su estado evolutivo, es decir, dentro del marco teórico dinámico, es lo que conocemos como el Complejo de Edipo. Este complejo a nivel psicopatológico tiene más implicaciones. Es importante retener que a través de este estadio fálico, el niño va a aprender por un lado a identificarse sexualmente, es decir, va a integrar su propia imagen sexual.
- Esto significa que por un lado va a diferenciar entre sexos, las diferencias que existen entre un hombre y una mujer, cuáles son sus diferentes roles, qué diferencias existen entre ambos, tanto a nivel físico como a nivel de

rol.

- Todo esto le va a permitir al niño tener una imagen, un modelo a partir del cual va a construir su propia imagen, con todas las identificaciones que ello conlleva.
- Debido a que el niño se identifica con una estructura específica, ya sea la madre o el padre dependiendo del sexo, el niño va a querer ser como el padre o como la madre.

Sin embargo, se da cuenta de que es muy pequeño, con lo cual va a integrar que existe una jerarquía y que hace falta crecer para ir subiendo esa escalera.

- El modelo dinámico plantea a partir de aquí toda una serie de estructuras emocionales.
- Este estadio fálico suele durar hasta los 5 años, incluso los 6.

4 AÑOS.

Piaget:

- Pensamientos egocéntricos y figurativos.
- No conservación. Animismo. Artificialismo.
- Explicaciones mágicas.
- Debido a ese narcisismo, a esa forma de conceptualizar y de integrar sus experiencias, dentro de una relación directa y concreta, se plantea el egocentrismo en el funcionamiento del pensamiento. Esto nos lleva al principio de no conservación, esto significa que el niño es incapaz de saber que dependiendo de la forma, el volumen se mantiene. El niño es incapaz de comprender que es la forma la que da la estructura. La conservación el niño empieza a comprenderla a partir de los 7 años. También se da la no-conservación a nivel espacial (incapaz de reproducir ángulos).
- Todo ello significa que los dibujos y la forma de concebir el espacio va a ser sesgada, por todas sus capacidades que le hacen manejar sus conocimientos en la producción de una determinada forma.

El niño es capaz de percibir más de aquello que puede comprender e integrar. Aquello que no puede comprender lo transforma en situaciones mágicas, es decir, en situaciones que él mismo genera, para poderlo integrar dentro de toda su armonía, de toda su forma de manejar, es decir, del medio y las sensaciones y las diferentes experiencias que él va teniendo.

- Es a partir de esta edad la gran afición que aparece en el niño por los cuentos. Necesitan que los mayores les lean cuentos, ya sean leídos o improvisados.
- A través de ese gran aspecto y a través del rol tan importante que tienen los cuentos en la vida del niño. Ya que a través de la historia irreal, el niño es capaz de integrar aquello que está fuera de su alcance, como pueden ser valores, sistemas de relaciones, afectos, emociones,...
- Todo esto se organiza en base a las explicaciones mágicas.

Wallon:

- Sustitución por imitación.

- Sincretismo.
- Pre-categorico.
- Pensamiento por parejas.
- Señala que el niño realiza los pensamientos por parejas; es también el período pre-categorial, es decir, la capacidad del niño para asociar los diferentes objetos, aparejarlos, le prepara para después poder hacer seriaciones y categorías.
- A nivel de evaluación, existen pruebas que van aumentando en dificultad, donde todas estas características evolutivas están materializadas en tareas concretas.

Dichas tareas están hechas por la realidad del niño para comprender el alcance y saber hasta qué punto podemos ir más allá o quedarnos en el nivel que plantea la tarea concreta del test.

Marco Dinámico:

- Enfatiza más la explicación del Complejo de Edipo, el estadio fálico, en el cual se señala que a través de este estadio, lo que el niño, aparte de la diferenciación sexual y la imagen de su propia identificación sexual integrada, lo que hace es una introyección de la imagen paterna. Como imagen de autoridad, como poseedor de las normas, de las leyes y el que regula el funcionamiento del medio.
- Aparece otro concepto que es el Superyo, que aparece como el planteamiento de aquella imagen a la cual toda persona tiende como algo ideal en su desarrollo.

5 AÑOS.

Piaget:

- Aparecen las Intuiciones. Esto significa que el niño es capaz de relacionar más de 2 factores; empieza a relacionar 4 y 4 factores progresivamente. Por lo tanto, ya no sólo hará emparejamientos, sino que también podrá hacer agrupaciones, teniendo en cuenta 2 variables, como podrá ser el cuadrado rojo y el círculo rojo, es decir, ir haciendo asociaciones entre formas y colores.

Wallon:

- Plantea la Asociación Lineal de Palabras. En estos momentos el niño no tiene ninguna dificultad de expresión.

Marco Dinámico:

- Aparece el Período de Latencia.
- Este período está acentuado, por un lado, por las ausencias del interés dado al cuerpo que se daba hasta la fecha, y por el otro lado es la gran motivación de todos los aspectos referidos al conocimiento del medio y de otros individuos que están a su lado.
- Desde aquí que a partir, aproximadamente desde esos 6 años, es cuando se inicia el desarrollo de la socialización infantil.
- También se considera que el Sistema Nervioso Central ha llegado a su madurez.

6 AÑOS.

Piaget:

- Empieza la relación de las Representaciones y también toda la posibilidad de agrupar, teniendo en cuenta diferentes variables y por lo tanto, la facultad de comprender lo que significa coleccionar.
- El niño va a ser capaz de categorizar, planificar, ordenar, integrar.

Marco Dinámico:

- Lo que se señala es la capacidad del niño por rechazar, hacer respetar lo que él quiere y no lo que los demás quieren.
- También esos mecanismos de que la frustración no la convierten en algo negativo, sino que son capaces de sublimarla. Es la capacidad de transformar aquellas cosas negativas en aspectos más positivos para poder integrarlos en un mejor funcionamiento.

7 AÑOS.

Piaget:

- Aparece la capacidad de Seriaciones, Operaciones Concretas y Clasificaciones con criterios combinados.
- En Operaciones Concretas vemos que la integración del número la tiene ya, sumas, restas, inicio de la multiplicación.
- Combina criterios, es capaz de combinar por formas y colores.
- También es capaz de reproducir el rombo sin errores, es decir, es capaz de representar los ángulos.

Wallon:

- Lo explica en el sentido de que aparecen los intereses objetivos del niño, empiezan los pensamientos categóricos, jerárquicos, y esa capacidad de diferenciar los valores específicos que las situaciones pueden tener.

Marco Teórico:

- Aparece la Resolución Edípica por esa identificación paterna.
- Es a partir de aquí cuando los niños parecen esponjas en la adquisición del aprendizaje. Los niños hasta aproximadamente los 11 años se sienten motivados por aprender; todo lo que se les da lo integran, les gusta que se les mande, que se le reconozca, medir él mismo sus propias posibilidades de aprendizaje. Casi son retos que él mismo se impone.
- Cuando el niño muestra desinterés por la escuela en esta etapa, tendremos que cuestionarnos que algo ocurre, porque en esta etapa es el principio de socialización, es cuando el niño empieza a jugar con otros niños con las mismas reglas. De esta manera se organiza el juego (equipo de fútbol).

8 AÑOS.

Piaget:

- Continúan dentro del proceso de seriaciones simples y compuestas.
- La noción del orden.
- Al final de los 8 años, el niño ya sabe las 4 operaciones básicas: suma, resta, multiplicación y división.
- Hay también un dominio espacial, empieza a conservar las dimensiones, a intentar representarlas.

Wallon:

- Habla de la Personalidad Polivalente.
- El niño empieza a discriminar lo que es su conducta en la escuela, en su familia y en los amigos.

Marco Teórico:

- Tiene lugar la aparición de sentimientos durables. Es en esta edad cuando el niño empieza a hacer amigos y son muy importantes para él, no cambia de amigos. Estas relaciones las va estructurando de forma más sólida que antes, para él es importante la correspondencia afectiva con sus amigos.
- Esto nos lleva a otra dimensión y es que los cambios en los niños tienen diferentes efectos. Al hablar de cambios se refiere a cambios de colegio, de hábitat,... o a las pérdidas.
- Todos estos cambios en el niño de 6 años, tienen efecto pero el niño está menos implicado en la relación con el medio. Sin embargo a los 8-9 años los efectos son más importantes. Por tanto, se considera que en esta edad no es aconsejable el cambio de colegio, porque suele ocasionar distorsiones en el niño.
- Aparece la diferenciación entre el Yo escolar, familiar,...

9 AÑOS.

- Diferenciación del Yo.
- Empieza a diferenciar el Sí mismo del otro, de forma más parecida a la estructura adulta.

10 AÑOS.

Piaget:

- Aparecen cosas muy importantes: Capacidad de Organización del espacio del niño. Esta ha ido progresivamente adquiriendo esa representación espacial, pero que aproximadamente a los 10 años ya posee todas las variables que le permiten representar adecuadamente los objetos en el espacio.
- Es capaz de representar tanto los objetos como la distancia, la perspectiva.
- Se considera que a esta edad, el niño tiene la capacidad para integrar todas las características necesarias para representar los objetos en el espacio.
- Otro aspecto importante es que el niño empieza a integrar el tiempo dentro de su conceptualización normal para el adulto. El tiempo es una de las cosas que mayor dificultad tiene para el niño. Es una de las pruebas que

siempre se evalúa para comprobar cómo el niño lo tiene integrado.

Wallon:

– Señala la Armonía Personal. Es importante porque en esta edad, el niño tiene un funcionamiento general muy atónico, tanto a nivel emocional, como a nivel de aprendizajes, relacional,... empieza a tener un grupo de amigos donde se siente muy a gusto con ellos, hacen planes con ellos, con la familia,... podríamos decir que suele ser un momento de equilibrio del funcionamiento de todas las áreas.

Marco Dinámico:

– Aparece una canalización lógica de sentimientos y el respeto por sí mismo y el respeto por el otro. Algo que le indigna al niño de esta edad es sentirse injustamente tratado, cuando realmente no le han oído. Esto provoca en el niño toda una serie de conductas disruptivas antisociales, provocadoras. El sentido de justicia es como muy óptimo, es decir, muy idealista; sería la justicia pura.

11 AÑOS.

Piaget:

– Aquí el niño ya tiene capacidad para hacer todo tipo de Relaciones Formales y el Razonamiento Hipotético–Deductivo.

– Combinan todas las operaciones, por tanto, operan ya toda clase de problemas.

Wallon:

– Señala que es un período que se inicia la pubertad y que empiezan a aparecer todas las exigencias asociadas a las características individuales de personalidad.

– Sería la necesidad de diferenciarse del otro, y establecer en qué se basan esas diferencias.

Marco Dinámico:

– Habla que hay el inicio de un Intelectualismo, es decir, un interés por comprender las cosas de forma racional. Hay conductas ascéticas que se desarrollan, también son las conductas de sublimación, de realidad, que preparan toda la adolescencia. Esto significará el que aparezca todo ese dogmatismo, pragmatismo. Esto sería la preparación, antesala, donde se preparan este tipo de conductas para la adolescencia.

12 AÑOS.

– Caracterizados por una inducción experimental.

– A nivel de personalismo o de personalidad aparecen toda una serie de conductas no armonizadas y se ven afectadas por el medio, dejando de tener esta estructura de conjunto para ir sacando toda una serie de ambivalencias ante las situaciones, hay una alternancia entre los aspectos positivos y negativos.

Marco Teórico:

– Aparece un aumento por la Líbido. Viene dado por los cambios fisiológicos que se operan.

13 AÑOS.

Piaget:

- A nivel intelectual, plantea la capacidad de realizar operaciones combinadas.
- También la capacidad de trabajar con las probabilidades y con el azar.

Wallon:

- Señala la aparición de conductas más egoístas.
- También aparecen las conductas coquetas, tanto en el hombre como en la mujer. Sería la necesidad de identificarse con un aspecto físico agradable que se corresponda con las expectativas que uno tiene.
- Se desarrolla toda una vena de conductas narcisistas y de sentirnos bien con nuestro cuerpo. En esta edad se intenta hacer un equilibrio entre nuestra percepción.

14 AÑOS.

Piaget:

- A nivel de capacidad, el niño puede realizar todas las operaciones y comprenderlas. Todas estas capacidades le dan un nuevo poder de razonamiento de la realidad; este nuevo poder es el que va a hacer su forma de actuar en el mundo, convirtiendo estas conductas en actitudes caracterizadas con cierto dogmatismo.

Marco Dinámico:

- Plantea el desarrollo del estadio genital.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS NO CLÍNICOS (Evolución)

TRASTORNOS DEL SUEÑO:

Entre 3'4 y 6 años suelen haber problemas de terrores nocturnos, despertarse por la noche, no conciliar el sueño,...

Entre 5–11 años, ¼ de los niños tiene algún tipo de alteración en el sueño, pero tiende a desaparecer con la edad (12–13 años).

ENURESIS NOCTURNA:

La enuresis nocturna es frecuente en niños de 4 años; pero hasta los 5 años no es un problema en sí. De 5–11 años disminuyen las cantidades y es más frecuente en los niños que en las niñas. En las niñas con la pubertad y adolescencia tiende a desaparecer, cosa que no ocurre en los niños, ya que su desarrollo llega más tarde.

APETITO INSUFICIENTE:

Es más frecuente en niñas que en niños. Cuando más dificultades se tiene es en los 4–5 años. Con la edad desaparecen los problemas, aunque aparecen otros diferentes.

MASTURBACIÓN:

La incidencia es muy pequeña. Es una conducta difícil, ya que al niño le resulta embarazoso contar la verdad.

Desaparece con la edad, aunque a los 14 años hay un aumento progresivo en ambos sexos.

COMERSE LAS UÑAS:

Aumenta con la escolarización (6 años). Aumenta con la edad. En Psicopatología se le llama Onicofagia. Es más frecuente en los niños, y en las niñas suele desaparecer con la adolescencia.

CHUPARSE EL DEDO:

Es importante averiguar si ha usado chupete, ya que los niños que lo usan, cuando éste es retirado no suelen sustituirlo por el dedo. Es más frecuente que aparezca en niños que no han usado nunca el chupete.

ACTIVIDAD EXCESIVA:

Los niños tienen una mayor actividad conductual que las niñas. Esto es distinto a la hiperactividad, ya que la conducta aquí es perturbadora de su funcionamiento y del de los demás. Esta actividad se calma con la edad.

PROBLEMAS DE LENGUAJE:

Disminuyen con la edad. Es más frecuente en niños que en niñas. Las niñas son más precoces en hablar que los niños.

MENTIROSOS:

Más frecuente en niños. El niño utiliza estrategias para negar la realidad o no hacer caso de la realidad y para ello usa la mentira (invenciones). Suele desaparecer con la edad.

ROBOS:

Son poco frecuentes en niños normales. Tiene mayor incidencia cuando aparecen las edades de conductas posesivas y desaparece con la edad.

FACTORES DEL MEDIO RELACIONADOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA DEL NIÑO: C.I., Trastornos Somáticos, Trastornos de pesimismo, de agresividad, hiperactividad,...

Hay una serie de variables que inciden:

FAMILIA:

– Presión del éxito:

Tiene una mayor incidencia sobre las capacidades intelectuales (ayudar al niño a hacer sus deberes, revisar tareas,...). Respecto al resto de los trastornos las relaciones no están claras.

– Nivel de sociabilidad familiar:

No se sabe si hay relación con el C.I. y los trastornos somáticos, pero sí hay una relación negativa con los demás trastornos.

– Rechazo del padre al hijo:

No hay relación con el C.I. ni con depresión, ni hiperactividad, ni agresividad; aunque sí hay relación positiva

con los trastornos somáticos.

– Si hay conductas agresivas del padre (físicas, psíquicas):

Hay una relación positiva con el desarrollo de trastornos.

– Conflictos de pareja:

Relación positiva con los trastornos somáticos, agresivos e hiperactividad, pero no en depresión.

– Mal divorcio (familias rotas):

Relación con conductas agresivas e hiperactividad.

– Si hay pérdidas (muertes) o separaciones:

A los 8 años las pérdidas tienen un efecto superior al de otras edades. Hay relación con depresión, trastornos somáticos, hiperactividad y agresividad.

– Cambios de hábitos.

– Comportamientos paternos de forma general:

Si son negativos, inciden de forma masiva en la aparición de cualquier tipo de trastorno.

– Desviaciones familiares:

Está relacionado con depresión.

TEMA 4.

PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO.

EVALUACIÓN INFANTIL.

No es el niño quien decide ir a consulta, sino los padres. Cuando esto ocurre, el padre previamente ha intentado otras estrategias para ayudar al niño, pero todas han fracasado. Es importante contar con esto para hacer la evaluación.

Otra de las cosas que hay que preguntarse es cómo ha conceptualizado el problema el padre del niño, ya que pueden ser problemas evolutivos (cambio de percepción de valores,...). También hay que observar qué idea tiene el padre de su hijo, es decir, si espera mucho de su hijo. También hay que ver si los problemas del niño cumplen la trayectoria histórica de la familia.

Hay que preguntarse hasta qué punto la conducta del niño está inducida por los propios padres.

Todo esto nos sirve para saber el diagnóstico que el padre ha hecho del niño; también es importante para saber cuál es el rol de los padres. Hay que procurar hacer una buena alianza con los padres.

Para hacer una evaluación hay que barajar distintos tipos de información: la información del padre, del profesor, del médico y la propia entrevista con el niño.

INFORMACIÓN DE LOS PADRES:

- a.- Jerarquización del problema y posibles implicaciones.
- b.- Entrevista:
 - . Historia de desarrollo del niño (anamnesis).
 - . Detalles del problema presente, cómo lo ven y lo evalúan.
 - . Detalles relevantes que han ocurrido en el medio familiar que pueden influir en el problema.
 - . Posibilidad de ser tratado.

INFORMACIÓN DEL PROFESOR:

- a.- Jerarquización del problema e implicaciones.
- b.- Entrevista:
 - . Detalles del problema presente, cómo lo ve y valorarlo.
 - . Detalles relevantes.
 - . Posibilidad de ser tratado.

DATOS DE LOS TESTS COGNITIVOS:

- a.- Habilidades
- b.- Ejecución.
- c.- Funcionamiento perceptual-motor.
- d.- Lenguaje (comprensivo o práctico).

Estos apartados se tienen que tener en cuenta independientemente del área que se quiera evaluar.

PRUEBAS.

- WIPSI (6-8 años).
- WICS (a partir de 8 años).
- WICS-R (14 años).
- WAIS (a partir 14 años).
- BRUNET Y LEZINE (nacimiento).
- BOEM.

- McARTHUR (4–8 años).
- PMA (adolescencia).
- BADING (8–14 años).
- CATELL (4–14 años). Mide inteligencia.
- COLUMBIA (1ª infancia).
- D-48.
- RAVEN.
- BENDER (Evalúa el desarrollo neurológico, a partir de 6 años).
- STANFORD-BINET.
- PICKY BAYER (libro), (4–9 años). Mide el nivel motor.
- CC-I.
- FIGURA SIMPLE Y COMPLEJA DE RAI (mide la lecto-escritura relacionada con el ritmo).

Pruebas que miden los aprendizajes escolares, como la lecto-escritura en relación con el ritmo, de ahí la importancia que tiene entre escolar y maternal todo lo que es expresión corporal, psicomotricidad,... El trabajar sobre estas áreas pone todos los cimientos necesarios para lograr un buen aprendizaje.

MIRA STAMBACHA: mide el ritmo relacionado con el desarrollo del SNC. Establece 18 diferentes ritmos, que van de los más sencillos a los más complejos; aquí el niño tiene que reproducir lo que se le pide. Actúa la memoria más la reproducción de su carencia. Esta prueba nos aporta si hay madurez suficiente en el SNC.

Es una prueba muy importante en niños de 7–8 años que es cuando empiezan a surgir los problemas de aprendizaje. El averiguar cuáles son los síntomas que están a la base de esa falta de desarrollo adecuado es tan importante como remediar el problema, ya que permite acudir directamente a lo que es el problema.

La parte de psicomotricidad, la cual incluye la lateralidad, equilibrio estático, equilibrio dinámico, contiene pruebas como:

- STANFORD BINET.
- McARTHUR.

La lateralidad es importante medirla por la buena diferenciación que hace a nivel de hemisferios.

LA PERSONALIDAD.

Los cuestionarios de personalidad están hechos básicamente a partir de 6–7 años, antes de esta edad no hay cuestionarios, lo que nos lleva a utilizar otras pruebas como son las técnicas de observación o entrevistas directas con juegos en niños. Es a partir de los 6–7 años donde existen un volumen amplio de cuestionarios de todas las diferentes áreas del funcionamiento psicológico del niño, referidos a evaluación de ansiedad, de presión, de socialización, de agresividad, de autoconceptos, de estrés,...

En los que se refiere a la parte proyectiva de evaluación de personalidad tenemos la parte del dibujo, dibujo libre, de la persona, de la familia, otra prueba sería el HTP que es el dibujo de una casa, árbol y persona. Estas pruebas se pueden utilizar a partir de los 4 años, aunque el dibujo solamente es significativo a partir de los 6-7 años.

– CAT (versión de animales y versión de seres humanos).

– PATA NEGRA.

DATOS MÉDICOS.

Los datos médicos no consisten solamente en determinar la posible causa biológica, sino que consiste en el historial médico del niño, si ha habido alguna enfermedad importante; de ahí que hace falta tener conocimientos del desarrollo neurológico del niño, si ha habido algún tipo de enfermedad importante en la vida del niño y las posibles secuelas que haya podido dejar tal enfermedad, si el niño presenta algún hándicap físico, conocer la causa y conocer también cuál ha sido su integración en el funcionamiento personal y por último conocer la medicación, es decir, si el niño ha ingerido fármacos durante un período largo de enfermedad.

INFORMACIÓN DIRECTA DEL NIÑO.

Es importante para hacer el diagnóstico y para planificar el plan de intervención. Con ella lo que se obtiene de forma global es la forma de percibir qué tiene el niño de sus propios problemas o funcionamiento.

Esta evaluación se puede hacer a nivel de observación directa, en el aula, patio,...

La segunda técnica que se utiliza es el autoinforme, se aplican a partir de los 7 años, ya que el niño debe tener la lectura y su comprensión bien desarrollada. Hay otro hecho importante y es que el niño hasta los 6-7 años tiene un pensamiento concreto y hay poca capacidad de abstracción de los conceptos para hacer generalizaciones y clasificaciones, esto impide que el niño conteste adecuadamente con suficiente grado de fiabilidad a cuestionarios donde se tratan conceptos abstractos para él.

Los autoinformes suelen ser muy estructurados, es decir, que las preguntas son cerradas y concretas.

En tercer lugar tenemos la entrevista con el niño, ésta nos va a permitir observar la percepción que tiene el niño de su problema; por otro lado, también se observa cuáles son las habilidades en las relaciones interpersonales, cómo el niño tiene desarrollada su socialización en las relaciones interpersonales. El niño intenta llevar sus conductas en relación con el adulto en situaciones extremas, por tanto hay que evitarlas.

Por último, debemos conocer cuál es la motivación del niño ante un posible tratamiento, si existe o no conciencia de la dificultad de su problema y si la tiene, qué nivel de motivación presenta para remitir dicha conducta y lo que sería para él una conducta aceptable. Esto será la base para motivarle en el posible tratamiento.

Hasta aquí hemos visto las diferentes áreas que se deben seguir en toda evaluación psicológica del niño.

LA ENTREVISTA.

CONSIDERACIONES PREVIAS.

GRADO DE ESTRUCTURACIÓN:

- Entrevistas no estructuradas: es el profesional quien define las áreas que considera más adecuadas a tratar por el cliente. Es él quien formula las preguntas a medida que se van planteando los temas. Para realizar este tipo de entrevista se necesita una alta formación.
- Entrevistas semi-estructuradas: aquí las cuestiones y preguntas ya están planteadas de forma abierta.
- Entrevistas estructuradas: aquí las preguntas y respuestas están decididas de antemano. Este tipo de entrevista son las que se utilizan fundamentalmente en la investigación, a nivel clínico se utilizan poco. Las que más se utilizan a nivel clínico son las semi-estructuradas.

LA FINALIDAD:

Hay que averiguar la finalidad de la entrevista, qué es lo que se persigue. Previamente, se deberán plantear los objetivos.

MARCO DE REFERENCIA:

Hay que tener en cuenta el marco teórico, ya que el problema cambia según la aproximación escogida. Los objetivos de aproximación al problema cambian y también la forma en que se obtiene el perfil de las patologías.

OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA.

Se trata básicamente de tener la información suficiente y necesaria para clasificar las quejas o problemas del sujeto.

Obtener suficiente información para obtener la historia social, esta historia va a tener diferentes focos de incidencia (la familia, escuela, amigos,...).

Averiguar la forma en que interactúa el niño, cuáles son los roles que él utiliza. Si toma actitudes pasivas, imperativas,... en general, las características globales del funcionamiento del niño.

Determinar los recursos que tiene el niño, es decir, determinar cuáles son los aspectos positivos sobre los cuales vamos a poder trabajar.

Diremos pues, que la entrevista nos va a servir para ayudarnos a:

- Realizar el diagnóstico.
- Aclarar los datos obtenidos y darle sentido a esa información.
- Identificar los objetivos y jerarquizarlos.
- Ensayar conductas de forma terapéutica.

ENTREVISTAS CON NIÑOS.

6 – 7 AÑOS:

El niño hasta los 6–7 años tiene un funcionamiento mental específico que le hace relacionarse con la realidad de forma muy concreta y global, de ahí que su forma de expresarse sea referida a las cosas que tiene presentes delante de él, y le sea muy difícil comunicar aquellos aspectos que no están presentes o que corresponden a

experiencias pasadas u ocurridas en otro lugar. Para poder tener esta información de experiencias que ocurren en la escuela, familia,... generalmente se utilizan juegos que le permiten al niño expresarse, donde se utilizan términos concretos que el niño es capaz de contar lo que ha ocurrido en su casa (con los muñecos dados). Debido a la falta de abstracción, el niño no puede contar cosas que no ha vivido. Su imaginación se restringe a todas sus vivencias que las reproduce a través de juegos, fantasías, cuentos,... son formas que utiliza para manejar la realidad.

Los términos pues que se utilizan son muy concretos; el niño a la hora de explicar sus cosas lo hace a través de sus características físicas, si es grande, feo,... y tiene una forma de vivir el medio de forma global, hay pocos detalles en sus descripciones; éstas son breves, sus frases son cortas, no son abstractos y su forma de valorar las cosas es dicotómica (bueno-malo), no hay apreciación escalonada.

Con el desarrollo de la socialización y sus capacidades, el niño obtiene mayor capacidad de abstracción.

A PARTIR DE 8 AÑOS:

Empieza el interés por las colecciones, conceptualización de las matemáticas y la socialización.

Empieza a existir la capacidad de manejar términos abstractos.

Se da también la diferenciación entre sentimientos, empieza a saber valorar las cosas.

La forma de contar las cosas es hasta los 11 años de forma unidimensional, es decir, de forma lineal, como si viviera en un presente continuo.

CONSIDERACIONES:

- Nivel de ansiedad y excitación. Para paliar esto se le pide a los padres que le den un juguete al niño.
- Nivel de desarrollo y su correspondencia con su funcionamiento.
- Utilización de juegos y saber manejarlos de forma positiva para obtener una rica información.
- La edad y el sexo. Dependiendo de ello debemos enjuiciar si es más adecuado que lo trate un hombre o una mujer. En general se sienten más a gusto con las mujeres, pero no todos.
- Considerar la sugestionabilidad del niño.
- El tono y contenido de las preguntas (hay que considerar todo el proceso evolutivo).
- El medio donde se realiza la entrevista: ausencia de objetos distractores (juguetes).

ENTREVISTA CON PADRES.

Hay que establecer una buena relación.

Hay que ver las características de los sentimientos acerca del niño, cómo lo valoran, relación con los hermanos y cómo los padres distribuyen los sentimientos a los hijos. Es importante para valorar el nivel de motivación para la valoración del problema.

Planteamiento del pronóstico.

ENTREVISTA CON EL PROFESOR.

Deben detectar las destrezas del niño.

Conocer el proceso del niño a nivel académico; si sus habilidades corresponden con sus resultados académicos.

Las Entrevistas Estructuradas que tenemos evalúan básicamente trastornos psicopatológicos, en base a los criterios del DSM-III:

(Se utilizan a partir de 6-7 años) . SADS . DICA . CAS . DISC

EL DIBUJO.

(No va para examen).

Es fundamental para una intervención terapéutica, evaluación,... ya que correlaciona bastante el dibujo con los problemas o sentimientos del niño.

CÓMO EVALUAR EL GRAFISMO.

Vamos a empezar por el dibujo libre:

- 3 AÑOS: conoce la consigna, pero sólo hace garabatos sin sentido. Es a partir de los 3 años cuando el niño dibuja como si escribiera, debido a que imita al adulto; ya hace círculos, cuadrados, es decir, figuras que se asemejan a la realidad.
- 5 AÑOS: los niños representan de forma adecuada los objetos de la realidad, pero la forma de dibujar es inconexa, no están relacionados los objetos que dibuja.
- 6 AÑOS: ya es capaz de formar un tema principal y ya introduce la línea base de la tierra, es decir, ya establece los límites. Organiza el dibujo en función del tema principal.
- 7 AÑOS: el niño va incorporando la perspectiva. El uso de ésta implica a su vez utilizar las transparencias (dibujar una falda y se van las piernas).
- 8 AÑOS: aparece la representación de las líneas significativas, entre el cielo y la tierra,... Utiliza la profundidad como elemento de perspectiva, aquí desaparece la transparencia.
- 9 AÑOS: el niño integra los detalles dentro del dibujo y suelen ser coherentes y bien estructurados. A partir de aquí, el niño va progresando.

EVOLUCIÓN DE LA FIGURA HUMANA.

- Antes de los 3 años: entiende lo que se le dice, pero no sabe representarlo.
- 3 años: lo representa así ó (hombre patata).
- 4 años: el niño representa la cara.
- 5 años: aparece la cabeza, cuerpo y elementos de la cara.

- 6 años: representa todas las partes del cuerpo.
- 7 años: empiezan a aparecer los detalles, manos, pies, ropa,...
- 8 años: aparece la consideración de las articulaciones y por tanto la integración del movimiento en la figura. Aparecen también las orejas, cuello y pelo.
- 9 años: posee todos los elementos gráficos adecuados para realizar un dibujo de la figura humana.

ASPECTOS FORMALES DEL DIBUJO.

- Importancia de la fuerza del grafismo: Cuanto mayor fuerza existe en el trazo, mayor conductas impulsivas existen y en el niño hay mayor tendencia a reafirmarse. Cuanto más flojo sea el trazo indica mayor timidez e inseguridad en el niño.
- Amplitud del trazo: Cuanto más amplio y seguro es el dibujo, mayor solidez y seguridad. Trazos pequeños indican inseguridad. Un indicio de trastorno neurológico es la realización del trazo sin realizarlo del todo.

CARACTERÍSTICAS DE LOS TRAZOS.

FORMA SENSORIAL: es el uso de formas redondas; facilitan la comunicación, la interacción con personas y la socialización del sujeto. Van asociadas a estructuras femeninas, narcisistas (psicoanalítica) e implican un funcionamiento extrovertido.

FORMA RACIONAL: predominan las líneas rectas y ángulos. Suele haber poca relación entre los elementos dibujados, suelen estar aislados. Las líneas rectas y con ángulos se refieren más a imágenes masculinas y una percepción racional del medio. Si predominan mucho nos sugiere conductas agresivas y mayor impulsividad.

CUALIDADES GENERALES DEL GRAFISMO.

Cuando observamos en un dibujo que hay predominancia hacia alguna dirección (arriba-abajo) nos indica que es una persona que se deja influir, pero tiene que estar todo el dibujo hacia el mismo lado. Cuando ésta predominancia es hacia arriba, nos indica que está más en la fantasía que en la realidad. Cuando dibuja a lo ancho nos indica que necesita espacio, que es extrovertida, que está bien socializada. Cuando es hacia abajo nos indica necesidad de puntos de apoyo para su desarrollo, lo que indica inseguridad y falta de referencias estables.

ESTRUCTURACIÓN DEL ESPACIO.

- Cuando el dibujo está realizado en la parte superior de la hoja indica que hay una relación con la irrealidad, espiritualidad, fantasía,...
- Cuando se realiza en la parte de abajo significa que busca puntos de apoyo.
- Cuando lo hace en la parte izquierda nos informa de las vivencias o actitudes regresivas del sujeto y posibles fijaciones en experiencias pasadas de su vida. Aspectos de introyección y egoísmo.
- En la parte derecha informa más del futuro del sujeto proyectado al exterior, aspectos de extroversión, cómo se relaciona con la realidad futura y de sus recursos.
- Cuadrante superior izquierdo: es el más problemático y cuanto más separado esté del centro, peor. Está relacionado con pasividad de los hechos concretos de la realidad. Cuando esto se da es típico de depresivos.

- Cuadrante inferior izquierdo: indica fijaciones del pasado, las cuales pueden interferir en el funcionamiento actual. Zona regresiva de contacto con la realidad.
- Cuadrante superior derecho: (futuro) zona activa positiva de hacer frente a la vida.
- Cuadrante inferior derecho: zona más primitiva, aspectos pulsivos, instintos y si tiene suficientes recursos para moverse en sus experiencias de vida.

UTILIZACIÓN DEL COLOR.

Se le presenta al niño lápiz, goma y los 4 colores básicos: rojo, verde, azul y amarillo.

Al niño, por lo general, le gusta pintar. El color nos informa de la vida afectiva y emocional del sujeto.

Hay que ver si hay armonía en el uso del color o no y si predominan los cálidos o los fríos. Hay que analizar los dibujos donde los colores no se corresponde con el dibujo y también si usa mucho el negro y no tiene sentido. Siempre hay que hacer que el niño explique lo que pinta.

El sol, nos informa de la figura del padre. La información del dibujo nos indican hipótesis sobre lo que le pasa al niño, pero hay que explorar y confirmarlas.

DEPRESIÓN INFANTIL EN EL PRIMER AÑO.

1.– DEPRESIÓN ANACLÍTICA (SPITZ + de 3 meses es irreversible).

- INCREMENTO EXIGENCIAS. – DETENIMIENTO DEL DESARROLLO.
- RECHAZO DE CONTACTO. – PÉRDIDA DE PESO.
- RIGIDEZ DE EXPRESIÓN. – INSOMNIO.
- AUSENCIA POSICIÓN FETAL.– ENFERMEDADES FÍSICAS.
- PROTESTAS. – CAMBIOS EN EXPRESIÓN FACIAL.

2.– HOSPITALISMO: PRIVACIÓN EMOCIONAL TOTAL (+ 5 meses).

- LENTITUD MOTORA SIGNIFICATIVA.
- PASIVIDAD TOTAL.
- EXPRESIÓN FACIAL VACÍA.
- ANOMALÍAS COORDINACIÓN OCULAR.
- MOVIMIENTOS CORPORALES ESPASMÓDICOS.
- DISMINUCIÓN COCIENTE DESARROLLO.
- PUEDE CULMINAR EN EL RETRASO GENERALIZADO, PUDIENDO LLEGAR A LA MUERTE. INCIDENCIA MORTALIDAD 29'6% 1er AÑO.

3.- QUIEBRA DEL DESARROLLO (FAILURE TO THRIVE) O TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACIÓN EN LA INFANCIA (DESDE EL 1er MES DE VIDA ANTES DE LOS 5 AÑOS).

- FALTA DE CUIDADO EVIDENTE.
- RETRASO DEL DESARROLLO (físico, emocional y cognitivo).
- LLANTO DÉBIL.
- HIPERSOMNIA.
- APATÍA.
- HIPOTONIA MUSCULAR.
- DEBILIDAD AL MAMAR.

4.- DEPRESIÓN SONSORIOMOTRIZ (padres tristes, deprimidos).

(INICIO 2ª - 3ª SEMANA)

- EXPRESIÓN FACIAL SOMBRÍA, TRISTE Y APAGADA.
- LLANTO DE DOLOR QUE PIERDE INTENSIDAD.
- CONTACTO VISUAL INEXPRESIVO, NO SONRISA.
- COMPORTAMIENTO MOTOR LENTO.
- PROBLEMAS DE SUCCIÓN, NO AUMENTA DE PESO.

DEPRESIÓN ENTRE 1 - 3 AÑOS.

(Consecuencia del duelo a la pérdida).

CARACTERIZADO POR PÉRDIDA DEL DESARROLLO.

- HUMOR DISFÓRICO (Estado de tristeza y ansiedad, asociado a excitación y excitabilidad. Opuesto a euforia.
- RETRASO EN EL COMPORTAMIENTO MOTOR.
- FALTA DE INTERÉS POR LA ALIMENTACIÓN.
- TRASTORNOS DEL SUEÑO.
- RETRASO EN PENSAMIENTO SIMBÓLICO.
- RETRASO DEL LENGUAJE.
- COMPORTAMIENTOS AUTOERÓGENOS.

- SE AFERRA AL OBJETO TRANSITORIO.
- COMPORTAMIENTO OPOSICIONISTA.
- RETRASO O PÉRDIDA DEL CONTROL DE ESFÍNTERES.
- PÉRDIDA DEL INTERÉS POR LOS OBJETOS.

CONTRIBUYE AL DESARROLLO DE MÚLTIPLES PSICOPATOLOGÍAS.

DEPRESIÓN (3-5 AÑOS).

- AFECTO A LAS HABILIDADES ADQUIRIDAS MÁS RECIENTEMENTE.
- ASPECTO TRISTE, CAMBIOS DE APETITO, PESO, SUEÑO, FATIGA, HIPERACTIVIDAD, INUTILIDAD EXPRESADA E IDEACIONES SUICIDAS.
- MÁS IRACUNDO, MENOS COOPERATIVO, MÁS APÁTICO, LLANTO FRECUENTE, IRRITABILIDAD, MAL HUMOR, RETRAIMIENTO SOCIAL, NEGARSE A IR A LA GUARDERÍA, QUEJAS SOMÁTICAS.

DEPRESIÓN (6-8 AÑOS).

- TRISTEZA, LLANTO, INDEFENSIÓN, DESESPERANZA, RETRAIMIENTO, PÉRDIDA DE INTERÉS, PREOCUPACIÓN SEPARACIÓN Y POR EL CUIDADO.

CRITERIOS DE WEINBERG Y DSM-III PARA LA DEPRESIÓN.

WINBERG DSM-III

Incluyen tanto I como II Incluyen 1 ó 2

I. Estado de ánimo disfórico A. (1) Estado de ánimo disfórico

(2) Pérdida de placer/interés.

A) Tristeza, soledad, desdicha,

indefensión y/o pesimismo.

B) Cambios estado ánimo, malhumor.

C) Irritable, enfado.

D) Negativista, difícil complacer.

II. Ideación autodespreciativa.

A) Sentimiento de inutilidad, fealdad,

culpabilidad (autoc. Negativo).

- B) Ideas persecución.
- C) Deseos de muerte.
- D) Deseos de escapar de casa.
- E) Tentativas de suicidio.

Dos o más de los siguientes síntomas. Cuatro o más de los 8 síntomas
(niños > 6 años dos items del 1-4)

III. Conducta agresiva.

- A) Dificultades relaciones interpersonales.
- B) Peleón, pendenciero. (3) Agitación o enlentecimiento motor.
- C) Poco respeto por la autoridad.
- D) Beligerante, hostil, agitado.
- E) Discusión, peleas excesivas o ira.

IV. Alteraciones del sueño. (2) Insomnio o hipersomnia.

- A) Insomnio de conciliación.
- B) Sueño inquieto.
- C) Insomnio terminal.
- D) Dificultad para despertar por la mañana.

V. Cambios rendimiento escolar. (7) Disminuc. capacidad concentración.

- A) Quejas maestro: ensimismamiento,
poca concentración, escasa memoria.
- B) Disminución esfuerzo tareas escolares.
- C) Pérdida interés por actividades.

VI. Socialización disminuida. (podría corresponder a A-2).

- A) Menor participación grupo.
- B) Menos simpático/sociable.
- C) Retraimiento social.

D) Pérdida intereses sociales.

VII. Cambio actitud hacia escuela (no existe equivalente directo).

A) No disfruta actividades escolares.

B) No quiere ir a la escuela.

VIII. Quejas somáticas. (no existe equivalente).

A) Cefaleas no migrañosas.

B) Dolores abdominales.

C) Dolores musculares.

D) Otras quejas somáticas.

IX. Pérdida energía habitual. (5) Pérdida energía, fatiga.

A) Pérdida interés actividades extra.

B) Disminución energía: fatiga.

X. Cambios apetito o peso habitual. (1) poco/mucho apetito.

Pérdida/ganancia peso.

(Podría corresponder a IV) (4) pérdida interés/placer, apatía.

(Podría corresponder a II) (6) sentimientos de inutilidad,

autorreproche, culpa excesiva.

(Podría corresponder a II) (8) pensamientos repetitivos de muerte.

Duración: un mes como mínimo Duración: dos semanas como mínimo

Cambio conducta habitual niño. (No se exige).

EXCLUSIÓN

Sin aclarar. No trastorno orgánico, esquizofrenia.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS (Pérdida del significado del objeto amoroso).

– APRENSIÓN. – SÍNTOMAS SOMÁTICOS.

– TRISTEZA. – RETARDO EN EL DESARROLLO.

– RECHAZO DEL MEDIO AMBIENTE. – SUEÑO EXCESIVO O INSOMNIO.

- PÉRDIDA DE LA AUTOESTIMA. – LLANTO.
- SENTIMIENTOS DE NO TENER – PÉRDIDA DE APETITO.
- SUERTE. – POBRE DESEMPEÑO ESCOLAR.
- DESAMPARO. – PENSAMIENTOS O ACCIONES
- AUTOCRITICISMO. SUICIDAS.
- MELANCOLÍA.

TEMA 5.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

ANOREXIA.

La anorexia es una enfermedad de los países occidentales y de la adolescencia. A nivel histórico, ya se habla de ella en el año 1.694, en concreto **Morton**, que al señalarla lo hacía en los siguientes términos: pacientes que no sienten necesidad de comer y como consecuencia pierden peso.

Quien habla de la anorexia como actualmente la conocemos fue:

- **Lasegue**, que la describe asociándola a la histeria.
- **Gull**, discriminará entre la anorexia y la histeria, dice que no se las puede asociar, porque el cuadro es diferente.

ANOREXIA EN LA INFANCIA.

Normalmente en los manuales empiezan a describirla a partir de la adolescencia, olvidándose de la 1ª y 2ª infancia – Rechazo de la comida.

Debemos recordar cómo a través de la alimentación el niño tiene el primer contacto con el medio, con el nacimiento pasa de una estadio superprotegido (sin sensación de dolor, sin ningún esfuerzo...) a otro, su entrada en el mundo no es nada gratificante ni positiva, ese paso algo doloroso, traumático, desagradable lo compensa con sus primeras necesidades, como es la ingesta. El niño tiene hambre y también satisfacción cuando cumple dicha necesidad. A través del alimento, el niño va a paliar los efectos del nacimiento. Es por ello muy importante cómo la madre da ese alimento para que pueda desarrollar una relación satisfactoria.

Es muy importante conocer cómo la madre alimenta a su hijo. Las hay muy responsables, exigentes, rígidas (suelen ser primerizas), que se olvidan de escuchar las necesidades del niño, si tiene verdaderamente hambre o no; si tiene, cómo se lo proporciona y si es gratificante. Importante la interacción con la madre; sensaciones de tranquilidad, relajación, nerviosismo,... el niño lo registra asociado a esa ingesta, así el resultado será satisfactorio, insatisfactorio, desasosiego,... De ahí la importancia en que esa interacción haya sido la adecuada.

Todo esto nos explica muchas de las conductas que encontramos en los niños cuando hay trastornos de ingesta y es cuando debemos preguntar a la madre cómo han sido esas relaciones de apego. Tampoco hay que dudar de que las madres lo hacen mal, ellas lo hacen lo mejor que saben.

ANOREXIA PRECOZ (1ª semana).

Es cuando el niño empieza a ingerir por sí mismo. El niño que ha tenido unas sensaciones excesivamente desagradables en el nacimiento y su primer contacto no ha sido gratificante como para motivarle, esa falta de gratificación le produce una reacción a no querer tomar alimento por miedo a esa sensación negativa.

Suele desaparecer la 2ª–3ª semana, según va encontrando satisfacción a su ingesta.

Esta anorexia suele estar asociada a niños más bien delgados, nerviosos, con dificultad para dormir, muy excitados y que a veces se les llama niños despiertos. Desaparece sin tener demasiados problemas. (Es anormal y rara).

ANOREXIA 2º SEMESTRE.

Se produce cuando se cambia de alimentación (4–5 meses), se introducen nuevos sabores, texturas, salado,... Todo paso de lo conocido a lo desconocido genera precaución, inseguridad...

El niño ha tenido sabores con tendencia dulce en toda su dieta, de repente debe abandonar esos sabores y pasar a otros que no sabe lo que es.

Hay madres receptivas a la reacción de los cambios que saben introducir paso a paso los nuevos sabores, así introduce un nuevo sabor y espera a que se familiarice un tiempo, después pasa a otro, va gradualmente; ante el rechazo lo intenta de nuevo, sino da resultado volverá a los sabores anteriores y después de un tiempo volverá a intentarlo. Son madres que cuando se habla con ellas describen perfectamente todos estos pasos.

Es importante tener en cuenta que el niño para familiarizarse con los nuevos sabores necesita un tiempo.

Por otro lado hay madres que siguen las indicaciones del pediatra en cuanto a la alimentación al pie de la letra y cuando hay rechazo hacia la comida por parte de los niños piensan que cómo es posible que eso ocurra si lo han hecho todo bien, no entienden porqué no se lo quiere comer. Son madres que se preocupan mucho pero que no saben escuchar al niño, no comprenden que su reacción al rechazar el alimento es porque no le es familiar y que el niño no está rechazando a la madre, sino al alimento.

El niño encuentra la ingesta desagradable, poco gratificante y la persona le está dando sensaciones negativas (cosa que antes para el niño eran positivas). En la alimentación hay una interacción de saber dar y recibir, se van estableciendo alianzas, relaciones. Es muy importante saber cómo introducir nuevas experiencias en los niños.

ANOREXIA DE INERCIA O ANOREXIA SIMPLE (Kreis).

Es cuando el niño frente a los cambios en la alimentación presenta conductas de falta de cooperación; así durante la ingesta no traga la comida, ingiere pero vomita, mantiene la comida en la boca sin tragar... En general son niños que los nuevos sabores no les gusta.

Tienen buen contacto con la madre; con un poco de dificultad pero progresivamente va desapareciendo. Si esto no es así y se instaura se llama Anorexia Oposición.

ANOREXIA DE OPOSICIÓN O ANOREXIA COMPLEJA (Kreis).

Aquí existe una conducta real de oposición frente a la alimentación (lloros, gritos, movimientos de cabeza,...); en general esta anorexia puede llegar a:

- los que aceptan parte de la nueva comida.
- los que rechazan todo y que parece que no tienen la sensación de hambre.

Si se utiliza la fuerza puede ocurrir que acepten para satisfacer a la madre o que no acepten.

Tanto con la Anorexia de inercia como con la Anorexia de oposición, lo que se consigue es que la comida se convierta en campo de batalla. Un momento que podía ser gratificante, se convierte en desagradable para las dos partes.

Suelen estar acompañadas por: perturbación del sueño, excesiva actividad en el niño, reacción de tipo espasmódico, trastorno de conducta, dificultad de carácter y algunos problemas comportamentales. Si esto ocurre no es suficiente tratar el problema de la alimentación solamente, sino que habría que tratar el tema de las relaciones que se establecen entre la persona que cuida al niño y él.

ANOREXIA DE LA 2ª INFANCIA (2 años).

Coincide con otro cambio en la alimentación, es cuando se le exigen comer como a los adultos, ya que se le integra en la dieta familiar; nos encontramos con posibles problemas, normalmente aquí el niño tiene ya su carácter, sabe lo que quiere y lo que no, sus conductas son de **oposición** frente a la rigidez de los padres. También puede ocurrir que haya una historia de oposición por parte de los niños y los padres están ya hartos.

En general, como el niño tiene más recursos ya se aceptan diferentes tipos de tratos con él y poco a poco se van aceptando los propios gustos del niño y se le da lo que le gusta.

Suelen resolverse sin problemas, pero está a la base junto con la Anorexia de oposición para que aparezca la Anorexia en la adolescencia; también está a la base de posibles conductas fóbicas y ansiosas.

ANOREXIA MENTAL (Bruch).

Se da en la adolescencia, pubertad. Es más frecuente en chicas que en chicos; aproximadamente de cada cuatro mujeres hay un hombre.

Incidencia:

- 1 chica por cada 150 jóvenes.
- 3% mueren.
- el 45–50% de chicas anoréxicas aparece después de llevar a cabo una dieta.
- el 40–45% aparece como consecuencia de que el sujeto se sitúa siempre en una relación competitiva que nunca llega a resolver a su favor, sino a favor de los otros; va a establecer quién es el que gana y si come es porque se lo piden, no porque él quiera. No recibe ninguna satisfacción, sino que lo recibe el otro.

Causas etiológicas:

Son desconocidas.

Las Teorías Psicológicas dan diferentes explicaciones.

Se observó en laboratorio descenso de su metabolismo, aumento del nivel de colesterol en sangre, aparece una

hipoglucemia y un aumento de la sensibilidad perceptiva que ha llevado a plantearse si el anoréxico tiene sensación de hambre o no la tiene. Primero se creía que no tenía esa sensación; hoy se piensa que aunque la tengan niegan que puedan comer: sensación de dolor en estómago.

La instauración:

Se realiza de forma progresiva y cuando son diagnosticados está ya muy instaurada en el adolescente o adulto joven.

Niega la enfermedad y sus problemas. Su conducta exterior la intenta mantener lo más normal posible, después irá al baño, vomitará, laxantes,... Inicialmente son conductas esporádicas y después cada vez son más frecuentes, llegando a deteriorarse progresivamente.

Representación mental del cuerpo – concepto de imagen del cuerpo, perturbación del esquema e imagen del cuerpo; hacen valoraciones insuficientes con lo que les gustaría tener, una cosa es lo que percibe y otra lo que valora. Al final se pierda conciencia con el medio.

Deterioro del sistema digestivo, estreñimiento.

Perturbación esquema corporal e imagen del cuerpo.

Perturbación perceptiva de los estímulos del cuerpo.

Hiperactividad y negación de cansancio.

Sentimiento de ineficacia.

Cree que actúa para satisfacer las demandas de los otros y no las suyas.

OBESIDAD.

- No depende de problemas emocionales.
- Después de una experiencia emocional traumática.
- Imposibilidad de soportar la frustración o retraso en la gratificación.

Incidencia:

- El 10% de niños obesos proceden de padres normales.
- El 40 % tiene uno de los dos padres obeso.
- El 80% de niños obesos, los dos padres son obesos.

La obesidad guarda relación directa con los hábitos alimenticios cotidianos y con la herencia genética.

PICA: persona que tome tierra, cal,... si es circunstancial no pasa nada, pero si toma parte de los hábitos cotidianos del sujeto estaremos hablando de una persona con trastornos de personalidad.

COPROFAGIA: trata de comer heces. Ocurre en trastornos graves de personalidad y en deficientes severos.

(Todos los trastornos están en el DSM-III).

TEMA 6.

CONTROL DE ESFÍNTERES: ENURESIS Y ENCOPRESIS.

ENURESIS.

Se produce cuando después de los 3-5 años no han conseguido el control de esfínteres (micción).

Las **causas** pueden ser varias:

- Porque el niño no ha alcanzado el nivel madurativo del sistema nervioso central, que se alcanza a los 6 años.
- Si se han seguido unos pasos adecuados durante el aprendizaje.
- El tipo de aprendizaje seguido por la familia.

NIVEL DE MADURACIÓN.

- 1 – 2 años: el niño reconoce que tiene necesidad de ir al aseo. En general, al final de los 2 años ya controlan de día y de noche, y es más precoz en las niñas.
- 3 años: el niño retiene sin dificultad. Puede controlar noche y día.
- 4'5 años: puede inhibir el flujo durante la evacuación.
- 5'5 años: es capaz de inhibir según su voluntad.

Aproximadamente el 85% de los niños controlan día y noche hacia los 4'5 años; y entre 4 – 7'5 años este porcentaje aumenta a un 90%. El 10% restante es el que acudirá o no a la consulta. En la adolescencia suele desaparecer este trastorno.

La enuresis es más frecuente en niños que en niñas. Sobre el 50% de niños enuréticos proceden de familias con el mismo trastorno.

Control: . niños normales entre los 14 – 15 meses.

. niños deficientes a los 2 años.

. niños deficientes severos a los 5 años.

TIPOS DE ENURESIS.

- ENURESIS PRIMARIA: cuando el niño no ha alcanzado un nivel de aprendizaje satisfactorio de control de la micción.
- ENURESIS SECUNDARIA: es cuando el niño sí ha alcanzado el control de la micción durante un período de tiempo y después, por circunstancias, vuelve otra vez a no controlar la micción.
- La forma de tratar tanto una como otra es semejante, pero antes de tratarlo hay que descartar cualquier causa orgánica que esté a la base.

CAUSAS ASOCIADAS A LA ENURESIS.

(Se habla de Enuresis cuando no hay ninguna causa orgánica a la base).

Se dice que está relacionado con los padres, pero la complejidad de las mismas es distinta, es muy difícil estructurar las diferentes variables que las componen.

Los beneficios que aportan el tratar dichas causas son muy pocos en relación con el coste, por ello el tratamiento de la enuresis se hace en relación con el aprendizaje del control de esfínteres y no las causas subyacentes que han impedido el aprendizaje.

FACTORES QUE PREDISPONEN A LA ENURESIS.

- Retraso en el desarrollo de la musculatura implicada.
- Incapacidad de la vejiga a retener una determinada cantidad de líquido.
- Retraso del aprendizaje del control de esfínter o descuido (hacer un aprendizaje inadecuado).
- Estrés psicosocial, al que el niño puede estar sometido (pérdida de un ser querido, escuela, hospitalización, nacimiento de hermano,...).

ENURESIS INSTAURADA: 8, 9 y 10 años. Las causas que están a la base se consideran que son conflictos no resueltos, generados durante el aprendizaje de ese control de esfínter.

TRATAMIENTOS ACTUALES PARA TRATAR LA ENURESIS.

- No es conveniente utilizar la hipnosis.
- El **marco psicodinámico** trata de conocer las alteraciones entre las relaciones del niño, del padre y de la madre. El coste es enorme, por lo que no es indicado (esto, hasta los 8 años). Cuando los niños son mayores de 8 años, es mejor resolver el problema que tiene, donde entran en conflicto motivaciones y donde son más eficaces los tratamientos conductuales.
- El **farmacológico**: tiene muy buenos resultados y es muy útil la Imipramina (Trofamil). Los efectos secundarios que tiene es que suelen dar dolores de cabeza y problemas estomacales, sueño, nerviosismo, irritabilidad. Los resultados de los fármacos son buenos, pero cuando dejan de suministrarse, los efectos desaparecen y el niño vuelve a tener recaídas.

ACERCAMIENTOS CONDUCTUALES.

- Aparatos de condicionamiento de Mowrer (niños con el sueño muy profundo): **Pipí – stop**. Este tipo de tratamiento no está indicado en realizarlo solo y también está contraindicado el utilizarlo antes de los 5'5 – 6 años.
- Aplicación de **refuerzos y multas** a través de pautas de aprendizaje.
- **Kimmel y Kimmel** propusieron el método de aumentar la retención urinaria del niño.

Todos estos tratamientos conductuales han sido ampliamente criticados, debido a que sólo tienen en consideración la micción y no los conflictos subyacentes que pueden estar a la base de dicho problema y también argumentan que dentro de estos tratamientos se dan muchas recaídas. A esto contestan que si el

problema de la enuresis es complejo, las recaídas también pueden ser subsanadas por otros tratamientos conductuales.

En el tratamiento de Kimmel se distinguen 2 fases, que constan de 3 sesiones básicas:

1ª sesión:

La 1ª cita está aconsejada que citemos exclusivamente a los padres, ya que nos debemos informar de todos los aspectos relacionados con la historia de la enuresis, y la historia familiar y estos temas pueden aburrir al niño y los padres pueden sentirse violentos al narrarlo delante de él.

Lo primero que hay que saber es si existe algún antecedente en la familia de enuresis y hacer el historial médico, tanto de la familia como del niño.

Los padres nos señalan posibles referencias a trastornos somáticos de la enuresis: el niño va muy deprisa al baño, dice que le hace daño cuando hace pipí, que el flujo es muy irregular, lleva gotitas en el calzoncillo. Tenemos que descartar si hay alguna causa orgánica para la enuresis (infección de orina).

Los padres también deben informar cuál es la conducta nocturna y diurna del niño, cuál es su actividad retentiva, frecuencia en que ocurre,...

A través de esto, realizaremos la historia de la enuresis con los padres.

Breve historia familiar, por un lado si ha habido algún tipo de enfermedad renal de algún miembro de la familia y por otro lado cuáles son las relaciones del medio familiar.

También hay que ver si hay alguna conducta especial, por ejemplo ser miedoso, nervioso, si hay algún problema en concreto en la familia actualmente,...

Otra área a explorar con los padres son las condiciones ambientales, es decir, dentro de la casa, dónde duerme, si la habitación está caldeada, si está cerca del baño,...

2ª sesión:

A esta sesión sí acude el niño y se le explicará la importancia que tiene su cooperación y motivación para que este trastorno se subsane. Hacerle entender que él es el artífice que hará que desaparezca o no el problema.

Hará falta explicarle al niño todas aquellas conductas que hacían los padres cuando al niño se le escapaba el pipí.

Qué es lo que tienen que hacer:

- . Eliminar todos los castigos.
- . Eliminar todas las exigencias.
- . Eliminar los pañales.
- . Levantar al niño por la noche para llevarlo al baño.
- . Restringir la cantidad ingestada de líquidos.

Se le enseñará al niño qué es lo que se pretende con este tratamiento. Se trata de que el niño aprenda a:

- . Percibir cuando su vejiga está llena y cuando debe ir al baño.
- . Cuando perciba que tiene necesidad, debe esperar 5 minutos antes de ir al baño.
- . Se pretende que induzca el flujo por voluntad.

Todo este aprendizaje le ayudará a controlar durante la noche el flujo.

Más tarde se le explicará cuáles son estos aprendizajes, dependiendo de la edad:

- . Cuando él siente que tiene ganas de ir al baño, notará cómo la vejiga se le hincha como un globo, ésta le informará que tiene ganas de ir al baño.
- . Se le enseñará que va a aprender a cortar el flujo.

Todos estos aspectos los tiene que señalar en una hoja de registro, lo que se pretende es establecer la línea base (cuántas veces el niño va al baño y el n° de veces que moja, tanto de día como de noche).

Lo más importante es que el niño haya entendido las tareas que tiene que realizar. Con todas estas instrucciones se le dice al niño que dentro de una semana volveremos a verlo y tiene que hacer las hojas de registro con todos los datos.

3ª sesión:

Aquí se le explica al niño, por un lado que continúe realizando los registros y paulatinamente, cada semana va a ir aumentando 5 minutos que tiene que retener antes de ir al baño a hacer la micción, tiene que llegar hasta 40 minutos.

En primer lugar habrá un contacto telefónico cada semana y cada 15 días se tendrá una cita con los padres y el niño. Se realizará hasta que el niño tenga una continencia de 20 – 25 minutos. Antes de llegar a esto suelen haber bastantes noches secas, pero hay que ver cuántas hay seguidas, que haya tenido como mínimo 5 noches secas y si lo ha alcanzado se le insta a que continúe con las retenciones hasta alcanzar los 40 minutos. También debe continuar realizando el autoinforme hasta que consiga la semana y cuando lo haya conseguido se le citará de nuevo y se programará el conseguir 2 semanas seguidas. Tiene que ser un objetivo común entre padres, niño y terapeuta para alcanzar el aprendizaje.

Cuando lo haya alcanzado se quedará una vez al mes para revisarlo, si continúa con las noches secas, la próxima revisión será a los 2 meses.

Se les avisa a los padres que puede que una noche ocurra y si es así, no hay que alarmarse, pero si ocurre a menudo tendrán que acudir al terapeuta para empezar un programa de retención.

TIPOS DE REFUERZO.

A partir de los 9, 10, 11 años, el mayor refuerzo que se les puede dar es que remitan su enuresis. En los niños más pequeños se realiza todo un sistema de fichas con la madre, estableciendo un n° determinado de fichas para obtener el premio; por ejemplo, ir al cine, ir a merendar. Se van a colocar todas las fichas que debe realizar para obtener el premio, el refuerzo. Las fichas hay que dárselas para que aprenda a saber retenerse, por tanto, hay que hacerlo después de que el niño se ha retenido y luego va al baño, después de la micción no se le da ninguna ficha (recompensa).

Las recompensas inicialmente deben ser seguidas, pero poco a poco serán más espaciadas y simbólicas.

Hay que recordar que aunque le haya desaparecido la enuresis debe seguir haciendo ejercicios del músculo esfínter.

En el caso de que el niño a los 20 minutos no haya tenido las 5 noches secas y pasamos a la 2ª fase, vamos a utilizar el pipí – stop (no se utiliza de forma aislada), no es recomendado antes de los 5 – 6 años y tampoco si existen problemas de personalidad, emocionales del niño colaterales a la enuresis.

Hay que cerciorarse de que las situaciones materiales de su casa han sido subsanadas, para que el niño tenga el baño al lado de su habitación, que tenga el interruptor de la luz cerca; esto forma parte del éxito del programa.

Más tarde, se le va a explicar al niño en qué consiste el pipí – stop, que le alerta que está haciendo una micción no debe hacerlo e ir rápidamente al baño. Avisa mediante un timbre, un ruido bastante desagradable.

¿CÓMO UTILIZAR EL PIPÍ – STOP?.

El niño deberá utilizarlo todos los días hasta que consiga 5–7 noches secas seguidas; cuando el niño ha conseguido esto se le va a indicar que utilice el pipí–stop una noche si y otra no, si continúa teniendo las noches secas pasará a la otra semana, donde se utiliza una noche si y dos no y así sucesivamente hasta eliminarlo toda la semana. En el caso de que cuando estemos en un día si y tres no el niño ha vuelto a tener noches mojadas, volveremos a la situación anterior y si sigue mojando, seguiremos hasta ponérselo todos los días. Una vez que el niño ha conseguido todas las noches secas sin el pipí – stop se le dan 15 días, antes de devolverlo, si pasan estos 15 días sin mojarlo, entonces se devuelve al psicólogo. El hecho de devolverlo es un tipo de recompensa.

Se le dice al niño que dentro de un mes lo volveremos a ver y si continúa con las noches secas pasamos a la 3ª fase. En esta fase se le dice al niño que para consolidar su aprendizaje va a hacer una ingesta excesiva de líquido durante un tiempo (una semana) y si continúa teniendo noches secas se va a dar por terminado el caso. Si ha tenido un accidente, debe continuar con la ingesta de líquido y si sigue mojando hay que volver atrás y hacer la línea base.

Si todas las noches son secas se le advierte que puede tener algún tipo de emoción especial que le provoque un accidente, si éste es aislado no debe preocuparse, pero si se repite, que no tenga dificultad en llamar al terapeuta para solucionarlo.

No hay que iniciar el tratamiento cuando:

- Hay sobrecarga académica.
- Cuando tiene una enfermedad.
- Cuando en la familia el ambiente es tenso.
- Cuando hayan trastornos emocionales ligados a la enuresis.
- Cuando la habitación no reúna las condiciones básicas.

Todo esto puede impedir que se lleve a buen término el tratamiento.

También se puede hacer con niños deficientes mentales ligeros y límites, sin embargo con los niños medios y severos se hace todo un proceso de aprendizaje, que consiste en coger una muñeca y que vez cómo se hace.

A los niños normales les motiva más situaciones excepcionales, a los deficientes la recompensa puede ser un caramelo, golosina, juguete,...

ENCOPRESIS.

Se define como la evacuación de heces, de una consistencia normal, de forma repetida voluntaria e involuntariamente en lugares no adecuados.

Hay **dos tipos**:

- ENCOPRESIS PRIMARIA: el niño después de los 4 años no ha tenido durante un año como mínimo el control de las heces.
- ENCOPRESIS SECUNDARIA: ocurre a partir de los 4 años y es cuando el niño sí ha tenido durante al menos un año el control, pero lo pierde.

El 25% de niños encoprétricos tiene asociado la enuresis y también suelen tener asociadas conductas antisociales y cuando se prolonga da lugar a patologías graves.

La encopresis raras veces se cronifica, en general su duración es de un período reducido. Aproximadamente el 6% de los niños ha sufrido encopresis en algún período de su vida y el 15% ha experimentado períodos aislados. Desaparece en general y no suele ser un problema que dure ni tan siquiera un año.

Incidencia: más en niños que en niñas. No todos los autores están de acuerdo con esto.

En el DSM–III. Trastornos de la eliminación:

- . Encopresis: – con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.
- sin estreñimiento ni incontinencia (lo hace cuando quiere y voluntariamente).
- . Enuresis: – diurna/nocturna o ambos sin causa orgánica.

TEMA 7.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Hasta los años 70 no se constituyó un cuerpo importante dentro de la Psicología, existía la Angustia Generalizada (todos los fóbicos).

En los 70 proliferan, por incremento en la población de estos trastornos. Algunos trastornos se han modificado, otros asimilados o eliminados. Así, por ejemplo, la Fobia Escolar – Angustia por Separación unos autores los separan y otros, sin embargo, las unen.

DIFERENTES DEFINICIONES SOBRE LOS CONSTRUCTOS QUE ESTÁN INCLUIDOS EN ESTOS TRASTORNOS:

Ansiedad: (definición) Malestar a la vez psíquico y físico, (a la base de un niño constantemente constipado puede estar la ansiedad) caracterizado por un miedo, preocupación difusa, sentimientos de inseguridad, de amenaza inminente.

Angustia: Este término se suele reservar a las sensaciones físicas que acompañan a la ansiedad, aunque dicha

distinción es artificial.

Es un malestar físico y psíquico, caracterizado por un temor difuso, que puede ir de la inquietud al pánico, asociado a impresiones corporales (presión torácica o de laringe).

Puede existir angustia sin ansiedad y viceversa, aunque parezca que siempre vayan unidos.

La Angustia difusa no se refiere ni a objeto ni a situación.

Miedo: Se refiere a situaciones reales, percepción de un peligro real. Hay una causa objetivable como agente del miedo (pero depende de cómo el sujeto lo perciba y esté modelado por la situación concreta). Siempre está asociado a estímulos reales.

Emoción: Reacción afectiva de bastante intensidad que depende de los centros diencefálicos (hipotálamo) y comporta normalmente manifestaciones de orden vegetativo. Las emociones fundamentales son: alegría, miedo, amor, dolor (físico y psíquico), cólera, desagrado (choque emocional). (Cuando se da un estado emocional, se es más vulnerable).

Fobia: Miedo mórbido (no hay causa real) de ciertos objetos, actos o de ciertas situaciones y que condiciona el funcionamiento normal del sujeto.

Es diferente el miedo (asociado a estímulo real) y fobia (miedo percibido que no está en relación con el objeto).

Mórbido hace referencia a la falta de relación entre el miedo percibido y el real.

La característica general de todos los trastornos por ansiedad es que el origen se encuentra en que en las diferentes etapas evolutivas, el niño no ha ido alcanzando la autonomía e independencia de forma adecuada (estrategias y conocimiento).

Ante la necesidad de nuevas estrategias y aprendizajes, al niño no se le proporcionan suficientes conocimientos para ello, por lo que todo esto llevará a problemas de autonomía en el niño y dependencia de la madre (en población con trastornos psicopatológicos se da más en niñas que en niños, mientras que en la población general es al revés).

MIEDOS COMUNES EN NIÑOS (R. J. Momis).

Edad Objeto del miedo

De mayor a menor incidencia

0 – 6 meses Pérdida de apoyo, fuertes ruidos (los autistas, no)

(importante la presencia del adulto para desarrollo del niño).

7–12 meses Miedo a extraños (extranjeros), imprevistos súbitos (si varían sus hábitos les genera inseguridad, miedos, rechazos).

1 año Separación de los padres, aseo, daño físico, extranjeros.

1er contacto con el daño físico, no sabe muy bien lo que es.

2 años Muchos miedos (ruidos, animales,...), oscuridad, separación de los padres, grandes objetos, cambios en el medio.

El niño controla totalmente su desplazamiento y en sus aventuras va más allá de lo que puede controlar, se pone en situaciones difíciles que no puede comprenderlas. Se inician también los rituales al irse a la cama.

3 años Máscaras, oscuridad, animales, separación de los padres. Miedo a pintarse la cara, disfraces (dificultad a representarse diferente de como es y pensar que es lo mismo).

Base para fobias si las experiencias con animales no han sido gratas.

4 años Separación padres, animales, oscuridad, ruidos.

5 años Animales, personas malas, oscuridad, separación padres, daño físico. A partir de aquí suelen aparecer las fobias.

Personas malas pensamiento dicotómico, no le producen seguridad

Suelen aparecer las enfermedades crónicas, aquí la sensación de vulnerabilidad del niño es mayor que en otras edades.

6 años Acontecimientos sobrenaturales, oscuridad, sueños, estar solo. Busca explicación para todo aquello que no comprende (cielo, muerte), esto suele ser objeto de temor por parte de la madre, pero es normal que lo haga a esta edad.

Declaración de amor eterno. La oscuridad asociada con la muerte; no quieren estar solos hasta los 11 años.

Desde hace 5 años se han observado conductas depresivas en los niños, fruto de estar mucho tiempo solos (padres trabajadores).

7 – 8 años Acontecimientos sobrenaturales, oscuridad, miedos del medio, estar solo, daños físicos. (¡Ojo! A los niños crónicos hay que darles soporte psicológico).

9 – 12 años Exámenes escolares, rendimiento escolar, apariencia física, truenos y relámpagos, muerte y oscuridad.

En esta edad suelen desarrollar trastornos psicopatológicos y a la base está el rendimiento escolar. Muy importante saber si hay problemas en la escuela.

CARACTERÍSTICAS SINTOMATOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Variables Angust. Separac. Evitación Angust. Exces. generaliz.

Edad < 13 años < 13 años adolescencia

X = 9'1 X = 12'7 X = 13'4

Sexo ambos masculino ambos

Nivel socio- bajo -- medio – alto

económico

Características separación padres temor gente preocupación excesiva situación por acontecimientos dif. niños futuros.

lentos.

TRASTORNO ANGUSTIA DE SEPARACIÓN.

Dificultades para separarse de los padres.

Comienzo bastante brusco y suele ser después de una situación estresante importante en la vida del niño (cambio de casa, colegio, enfermedad, muerte familiar,...)

También aparece de forma diferida, puede ser que se manifieste a los 2 – 4 meses de un acontecimiento.

A la base de este trastorno se da una pérdida que no se ha asimilado y a la que no se ha sabido dar solución.

Hay generalización ante dichas experiencias, por ejemplo: si el abuelo se ha muerto, puede pensar que si la madre se va, se puede morir.

Sintomatología:

- Niños con buena adaptación escolar, buenas relaciones y bien integrados.
- Se comporta como una lapa.
- Conductas asociadas: lloros, pataletas, enfermedades recurrentes (dolor de cabeza, problemas digestivos, fiebres sin causa), tristeza, repliegue sobre sí mismo, falta de concentración. Amenaza de suicidio, pero no se da.
- Rechazan el estar solos en casa.
- Pesadillas: secuestros, asesinatos, desapariciones. Se despiertan llorando inquietos.
- Miedos: a la oscuridad, fantasmas, en ocasiones con fobia asociada.
- Algunos autores la identifican con Fobia escolar. En las madres crea confusión, pues no saben si el trastorno es por separación o por problemas escolares.
- En Angustia por separación hay fobia escolar, pero en toda Fobia escolar no se da Angustia por separación; es a partir de un momento donde surge el rechazo al cole por algún acontecimiento que considera amenazante.
- Son fáciles de remitir.
- 1/3 de niños con Angustia de separación padecen trastorno de Ansiedad generalizada.
- 1/5 de niños con Angustia de separación padecen trastornos depresivos.

TRASTORNO DE EVITACIÓN.

Temor a las situaciones nuevas o a personas desconocidas, les produce inseguridad e intentan evitarlas.

La conducta característica es el rechazo o reticencia a participar en situaciones que no conoce.

No se trata de niños que son lentos a adaptarse (estos no rechazan a extraños, ni las nuevas situaciones, sino que actúa de forma de espectador).

En el Trastorno de evitación, el rechazo es de forma activa, estos nunca se adaptan.

Son niños que tienen pocos amigos, presentan falta de capacidad para interactuar, con larga historia de dificultades en relacionarse y adaptarse.

Rechazan el hablar, se esconden,... a veces se puede pensar en un mutismo selectivo.

Las relaciones con los compañeros de clase son alteradas.

Suelen ser hijos únicos, con un medio muy adulto.

Suelen ser referidos por la profesora como que el niño está encerrado en sí mismo, se relaciona poco con los demás, está aislado.

El rendimiento escolar es bueno.

En casa, por el contrario, son muy cariñosos, afectuosos, zalameros.

No suelen ir asociados a la Fobia escolar.

Suelen desarrollar cuadro de Trastorno de Angustia generalizada.

Después de 11- 12 años, remite la sintomatología.

TRASTORNO DE ANGUSTIA EXCESIVA O GENERALIZADA.

Preocupación excesiva, no realista por los acontecimientos futuros.

Preocupación excesiva sobre la adecuación de sus conductas, son muy exigentes con ellos mismos, perfeccionistas, rígidos, su estado de tensión es alto (dificultad en poder relajarlos).

Necesidad de destacar en todas sus actividades.

Necesitan la aprobación y el reconocimiento de las personas significativas.

Por su inseguridad tienen dificultad o fobia de hablar en público.

Suelen presentar quejas somáticas asociadas a esa tensión tan alta (dolores de cabeza, problemas digestivos, tensionales, dolor de espalda o dolores generalizados).

Esta tensión es la que lleva a los padres a consultar al profesional, son pues los padres los que toman la iniciativa.

Son niños con buen rendimiento escolar, gustan a los maestros. Esa competencia excesiva llama la atención de los profesores, pero creen que son actitudes positivas frente al aprendizaje.

1/3 de estos niños puede desarrollar trastornos depresivos.

Se considera como un tratamiento crónico, con pronóstico desconocido. Se cree que en muchas ocasiones se

asocia al funcionamiento general del sujeto y puede incluso persistir en la fase adulta.

Se le considera más una característica de personalidad que una enfermedad per se.

De estos trastornos, el que mayor incidencia tiene:

- T. Angustia por separación hasta 10 años.
- Ansiedad excesiva a partir de 12 años.
- El de evitación es poco frecuente; cuando se caracteriza por excesivo tiempo en el funcionamiento del niño, nos refiere una patología más grave como la Depresión o Trastorno obsesivo – compulsivo.

Etiología trastorno ansiedad.

Todos los marcos teóricos están de acuerdo en que la base de este trastorno es la relación simbiótica que existe entre la madre y el hijo.

La explicación según Leventán es que se da en niños en los que todas sus conductas son alabadas y reconocidas de forma excesiva en su relación con el medio, entonces cuando se enfrente él solo ante la situación real se da cuenta que no corresponde con lo que él tenía, esto le genera ansiedad y es entonces cuando se repliega sobre sí mismo y busca la protección de la madre que es mucho más permisiva que el medio.

FOBIAS.

Miedo mórbido de ciertos objetos, actos o situaciones.

Hay diferentes tipos de fobias, dependiendo de cómo se han instaurado en el sujeto.

La amenaza es la base de la ansiedad que le provoca y la aparición de las conductas de evitación y el desarrollo de miedos irreales (no están en relación con el objeto o situación que lo provoca).

La fobia será diferente según se considere:

- Reacción de miedo condicionado (pequeño Albert).
- Desplazamiento del miedo de un objeto o de una situación específica hacia otra más inofensiva, ej. Miedo a las alturas ----- no querer subir escaleras.
- Concretización de situaciones generales, generadoras de ansiedad.

Las fobias son:

- Desproporcionadas respecto al peligro de la situación, respecto al estímulo.
- Involuntarias.
- Interfieren en el estilo de vida.

Nota: las fobias son las más leves de los trastornos neuróticos:

1. Fobias.
2. Trastorno ansiedad.
3. Trastornos histéricos.
4. Depresión.
5. Trastornos obsesivos – compulsivos.
6. Trastorno límite (borde line).
7. Trastorno psicótico.

Las fobias son muy frecuentes en los niños. Desaparecen con la edad, o bien toman características más racionales. Hay algunas fobias con las que el sujeto aprende a convivir.

Las fobias en los niños aparecen a partir de los 5 – 6 años (antes es inusual).

Las fobias se agrupan en:

Fobias social Fobias simples

Tipos Tipos

Escuela 64% Oscuridad 29%

Hablar en público 57% Escuela 24%

Ruborizarse 25% Perros 16%

Muchedumbre 21% Otros animales 8%

Comer frente otros 18% Alturas 8%

Vestirse con otros 14% Insectos 8%

Utilizar baños públicos 7% Ascensores 5%

Lugares cerrados 3%

TRASTORNO OBSESIVO – COMPULSIVO.

Es el trastorno más grave, severo, de esta familia de trastornos. Fue ya explicado por Kanner (síndrome de autismo en el niño).

No son muy frecuentes en la infancia, adolescencia; raramente desarrollan el cuadro completo.

Estos trastornos se consideran definidos por:

– Las relaciones madre – hijo están caracterizadas por diferentes pensamientos repetitivos que generan ansiedad asociada a diferentes situaciones.

- Los pensamientos obsesivos pueden ser muy diferentes, tienen gran variedad en los niños.

De forma general, los pensamientos obsesivos junto con las compulsiones más corrientes en los niños son:

Obsesiones Compulsiones

Contaminación con suciedad/gérmenes Lavar o limpiar

Miedo a enfermar Búsqueda de seguridad

Necesidad de simetría Ordenarlo todo

Necesidad de conocer o recordar Preguntar

Ideas sexuales Distracción

Miedo a conductas embarazosas Evitarlas

Miedo de perder cosas Acaparar

Obsesiones que pueden estar aisladas:

- Lentitud o rumiación mentales.
- Pensamiento macabro o sangriento.
- Fantasías sexuales perversas.
- Música, sonidos o palabras.

Compulsiones que pueden estar aisladas:

- Conductas repetitivas (discriminar los rituales que se producen al levantarse o acostarse).
- Lecturas y relecturas.
- Leer al revés.
- Contar.
- Tocar.

Los trastornos obsesivo – compulsivos son poco corrientes en niños (entre 0'05–0'02%).

Se da a partir de los 9 años (antes es muy raro).

CLASIFICACIÓN DE LA DSM–IV.

Otros trastornos de la infancia: niñez y adolescencia

- Trastorno de ansiedad y separación.

- Mutismo selectivo.

El resto de trastornos están en la clasificación de adultos.

Trastornos de ansiedad:

- Fobia social.
- Fobia simple.
- Fobia específica.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo – compulsivo.
- Trastorno por estrés agudo.
- Trastorno por estrés post – traumático.

Los dos últimos constituían ellos mismos un epígrafe, ahora forman parte de los trastornos de ansiedad.

TEMA 8.

DEPRESIÓN INFANTIL.

Es uno de los trastornos más controvertidos dentro de la Psicopatología.

Hay ciertos grupos que dicen que el niño no puede padecer este trastorno, pues necesitaba un nivel madurativo suficiente.

En el año 1.966, otro grupo GAP (avance de psiquiatría) acepta el hecho de que existe una depresión en la infancia.

Es el trastorno más joven de los estudiados dentro de la Psicología Infantil; hay todavía muchas lagunas de conocimiento, ya que los estudios al respecto no llevan las mismas orientaciones y premisas.

Posiciones que se tienen frente a esta patología:

- Los que niegan el trastorno depresivo en los niños.
- Los que consideran que la depresión infantil tiene unas características específicas diferentes a las del adulto.
- Aquellos que afirman que la depresión no se da de forma aislada y se manifiesta enmascarada en otros trastornos, como la hiperactividad, angustia generalizada, enuresis,...
- Los que están de acuerdo con los criterios del DSM, la depresión es un trastorno con entidad igual para niños y adultos, los criterios diagnósticos son únicos.

Hay toda una serie de **preguntas**, todavía por aclarar sobre la depresión:

- Entidad única que se puede aplicar al niño y adulto, o si son diferentes.

- Las manifestaciones son las mismas o diferentes en niños y adultos.
- La dinámica es la misma en el adulto que en el niño.

Actualmente ninguna de las tres preguntas está totalmente resuelta, pero existe bastante acuerdo en que la depresión infantil es diferente a la del adulto. En lo que no existe acuerdo es en la forma en que son diferentes.

ETIOLOGÍA.

1. Pérdida del objeto (Spitz).

Este autor es el primero que habla de la Depresión Infantil, es el que acuña el término Depresión Anaclítica y Hospitalismo.

Según él, la sintomatología es el fruto de la pérdida de atención materna (o persona que está a cargo del niño), según el tiempo que el niño haya sido privado de esa atención así serán los síntomas que se desencadenen.

Si este tiempo excede de los 3 meses, las consecuencias pueden ser irreversibles.

Base de conductas depresivas hasta los 3 años.

2. Inadaptación de refuerzos.

El niño ante una necesidad, manifiesta atención y la respuesta no se adecua a su demanda.

3. No contingencia entre conductas.

Estímulo y Respuesta no tiene relación constante y no se corresponde, entonces en el niño hay desconcierto, desorientación.

4. Atribuciones inadecuadas (Beck).

Valores, creencias que después son destruidos por el cambio en el ambiente; si es frecuente, puede producir sintomatología depresiva.

5. Causas biológicas.

DEPRESIÓN 3 – 5 AÑOS.

- Afecta a las habilidades adquiridas más recientemente.
- Aspecto triste, cambios de apetito, pérdida de peso, problemas en el sueño (presencia de pesadillas).
- Aparición de fatiga, hiperactividad o ambos (trastornos bipolares, alternancia fatiga e hiperactividad), inutilidad expresada e ideas suicidas (discernir si son preocupaciones por fase evolutiva o por inutilidad y cree sin sentido su vida).
- Más iracundo, menos cooperativo, más apático, llanto frecuente, irritabilidad, mal humor, retraimiento social negarse a ir a la guardería, quejas somáticas (antes no existían, ej. Cabeza, rodillas,...).

DEPRESIÓN 6 – 8 AÑOS.

Tristeza, llanto, indefensión, desesperanza, retraimiento social, pérdida de interés, preocupación separación y por el cuidado.

DEPRESIÓN 8 – 12 AÑOS.

- Autoestima negativa (sentirse que no vale para nada).
- Autoconcepto disminuido.
- Evidente desconfianza en ser aceptado.
- Temor a ser explotado.
- Creencias de fracaso.
- Desgracia persistente.

DEPRESIÓN ENMASCARADA. MÁS DE 10 AÑOS.

A través de otro trastorno como fobia, ansiedad,...

TEMA 9.

PSICOSIS INFANTIL.

TRASTORNOS GRAVES DE PERSONALIDAD.

Psicosis se refiere a los trastornos graves de personalidad que llevan asociadas alteraciones de la conciencia y de la personalidad. Dentro de la psicosis en la infancia y adolescencia, tenemos dos trastornos: **Autismo** y **Esquizofrenia**.

TRASTORNOS GRAVES DE PERSONALIDAD.

A principios de los años 30, empiezan los trabajos en este campo. Anteriormente no se pensaba que los niños pudieran sufrir estos trastornos.

Potter: descubre los síntomas asociados a la Esquizofrenia infantil (1.933).

Kanner: descubre el Autismo precoz (1.943).

Referente al Autismo, hay autores (DSM–IV) que lo consideran como un trastorno grave del desarrollo. Con ello lo están asimilando de forma indirecta a la Deficiencia Mental, y esto mismo ocurre con la Esquizofrenia Infantil que dada la alteración del desarrollo cognitivo que conlleva, se le incluye en Deficientes Severos.

No existe un tratamiento especializado que se ocupe de ellos, lo único los hospitales psiquiátricos, donde están ya como vegetales.

Una atención institucional a los trastornos graves infantiles no existe todavía en España.

Entonces, ¿qué sucede con ellos?. Las personas con medios económicos acuden a terapeutas privados; los que no los tienen, debido al deterioro, son diagnosticados como deficientes mentales (centros de educación especial).

Hasta la década de los 60 (congreso de 1.961) no se llega a un acuerdo sobre cuáles son las sintomatologías que caracterizan la Psicosis Infantil, de la cual participan tanto la Esquizofrenia como el Autismo Infantil.

SÍNTOMAS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

1. **Alteraciones en las relaciones.** Excesiva ansiedad sin causa aparente.
2. **Preocupación excesiva hacia objetos singulares o características de los mismos.** Restricciones de su uso, suelen ir acompañados por conductas obsesivas y fóbicas.
3. **Resistencia a los cambios.** En los autistas es muy fuerte; en los esquizofrénicos depende. Lucha por la constancia en el medio.
4. **Experiencias perceptivas anormales.** Tanto a nivel auditivo, visual... La percepción no es proporcional a los estímulos.
5. **Pérdida del lenguaje.** Depende de la edad en la que se haya instaurado la enfermedad.

En Esquizofrenia infantil se instaura +/- 4 años. El niño a esta edad ya tiene un dominio básico del lenguaje.

En los dos, hay un progresivo empobrecimiento de las palabras interactivas, suelen ir asociado con Ecolalia (reproducción articulatoria, una o varias veces de signos verbales constituido por sílabas, palabras o incluso frases cortas sin atender a su función semántica ni pragmática y sin que la repetición tenga ningún objeto), e inversiones pronominales (esquiz.: yo, el) (autismo: yo, tu).

6. **Deformación en el comportamiento motor.** Retraso general de todas las adquisiciones. Depende de la edad en que aparece. Desarmonía (característico en enfermos mentales; también es característica de algunos trastornos de personalidad). Niños que andan torpemente y ej. a nivel manual es un manitas.

¡Ojo! No nos podemos centrar en un área y generalizar, sino que debemos hacerlo área por área.

7. **Desconocimiento de su identidad.** No sabe quién es y no reconoce su propia imagen del cuerpo. De esta sintomatología participan tanto la Esquizofrenia como el Autismo, aunque en cada caso adquieren características específicas.

ESQUIZOFRENIA INFANTIL.

Uno de los precursores es Potter (1.933), acuña el término de Esquizofrenia Infantil y abrirá esta área de investigación en Psiquiatría y Psicopatología.

Bender: contribuyó a la descripción del cuadro clínico.

Asperger: descubrirá por primera vez la Esquizofrenia Infantil temprana (4 – 5 años), diferente del Autismo Infantil. Señalará las características del cuadro y dirá que no aparece en el primer año de vida, sino que se hace de forma progresiva, paulatina, de forma gradual en el funcionamiento del niño.

En la actualidad es un proceso gradual en el deterioro de la personalidad del niño, (después de los 5 años) hasta esta edad el niño ha adquirido su desarrollo normal, con todos los aprendizajes y adquisiciones.

Se manifiesta:

. Desórdenes del comportamiento.

. Cambios de humor brusco.

INSTAURACIÓN.

Desorden carácter, comportamiento tímido, retraídos, actitud apática frente a los estímulos, conductas caprichosas, actitud que puede ser considerada como maníacos – fóbicos.

Todo esto se va instaurando progresivamente, llegando a perturbar el funcionamiento del niño y toda la dinámica familiar.

También está acompañado de deterioro en la actividad escolar y social.

Todos estos síntomas se cristalizan en un cuadro.

DESÓRDENES RELACIONADOS CON EL MEDIO Y EL COMPORTAMIENTO.

Se caracteriza por un retraimiento de las conductas del niño a través de una pérdida de contacto con el mundo exterior.

- Falta de interés por el medio.
- Relaciones superficiales.
- Falta de expresión de emociones; el contacto afectivo y expresivo es prácticamente nulo.

Se habla de niños fríos, impenetrables, con una mirada vacía (ojos muy abiertos). Aparecen progresivamente actividad estereotipados, no hay manifestación de sufrimiento. Conductas cada vez más obsesivas y más fóbicas.

DESÓRDENES DEL PENSAMIENTO.

Dificultad en focalizar la atención, en retener, memorizar.

Dificultad en comprender y retener los conceptos abstractos.

Empobrecimiento de todas sus adquisiciones (escolares, relacionales, sociales) que lleva asociado una pérdida de interés.

MODIFICACIÓN DEL HUMOR.

Se manifiesta a través de tendencias depresivas.

Falta de interés por lo que ocurre a su alrededor.

A veces alternan con procesos maníacos o de hiperactividad.

¡Cuidado! El paso del lloro a la risa en el niño es muy común, otra cosa es la obcecación y negación de la percepción de una situación x.

SÍNTOMAS DELIRANTES.

Pérdida progresiva de contacto con la realidad (comprensión deficitaria de la realidad).

Posibles síntomas de Despersonalización a la base de dichos delirios.

¡Ojo! No confundir delirios y fantasías.

DESÓRDENES PSICOMOTORES.

Movimientos estereotipados, tics, tanto de miembros superiores como inferiores.

DESÓRDENES DEL LENGUAJE.

Dependerán de cuándo se ha instaurado la sintomatología; no es lo mismo a los 2 años que a los 8 años.

Manifestaciones:

- . Dificultad de pronunciación.
- . Deficiencias gramaticales.
- . Inversión pronominal, la primera persona (yo) la sustituyen por la tercera (él).
- . Presencia de un alto porcentaje de Ecolalias.

La forma de manifestación puede ser muy diferente, pues hay muchas variables que interfieren (se refiere a la Esquizofrenia en general).

AUTISMO.

Kanner acuña el término de Autismo (1.940)

El autismo precoz, Kanner no considera que las causas sean orgánicas, sino que las causas piensa que son familiares.

El niño autista:

- . Utiliza a los adultos para sus necesidades.
- . No responde a lenguaje coloquial.
- . Inversión pronominal.

En los años 70, comprobaron con estudios la afirmación de Kanner, referente a la posible causa familiar y demostraron que las características de padres de niños autistas no eran diferentes a otros padres sin hijos autistas. Se desmitificaba con ello la responsabilidad de los padres.

CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS AUTISTAS. SINTOMATOLOGÍA.

1. **Inicio temprano.** Antes de los 30 meses.

2. **Trastornos en el ámbito social.**

- . Incapacidad de establecer una relación adecuada.

- . Aparece ausencia de reciprocidad.
- . Incapacidad a reconocer esa singularidad y a las características individuales del sujeto.
- . Problemas de alimentación (succión primeros meses).
- . No mantienen contacto visual directo (pero sí por el rabillo del ojo), sobre todo en edades tempranas, luego se aminora. La mirada la mantienen breves segundos.
- . Ausencia de movimientos anticipatorios (ej. Extender brazos).
- . Carencia de conductas exploratorias (no están interesados).
- . Utiliza a los adultos como herramientas para conseguir sus objetivos.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE KANNER (1.943).

- 1.- Incapacidad para establecer relaciones con otras personas (desde el inicio, 3 – 4 meses no se relaciona).
- 2.- Retraso importante en la adquisición del habla (en ocasiones no llegan a adquirir nunca).
- 3.- Utilización no comunicativa de la palabra, en caso adq.
- 4.- Ecolalia retardada (repetición de palabras, pero no de inmediato).
- 5.- Actividades de juego estereotipado y repetitivo (pueden pasarse horas moviendo una rueda o jugando con un balón).
- 6.- Insistencia obsesiva en preservar su identidad (no deja que nadie modifique su forma de hacer).
- 7.- Falta de imaginación (son muy fijos).
- 8.- Habilidades, buena memoria mecánica, manualidades: cestas; potencial inicial cognitivo que se deteriora con el tiempo y su aspecto físico también se va deteriorando con la edad.
- 9.- Anormalidad evidente en la primera infancia (no hay motivación ni hacia las cosas ni hacia los adultos).
- 10.- Padres inteligentes, obsesivos y fríos.

CRITERIOS DE ASPERGER (1.944).

Autismo a partir de 4 ó 5 años.

- 1.- Mirada peculiar, no contacto ocular, mirada periférica (niños que no fijan la mirada, no mantienen el contacto ocular).
- 2.- Gestos y expresiones faciales pobres. Movimientos estereotipados sin significado (expresiones apagadas, pobres).
- 3.- La utilización del lenguaje parece siempre anormal y poco habitual (correcto al principio y se va

deteriorando con el tiempo).

4.- Los niños siguen sus impulsos independientemente de la exigencias del entorno.

5.- Estos niños no están para aprender ni de los profesores ni de los adultos.

6.- Tiene áreas de interés aisladas.

7.- Puede tener una excelente capacidad para el pensamiento lógico – abstracto (capacidad excepcional: memoria, cálculo mental,...).

8.- Hay creaciones originales de palabras (ellos generan un vocabulario que para ellos les sirve).

DIFERENCIAS ENTRE AUTISMO Y ESQUIZOFRENIA.

AUTISMO ESQUIZOFRENIA

– Desde primera infancia. – Desarrollo normal.

– Buena salud. – Enfermizo.

– EEG normal. – EEG anormal.

– No interacción social. – Dependencia del adulto.

– Necesita constantes ambientales. – Variabilidad del medio.

– No alucinaciones ni delirios. – Alucinaciones y delirios.

– Destreza motora. – Destreza pobre (lo que nos indica C.I. pers.)

– Perturbaciones del lenguaje. – Desarrollo del lenguaje.

– Buena memoria y habilidades manuales. – Deficiencias intelectual. y habilidades.

– Desinteresado. – Desorientado y confuso.

– Nivel familiar alto. – Nivel familiar bajo.

Incidencia 2 – 4 / 10.000 Incidencia 6 – 7 / 10.000

– Pronóstico desfavorable – Pronóstico 50% de remis.

(Minoramiento de síntomas). (De los que siguen el tratamiento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE AUTISMO Y DEFICIENCIA.

Coinciden: en la disfunción del lenguaje, aunque las características sean diferentes.

Falta de cuidado de sí mismo: el autista siempre dependerá del adulto para su higiene, sin embargo, el

deficiente con un buen adiestramiento puede llegar a un buen aprendizaje.

Conductas autoestimulantes: para los autistas morderse las manos hasta hacerse callos y también el balanceo.

Conductas autodestructivas: tanto para los deficientes como los autistas.

DIFERENCIAS EN C.I.

Autistas: alguna de las áreas cognitivas puede llegar a ser normal.

Deficientes: capacidad reducida.

SIGNOS FÍSICOS.

Autistas: No hay signos físicos que delaten su enfermedad.

Deficientes: Desde temprano se detecta algún síntoma que delata la enfermedad.

RELACIONES AFECTIVAS.

Autistas: Rechaza las manifestaciones afectivas.

Deficientes: Son muy afectivos y les gusta recibir afecto.

DIFERENCIAS ENTRE CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.

DSM-IV. CIE-10

– Trast. Autista (299.00) – Autismo infantil (F84.0)

– Trast. de Rett (299.80) – Síndrome de Rett (F84.2)

(degenerativo, causas orgánicas
mujeres).

– Trast. Desinteg. Infancia – Trast. Desinteg. Infancia
(299.10) (F84.3)

– Trast. Asperger (299.80) – Síndrome de Asperger (F84.)

– Trastorno generalizado del desarrollo NO especificado (se da en ambos sistemas de clasificación, sólo cambia la numeración).
(299.80) (F84.9)

– No está. – Autismo Atípico (F84.1)

– Otros trastornos generalizados

del desarrollo.

PRECAUCIONES DE DIAGNÓSTICO.

- Término de Esquizofrenia NO para síndromes precoces (a partir de los 9 años, aplicaremos la clasificación de adulto).
- El Autismo precoz de Kanner es raro (en la actualidad).
- La Psicosis entre 3 y 5 años son difíciles de considerar y diagnosticar.
- La Psicosis a los 9 años es igual a Esquizofrenia (dentro de los criterios adultos).
- Confusión en la diferencia entre Deficiencia Mental y Esquizofrenia.

TEMA 10.

DEFICIENCIA MENTAL.

Tradicionalmente se ha unido Deficiencia Mental y Enfermedad Mental.

La Deficiencia Mental está unida a Trastornos Psicopatológicos, pero no toda persona con Deficiencia Mental tiene un trastorno o Enfermedad Mental.

Definición: Funcionamiento mental inferior a la media, déficits de conducta adaptativa.

Incidencia: en la población se da el doble en chicos que en chicas.

Prevalencia: 1/10.000 a 0'43/10.000 (de simple a doble).

Causas etiológicas: de los deficientes pueden ser por causas genéticas o ambientales.

CAUSAS GENÉTICAS.

1. – ABERRACIONES CROMOSOMÁTICAS. Pueden ser no unidas al sexo o unidas al sexo.

A) NO UNIDAS AL SEXO:

- **Síndrome Edwards o Trisomía 18:** se caracteriza por una alteración grave con microcefalia.
- **Síndrome Patan o Trisomía 13:** tiene características semejantes al anterior (1 ó 2 años vida). Son más pequeños de los normal. Tienen muchas dificultades en casi todo.
- **Síndrome Down:** descrita en 1.959. Trisomía 21. Pueden ir del nivel ligero con un C.I. = 70 hasta los niveles severos, encontrándose toda la gama de deficientes.

B) UNIDAS AL SEXO:

- **Síndrome Klinefelter:** cuando hay un cromosoma extra (x); se da en los hombres (46 crom.), no siempre lleva asociado un retraso mental.

A nivel físico suelen ser de talla alta y sus características sexuales secundarias externas suelen ser reducidas.

Incidencia: conductas agresivas. Hay un mayor índice de criminalidad.

– **Síndrome de Turner:** se da en las mujeres. Tiene características semejantes al

anterior (45 crom.). No siempre se da la deficiencia mental. Aparecen reducidas las características sexuales secundarias externas (poco pecho,...).

2.– GENES DOMINANTES ESPECÍFICOS.

Estos casos suelen ser raros y suelen ir asociados a una mutación de algún gen durante el embarazo o por causas hereditarias. Todas las enfermedades que vamos a nombrar a continuación pueden ir de severos a normales.

A) OSTEODISTROFIA.

Hereditaria de Albright. Causado por defectos hormonales y ocasionando lesión a nivel del SNC.

Está caracterizada por talla corta (enanismo), son macizos y todas sus dimensiones van acorde.

B) SÍNDROME APERT.

Características: cabeza ancha, cuadrada, en ocasiones es rectangular. Sus ojos son saltones y las manos y pies son dismórficos.

C) SÍNDROME NEUROFIBROMATOSIS.

Va a depender de los efectos de dónde estén situados los tumores: médula, cerebro, hígado, corazón,... Los efectos serán diferentes y en ocasiones irreversible (afecta SNC).

D) SÍNDROME ESCLEROSISTUBEROSA.

Se trata también de tumores, también dependerá de dónde estén situados. Otra característica de este síndrome es que suelen tener convulsiones frecuentes y difíciles de controlar; (tumores en cara, corazón, pulmón,...) (afecta sistemas más secundarios).

E) SÍNDROME STURGE – WEBER.

Caracterizado por manchas color vino en diferentes partes del cuerpo. Acompañado de alteraciones en el SNC y lesiones en SNC (epilepsia, convulsiones, hemiplejía,...), son deficientes medio – severos.

3.– GENES RECESIVOS ESPECÍFICOS.

Suelen ser padres normales, que por alguna causa producen una cantidad insuficiente de enzima y es lo que está a la base de esta deficiencia. Hoy día no hay problema, siempre y cuando se realice una prevención inmediata.

A) T. HIDRATOS DE CARBONO.

Galactosomia. Niños que al nacer no toleran la leche, conlleva una alteración del SNC que puede provocar deficiencias severas, incluso hasta provocar la muerte.

B) T. PROTEÍNAS.

Fenicheltonuria. Falta de una enzima hepática (se ponen amarillos, Ictericia), desaparece tras las 2 semanas de un correcto tratamiento, pero puede alterar el SNC, dando lugar a deficiencia mental sino es tratado adecuadamente.

C) T. MUCOPOLISACÁRIDOS.

- Síndrome de **Hurles** (deformaciones del esqueleto).
- Síndrome de **Hurter**. Alteración del SNC.
- Síndrome de **Sanfilippo**.

En los tres síndromes, se da un retraso severo, no viven más de un año (alteración grave del SNC en Hurtes y Sanfilippo). Existe sordera severa y en Hurles existen deformaciones a nivel de esqueleto. Boca siempre abierta y lengua excesiva, larga. Problemas respiratorios en los tres síndromes.

D) T. ALMACENAMIENTO.

- Síndrome de **Fabry** (mueren a los 3 ó 4 años).
- Síndrome de **Taysachs**: pueden vivir más tiempo, tienen problemas de lenguaje. Rasgos físicos peculiares: ojos achinados, orejas puntiagudas.

CAUSAS AMBIENTALES.

1.- PRENATALES.

Diferentes causas que pueden alterar el desarrollo.

A) VULNERABILIDAD DEL DESARROLLO: Rubéola, Gripe, Toxoplasmosis, enfermedades venéreas (Sífilis,...).

B) BAJO PESO AL NACER: y durante todo el tiempo de gestación.

C) MALNUTRICIÓN: durante el período de gestación, carencia de vitaminas y minerales (puede estar alimentada pero no nutrida).

D) TABACO: en principio provoca bajo peso al nacer.

E) ALCOHOL: el 80% de niños de padres alcohólicos son deficientes, con problemas cardíacos, con microcefalia y malformaciones en extremidades.

F) DIABETES: problema en la asimilación de azúcar, con problemas óseos, pueden provocar deficiencia mental.

G) INFECCIONES: que la madre puede tener durante el embarazo (Rubéola, Sífilis, Toxoplasmosis, RH, drogas, radiación).

2.- PERINATALES.

En el nacimiento.

A) ANOXIA: falta de oxígeno en el nacimiento.

B) TRAUMATISMOS MECÁNICOS: debidos a ventosas... pueden provocar deficiencias mentales.

C) PREMATURIDAD.

D) INFECCIÓN: cuanto más pequeño es el niño más vulnerable será a las infecciones y si la infección es grave, más importancia tendrá.

3.- POSTNATAL.

Después del nacimiento.

A) MALNUTRICIÓN.

B) INFECCIONES: Meningitis, Rubéola, Encefalitis.

C) VENENO: plomo, mercurio. Esto hace referencia a las pinturas de las cunas, los plásticos del parque,...

Características: niños no control esfínter, torpeza visible, conductas hiperactivas.

D) TRAUMATISMO: por accidente, pudiendo provocar la deficiencia.

DSM-IV En la categoría de Retraso Mental.

Leve, Moderado, Grave, Profundo y No identificado.

NIVELES DE GRAVEDAD C.I.

Leve De 50 – 55 a 70

Moderado De 35 – 40 a 50 – 55

Grave De 20 – 25 a 35 – 40

Profundo Por debajo de 20 – 25

Para evaluar las áreas básicas del desarrollo, utilizaremos las pruebas más adaptadas al déficit del niño en: Psicomotricidad, lenguaje y razonamiento abstracto.

Nota: . Síndrome Down son muy cabezones.

. Agresivos son autolesivos (deficientes severos). Niños que se muerden los nudillos...

. Trastorno personalidad: los trastornos de personalidad asociados al Retraso Mental está en función del ambiente familiar donde se desarrolla el niño. Los padres pueden agravar los problemas o reducirlos.

TEMA 11.

ASMA INFANTIL.

DATOS DE PREVALENCIA.

El Asma la padece alrededor de un 7% de niños menores de 15 años. En los últimos años ha habido un aumento de casos de Asma y mortalidad, provocado por el abuso de medicación y la falta de intervención.

DEFINICIÓN.

Asma: Enfermedad caracterizada por el estrechamiento de las vías respiratorias debido a un exceso de reactividad de la Tráquea y Bronquios ante distintos estímulos. Ese estrechamiento disminuye la entrada de aire a los Pulmones, provocando: tos, incomodidad al respirar, respiración sibilante (pitos).

CARACTERÍSTICAS.

Enfermedad intermitente. Los ataques de Asma no son continuos sino intermitentes, dependiendo del paciente y de la época del año.

Podemos encontrar casos de Asma estacional y de Asma perenne.

Variabilidad. La gravedad de las crisis en un mismo paciente pueden variar enormemente, desde una ligera sibilancia al respirar hasta una fuerte oclusión de las vías respiratorias. Por esta razón es muy difícil determinar si es Asma leve, moderado o severo. Esta variabilidad puede plantear problemas a la hora de elegir el tratamiento más adecuado para ese niño.

Reversible. Aunque en algunos casos la enfermedad remite, en otros casos se mantiene incluso con medicación.

ETIOLOGÍA DEL ASMA.

Enfoque multifactorial del Asma, propuesto por Reed y Townley (1.978).

Estímulos que pueden provocar ataques de Asma:

- Irritantes: tabaco, polución ambiental.
- Ejercicio físico con aire frío.
- Infecciones provocadas por virus.
- Alérgenos (relación Asma – alergia provocada por sustancias).
- Aspirina.
- Aditivos de fármacos y alimentos.
- Variables emocionales.
- Variables emocionales:

. **Estímulos estresantes:** aquellos que incrementan la resistencia de las vías respiratorias al paso del aire.

. **Estímulos relajantes:** aquellos que disminuyen la resistencia de las vías respiratorias al paso del aire (facilitan):

- Técnicas utilizadas: relajación, retroalimentación, Desensibilización Sistemática.

Vínculo entre estímulos y respuesta: es decir, el organismo. Los estímulos provienen de la medicina, se centran en el sistema inmunológico y factores neuromusculares.

La inmunoglobulina está relacionada con el asma alérgico.

Respuestas físicas que el niño da: se desarrollan unos instrumentos: **Espirómetro**, para calcular las tasas de flujo aéreo máximo. Observar la capacidad pulmonar cuando el niño está bien y cuando tiene ataque de asma.

Las puntuaciones que nos da depende de: tipo de aparato y de la fuerza al soplar, por lo que no es muy fiable, aunque es lo más utilizado hoy en día.

PREVENCIÓN DE CRISIS.

Distintas formas:

Predecir la crisis antes de que aparezca:

- Diarios de autocontrol. Es muy útil.
- Registros de crisis.
- Espirómetros portátiles.

Es muy útil enseñarles a los niños a controlar las variables que lo provocan:

- Adherencia al tratamiento.
- Control del personal sanitario y de los padres, ya que son niños pequeños.

Poco a poco debemos:

- Entrenamiento en habilidades de autocontrol.
- Evitación de precipitantes de los ataques:
 - . Límite de actividad física.
 - . Evitación de alérgenos.

CONTROL DE LOS ATAQUES.

- Discriminación de los síntomas por parte del niño y de los padres. Distinguir cuándo realmente es ataque de asma y cuándo no (respiración sólo agitada).
- Ejercicios de relajación. Ayudan a controlar el ataque y a controlar el miedo.
- Uso correcto de la medicación. Los medicamentos más utilizados son nebulizadores, broncodilatadores.

Técnicas para enseñar al niño:

- . Modelado: alguien hace de modelo y el niño observa

. Moldeamiento: aproximaciones sucesivas.

. Reforzamiento: cuando el niño lo hace correctamente.

– Reducción de hospitalizaciones innecesarias. Hiperusuarios del hospital, están excesivamente tiempo en el hospital.

REDUCCIÓN DE CONSECUENCIAS.

Gracias a una adecuada atención sanitaria, buena adherencia al tratamiento y el uso de técnicas adecuadas podemos reducir la frecuencia de las crisis, el absentismo escolar, mejorar la fisiología pulmonar y reducir los costes médicos y hospitalarios.

TEMA 12.

DIABETES JUVENIL.

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA.

EPIDEMIOLOGÍA:

Diabetes tipo 1 o Diabetes infantil, juvenil. Puede aparecer a cualquier edad, aunque el punto culminante de aparición suele ser en la pubertad. A comienzos de siglo, los niños diabéticos vivían menos de 1 año, sin embargo, en la actualidad su esperanza de vida es alrededor de un 75% de la normal.

ETIOLOGÍA: (causas de la enfermedad).

- **Factores genéticos.** Los familiares de pacientes con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.
- **Factores inmunológicos.** Actualmente se plantea que la diabetes sea una enfermedad autoinmune, donde el propio organismo destruiría sus células
 - pancreáticas.

DEFINICIÓN.

Diabetes: consiste en una destrucción de las células – pancreáticas, lo cual, hace que el páncreas sea incapaz de segregar insulina; puesto que la insulina es fundamental para la absorción del azúcar sanguíneo, ésta utiliza los ácidos grasos.

La falta de Insulina hará que la glucosa y la acetona se vayan acumulando en el organismo, donde da lugar a síntomas como: fatiga, sed, hambre, micción frecuente, pérdida de peso a pesar de que el niño come en grandes cantidades.

En los casos más graves porque no reciben tratamiento, cuando el niño no es capaz de eliminar los elevados niveles de acetona, puede entrar en coma e incluso morir.

El tratamiento médico consistirá en la administración de insulina mediante varias inyecciones al día o en bomba portátil de infusión continua.

A pesar del tratamiento se puede crear desequilibrio entre los niveles de glucosa e insulina pudiendo aparecer:

. **Hiperglucemia:** exceso de azúcar (glucosa) en sangre por falta de insulina.

. **Hipoglucemia:** falta de azúcar en sangre porque quizás exista demasiada insulina.

Por lo que se debe controlar mucho.

Alimentación:

. Si el niño come en exceso: se produciría hiperglucemia.

. Si el niño come en defecto: se produciría hipoglucemia.

El niño debe comer en pocas cantidades a lo largo del día.

Ejercicio físico:

Éste mejora la acción de la insulina, pero si el niño no come lo suficiente, se puede producir hipoglucemia.

Enfermedades:

Pueden dificultar la acción de la insulina y dar lugar a hiperglucemia.

Estrés:

Segrega Adrenalina y Noradrenalina, las cuales pueden contrarrestar los efectos de la insulina, entonces se produciría Hiperglucemia.

Diversos estudios dicen que los niños con personalidad tipo A tienen hiperglucemia por estrés.

COMPLICACIONES ASOCIADAS.

La Diabetes puede provocar complicaciones graves que tienden a aparecer entre 15 – 20 años después de su inicio.

Entre ellas: ceguera; enfermedad renal; amputaciones de piernas y pies, debido a la falta de perfusión arterial; enfermedad cardíaca; arteriosclerosis.

Vistas estas complicaciones, nos damos cuenta de la importancia de la adherencia al tratamiento. Es fundamental dar información clara y concreta sobre la enfermedad y sus complicaciones asociadas, tanto a los padres como al niño.

En niños de corta edad la responsabilidad de la enfermedad recae en los padres, aunque poco a poco el niño debe empezar a autocontrolarse (hasta los 12 años).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

– Necesidad de información.

– Problemas con niños de corta edad.

Problemas con adolescentes que pueden negar la enfermedad para tratar de ser igual que sus compañeros.

El ambiente familiar si es equilibrado, la adherencia será mejor.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.

– **Educación para la Diabetes:**

Técnicas:

- . Retroalimentación correctora para determinar los niveles de glucosa.
- . Libros de instrucciones y juegos.
- . Películas para aprender a autoinyectarse.
- . Irse de acampada y autocontrolarse.

– **Terapia conductual:**

- . Sistemas de recompensa.
- . Modelado y rol playing (representación de papeles).
- . Entrenamiento en autocontrol y habilidades sociales.
- . Relajación.
- . Retroalimentación.

– **Terapia familiar:**

En familiares psicosomáticos que poseen:

- . Conductas sobreprotectoras.
- . Rigidez.
- . Excesivas implicaciones mutuas.
- . Falta de resolución de conflictos.

Suele ser necesario utilizar terapia familiar, ya que se pueden crear celos entre hermanos por sobreprotección del enfermo,...

TEMA 13.

CÁNCER EN LA INFANCIA.

EPIDEMIOLOGÍA.

El 70% de los niños superan la enfermedad.

- Leucemia y Linfoma.

- Tumores sólidos del cerebro y del SNC.
- Tumores que afectan a sistemas orgánicos específicos, como huesos, tejidos conjuntivos o riñones.

TRATAMIENTO.

- Cirugía.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Transplante de médula.
- Inmunoterapia.

EFFECTOS DE LOS TRATAMIENTOS.

. Efectos a nivel físico:

(nivel de extirpación órgano o gasto físico).

Efectos secundarios: problemas de piel, diarrea, náuseas, alopecia, anorexia, somnolencia.

Deplección: médula ósea, MP – CP.

. Efectos a nivel psicológico:

Depende de la edad del niño. Estrategias de comportamiento, apoyo emocional y de la gravedad de la enfermedad, miedo a que el procedimiento sea doloroso (porción medular, inyecciones, miedos quirúrgicos). Miedo al abandono de los padres. Miedo a la desfiguración física. Miedo a la muerte. Depresión y ansiedad. Problemas de conducta: comportamiento dependiente, rabietas, negativas a dormir solo.

. Efectos a nivel social:

Si quedan secuelas físicas suele producirse rechazo o burlas de los compañeros: el niño se aísla en el contexto familiar. Secuelas en la adolescencia: problemas en el desarrollo de la imagen corporal y puede repercutir en la autoestima.

ADAPTACIÓN AL PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

Katz y Jay ' 84 (Fases).

- Diagnóstico (momento más estresante).
- Iniciación del tratamiento (hay un reequilibrio emocional – optimismo).
- Remisión o estabilización de la enfermedad.
- Terminación del tratamiento.
- Recaída o deterioro de la enfermedad.

- Enfermedad terminal o muerte – objetivo cuidar al niño (conspiración del silencio a la muerte).

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

A) Con el niño enfermo.

- Información.
- Terapia individual.
- Imágenes distractoras, relajación y ejercicios de respiración.
- Terapias de juego.
- Participación en la toma de decisiones.
- Mantener contacto con sus amigos y con la escuela.
- Administración de psicofármacos.

B) Con los padres.

- Información y participación activa.
- Sesiones con psicólogos o psiquiatras.
- Manejo del duelo anticipatorio.
- Presenciar la muerte.
- Conocer y respetar creencias religiosas.
- Importancia de la vida del niño.

C) Con los hermanos.

- Información y participación activa.
- Dedicarles un tiempo.
- Visitas al hospital.
- No sobrecargar las posibilidades.
- Fomentar la comunicación entre hermanos y niño enfermo.
- Mantenimiento de sus actividades.
- Disponer de unos cuidadores.
- Oportunidad de despedirse.

TEMA 14.

SIDA EN LA INFANCIA.

VÍAS DE TRANSMISIÓN.

En niños de menor edad:

- A través de la madre durante la gestación.
- A través de sangre infectada.
- Leche materna.
- Abusos sexuales por parte de personas infectadas.

En niños de mayor edad y adolescentes:

- Abusos sexuales.
- Relaciones sexuales.
- Uso de drogas.
- Transfusiones.

DIAGNÓSTICO.

Edad crítica: 18 meses. A partir de esta edad se puede hacer la prueba.

DESARROLLO DEL SIDA EN LOS NIÑOS.

Mal pronóstico: el 25% de niños con Sida, mueren durante el primer año.

el 15% de niños con Sida, mueren durante el segundo año.

- Aparición temprana de síntomas.
- Encefalitis.
- Neumonía.
- Anemia.

La esperanza de vida es de 3 años.

Mejor pronóstico:

- Aparición tardía de síntomas.
- Diagnóstico de Sida después del primer año.

- Diagnóstico temprano.

- Síntomas moderados de Linfadenopatía (enfermedad de los ganglios linfáticos).

Linfademia: estado morbos, caracterizado por hipertrofia e hiperplasia del tejido linfático.

PADRES DE NIÑOS CON VIH / SIDA.

Reacciones:

- Ansiedad por la incertidumbre que produce la enfermedad y más aún cuando ellos también la desconocían.

- Ira, miedo y culpabilidad.

- Aislamiento.

- Problemas múltiples.

- Evitación y negación.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS EN EL NIÑO.

- Rechazo social.

- Sentimientos de culpa y vergüenza.

- Falta de relación con sus coetáneos.

- Largos períodos de hospitalización.

Diátesis: predisposición individual, congénita, hereditaria, a enfermar de un grupo determinado de dolencias.