

Psicopatología del niño

3ª edición

D. MARCELLI
J. DE AJURIAGUERRA

MASSON

capítulo 7, las tentativas de suicidio del adolescente en el capítulo 12, el adolescente emigrante en el capítulo 24, etc.), y la totalidad del capítulo «El adolescente y la sociedad» en la cuarta parte. Los autores subrayan que esta separación aparente entre la psicopatología del niño y la psicopatología del adolescente no se da de hecho; únicamente resulta de las necesidades de la edición. Para los autores, la psicología y la psicopatología del niño y del adolescente forman un todo; se oponen así a la reciente tendencia anglosajona a separar en subespecialidades, siempre nuevas, la vida del ser humano: psiquiatría del niño, psiquiatría del adolescente, psiquiatría del adulto... y pronto, quizá, psiquiatría del recién nacido, del anciano, etc.

Los párrafos y capítulos suprimidos están reagrupados y desarrollados en un manual de la editorial Masson y que lleva por título *Psicopatología del adolescente*, de D. Marcelli y A. Braconnier, prologado por el profesor J. de Ajuriaguerra.

En lo que a la bibliografía concierne, el lector encontrará al final de cada capítulo algunas referencias, las más recientes o las más importantes. Para una investigación bibliográfica más completa remitimos al lector a los capítulos correspondientes del *Manual de psiquiatría infantil*, de J. de Ajuriaguerra, Ed. Masson, Barcelona.

Los autores, finalmente, agradecen a las señoras H. Khéroua, secretaria del Collège de France, y Sophie Brusset, bibliotecaria en la Salpêtrière, su colaboración, y sobre todo a Catherine Marcelli, quien ha llevado a cabo el trabajo esencial de secretaría con una dedicación y un buen humor sin igual. Queremos que ellas hallen aquí la expresión de nuestra gratitud.

Esta nueva edición aporta diversas actualizaciones (trastornos del sueño, conductas lúdicas, epilepsia, etc.), así como algunas modificaciones y una serie de reestructuraciones considerables: nuevos apartados o capítulos dedicados a las ciencias cognitivas, disfasias graves, hijos de padres deprimidos, abusos sexuales, hijos nacidos de la fecundación asistida, tratamiento de las psicosis infantiles, hospital de día, etc.

En esta nueva edición, el objetivo principal del profesor Marcelli es, ante todo, el de presentar una obra actualizada, que aporte al estudiante una serie de conceptos básicos sobre psicopatología infantil, desde sus correspondientes perspectivas históricas, así como que ofrezca información sobre los avances más recientes para lo que plantea problemas de actualidad, que en muchos casos están todavía sin resolver.

Nota de las T. Los términos psicoanalíticos han sido traducidos al español de acuerdo con la terminología del *Diccionario de psicoanálisis*, de J. Laplanche y J. B. Pontalis, Editorial Labor, 1971. Versión de F. Cervantes Gimeno.

Índice de capítulos

Parte I

BASES TEÓRICAS Y GENERALIDADES

Introducción	1
① Principales fuentes teóricas de la paidopsiquiatría clínica	7
I. Bases neuroanatómicas y neurofisiológicas de los comportamientos	7
II. Teorías centradas en el comportamiento y/o el medio: conductismo, etología, teorías sistémicas	12
III. Psicología del niño y ciencias de la cognición	19
IV. Teorías psicoanalíticas	26
V. La interacción	41
② Lo normal y lo patológico	49
I. Lo normal y lo patológico: problemas generales	50
II. El problema de lo normal y lo patológico en la psicopatología del niño	51
III. Conclusión	60
3. Exploración del niño	65
I. Entrevista clínica	65
II. Exploraciones complementarias	70
III. Escalas de evaluación y sistemas de clasificación	77

Parte II

ESTUDIO PSICOPATOLÓGICO DE LAS CONDUCTAS

4. Psicopatología de las conductas de adormecimiento y sueño	(83)
--	------

I. Generalidades	83
II. Estudio clínico	88
5. Psicopatología de las conductas motoras	99
I. Trastornos de la lateralización	100
II. Disgrafía	101
III. Debilidad motriz	103
IV. Dispraxias en el niño	104
V. Inestabilidad psicomotriz	105
VI. Tics	108
VII. Tricotilomanía. Onicofagia	111
6. Psicopatología del lenguaje	115
I. Generalidades	115
II. Alteraciones del desarrollo del lenguaje	119
III. Disfasias graves	121
IV. Dislexia-disortografía	126
V. Patologías especiales	131
7. Psicopatología de la esfera oroalimenticia	137
I. Generalidades	137
II. Estudio psicopatológico	140
8. Trastornos esfinterianos	149
I. Generalidades	149
II. Enuresis	150
III. Encopresis	155
IV. Constipación psicógena y megacolon funcional	159
9. Psicopatología de las funciones cognitivas	163
I. Generalidades	163
II. Evaluación de las funciones cognitivas	165
III. Deficiencia mental	175
IV. Niños superdotados	187
10. Trastornos del comportamiento	193
Mentira	193
Fuga	199
Toxicomanías	201
11. Psicopatología del juego	205
I. Generalidades	205
II. Abordaje psicopatológico de las conductas de juego	210
12. Psicopatología de las conductas agresivas	217
I. Concepto de agresividad	217

II. Clínica de las conductas heteroagresivas	224
III. Clínica de las conductas autoagresivas	227
13. Psicopatología de la diferencia entre sexos y de las conductas sexuales	233
I. Mitos, diferencia entre sexos y sexualidad	233
II. Bases fisiológicas y fisiopatológicas de la diferenciación sexual	234
III. Bases psicológicas y sociológicas de la diferencia entre sexos	237
IV. Sexualidad del niño y sus avatares	240
V. Intromisión de los adultos en la sexualidad infantil: abuso sexual	246

Parte III

GRANDES REAGRUPACIONES NOSOGRÁFICAS

14. Defectología	251
I. Deficiencia sensorial	252
II. Encefalopatías infantiles	260
III. Parálisis cerebral infantil (PCI)	269
15. Epilepsia del niño	273
I. Definición, generalidades, epidemiología	273
II. Estudio clínico	275
III. Abordaje psicopatológico	281
IV. Tratamiento	286
16. Psicosis infantiles	291
I. Estudio clínico de las psicosis infantiles	292
II. Enfoque genético e hipótesis de predominio orgánico	313
III. Enfoque psicopatológico e hipótesis de predominancia psicogenética	317
IV. Tratamiento	325
17. Trastornos y organizaciones de apariencia neurótica	333
I. Psicopatología de las conductas del niño llamadas neuróticas	334
II. Neurosis en el niño	351
18. La depresión en el niño	359
I. Enfoque teórico y psicopatológico	359
II. Estudio clínico	363
III. Contexto etiopatológico	369

IV. Organización maniaco-depresiva en el niño	370
V. Enfoque terapéutico	371
19. Trastornos psicósomáticos	375
I. Enfermedades de la esfera digestiva	378
II. Asma infantil	382
III. Espasmo de llanto	385
IV. Patología de la esfera cutánea	387
V. Afecciones diversas	388
20. En las fronteras de la nosografía	393
El problema de la predictividad	393
Prepsicosis del niño	396
Organizaciones disarmónicas	399
Patología caracterial	400
Trastornos por déficit de atención	402

Parte IV

EL NIÑO EN SU AMBIENTE

21. Introducción al estudio del niño en su ambiente	411
I. Noción de traumatismo	411
II. Nociones sobre los trastornos reactivos	412
III. Noción de «factores de riesgo»	415
IV. Límites de estas encuestas y límites de la noción de «factor de riesgo»	416
V. Nociones de competencia y de vulnerabilidad	417
22. En niño en su familia	423
I. Carencia afectiva	425
II. Relaciones padres-hijos patológicas	432
III. Familias incompletas o disociadas	446
IV. El abandono - La adopción	454
V. Abusos sexuales	459
23. El niño y la escuela	467
Estudio clínico	472
24. El niño emigrante	483
I. Datos demográficos	483
II. Biculturalismo y bilingüismo	484
III. Patología del niño emigrante	486
25. El niño y el mundo médico	491
I. El niño enfermo	492

II. Prematuridad	499
III. Niños nacidos de la fecundación asistida	505

Parte V

TERAPÉUTICA

Introducción	511
26. Prevención y acción terapéutica	513
I. Prevención	513
II. Acción terapéutica	516
Índice alfabético de materias	553

Parte I

BASES TEÓRICAS Y GENERALIDADES

Principales fuentes teóricas de la paidopsiquiatría clínica

En este capítulo haremos una breve reseña de los fundamentos teóricos en los que descansa la práctica de la paidopsiquiatría. Dichos soportes son de naturaleza heterogénea y no es fácil establecer su número. Vamos a limitarnos aquí a los aspectos más generales de dichas teorías, puesto que a lo largo de la obra ya concederemos un amplio apartado a los fundamentos teóricos propios de cada ámbito patológico, sea la fisiología, la neurofisiología, la aportación psicoanalítica o epistemológica, etc.

I. Bases neuroanatómicas y neurofisiológicas de los comportamientos

A. PROBLEMA DE LA MADURACIÓN

La rápida evolución de las estructuras y funciones cerebrales en el período perinatal explica la variabilidad diacrónica de los signos neurológicos y la dificultad de aislar grupos semiológicos que respondan a una visión sincrónica.

Dicha maduración neurofisiológica va unida a la maduración progresiva de las conductas humanas, pero mediante una correlación cuya naturaleza conviene precisar. El gran peligro estriba en considerar el funcionamiento como fruto de unos sistemas neurológicos simplemente yuxtapuestos. En la evolución de las funciones y las conductas, es preciso estudiar:

1. Aquello que existe en un cierto período de la evolución y las modificaciones cronológicas que consiguientemente se producen.

2. Aquello que existe, desaparece y reaparece en secuencias más o menos prolongadas.

3. Aquello que evoluciona en el sentido de una progresión funcional sucesiva y que se elabora hasta adoptar una forma más o menos definitiva a partir de la cual el proceso se modifica, bien perfilándose, bien mediante modificaciones secuenciales de funciones.

En el proceso de maduración concerniente al desarrollo morfológico y fisiológico del hombre, hasta el momento en que llega al estado de madurez, debemos distinguir: la anatomía, es decir, la morfología propiamente dicha; las funciones, o sea, los sistemas potenciales, y el funcionamiento, es decir, la activación de dichos sistemas. Anatomía, funciones y funcionamiento se sitúan en niveles de organización distintos. Mantienen relaciones diferentes con la dotación innata y la aportación ambiental, establecen entre sí lazos de dependencia, pero también un cierto grado de independencia, de forma que las características de uno no son suficientes para determinar totalmente las características de los otros.

En otras palabras, aun cuando la maduración anatómica tiene sus propias leyes de evolución, y es condición necesaria para el desarrollo, no es condición suficiente para explicar el comportamiento y su evolución en el transcurso del crecimiento del bebé y del niño.

Además, la inmadurez se identifica con excesiva frecuencia con una carencia, simplificación o reducción de las propiedades y características de la madurez; la inmadurez no sería, pues, más que un estado simplificado de la madurez. Los trabajos más recientes de neurofisiología del desarrollo muestran que la inmadurez no debe ser definida únicamente en términos de carencia: tiene sus propias leyes de funcionamiento, las cuales deben ser constantemente estudiadas en una perspectiva diacrónica. Así, J. Scherrer individualiza cuatro propiedades, que serían las características de la inmadurez funcional de un determinado sistema nervioso:

1. Debilidad numérica de las neuronas activadas y activables, siempre menores en cantidad que las del adulto.

2. Lentitud en la conducción de las sinapsis.

3. Debilidad de la frecuencia de los impulsos neuronales en relación con una transmisión sináptica difícil.

4. Sensibilidad específica de las neuronas hacia el medio en algunas fases del desarrollo, sensibilidad que el autor llama «plasticidad electiva».

Estas características podrían explicar el hecho de que el sistema nervioso inmaduro presente una redundancia y una deficiente fiabili-

dad, lo que entrañaría, de un lado, su plasticidad y, de otro, la vulnerabilidad de dicho sistema.

Esta inmadurez neurofisiológica justifica por otra parte la «programación epigenética del sistema nervioso central» (A. Bourguignon), de la que es un ejemplo la teoría de la estabilización selectiva de las sinapsis (teoría ESS de J.-P. Changeux). Esta teoría se basa en la constatación experimental llevada a cabo con animales de que el número de sinapsis va reduciéndose desde el nacimiento hasta la edad adulta. Para J.-P. Changeux una sinapsis puede ser transitoriamente lábil, definitivamente estabilizada o degenerarse. Cuando se estabiliza, cada sinapsis entra en competición con las demás, en vistas a realizar una función específica. Análogamente a lo que ocurre con la selección natural, la teoría ESS postula que únicamente las sinapsis más activas, más estimuladas y más «calificadas» se estabilizan, mientras que las otras degeneran. Las experimentaciones acerca de los efectos de la privación de luz sobre el sistema visual del gatito van en este sentido: si en el transcurso de un período sensible, las sinapsis no son activadas mediante estimulación sensorial, el gato será ciego. En ausencia de la estimulación adecuada, el sistema sináptico inmaduro en el nacimiento y con una fase de sensibilidad óptima (en el gato de la 4.ª a la 6.ª semana) no llega a organizarse. Aun cuando la estructura anatómica y la función estén correctamente construidas, el funcionamiento no se pone en marcha. A pesar de que esta teoría ESS suministra un modelo interesante y seductor, al tender un puente entre la estructura neurofisiológica y el desarrollo de las conductas, no es suficientemente explicativa de la sorprendente capacidad y aptitud para el cambio del sistema nervioso central humano. Según A. Bourguignon, el «proceso de autoorganización» conceptualizado por H. Atlan podría explicarlo oponiendo dos subsistemas: uno, caracterizado por su débil redundancia y su estabilidad, desempeñaría un papel específico en los procesos de memorización; el otro, gracias a su enorme redundancia, sería la sede de la capacidad de autoorganización.

Dejando el plano teórico para volver al plano descriptivo, los diversos autores que han estudiado el crecimiento han intentado, mediante cortes sucesivos, fijar momentáneamente el proceso diacrónico continuo a fin de aislar estadios, etapas y niveles sincrónicos, lo cual facilita el estudio estático. No obstante, y a pesar de la riqueza de dichos trabajos, se corre el riesgo de olvidar la permanencia del crecimiento en provecho del estudio de cada una de las etapas. Lo que realmente importa en el crecimiento no es la etapa en sí, sino el paso de una a otra.

De hecho, lo esencial del movimiento madurativo consiste en apreciar la relación diacrónica mutua entre el funcionamiento mismo (las conductas), la función puesta en juego y la estructura neuroanatómica implicada. Si las estructuras anatómicas dependen en gran parte de la dotación innata, las conductas dependen estrechamente del entorno en el cual evoluciona el bebé. Esto explica la dificultad para distinguir,

en la organización funcional del niño, lo adquirido de lo no adquirido. En realidad, sería más útil concebir un *continuum* de comportamientos que abarcara desde aquellos que sean ambientalmente estables y relativamente poco influenciados por las variaciones del medio, hasta aquellos otros que son ambientalmente lábiles. El comportamiento descrito anteriormente como «no aprendido» o «instintivo» podría situarse en el extremo estable del *continuum*, lo cual no implica que el aprendizaje esté ausente del curso de su desarrollo, y el comportamiento designado como «aprendido» estaría en el extremo lábil del *continuum* sin que ello signifique que el código genético no esté implicado en absoluto. Desde esta perspectiva, al enjuiciar una conducta específica, la separación arbitraria y simplista entre lo innato y lo adquirido recuerda más un juego especulativo que una actitud realmente científica.

B. PROBLEMA DE LA LOCALIZACIÓN CEREBRAL

Definir las bases neuroanatómicas del comportamiento es especialmente difícil en el hombre, habida cuenta del considerable desarrollo del sistema nervioso central y de la multiplicidad de los sistemas de interacción que están regulando dicho comportamiento (regulación individual, pero también familiar, social y cultural). Los ejemplos clínicos se basan en la constatación de perturbaciones conductuales, subsiguientes a lesiones, cuyo volumen es siempre enorme comparado con la finura de las estructuras afectadas y cuya distribución geográfica no coincide con la distribución del papel funcional de dichas estructuras. Después de un período inicial, dedicado a la descripción de las lesiones macroscópicas y sus consecuencias comportamentales (cuyo modelo está constituido por los trastornos afásicos en las lesiones corticales del hemisferio izquierdo) y seguido de toda una serie de estudios de experimentación animal, contemplados únicamente desde el ángulo de la defectología, la era del estudio de la disfunción de los sistemas reguladores ha introducido una nueva dimensión.

Estos estudios son todavía fragmentarios y parciales; no ofrecen aún aplicación inmediata a la clínica de las conductas humanas. A partir de las experiencias realizadas en el laboratorio con animales, hemos de ser cautos y evitar unas generalizaciones al comportamiento humano excesivamente rápidas y abusivas.

No obstante, las disregulaciones conductuales en el animal se obtienen en nuestros días con una regularidad y una fiabilidad suficientes para permitir describir los primeros modelos experimentales, susceptibles, si no de reproducir, por lo menos de aproximarse a ciertas disregulaciones del comportamiento humano observadas en clínica. El cerebro del hombre adquiere su especificidad gracias al considerable desarrollo del neocórtex. Persiste, sin embargo, un

arqueocórtex que en las especies animales inferiores es sumamente importante.

El estudio comparado de la evolución filogenética de las estructuras neuroanatómicas del sistema nervioso central y de la evolución de los comportamientos a través de diversas especies permite avanzar algunas hipótesis sobre la importancia filogenética de las estructuras y de las conexiones neuroanatómicas implicadas en ciertos rasgos del comportamiento humano. Entre las diversas unidades estructurales así definidas, la primera unidad neuroanatómica descrita ha sido «el cerebro de la emoción» o sistema límbico. Por otra parte, el sistema septo-diencefalo-mesoencefálico implica estructuras centrales (tálamo, hipotálamo, epitálamo, área septal, formación hipocámpica, complejo amigdalario y formación olfativa), vías aferentes (aferencias sensitivas y sensoriales provenientes del tronco cerebral, aferencia olfativa, aferencia difusa del neocórtex) y conexiones eferentes (haz descendente medio del telencéfalo, conexión con el neocórtex).

A la vista de los experimentos con animales, parece altamente probable que dicho conjunto funcional intervenga en los comportamientos que traducen las emociones, en la expresión de la agresividad (v. pág. 217) o en las conductas sexuales. Estos comportamientos ocupan un lugar privilegiado entre las conductas de socialización, como bien han demostrado las experiencias de Karli. Por ejemplo, la destrucción bilateral de la amígdala en el mono implica la imposibilidad de resocialización. El animal se convierte en un ser indiferente, se aísla y no sobrevive mucho tiempo: en esta especie animal, la amígdala parece desempeñar un importante papel en la elaboración y en el control de las reacciones emocionales, ligadas a la socialización. También el hipocampo parece estar implicado en los procesos mnésicos propios del reconocimiento de lugares familiares.

Un subconjunto del sistema septo-diencefalo-mesoencefálico ha sido especialmente estudiado por Le Moal y por Tassin y cols. merced a lesiones en las áreas dopaminérgicas pre o infralímbica y cingular. Dichas lesiones producen, en el animal, el denominado *síndrome del área tegmental ventral*, que comporta:

1. Hiperactividad locomotriz.
2. Comportamiento de hipoexploración.
3. Desaparición de la reacción de vigilancia atenta.
4. Desaparición de la conducta de almacenamiento.

Se trata de un síndrome permanente que asocia una conducta de hiperactividad motriz con hipoexploración; el animal es incapaz de un comportamiento significativo (particularmente entre los roedores: almacenan su comida); es asimismo incapaz de inhibir o de encauzar su motricidad. Dicho síndrome conduce a la muerte del animal.

El sistema regulador de la actividad motriz parece ligado a la actividad dopaminérgica (recordemos que los neurolepticos bloquean los

receptores dopaminérgicos, mientras que las anfetaminas aumentan la tasa de dopamina). El estrés produce al parecer una activación de dicho sistema, activación responsable de la reacción de inhibición de la actividad motriz y de vigilancia atenta. Además, el aislamiento prolongado del animal parece ser el causante de la hiperreactividad del sistema mesocortical, lo cual facilita la transmisión de mensajes de características ansiógenas.

El interés de un sistema tal radica en mostrar la existencia de un circuito modulador cuyo papel consistiría en el control de los circuitos efectores más simples. Dichos sistemas moduladores reciben informaciones de origen múltiple, internas, periféricas o centrales, pero también externas y ambientales. En función de dichas informaciones modulan la actividad de diversos circuitos neurofisiológicos. Las modalidades de activación o de inhibición de estos sistemas reguladores ponen de manifiesto la constante interacción entre la naturaleza del entorno y las capacidades de reactivación del sistema en sí.

Evitando toda generalización abusiva y simplista al comportamiento humano, puede pensarse, no obstante, que dichos sistemas moduladores suministran unos modelos mucho más próximos a la clínica de las conductas normales o desviadas que los antiguos sistemas lesionales corticales.

II. Teorías centradas en el comportamiento y/o el medio: conductismo, etología, teorías sistémicas

A. TEORÍAS CONDUCTISTAS Y NEOCONDUCTISTAS

Watson, psicólogo norteamericano (1913), quiso situar el estudio del comportamiento fuera de toda subjetividad. Para él, todo comportamiento es el resultado de un aprendizaje secundario a un condicionamiento. El conjunto del comportamiento se reduciría, según Watson, a una serie de reflejos condicionados sin efecto recíproco entre el sujeto y su medio. El condicionamiento de aprendizaje es el condicionamiento pavloviano simple o condicionamiento respondiente (de ahí el nombre de **teoría SR: estímulo-respuesta**).

Oponiéndose a este esquema reflejo en extremo simplista, Skinner, desde 1937, propone a partir de experiencias con ratas el modelo de **condicionamiento operante**.

Se sitúa a un ratón en una caja en la cual se halla una pequeña palanca, cuya maniobra produce el suministro de alimento. Después de una fase de exploración, la rata acaba, por azar, apoyándose en la palanca. Se observará a continuación que, progresivamente, el animal li-

mitará sus movimientos a dicha actividad. Se obtienen iguales resultados en un laberinto, en el centro del cual se ha situado la comida: el animal alcanza el objetivo cada vez más rápidamente. Dicho tipo de condicionamiento será tanto más rápido cuanto mayor sea la *motivación* y más gratificante sea la *recompensa*.

Al contrario del condicionamiento respondiente, el condicionamiento operante está bajo la voluntad del animal; se trata de un auténtico programa de realización. La conducta se organiza lentamente, mediante ensayo y error, para alcanzar un objetivo; mediante su comportamiento el animal modifica la naturaleza de su entorno. Para Skinner, el conjunto del comportamiento humano y del aprendizaje del niño puede entenderse en términos de condicionamiento operante. Más tarde, Wolpe aplicará directamente dichas teorías a la conducta humana, iniciando las primeras tentativas de terapia conductual (v. pág. 526).

Se trate de conductismo o de neoconductismo, para estas teorías SR la personalidad no es más que un ensamblaje de condicionamientos cada vez más complejos; los problemas de la imagen mental y de la estructuración del psiquismo son considerados superfluos.

El *hábito* representa la única estructura de base que mantiene el vínculo entre símbolo y respuesta; la dinámica está representada por la pulsión en su sentido más fisiológico. En cambio, estas teorías se han preocupado muy poco del aspecto genético, no han descrito ningún estadio evolutivo en el niño.

La aplicación clínica de tales teorías goza actualmente de gran favor. Es importante conocer su soporte teórico junto con sus limitaciones. En las obras de Eysenck, de Le Ny y de Cottraux puede hallarse una ilustración de dichas aplicaciones, y en el artículo de J. Hochmann una rigurosa crítica de su abuso.

B. APRENDIZAJE SEGÚN LA ESCUELA RUSA

Poco conocidos en Occidente, los trabajos de Vigotsky, Leontiev, Anokhin y Zaporozhets han intentado proponer una teoría del aprendizaje que, aparte del condicionamiento reflejo, tomara en consideración el proceso de desarrollo interno del acto. Se trata del concepto de *aferentización de retorno*. Ésta posee un doble papel: por un lado, actúa como señal que da paso al eslabón conductual siguiente en caso de éxito, y por otro, como señal de repetición de la conducta si la primera tentativa ha fracasado. Vigotsky y sus colaboradores han estudiado el problema de la transformación de las acciones exteriores en procesos intelectuales internos, es decir, el problema de la interiorización. A título de ejemplo, citaremos el caso bien estudiado por Vigotsky del *apuntar* en el niño (en: *L'évolution des praxies idéomotrices*, J. Galifrot-Granjon, ed., Tesis, 1979): se trata de un gesto corriente de mostrar un objeto con la mano o con el índice a la par que se nombra (entre 12-30

meses). Para Vigotsky, el *apuntar* tiene un papel esencial en el desarrollo del lenguaje infantil y se halla en la base de todas las formas superiores de desarrollo psicológico. Primitivamente, dicho gesto sería un ensayo infructuoso para intentar alcanzar un objeto hacia el cual el niño se halla enteramente dirigido. De dicho gesto surgirá una nueva significación cuando el niño no pueda atrapar el objeto por hallarse demasiado lejos: su mano quedará en el aire, con los dedos prosiguiendo en su tentativa de prensión. Al principio, dicho gesto es puramente motor. No obstante, un eslabón intermediario proveniente de la experiencia lo transformará: la madre da al niño el objeto hacia el cual él tiende la mano. Pronto el niño dirige su índice hacia el objeto, sin búsqueda alguna de prensión: el gesto se ha convertido en un gesto para el otro, es decir, ahora no sólo concierne a un objeto sino a una persona. El movimiento «señalar con un dedo» se ha convertido en un medio de comunicación.

Para Vigotsky dicha secuencia muestra la importancia de la socialización; el gesto propio del niño, puramente motor al principio, adquiere sentido mediante la intervención social externa. El desarrollo psíquico aparece ante todo como exponente de «categorías intermentales» (o sea, engendradas por las relaciones entre individuos) antes de organizarse en «categorías intramentales». (Hay que señalar que el gesto de «apuntar con el dedo» ha sido estudiado de inmediato por numerosos autores —Werner y Kaplan, Bruner—, pero Vigotsky, sin haber sido el primero en describirlo, es quien le ha conferido toda su importancia.)

Más adelante, Leontiev, discípulo de Vigotsky, llamará «parámetros de acciones» a los factores conducentes a la interiorización y a la simbolización progresiva de los comportamientos motores (generalización del acto, reducción del acto, asimilación y grado de interiorización).

En conjunto, dichos trabajos son bastante parecidos a las teorías piagetianas, aun cuando el paso del acto motor al acto simbólico sea, en el caso de estos últimos autores de la escuela rusa, suscitado esencialmente por un aporte externo que no responde a una estructura interna, lo cual les diferencia de los autores piagetianos.

C. ETOLOGÍA Y SUS APLICACIONES: J. BOWLBY

La etología estudia al animal en su ambiente natural, y no en el laboratorio como hacen los conductistas y neoconductistas. Se podría decir que en etología el animal plantea un problema al hombre, mientras que en la experimentación pavloviana el hombre plantea un problema al animal. Los fundadores de la etología son K. Lorenz y N. Tinbergen, pero han sido las experiencias de Harlow (1958) sobre los monos *Rhesus* y los trabajos paralelos de Bowlby con el bebé humano lo que ha permitido a la etología ampliar su campo de aplicación al

comportamiento humano. La obra de Eibl-Eibesfeldt es una introducción teórica indispensable para quien pretenda familiarizarse más a fondo con la metodología de trabajo en etología. Las nociones de impronta y de territorio, aun cuando sean esenciales, no serán explicadas aquí.

1. Trabajos de Harlow

En una serie de experiencias que se han hecho célebres, Harlow ha demostrado la necesidad de un nexo de vinculación entre las crías *Rhesus* y la madre, así como todas las implicaciones que la carencia de dicho vínculo pueda acarrear.

Monos *Rhesus* fueron criados en aislamiento social más o menos completo desde su nacimiento. Cuando el aislamiento social es total durante los tres primeros meses de vida, se observan, después de cesar éste, algunas lagunas en el desarrollo social, pero con desarrollo satisfactorio de las funciones cognitivas. Si el aislamiento social dura más de 6 o 12 meses, se produce la incapacidad para todo desarrollo social (no hay manipulación ni juegos sexuales).

Si se suministra a los bebés monos unas madres artificiales, los monitores prefieren las madres revestidas de tejidos suaves a las madres hechas de tela metálica. Esto no cambia incluso cuando las «madres metálicas» van provistas de un biberón: para Harlow este hecho significa que el confort del contacto o la «vinculación» constituye una variable destacada en la ligazón con la madre, superior incluso a la aportación de alimento. Han sido estudiadas muchas otras variables secundarias (madre basculante-madre estable, madre caliente-madre fría). Las crías *Rhesus* prefieren, entre las «variables secundarias», las madres basculantes y las calientes, pero estas variables cambian con el tiempo.

Las crías *Rhesus* separadas de la madre, pero criadas conjuntamente, presentan un mejor comportamiento social que las mantenidas en aislamiento. Las hembras criadas en aislamiento total más tarde tienden a rechazar intensamente su propia cría.

Dichas experiencias muestran la necesidad precoz de vinculación y las consecuencias duraderas, y en ocasiones definitivas, que una carencia temprana de vinculación produce en las crías *Rhesus*. Hay un período crítico, más allá del cual la recuperación no es posible.

2. Trabajos de J. Bowlby

Desde 1958 Bowlby se dedicó a refutar la teoría del apoyo o anaclicsis de la pulsión libidinal mediante la satisfacción oral (teoría de Freud) para reconsiderar, a la luz de los trabajos de la etología, la noción de vinculación con la madre. Señalemos que anteriormente existía ya en la escuela húngara de psicoanálisis (P. Hermann) la teoría de «la vinculación primaria». Bowlby considera que la vinculación del

bebé con la madre y de la madre con el bebé es el resultado de un cierto número de sistemas de conducta característicos de la especie. Dichos sistemas se organizan alrededor de la madre. Originariamente, Bowlby describió cinco sistemas conductuales: succionar-agarrarse-seguir-llorar-sonreír. Estos cinco módulos comportamentales definen la conducta de vinculación. Esta conducta es primaria y tiene como único objetivo, según Bowlby (1969), mantener al niño próximo a la madre (o a la madre cercana al niño, puesto que algunos comportamientos son de seguimiento, pero otros implican llamada: llorar-sonreír).

Este enfoque refuta específicamente la noción fundamental en la teoría freudiana del establecimiento de la relación con el objeto libidinal, basada en la satisfacción de la necesidad oral. Ello ha dado origen a numerosas controversias entre los psicólogos conductistas o de formación etológica y los psicoanalistas. Sobre este tema puede leerse una interesante confrontación (en: *L'attachement*, Delachaux y Niestlé, ed., 1974) entre puntos de vista muy diferentes.

En el dominio psicopatológico, Bowlby ha descrito, inspirándose parcialmente en los trabajos de Harlow, las reacciones de los bebés ante la separación materna. Observando niños de 13 a 32 meses ha aislado una serie de tres grandes fases (v. la descripción, pág. 361) como consecuencia de la desaparición de la madre:

1. Fase de protesta.
2. Fase de desespero.
3. Fase de desvinculación.

Para Bowlby, esta respuesta ante la separación constituye el fundamento de las reacciones de miedo y de ansiedad en el hombre. En los niños que han sufrido ya separaciones o que han sido amenazados con ellas, también describen la conducta de *vinculación ansiosa*.

3. Estudios etológicos recientes

Equipos cada vez más numerosos efectúan investigaciones sobre el recién nacido y el niño, inspirándose en principios etológicos. Estos estudios se centran en general en las interacciones madre-hijo o entre niños de la misma edad (observaciones en escuelas de educación infantil). Se ha hecho hincapié en las conductas preverbiales del niño; los trabajos recientes intentan «descifrar» un auténtico código de comunicación preverbal. Schaal describe la reacción precoz de orientación de la cabeza del bebé en la dirección de un algodón impregnado con el olor materno, desde el segundo día de vida; por su parte, las madres vuelven la cabeza, desde el cuarto día, hacia un algodón impregnado con el olor del bebé. Menneson ha intentado establecer una correlación entre la gestualidad del niño frente al espejo y el comportamiento del adulto; frente al espejo, un niño solo a menudo se mira en él, pero

en presencia del adulto, el niño abandona el espejo si el adulto no se mira en él, y se observa en el espejo si el adulto también lo hace.

Montagner estudia las conductas entre niños y define diversas secuencias conductuales. Distingue así entre las interacciones infantiles, secuencias comportamentales que tienen como objetivo tranquilizar y crear lazos (ofrenda, caricia, beso, ladeo de cabeza, etc.), y secuencias que comportan ruptura de la relación, rechazo, huida o agresión (abrir la boca emitiendo un grito agudo, y proyección hacia delante de un brazo o de una pierna).

En función de la frecuencia con que ocurren estos comportamientos, Montagner ha descrito diversos tipos conductuales (líderes, dominantes agresivos, dominantes fluctuantes, dominados temerosos, dominados agresivos, etc.). En parte esto parece correlacionarse con la actitud de la madre y cambiar según la actitud de esta última, al menos hasta los 3 años. Hay que señalar que este ensayo de tipología no ha sido admitido por algunos autores.

De esta forma, los estudios etológicos más recientes intentan aislar unidades de comportamiento «significativas» precisando las características genéticas (edad de aparición y desaparición) y ambientales (tipo de desencadenantes, consecuencias sobre el entorno). A título de ejemplo citaremos las sonrisas y risas, el abrir desmesuradamente los ojos, el ladear la cabeza, mover la cabeza hacia delante, etc. En todos los casos recordemos que, para todos estos autores, es obvio que se trata siempre de conductas observables. Por el contrario, los efectos interiorizados, las fantasías y las imágenes, aun cuando no son ignorados, no son estudiados.

D. TEORÍAS DE LA COMUNICACIÓN Y TEORÍAS SISTÉMICAS

Aún más que en las teorías precedentes, no se trata aquí del estudio de un individuo, niño o adulto, sino del estudio centrado ante todo en las interacciones entre individuos en el seno de un conjunto.

Dichas teorías no proponen ningún modelo de desarrollo del niño, no se preocupan por conocer la organización psicopatológica interna del niño o de sus padres. Su atención va dirigida exclusivamente a las formas de comunicación.

Los principios básicos sobre los cuales reposan estas teorías son relativamente simples y fácilmente perceptibles desde el exterior. Es ésta una de las razones por las que estos estudios han sido muy populares. Su conocimiento no ofrece un gran interés en lo que afecta al niño y a sus etapas de desarrollo. En cambio, el conocimiento de dichas teorías es útil en el campo de las técnicas de terapia familiar (v. pág. 537).

■ La teoría de la comunicación ha sido elaborada inicialmente por los psiquiatras de la universidad de Palo Alto, en California, muy im-

pregnados de teorías cibernéticas. Éstas les han servido de modelo junto con las nociones de retroacción positiva o negativa, de anillo regulador, de sistema homeostático, etc.

A partir de un modelo explicativo lineal (modelo de la termodinámica del siglo XIX), los teóricos de la comunicación han pasado a un modelo circular, en el cual cada término está determinado por el precedente y determina también el siguiente que retroactúa sobre el primero, etc. (v. figs. 1-1 y 1-2).

Enunciaremos los principios de la comunicación, que son cinco:

1. Es imposible para un individuo situado en interacción no comunicarse. Rehusar comunicarse no es más que una forma específica de comunicación.

2. Toda comunicación tiene dos aspectos: el contenido de la comunicación y el tipo de relación establecida entre los dos protagonistas. Esto define el nivel explícito de comunicación y el nivel implícito. Pasar del nivel explícito al nivel implícito supone la capacidad de comunicar sobre la comunicación. Es la **metacomunicación**.

3. La naturaleza de la relación entre dos «interlocutores» depende para cada uno de ellos de la puntuación de las secuencias de comunicación.

4. Se dan dos modos heterogéneos de comunicación. La **comunicación digital** (el lenguaje mismo) y la **comunicación analógica** (todo lo que está alrededor del lenguaje: entonación, mímica, postura).

5. Las interacciones son de naturaleza simétrica (tendencia a la igualdad y a la minimización de la diferencia) o de naturaleza complementaria (tendencia a la maximalización de dicha diferencia y a su utilización en la comunicación).

A partir de estas bases teóricas, Bateson y después Jackson y cols. han propuesto un modelo de comprensión específico de las familias en las que haya un enfermo mental, generalmente un esquizofrénico. Remitimos al lector a la parte terapéutica (v. pág. 522).

■ Las **teorías sistémicas** representan la aplicación a un grupo específico de los principios de la comunicación. La familia constituye el modelo de un sistema que, como tal, se caracteriza por dos tendencias contradictorias:

1. Tendencia homeostática.
2. Necesidad de cambio, en particular cuando uno de los miembros cambia.

$A \rightarrow B \rightarrow C$

Fig. 1-1. Modelo de interacción lineal.

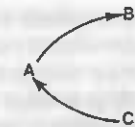


Fig. 1-2. Modelo de interacción circular.

En numerosas familias el niño está en el centro de una tupida red de interacciones, sobre todo en casos de conducta desviada. Este hecho ha conducido a numerosos psiquiatras y/o psicólogos infantiles a utilizar referentes sistemáticos y las teorías de la comunicación en su enfoque terapéutico.

Remitimos al lector al último capítulo de esta obra (v. pág. 537) o a la lectura de las obras básicas de Jackson y cols. y de Selvini y colaboradores.

Nos hemos referido brevemente a estas teorías en razón de su difusión actual y no porque tomen en consideración el punto de vista del desarrollo (su tendencia incluso es totalmente opuesta, puesto que, al evaluar la terapia sistémica, uno tiene la impresión de que la naturaleza de las interacciones es rigurosamente la misma a cualquier edad, tanto si se trata de un niño de 5 años como de un adolescente de 17 años). Junto con las terapias comportamentales, las terapias centradas en la comunicación o el sistema (terapia sistémica) quieren oponerse de forma polémica a las terapias centradas en la organización psíquica interna.

Sería deseable que unas confrontaciones entre los diversos teóricos menos apasionadas pudieran determinar los campos de actividad más pertinentes. Esto es más o menos lo que hemos intentado hacer en la última parte de esta obra.

III. Psicología del niño y ciencias de la cognición

A. DESARROLLO COGNITIVO SEGÚN PIAGET

Paralelamente a sus investigaciones epistemológicas, Piaget ha descrito la evolución del funcionamiento cognitivo del niño a partir de la observación directa y mediante el estudio longitudinal de la evolución de las diversas estrategias que aquél utiliza para resolver un problema experimental.

Según Piaget, la finalidad pretendida es la *adaptación* del individuo a su ambiente. La adaptación es una característica de todo ser viviente: la inteligencia humana es comprendida como la forma de adaptación más refinada, la cual, gracias a una serie de adaptaciones sucesivas, permite alcanzar el equilibrio de las regulaciones entre el sujeto y el medio.

Intervienen dos series de factores, además de la maduración neurológica. Por un lado, cuenta el papel del ejercicio y de la experiencia adquirida a través de la acción efectuada sobre los objetos. Por otro, las interacciones y transmisiones sociales. Estos factores, nacidos de tres planos distintos, coinciden en una construcción progresiva *«de manera que cada innovación sólo es posible en función de la precedente»*. Esta construcción tiene por objetivo alcanzar un estado de equilibrio que Piaget describe como *«una autorregulación, es decir, una serie de compensaciones activas del sujeto en respuesta a las perturbaciones exteriores y una regulación a la vez retroactiva y anticipadora, constituyendo un sistema permanente de tal compensación»*.

Dos conceptos permiten comprender este proceso de adaptación y, después, de equilibración: la asimilación y la acomodación.

■ La **asimilación** caracteriza la incorporación de elementos del medio a la estructura del individuo.

■ La **acomodación** caracteriza las modificaciones de la estructura del individuo en función de las modificaciones del medio.

«La adaptación es un equilibrio entre la asimilación y la acomodación.» La adaptación cognitiva considerada como la prolongación de la adaptación biológica representa la forma superior de equilibración. No está terminada hasta que concluye en un sistema estable, es decir, cuando se da el equilibrio entre acomodación y asimilación. Estos sistemas estables definen numerosos **estadios** en la evolución genética del niño.

■ La **noción de estadio** es fundamental en epistemología genética. Reposa sobre los principios siguientes:

1. Los estadios se caracterizan por un orden de sucesión invariable (no una simple cronología).
2. Cada estadio tiene un carácter integrativo, es decir, que las estructuras construidas en una edad determinada pasan a ser parte integrante de las estructuras de la edad siguiente.
3. Un estadio es una estructura de conjunto no reducible a la yuxtaposición de las subunidades que la componen.
4. Un estadio comporta a la vez un nivel de preparación y un nivel de acabado.
5. En toda sucesión de estadios es necesario distinguir los procesos de formación, de génesis y las formas de equilibrio final.

Estas definiciones de estadio son sensiblemente diferentes de las halladas en las teorías psicoanalíticas (v. pág. 26). En particular, el acceso a un nuevo estadio se traduce por una forma radicalmente nueva de organización de los procesos cognitivos y totalmente heterogénea respecto a la organización del estadio precedente.

Pueden distinguirse cuatro grandes períodos:

1. Período de la inteligencia sensomotriz

Piaget subdivide este período preverbal en seis estadios: a) ejercicio reflejo: 0-1 mes; b) primeros hábitos: 1-4 meses; c) adaptaciones sensitivomotoras intencionales: 4-8/9 meses; d) coordinación de los esquemas secundarios y aplicación a las nuevas situaciones: 9-11/12 meses; e) reacción circular terciaria y descubrimiento de nuevas posibilidades mediante la experimentación activa: 11/12 meses-18 meses, y f) invención de nuevas posibilidades por combinación mental: 18-24 meses. El esquema de acción representa el equivalente funcional de las operaciones lógicas del pensamiento. Un **esquema de acción** es aquel que es *transportable, generalizable o diferenciable de una situación a la siguiente; dicho en otras palabras, aquello que hay de común en las diversas repeticiones o aplicaciones de una misma acción (biología y conocimiento)*. Ejemplos de esquema de acción: un esquema de balancear un objeto suspendido, de tirar de un vehículo, de apuntar a un objetivo; o, todavía más complejo, esquema de reunión (todo aquello que une); esquema de orden (cualquier conducta de clasificación). Estos esquemas de acciones motoras representan unidades elementales de comportamiento, no ligadas directamente a los objetos. Pero estos esquemas de acción permiten la asimilación progresiva de nuevos objetos, a la vez que estos últimos, por acomodación, provocan la aparición de nuevos esquemas. Las conductas significativas e intencionales se organizan, progresivamente, por medio de la experiencia y el ejercicio sensitivomotor. Así mismo, a partir de la experiencia motora se construye una representación mental del objeto.

2. Período preoperatorio (2 a 6 años)

Este período se caracteriza por el acceso progresivo a la inteligencia representativa; cada objeto es representado, es decir, corresponde a una imagen mental que permitirá evocar el objeto en su ausencia. El niño es conducido hacia el desarrollo de su función simbólica (o semiótica): el lenguaje, la imitación diferida, la imagen mental, el dibujo, el juego simbólico. Piaget llama **función simbólica** a *«la capacidad de evocar los objetos o las situaciones no percibidas actualmente, utilizando signos o símbolos»*. Esta función simbólica se desarrolla entre los 3 y 7 años por **imitación** bajo la forma de actividades lúdicas: el niño reproduce en el juego las situaciones que le han sorprendido, interesado o inquietado. El lenguaje acompaña al juego y permite así la

interiorización progresiva. No obstante, el niño no es todavía capaz de descentrarse de su propio punto de vista y no puede situar sus percepciones sucesivas en relación recíproca: el pensamiento todavía no es reversible; de ahí el término de **preoperatividad**.

El pensamiento reposa sobre la intuición directa. Así, para idéntica cantidad de líquido en unos tubos con secciones diferentes, habrá, según él, mayor cantidad de agua cuanto mayor sea el nivel de la misma, puesto que el niño es incapaz, a dicha edad, de relacionar la altura de la columna de agua con la sección del tubo.

3. Período de las operaciones concretas (7 a 11-12 años)

Este período señala un gran progreso en la socialización y objetivación del pensamiento. El niño es capaz de descentración y no está limitado únicamente a su punto de vista, puede coordinar distintos puntos de vista y sacar consecuencias. Es capaz de liberarse del aspecto sucesivo de sus percepciones a fin de distinguir a través del cambio aquello que es invariable. El límite operatorio de este período viene dado por la necesidad de soporte concreto: el niño no puede todavía razonar basándose únicamente en enunciados verbales.

A partir de las manipulaciones concretas, el niño podrá captar a la vez las transformaciones y lo invariable. Accederá a la noción de reversibilidad y pondrá en juego los primeros grupos operatorios: seriación y clasificación. El pensamiento procede mediante tanteo, por ida-y-vuelta (operación inversa y reciprocidad). De esta forma se afianzan las nociones de conservación de sustancias (peso, volumen), de las conservaciones espaciales y de las conservaciones numéricas.

Paralelamente, en el campo social, el niño adquiere conciencia de su propio pensamiento y del de los demás, lo cual será el preludio del enriquecimiento propio de los intercambios sociales. Acepta el parecer de los otros así como sus sentimientos. Es ya posible una auténtica colaboración y cooperación de grupo entre varios niños. La complejidad de los juegos es un ejemplo de ello.

4. Período de las operaciones formales (a partir de 11-12 años)

Este período señala la entrada en la adolescencia, y no será tratado en esta obra (v. Prefacio, pág. 8).

B. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO, UN EJEMPLO: H. WALLON

Partiendo de observaciones de niños retrasados, y, más tarde, de estudios longitudinales y encuestas según edades, Wallon estudió el desarrollo del niño. Primero la interacción entre la dotación motora y la afectividad del recién nacido, después entre el niño y el campo social.

Wallon describe una serie de **estadios** que responden a un estado transitorio de equilibrio cuyas raíces se sumergen en el pasado, pero que invaden también el porvenir. Las contradicciones vividas por el niño provocan crisis en el origen de los cambios permitiendo el acceso a un nuevo estadio. Los trabajos de Wallon tienen un especial valor por la primariedad otorgada a dos ejes de referencia: el eje de la afectividad-emotividad y el eje del equilibrio tonicomotor. En particular es a Wallon a quien debemos la noción de diálogo tónico, verdadero intercambio preverbal entre el niño y su entorno. La etología (v. pág. 14), en otro tipo de formulación, concede en nuestros días una gran importancia a la motricidad precoz y a los otros sistemas de comunicación preverbal implicados en la gestualidad y la tonicidad.

■ **Estadio impulsivo puro:** característico del recién nacido. La respuesta motriz a los diversos tipos de estimulación es una respuesta refleja: tan pronto se da una gran descarga motriz sin control superior como una conducta refleja adaptada a su objeto (succión, prensión-refleja).

■ **Segundo estadio, llamado emocional:** acaece alrededor del 6.º mes y se caracteriza por la prevalencia de señales orientadas hacia el mundo humano, a partir de las señales reflejas (llanto o sonrisas) presentes en el estadio anterior. El bebé no tiene únicamente necesidades fisiológicas (ser alimentado, ser lavado, etc.), sino también necesidades afectivas y emocionales: precisa de caricias, acunaciones, sonrisas, etc. El niño reclama aportaciones afectivas que compartirá con su o sus congéneres adultos.

En este estadio el niño reacciona ante la imagen que ve en el espejo. Según Wallon cree ser la imagen que percibe, *«razón por la cual le sonríe, le tiende los brazos, la llama por su nombre...»*. Todavía no posee representación, dado que *«el objeto, para poder ser representado, primero debe ser exterior»*. Entre la experiencia inmediata y la representación de las cosas debe intervenir forzosamente una disociación (Wallon, citado por J. Constant).

■ **Estadio sensomotor** (fin del primer año, inicio del segundo): señala la prevalencia del acto motor en el conocimiento de los objetos. Puramente impulsiva en el inicio, la actividad sensomotriz evoluciona hacia la invención de conductas cercanas al descubrimiento de nuevas experiencias. Dos actividades sensomotoras tienen un papel considerable: la deambulación y la palabra. La marcha abre al pequeño un espacio que transforma completamente sus posibilidades de investigación. La palabra revela el campo de las actividades simbólicas, una vez traspasado el nivel de la simple actividad artrofonatoria (laleo-balbuceo).

■ **Estadio proyectivo** (hacia los 2 años): es el estadio en el que la actividad motora estimula por sí misma la actividad mental (la concien-

cía según Wallon): el niño conoce el objeto gracias a la acción que ejerce sobre él. El acto necesariamente debe acompañar a la representación. Desde este punto de vista, es esencial la dotación tónica de base, dado que posibilita la realización práctica.

■ **Estadio del personalismo** (de 2 1/2 a 4-5 años): el niño llega a desprenderse de las situaciones en las que está implicado, alcanza «conciencia de sí». Esta «conciencia de sí» implica que el niño sea capaz de tener una imagen de sí, una representación de sí, cuya traducción clínica es el negativismo y la fase de oposición hacia los 2 1/2 o 3 años. Esta conciencia de sí se opone de forma dialéctica a la conciencia del otro: el niño desarrolla una excesiva sensibilidad hacia el otro, de ahí «la reacción de prestancia», la incomodidad y la vergüenza. Después de este período el niño busca afirmarse a los ojos de los demás y desea ser reconocido: oposición, payasadas y tonterías. Después de dicho período de oposición y gracias a los progresos en la habilidad motriz, el niño puede hacerse admirar, amar y seducir a su entorno (fase de «gracias»).

■ **Estadio de la personalidad polivalente** (a partir de los 6 años). Hasta aquí las etapas precedentes tenían como marco la «constelación familiar». Con el inicio de la escolaridad, el niño establece contactos con el entorno social, marcados al principio por un período de incertidumbre y de cambios rápidos, en función de los intereses y de las circunstancias. El niño participa en numerosos juegos de grupo, cambia de papel y de función y multiplica las experiencias sociales.

Además de H. Wallon, otros muchos investigadores han analizado el desarrollo psicológico del niño con la intención de describir con la mayor precisión posible el proceso del crecimiento sin utilizar explícitamente una teoría del desarrollo (Gessell) o, por el contrario, con la idea de analizar este desarrollo a la luz de una teoría unificada del desarrollo. No obstante, ningún investigador desde J. Piaget ha descrito una teoría del desarrollo capaz de integrar en un conjunto, equilibrado y claro, los múltiples datos obtenidos a partir de los estudios experimentales llevados a cabo sobre el desarrollo de la cognición en el niño, en el lactante e incluso en el recién nacido. De hecho, parte de las investigaciones realizadas han planteado dudas sobre el constructivismo piagetiano (Bruner, Bower, Gibson...). Estos interrogantes constituyen la base del desarrollo de lo que hoy en día recibe el nombre de las «ciencias de la cognición».

C. CIENCIAS DE LA COGNICIÓN

En la década de los setenta, diversas ciencias convergen en el desarrollo de la inteligencia artificial: la psicología, la lingüística, las ciencias informáticas y de la inteligencia artificial, la epistemología y las

neurociencias. De su intersección se han originado lo que denominamos las «ciencias de la cognición». Estas nuevas disciplinas tienen como objetivo, si no definir, como mínimo, describir la «inteligencia» y su funcionamiento: «La finalidad de las ciencias de la cognición es fundamentalmente el conocimiento virtual... Por consiguiente, las ciencias de la cognición son las ciencias de la competencia cognitiva, es decir, la capacidad para formar y producir conocimientos, independientemente de las variaciones materiales del sistema que los origina» (G. Tiberghien, 1986). Sin ninguna duda, el campo de acción de las ciencias de la cognición sobrepasa el centro de interés de este libro, es decir, el desarrollo del niño en sus múltiples aspectos, incluyendo los patológicos. No obstante, los estudios experimentales, cada vez más numerosos, sobre las capacidades cognitivas de los recién nacidos y lactantes plantean dudas a los clínicos sobre las condiciones de este desarrollo.

Sin entrar en detalles, es importante destacar que la mayor parte de las investigaciones actuales parte de una metodología experimental prototípica: la de la curva de habituación. Se somete al recién nacido o lactante a un estímulo repetitivo y después del período de novedad, el niño gradualmente se acostumbra a dicho estímulo hasta recuperar el nivel de reacción previo a su aplicación. Llegado a este nivel, denominado «de habituación», un cambio en el estímulo provoca una nueva reacción de atención, reacción que puede medirse a través de diversos parámetros (latido cardíaco, movimientos oculares, agitación motora, frecuencia de succión no nutritiva, etc.). Se dispone, por otro lado, de una metodología básica que permite la evaluación de los niveles perceptivos (sonoro, visual, táctil), la capacidad de discriminación (colores y formas, palabras y lenguaje, etc.) y las preferencias. Cada publicación proporciona nuevos descubrimientos que ponen de manifiesto la gran cantidad de competencias del recién nacido.

De los estudios experimentales llevados a cabo se deduce una serie de hechos. El funcionamiento psíquico del recién nacido no emerge de una «tabula rasa»: el aprendizaje no se limita a la expresión de unos conocimientos genéticamente preestablecidos, sino que representa la huella que deja la experiencia sobre la «cera blanda» de un cerebro virgen. En realidad, el aprendizaje sólo es posible a partir de una serie de caminos previos, lo que J. Melher denomina «precursores de operaciones»: «El lactante no solamente es capaz de tratar la información visual o auditiva, posee además ciertos precursores de operaciones más abstractas a partir de los cuales el ser humano organiza su vida racional». Estos precursores de operaciones representan las vías a partir de las cuales la información cobra sentido.

Uno de los desafíos epistemológicos en el que estas experiencias se han enfrentado con las teorías más clásicas, en especial, la teoría de Piaget, es el que hace referencia a la existencia de la capacidad precoz de abstracción, que existiría de forma previa a cualquier manipulación concreta. Un ejemplo de la misma es el notable estudio de Melt-

zoff y Borton (1979): Se «habitúa» a un lactante a succionar una tetina rugosa provista de espolones cilíndricos, la cual se le ofrece sin mostrársela. Después, en una pantalla, se proyectan imágenes de una tetina lisa y una tetina con espolones. Su mirada se dirige, preferentemente, en dirección a la tetina que ha succionado. De este modo, «la representación extraída por el lactante durante la succión correspondería a la imagen visual, de modo que podría considerarse que las representaciones pueden asociarse a cualesquier modalidad sensorial, lo que supone la existencia de representaciones abstractas» (J. Melher).

Esta capacidad de transmodalidad (Stern), o de abstracción, a pesar de que es difícil definir precozmente su importancia y su repercusión al nacer y durante los primeros meses de vida, en opinión de muchos cognitivistas podría poner de manifiesto la aparición de la función simbólica y de la función de representación.

Probablemente, en el campo del desarrollo cognitivo y afectivo del niño, el término «representación» es uno de los términos más polisémicos y ambiguos. Sin «representación» no existirían la cognición, la función simbólica, el lenguaje, pero tampoco el afecto, la pulsión y la aparición de la fantasía. ¿Poseen la «representación», en el sentido cognitivo, y la «representación», en el sentido psicoanalítico, contenidos si no similares, como mínimo, parcialmente comunes?, o, por el contrario, ¿es necesario considerarlas básicamente diferentes? En la actualidad, esta pregunta es motivo de controversia.

IV. Teorías psicoanalíticas

S. Freud dirigió muy pronto su atención sobre el pasado infantil de los pacientes neuróticos adultos; la neurosis de transferencia está ligada directamente a la reviviscencia de la neurosis infantil y su descubrimiento caracteriza el desarrollo de la curación. De este modo, el niño se halla en el centro del psicoanálisis, pero se trata de un niño peculiar; al menos es lo que se desprende de los primeros escritos psicoanalíticos. El niño por el cual se interesa el psicoanálisis es ante todo un niño reconstruido, un niño-modelo. S. Freud halló en el pequeño Hans la ilustración clínica de lo que la reconstrucción teórica, a partir de las curaciones del adulto, le había hecho presentir. Conocemos las particularidades de dicha observación (el caso de Hans fue relatado a Freud y tratado por él gracias a un intermediario, el padre del niño, alumno a su vez de Freud) y las múltiples discusiones teóricas que dicho caso suscitó (v. pág. 353).

La observación directa del niño no aparece hasta más adelante, esencialmente bajo el impulso de A. Freud y más tarde de los psico-

analistas genéticos norteamericanos (Spitz, Kris y cols.), hasta alcanzar la difusión actual a partir de los trabajos iniciadores de Bowlby.

En este texto introductorio intentaremos aclarar brevemente aquellos conceptos que son más significativos en el cuadro de la evolución genética del niño.

A. S. FREUD Y LOS PRIMEROS PSICOANALISTAS

Resulta especialmente difícil extraer de la obra de S. Freud aquello que concierne primariamente al niño: la teoría psicoanalítica constituye un todo. En cualquier caso, nuestro interés se centra principalmente en la organización genética de la personalidad y en el estudio de los estadios del desarrollo libidinal.

1. Conceptos psicoanalíticos básicos

El estudio del desarrollo del aparato psíquico ha de tener en cuenta tres puntos de vista:

a) Punto de vista dinámico

Es preciso hablar de las nociones de consciente, preconsciente e inconsciente (el 1.º tópico), así como de la noción esencial de conflicto tanto en la dimensión pulsional (pulsión libidinal, pulsión agresiva, principio de placer) como en las defensas opuestas a dichas pulsiones (represión, contracatexis, formación de compromiso). En el niño, además de los clásicos conflictos internos idénticos a los hallados en el adulto, cabe añadir los conflictos externos (A. Freud) o intromisión en el desarrollo (H. Nagera) y los conflictos interiorizados (v. capítulo sobre la neurosis infantil, pág. 333).

b) Punto de vista económico

Considera el aspecto cuantitativo de las fuerzas presentes: intensidad de la energía pulsional, intensidad de los mecanismos de defensa y de las contracatexis, cantidad de energía movilizada por el conflicto, etc.

c) Punto de vista tópico

Referido al origen de las fuerzas presentes (del Ello, del Yo, del Superyó) y a la naturaleza de las relaciones entre estas instancias. Este punto de vista tópico impone, en el caso del niño, el estudio de la diferenciación progresiva de las diversas estructuras psíquicas:

El Yo aparece progresivamente, primero bajo la forma de un Preyó en el estadio del narcisismo primario; después, se organiza y se aparta

del narcisismo al mismo tiempo que el objeto libidinal. Su papel inicial consiste en establecer un sistema defensivo y adaptativo entre la realidad externa y las exigencias pulsionales.

El **Superyó** aparece en la teoría freudiana más tardíamente, en el transcurso del complejo de Edipo, bajo la interiorización de las imágenes y de las exigencias paternas. Cuando dicha interiorización es suficientemente modulada, las limitaciones y reglas impuestas por el Superyó son una fuente de satisfacción por identificación con las imágenes paternas. La hipótesis de un Superyó precoz, arcaico, no fue formulada hasta más tarde por M. Klein (v. pág. 33).

El **Ello infantil** parece caracterizarse por la importancia de las pulsiones parciales y por el grado de imbricación entre las pulsiones agresivas y las libidinales, trabando en ocasiones la actividad de vinculación del Yo y tendiendo a desenlaces pulsionales.

d) En el niño, añadiremos finalmente el punto de vista genético

Éste pone el acento sobre la evolución de las instancias psíquicas y de los conflictos en función del nivel de desarrollo alcanzado por el niño. El punto de vista genético se articula con la noción de *estadio*.

En la teoría psicoanalítica cada estadio se caracteriza por el hecho de poner en relación una fuente pulsional específica (zona erógena), un objeto particular (tipo de relación objetal) y un cierto tipo de conflicto; el conjunto resultante determina un equilibrio temporal entre la satisfacción pulsional y las contratexis defensivas.

Normalmente se observa la sucesión temporal de dichos estadios como un encajamiento progresivo; no hay heterogeneidad formal de un estadio a otro. Cada nuevo estadio no hace más que englobar o recubrir el estadio precedente, que permanece siempre subyacente y presente. Esto opone la noción de estadio en sentido psicoanalítico y la noción de estadio en sentido piagetiano (pág. 20).

e) Nociones esenciales de fijación y de regresión

Derivan de esta noción de estadio.

La **fijación** se produce cuando el vínculo entre la pulsión y el objeto es especialmente estrecho. La fijación pone a fin a la movilidad de la pulsión al oponerse a su liberación, es decir, al cambio de objeto. Por consiguiente, la fijación puede constituir un obstáculo para los cambios necesarios asociados al desarrollo. Desde el punto de vista económico la fijación aparece cuando un acontecimiento o una situación afectiva han marcado muy fuertemente un estadio evolutivo haciendo que el paso al estadio siguiente sea difícil o incluso inhibido. Se observa un punto de fijación especialmente cuando: a) han sido ex-

perimentadas satisfacciones excesivas en un determinado estadio (exceso de gratificación libidinal o contratexis defensiva intensa que se convierte en fuente secundaria de satisfacción), y b) cuando los obstáculos encontrados en el acceso al estadio siguiente provocan una frustración o un desagrado tal que el retorno defensivo al estadio precedente parece más satisfactorio a nivel inmediato.

El **concepto de regresión** está estrechamente ligado a la noción de punto de fijación, la cual ciertamente representa una llamada a la regresión. En el desarrollo del niño se trata con frecuencia de una **regresión temporal**; es decir, el niño retorna a los puntos de satisfacción pulsional característicos de los estadios anteriores. La **regresión formal** (paso de los procesos secundarios a los primarios) y la **regresión tónica** (paso del nivel de exigencia yoica o superyoica al nivel de exigencia del Ello) se observan con menor frecuencia, siendo características de los movimientos patológicos.

Los conceptos de punto de fijación y de regresión son particularmente operantes en el estudio del desarrollo: nos explican las frecuentes disarmonías observadas. La evaluación de su función, patógena o no, es uno de los principales objetivos del clínico situado ante unas conductas sintomáticas (v. págs. 53 y 516).

f) Los principios del funcionamiento mental oponen el principio de placer al principio de realidad

Alrededor de ellos se articulan los **procesos primarios** del pensamiento, opuestos a los **procesos secundarios**. El principio de placer se caracteriza por la búsqueda de evacuación y reducción de las tensiones psíquicas, por la búsqueda del placer de la descarga pulsional asociada a la compulsión de repetición de las experiencias. El principio de realidad tiene en cuenta las limitaciones, las prohibiciones y las contemporizaciones necesarias para que la descarga pulsional no comporte un aspecto destructor para el propio sujeto. Una de las funciones del Yo naciente del niño consiste en planificar la acción y diferir las satisfacciones en espera de una satisfacción todavía mayor o más adaptada a la realidad. En el plano de los procesos psíquicos, podemos definir así los procesos primarios caracterizados por el libre dispendio de energía psíquica en función de la expresión inmediata de las pulsiones procedentes del sistema inconsciente. Opuestamente, en el área de los procesos secundarios, la energía se halla sujeta, es decir, la satisfacción puede ser diferida: dichos procesos secundarios se caracterizan por el reconocimiento y la catexis del tiempo. Las experiencias mentales pretenden hallar los medios adecuados para obtener nuevas satisfacciones, habida cuenta del principio de realidad.

El paso a los procesos secundarios mediante la catexis de los procesos mentales implica para el niño una reducción de la **tendencia a obrar**. El pase al acto, especialmente frecuente en el niño, es al princí-

pio el medio privilegiado para descargar las tensiones y pulsiones libidinales, sobre todo las agresivas. Esta traducción en acto gracias a la compulsión de repetición puede representar un obstáculo para la catexis del pensamiento y de los procesos secundarios. Se da en el niño una evolución progresiva desde el pase al acto normal, resultado de la incapacidad del pequeño para sujetar eficazmente sus pulsiones, hasta el pase al acto, patológico porque obstaculiza por mucho tiempo la catexis de los procesos secundarios.

2. Estadios libidinales

Si la teoría de las pulsiones toma en consideración el dualismo pulsional (ya se trate de dualismo pulsión sexual-pulsión de autoconservación o del segundo dualismo pulsión de vida-pulsión de muerte), el estudio de las pulsiones en el niño queda ante todo limitado al estudio de las pulsiones sexuales y libidinales, al menos para Freud y los primeros psicoanalistas (en particular K. Abraham). Habrá que esperar a M. Klein para conferir a la pulsión de muerte toda la importancia que tiene actualmente (v. pág. 33).

Freud designa bajo el nombre de **sexualidad infantil** «*todo lo concerniente a las actividades de la primera infancia, en lo que se refiere al placer local que tal o cual órgano es susceptible de proporcionar*». Es, pues, un error limitar la sexualidad infantil únicamente a la genitalidad.

Los principales estadios libidinales descritos son los siguientes:

a) Estadio oral (0 a 12 meses)

La fuente de pulsión es la boca y todo el conjunto de la cavidad bucal; el objeto de pulsión es el seno materno. Éste provoca: «*la satisfacción libidinal apoyada sobre la necesidad psicológica de ser alimentado*».

K. Abraham distingue dos subestadios: el **estadio oral primitivo** (0 a 6 meses), caracterizado por la prevalencia de la succión, sin diferenciación del propio cuerpo y del exterior, y el **estadio oral tardío o fase sádico-oral** (6-12 meses), que se distingue por el deseo de morder y por el deseo caníbal de incorporar el seno. En dicho estadio se desarrolla la ambivalencia frente al objeto: deseo de succionar, pero también de morder y de destruir.

En el estadio oral la evolución de la **relación de objeto** vendrá marcada por el paso del narcisismo primario al estadio anaclítico de relación con el objeto parcial.

La fase narcisista corresponde al estado de no diferenciación madre-hijo; los únicos estados reconocidos son el estado de tensión opuesto al estado de quietud (ausencia de tensión). La madre no es percibida como objeto externo ni como fuente de satisfacción. Poco a poco, con la repetición de las experiencias, en particular aquellas de gratificación oral y de frustración oral, el seno, primer objeto parcial, empieza a ser percibido: la relación es entonces anaclítica, en el sentido de que el niño se apoya sobre los momentos de satisfacción para formar las primeras huellas del objeto, percibiendo a través de los momentos de frustración sus primeros afectos.

Hacia el final del primer año, la madre empieza a ser reconocida en su totalidad, lo cual introduce al niño en el dominio de la relación del objeto total. Dicha fase ha sido objeto de numerosos trabajos ulteriores: estadio de la angustia hacia el extraño de Spitz (v. pág. 35), posición depresiva de M. Klein (v. pág. 34). La noción de **apoyo o anaclisis** explica, según Freud, la catexis afectiva del seno y, posteriormente, de la madre. En efecto, la catexis afectiva se apoya sobre las experiencias de satisfacción, las cuales, a su vez, lo hacen sobre la necesidad fisiológica.

b) Estadio anal (2.º y 3.º año)

Empieza con los inicios del control de esfínteres. La fuente pulsional será ahora la mucosa anorrectal y el objeto de pulsión viene representado por las heces fecales, cuyas significaciones son múltiples: objeto excitante de la mucosa, parte del propio cuerpo, objeto de transacción entre madre y niño, etc. K. Abraham distingue igualmente dos subfases. El **estadio sádico-anal**, en el que el placer autoerógeno se centra en la expulsión y destrucción de las materias anales, y el **estadio retentivo**, en el cual se busca el placer a través de la retención, iniciándose el período de oposición a los deseos paternos.

El estadio anal conduce al niño a través de una serie de emparejamientos dialécticos estructurantes: expulsión-retención, actividad-pasividad, sumisión-oposición. En dicho estadio la relación se establece con un objeto total, según las modalidades dependientes de las relaciones establecidas entre el niño y sus materias fecales. El placer erótico ligado a la retención, a la sumisión y a la pasividad, se opone al placer agresivo, al control, el dominio y la posesión. El binomio sadismo-masochismo caracteriza la relación de objeto en dicho estadio.

c) Estadio fálico (del 3.º al 4.º año)

La fuente de pulsión se desplaza hacia los órganos genitales, el objeto de pulsión viene representado por el pene, tanto en el niño como en la niña. La satisfacción proviene del **erotismo uretral** y de la **masturbación**. El erotismo uretral representa la catexis libidinal de la función urinaria, caracterizada, en principio, por el «dejar fluir» y después por el apareamiento retención-erectión. La masturbación, en el inicio ligada directamente a la excitación producida por la micción (masturbación primaria), pasa a ser en seguida una fuente directa de satisfacción (masturbación secundaria). En la masturbación han tenido su origen las teorías sexuales infantiles.

Sin entrar en detalles, citaremos simplemente la curiosidad sexual infantil conducente al descubrimiento de los dos sexos, así como el fantasma de la **escena primitiva** o de la sexualidad paterna, vivida frecuentemente de forma sádica o destructora, a la par que el niño experimenta un sentimiento de abandono. Aparecen enseguida, alrededor de la imagen de la escena primitiva, las teorías infantiles sobre la fecundación (oral, miccional, sádica por desgarramiento) y también sobre el nacimiento (oral, anal o sádico). El **objeto de la pulsión es el pene**. No se trata de un pene concebido como órgano genital, pero sí de un pene concebido como órgano de poder y de complacencia narcisista; de ahí la diferencia entre el órgano-pene y el fantasma-falo, objeto mítico de poder y de potencia. Este objeto introducirá al niño, sea en la angustia de castración (niño), sea en la de carencia (niña): la negación de la castración tiene como fin tanto en uno como en el otro sexo el proteger al niño contra esta toma de conciencia.

d) *Estadio edipiano (5/6 años)*

El objeto de pulsión no es ya únicamente el pene, sino el miembro privilegiado de la pareja paterna. La fuente de la pulsión reside en la excitación sexual perseguida en la posesión de dicha persona. La entrada en este estadio edipiano viene señalada por el reconocimiento de la angustia de castración, la cual producirá en el niño el temor a perder su pene y en la niña el deseo de adquirir uno.

■ **Muy esquemáticamente cabe decir que en el niño (varón):**

1. La madre pasa a ser el objeto de pulsión sexual. Para conquistarla, el niño desplegará todos sus recursos libidinales, pero también los agresivos. A falta de una posesión real, el niño buscará su amor y su estima, lo cual explicará las diversas sublimaciones.

2. El padre se convierte en objeto de rivalidad o de amenaza, pero al mismo tiempo será a quien deba imitar para adquirir su fuerza. Dicha apropiación pasa por la vía de la competición agresiva, pero también por el deseo de complacer al padre, con una posición homosexual pasiva (Edipo invertido).

■ **En la niña:** la decepción de no haber recibido un pene de su madre la lleva a alejarse de ella y en consecuencia a *cambiar de objeto libidinal*. Dicho cambio conduce a la niña a un nuevo objetivo: obtener del padre lo que la madre le ha rehusado. De esta forma, al mismo tiempo que renuncia al pene, busca cerca del padre una compensación bajo la forma de un niño: *la renuncia del pene sólo tiene lugar después de una tentativa de indemnización. Como regalo, tratará de obtener un niño del padre, ponerle un hijo en el mundo.*

Frente a la madre, la niña desarrolla una celosa inquina, tanto más fuertemente cargada de culpabilidad cuanto que la madre sigue siendo la fuente, nada despreciable, de una importante parte de las satisfacciones pulsionales pregenitales.

■ El declinar del complejo de Edipo viene señalado por la renuncia progresiva a poseer el objeto libidinal, bajo la presión de la angustia de castración en el niño y el miedo a perder la madre en la niña. Los desplazamientos identificadores y las sublimaciones permiten a la energía libidinal encontrar otros objetos de satisfacción, especialmente en la socialización progresiva y en la catexis de los procesos intelectuales.

e) *Período de latencia y adolescencia*

No han sido estudiados directamente por Freud. El período de latencia simplemente ha sido considerado el declive del conflicto edipiano, y la adolescencia, por el contrario, la reviviscencia de dicho conflicto, caracterizada, no obstante, por el acceso pleno y total a la genitalidad.

B. APORTACIÓN DE ANNA FREUD

En su obra *Lo normal y lo patológico en el niño*, fruto de una larga experiencia de psicoanalista infantil, iniciada en 1936, A. Freud apunta dos ideas que, en la actualidad, son evidentes:

■ **La importancia de la observación directa** del niño a fin de establecer lo que ella llama una *psicología psicoanalítica del niño*. Esta observación directa evidencia el *papel del medio* en el desarrollo, lo cual distingue el psicoanálisis aplicado al niño del psicoanálisis de los adultos. La dependencia del niño respecto de su entorno introduce una dimensión nueva en la patología, mucho más importante que en el adulto: la de los conflictos de adaptación y de reacción (v. pág. 411).

■ **El desarrollo del niño no se realiza según un programa inevitable de curso regular.** Por el contrario, al introducir el concepto de *líneas de desarrollo*, A. Freud muestra que el proceso de desarrollo del niño contiene en sí mismo un potencial de distorsión a causa de las desigualdades siempre presentes en esas líneas de desarrollo. El desarrollo armonioso y homogéneo es más una referencia y una hipótesis utópica que una realidad clínica. La *disarmonía* entre las líneas del desarrollo se convierte en uno de los conceptos teóricos cuyas aplicaciones clínicas resultan más relevantes (v. la discusión sobre lo normal y lo patológico -pág. 49-; sobre la psicopatología de las funciones cognitivas -pág. 182-; sobre las fronteras de la nosografía -pág. 393.)

C. APORTACIÓN DE MÉLANIE KLEIN

Dos puntos complementarios y fundamentales caracterizan la obra de M. Klein y sus concepciones sobre el desarrollo:

■ **La importancia del dualismo pulsional: pulsión de vida-pulsión de muerte**, y de ahí la prevalencia de los conflictos internos en relación con los conflictos ambientales o de adaptación (estos últimos son prácticamente ignorados por M. Klein).

■ **La precocidad de dicho dualismo pulsional**, que existe desde el nacimiento, precede a toda experiencia vivida y organiza, asimismo, los primeros estadios del psiquismo infantil: el Yo y el Superyó arcaicos explican la conflictividad inmediata de la vida interna del bebé, quien desde el nacimiento manipula rudimentos de unas imágenes concebidas como verdaderas huellas filogenéticas.

A partir de estos dos postulados, la importancia y la precocidad del dualismo pulsional, puede ser comprendida la obra, por demás muy rica, de M. Klein.

Dos mecanismos mentales específicos operan desde el principio y gracias a ellos podrán constituirse las preformas del aparato psíquico y de los objetos: se trata de la **introyección** y de la **proyección**. Las primerísimas experiencias instintivas, especialmente la de la alimentación, servirán para organizar dichas operaciones psíquicas: a) las buenas experiencias de satisfacción, de gratificación, van unidas a la pulsión libidinal; de esta forma se halla introyectado en el interior del

bebé un afecto unido a un fragmento de objeto bueno que servirá de base al establecimiento del primer Yo fragmentado interno del bebé, y b) las malas experiencias de frustración, de displacer, van unidas a la pulsión de muerte: como tales son vividas como peligrosas y se proyectan al exterior. Se constituye así una primera unidad fragmentaria formada por un afecto agresivo y un fragmento de objeto malo rechazado al exterior, al no-Yo.

Esta primera dicotomía adquiere un sentido sumamente determinado puesto que a su alrededor se van a organizar las nociones concomitantes siguientes: Yo-no-Yo; fragmento bueno de objeto-fragmento malo de objeto; interior-exterior. A la vez, la reiteración permanente de la pulsión de muerte fuerza al bebé a reforzar sin cesar su sistema defensivo, proyectando hacia el exterior todas las experiencias malas e introyectando las buenas. Se hallan así constituidos progresivamente: a) un objeto peligroso, malo, perseguidor, externo al bebé, objeto del cual debe protegerse. Este objeto constituye la preforma del Superyó arcaico materno, y b) un objeto bueno, idealizado, gratificante, en el interior del bebé, objeto al que debe proteger. Este objeto constituye la preforma del Yo arcaico. No obstante, para que la diferenciación pueda producirse es necesario que el lactante sea capaz de tolerar las frustraciones que la realidad, necesariamente, le impone. Según M. Klein las variaciones de tolerancia a la frustración observadas entre lactantes son en gran parte de origen hereditario.

Esta fase constituye la esencia misma de la **posición esquizoparanoide**. Posteriormente, nuevos mecanismos mentales harán que dicha separación sea más compleja y menos nítida. Se trata especialmente de la **identificación proyectiva** (mecanismo por el cual el bebé se identifica con los fragmentos de objetos proyectados al exterior), de la **escisión**, de la **idealización**, de la **negación**, etc.

M. Klein sitúa a grandes rasgos esta fase esquizoparanoide en los primeros meses de la vida del niño; hacia los 12-18 meses le sigue la **posición depresiva**.

La posición depresiva proviene de la nueva posibilidad para el niño de reconocer, gracias a las repetidas experiencias de maternaje, la unicidad del objeto bueno y el malo, del seno bueno y el seno malo, de la madre buena y la madre mala. Frente a esta unicidad, el niño experimenta *angustia depresiva* y *culpabilidad*, debido al amor y al odio que siente hacia un mismo objeto.

No obstante, si las experiencias buenas predominan sobre las malas y si el objeto bueno no está excesivamente amenazado por el malo, el Yo bloqueado por la pulsión libidinal puede aceptar sus pulsiones destructoras. Dicha aceptación, aun cuando sea la causa de sufrimientos transitorios, permite la atenuación de la escisión y de los mecanismos que la acompañan (idealización, proyección persecutiva, negación...) y hacen que la percepción del objeto y del Yo del niño sea más realista. El niño pasa entonces desde una relación de objeto fragmentado (seno bueno-seno malo) a una relación de objeto escindido

(madre buena-madre mala) antes de llegar a una relación de objeto total, en la que la madre aparece como una persona total, entera, en la que el bebé realiza la experiencia de sus sentimientos ambivalentes. El recrudecimiento de la angustia depresiva puede provocar una marcha atrás defensiva: se trata de las **defensas maníacas**. La aceptación de la angustia depresiva conduce a sentimientos de tristeza, de nostalgia, al deseo de reparación y, finalmente, a la aceptación de la realidad. Al mismo tiempo, el niño accede, gracias a la atenuación de los mecanismos de la serie psicótica, al simbolismo y, en consecuencia, al desarrollo del pensamiento.

D. PSICOANÁLISIS GENÉTICO: R. A. SPITZ Y M. MALHER

El psicoanálisis genético, cuyos principales representantes en el área infantil son dos americanos, Spitz y M. Malher, se sitúa en el centro mismo de la escuela americana de psicoanálisis o escuela de la *egopsychology* de Hartmann. Dicha corriente distingue dos tipos de procesos en el crecimiento:

■ **Procesos de maduración:** se inscriben en el patrimonio hereditario del individuo y no están sometidos al medio.

■ **Procesos de desarrollo,** que dependen de la evolución de las relaciones objetales y, en consecuencia, de la aportación del ambiente.

Los estadios descritos por dichos autores corresponden siempre a épocas en las que estos dos tipos de procesos están en estrecha relación y permiten el acceso a un nuevo tipo de funcionamiento mental.

1. R. A. Spitz

Ha sido uno de los primeros psicoanalistas que ha utilizado la observación directa del niño para anotar y describir después las etapas de la evolución psicogenética. Según él, la evolución normal viene dirigida por lo que llama los *organizadores* del psiquismo. Estos marcan ciertos *niveles esenciales de la integración de la personalidad*. En esos puntos los procesos de maduración y desarrollo se combinan mutuamente formando una *aleación*. Cuando dicha integración se ha realizado, el mecanismo psíquico funciona según un modelo nuevo y diferente. Spitz observa que el establecimiento de un organizador del psiquismo viene señalado por la aparición de nuevos esquemas específicos del comportamiento, a los que llama *indicadores*.

Durante los dos primeros años se describen tres grandes organizadores:

■ **Primer organizador, especificado por la aparición de la sonrisa** ante el rostro humano. A partir del 2.º y 3.º mes, el bebé sonríe

cuando una cara humana surge frente a él. Dicho indicador, la sonrisa, es el testimonio de la puesta en marcha de los primeros rudimentos del Yo y del establecimiento de la primera relación preobjetual aún indiferenciada. La aparición de la sonrisa marca el paso del estadio anobjetual, dominado únicamente por el deseo de satisfacer las necesidades instintivas internas, al estadio preobjetual, caracterizado por la primariedad de la percepción externa; el principio de realidad comienza a funcionar aun cuando todavía no permite una discriminación fina del medio.

■ **Segundo organizador, especificado por la aparición de la reacción de angustia frente al extraño** hacia el 8.º mes (frecuentemente se habla de «angustia del 8.º mes»). Este segundo organizador testimonia la integración progresiva del Yo del bebé (gracias a las huellas mnésicas acumuladas) y su nueva capacidad para distinguir un Yo de un no-Yo. Asimismo, la angustia del 8.º mes testifica la división entre madre y no-madre; es decir, es la característica del establecimiento de la relación con el primer objeto libidinal, la madre, en concomitancia con la amenaza de que dicha relación se extinga. El rostro extraño, debido a la distorsión que introduce en el aparato perceptivo del bebé, evoca el sentimiento de ausencia del rostro materno y suscita la angustia.

De este modo, el niño accede al estadio objetual y al establecimiento de las relaciones de objetos diversificados. La discriminación del entorno se perfila a partir de las conductas de imitación y de identificación con el objeto materno.

■ **Tercer organizador, especificado por la aparición del «no»** (gesto y palabra) durante el transcurso del segundo año. La aparición del «no» reposa sobre huellas filogenéticas y ontogenéticas, a partir del reflejo de rotación (*rooting-reflexe*) y del reflejo de los puntos cardinales, siendo ambos reflejos de orientación cefalógiros del niño hacia el pezón; y, más tarde, sobre la reacción de sacudida de la cabeza, en señal de rechazo (rechazo del biberón, por ejemplo). Según Spitz, el acceso al «no» constituye para el niño la primera adquisición conceptual puramente abstracta. Esto caracteriza el acceso al mundo simbólico y la nueva capacidad para **manejar símbolos**.

A partir de estos estudios sobre el desarrollo normal, Spitz observa distorsiones patológicas propias de ciertas situaciones traumáticas. Es de sobras conocido el éxito de sus estudios sobre el hospitalismo (v. págs. 361 y 426) y sobre la patología psicosomática del recién nacido (v. pág. 377).

2. Margaret Malher

Estudia al niño en su interacción con la madre y observa los progresos de su individuación. En el camino de esta autonomía M. Malher descubre varias fases.

■ **Fase simbiótica**, en el transcurso de la cual el niño está en situación de dependencia absoluta respecto de la madre: se trata de una fusión psicosomática que aporta al bebé la ilusión de poder absoluto y de omnipotencia. Dicha fase, según M. Malher, se divide en un primer período de algunas semanas de «autismo primario normal» (que correspondería al estadio narcisista primario de Freud), y en un segundo período «simbiótico propiamente dicho» (del 3.º al 10.º mes), cuando el bebé empieza a percibir lentamente el origen externo de sus fuentes de gratificación.

■ **Proceso de separación-individuación**, el cual se inicia a partir de los 8-10 meses y llega hasta los 2 1/2-3 años. Se caracteriza por un primer desplazamiento parcial de la catexis libidinal entre los 10 y los 18 meses, en una época en que los progresos de la motricidad (debidos al proceso madurativo) conducen al niño más allá de la esfera simbiótica. M. Malher utiliza además el término «eclosión». En un segundo desplazamiento, más masivo, de la catexis, el niño retira una gran parte de sus catexis de la esfera simbiótica para fijarlas en «los aparatos autónomos del sí mismo y de las funciones del Yo: locomoción, percepción y aprendizaje». Además, una larga etapa transitoria, caracterizada por su aspecto fluctuante e incierto, separa el acceso a la noción de permanencia del objeto en el sentido piagetiano (noción adquirida en gran parte, según M. Malher, gracias a la sobrevaloración de los aparatos autónomos del sí mismo y de las funciones del Yo) del acceso a la noción de permanencia del objeto libidinal. La permanencia del objeto libidinal significa que la imagen materna está intrapsíquicamente disponible para el niño, dándole sostén y reconfortándole; es decir, se ha adquirido una correcta imagen del objeto interna, estable y segura.

El desfase entre la noción de permanencia del objeto en sentido piagetiano (adquirida hacia los 8-10 meses) y los azares de la permanencia del objeto libidinal (no adquirida hasta los 2 1/2 años) evidencia los numerosos aplazamientos en el proceso de individuación. Dicho proceso está específicamente señalado por períodos transitorios de **aproximación** al momento en que el niño teme perder su objeto libidinal interno.

Esto puede observarse sobre todo cuando el niño desarrolla una ambivalencia especialmente fuerte respecto de su objeto libidinal y explica las numerosas regresiones observadas en el proceso de individuación.

A partir de esta teoría genética centrada sobre los procesos de individuación, M. Malher describe los fracasos o las inviabilidades y concluye en ciertas hipótesis patogénicas sobre las psicosis precoces: la psicosis autista y la psicosis simbiótica (v. pág. 302). Algunos autores han relacionado también las perturbaciones observadas en el adolescente con la reviviscencia de los conflictos inherentes al proceso de separación-individuación.

E. MARGINALIDAD DE D. W. WINNICOTT

Winnicott, psicoanalista inglés de formación pediátrica, ha ocupado siempre un lugar singular en el campo del psicoanálisis infantil. Poco preocupado por situar los datos cronológicos del desarrollo, ha avanzado ciertas proposiciones que a su vez son poco susceptibles de ser conceptualizadas de forma dogmática. Dichas hipótesis, fruto de la práctica, corresponden mejor, según M. R. Khan, a «ficciones reguladoras».

Al principio, un bebé no existe sin su madre, su potencial innato no puede desvelarse sino mediante los cuidados maternos. La madre del recién nacido está ante todo abocada a lo que Winnicott llama una enfermedad normal, la **preocupación maternal primaria**. Esta preocupación proporciona a la madre la capacidad de ponerse en el lugar de su hijo y responder a sus necesidades. Gracias a dicha adecuación precoz, el bebé no experimenta ninguna amenaza de aniquilación y puede valorar su *sí mismo* sin peligro. En lo que a la madre se refiere, la *preocupación maternal primaria* se desarrolla lentamente durante el embarazo, permanece durante algunas semanas después del nacimiento y se extingue progresivamente. Dicho estado puede, según Winnicott, compararse a un estado de replegamiento, de disociación o incluso a un estado esquizoide. Una vez la madre se ha recuperado de este estado que no recuerda, acepta el hecho de no ser incondicionalmente gratificante para su hijo: se convierte simplemente en una madre **suficientemente buena**, es decir, una madre con flaquezas transitorias pero jamás superiores a lo que el niño puede soportar.

Cuando la madre no es capaz de dejarse invadir espontáneamente por la *preocupación maternal primaria*, corre el riesgo de conducirse como una **madre terapeuta**, incapaz de satisfacer las precocísimas necesidades de su bebé, usurpando constantemente su espacio, angustiada y culpabilizada por su fallo inicial. Entonces «cuida» a su niño en vez de dejarle llevar a cabo sus propias experiencias.

Winnicott distingue tres roles o papeles en la función materna, a los cuales denomina *holding*, *handling* y *object-presenting*. El *holding* corresponde al sostén y crianza del niño, sostén no sólo físico sino también psíquico, porque el niño inicialmente se halla incluido en el funcionamiento psíquico de la madre. El *handling* corresponde a las manipulaciones del cuerpo: cuidados higiénicos, de vestido, pero también caricias e intercambios cutáneos múltiples. El *object-presenting*, finalmente, caracteriza la capacidad de la madre para poner a disposición de su bebé el objeto en el momento preciso en que él lo necesita, ni demasiado tarde ni demasiado pronto, de forma que el niño adquiere un sentimiento de poder; como si hubiera creado mágicamente un objeto. La presentación precoz del objeto priva al niño de la posibilidad de experimentar su necesidad y, más tarde, de desear; representa una irrupción brutal en el espacio del niño, irrupción de la cual debe protegerse, creando un falso *sí mismo*. Inversamente, la presentación

del objeto tardía en exceso conduce al bebé a suprimir su deseo a fin de no sentirse aniquilado por la necesidad y la cólera. En consecuencia, el niño corre el riesgo de someterse pasivamente a su entorno.

Por el contrario, cuando la madre es *suficientemente buena*, el niño desarrolla un sentimiento de omnipotencia y de poder: posee la ilusión activa de crear el mundo a su alrededor. Esta «*actividad mental del niño transforma un ambiente suficientemente bueno en un ambiente perfecto*». Ello permite a la *psique* del niño residir en el cuerpo, consiguiendo la unidad psique-soma, base de un *sí mismo* auténtico. Frente a las ineludibles y pequeñas flaquezas de la madre, el niño experimenta una moderada desilusión. Ésta es, de hecho, necesaria. El niño se adapta a ella activamente, reemplazando la ilusión primitiva por un área intermedia, el área de la creatividad primaria: es lo que Winnicott llama el **área de transición**, cuya característica principal es el **objeto transicional**. Dicho objeto no es interno ni externo, pertenece al mundo de la realidad, pero el niño lo incluye inicialmente en su mundo de ilusión y de omnipotencia. Es anterior al establecimiento de la constatación de la realidad y representa el seno u objeto de la primera relación. Dicho objeto transitorio y, más generalmente, este espacio transicional constituyen el lugar de proyección de la ilusión, de la omnipotencia y de la vida imaginativa del niño. Es, por su esencia misma, el espacio de juego del niño (v. pág. 205).

Finalmente, la noción de **falso sí mismo** es especialmente difícil de captar: es como una especie de pantalla artificial entre el verdadero *sí mismo* escondido, protegido, y el medio, cuando éste es de mala calidad y en exceso intrusivo. Al contrario del auténtico *sí mismo*, el falso *sí mismo* no es creativo, no proporciona al niño el sentimiento de ser real. Puede hallarse en el origen de una construcción defensiva contra el miedo al hundimiento y representa el concepto límite entre el desarrollo normal y el campo de lo patológico.

F. TENDENCIAS RECIENTES

1. Continuadores de A. Freud

Aun cuando la querrela entre M. Klein y A. Freud haya sido atenuada, el impulso dado por estas dos jefas de escuela persiste a través de los trabajos de sus continuadores. En el marco de la *Hampstead clinic*, Joffe, Sandler y Bolland prosiguen los trabajos de A. Freud.

A partir de una ilustración clínica (*Psychanalyse d'un enfant de deux ans*. PUF, París, 1973), Bolland y Sandler han intentado establecer un índice analítico que permita analizar y codificar mejor la investigación psicoanalítica de un niño. J. Joffe y A. M. Sandler intentan distinguir en el desarrollo precoz del niño los complejos psicopatológicos estructurantes (posición depresiva, evolución de la relación de objeto) y las primeras experiencias afectivas de base; tienen en cuenta,

además, tanto las aportaciones del ambiente como la estructuración precoz del aparato psíquico. Para J. y A. M. Sandler, el establecimiento de las relaciones representa la búsqueda de la relación primaria con un buen objeto, el cual no es otro que «*la tentativa de mantener relaciones estrechas, alegres y felices con su "buen" estado afectivo de base, con una constelación de placer, de bienestar y de sentimientos de seguridad*». Paralelamente, el niño intenta hacer «desaparecer», según los autores, el otro objeto afectivo primario, aquel al que están referidos el dolor y la infelicidad. Estos dos estados afectivos de base organizan y dirigen el establecimiento de las diversas relaciones de objeto y, en consecuencia, la estructuración del psiquismo del niño y después del adulto. Según ellos, es conveniente distinguir la expresión clínica de una conducta y el estado afectivo de base mediante el cual dicha conducta está articulada. Así, en el niño es recomendable separar la depresión, la individualización y el sufrimiento, que remiten a series significantes diferentes (v. pág. 363).

2. Continuador de M. Klein: W. Bion

W. Bion es un psicoanalista inglés que ha profundizado los primeros estadios de la organización del pensamiento prolongando las teorías kleinianas. Las hipótesis de Bion provienen de su trabajo analítico con pacientes adultos en profunda regresión y no de observaciones directas llevadas a cabo con el niño. Bion ha elaborado una teoría sobre el aparato de pensar los pensamientos que, en su origen, tiene como fin descargar al psiquismo del exceso de estímulos que lo abruman. Para Bion, los pensamientos primitivos conducen a impresiones sensoriales o a vivencias emocionales muy primitivas y de mala calidad: los protopensamientos no son más que objetos malos de los cuales el bebé debe liberarse. El pensamiento tiene su origen en el establecimiento de la correspondencia entre una preconcepción (por ejemplo, la preconcepción del seno real) y una frustración. La tolerancia a la frustración es, para Bion, el factor fundamental que determina la capacidad para formar pensamientos. Cuando la tolerancia es suficiente, el recién nacido utiliza unos mecanismos que tienden a modificar la experiencia y que conducen a la producción de elementos →. En ausencia de tolerancia a la frustración, el bebé no tiene otro recurso que el de sustraerse a la experiencia por la expulsión de elementos ← (cosas en sí). Los «elementos →» son las impresiones sensoriales y las vivencias emocionales primitivas (que en otro tipo de formulación podríamos llamar los afectos de base: Sandler, Joffe): sirven para formar los pensamientos oníricos, el pensamiento inconsciente, los sueños y los recuerdos. Los «elementos ←», por el contrario, no sirven para pensar; constituyen «cosas en sí», y deben ser expulsados mediante la identificación proyectiva. En cuanto al aparato de pensar los pensamientos, se organiza alrededor de dos conceptos. El primer concepto implica las nociones de contenido-continente y el segundo la relación dinámica entre posi-

ción esquizoparanoide y posición depresiva (PSD). La madre funciona como el continente de las sensaciones del niño y su capacidad de ensoñación le permite acoger las proyecciones-necesidades del bebé otorgándoles un significado. La posición depresiva, por su parte, posibilita la reintegración en el psiquismo del niño de los elementos disociados y fragmentados de la fase precedente.

Bion prolonga así, de manera muy interesante, las formulaciones teóricas de M. Klein y se centra en particular sobre la organización del pensamiento, dominio poco explorado aparte del abordaje de los procesos primarios y de los procesos secundarios, con los cuales resulta difícil avanzar una comparación.

V. La interacción

Agruparemos en este último apartado los estudios, cada vez más numerosos, en los que la interacción diádica ha sido observada. No se trata aquí de describir las ejecuciones o la psicopatología de un bebé o de un niño, ni tampoco la de un adulto (en general la madre), sino de analizar el tipo de relación que une a ambos, y de qué modo esta relación estructura la vida psíquica de uno y de otro. Los primeros estudios sobre la «interacción» derivan de dos campos diferentes:

1. El enfoque llamado «sistémico», cuyo objetivo inicial es comprender y más tarde tratar la patología de un paciente en el seno de su familia (v. más adelante).
2. Los estudios sobre las relaciones entre la madre y el bebé.

Hemos resumido ya de forma sucinta los principios de las teorías sistémicas. Centraremos ahora nuestra atención en las interacciones entre el bebé y su madre.

Después de varios años, todos los estudios y observaciones acerca del bebé, e incluso del recién nacido, muestran que no podemos seguir considerando a este último un organismo pasivo e inerte, una especie de «plastilina» entregada a los cuidados maternos, sino que, por el contrario, es uno de los miembros de la relación diádica, capaz de orientarla y de influirla. Esto conduce a la noción de que si bien el bebé es ciertamente vulnerable, es también un compañero dotado de evidente competencia. Estas dos nociones unidas, la de vulnerabilidad y la de competencia, conducen los estudios recientes acerca de las interacciones entre el niño y su entorno (v. la totalidad de la 4.ª parte de esta obra, pág. 409).

1. Competencia

Dicho término, de aparición reciente en los estudios psicológicos del bebé, designa la capacidad activa de éste para utilizar sus aptitudes sensoriales y motrices a fin de influir o intentar influir sobre su entorno. «El bebé nace con excelentes medios para expresar sus necesidades y su gratitud al medio. De hecho, puede incluso escoger entre lo que espera de sus padres o rehusar aquello que no desea con armas tan poderosas que, en vez de percibirle como una arcilla fácil de moldear, yo lo considero un ser dotado de una enorme fuerza» (Brazelton). Bruner propone clasificar las formas que presenta la primera competencia en: «a) formas reguladoras de las interacciones con los demás miembros de la misma especie, y b) formas implicadas en el dominio de los objetos, de los utensilios y secuencias de acontecimientos de organización espaciotemporal».

El segundo tipo de competencia ha sido objeto de múltiples estudios, sobre todo gracias a los magnetófonos y a los registros cinematográficos, cuya utilidad en este campo es irremplazable. Dichos estudios, a menudo basados en la metodología utilizada ya en etología, revelan las múltiples «competencias» del recién nacido o del bebé. Citamos a título de ejemplo (no tenemos la pretensión de ser exhaustivos en un simple párrafo de introducción y tratándose de un campo de tanta amplitud en el que se investiga de continuo):

1. *Visión*: capacidad del recién nacido para seguir con la mirada un objeto de color vivo y fijarse en una forma estructurada (rostro, círculo concéntrico...) durante más tiempo que en un objetivo de un solo color.

2. *Audición*: capacidad del recién nacido de reaccionar a los sonidos puros y sobre todo de mostrar su preferencia por los sonidos humanos, en especial la voz de su madre, inhibiendo parcialmente el resto de su motricidad.

3. *Olfato*: capacidad de discriminación olfativa que le permite distinguir el olor de su madre, con preferencia por el olor de la leche, en relación con el agua azucarada.

4. *Sentido del gusto*: capacidad de discriminar y preferir la leche materna a las denominadas leches «maternizadas».

5. *Motricidad*: capacidad de imitación muy precoz de ciertas mímicas (desde la tercera semana: sacar la lengua, abrir la boca, etc.), tender la mano hacia un objeto-diana y desplegar comportamientos de prensión complejos, etc.

No obstante, de un bebé a otro existen diferencias individuales extremadamente importantes en el grado de actividad motriz, de reactividad a los estímulos, de competencia para discriminar las señales recibidas, y sobre todo en la capacidad de excitabilidad o de apaciguamiento (la «irritabilidad» y la «tranquilización»), capacidad

des diferenciales que se hallan en la base de las escalas de evaluación (v. págs. 78 y 419).

En cualquier caso, todos los autores están de acuerdo en reconocer la importancia de los intercambios afectivos y sociales que rodean y condicionan el desarrollo de las distintas competencias. Transcribimos aquí la primera forma de competencia descrita por Bruner, aquella que juega el papel regulador en las interacciones humanas. En efecto, «para que el niño pueda seguir la progresión del desarrollo de sus habilidades, es preciso que se le aseguren las relaciones sociales adecuadas, el tipo de sostén difuso, afectivo, pero tan vital que sin él no sabría avanzar» (Bruner).

2. La interacción observada

El puente entre la competencia frente a los objetos, tal como acabamos de describirla brevemente, y la competencia interactiva, es decir, la capacidad del bebé para participar activamente en la interacción social, puede hallarse en el concepto de «zona proximal del desarrollo», de Vigotsky. Esta zona «es la distancia entre el nivel de desarrollo actual, que puede evaluarse según la forma como el niño resuelve los problemas por sí solo, y el nivel de desarrollo potencial, que puede determinarse mediante la observación de cómo los soluciona cuando se halla asistido por el adulto o colabora con otros niños de más edad». Anteriormente (v. pág. 14) hemos visto un excelente ejemplo de esta zona proximal de desarrollo cuando hemos hablado del gesto «apuntar con el dedo» y de cómo la comprensión anticipada de la madre confiere sentido al gesto del niño, sentido que secundariamente organiza la simbolización de dicho gesto. En esta «zona proximal de desarrollo» podrán ejercerse la competencia del bebé y la de la madre, creando un efecto de reforzamiento mutuo en la medida en que uno se asocia al otro, y desorganizando la conducta del uno y de otro cuando no encuentran la adecuada «armonía» (D. Stern): «A medida que cada uno percibe que controlan mutuamente su estado emocional, aprenden a conocerse y a influenciarse, lo que da como resultado una especie de reciprocidad o de interacción afectiva» (Brazelton). Esta interacción conductual ha sido ya descrita en ciertos ámbitos, como el de la tonicidad, mediante el «diálogo tónico» entre madre e hijo: forma en que la madre conduce al bebé, lo instala para amamantarlo, etc. (J. de Ajuriaguerra). Más recientemente se ha hecho hincapié en la naturaleza cíclica de esta interacción (Brazelton, Stern, de Ajuriaguerra, Casati), especialmente en los estados de vigilia, de atención y de retraimiento. Esta ritmicidad, en su origen al servicio del control y del mantenimiento de los estados fisiológicos internos, permite progresivamente al bebé «la incorporación de una serie de mensajes más complejos, de forma que aquello que incorpora llega a formar parte de su propio repertorio». Por el contrario, la ausencia o el exceso de respuestas por parte del interlocutor aumenta de forma

considerable los períodos de aislamiento, llegando incluso a desorganizar las conductas del bebé. La estimulación excesiva provoca retraimiento, hecho este que ha sido sobradamente observado en los bebés vulnerables, tales como los prematuros (v. pág. 501). La no respuesta materna (la madre permanece con el rostro impasible durante 2-3 minutos frente al niño) provoca en el bebé un desconcierto y un aislamiento todavía mayores.

Si en lo que afecta al bebé la interacción se caracteriza por su competencia y su capacidad «de armonización» o de modelamiento, según sean las conductas maternas, por lo que concierne a la madre la interacción implica la capacidad de «captar» de entre los comportamientos del bebé las secuencias más relevantes a las que por anticipación confiere sentido. «Cuando este sistema de reciprocidad funciona debidamente, provee al niño de la información necesaria para proseguir su desarrollo. Cada vez que aprende una nueva tarea, recibe *feedback* de su entorno cuyo efecto es la realimentación interior» (Brazelton). La capacidad de la madre para otorgar significado a las conductas del niño mediante la anticipación, habilidad parecida a la ilusión anticipatoria (Diatkine), depende en gran medida del lugar preconsciente e inconsciente que la madre asigna a su bebé, no únicamente al bebé real, vivo, que sostiene en sus brazos, sino al bebé ideal que ocupa su imaginación. Esto nos conduce a la interacción «fantasmática».

3. La interacción fantasmática

Algunos autores (Cramer, Kreisler, Lébovici) han intentado realizar la síntesis entre los múltiples datos suministrados por las observaciones de la interacción madre-hijo y la teoría psicoanalítica. Una tentativa de esta índole vuelve a plantear el problema del paso del campo de la observación interpersonal al campo del análisis de los determinantes intrapsíquicos. Los sistémicos rehúsan un salto teórico de este tipo, y dejan deliberadamente en la sombra el contenido de la «caja negra». Por el contrario, ciertos terapeutas de la familia utilizan en ocasiones conceptos psicoanalíticos sin una reelaboración rigurosa, a fin de comprender las relaciones interindividuales, en un deslizamiento teórico cuya validez puede considerarse dudosa. Sirviéndose del concepto de «interacción fantasmática», S. Lébovici propone un modelo de comprensión que engloba a la vez las observaciones directas madre-hijo y el entramado fantasmático intrapsíquico que subyace, organiza y da sentido a esta interacción. Según Lébovici, «dado que el bebé es una representación de las imágenes parentales, y ya que los objetos internos creados por el niño están modulados por estos últimos y por tanto por las producciones fantasmáticas de la madre, todos los elementos de lo que vamos a describir pueden ser aprehendidos bajo el nombre de «interacción fantasmática». Kreisler y Cramer definen la interacción fantasmática como «las características de las catexis recíprocas entre madre e hijo: ¿qué representa el niño para la

madre y viceversa?, ¿qué representa la oralidad?, etc.». Se trata por parte del observador de ser consciente de que en la interacción madre-hijo se interfieren varios bebés: **bebé real-bebé fantasmático-bebé imaginario**, y que dichas interferencias pueden facilitar o trabar la adecuación madre-hijo. El **niño fantasmático** corresponde al niño del deseo de maternidad; procede directamente de los conflictos libidinales y narcisistas de la madre, es decir, se halla vinculado al conflicto edípico-maternal. El **niño imaginario** es el niño deseado; se inscribe en la problemática conyugal, a la que subyace la vida fantasmática de la madre y del padre. Finalmente, el **niño de la realidad** material es el que interactúa de forma concreta con su bagaje genético y sus competencias específicas, siempre susceptibles de entrar en resonancia con la fantasmática maternal. Dicha resonancia puede colmar deseos o por el contrario confirmar los temores fantasmáticos, y «haciendo esto» la madre otorgará un sentido preciso a las conductas del bebé y responderá a estos comportamientos en función de este supuesto sentido, respuestas que en un segundo tiempo estructurarán por sí mismas las conductas del bebé. Es a través de este «hacer interactivo» que se organiza la vida fantasmática de la madre y del niño: las interacciones precoces movilizan los fantasmas maternos que contribuyen por sí mismos al desarrollo epigenético de la vida fantasmática del bebé.

El estudio de las relaciones entre el «fantasma del bebé», el «bebé imaginario» y el que suscita los comportamientos del bebé real permite evaluar el potencial evolutivo de la interacción madre-hijo. Cuando estas relaciones satisfacen los deseos y acallan los temores es muy posible que la interacción resulte enriquecedora y estimulante para ambos. Cuando confirman temores o aportan decepciones hay un riesgo de que las interacciones se inmovilicen en conductas repetitivas, cada vez más patológicas. Finalmente, cuando estas relaciones no pueden establecerse puede producirse una catexis parcial o inefectiva del niño.

Esta observación teórica no deja de tener importancia, puesto que nos conduce directamente a la práctica de las terapias «madre-bebé», en las que el papel del clínico consistirá justamente en «dar sentido al comportamiento observado, mencionarlo y enunciarlo, revelando su contenido. Todo transcurre como si hablara al preconsciente de la madre y a lo que va a enlazarse entre el sistema primario y el sistema secundario del bebé» (v. Terapia madre-niño, pág. 534).

BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA (J. DE), DIATKINE (R.), GARCIA-BADARAGO : *Psychanalyse et neurobiologie. In NACHT (S.): La psychanalyse d'aujourd'hui*. P.U.F. éd., Paris, 1956.
- AJURIAGUERRA (J. DE) : *Interrelations entre le développement neurologique, la maturation et les structures et fonctions cérébrales. Mod. probl. paediat.* Karger, Basel, 1974, 13, p. 336-357.

- BERGERET (J.) et coll. : *Abrégé de psychologie pathologique*. Masson, Paris, 1972.
- BION (W.) : Théorie de la Pensée. *Rev. franç. psych.*, 1964, XXVIII, 1, p. 75-84.
- BION (W.) : *Attention et interprétation*. Payot, Paris, 1974.
- BOURGUIGNON (A.) : Fondements neurobiologiques pour une théorie de la psychopathologie : un nouveau modèle. *Psychiatrie enfant*, 1981, 24, 2, p. 445-540.
- BOWLBY (J.) : *L'attachement*. P.U.F., Paris, 1978, 1 vol.
- BOWLBY (J.) : *La séparation : angoisse et colère*. P.U.F., Paris, 1978.
- BOWLBY (J.) : *La perte : tristesse et dépression*. P.U.F., Paris, 1984, 1 vol.
- BRAZELTON (T.B.), ALS (H.) : quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourrisson. *Psychiatrie enfant*, 1981, 24, 2, p. 397-418.
- BAZELTON (T.B.) : Comportement et compétence du nouveau-né. *Psychiatrie enfant*, 1981, 24, 2, p. 375-396.
- BRUNER (J.S.) : *Savoir faire, savoir dire*. P.U.F., Paris, 1983, 1 vol., 292 p.
- COBLINER (C.W.) : L'école genevoise de psychologie génétique et la psychanalyse : analogie et dissemblance. In SPITZ (R.A.) : *De la naissance à la parole. La première année de la vie*. P.U.F., Paris, 1968.
- CONSTANT (J.) : Initiation aux théories du développement de l'enfant. *Cahier d'informations*, Roche, Paris, 1974.
- COSNIER (J.) : *Base de l'épigenèse interactionnelle*. *Psy. Enf.* 1984, 27, 1, 107-126.
- COTTRAUX (J.) : *Les thérapies comportementales*. Masson, Paris, 1979.
- DIATKINE (R.), SIMON (J.) : *La psychanalyse précoce*. P.U.F., Paris, 1972.
- DOLTO (F.) : *Psychanalyse et pédiatrie* (1936). Éd. de la Parole, 2^e éd. 1961.
- FREUD (A.) : *L'enfant dans la psychanalyse*. Gallimard, Paris, 1976.
- FREUD (A.) : *Le traitement psychanalytique des enfants*. P.U.F., Paris.
- FREUD (A.) : *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Gallimard, Paris, 1968.
- FREUD (S.) : *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905). Gallimard, Paris, coll. *Idées*, 1962.
- FREUD (S.) : *Cinq psychanalyses* (1909). P.U.F., Paris, 1954.
- FREUD (S.) : *Métapsychologie* (1925). Gallimard, Paris.
- GALIFRET-GRANJON (J.N.) : *L'évolution des praxis idéo-motrice*. Thèse Paris X, 1979.
- GESELL (A.), ILG (F.) : *L'enfant de 5 à 10 ans*. P.U.F., Paris, 1949.
- GESELL (A.), ILG (F.), AMES (L.B.) : *L'adolescent de 10 à 16 ans*. Trad. Lézine (I.). P.U.F., Paris, 1959.
- GESELL (A.), ILG (F.) : *Le jeune enfant dans la civilisation moderne*. Trad. Lézine (I.). P.U.F., Paris, 1961.
- GOLSE (B.) : *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Masson éd., Paris, 1989, 2^e éd.
- GOLSE (B.), BURSZEJN (C.) : *Penser, parler, représenter : émergences chez l'enfant*. Masson éd., Paris, 1990.
- GRINBERG (L.), DARIO (S.), TABAK de BIANCHEDI (E.) : *Introduction aux idées psychanalytiques de Bion*. Dunod, Paris, 1976.
- HARTMANN (H.) : *La psychanalyse du Moi et le problème de l'adaptation*. P.U.F., Paris, 1968.
- HERMANN (I.) : *L'instinct filial*. Denoël, Paris, 1972.
- HOCHMANN (J.) : Aspect d'un scientisme : les thérapies comportementales, *Rev. franç. Psychanal.* 1980, 44, 3-4, 673-690.
- INHELDER (B.), PIAGET (J.) : *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*. P.U.F., Paris, 1955.
- JOUE (F.), HENOCQ (A.) : *Du nouveau-né au nourrisson*. P.U.F. éd., Paris, 1991.
- KLEIN (M.) : *La psychanalyse des enfants*. P.U.F., Paris, 1959.
- KLEIN (M.), HEIMANN (P.), ISAACS (S.), RIVIÈRE (J.) : *Développement de la psychanalyse*. P.U.F., Paris, 1966.
- LAPLANCHE (J.), PONTALIS (J.B.) : *Vocabulaire de la psychanalyse*. P.U.F., Paris, 1967.
- LEBOVICI (S.), SOULE (M.) : *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. P.U.F., collection *Le fil rouge*, 2^e éd., Paris, 1972.
- LEBOVICI (S.) : *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Le centurion, éd. Paris, 1983, 1 vol., 377 p.
- LEMOIGNE (J.L.) : *Intelligence des mécanismes, mécanisme de l'intelligence*. Fayard éd., Paris, 1986.
- MALHER (M.) : *Psychose infantile, symbiose humaine et individuation*. Payot, Paris, 1973.
- MALHER (M.) : *La naissance psychologique de l'être humain*. Payot, Paris, 1980.
- MAZET (Ph.), LEBOVICI (S.) : *Penser, apprendre*, Eshel éd., Paris, 1988.
- MELHER (J.), DUPOUX (E.) : *Naître humain*, Odile Jacob éd., Paris, 1990.
- MONTAGNER (H.) : *L'enfant et la communication*. Stock, Paris, 1978.
- NAGERA (H.) : *Early childhood disturbances, the infantile neurosis, and the adulthood disturbances*. University Press, New York, 1966 ; P.U.F., Paris, 1969.
- NOUVELLE REVUE DE PSYCHANALYSE ; Numéro spécial : L'Enfant : articles de Pontalis, Cireen, Diatkine, Widlöcher, Harris, Cramer, etc. Gallimard, Paris, 1979, 19, 1 vol.
- OSTERREITH et coll. : *Le problème des stades en psychologie de l'enfant*. P.U.F., Paris, 1956.
- RAVEAU (F.H.), ROYANT-PAROLA (S.) : Bases neuro-anatomiques et neurophysiologiques des comportements. *Psychologie méd.*, 1980, XII (A), p. 23-40.
- ROUCHOUSE (J.C.) : Éthologie de l'enfant et observation des mimiques chez le nourrisson. *Psych. enf.*, 1980, 23 (1), p. 203-249.
- SEGAL (A.) : *L'œuvre de Mélanie Klein*. P.U.F., Paris, 1969.
- SELVINI-PALAZZOLI (M.), BOSCOLO (L.), CECCHIN (G.), PRATA (G.) : *Paradoxe et contre-paradoxe*. E.S.F., Paris, 1980.
- SKINNER (B.F.) : *Pour une science du comportement : le behaviorisme*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1979.
- SMIRNOFF (V.) : *La psychanalyse de l'enfant*. P.U.F., Paris, 1966.
- SPITZ (R.A.) : *Le Non et le Oui*. P.U.F., Paris, 1963.
- SPITZ (R.A.) : *De la naissance à la parole : la première année de la vie*. P.U.F., Paris, 1968.
- STERN (D.) : *Le monde interpersonnel du nourrisson*. P.U.F. éd., Paris, 1989.
- TASSIN (J.P.) : Approche du rôle fonctionnel du système méso-cortical dopaminergique. *Psychologie méd.*, 1980, XII (A), p. 43-63.
- WALLON (H.) : *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*. P.U.F., Paris, 3^e éd., 1954.
- WALLON (H.) : *L'évolution psychologique de l'enfant*. A. Colin, Paris, 5^e éd., 1957.
- WALLON (H.) : *Les origines de la pensée chez l'enfant*. P.U.F., Paris, 3^e éd., 1963.

- WATZLAWICK (P.), HELMICK-BEAVIN (J.), JACKSON (D.): *Une logique de la communication*. Trad. J. Morche. Le Seuil, Paris, 1972.
- WATZLAWICK (P.), WEAKLAND (J.H.), FISH (R.): *Changement. Paradoxe et psychothérapie*. Le Seuil, Paris, 1975.
- WINNICOTT (D.W.): *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, Paris, 1969.
- WINNICOTT (D.W.): *Processus de maturation chez l'enfant*. Payot, Paris, 1970.
- ZZAZO (R.): *L'attachement*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1974.

2

Lo normal y lo patológico

La cuestión acerca de lo normal y lo patológico es algo que afecta más al filósofo que al médico: este último desea saber ante todo qué es lo que puede y lo que no puede hacer por su paciente, antes que preocuparse por si éste es «normal o patológico». Si esta actitud pragmática queda justificada en el campo de la medicina somática, no es así en el dominio de la psiquiatría, campo invadido sobradamente por problemas éticos, culturales, sociales y políticos, entre otros.

El psiquiatra, en el ejercicio de su especialidad, no puede abstraerse del contexto que delimita y define en parte su forma de trabajo. El psiquiatra infantil se halla interpelado por idénticas razones, a las cuales se añade la incertidumbre acerca del desarrollo del niño, así como el lugar familiar y social predeterminado que este niño ocupa.

De hecho, al psiquiatra infantil se le pide que explore a un pequeño paciente, el cual, generalmente, no lo ha solicitado. Asimismo, se le ruega que haga desaparecer un comportamiento que la familia, la escuela, los vecinos o la asistente social no juzgan correcto de acuerdo con unos criterios puramente externos y de adaptación. A su vez, el psiquiatra considera, en su evaluación, unos factores muy distintos: capacidad de sublimación en un sector, importancia de las contrataxis defensivas, ductilidad o rigidez del conjunto del funcionamiento mental, valoración del nivel de conflicto en función de la edad, etcétera.

Los criterios de normalidad no pueden limitarse a la evaluación de la conducta que ha motivado la exploración y resumirse en una simple enumeración de síntomas.

I. Lo normal y lo patológico: problemas generales

Según Canguilhem, resulta evidente que lo normal y lo patológico constituyen dos términos indisociables de una misma pareja antitética: no puede definirse uno sin el otro. El problema aumenta en cuanto se le agrupa una confusión sostenida por la fonética entre lo anormal (del latín *norma*: escuadra) y la anomalía (de la raíz griega *ομαλοζ*: liso, sin aspereza). Las relaciones entre los términos anomalía, anormal y patológico deben, pues, ser precisadas.

Las diversas definiciones posibles de lo normal giran todas alrededor de cuatro puntos de vista:

1. Lo normal referido a la salud, opuesto a la enfermedad.
2. Lo normal como media estadística.
3. Lo normal como ideal o utopía a realizar o hacia la que dirigirse.
4. Lo normal en tanto que proceso dinámico, capaz de retornar a un determinado equilibrio.

Confundir normal y salud, oponiéndoles anormal y enfermedad, constituye evidentemente una posición estática que no corresponde a la dimensión dinámica de la mayoría de las enfermedades: el paciente diabético antes de la descompensación o el asmático antes de la crisis son normales en el sentido de ausencia de síntomas. La enfermedad no puede reducirse sólo a sus signos lesionales. Debe considerarse también la potencialidad para revestir la salud, lo cual nos acercaría a la definición de normal como proceso.

Asimilar lo normal al promedio es, ante todo, confundir lo anormal y la anomalía; o sea, confinar al campo patológico todo aquello que no se halle en la zona media de la curva de Gauss. Los sujetos de talla pequeña, los individuos superdotados en el campo intelectual, ¿son patológicos? En psiquiatría, además, no puede olvidarse la presión cultural, so pena de considerar anormal toda conducta que se desvíe del promedio. Desde este punto de vista, los resistentes franceses durante la ocupación eran anormales, al igual que la mayoría de hombres llamados «progresistas».

Remitir lo normal a un modelo o utopía es instaurar *ipso facto* un sistema de valores, una normalidad ideal; quizás aquella con la que sueñan los políticos, los administrativos o los padres y maestros para sus niños. Si tal ideal está definido por el grupo social, éste tiende a confundirlo más o menos con la norma estadística. Si consiste en un sistema de valor personal (ideal del Yo), conviene precisar cómo funciona, puesto que es de sobras conocida cierta «enfermedad de idealismo» (patología narcisista), lo que implica definir un «funcionamiento mental normal».

Considerar normal el proceso de adaptación, es decir, la capacidad de reaccionar con objeto de recuperar el equilibrio perdido, representa introducir una valoración dinámica. No obstante, en el área psicosocial, dicha definición conlleva el riesgo de reducir el concepto de normalidad a un estado de aceptación, sumisión o conformismo con las exigencias sociales. La capacidad de adaptación o lo que podríamos llamar adaptabilidad sería para algunos mejor criterio que la adaptación misma. Quedan por definir los criterios de esta capacidad, con lo que corremos el riesgo de remitirnos otra vez a lo normal, sea como medio, sea como utopía.

Como podemos ver, no existe una definición simple y satisfactoria de lo normal; cada uno de los marcos de referencia escogidos ofrece excepciones, en las que se insinúa la patología. En realidad, normal y patológico son dependientes entre sí, tanto como puedan serlo en biología genética «el azar y la necesidad» (J. Monod): la necesidad de la reproducción ejerce la necesaria presión normativa, mientras que la posibilidad de evolución implica una desviación aleatoria.

De hecho, el médico no se halla confrontado a un problema teórico, sino a una elección práctica: es decir, ante tal o cual paciente, ¿debe intervenir o abstenerse? La paidopsiquiatría más que ninguna otra especialidad está enfrentada a dicho dilema, puesto que la sintomatología actual del niño no prejuzga en absoluto su futuro estado como adulto. La paidopsiquiatría debe hallar un sistema de evaluación, más allá de las conductas sintomáticas.

II. El problema de lo normal y lo patológico en la psicopatología del niño

Mientras el ejercicio de la paidopsiquiatría se ha limitado a la práctica de algún tipo de terapia en un gabinete privado, la cuestión sobre lo normal o lo patológico ha sido secundaria. Por el contrario, la considerable extensión de la práctica de la psiquiatría infantil y sus aplicaciones a la higiene mental de la población han dado resultados de eficacia indudable, pero obtenidos con un alto coste social, lo que hace necesarios cambios estratégicos. Ya ha pasado la época en que se podía desear que todo niño siguiera un psicoanálisis profiláctico. Dicha posición encerraba un profundo error sobre la función misma del análisis de un niño, error justificado por aquel entonces dada la confusión o la incertidumbre en el campo específico del psicoanálisis y de la educación. (Véanse los debates entre M. Klein y A. Freud, en los años treinta.) Pero en nuestra época la higiene mental debe también preocuparse, no únicamente de su rendimiento en estricto senti-

do comercial, sino también de su eficacia. Algunas evaluaciones estadísticas a gran escala debieran incitarnos a reflexionar:

1. La frecuencia de las debilidades llamadas límite varía en función de la edad. Disminuye de forma considerable en la edad adulta: ¿quiere ello decir que la inteligencia aumenta con la edad?, ¿o simplemente significa que los criterios de evaluación aplicados al niño sólo toman en consideración su estado? En términos más políticos, ¿no es la simple asistencia a la escuela, la que designa a un cierto número de escolares como débiles? (dado que la norma escolar no se corresponde con la norma estadística de desarrollo) (v. la discusión sobre el CI, pág. 170).

2. El desigual y constante reparto de sexos en la población de la consulta de paidopsiquiatría constituye un problema mayor: 70 % niños, 30 % niñas. ¿Debe concluirse que ser chico es más patológico que ser chica o que la normalidad ideal y/o social corresponde mejor a las capacidades y necesidades de la niña? Este problema es tanto más agudo cuanto que la distribución sexual de la población psiquiátrica adulta es la inversa (mayoría de mujeres en relación con los hombres). (V. la discusión sobre la psicopatología diferenciada de los sexos.)

Más allá de cualquier enfoque individual, estas simples constataciones estadísticas justifican la reflexión sobre el campo de actividad del paidopsiquiatra. Dicha reflexión se resume en el siguiente interrogante: los niños vistos por el paidopsiquiatra ¿representan la futura clientela en potencia de la consulta para adultos o son fundamentalmente diferentes? Los estudios epidemiológicos incitan a pensar que debemos creer en la segunda alternativa. Surgen entonces nuevas cuestiones en un intento de explicar dicha diferencia: ¿es imputable tal hecho a la eficacia de la acción de los paidopsiquiatras? ¿Refleja el desfase de la demanda de una consulta establecida para aquellos niños que, temporalmente, no se adecuan a un modelo ideal de desarrollo (según los educadores o los padres) pero que más adelante serán adultos sin problemas? Es evidente que estas cuestiones son fundamentales al hablar de higiene mental de la población.

Por el contrario, frente a un niño concreto, la evaluación de lo normal y lo patológico se plantea de forma diferente; hay que reconocer el síntoma, considerar su importancia y su función dinámica e intentar situarlo en el seno de la estructura. Finalmente, valorar dicha estructura dentro del marco de la evolución genética y dentro del ambiente. De esta cuádruple evaluación, sintomática, estructural, genética y ambiental, procede cualquier enfoque paidopsiquiátrico.

A. NORMALIDAD Y CONDUCTA SINTOMÁTICA

La primera preocupación del paidopsiquiatra enfrentado a una conducta inusual es, ante todo, evaluar su carácter patológico o nor-

mal; en realidad, los términos de esta alternativa no son los más adecuados. Sería preferible reemplazarla por la interrogación siguiente: esta conducta manifiesta (mentalizada o actuada) ¿tiene en el seno del funcionamiento mental del niño un poder patógeno o asume un papel organizador? De hecho, distinguir una conducta normal de una patológica supone introducir en el campo del funcionamiento mental una solución de continuidad que, desde Freud, sabemos que no existe. Widlöcher ha señalado acertadamente que el médico se comporta con frecuencia como si existieran dos tipos heterogéneos de conducta: el primero caracterizado por las conductas-síntomas propios del dominio patológico, el segundo por las conductas existenciales propias de la normalidad.

La experiencia clínica más sencilla pone de evidencia la falacia de dicha actitud. Tanto si se trata de operaciones del pensamiento interno (fobia, obsesiones) como de conductas externas (paso al acto, tartamudez, etc.), hallamos siempre un hilo de continuidad subyacente a las diversas conductas humanas, desde aquellas que son testimonio de las preformas organizadoras del psiquismo hasta las que se observan en los estados patológicos estructurados. El estudio de las fobias (v. pág. 339) o de los rituales (v. pág. 343) lo demuestra. Incluso en una conducta en apariencia más desviada, como la tartamudez, hallamos una fase de desarrollo en la que el tartamudeo podría calificarse de fisiológico (v. pág. 131).

La descripción semiológica y la observación de una conducta no bastan para definir su papel patógeno u organizador. Deben ir unidas a la evaluación económica y dinámica. El punto de vista económico consiste en evaluar en qué medida la conducta incriminada no es más que una formación reactiva o, por el contrario, implica una catexis de sublimación. En otras palabras, ¿en qué medida el Yo ha sido parcialmente amputado de sus funciones por el compromiso sintomático?, o al contrario ¿en qué medida podrá introducir dicha conducta en su potencial de intereses o de catexis diversas? El enfoque dinámico y genético pretende valorar la eficacia con la que la conducta sintomática sujeta la angustia conflictiva, autorizando así la continuación del movimiento madurativo. O, por el contrario, si se muestra ineficaz para encadenar la ansiedad que resurge sin cesar, suscitando nuevas conductas sintomáticas y trabando el movimiento madurativo. Estas dos concepciones del síntoma, económica por un lado y genética por el otro, deben complementarse. De hecho, nos remiten al enfoque estructural y al enfoque genético.

Queda por resolver el difícil problema de la ausencia aparente de conducta desviada, en el sentido de la norma estadística. En realidad, todas las encuestas epidemiológicas sistemáticas muestran que la ausencia de todo síntoma en un niño es una eventualidad tanto más rara cuanto más difundidos se hallan las exploraciones clínicas y los tests psicológicos. De hecho, muchos niños crecen sin presentar aparentemente síntoma alguno: evidentemente, no acuden a la consulta. Para

la mayoría, la normalidad sintomática es el reflejo de su salud mental. Pero, para algunos, esta normalidad superficial no es otra cosa que un síntoma adaptativo, la organización en falso-self según Winnicott, la sumisión a las presiones y a las exigencias del medio. Estos niños conformistas, aparentemente adaptados, se revelan incapaces de construir una organización psíquica interna coherente y de elaborar los inevitables conflictos del desarrollo. A título de ejemplo, en las crisis graves de la adolescencia, cuando se cuestionan los fundamentos de la identidad narcisista (depresión grave o episodio psicótico agudo), no es raro encontrar en los antecedentes infantiles de dichos pacientes un aparente «blanco», una especie de normalidad insulsa y sin relieve. De niños, han atravesado todas las situaciones conflictivas sin problema evidente. «Eran amables, buenos, no difíciles; evolucionaban sin problemas.» Ciertamente, estas frases paternas pueden ser defensivas, en un intento de enmascarar o negar antiguas dificultades, pero, en una proporción importante de los casos, parece cierto que el niño se ha desarrollado con uniformidad asintomática, lo cual no tiene por qué confundirse con la salud mental.

B. NORMALIDAD Y ENFOQUE ESTRUCTURAL

Más allá de la evaluación sintomática, es conveniente referirse a la estructura mental. Freud, entre los primeros, ha demostrado, al descubrir el significado inconsciente de los comportamientos mentales, que la conducta del «insensato» está tan cargada de sentido como la del individuo sano. A continuación, basándose en la eficacia del psicoanálisis más que en el significado de la conducta de los pacientes, introdujo una línea divisoria entre los individuos con una organización mental de tipo psicótico (las psiconeurosis narcisistas de Freud) y los individuos con estructura neurótica.

Freud no establece diferencia alguna entre el hombre sano y el hombre neurótico: ambos presentan idéntico conflicto edípico, utilizan el mismo tipo de defensas (represión, desplazamiento, aislamiento, conversión) y han atravesado en la infancia los mismos estadios madurativos. La única diferencia entre el individuo neurótico sano y el individuo neurótico enfermo radica en la intensidad de las pulsiones, del conflicto y de las defensas, intensidad de la cual son testigos los puntos de fijación neuróticos y la relativa rigidez de las defensas. La compulsión de repetición, característica esencial del neurótico enfermo, representa el elemento mórbido más característico. La definición de la normalidad como proceso adaptativo corresponde ampliamente a dicho cuadro, pudiendo definirse la salud como la capacidad para utilizar la gama más extensa posible de mecanismos psíquicos en función de las necesidades.

En el niño, las relaciones existentes entre el complejo de Edipo, como estadio madurativo del desarrollo, y la neurosis, como organiza-

dor patológico, no son precisamente sencillas (v. la discusión, página 352). No obstante, todos los autores están de acuerdo en reconocer que la única diferencia es, de hecho, cuantitativa (función económica del síntoma).

Sumergiéndose en lo más profundo y precoz de la organización del psiquismo infantil, M. Klein ha descrito la fase «esquizoparanoide». En el transcurso de dicha fase los fantasmas y los mecanismos defensivos erigidos contra la angustia resultante de estos fantasmas son análogos (según M. Klein) a los que se observan en los pacientes psicóticos: imagen sádica de devoración y de aniquilamiento en el transcurso de la escena primitiva, escisión, idealización, proyección persecutiva, etc. La angustia inevitable proviene de dichos conflictos arcaicos y en parte se mantiene gracias a los mecanismos de defensa arcaicos; la neurosis infantil no es más que la buena manera de curar estas angustias arcaicas. No hay aquí, todavía, distinción cualitativa fundamental entre el desarrollo normal y el desarrollo patológico tal como se entiende en el campo de los estados psicóticos. La única diferencia es cuantitativa: la intensidad de las pulsiones agresivas puede de hecho provocar una angustia tal que bloquee la evolución madurativa. Los diversos estados patológicos no son tan distintos de los estadios madurativos normales correspondientes al nivel alcanzado en el momento del bloqueo evolutivo. La evaluación de lo patológico reposa sobre el análisis de los factores que interfieren precisamente la buena marcha de la maduración y del despliegue de la neurosis. Respecto a esto, M. Klein subraya la importancia de la inhibición de las tendencias epistemofílicas y de la represión de la vida imaginativa.

Estas breves referencias de Freud y M. Klein son interesantes porque demuestran que no puede trazarse una línea divisoria entre lo normal y lo patológico basándonos únicamente en la estructura mental del niño. La utilización de términos propios de la patología (fase esquizoparanoide, defensa maníaca, posición depresiva) para designar unos estadios normales de la gradación madurativa, necesarios durante el crecimiento del niño, nos muestra hasta qué punto la sola referencia estructural resulta insuficiente.

Conviene interrogarse, ahora, acerca de la noción de estructura mental en psicopatología infantil. Más aún que en el adulto, la definición de «estructura mental» de un niño está llena de vaguedad; esta estructura nunca se muestra con idéntica claridad. En efecto, la delimitación de las conductas patológicas es mucho más incierta, las posibles relaciones entre conductas diversas parecen siempre mucho menos consistentes que en patología adulta. La constante intrincación de los movimientos de progresión y de regresión impide el establecimiento de un contorno más o menos preciso. El funcionamiento psíquico incompleto no permite la referencia a un modelo estable y terminado. El hecho de que existan momentos críticos en el desarrollo explica la existencia de trastornos estructurales prolongados. La dependencia prolongada del entorno puede provocar modifica-

ciones imprevisibles. Todos estos factores, enumerados brevemente, nos explican la frecuente dificultad y probablemente el error que puede cometerse al intentar definir rigurosamente la estructura psíquica del niño.

No obstante, esta reserva admitida en el ámbito teórico plantea problemas en el ámbito clínico: ¿sobre qué bases y criterios vamos a delimitar la patología mental del niño? ¿Cómo comprender e integrar entre sí las diversas conductas patológicas observadas?

Desde este punto de vista, el lugar asignado a los trastornos instrumentales en psicopatología infantil resulta clarificador. Por ejemplo, tenemos el caso del síntoma «dislexia-disortografía» (para la descripción clínica, v. pág. 127).

1. Algunos autores consideran dicho síntoma como el testimonio de una lesión neurofisiológica dentro de una concepción próxima a las teorías lesionales anatomoclínicas de la psiquiatría del siglo XIX. Dicha postura, auténtica petición de principio, es tan indemostrable como irrefutable: la dislexia es el síntoma de la enfermedad «Dislexia», entidad autónoma, caracterizada por una lesión específica.

2. Otros autores entienden la dislexia como el testimonio de un proceso característico de inhibición epistemofílica, reflejo de la persistencia de un conflicto edípico activo y la subsiguiente represión. La dislexia es uno de los síntomas de la neurosis en el niño.

3. Para otros, la dislexia es el resultado de la inmadurez de una función instrumental; no es otra cosa que la prolongación excesiva de una etapa normal que se halla en los inicios de todo aprendizaje de la lectura y de la escritura (sobre todo en el momento del aprendizaje de los «logotemas», con frecuentes asimilaciones, inversiones y contracciones). La dislexia es, pues, un trastorno transitorio del desarrollo, inquietante sólo por sus secuelas (fracaso escolar, rechazo por parte del niño, etc.).

4. Otros, finalmente, creen que la dislexia no es más que la consecuencia de la inadaptación a las exigencias escolares o de la incompetencia del pedagogo frente a las posibilidades del niño. La dislexia-disortografía es testimonio de que la escuela, sus estructuras y su contenido están enfermos.

Fijémonos, pues, a propósito de un comportamiento fácilmente observable, cuán diversas son las tentativas para enmarcarlo en un conjunto conceptual más amplio, refiriéndose a:

1. Marco lesional.
2. Marco estructural.
3. Marco genético.
4. Marco ambiental.

Por otra parte, estos enfoques teóricos no son incompatibles.

Esto explica la dificultad ante cualquier tentativa de clasificación en psicopatología infantil y su carácter siempre insatisfactorio. Sin embargo, algunas entidades descriptivas se dejan entrever con cierta regularidad. Tales agrupaciones semiológicas no deben interpretarse más que como asociaciones de conductas correlacionadas muy regularmente y cuyo aislamiento no se justifica si no es en razón de su frecuencia.

C. NORMALIDAD Y ENFOQUE GENÉTICO. DISARMONÍA E INMADUREZ

El crecimiento y la tendencia a la progresión constituyen el telón de fondo siempre cambiante al cual el psiquismo del niño debe adaptarse. Dicho crecimiento tiene dos vertientes que la escuela americana de psicología del Yo, de Hartmann, ha distinguido separando los *procesos de maduración* y los *procesos de desarrollo*.

■ Los **procesos de maduración** representan el conjunto de factores internos que presiden el crecimiento. Estos factores tienen, en el niño, un peso considerable. Además de los procesos somáticos del crecimiento, están aquellos que Anna Freud llama fuerzas progresivas del desarrollo: el niño busca cómo imitar a su padre y a sus hermanos y hermanas mayores, al maestro o, simplemente, a «los mayores». Quiere poseer sus atributos o sus características; al mismo tiempo, desprecia a los pequeños, por lo menos a aquellos que están justamente por debajo de él.

■ Los **procesos de desarrollo** incluyen el conjunto de las interacciones entre el niño y su medio; los factores externos pueden desempeñar aquí un papel negativo o positivo.

Si bien es evidente el valor heurístico de dicha distinción, en la práctica clínica no es fácil separar el proceso de maduración del proceso de desarrollo, dada su interacción permanente. Hay que abandonar la posición prefijada y científicamente falsa consistente en hacer del crecimiento del niño un proceso programado genéticamente en su totalidad desde el nacimiento. Las investigaciones en psicología han demostrado claramente la importancia de la interacción entre la dotación básica y la aportación ambiental (Karli).

Además de las interacciones constantes con el medio, los procesos de maduración no deben ser considerados procesos de desarrollo regular y armonioso, sin conflictos ni tropiezos, lo cual constituiría de alguna forma un hipotético «desarrollo normal». Tal como subraya Widlöcher, «las fuerzas de resistencia al cambio son muy considerables en el niño. En todo momento está realizando un sistema de equilibrio. La compulsión de repetición opera muy activamente». Los conflictos son parte inherente del desarrollo, tanto si se trata de conflictos exter-

nos, interiorizados o internos, como precisa A. Freud, o bien, como cree H. Nagera (v. pág. 413), de la intrusión en el desarrollo de conflictos de desarrollo o de conflictos neuróticos.

Tal como hemos visto en los párrafos anteriores, la evaluación de la angustia asociada a esos conflictos, los compromisos y síntomas que de ella resultan e incluso la evaluación de la organización estructural sincrónica no son suficientes para distinguir lo normal de lo patológico. La capacidad de progresión que preserva la conducta sintomática y que autoriza la organización estructural, o, por el contrario, su poder de fijación y/o de regresión, solamente pueden apreciarse a través de una perspectiva diacrónica.

La intensidad y el carácter patógeno de estos puntos de fijación y de estas regresiones pueden comportar distorsiones del desarrollo cada vez más importantes. A. Freud propone como criterio de apreciación de lo patológico el estudio de la *disarmonía* entre las líneas de desarrollo. Define varias líneas de desarrollo que representan ejes específicos del crecimiento del niño: línea de desarrollo desde el estado de dependencia hasta la autonomía afectiva y las relaciones de objeto de tipo adulto; línea de desarrollo de la independencia corporal (desde la lactancia materna hasta la alimentación racional o desde la incontinencia hasta el control de esfínteres); línea de desarrollo desde el cuerpo hasta el juguete y desde el juego hasta el trabajo, etc.

Para A. Freud la patología puede nacer de la disarmonía en el nivel de maduración de dichas líneas. Este concepto de disarmonía ha tenido mucho éxito: ha sido utilizado en numerosas interpretaciones psicopatológicas y tiende incluso a convertirse en un nuevo cuadro de referencia sincrónica, lo cual, de hecho, representa una interpretación distorsionada de dicho concepto. No es menos evidente que cada vez se describen con más frecuencia «organizaciones disarmónicas», ya resida la disarmonía en la evolución genética o en la organización cognitiva (sobre este tema v. los comentarios y descripciones clínicas reagrupados en el capítulo 20: *En las fronteras de la nosografía*). Pero incluso desde este enfoque debemos dar prueba de discernimiento al abordar la diferencia entre lo normal y lo patológico. A. Freud misma ha señalado que «la disarmonía entre las líneas de desarrollo constituye solamente un factor patógeno si el desequilibrio es excesivo en el seno de la personalidad». Nunca la mera existencia de un desequilibrio es suficiente para definir lo patológico. La utilización de un amplio número de baterías de tests muestra constantemente que se llega siempre al descubrimiento de una serie cuyo nivel está en discordancia con los otros: «Cuanto más extensa es la batería, más el perfil adopta una línea quebrada con resultados negativos en algunas pruebas» (C. Chiland). El desarrollo armonioso representa más un ideal, una norma utópica, que una realidad clínica. No existe ninguna solución de continuidad entre una disarmonía mínima, manteniéndose un desarrollo satisfactorio dentro de los límites de la normalidad, y una disarmonía más signi-

ficativa, que traba dicho desarrollo y sume al niño en un cuadro patológico dado.

Con frecuencia se utiliza en psicología infantil otra noción que se refiere implícitamente a un modelo ideal o estadístico del desarrollo normal. Se usa tal noción al hablar de conductas clínicas situadas en el límite de lo normal y de lo patológico: se trata de la *inmadurez*.

A partir de la inmadurez, numerosos cuadros clínicos han sido aislados sobre bases etiopatogénicas muy diversas. Los autores que utilizan ese concepto justifican su referencia a un proceso de maduración puramente neurofisiológico en razón de los signos observados en el EEG, agrupados bajo la denominación de «trazado inmaduro o dismaduro»: un trazado globalmente lento para la edad (pero que podría ser fisiológico en niños más jóvenes), con una sensibilidad exagerada a la hiperpnea y con frecuentes signos de «irritación» o con ondas lentas de predominio occipital. La interpretación de un trazado de este tipo hace explícitamente referencia a una norma de frecuencia estadística, referida a la evolución de la electrogénesis cerebral del niño. La cuestión estriba en saber el grado de correlación existente entre las desviaciones electroencefalográficas y la sintomatología descrita bajo el nombre de inmadurez.

En clínica, la inmadurez se relaciona habitualmente con la organización psicomotriz, con la esfera afectiva o la emocional. Partiendo de la inmadurez psicomotriz, Dupré, bajo el nombre de «debilidad motriz», ha individualizado un cuadro clínico y ha construido después una teoría etiopatogénica cuyo último avatar parece ser la noción de *minimal brain dysfunction* (v. págs. 103 y 402). Desde las dispraxias más graves hasta la torpeza gestual, pasando por la inestabilidad, la frontera entre lo normal y lo patológico reposaría sobre una lesión o una disfunción, que se plantea más como una petición de principio que como una realidad clínica.

La inmadurez afectiva o emocional remite a un conjunto de conductas caracterizadas específicamente por la dificultad en controlar las emociones, su intensidad y labilidad, la incapacidad para tolerar las frustraciones, la dependencia afectiva, la necesidad de seguridad, la sugestibilidad, etc.

Reencontramos aquí una serie de rasgos descritos en diversos cuadros patológicos, especialmente la psicopatía y la histeria, tanto en la clínica del adulto como en la del niño. Al igual que en la «debilidad motriz», algunos autores ven aquí la huella de una lesión o de una disfunción.

Dentro de una perspectiva analítica, esta inmadurez afectiva y emocional nos remite a las nociones de tolerancia de la frustración y de capacidad para pasar al acto, las cuales, para A. Freud, constituyen uno de los elementos de evaluación de lo normal y lo patológico, y también a la noción de «fuerza del Yo», utilizada ampliamente por los psicoanalistas de la escuela de Hartmann.

D. NORMALIDAD Y CONTEXTO AMBIENTAL

Winnicott ha dicho muy apropiadamente que un niño pequeño, sin madre, no existe: ambos, madre e hijo, constituyen un todo sobre el cual debe volcarse la evaluación y el esfuerzo terapéutico. Dicha verdad es igualmente válida para el niño mayor y el adolescente. La evaluación de lo normal y lo patológico en el funcionamiento de un niño no debería soslayar el contexto ambiental, paterno, fraternal, escolar, residencial, amistoso y religioso.

Innumerables conductas juzgadas patológicas por el entorno aparecen en realidad ya como signos de una sana protesta, ya como testimonio de la patología del medio. En unas condiciones ambientales patológicas, se dan conductas como el robo (v. pág. 197) y la mentira (v. pág. 194), o comportamientos en apariencia más desorganizados, como el delirio inducido (v. pág. 442).

Los criterios de evaluación aplicados al niño deben tener presente el contexto: una misma conducta puede tener un sentido muy diferente, según se dé en un niño beneficiario de una aportación familiar positiva o en un niño que esté viviendo en medio de una desorganización general, como es el caso de las familias-problema (v. pág. 429).

No obstante, evaluar la influencia de las condiciones externas en el seno de la estructura psicológica del niño no es fácil. La noción de patología reactiva no debe conducirnos a imaginar que un síntoma pueda corresponder total y permanentemente a un simple condicionamiento o a una reacción lineal del tipo estímulo-respuesta. Hay que valorar, además, el grado de interiorización de dicha conducta y su poder patógeno en la organización psíquica actual del niño.

En esta línea se hallan los conceptos de trastorno reactivo (v. pág. 412), así como las nociones de vulnerabilidad y de competencia (v. pág. 417). En consecuencia, querer definir en función del ambiente un niño normal y un niño patológico supone, en parte, definir un ambiente normal o patológico, es decir, una sociedad normal o patológica, lo cual nos remite a las diversas definiciones posibles de normalidad y nos advierte sobre el riesgo de una reflexión cerrada en sí misma, cuando se aborda dicho problema en un plano puramente teórico.

III. Conclusión

En el estudio de las conductas y del equilibrio psicoafectivo de un niño, lo normal y lo patológico no deben ser considerados dos estados, distintos uno del otro, separados rigurosamente por una frontera o un amplio foso. Nada permite pensar que existan dos campos resueltamen-

te heterogéneos, reflejo uno de los procesos psicológicos normales y el otro de la desestructuración o la inorganización patológica. El desarrollo, la maduración del niño, son por sí mismos fuentes de conflictos que, como todo conflicto, pueden suscitar la aparición de síntomas.

Así pues, las áreas respectivas de lo normal y lo patológico se entrelazan en gran medida: un niño puede ser patológicamente normal como puede ser normalmente patológico. Al campo de lo patológicamente normal pueden pertenecer estados tales como la hipermadurez de niños hijos de padres psicóticos (v. pág. 441) o divorciados (v. pág. 446) o el conformismo. A lo normalmente patológico pertenecen las fobias del niño, las conductas de ruptura del adolescente y muchos otros estados.

Razonar dentro de una dicotomía simplista (normal o patológico) no ofrece un gran interés en paidopsiquiatría. Por el contrario, la evaluación del riesgo de morbilidad y del potencial patógeno en la organización psicopatológica actual de un niño deberá tomar en consideración diversos ejes de señalización, referirse a diversos modelos

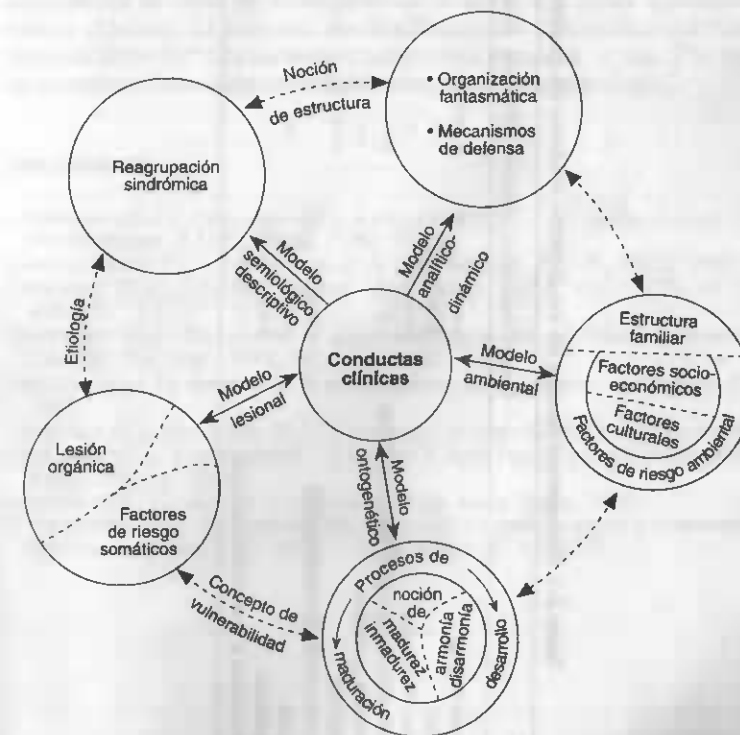


Fig. 2-1. Diversos modelos de comprensión en psicopatología del niño.

Tabla 2-1. Pertenencia relativa de los distintos modelos de comprensión según algunos «cuadros clínicos»

	Modelo descriptivo	Modelo estructural	Modelo ontogénico	Modelo ambiental	Modelo lesional
Neurosis infantil	+++	+++	++	+	
Dislexia	+++	++	++	++	+
Autismo de Kanner	+++	+	++	+	++
Psicosis precoz tipo psicosis simbiótica	+	+++	++	+++	
Disamnesia evolutiva		+	+++	++	
Prepsicosis		+++	++	++	
Trastorno cerebral menor (MBD)	+++		+		+++
Epilepsia	+++	+	++		+++
Mongolismo	+++				+++
Prematuridad y sus consecuencias	++		++	+++	+++

conceptuales. Puede considerarse que estos modelos podrían agruparse en cinco grandes tipos:

1. Modelo semiológico descriptivo.
2. Modelo lesional.
3. Modelo ontogénico.
4. Modelo analítico.
5. Modelo ambiental.

Enfrentado a un niño en su singularidad, el clínico utiliza de forma preferente el o los modelos que le parecen más adecuados para su comprensión. Los «cuadros clínicos» descritos por la nosología tradicional deben entenderse asimismo a la luz de los modelos que les confieren sentido. A título de ejemplo terminamos este capítulo con una figura y una tabla. La figura 2-1, la de los principales ejes de comprensión utilizados en psicopatología infantil. La tabla 2-1 es una tentativa algo esquemática, en un simple intento de introducir una reflexión sobre la adecuación de estos modelos diversos de acuerdo con los «cuadros clínicos» clásicos. La mayoría de clasificaciones nosográficas actuales, como el DSM-IV* o la reciente clasificación francesa (v. pág. 79), tienen en cuenta la dimensión multiaxial esencial en psicopatología.

BIBLIOGRAFÍA

- ANTHONY (E.J.), CHILAND (C.), KOUERNICK (C.): *L'enfant à haut risque psychiatrique*. P.U.F., Paris, 1980, 550 p.
- CANGUILHEM (G.): *Le normal et le pathologique*. P.U.F., Paris, 1966.
- CHILAND (C.): *L'écolier normal*. *Rev. neuro. psych. inf.*, 1978, 26, 9, p. 469-470.
- DIATKINE (R.): *Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant*. *Psy. Enf.*, 1967, 10, 1, p. 1-42.
- FREUD (A.): *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Gallimard, Paris, 1962.
- LEBOVICI (S.), DIATKINE (R.): *Le concept de normalité*. In ANTHONY (E.J.), CHILAND (C.), KOUERNICK (C.): *L'enfant à haut risque psychiatrique*. P.U.F., Paris, 1980, p. 29-43.
- MONOD (J.): *Le hasard et la nécessité*. Le Seuil, Paris, 1970.
- WIDLOCHER (D.): *La question du normal et du pathologique à l'adolescence*. *Rev. neuro. psych. inf.*, 1978, XXVI, 10-11, p. 533-537.

*DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, Barcelona, 1995.

3

Exploración del niño

I. Entrevista clínica

Conducir las entrevistas de investigación con un niño y su familia es algo sumamente difícil, que exige una larga experiencia y que no puede aprenderse en los libros más que de forma parcial. La multiplicidad de las situaciones, el gran número de personas que intervienen cerca del niño, la inevitable y necesaria aparición de lo imprevisto, todos estos datos, en fin, explican las dificultades para codificar las entrevistas iniciales.

Anotar las conductas motivo de preocupación, analizar su exacto significado (con el niño, con los padres, con los hermanos, en la escuela, etc.), valorar su papel en la organización psicopatológica del individuo y en el sistema de interacción del grupo familiar, precisar su nivel en relación con el desarrollo genético y reconocer su sentido en la historia del niño y de sus padres: éste es, resumido brevemente, el trabajo multidimensional que debe llevar a cabo el entrevistador.

En el transcurso de las entrevistas, el fin no estriba únicamente en valorar lo normal o lo patológico de una conducta, sino también en elaborar las posibilidades terapéuticas inmediatas (consultas terapéuticas) o ulteriores. El lector puede remitirse a los capítulos consagrados a la cuestión sobre lo normal y lo patológico (v. pág. 49), a las entrevistas de investigación (v. pág. 515) y a la consulta terapéutica (v. pág. 522). Evidentemente es necesario un conocimiento profundo del desarrollo normal del niño. Aquí sólo hablaremos de los aspectos técnicos de las entrevistas. Dos puntos son especialmente delicados y representan la dimensión más específica de la entrevista en paidopsiquiatría:

1. Relaciones padres-niño-clínico.
2. Modos de comunicación entre el clínico y el niño.

A. RELACIONES PADRES-NIÑO-CLÍNICO

1. El primer encuentro

La forma como se desarrolla la primera entrevista nos proporciona gran cantidad de información: la manera de contactar (teléfono, visita, carta), la persona con quien se toma contacto (la madre o el padre, la asistente social, un pariente cercano, el mismo niño), las motivaciones brevemente enunciadas, expuestas libremente o mantenidas en secreto, etc.

La primera entrevista y el desarrollo de la consulta dependen en parte del clínico y en parte de la familia.

En ocasiones se pregunta al paidopsiquiatra quién debe asistir a esta primera entrevista, pero las más de las veces éste se halla enfrentado a una situación de hecho muy rica en datos:

1. *El niño con la madre* representan la situación corriente de la cual nada debe juzgarse.
2. *El niño con ambos padres* es frecuente en las familias interesadas y motivadas, pero también en las familias en desacuerdo, en las que cada uno pretende vigilar lo que expone el otro.
3. *La madre sola*, quien con frecuencia intenta implicar al clínico en el dominio omnipotente que ella pretende ejercer sobre el universo de su hijo.
4. *El niño, la madre y los hermanos* suponen de antemano problemas de interacción fraterna (ya sea en el psiquismo de la madre o en el de los niños). Se observa también cuando la madre está desbordada por su prole en una inserción social mediocre (sin posibilidad de ayuda o cuidadora).
5. *El niño solo* (o con un tercero: asistente social, hermano mayor, abuelo, vecino, etc.) expresa sufrimiento fruto del abandono o del rechazo familiar más o menos encubierto.
6. *El niño con el padre* traduce con frecuencia la discordia familiar, divorcio o situación anómala (muerte de la madre, trabajo del padre en casa, etc.).

Habida cuenta de estas diversas modalidades, intentaremos atenernos a las reglas indicadas más abajo.

Con el niño pequeño y con el de mediana edad (hasta 11-12 años), el desarrollo deseable debiera ser el siguiente:

1. Los padres (uno de ellos o ambos) se expresan en presencia del niño.

2. Vemos al niño solo.
3. La familia se reagrupa de nuevo.

Debe disponerse de 90 a 120 minutos para esta primera consulta. La técnica de la entrevista con uno o ambos padres debe alternar la libre conversación de éstos con las preguntas sobre puntos específicos. El «interrogatorio» permite rellenar el esquema de los síntomas, pero agota completamente el proceso de la consulta. La libre expresión de los padres muestra al desnudo los modos de comunicación, las defensas y construcciones defensivas, ciertos fantasmas familiares, pero puede manifestarse con una violencia negativa dejando zonas oscuras, prejuizgables.

El profesional debe estar atento a los distintos niveles de comunicación y de intercambio familiar:

1. Nivel infraverbal: cómo se sitúan las personas en el espacio, con quién va el niño, cómo se reparten la palabra, gesto y mímica de los participantes.
2. Nivel verbal: calidad formal y articulatoria del discurso, contenido patente, ruptura de estilo o de lógica.

Habitualmente el niño se calla mientras los padres cuentan la historia del síntoma. Después evocan la historia del niño y hablan del niño real, pero también del niño imaginario. No es raro que el niño intervenga en el transcurso de la conversación, a fin de corregir un comentario, para llamar la atención sobre él más o menos exclusivamente o para decir que quiere marcharse. La forma como se introduce en el diálogo padres-clínico es siempre interesante y debe ser observada atentamente.

2. Entrevistas posteriores

En general se precisan tres o cuatro entrevistas de investigación. Si bien la fórmula de la primera depende de la iniciativa familiar, compete al profesional la previsión de los sucesivos reencuentros. La facilidad o dificultad para reunir a los diversos miembros de la familia es un índice de su funcionamiento (sobre todo la asistencia del padre a la consulta) y del grado de motivación.

Un punto clave lo constituye la entrevista con los padres sin la presencia del niño. De forma general, el niño debe estar prevenido acerca del carácter confidencial de sus conversaciones con el profesional. Más o menos podemos decirle: «De esto que hemos hablado o hecho juntos no hablaré con tus padres, pero tú haz lo que quieras, les hablas de ello o no les digas nada».

Cuando el profesional ha sido informado incidentalmente por el niño de un elemento que no había sido evocado por los padres (tanto si se trata de un olvido como de un secreto), es preferible solicitar su

autorización o, cuando menos, informarle sobre la necesidad de hablar con ellos sobre ese tema.

El encuentro con los padres sin la presencia del niño no es siempre necesario. Si es posible, es preferible evitarlo. No obstante, hay que ver a los padres solos:

1. Cuando éstos lo solicitan explícitamente.
2. Cuando el niño parece ser causa de litigio en el conflicto entre la pareja.
3. Cuando aparenta ser el síntoma de una patología paterna importante.

El niño debe ser avisado de dicha entrevista. Siempre que sea posible la entrevista con los padres debe desarrollarse como tal y debiera tener lugar sin que el niño acuda a la consulta (la paciencia del niño solo en la sala de espera tiene siempre un límite).

En el transcurso de las entrevistas de investigación, pueden ser abordados los diversos apartados cuyo conocimiento nos resulta indispensable: historia del niño, antecedentes personales, médicos, psicoafectivos y sociales; sus relaciones con los padres, con los hermanos, en la escuela y con los niños de su edad, sus intereses y juegos, la historia de la familia y la de los padres, la historia de los síntomas, las soluciones emprendidas y las exploraciones efectuadas, etc.

B. MODO DE COMUNICACIÓN ENTRE EL NIÑO Y EL CLÍNICO

Llegar a establecer una auténtica comunicación, que repose sobre un positivo intercambio afectivo y no únicamente sobre una reserva defensiva, constituye el objetivo de las entrevistas y posee en sí mismo una dimensión terapéutica (v. «La consulta terapéutica», pág. 523). El arte del clínico consistirá en ofrecer al niño un contexto y una atmósfera tales que permitan establecer la comunicación. Es preciso conocer la forma habitual de comunicación del niño con los adultos, conocimiento que no se adquiere más que a través de repetidos contactos con niños de todas las edades. Muy esquemáticamente, los principales modos de comunicación son los siguientes:

■ **Juego:** juego de trenes o pequeños autos, juego con muñecas, comiditas, etc., en el transcurso de los cuales el niño escenifica sus imaginaciones, domina su angustia y se identifica con las personas de su entorno (v. cap. 11, «Psicopatología del juego», pág. 205). Durante el juego, el niño se mueve y ocupa el espacio: el clínico, en este momento, puede evaluar la calidad de la motricidad valorando la imagen dinámica del cuerpo. En caso de manifestarse una torpeza motora, cierta inestabilidad o distonías, estará justificado realizar una exploración psicomotora (v. págs. 104-105).

■ **Diálogo imaginario:** el prototipo lo constituye el juego con marionetas, pero también la historia inventada (tipo: «tú inventas un buen sueño», o «tú inventas un mal sueño») o juegos de rol como «jugar a escuelas» («tú eres el alumno, yo soy la profesora»), propuesta esta que con frecuencia nos hace la niña.

■ **Dibujo:** técnica especialmente utilizada en Francia. Aconsejamos la lectura de las obras de Widlöcher o de Debienne. Con frecuencia el niño dibuja espontánea y voluntariamente. Después de un primer dibujo espontáneo puede ser útil, si el dibujo es en exceso convencional o defensivo (una casa, un ramo de flores), proponer un tema para un segundo dibujo (un muñeco, una familia...). Algunos niños fácilmente se inhiben ante la hoja en blanco; entonces puede sugerirse un tema inicial o bien esbozar una forma, de acuerdo con la técnica de Siquigle propuesta por Winnicott (v. pág. 524).

■ **Diálogo tradicional cara a cara.**

La utilización de estos distintos modos de comunicación depende en parte de la habilidad del profesional para manejar una u otra técnica, también de la psicopatología del niño y mucho de su nivel de desarrollo. La tabla 3-1 da las edades aproximadas a las que corresponden las diversas técnicas. Es evidente que dichos límites fluctúan de un niño a otro, habida cuenta de su patología específica (la deficiencia o la psicosis reducen en gran manera las posibilidades de comunicación). Finalmente, pueden ser utilizadas algunas técnicas específicas: pasta para modelar, juegos con agua, arena o tierra, etc.).

El lenguaje del clínico debe ser accesible al niño, teniendo en cuenta su edad y el nivel de desarrollo alcanzado. Antes de los 5-6 años, las preguntas planteadas directamente ejercen con frecuencia una acción inhibidora. Las frases deben ser cortas, las palabras simples, repetidas a menudo; esto es tanto más importante cuanto más pequeño sea el niño (v. sobre este punto, la actitud del terapeuta en las psicoterapias con la madre y el niño). El profesional debe atender también a las otras formas de comunicación infraverbal (comunicación analógica

Tabla 3-1. Cronología de los principales modos de comunicación con el niño. En situación de información

	Hasta los 3 años	3 a 7 años	7 a 11 años	11 a 13 años	Más de 13 años
Juegos	+++	++	+	-	-
Diálogos imaginarios	++	+++	+	-	-
Dibujos	+	++	+++	-	-
Diálogos tipo adulto	-	-	+	++	+++

en particular: v. pág. 18), a las cuales los niños son particularmente sensibles: tono de voz, actitud gestual, etc.

II. Exploraciones complementarias

En algunos casos, las entrevistas de investigación deben ser completadas mediante nuevas exploraciones, encaminadas unas a observar sectores específicos del funcionamiento psíquico y otras a observar ciertos elementos somáticos. Las observaciones psicológicas que se llevan a cabo comprenden, por un lado, diversos tests psicológicos, y por otro, la valoración de las grandes funciones instrumentales (situación del lenguaje, situación psicomotriz) o de las adquisiciones escolares. Hablaremos aquí únicamente de los tests psicológicos de personalidad, puesto que el resto de las exploraciones se estudian en el capítulo dedicado a las funciones instrumentales correspondientes.

Las exploraciones somáticas comprenden, ante todo, la exploración física del niño. Declarar en nuestros días que la exploración somática es indispensable es una frase sin sentido: salvo excepciones (en casos de hospitalización, por ejemplo) no es ni deseable ni posible explorar a un niño en el plano somático al tiempo que se intenta captar el significado consciente o inconsciente de las conductas que nos muestran. En caso de duda, si es necesaria una tal exploración, es importante que el paidopsiquiatra pueda confiar totalmente en ella y esté, por tanto, relacionado con un pediatra y un neurólogo con los cuales colabore.

Las exploraciones somáticas complementarias están constituidas esencialmente por el electroencefalograma, la tomografía cerebral y las exploraciones auditivas. Otros exámenes no serán solicitados, salvo en el caso de que existan signos orientativos y de acuerdo con el internista. No vamos a detallar aquí el electroencefalograma o técnica de registro de la electrogénesis cerebral; rogamos al lector que se remita a artículos especializados, así como al capítulo dedicado a la epilepsia. Dado su interés, diremos algunas palabras sobre la tomografía y las exploraciones auditivas.

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC: ESCÁNER) RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

■ **Principio:** en el curso de los últimos años, estos dos métodos neuroradiológicos han modificado profundamente la exploración del sis-

tema nervioso central dado que son exploraciones que no entrañan ningún riesgo y gracias a los interesantes resultados obtenidos. La rápida evolución de los aparatos contribuye a que los exámenes sean cada vez más rápidos y los cortes explorados, más finos. No obstante, el elevado costo de estas exploraciones sigue constituyendo un factor limitante. «La tomografía computarizada por reconstrucción de las imágenes consiste en analizar cuantitativamente el coeficiente de atenuación de los rayos X y reconstruir la topografía anatómica de dichas densidades» (TC) (Touitou). La resonancia magnética nuclear (RM) proporciona imágenes de múltiples cortes en prácticamente cualquier plano e incluso imágenes tridimensionales. En la actualidad, se consigue una variación de los cortes de 1-10 mm de espesor.

■ **Aplicación práctica:** es conveniente solicitar una tomografía ante todo cuadro que evoque la posible implicación del sistema nervioso. Es especialmente interesante dicho examen en los casos con tumor cerebral y en determinadas encefalopatías degenerativas o inflamatorias (enfermedad de Schilder). La RM parece especialmente indicada en los procesos degenerativos, vasculares (hemorrágicos, isquémicos) y postraumáticos. Esta técnica permite asimismo una mejor exploración del eje cervicoccipital y de la médula cervical.

■ En el ámbito de la investigación se están utilizando sistemáticamente estas exploraciones con TC y RM para el estudio de algunas enfermedades (v. Autismo infantil, pág. 315).

TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN DE LA AUDICIÓN

La detección de un déficit auditivo, incluso parcial, debe ser tan precoz como sea posible, dada la incidencia que dicho déficit sensorial tiene en la comunicación humana, particularmente en el lenguaje (v. Sordera, pág. 252). Se puede distinguir entre la audiometría subjetiva y la audiometría objetiva.

1. Audiometría subjetiva

Permite una evaluación más exacta de los niveles auditivos; su importancia es fundamental. No obstante, precisa de la cooperación y participación activa del niño, ya sea ésta consciente o inconsciente (técnica de condicionamiento). Las dificultades psicológicas del niño implican un obstáculo para su utilización. La respuesta positiva es siempre cierta pero, en cambio, la respuesta negativa no debe interpretarse necesariamente como un defecto de audición (rechazo o imposibilidad de cooperar).

Antes del año se trata principalmente de la **reacción de sorpresa**: reacción motriz, reacción de paro, reflejo coccleopalpebral y modifica-

ción de la mímica. Es sólo una detección aproximativa que debe completarse.

De 1 a 3 años, el *reflejo de orientación condicionado* (ROC) permite trazar una curva audiométrica muy fiable. Se hace en campo libre y únicamente puede trazarse la curva del oído en mejor estado. Se trata de una reacción de condicionamiento: el niño gira la cabeza hacia uno de los estímulos sonoros acoplados a un pequeño teatro que se ilumina.

La cooperación del niño y su capacidad de contacto pueden, por sí solos, hacer que la exploración sea fiable.

A partir de los 2 1/2-3 años el *método del Peep Show* permite, gracias a la utilización de auriculares, el estudio de cada oído. Es un método muy seguro cuando el condicionamiento es posible. Después de cada emisión sonora, el niño aprieta un botón, y ello le proporciona una recompensa (ve pasar un pequeño tren). La participación activa del niño refuerza el condicionamiento.

2. Audiometría objetiva

El éxito de la misma, sobre todo en el niño, se debe al hecho de que no precisa de la colaboración del sujeto. Distinguiremos entre la impedanciometría y los métodos electrofisiológicos.

■ **Impedanciometría:** permite el estudio del funcionamiento del oído medio: en caso de lesión, la energía acústica no es absorbida, sino, por el contrario, reflejada. La impedanciometría mide la intensidad de la energía reflejada, según las frecuencias.

Asimismo se estudia el *reflejo estapedial*: contracción refleja bilateral del músculo del estribo cuando tiene lugar la percepción de una señal acústica, lo cual es signo de que el sujeto ha percibido la estimulación.

■ **Métodos electrofisiológicos,** que registran los fenómenos eléctricos inducidos mediante una estimulación sonora sobre el trayecto de las vías auditivas. El potencial de acción del nervio puede captarse en todos los niveles.

Electroencefalografía: registro a nivel de la cóclea. Precisa de anestesia general. En el niño, la fiabilidad del método es absoluta, pero únicamente se obtiene respuesta en las frecuencias agudas, sin que pueda prejugarse qué es lo que está o no conservado en las frecuencias graves.

Potencial evocado del tronco cerebral o potencial evocado auditivo cortical: registro de la onda eléctrica con una latencia que está en función de la intensidad y de la frecuencia del sonido. El registro positivo es fiable, pero la ausencia de registro no implica necesariamente ausencia o defecto de audición, especialmente cuando existen otras perturbaciones en el electroencefalograma.

Limitaciones del método electrofisiológico: no es posible antes de un año de edad; imposible en casos de agitación (se precisa un casco); no se puede interpretar en caso de anomalías en el electroencefalograma.

TESTS PSICOLÓGICOS

Se llama test a una prueba estandarizada y a ser posible contrastada que permite comparar los resultados conseguidos por un niño con los obtenidos por un grupo control de niños. Los primeros tests fueron los de inteligencia (Binet-Simon). Después, se dividieron los tests en dos grandes grupos: tests de nivel y tests de personalidad.

■ **Tests de nivel:** miden el éxito o el fracaso frente a una serie de tareas estandarizadas. Tienen como objetivo la medida de la inteligencia; los resultados se expresan en cocientes de desarrollo (CD) o en cocientes intelectuales (CI). Dichos tests han sido estudiados en el capítulo «Psicopatología de las funciones cognitivas» (v. pág. 166).

■ **Tests de personalidad:** tienen como objetivo el estudio de los componentes afectivos de la personalidad. Se basan en el establecimiento de una situación lo más estandarizada posible a fin de permitir comparaciones, pero los resultados no se pueden expresar cuantitativamente. Los tests de personalidad no conducen a la definición de una puntuación. Por el contrario, permiten la evaluación cualitativa de los procesos psíquicos que concurren en la organización de la personalidad. De hecho, todas las respuestas emitidas en los tests de personalidad son válidas y significativas, contrariamente a lo que sucede en los tests de nivel (donde existe siempre una respuesta correcta o incorrecta).

Entre los tests de personalidad distinguiremos los cuestionarios y los tests proyectivos.

Cuestionarios

Confeccionados sobre el modelo MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*), que no puede ser utilizado antes de los 17-18 años. Dichos tests en realidad son poco aplicados a los niños dadas sus condiciones materiales (muy largos de administrar, planteamiento fastidioso para el niño, etc.).

Tests proyectivos

Su utilización en psiquiatría infantil ha tenido mucho éxito. Todos ellos se basan en el concepto de proyección, articulado a su vez a la noción de percepción. No hay percepción neutra; toda percepción reposa sobre un trabajo de interpretación que está en función de la problemática interna del sujeto. La característica de los tests proyectivos

estriba en proponer un estímulo perceptivo, suficientemente ambiguo, a fin de que en la percepción el sujeto «proyecte» al máximo su propia problemática. A fin de que dicha proyección opere sin trabas y el test pueda considerarse válido, es necesario ante todo que la situación de examen sea favorable.

Marco de la administración: aún más que en los otros tipos de test, el contexto de la entrevista, la personalidad del psicólogo y la naturaleza de la relación tienen un papel primordial. La situación del test proyectivo supone parcialmente una paradoja: el examinador debe ser lo más neutro posible a fin de no influir en la naturaleza de las percepciones y de la proyección del paciente; pero a la vez, el examinador debe favorecer la expresión de las experiencias más íntimas del mismo.

En el niño la situación de investigación mediante test está muy lejos de ser neutra; puede vivirse como un control, una especie de examen, una intrusión intolerable, un intercambio lúdico o una posibilidad de expresión... Podemos observar diversas actitudes de un niño a otro o incluso en un mismo niño en distintos momentos. El papel del psicólogo estriba precisamente en ofrecer un marco en el cual el niño desarrolle el mínimo estado de inquietud, de reserva, de refuerzo de sus defensas. Sólo una larga práctica con estos tests y con niños de edades diferentes y de patología distinta permitirá al psicólogo encontrar, gracias a su experiencia y empatía, la actitud adecuada, a medio camino entre la solicitud excesiva y la fría neutralidad.

Test de Rorschach

Se aplica al niño desde 1925 (Löpfle); es uno de los tests más utilizados, sin otro límite de edad que las posibilidades de expresión verbal. Se compone de 10 láminas, 5 negras, 2 negras y rojas y 3 policromas, compuestas por manchas no representativas con una simetría axial.

El recuento de las respuestas y su análisis e interpretación se lleva a cabo mediante una clave codificada según la evolución genética del niño (Dinoretzki, Beizmann). La actual técnica de interpretación utiliza ampliamente las concepciones psicoanalíticas (proceso primario/proceso secundario; nivel de organización libidinal, naturaleza de los procesos defensivos del Yo, etc.), además de los criterios habituales sobre los diversos modos de aprehensión.

Rapaport y Schafer, entre otros, en Estados Unidos, N. Rausch de Traubenbergy y M. F. Boizou en Francia han contribuido en gran manera a dichos trabajos. El lector interesado en este tema puede leer el notable libro de N. Rausch y M. F. Boizou: *Le Rorschach en clinique infantile*.

En la **interpretación** debe tenerse en cuenta la información procedente de varios niveles. En primer lugar, es necesario considerar el

aspecto formal de las respuestas y sus contenidos, con independencia de la interpretación del problema del niño, estudiando sucesivamente:

1. Modos de aprehensión.
2. Modos de expresión.
3. Contenido de las respuestas.

Una vez estos niveles han sido registrados, la interpretación nos conduce de inmediato a diversos ejes interpretativos:

1. Eje del desarrollo libidinal (plano oral, anal y genital).
2. Eje de los procesos defensivos (naturaleza de la angustia, tipo de defensa utilizado).
3. Eje de las representaciones de sí mismo y de las imágenes paternas.

La transcripción de Rorschach implica de hecho dos tipos de resultados.

■ **Primer nivel**, concerniente al conjunto de los resultados referidos a los modos de aprehensión, al aspecto formal de las respuestas y a sus contenidos inmediatos. Dichos resultados pueden reagruparse en el *psicograma* donde aparecen los rasgos más significativos del protocolo: porcentaje de respuestas globales en relación con los detalles; importancia de los detalles blancos; calidad de los determinantes formales; frecuencia de las respuestas cinestésicas y de las de color, que permitan definir los tipos de resonancia íntima: extratensivo, introversivo, ambiguo o coartado; número de respuestas totales por lámina; número de banalidades; número de respuestas «humanas» o «animales», etc. Este *psicograma* permite establecer algunos perfiles de personalidad, valorar en el niño el nivel de desarrollo genético y obtener una primera evaluación de su modo de aprehensión de la realidad.

■ **Segundo nivel**, concerniente al estudio de la naturaleza de los procesos psíquicos que permiten la articulación entre el nivel perceptivo y el imaginativo. Es un auténtico trabajo de análisis psicopatológico cuyo objeto no consiste en definir un tipo de personalidad ni dar un diagnóstico psiquiátrico, sino en intentar percibir en qué forma el niño articula lo real que se le propone y lo imaginado por él. ¿Cómo se opera el vaivén entre lo real y lo imaginario? ¿Qué tipo de problemática o de «fantasmática» permite percibir? ¿Qué operaciones defensivas, fluidas o invasivas, utiliza?

Tests temáticos

Hay muchos tests llamados temáticos.

■ **TAT** (*Thematic Aperception Test* de Murray): compuesto por 30 láminas que representan una escena con personajes en situación ambigua (una persona que parece mirar por la ventana, un niño sentado delante de un violín...); cuadros sin personaje o con sombras vagas. La última lámina es blanca. Frente a cada lámina el paciente debe contar una historia inventada de acuerdo con lo que el material le sugiere. Dicho test puede aplicarse a partir de los 11-12 años.

■ **CAT** (*Children Aperception Test* de Bellack): los personajes humanos han sido reemplazados por animales por tratarse de un test destinado a niños pequeños.

■ **Test Patte Noire** (L. Corman). Serie de dibujos en los que hay un cerdito con una pata negra en situaciones que exploran los diversos conflictos del mundo infantil, centrados alrededor de las imágenes paternas y de los hermanos: oralidad, analidad, rivalidad fraternal, punición, abandono, etc.

■ Se puede citar también el **test de Rosenzweig** (evalúa la tolerancia a la frustración), el test de frases a completar de Bonnet Stein y las fábulas de Düss.

La **interpretación** de estos tests, en particular del TAT, el CAT y el *Patte Noire*, está menos rigurosamente codificada que la interpretación del Rorschach. No obstante, podemos hallar también los dos niveles señalados:

■ **Nivel de evaluación de la calidad formal de las respuestas:** estructura del recitado, calidad y riqueza de la frase.

■ **Nivel proyectivo:** en líneas generales el paciente tiende a identificarse con el «héroe» principal que la imagen sugiere. El análisis de estos procesos de identificación (o de no identificación, por evitación o rechazo) permite la aproximación a la organización dinámica de la personalidad.

Otras situaciones de tests proyectivos

Son muy numerosas. No tan bien codificadas, en general, como los tests precedentes. A título de ejemplo, podemos citar:

■ **Test del pueblo (aldea)** (Monod): consiste en un material que presenta diversas casas y edificios, con el que se debe construir un pueblo. Existen unas tablas de interpretación bastante rigurosas.

■ **Sceno test** (G. Von Staabs): tiene especial interés puesto que se halla en la confluencia entre una situación de evaluación, la entrevista

clínica y el enfoque terapéutico. Se trata de un cofre que contiene un gran número de juegos, animales, personajes humanos adultos, niños y bebés, pequeños objetos caseros, etc., mediante los cuales se invita al niño a construir un decorado o a inventar una historia. La estandarización del material, el significado simbólico muy preciso y el gran abanico de posibilidades que se ofrece permiten a la vez establecer comparaciones entre uno y otro niño, así como la interpretación de las principales tendencias proyectivas del mismo, junto con el establecimiento de un contacto infraverbal con el niño pequeño o especialmente inhibido en la utilización del lenguaje.

Este test es muy útil en situación clínica con niños de 2 a 6 años.

■ **Tests del muñeco, de la familia real o imaginaria y del árbol:** su interés radica en que precisan de un material muy reducido (una hoja y un lápiz, de ahí el nombre de tests «lápiz y papel» que se les da en ocasiones). Son variantes más o menos codificadas del dibujo infantil, en las cuales intervienen a la vez las capacidades practognósticas del niño (de ahí la posibilidad de evaluar su nivel de realización) y la dimensión proyectiva.

III. Escalas de evaluación y sistemas de clasificación

Escalas de evaluación

Como lo observado en la psiquiatría del adulto, en psiquiatría infantil tienden a utilizarse de forma creciente escalas de evaluación con los mismos objetivos:

1. Facilitar la comunicación entre los distintos grupos de investigación.
2. Apoyo de las investigaciones, en especial en el área epidemiológica.
3. Permitir una evaluación más rigurosa de las diversas acciones terapéuticas llevadas a cabo.

Las escalas de evaluación, diferentes de las pruebas psicológicas (prueba de nivel o prueba de personalidad) y de las clasificaciones diagnósticas, están representadas por cuestionarios, listas de síntomas, inventarios y escalas de valoración o evaluación. Estas escalas son de dos tipos: a) de autoevaluación (únicamente a partir de una determinada edad ya que exige la cooperación del niño), y b) de observa-

ción externa (de un profesional: médico, enfermera, o no profesional: padre, familiar del paciente, maestro, etc.).

El mayor problema metodológico de estas escalas es sin ninguna duda la definición de la **validez** (¿cuál es el parámetro medido efectivamente?), de la **consistencia** (constancia de los resultados en un mismo paciente en diversos momentos de tiempo o entre observadores) y de la **sensibilidad** (capacidad de discriminación entre pacientes).

Dado el elevado número de escalas, la creación reciente de otras o la escasa actualidad de muchas de las mismas y la ausencia de un consenso general, sólo se mencionarán algunos ejemplos. El objetivo de las escalas denominadas «globales» es estandarizar las condiciones de la entrevista psiquiátrica y la recogida sistemática de datos; pueden constituir un preámbulo de la clasificación diagnóstica del paciente. Por el contrario, otras escalas exploran determinados sectores de la patología. A continuación, se describirán las siguientes escalas de evaluación:

1. Escalas de depresión del niño y el adolescente: ejemplo, escala de Birlason; inventario de depresión del niño (*Children's Depression Inventory, CDI*); escala de valoración de la depresión infantil (*Children's Depression Rating Scale, CDRS*).

2. Alteraciones deficitarias de la atención: escala de valoración del maestro de Conners (*Teacher Rating Scale, TRS*); escala de valoración de los padres de Conners (*Parent Rating Scale, CPRS*).

3. Escalas del lactante y niño pequeño (escala de Brunet-Lézine, escala de Brazelton).

4. Escala del autismo infantil precoz (escala-cuestionario de Rimland, escala de Rutter, escala de Freeman, escala de Schopler, escala de Kuvig, escala de Lelord y cols etc.). Las escalas de evaluación en este ámbito, debido a las múltiples investigaciones realizadas, ocupan un lugar especialmente destacado (v. pág. 302).

Clasificaciones diagnósticas

Las clasificaciones diagnósticas, caracterizadas por la misma preocupación por el rigor metodológico y la necesaria adaptación de los lenguajes, no sólo entre grupos de investigación sino también entre comunidades científicas de diferentes países, son cada vez más numerosas. Después de las clasificaciones empíricas de la década de los sesenta, han aparecido clasificaciones que incluyen criterios de validez, acompañados o no de glosarios (criterios negativos de exclusión). Como se ha mencionado previamente en el caso de las escalas de evaluación, es esencial la fiabilidad, es decir, la correlación entre investigadores de las respuestas para el mismo tipo de paciente. Además de los problemas comunes de cualquier sistema de clasificación en psiquiatría, en el área concreta de la psiquiatría infantil existen dificultades suplementarias relacionadas con:

1. Semiología no constante, inmediatamente perceptible o directamente sugerida por el propio paciente (en numerosos casos el primer signo de sospecha será un problema mencionado por padres o educadores).

2. Importante dependencia del entorno, en especial de la familia.

3. Una semiología que simultáneamente cambia de expresión y significado debido a la evolución que depende del crecimiento.

No obstante, las clasificaciones diagnósticas tienen tendencia a convertirse en un instrumento indispensable en áreas como la investigación o evaluación terapéutica. Con el objetivo de considerar los diversos ejes de la comprensión, pertinentes en psiquiatría infantil (v. el cap. «Lo normal y lo patológico»), la mayor parte de clasificaciones son multiaxiales, incluyendo de dos a cinco ejes (CIE-9, Reino Unido). Entre las clasificaciones más utilizadas, cabe citar el DSM-III (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, tercera edición), la CIE-9 (Clasificación internacional de las enfermedades, novena edición), la reciente clasificación francesa de Mises y cols. Se están elaborando nuevas revisiones del DSM y la CIE. No describiremos con detalle estas clasificaciones que, sin duda, revisan la semiología y nosografía descritas a lo largo de esta obra. El lector interesado podrá encontrar en manuales específicos o en algunos números de revistas especializadas los detalles de los diversos ejes y puntuaciones de estas clasificaciones (v. Bibliografía).

La utilización de estas escalas y clasificaciones es motivo de controversia. Sin entrar en dicha discusión, es necesario destacar que dichas escalas parecen ser cada vez más necesarias en el ámbito de la investigación, epidemiología y evaluación. Sin embargo, por su propio diseño, estas escalas de clasificación tienen tendencia a poner de manifiesto la parte más evidente de la conducta en detrimento de aspectos más estructurales (organización de la personalidad, dinámica individual y familiar, etc.). Por esta razón, su interés parece más limitado en los casos individuales a los que se enfrenta el clínico. Sin embargo, estas escalas representan un instrumento que desarrolla un rigor que constituye un apoyo de la reflexión y dilucidación de la orientación diagnóstica en psiquiatría infantil.

BIBLIOGRAFÍA

- ANZIEU (D.): *Les méthodes projectives*. P.U.F., Paris, 5ª ed., 1976.
ARPOUILLOUX (J.C.): *L'entretien avec l'enfant*. Privat, Toulouse, 1975.
BEIZMANN (C.): *Le Rorschach de l'enfant à l'adulte*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 2ª ed., 1974.
CONSTANT (J.), COMITI (F.), AMOUR (J.-P.): *La consultation médicale en psychiatrie infanto-juvenile*. Doin ed. Paris, 1983, 1 vol.
CORMAN (L.): *Le test de Patte Noire*. P.U.F., Paris, 1966.

- CORMAN (L.), MARCHAL (J.): Le test P.F. de Rosenzweig pratiqué selon la méthode des préférences identifications. *Neuropsych. de l'enf. et ado.*, 1979, 27 (12), p. 529-536.
- COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, Magnetic resonance imaging of the central nervous system, *JAMA*, 1988, 259, 1211-1222.
- DUGAS (M), LE HEUZEY (M.-F.): *Nosologie et système du recueil des données en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, *Psych. Enf.* 1988, 31, 1, 5-48.
- DSM III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction de l'anglais sous la direction de J. D. GUELF. American Psychiatric Association, 1989, 656 pages.
- MISES (R.) et Coll., *Classification Française des troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent*, *Psych. Enf.* 1988, 31, 1, 67-134.
- MOATTI (L.): Les investigations audiológicas chez l'enfant. *Perspectives psychiatriques*, 1975, 52, p. 189-194.
- MOOR (L.): Tests psychologiques d'intelligence et d'affectivité. *Pédiatrie*, 4101 G 75, E.M.C., Paris, 1971.
- Numéro spécial : évaluations cliniques en pédo-psychiatrie, *Neuropsych. Enf.* 1986, 34, 2-3.
- RAUSCH de TRAUBENBERG (N.), BOIZOU (M.F.): *Le Rorschach en clinique infantile*. Dunod, Paris, 1977.
- SHENTOUB (V.): Conflits et structure dans le T.A.T. chez l'enfant. *Rev. neuropsych. inf.*, 1963, 11 (5-6), p. 305-310.
- SHENTOUB (V.): A propos du normal et du pathologique dans le T.A.T. *Psychologie française*, 1973, 18 (4), p. 251-259.
- TOUITOU (D.): Tomodensitométrie en neuroradiologie infantile. *Pédiatrie*, 4090 B 06, E.M.C., Paris, 1978.
- VON STAABS (G.): *Le Scéno test*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1973.
- WIDLOCHER (D.): *L'interprétation des dessins de l'enfant*. Dessart, Bruxelles, 1965.
- ZAZZO (R.) et coll. Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel 3^e éd., 1969.

Parte II

ESTUDIO PSICOPATOLÓGICO DE LAS CONDUCTAS

4

Psicopatología de las conductas de adormecimiento y sueño

I. Generalidades

La clínica de los trastornos del sueño en el niño es muy variada en todas las edades. No obstante, hay que señalar la extrema importancia de las perturbaciones precoces. Como en toda conducta perturbada, la significación del trastorno del sueño no es unívoca: depende de la naturaleza misma de tal trastorno, de su intensidad, de los signos asociados, de la edad del niño y de su evolución. En los últimos años se ha atendido de forma especial a los trastornos graves del sueño de los bebés. Su presencia indica, a menudo, una profunda perturbación en los primeros rudimentos de la organización de la personalidad.

Después de la introducción y amplia utilización de los registros electroencefalográficos, el estudio de los trastornos del sueño ha sido totalmente renovado. Es éste un campo privilegiado de fructuosa confrontación entre investigadores procedentes de disciplinas distintas, tradicionalmente divergentes.

A. EL SUEÑO: ASPECTO ELECTROFISIOLÓGICO

La llegada de la electroencefalografía ha transformado profundamente los viejos conocimientos sobre el sueño infantil, reducidos hasta entonces a una vaga estimación cuantitativa. El registro prolongado del EEG nocturno ha puesto en evidencia la similitud morfológica de los diversos estadios del sueño observados en el adulto o en el niño, y también las diferencias existentes en el reparto cuantitativo de dichos estadios.

Es un hecho conocido que las características del sueño evolucionan muy rápidamente a partir de los primeros meses de vida. Recor-

demos brevemente las principales fases del sueño descritas a partir de los registros eléctricos. El sueño se divide en dos grandes fases:

■ **Fase de sueño paradójico (SP);** es paradójica puesto que el EEG es parecido a un EEG en estado de vigilia, mientras que el umbral de estimulación del despertar es muy elevado. Se la llama también fase de movimiento ocular (FMO, rapid eye movement, REM), o también fase de sueño rápido. En ella se constata:

1. Actividad eléctrica rápida, poco diferenciada de la que existe en estado de vigilia.
2. Existencia de movimientos oculares rápidos.
3. Relajación del tono muscular en el adulto, o en el niño, a partir de los 2 años, mientras que en el recién nacido se aprecia la existencia de pequeños movimientos de las extremidades o de la cara, a veces del eje corporal, así como inhibición de la actividad tónica de la barbilla.

■ **Fase de sueño tranquilo o lento,** desprovista de actividad motriz, con ondas lentas en el EEG. Dicha fase se subdivide a su vez en estadios I, II, III y IV, según el ritmo y la amplitud de las ondas eléctricas, yendo desde el sueño ligero (estadio I) al sueño profundo (estadio IV).

En el transcurso del sueño se observa la alternancia periódica de estas fases: el SP sucede habitualmente a una fase de sueño lento y profundo. El significado de ambos tipos de sueño será también diferente. El sueño lento va acompañado de reparación energética o de síntesis proteica (en el transcurso del sueño lento, la hormona de crecimiento presenta un incremento secretor), mientras que el SP corresponderá a la experiencia del soñar (v. pág. 85).

B. DISTINCIÓN ENTRE EL SUEÑO DEL ADULTO Y EL DEL NIÑO

En el sueño del adulto existen cuatro particularidades que lo distinguen del sueño del niño:

1. Valor cuantitativo

El recién nacido duerme por término medio de 16 a 17 horas por día en fracciones de 3 horas, repartidas entre el día y la noche. A la edad de 3 meses, duerme cada día 15 horas, pero con un ritmo diferente, con fases más prolongadas durante la noche (hasta 7 horas seguidas) y largos ratos de vigilia durante el día. El sueño diurno (la siesta) desaparece hacia los 4 años y la cantidad de sueño total disminuye enseguida progresivamente: 13 horas hacia el año, 12.30 h entre 3 y 5 años, 9.30 h entre 6 y 12 años, 8.30 h entre 13 y 15 años. Existen, no obstante, grandes variaciones interindividuales; Parmelee distin-

gue, desde el primer día de vida, recién nacidos con sueño corto y otros con sueño largo.

2. Reparto de las fases de sueño

Después del nacimiento, el sueño paradójico ocupa un 50 % del tiempo de sueño. Dicho porcentaje se reduce enseguida progresivamente hasta llegar a un 20 % en la edad adulta. La duración media de un ciclo de sueño (un ciclo es el tiempo que separa dos fases de SP) es de 60 minutos en el niño, en vez de los 90 a 120 minutos que dura en el adulto. El sueño lento se observa principalmente en las primeras 4 horas, mientras que el SP predomina al finalizar la noche.

3. Período inicial del sueño

En el recién nacido y en el niño (antes de los 2 años) se observa una fase de SP precoz, de 30 a 45 minutos después de dormirse. Por el contrario, en el niño mayor, el tiempo que transcurre hasta que aparece el SP es especialmente largo (alrededor de 120 minutos), con una primera fase de sueño paradójico atípico e incompleto. Algunos autores (Braconnier) ven aquí una de las causas de la fragilidad del primer sueño del niño y de los accidentes paroxísticos que sobrevienen entonces, tales como los terrores nocturnos o el sonambulismo.

4. La significación del sueño evoluciona

El sueño, pura necesidad física (alternancia sueño/saciedad y despertar/hambre) en el recién nacido o en el bebé de menos de 3 meses, bajo la acción conjugada de la ritmicidad endógena y de la presión del ambiente, se convierte lentamente en una función relacional fundamental. Volveremos a hablar de ello más adelante.

C. DORMIR Y SOÑAR

1. Correlación electrofisiológica

No hay duda alguna de que el SP corresponde a la actividad soñadora. Los sujetos (niños o adultos) despertados durante una fase de SP recuerdan siempre con precisión un sueño, lo cual no sucede si se les despierta durante el sueño profundo. Se ha observado también correlación entre la intensidad dramática del sueño y la intensidad de las manifestaciones propias del SP (pausas respiratorias, aceleración cardíaca). Finalmente, la experimentación animal nos muestra que la fase SP va acompañada de actividades automáticas cuando se anula la inhibición motriz mediante destrucción de los centros inhibidores (Jouvet).

En el transcurso de la noche se observa la evolución de las fases de S.P. que son más importantes al finalizar ésta, con actividad onírica acentuada y, al parecer, menos ansiógena (Synder).

Sobre la función del soñar y del SP hay varias teorías:

1. Función de maduración según algunos, quienes basan su argumento en la importancia cuantitativa del SP creciente hasta el nacimiento y decreciente después de forma progresiva (Roffwarg).

2. Función de liberación y descarga de las tensiones instintivas (Dement).

3. Función de programación (Jouvet), las huellas mnésicas dejadas por la experiencia diurna se integran, relacionan y programan en el transcurso del SP. En esta última hipótesis, el sueño, en particular el SP, desempeñaría un papel primordial en las capacidades de adaptación entre la dotación genética y la aportación del ambiente. Se hallaría igualmente en la base de las funciones de retención mnésica y de aprendizaje.

2. Enfoque psicoanalítico y psicogenético

Después de los trabajos de Freud, el dormir y el soñar ocupan un lugar privilegiado en la teoría psicoanalítica. Sin avanzar equivalencias simplistas y en exceso reductoras entre dos campos de investigación muy heterogéneos, como son el campo electroencefalográfico y el campo psicoanalítico y psicogenético, podemos decir que ciertas hipótesis emitidas en estos terrenos se yuxtaponen, mientras que otras, como veremos, parecen incompatibles.

Según Freud, los sueños son un compromiso entre la «realización de un deseo imaginario inconsciente» y el efecto del descenso de la censura, más tolerante en el transcurso del sueño, asociada además al mantenimiento de la actividad preconstituyente que preserva el dormir. Sin referirnos aquí a la actividad de los sueños, es decir, a los mecanismos mentales que preludian la elaboración onírica (figuración, condensación, desplazamiento), el soñar está considerado por Freud como un fenómeno pasivo de descarga de los deseos inconscientes y como «el guardián del sueño». De hecho, permite su continuidad operando sobre la energía instintiva que amenaza al psiquismo con una escisión traumática. Fain y David recuperan el papel del vínculo y mantenimiento de la continuidad desde una perspectiva ligeramente distinta de la de Freud: el sueño constituiría un instrumento al servicio de mecanismos de integración del Yo que permitiría asociar la energía instintiva del Ello con representaciones psíquicas y, en consecuencia, crear esquemas de interacciones de unión del afecto con una representación psíquica, esquemas a partir de los cuales podría vincularse progresivamente la actividad psíquica (Houzel, Braconnier).

Otro punto de vista es el de M. Khan, quien distingue entre «el relato del sueño» y «la experiencia del sueño». El «sueño bueno es un sueño que gracias a la actividad del sueño conseguido, incorpora un deseo inconsciente y puede así permitir que el dormir prosiga y permanecer disponible a la experiencia psíquica del Yo, una vez la persona ha despertado». Por el contrario, «el relato del sueño» es el resultado de un fracaso: el proceso fisiológico del soñar queda horadado por la experiencia que de él posee el sujeto, y no es útil para la elaboración de los conflictos internos. De cualquier forma, el relato del sueño es el resultado de una introyección, mientras que la experiencia del sueño procede de una interiorización (Houzel).

En el niño, además de la evolución de las necesidades cuantitativas en el dormir, la distinción entre relato y experiencia del sueño nos permite abordar el problema de la aparición de la función onírica. La imaginería del sueño es especialmente rica, pero no obtendremos un relato del mismo antes de los 2 o 2 años y medio. Esta es la razón por la cual L.B. Ams considera que el sueño aparece hacia la edad de 2 años. Otros autores, por el contrario, haciendo hincapié no en el relato, sino en lo que sería una experiencia preverbal, consideran

que la experiencia onírica, como satisfacción alucinatoria de un deseo, sería mucho más precoz. Los diversos organizadores de la vida psíquica definidos por Spitz sirven para describir su evolución (Fain, Kreisler). Ciertamente, tanto a la luz de las investigaciones electroencefalográficas como a través de la observación de la conducta del bebé en el transcurso del dormir, y mediante los descubrimientos de la psicología genética, parece ser que las preformas del sueño se dan ya en el primer año. La naturaleza de los sueños es muy variada: sueño-realización de deseo, reviviscencia de acontecimientos agradables o no, ya transcurridos, sueño del castigo, sueño de angustia y pesadillas. Según el grado de madurez del niño, de su capacidad de expresión y de su propia experiencia, el relato del sueño variará extraordinariamente. La mayoría de los estudios (Foulkes, Zlotowicz, Braconnier) se han llevado a cabo con niños de 6 a 12 años. Por un lado nos muestran la estrecha relación existente entre la vida psíquica en estado de vigilia y la actividad onírica, y por otro la evolución de la actividad onírica en el transcurso de la noche. Los sueños del final de la noche suelen ser más agradables y más ricos tanto en lo que se refiere al vocabulario como a los temas descritos. Son especialmente frecuentes los sueños de angustia; no obstante, algunos autores piensan que «el sueño bueno» suscita una represión tal que es olvidado al despertar; sólo se recuerda la pesadilla, de ahí su aparición frecuente.

La función y el significado del sueño evolucionan con la edad y explican, en parte, alguna conducta patológica. Si en principio la alternancia sueño/vigilia depende estrechamente de la alternancia satisfacción/necesidad, rápidamente la dimensión del deseo, la capacidad de regresión y la naturaleza de la relación con la madre modifican este ritmo binario. Con la maduración psicoafectiva, el sueño y el dormir pueden expresar:

1. Fusión con la madre (buena o mala).
2. Aniquilación, la desaparición o la muerte.
3. Separación, la pérdida o el abandono.
4. Renuncia a la autonomía o al dominio.
5. Amenaza de la emergencia pulsional y del conflicto edípico.

Para dormirse, el niño debe poder reposar y apoyarse en una correcta y fundida imagen protectora madre-niño, aceptar dicha regresión e investirla con una carga libidinal no amenazadora. El papel del medio es justamente el de disponer el aspecto transitorio del dormir (Soulé) a fin de que la regresión sea aceptada y, por tanto, esperada. La frecuencia de las perturbaciones o de las dificultades de los niños para adormecerse constituye la ilustración a contrario de la fragilidad de dicha área intermedia del sueño.

La confrontación (Braconnier) entre las teorías psicogenéticas o psicoanalíticas y los datos electroencefalográficos resulta enriquecedora, aun cuando se huya de toda equivalencia simplista. Ciertas hipótesis emitidas por Freud parecen ser poco compatibles con los actuales conocimientos sobre la psicología del sueño. La regularidad recurrente del SP y de la actividad onírica, con los diversos sistemas neuroreguladores de tipo inhibitor que la acompañan, propicia el desencadenamiento pasivo del sueño. Asimismo, el papel de guardián del sueño no corresponde a los resultados de las experiencias de priva-

ción de SP. Parece existir una estrecha relación entre la actividad psíquica vigil y la actividad psíquica onírica. Por el contrario, el papel de descarga de las tensiones instintivas y sobre todo la función de enlace entre un estado afectivo de base y una representación psíquica parecen hallarse concordes en ambos campos de investigación.

II. Estudio clínico

La clínica de los trastornos del sueño es muy rica y variada. Distinguiremos entre los comportamientos vinculados al adormecimiento (insomnio inicial o tardío, rituales al acostarse, fobia de acostarse, etc.) y las conductas patológicas que aparecen en el transcurso del sueño.

Recordemos que el acto de dormirse corresponde a un momento en el que se enfrentan necesidades y/o deseos contradictorios, incluso cuando, como ya hemos visto, los registros eléctricos han permitido descubrir la fragilidad del sueño inicial del niño, marcado por una primera fase de SP incompleta, «defectuosa».

En cuanto a los trastornos surgidos en el transcurso del sueño, éstos están siempre relacionados con el SP, sustituyéndolo, dificultándolo o modificándolo (terror nocturno, sonambulismo, enuresis). Dicha relación con el SP nos conduce a preguntarnos sobre la «función psíquica» de conductas, banales en apariencia o juzgadas como benignas, pero que posiblemente representan las primeras trabas al libre desarrollo de la vida imaginativa.

A. PATOLOGÍA DEL ADORMECIMIENTO

1. Insomnio del primer año

Trastorno muy frecuente, de significado diferente según su gravedad. El insomnio precoz refleja siempre una relación inadecuada entre el bebé y su medio.

■ **Insomnio común**, debido con frecuencia a condiciones inadecuadas o mal organizadas (rigidez excesiva en los horarios de comida, exceso en la ración alimentaria, malas condiciones acústicas, etc.), que pueden ser el reflejo de dificultades prematuras de adecuación entre el bebé y la madre. Habitualmente, el insomnio cede organizando debidamente las condiciones desfavorables.

■ **Insomnio precoz severo**. Es algo muy distinto. Puede tratarse de:

1. **Insomnio agitado**. El bebé no cesa de chillar, gritar y agitarse; se calma sólo durante breves momentos de agotamiento y reanuda los gritos de inmediato. En ocasiones, el insomnio va acompañado de movimientos rítmicos, balanceos violentos o conducta autoagresiva.

2. **Insomnio tranquilo**. El niño permanece en su cuna, abiertos los ojos, silencioso tanto de día como de noche. Parece no solicitar ni esperar nada.

Estos insomnios severos son raros, pero el estudio de los antecedentes patológicos de los niños autistas o psicóticos precoces ha puesto de relieve su frecuencia en el curso de la primera infancia de estos niños. Tales insomnios parecen expresar el fracaso en la capacidad de regresión precoz del bebé, especialmente la posibilidad de regresión a una buena imagen de fusión protectora madre-niño, sobre la cual éste pueda reposar (Fain).

Para algunos, el insomnio grave precoz reflejaría el fracaso de la madre en su papel de protectora del sueño del niño. La frecuencia de estados depresivos, de angustias profundas o de neurosis más estructuradas en aquellas madres cuyos hijos presentan trastornos graves del sueño es un argumento a favor de ello, como también lo es su mejoría concomitante con la atenuación de las dificultades de la madre.

Sea cual sea su origen, la existencia de insomnio precoz severo debe llamar la atención del clínico. Se trata de un síntoma inquietante que precisa de una investigación psicodinámica profunda de las interacciones familiares, especialmente madre-hijo, y que requiere con frecuencia la puesta en marcha de una psicoterapia del binomio (A. Doumic).

2. Dificultades en la conciliación del sueño del niño

Mucho más banales, casi forman parte del desarrollo normal de todo niño, en particular entre los 2 y los 5-6 años. A dicha edad, el niño, en plena conquista motriz, acepta con dificultad la regresión que implica el dormir, a la par que la aparición de los primeros sueños angustiantes convierte el dormir en un estado inquietante. El niño no quiere acostarse, instaura rituales diversos, reclama un objeto contrafóbico (luz, objeto transaccional, pulgar), necesita que sus padres le cuenten una historia, etc. El acondicionamiento de esta «área transaccional» entre el despertar y el sueño, momento conflictivo, ha de permitir al niño restablecer su sentimiento de omnipotencia y la convicción de que puede controlar a la vez sus pulsiones y dicha regresión (Soulé). Los padres intuyen tal necesidad y buscan cómo crear o favorecer el desarrollo de dicha área intermedia, satisfaciendo su demanda, explicando la historia, quedándose con él el tiempo preciso.

Por el contrario, la mayoría de las dificultades en la conciliación del sueño evidencia el déficit para acondicionar esa área transicional:

1. **Sea por unas condiciones exteriores defectuosas:** ruido, cohabitación en el cuarto de los padres, irregularidad excesiva en el horario, etc.

2. **Sea por una presión externa inadecuada:** rigidez excesiva, oposición a los padres por parte del niño que desea conservar el dominio de la situación o su propia autonomía.

3. **Sea por un estado de ansiedad o de organización conflictiva interna,** que convierten en temible la regresión inducida por el sueño.

Un análisis detenido de los diversos factores y de sus posibles conexiones debe preceder a cualquier enfoque terapéutico, sin olvidar que la simple reorganización del espacio comporta muchas veces la desaparición de los síntomas: dejar de dormir en la habitación de los padres, ofrecer al niño un sitio más calmado y menos inquietante, etc.

Las manifestaciones clínicas son diversas:

■ **Oposición a acostarse:** el niño grita, se levanta una vez acostado y sólo cesa en sus propósitos después de un largo período de lucha con sus padres, cuando está ya «agotado».

■ **Rituales al acostarse:** muy frecuentes entre los 3 y los 5-6 años. El niño exige que su almohada, su juguete, su pañuelo, sus zapatillas, o tal o cual objeto estén colocados de una determinada manera, siempre idéntica. A veces pide un vaso de agua, un dulce, la repetición del cuento, etc. Estas manifestaciones discretamente obsesivas son el reflejo de la tentativa para dominar la angustia suscitada por la ruptura de la relación y la emergencia pulsional en la edad del conflicto edípico.

■ **Fobia a acostarse:** puede quedar reducida a una petición contrafóbica; lo más frecuente es la luz encendida o la puerta abierta. Pero en ocasiones reviste una intensidad tal que el niño es presa del pánico en cuanto nota los síntomas del sueño. Quiere que le den la mano, solicita dormir con sus padres, en su cama, en un sillón. Sólo una vez dormido logran instalarle en su lecho. Aparece, por lo general, después de episodios con sueños de angustia o terrores nocturnos, hacia los 2-3 años.

■ **Insomnio auténtico:** se observa en el niño mayor o en el adolescente. Es mucho más raro. Lo alegan con frecuencia los padres, debido al retraso en conciliar el sueño. En realidad, el registro eléctrico muestra que, en la mayoría de los casos, estos preadolescentes o adolescentes tienen un sueño normal en cantidad y calidad, pero desfasado hacia el final de la noche o el inicio de la madrugada. Duermen

entre las 2 de la madrugada y el mediodía más que entre las 22 y las 8 h. Estos desfases en el ritmo del adolescente son muy frecuentes. Sus causas son diversas: deseo de gobernar totalmente su propia vida, incluyendo su ritmo circadiano; despertar de la ansiedad frente a la intensa actividad pulsional; culpabilidad ante su vida onírica o ante la masturbación, etc. No es extraño que reaparezcan en la adolescencia algunas conductas de adormecimiento propias de la primera infancia, conductas en parte desaparecidas en el curso del período de latencia, rituales al acostarse o fobias frente al sueño. La necesidad de dormirse escuchando música o leyendo hasta horas avanzadas puede compararse a sus equivalentes de acondicionamiento tradicional (Braconnier). El insomnio auténtico, es decir, la reducción real del tiempo de sueño, es raro. A menudo se da en un contexto de crisis de angustia interna y puede preludiar la aparición de un episodio psicótico agudo, tipo «bouffée» delirante aguda.

■ **Fenómenos hipnagógicos:** observados entre los 6 y los 15 años, muy frecuentes en el momento de dormirse (Michaux y Berges). Se han descrito sensaciones cinestésicas (descargas eléctricas, sobresaltos), visuales (imágenes geométricas, personajes o animales más o menos flotantes), y más raramente auditivas. Dado su carácter ansioso, estos fenómenos hipnagógicos pueden provocar el despertar del sujeto y dar pie a otras dificultades para conciliar el sueño.

B. PARASOMNIAS

1. Angustias nocturnas

Agruparemos bajo este término las diversas conductas, no siempre diferenciadas con el rigor necesario, dadas las confusiones existentes entre la patología del adulto y la del niño. Se trata de «terrores nocturnos» o *pavor nocturnus*, sueños de angustia y despertares llenos de ansiedad. El término «pesadilla» nos parece equívoco en la medida en que, según los autores, igual designa el terror nocturno (la pesadilla del adulto), como el sueño de angustia, como el simple despertar ansioso. Ciertamente, en todos los casos se trata de un episodio agudo que se interfiere en el sueño; pero el estudio electroencefalográfico permite establecer una distinción rigurosa entre el terror nocturno que sobreviene durante el sueño lento y el sueño de angustia relacionado con la aparición de una fase de SP.

■ **Terror nocturno:** se trata de una conducta alucinatoria nocturna. Bruscamente, el niño grita en su lecho, con expresión aterrorizada en los ojos, trasmudado el rostro. No reconoce ni su entorno ni a su madre, y parece innaccesible a cualquier razonamiento. Habitualmente se observa palidez, sudores y taquicardia. La crisis dura como

mucho algunos minutos. El niño se vuelve a dormir enseguida. Estos terrores nocturnos sobrevienen en los inicios del período edípico (3-4 años) y aparecen en el primer ciclo del sueño. Al día siguiente, es habitual que no recuerde nada de lo acaecido.

Los registros electroencefalográficos durante la noche han permitido precisar que el episodio sobreviene en el transcurso del estadio IV del sueño lento y se caracteriza por la aparición de ondas lentas, monomorfas, como las observadas en la reacción de despertar en onda lenta en el niño (Fischer, Benoit).

Estos episodios afectan entre un 1 y un 3 % de los niños de menos de 15 años, y un 6 % de niños en edad preescolar; en la mayoría de los casos se reproducen algunas veces entre los 3 y los 5-6 años y luego desaparecen. Más raramente se dan de forma regular, prácticamente cotidiana; otros síntomas pueden asociarse a éste, especialmente de naturaleza fóbica.

Desde un punto de vista electrofisiológico, se considera que el terror nocturno —como el sonambulismo— es un estado de vigilia disociada con activación neurovegetativa al mismo tiempo que la corteza probablemente permanece en sueño lento profundo. Representaría una persistencia de las reacciones de despertar inmaduras observadas en el 85 % de los lactantes de entre 1-2 años (Kales).

En el plano psicopatológico, el terror nocturno, cuya aparición coincide con el conflicto edípico, parece ser la expresión de emergencia de una angustia extrema «no elaborable que afecta al aparato psíquico» (Houzel). Su aparición intermitente podría considerarse como la traducción de las primeras y torpes tentativas de elaboración frente a las angustias edípicas. Por el contrario, la persistencia de los terrores nocturnos significa generalmente la imposibilidad del niño para elaborar mejores defensas psíquicas y puede señalar el retorno a posiciones preedípicas.

■ **Sueño de angustia:** muy frecuente, el 30 % de los niños (Casou, Feldman) relata un episodio de este tipo acaecido recientemente. Puede observarse desde la edad de 2 años. El niño gime, grita, llora y solicita socorro. En ocasiones se despierta, pero normalmente es al día siguiente cuando explica su «mal sueño».

El sueño de angustia es más frecuente en el inicio de la noche, mientras que los sueños agradables predominarían al finalizar ésta. El porcentaje de sueños de angustia en relación con la totalidad de los sueños ha sido evaluado diversamente, y parece depender de la edad de los niños y de las condiciones en que ha sido recogida la información sobre el sueño (psicoterapia, recogida en el laboratorio, encuesta estadística). Pero en todos los casos el sueño de angustia se corresponde con una fase de SP.

Al igual que el terror nocturno, el sueño de angustia es de poca importancia, sobre todo si sucede después de un acontecimiento traumático. En este caso constituye la evidencia de la progresiva estructural-

ción del aparato psíquico y de la puesta en marcha de los principales mecanismos defensivos (desplazamiento, condensación, etc.). Por el contrario, su repetición regular cada noche y su persistencia más allá del período edípico, o su asociación con otros síntomas, pueden ser signo de organización neurótica o psicótica.

■ **Despertar ansioso:** a medio camino entre el terror nocturno y el sueño de angustia. El niño se despierta, inquieto, pero sin manifestaciones alucinatorias; con frecuencia se va a la cama de los padres para volver a dormirse. Los registros eléctricos muestran que el despertar ansioso se sitúa pronto en el estadio III o IV del sueño lento, al principio de la noche (primer o segundo ciclo del sueño).

2. Sonambulismo

El sonambulismo, con predominancia en los varones, aparece entre los 7 y 12 años en niños que suelen tener antecedentes familiares de sonambulismo. Entre un 6 y un 10 % de los niños de esta edad presenta varios episodios al mes.

En el transcurso de la primera mitad de la noche, el niño se levanta y deambula. En ocasiones muestra una actividad complicada, siempre idéntica. Después de algunos minutos (10 a 30), se vuelve a acostar o se deja conducir hasta el lecho. Al día siguiente, no recuerda nada. En su forma más simple, el niño, con los ojos abiertos, tan sólo intenta levantarse. El 15 % de los niños entre 6 y 12 años ha tenido por lo menos un episodio, pero sólo entre un 1 y un 6 % de ellos presenta un «sonambulismo con riesgo» (De Villard) a causa de la frecuencia de los episodios (2 o 3 veces por semana, o más) o del tipo de actividad, que puede ser molesta o peligrosa (defenestración).

El «sonambulismo terror» es una variante clínica más rara (De Villard), la cual asocia deambulación y manifestación de terror. Cuando se intenta calmarlo o sujetarlo, el niño puede reaccionar agresivamente.

Los registros eléctricos han mostrado que el sonambulismo sobreviene en el inicio de la noche, a menudo en el estadio IV que precede en 10 a 15 minutos a una fase de SP, o bien en el estadio IV que precede al primer esbozo de sueño paradójico. En todos los casos interrumpe el desarrollo de la fase de SP normalmente previsible.

En la mayoría de los niños, el sonambulismo se presenta aislado. Sólo algunos ostentan rasgos neuróticos (ansiedad, fobia), especialmente en la forma de «sonambulismo terror». Además, la interferencia con la fase de SP entorpeciendo su transcurso normal y en consecuencia la posibilidad de una actividad onírica, evoca la hipótesis de un fracaso en las posibilidades de mentalización y de un desplazamiento de la energía pulsional hacia vías de descarga motora (Houzel). Desde este enfoque, existiría una equivalencia entre el terror nocturno, el sonambulismo y la enuresis nocturna, episodios que están relacionados idénticamente con la fase de SP.

Tratamiento: es curioso destacar la existencia de un tratamiento específico del sonambulismo, eficaz en la práctica totalidad de los casos. Se trata de la amineptina, 1/2 o 1 comprimido por la noche al acostarse o media hora antes (cuando el acceso de sonambulismo sobreviene poco después de dormirse) durante un mes. Al mes siguiente se disminuye la dosis a la mitad, después se detiene el tratamiento. En caso de sonambulismo terror, se recomienda la amineptina junto con un ansiolítico (De Villard) e idéntica posología.

3. Automatismos motores: ritmias de sueño

Las ritmias de sueño afectan principalmente al niño. De precoz aparición silenciosas al principio, se convierten en motivo de consulta cuando el niño empieza a hacer ruido. El 4% de los niños, más o menos, presenta ritmias (Lacombe).

Clínicamente: aparecen en mitad de la noche, duran algunos segundos y se repiten 3 o 4 veces en el transcurso de la misma. Algunas veces duran de 15 a 30 minutos, su ritmo es extremadamente regular, alrededor de un golpe por segundo. El movimiento en sí varía: giro de la cabeza de derecha a izquierda, balanceo de una pierna o de una rodilla doblada, gran oscilación anteroposterior en posición genupectoral. El movimiento puede alcanzar gran intensidad, producir mucho ruido e incluso comportar el desplazamiento del lecho a través de la habitación. De hecho, el niño regula sus impulsiones de acuerdo con la frecuencia de oscilación del lecho, lo cual provoca un fenómeno de resonancia: esto explica la escasa cantidad de energía consumida realmente.

En el plano eléctrico: las ritmias se observan a menudo en los estadios ligeros del sueño lento y más raramente durante el SP. En todos los casos, el trazado eléctrico del sueño es estrictamente normal. Las ritmias no guardan, pues, relación alguna con la epilepsia nocturna o cualquier otra anomalía del sueño y, en consecuencia, no se justifica ningún tratamiento antiepiléptico.

Evolución: acostumbra darse la desaparición espontánea en la mayoría de los casos, a partir de los 3-4 años. Sólo algunos pocos persisten más allá de dicha edad, pero desaparecen en la pubertad.

El **enfoque psicopatológico** ha suscitado poco interés. Los niños no parecen presentar ningún rasgo específico. Por el hecho de sobrevenir en el transcurso del sueño ligero, relacionaríamos las ritmias del sueño con las del adormecerse, análogas en el plano clínico. Evidentemente, la catexis autoerótica del cuerpo y del balanceo se hallan en primer plano. ¿Puede ser éste un modo específico para ciertos niños de acondicionar su área de adormecimiento?

Conducta práctica: sin representar un inconveniente para el sueño del niño en sí, las ritmias pueden, por efecto del ruido, despertar a toda la familia. En este caso, una buena medida consiste en poner el colchón sobre el suelo; evita la resonancia, atenúa el síntoma y suprime el ruido. No son aconsejables los tratamientos médicos, más perjudiciales que útiles.

Mencionaremos también aquí algunos automatismos motores específicos: el bruxismo o rechinar de dientes y la somniloquia, durante la cual el niño murmura o habla indistintamente. Con frecuencia se asocian a otras perturbaciones del sueño. Su relación con las distintas fases del sueño no ha sido estudiada todavía.

4. Enuresis nocturna

Remitimos al lector al capítulo dedicado a los trastornos esfinterianos. Recordemos simplemente que la enuresis nocturna sobreviene un poco antes de la fase de SP y entorpece su desarrollo previsible, lo cual la relaciona con los terrores nocturnos y el sonambulismo.

5. Epilepsia nocturna o epilepsia morfeica

No tiene un carácter clínico específico fuera de su aparición en el transcurso del sueño, con frecuencia en el momento del despertar (v. cap. «Epilepsia»).

C. PATOLOGÍA PARTICULAR

1. Apneas en el curso del sueño

Son raras, pero su estudio es importante puesto que algunos autores han formulado la hipótesis de que la apnea en el transcurso del sueño podría ser la causa de la muerte súbita del bebé.

La apnea durante el sueño puede comportar hipersomnia diurna y despertares nocturnos repetidos, pudiendo llegar hasta el insomnio nocturno. En los casos estudiados (Guillaume), algunos niños con apneas importantes (más de 15 segundos) presentaban también una notable patología ORL. La amigdalectomía ha disminuido la frecuencia y duración de las apneas. En estos casos, el factor periférico de obstrucción pudiera haber sido el responsable. También se ha emitido la hipótesis de una disfunción central de los centros respiratorios.

2. Hipersomnia

Ante toda hipersomnia o somnolencia, es preciso ante todo descartar cualquier causa neurológica, como encefalitis, hipertensión intracraneana, sea cual sea su origen, traumatismo craneal o una causa metabólica.

Es necesario realizar enseguida la observación de las variaciones psicológicas en la demanda de sueño y en los ritmos nocturnos propios de cada individuo, sea adulto o niño.

Por último, es necesario investigar una deficiente higiene del sueño (niños que se acuestan demasiado tarde, despertar nocturno de repetición por diversas razones, ruido anómalo, etc.).

La hipersomnia patológica rara vez se diagnostica en la infancia. No obstante, la anamnesis de adultos portadores de hipersomnia a menudo pone de manifiesto su inicio en la segunda década de la vida (10-20 años), por lo que el tiempo medio transcurrido hasta llegar al diagnóstico es de 13-14 años. Se distinguen:

Narcolepsia-catalepsia (enfermedad de Gélíneau). Su prevalencia fluctúa entre el 0,05 y el 0,067 % (M. Billiard). Este síndrome se caracteriza por:

1. Somnolencia diurna excesiva con accesos de sueño irresistible de varios minutos a algunas horas de duración.
2. Episodios catapléjicos (abolición súbita del tono muscular; que puede durar entre varios segundos y 1 minuto), desencadenados a menudo por emociones, sobre todo de naturaleza agradable.
3. Parálisis del sueño.
4. Alucinaciones hipnagógicas, auditivas, visuales o laberínticas que a menudo asustan al niño.
5. Sueño entrecortado por numerosos despertares.

Los registros poligráficos han puesto de manifiesto que el niño se duerme en sueño profundo sin pasar por el sueño de ondas lentas. Los episodios de cataplejía se consideran una intrusión en estado de vigilia de la inhibición tónica propia del sueño profundo.

El diagnóstico se basa en el análisis clínico, pero asimismo en la «prueba repetitiva de latencia del inicio del sueño». En la tipificación HLA existe un «perfil especial», posiblemente con la presencia de un marcador genético específico (investigación en curso).

Aunque este síndrome se observa a los 15-20 años de edad, con un carácter claramente familiar, no es excepcional comprobar la existencia de uno o dos síntomas en la infancia: los signos más precoces serían hipersomnolencia y episodios de sueño diurno. Estas manifestaciones, bien toleradas hasta los 4-5 años de edad, alteran más tarde la vida social del niño. Entre los antecedentes, se ha destacado la existencia de sonambulismo y un estado hiperactivo (Navelet).

Es recomendable un tratamiento farmacológico que puede ser eficaz en el 60 % de casos.

Unas normas adecuadas de higiene de vida (siestas regulares) mejoran la sintomatología.

La **hipersomnia idiopática** se inicia asimismo a los 10-20 años de edad. Su prevalencia es 4-5 veces inferior a la documentada para la narcolepsia. Este proceso se manifiesta por la asociación de:

1. Sueño nocturno prolongado.
2. Dificultades del despertar.
3. Somnolencia diurna permanente que no mejora con una siesta (al contrario de lo observado en el síndrome de Gélíneau).

El registro eléctrico del sueño evidencia un aumento cuantitativo global, con un incremento notable y específico del sueño profundo. El diagnóstico se basa, además de estas características, en la prueba del inicio del sueño repetitivo.

El **síndrome de Kleine-Levin** se caracteriza por la asociación de episodios de hipersomnia con hiperfagia, alteraciones de la conducta, del humor, y afectación de la conducta sexual. Este síndrome, excepcional, se observa en adolescentes (inicio a los 15-20 años). Ocasionalmente, puede constituir una forma de inicio de una psicosis.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDERS (Th.): Étude ontogénique du sommeil du nourrisson. *Confrontations psych.*, Spécia, Paris, 1977, 15, p. 49-80.
- BENOIT (O.): *Physiologie du sommeil*. Masson éd., Paris, 1984.
- BRACONNIER (A.), PAILHOUS (E.), MARTIN (M.), BENOIT (O.): Recherche sur le rêve chez l'enfant: action d'un traceur. *Neuro. psych. de l'enf.*, 1980, 28, (4-5), p. 167-173.
- DEMENT (W.): *Dormir, rêver*. Seuil, Paris, 1981.
- DE VILLARD (R.), DALERY (J.), MAILLET (J.): Le somnambulisme de l'enfant. *Neuro. psych. de l'enf.*, 1980, 28 (4-5), p. 222-224.
- FREUD (S.): *Le rêve et son interprétation*. Gallimard, Paris, 1925.
- FREUD (S.): *La science des rêves*. P.U.F., Paris, 1950.
- HOUZEL (D.): Rêve et psychopathologie de l'enfant. *Neuro. psych. de l'enf.*, 1980, 28 (4-5), p. 155-164.
- HOUZEL (D.), SOULE (M.), KREISLER (L.), BENOIT (D.): Les troubles du sommeil chez l'enfant. Avec les articles de: Braconnier, Doumic-Girard, Garma, Guillaume. *Expansion scientifique française*, Paris, 1977.
- MAZET (Ph.), BRACONNIER (A.), *Le sommeil de l'enfant et ses troubles*, PUF, Que sais-je?, Paris, 1986, 2298, 1 vol.
- LACOMBE (J.): Les rythmes du sommeil chez l'enfant. *Neuro. Psych. de l'Enf.*, 1980, 28 (4-5), p. 220-222.
- PASSOUANT (P.), BILLIARD (M.): La narcolepsie. *Rev. prat.*, 1976, 26 (27), p. 1917-1923.

5

Psicopatología de las conductas motoras

La acción no puede ser concebida si no lo es a través de una doble polaridad. Por un lado, la de un cuerpo en movimiento implicado en una acción justificada por su finalidad, y por otro, la de un cuerpo en relación con un medio susceptible de influir sobre dicho movimiento. De esta forma, una conducta motora simple será diferente según el niño esté solo, en presencia de sus padres, de extraños o de su institutriz.

Al hablar de la motricidad en sí nos referiremos, primero, al tono, cuya evolución es fundamental en los primeros meses, y, después, a la melodía cinética que permitirá el encadenamiento en el tiempo y en el espacio de cada momento gestual, es decir, el automatismo del gesto. Pero el hecho esencial es que hay una correspondencia constante entre el tono muscular y la motilidad en sí, que dirige la armonía del gesto, a la par que se produce una correspondencia entre el tono de la madre y el del niño, auténtico «diálogo tónico».

Frenada en sus inicios por la hipertonía fisiológica, la motilidad evoluciona al ritmo de la maduración fisiológica (desaparición de los reflejos primitivos, adquisición de la pinza, etc.), pero también mediante las posibles interacciones con el ambiente, el cual prepara, conduce y orienta el campo evolutivo del niño y le confiere coherencia. A su vez, la adquisición de nuevas habilidades motoras es indisoluble de la forma en que el niño se representa y se siente actuar (integración del esquema corporal estático y dinámico) y de la manera como el medio del niño acoge dicha motilidad y acepta las modificaciones que de ella puedan resultar. De esta forma, la motricidad podrá pasar desde la gestualidad de imitación a la actividad operativa, en la que la praxia se convierte en el soporte de una actividad simbólica.

(La integridad de las diversas vías motoras (piramidales, extrapiramidales y cerebelosas) constituye evidentemente el requisito de una

realización gestual satisfactoria; pero la integración del esquema corporal estático y dinámico y de su relación con el medio, con la dimensión afectiva que esto implica, son también fundamentales. Dentro del ámbito que aquí vamos a considerar, este segundo aspecto se halla a menudo en el origen de las deficiencias motrices que suelen hallarse.

Por el contrario, excluiríamos de dicho campo las disfunciones motrices cuyo origen sea la afectación orgánica manifiesta de las vías motoras: secuelas de encefalopatía infantil, de hemiplejía infantil, etc. (v. pág. 269).

I. Trastornos de la lateralización

Motivo frecuente de inquietud para los padres, sobre todo cuando la lateralización parece inclinarse hacia la izquierda. No obstante, antes de favorecer en el niño la utilización preferente de una u otra mano, las deficiencias existentes deben ser exploradas a fondo. La proximidad del aprendizaje de la lectura y de la escritura constituye a menudo el motivo aparente de la consulta, y es entre los 5-6 años cuando se solicita consejo.

Recordemos que a partir de los 3-4 años, aproximadamente, se inicia cierta preferencia lateral y que sobre los 4-5 años existe todavía un 40 % de niños mal lateralizados, que se convierte en un 30 % a los 5-7 años, y que, por tanto, aparte de los diestros y zurdos homogéneos, existirá siempre un cierto número de niños mal lateralizados, sin que ello haya de comportar forzosamente problemas. En la población adulta los porcentajes se reparten de la siguiente forma: zurdos puros, 4 %, diestros puros, 64 % y ambidextros, 32 % (Tzavaras).

El estudio de la lateralidad se lleva a cabo a nivel del ojo, la mano y el pie. Entendemos por lateralidad homogénea una lateralidad dominante idéntica en los tres niveles:

1. El **ojo dominante** será el que permanezca abierto cuando se pide al niño que cierre un ojo, o aquel con el cual el niño mira a través de un tubo, tapando el otro ojo con la mano.
2. La **mano dominante** queda encima de la otra cuando le decimos que cruce los brazos o que ponga los puños cerrados uno bajo el otro.
3. El **pie dominante** es el que *chuta* el balón con más frecuencia o el escogido para saltar a «la pata coja».

No hay que mostrar al niño el gesto a realizar a fin de evitar la posible imitación.

Cuando la lateralidad es homogénea (derecha o izquierda), el problema no se plantea, aun cuando «ser zurdo» puede complicar ciertos gestos cotidianos (escribir, utilizar tijeras, coger un cazo por el mango). No está demostrado que el índice de los trastornos del desarrollo sea muy diferente entre la población de zurdos que entre la de diestros.

Cuando la lateralización no es homogénea, es importante dejar a gusto del niño la elección para las actividades habituales hasta la iniciación del último curso de educación infantil (5 años). En el transcurso de este año, en el que es ya posible el inicio del aprendizaje de la preescritura, no es aconsejable una intervención prematura, pero hacia el final del año escolar debe favorecerse la utilización de la mano derecha, salvo en los casos en que exista una patente diferencia en la habilidad gestual a favor de la mano izquierda. En la mayoría de los niños, la utilización de la mano derecha no plantea problema alguno. Hay que recordar en efecto que el aprendizaje y el entrenamiento intervienen de forma decisiva hasta la edad adulta, a fin de influenciar e incluso modificar la asimetría manual.

Cuando aparecen dificultades motrices (disgrafía, v. más abajo), es preferible ayudar al niño mediante una reeducación grafomotriz o psicomotriz, en sentido amplio, centrada en el dominio y posesión de un buen tono muscular.

Recordemos que en caso de lesiones orgánicas (p. ej., hemiplejía infantil) es preferible siempre favorecer la utilización del lado ileso.

Señalemos finalmente un caso específico y paradójico: la existencia de los que podríamos llamar «falsos zurdos». Son niños lateralizados a la derecha, pero que utilizan la izquierda para las actividades principales (particularmente la escritura). Dicha utilización se lleva a cabo, ya sea en un contexto de oposición al medio, ya sea como identificación con algún miembro de la familia (padre, abuelo, tío, tía, etc.) zurdo a su vez. El temor a producir un «zurdo contrariado» conduce a dejar que el niño se enfrente solo con una elección neurótica y aberrante, fuente de ulteriores dificultades. En un contexto de esta índole, la reeducación psicomotriz o la psicoterapia consistirán ante todo en conseguir que el niño tome conciencia de su natural habilidad con la derecha y se desembarace de su elección patológica.

II. Disgrafía

Un niño disgráfico es un niño cuya calidad de escritura es deficiente, sin déficit neurológico o intelectual que pueda explicar esta deficiencia.

Es difícil hallar la ubicación adecuada de la disgrafía, dadas sus múltiples interferencias con la motricidad como tal, unidas a la relación del niño con su maestro, el lugar que el aprendizaje escolar ocupa en la dinámica familiar, el valor simbólico de lo escrito, el sostenimiento de la pluma con la mano, etc. La escritura, momento significativo y transcripción gráfica del lenguaje, depende por un lado del aprendizaje escolar jerarquizado, y por otro, de una serie de factores individuales de maduración, así como de factores lingüísticos, prácticos y psicosociales, los cuales presiden conjuntamente su realización funcional. No abordaremos aquí la pedagogía de la escritura, simplemente queremos señalar la importancia que debe otorgarse al problema de la vinculación entre lectura y escritura, al valor expresivo de la escritura y, en resumen, a la motricidad gráfica propia del niño. En lo que se refiere a este último punto, parece ser que el efecto de la maduración funcional es más importante que el del aprendizaje, al menos por lo que afecta a la copia de escritura, y esto hasta la edad de 5 años y 9 meses-6 años, más o menos (Auzias). Antes de esta edad, los niños son en su mayoría incapaces de ejecutar copias legibles y de descifrar aquello que han copiado. Por el contrario, una vez adquiridas la madurez motriz y manual, la calidad del aprendizaje se convierte en una variable esencial.

El estudio clínico de la disgrafía señala que con frecuencia va asociada a otros tipos de dificultades. Se han hallado las asociaciones siguientes:

1. *Trastorno de la organización motriz*; debilidad motriz, perturbaciones ligeras de la organización cinética y tónica (dispraxia menor), inestabilidad.
2. *Desorganización espaciotemporal* caracterizada específicamente por los trastornos en la organización secuencial del gesto y del espacio, y por los trastornos del conocimiento, de la representación y de la utilización del cuerpo, sobre todo en lo que se refiere a la orientación espacial.
3. *Trastorno del lenguaje y de la lectura*: véase dislexia y disortografía (pág. 126).
4. *Trastornos afectivos*: ansiedad, febrilidad e inhibición, que pueden dar lugar a la constitución de un auténtico síntoma neurótico en el que la significación simbólica de lo escrito y del lápiz que la mano sujeta son prevalentes. Auténticas conductas fóbicas u obsesivas pueden manifestarse frente a la escritura mediante una disgrafía cuya característica varía con frecuencia (caso de aislarse) según la naturaleza del escrito o la persona a quien éste va dirigido, y que contrasta con una habilidad gestual y manual conservada por otra parte (dibujo).

Estos diversos orígenes pueden reagruparse (o desembocar) en el «esbozo de grafoespasmo infantil», comparable al grafoespasmo del escribiente en el adulto. En este caso se hallan asociados de forma di-

versa ineptitud, paratonía, reacciones catastróficas ante la escritura, dificultades de lateralización o de lectura y actitudes conflictivas de tipo neurótico.

El examen en el momento de la escritura evidencia una crispación importante del brazo entero, paradas forzosas en el transcurso de la misma, fenómenos dolorosos en la mano y en el brazo y sudoración notable. El conjunto implica ciertamente desagrado extremo hacia la escritura.

El enfoque terapéutico está en función del registro de las dificultades asociadas a la disgrafía y del significado de ésta en la organización psíquica del niño: reeducación grafomotriz y psicomotriz cuando predominan los trastornos espaciotemporales y las dificultades motoras, relajación cuando prevalece la distonía y se organiza el «grafoespasmo», evitación del síntoma y en primer lugar psicoterapia cuando las condiciones afectivas son preponderantes y el síntoma parece integrarse en una estructura neurótica.

III. Debilidad motriz

En 1911, Dupré aisló una entidad específica, a la que llamó «debilidad motriz», compuesta por los siguientes factores:

- **Torpeza de la motilidad voluntaria**: gestos burdos, pesados, como trabados, marcha poco grácil. Frente a una tarea o gestualidad precisa, el niño se instala inadecuadamente (inclinado sobre la silla, en desequilibrio, etc.).
- **Sincinesias**: movimientos difusos, que implican grupos musculares no afectados normalmente por un determinado gesto. Debemos distinguir aquí las **sincinesias de imitación**, que suelen difundirse horizontalmente (movimientos de pronosupinación de la marioneta que se difunden de una mano hacia la otra), bastante frecuentes, que desaparecen lentamente en el curso de la evolución, y las **sincinesias tónicas**, que se difunden a menudo a través del eje vertical (movimientos bucofaciales importantes cuando se mueven las manos, y movimientos de los brazos cuando se mueven los miembros inferiores). Éstas sólo se dan en algunos niños y persisten con la edad. Parecen ser mucho más patológicas.
- **Paratonía**: caracterizada por la imposibilidad o dificultad extrema para obtener una relajación muscular activa. Por ejemplo, cuando el niño está frente al examinador, quien sostiene sus manos o antebra-

zos, mantiene éstos en idéntica posición una vez desaparece el soporte, incluso si le pedimos que se relaje. Esta paratonía es una especie de contracción cerúlea que, en algunos casos, puede llegar hasta la catalepsia y constituye un gran impedimento para la adquisición de una motilidad ligera y armoniosa.

Estas manifestaciones pueden ir acompañadas de reflejos algo vivos y de algunos signos mínimos de irritación piramidal. Para Dupré, el origen orgánico de esta debilidad motriz no es dudoso, dado que, según él, deriva de un proceso de detención del desarrollo del sistema piramidal. No debe confundirse con las anomalías lesionales de las vías motoras y con las perturbaciones que acompañan a la deficiencia mental profunda (v. pág. 177).

Una vez descrita, la «debilidad motriz» tuvo una notable y excesiva difusión, puesto que algunos autores no dudaron en etiquetar así diversas perturbaciones, desde la corea a la tartamudez, pasando por los tics, la inestabilidad, la psicopatía, etc. Se reunieron así, bajo un único vocablo, manifestaciones de naturaleza muy diversa y de origen patógeno muy distinto. Pueden imaginarse fácilmente los riesgos de un criterio semejante.

En nuestra época, este concepto debe ser delimitado con mayor rigor todavía. Deben ser excluidos los síntomas neurológicos que expresan una lesión, y reservar dicho término para las deficiencias motrices propias de las afecciones que se manifiestan en el niño, tanto en la torpeza para «estar en su cuerpo» como para ocupar el espacio y moverse en él con una motilidad intencional y simbolizada suficientemente fluida. La «debilidad motriz» como síntoma se encuentra también en los niños de emotividad lábil, con frecuentes pero discretas perturbaciones del esquema corporal y una vida imaginativa dominada, a menudo, por la mediocre distinción entre el Yo y su medio. En otros puede quedar reducida a una torpeza gestual cuyo significado neurótico es evidente cuando dicha torpeza va unida a un ambiente o persona específicos.

IV. Dispraxias en el niño

No hay límites precisos entre la debilidad motriz grave y lo que suele llamarse dispraxias infantiles. Estas últimas se caracterizan por profundas perturbaciones en la organización del esquema corporal y en la representación témporo-espacial.

En el plano clínico, se trata de niños que son incapaces de llevar a término determinadas secuencias gestuales o que las realizan con ex-

trema torpeza. Vestirse, anudarse los zapatos, abrocharse la camisa, ir en bicicleta sin ruedecitas cumplidos los 6-7 años, etc. Sus dificultades son todavía mayores si deben realizar secuencias rítmicas (p. ej., golpear alternativamente las manos y después las rodillas) o actividades gráficas (disgrafía mayor, mediocridad en el dibujo del muñeco). El fracaso es frecuentísimo cuando se trata de operaciones espaciales o logicomatemáticas. Las pruebas como el test de Bender o la figura de Rey objetivan esta deficiencia. Todo ello conduce a un fracaso escolar global, fracaso en gran medida reactivo ante los trastornos iniciales.

En cambio, el lenguaje, aun cuando no sea estrictamente correcto, se halla proporcionalmente mucho menos perturbado.

La exploración neurológica es casi siempre normal. Las pruebas de imitación de gestos, de designación de las diversas partes del cuerpo, suponen un fracaso total o al menos parcial.

En el plano afectivo, podemos distinguir dos grupos de niños. Unos presentan ante todo dificultades motrices, sin rasgos psicopatológicos sobresalientes. Hallamos ciertamente inmadurez, actitudes infantiles o inhibición en los contactos posiblemente reactiva, dado que el niño dispráxico acostumbra ser blanco de burlas y el hazmerreír de sus congéneres, pero todo ello se mantiene dentro del marco de un desarrollo psicoafectivo sensiblemente normal. Los del otro grupo manifiestan unas perturbaciones más profundas en la organización de la personalidad, que se traducen en el plano clínico por su aspecto extraño, dificultades de contacto y un relativo aislamiento del grupo infantil. Los tests de personalidad revelan una vida imaginativa invadida por temas arcaicos. La pregunta a formular sería si existe en este tipo de niños una organización prepsicótica o psicótica.

El enfoque terapéutico deberá estar en función de la gravedad de los trastornos asociados de la personalidad. La terapia psicomotriz y la ayuda pedagógica resultan aconsejables e incluso indispensables. A menudo se precisa psicoterapia.

V. Inestabilidad psicomotriz

La «inestabilidad» constituye uno de los grandes motivos de consulta en paidopsiquiatría. Se trata, generalmente, de niños (60 al 80 % de los casos). Dicha consulta procede a menudo de la familia, sobre todo si se trata de niños en edad preescolar entre 3-4 y 6-7 años: «no para», «no está quieto», «todo lo toca», «no escucha», «me saca de quicio», son los datos esenciales de la letanía familiar. Otras veces, ya en edad escolar, entre los 6 y los 10-12 años, es el maestro quien plantea el problema a los padres centrando sus quejas sobre la inestabilidad

de la atención más que sobre la conducta. Así, «no se concentra en nada», «está en las nubes», «siempre tiene la cabeza en otro sitio», «podría hacer mucho más si atendiera», etc. Estos dos tipos de quejas revelan los dos polos de la inestabilidad, el motor y el de la capacidad de atención.

No obstante, es preciso delimitar el cuadro de la inestabilidad y recordar la existencia de un período en el niño de 2-3 años, o incluso mayor, en el que su atención es naturalmente lábil y en el que su explosiva motricidad le empuja a multiplicar sus descubrimientos y experiencias. No siempre el entorno acepta con facilidad esta conducta, poco tolerada por varias razones (actitud rígida de los padres, exigüidad del espacio, exigencia aberrante de la escuela). Esto es tanto más importante cuanto que se corre el riesgo, frente a la intolerancia del medio y sus inaccesibles exigencias, de que el niño acentúe su conducta y se instale en una auténtica inestabilidad reactiva. Debemos decir al respecto que la vida urbana actual no está en absoluto adaptada a la necesidad de catarsis motora del niño, y da muestras de gran intolerancia frente a lo que con excesiva facilidad se conceptúa de «inestabilidad» patológica. Citemos, entre otros, los ritmos escolares, la frecuente exigüidad de las viviendas, la ausencia de espacios verdes o áreas de descanso, etc.

■ **En el plano clínico**, es conveniente distinguir entre la *inestabilidad motriz* propiamente dicha, en la que el niño no cesa en su movimiento (corre hacia aquí y hacia allá, cruza y entrecruza piernas y brazos mientras está sentado, etc.) y la *inatención o inestabilidad psíquica*. Si con frecuencia se asocian ambas formas en algunos niños, una de las dos puede ocupar el primer plano. La exploración somática es normal.

El **análisis psicomotor** evidencia, además de la inestabilidad motriz, una inestabilidad postural y la existencia de la «*reacción de pres-tancia*» (Wallon): actitudes afectadas y adultomorfas.

El **estudio del tono** permite, según algunos autores (Berges), distinguir una inestabilidad con paratonía caracterizada por un fondo permanente de contracturas o de tensión, en la que la inestabilidad aparece como una «fuga» en relación con dicho estado de control, y una inestabilidad en la que el equilibrio tónico es normal pero, por el contrario, con numerosos signos de emotividad intensa, incluso caótica: mirada inquieta, sobresalto evidente ante la menor sorpresa, temblor de manos, sonrojo, etc. Son niños que parecen estar permanentemente en un estado de ansiosa hipervigilancia, como si en todo momento el entorno pudiera resultar peligroso o desmoralizador.

■ El **contexto psicológico** varía. Ante todo, la inestabilidad puede integrarse dentro del cuadro de un estado reactivo a una situación traumatizante o ansiógena para el niño. Recordemos que cuanto menor es éste, más tiende a expresar el malestar o la tensión psíquica

mediante su cuerpo. Actuar es en un principio la modalidad más espontánea y natural de respuesta. La inestabilidad reactiva se da, por ejemplo, después de intervenciones quirúrgicas, separaciones, disociaciones familiares, etc.

En otros niños, la inestabilidad aparece relativamente aislada, sin deficiencias importantes en otros aspectos del desarrollo y sin que el equilibrio psicoafectivo parezca perturbado. El nivel intelectual es normal. El problema depende del grado de tolerancia del ambiente, especialmente el familiar, frente a este tipo de comportamiento. Es probable que ciertos niños presenten de manera congénita una motricidad más «explosiva» que otros. En este caso, la respuesta intolerante del medio o unas exigencias excesivas pueden ocasionar la fijación de la reacción motriz en un estado patológico, determinando de algún modo una forma peculiar de ser: la inestabilidad.

En ocasiones esta inestabilidad se asocia con otras manifestaciones psicopatológicas: enuresis, alteraciones del sueño, dificultades escolares, conductas agresivas con reacciones de altanería, conductas provocadoras y temerarias, notable susceptibilidad y tendencia a la destrucción o a la autodestrucción. A veces el niño intenta castigarse o lograr que se le castigue.

La inestabilidad en estos casos puede adoptar el significado de una búsqueda de autocastigo como se observa en niños que experimentan un sentimiento de culpabilidad neurótica. En otros casos, la inestabilidad representa la respuesta a una angustia permanente, sobre todo cuando predominan los mecanismos proyectivos persecutorios o un equivalente a la defensa maníaca frente a angustias depresivas o de abandono.

La inestabilidad psicomotriz es ante todo un síntoma y, como tal, puede observarse en diversas estructuras psicopatológicas. Si se exceptúa la posibilidad de una experiencia depresiva subyacente, en la que la inestabilidad está incluida como defensa contra la depresión (v. pág. 359), en numerosos casos este síntoma parece integrarse en una estructura psicopatológica de tipo prepsicótico (v. pág. 396) o disarmonía evolutiva (v. pág. 399).

■ **Desde un punto de vista familiar**, en estos niños inestables se observa a menudo una constelación peculiar: madre muy apegada a su hijo, si bien esta proximidad puede enmascarar fantasmas agresivos o de muerte; padre distante, descalificado por la madre o que se descalifica a sí mismo en la relación con su hijo, en ocasiones, con una agresividad hacia el niño, expresada rudamente, al que percibe como un rival directo en relación con la madre (Ch. Flavigny).

■ La **respuesta terapéutica** frente a este niño inestable, para él y para su familia, no puede ser unívoca. Estará en función de la reacción del ambiente a la inestabilidad, reacción que puede ir desde el castigo o la franca coacción hasta la complacencia o la provocación.

Puede depender de la existencia o no de trastornos asociados (fracaso escolar, enuresis, etc.) o de la profundidad de los trastornos de personalidad. La acción terapéutica puede, pues, orientarse sea hacia una reorganización educativa (consejos educativos a los padres y a la escuela, práctica de un deporte o centro recreativo), sea hacia un intento de catexis libidinal positiva del conjunto corporal estático (relajación) o dinámico (diversos juegos psicomotores, danza rítmica), sea hacia una búsqueda de solución de los conflictos psicoafectivos (psicoterapia).

Para terminar, asociamos la «inestabilidad psicomotriz» con lo que los autores anglosajones denominan «niño hiperkinético» y, en la actualidad, los «trastornos por déficit de atención» como se describen en el DSM-IV*. Para una discusión de este síndrome, véase la página 402.

VI. Tics

Los tics se caracterizan por la ejecución frecuente e imperiosa, involuntaria y absurda, de movimientos repetidos que representan a menudo una «caricatura del acto natural» (Charcot). Su ejecución puede ir precedida de una necesidad, y su represión suele ser causa de malestar. La voluntad o la distracción pueden detenerlos temporalmente. Desaparecen habitualmente en el transcurso del sueño.)

Los tics faciales son los más frecuentes: parpadeo, fruncimiento de cejas, rictus, protrusión de la lengua, movimiento de la barbilla, etc. A nivel del cuello se observan tics de cabeceo, salutación, negación, rotación; citaremos también los tics de encogimiento de hombros, de los brazos, las manos, los dedos y finalmente los respiratorios (resoplar, bostezar, sonarse, toser, soplar, etc.) o fonatorios (chasquear la lengua, gruñir, gritos más o menos articulados, ladridos).

Todos estos tics pueden presentarse solos o asociados, manifestarse siempre idénticos en un mismo paciente o suceder unos a otros. Suelen aparecer entre los 6-7 años y se instauran lentamente. Antes de que sobrevenga el tic, el sujeto percibe una sensación de tensión y el tic aparece como una especie de descarga que le alivia. No es raro que la vergüenza o el sentimiento de culpabilidad acompañen al tic, sentimiento que puede verse reforzado por la actitud del entorno.

Hay que distinguir los tics de otros movimientos anormales que no poseen ni su brusquedad ni su aspecto estereotipado: movimientos coreicos, gestos conjuradores de obsesiones graves (frotarse los pies

sobre la estera, tocar preventivamente un objeto, etc.), estereotipia psicótica (caracterizada por la fineza y lo extraño del gesto), ritmias diversas (de los miembros o de la cabeza) que son menos bruscas.

Su evolución permite distinguir:

■ **Tics transitorios:** pasajeros, que pueden relacionarse con ciertos hábitos nerviosos. Desaparecen espontáneamente. Son evidentemente los más frecuentes.

■ **Tics crónicos:** afectación duradera, que acompaña a una organización neurótica.

■ **La significación** del tic no es unívoca. Forma parte de estas conductas desviadas que se instauran en un estadio evolutivo del niño y cuya persistencia puede servir de punto de partida para múltiples conflictos ulteriores, adoptando así significaciones sucesivas, hasta perder lentamente su/su significado(s) inicial(es) y convertirse en una forma de ser profundamente anclada en el soma.

Al principio, el tic puede ser una simple conducta motriz reactiva a una situación de ansiedad pasajera (con ocasión de una enfermedad, separación, etc.). Expresa, sin embargo, la facilidad con que algunos niños traspasan al ámbito motriz los afectos, conflictos y tensiones psíquicas. Su asociación con la inestabilidad es, por demás, frecuente. Ante esta facilidad, se concibe que el tic pueda convertirse en una vía privilegiada de descarga tensional.)

Es frecuente la conjunción de tics y de rasgos obsesivos. Se trata de niños que se controlan mediante una gran vigilancia, que reprimen activamente una agresividad cuya intensidad puede ser hereditaria o bien resultado de situaciones reales traumatizantes. El tic adquiere entonces una significación directamente agresiva, mediante una tosca simbolización, o autopunitiva al dirigir la agresividad hacia sí mismo. El contacto con este tipo de niño «ticoso» es con frecuencia difícil y hasta distante. Raramente el niño evoca su síntoma con espontaneidad y en ocasiones incluso lo niega. Aparentemente sumiso y pasivo, esta pasividad enmascara en realidad una fuerte oposición. No es raro que sus dibujos sean perfeccionistas y rigurosos; los tics aparecen en forma de salvas e interrumpen su controlado grafismo.

En otros casos, el tic alcanza un significado más directo de conversión histérica. Se observa sobre todo en niños mayores o adolescentes; los tics sobrevienen entonces después de accidentes o intervenciones quirúrgicas.

Sea cual sea el significado psicodinámico para el propio niño, la respuesta del medio y, sobre todo, de los padres ante las primeras manifestaciones de los tics puede determinar su evolución. Avisos insistentes, burlas, prohibiciones, etc., pueden acrecentar la ansiedad o la angustia vinculándola directamente a las descargas motrices. Estas úl-

*DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, Barcelona, 1995.

timas, así asociadas a las imágenes paternas, conllevarán por tanto la carga libidinal o agresiva unida a ellas. De esta forma salta a la superficie la organización neurótica. El tic sirve a la vez para reforzar el conflicto y para descargar la tensión pulsional permitiendo evacuar el retorno de lo reprimido. La significación simbólica del tic será evidentemente variable para cada niño, según sean sus propias líneas de desarrollo y sus propios puntos conflictivos.

A un nivel más arcaico, el tic puede presentarse en niños con trastornos graves de la personalidad evocando organizaciones de tipo psicótico. En este caso, su significación puede ser la de la descarga pulsional directa en un cuerpo cuya percepción desmembrada resulta tan cercana que debe estar siempre controlada y bajo tensión.

■ **Actitud terapéutica:** la mayor parte de los medicamentos psicótropos no resultan o son muy poco eficaces, excepción hecha de las butirofenonas, cuya posología actúa de forma muy variada en uno u otro paciente.

En el plano familiar, es necesario que la ansiedad frente a dicho síntoma y las distintas reacciones que suscita puedan ser comprendidas, reconocidas y apaciguadas, si deseamos que se sigan los consejos dados (no dar importancia a los tics, no reprimirlos ni sobrevalorarlos).

En cuanto al niño, el enfoque terapéutico depende a la vez de los trastornos psicopatológicos asociados y del papel que los tics sigan desempeñando. Según esto, podemos proponer:

1. Terapia psicomotriz o relajación cuando el tic tiene un significado esencialmente reactivo y lleva asociado un comportamiento motor compuesto de inestabilidad o de torpeza.

2. Psicoterapia si el síntoma se da en el seno de una organización neurótica o psicótica que le confiere significación y que el propio tic refuerza.

3. Terapia conductual, tipo «inmersión» o «descondicionamiento operante» (p. ej., se pide al paciente que ejecute voluntariamente, frente a un espejo, el tic durante media hora todos los días o días alternos) cuando el síntoma parece ser ya un hábito motriz que ha perdido su significado original.

Sea cual fuere la terapia, cierto número de niños, a pesar de mejorar, conservan sus tics y se convierten en adultos ticosos.

■ **Trastorno de La Tourette.** Individualizada con este nombre en el DSM-IV, la enfermedad de Gilles de la Tourette se caracteriza por la asociación de:

1. Numerosos tics, recidivantes, repetitivos y rápidos localizados frecuentemente en la cara y extremidades superiores.

2. Múltiples tics vocales en forma de coprolalia (onomatomanía reiterativa de frases relativas a obscenidades), ecolalia (repetición en eco de las palabras del interlocutor), gruñidos, resoplidos, ladridos, etc.

La enfermedad, de inicio a los 2-15 años de edad, tiene una larga evolución (1 año o más). La intensidad de los tics es variable y en parte depende del contexto. El paciente puede suprimir voluntariamente los tics durante varios minutos o algunas horas.

Algunos investigadores han descrito, asociada a estas manifestaciones, una serie de anomalías neurológicas «menores» (hiperreactividad, signos neurológicos menores y anomalías inespecíficas del EEG).

Este conjunto sindrómico es poco frecuente; los tics motores pueden existir aisladamente sin los tics vocales y, en estos casos, el proceso se denomina «enfermedad de los tics» (Guinon), que debe ser distinguida de la enfermedad de Gilles de la Tourette propiamente dicha.

Se han suscitado numerosas discusiones etiopatológicas, actualizadas por el centenario de la primera descripción de la enfermedad (1885). Clásicamente considerada una forma neurótica peculiar, incluida en el marco de la psicopatología obsesiva, algunos investigadores han sugerido una etiología lesional (a nivel de los neurotransmisores) debido a las discretas alteraciones observadas y a la eficacia de algunos psicótropos (butirofenona, pimocida y clonacepam). No obstante, hoy en día, los resultados contradictorios de los estudios bioquímicos no permiten «una explicación bioquímica consistente del síndrome» (Dugas). Por el contrario, la evolución ocasionalmente favorable del paciente después de ciertas psicoterapias consistentes en la recuperación y revelación del sentido de los diversos tics respaldaría un origen neurótico o preneurótico, *borderline* (Lébovici y cols).

VII. Tricotilomanía. Onicofagia

La **tricotilomanía** caracteriza la necesidad más o menos irresistible de enrollar, acariciar, estirar o arrancarse los cabellos. Pueden aparecer grandes zonas peladas cuando los cabellos se arrancan a manojo. En algunos casos, el niño se come sus pelos y provoca un tricobezoar. Si bien el significado de este síntoma no es unívoco, los autores insisten tanto en el aspecto autoerótico (caricia, autoestimulación del cuero cabelludo, etc.) como en el aspecto autoagresivo. Esta conducta puede aparecer además en situaciones de frustración o de carencia: separación de los padres, muerte de uno de ellos, nacimiento de un bebé, ingreso en una institución, etc. y no ser otra cosa

que una más de las conductas desviadas en el seno de un cuadro más amplio.

Más frecuente todavía es la **onicofagia**, dado que según algunos autores se da en un 10 a un 30 % de los niños. Dicho comportamiento, además, persiste en numerosos adultos. Aun cuando no se pueda describir un tipo psicológico de niño onicofágico, sí podemos decir que, con frecuencia, se trata de sujetos ansiosos, vivos, activos y autoritarios. No son infrecuentes otros rasgos de conducta desviada: inestabilidad psicomotriz, enuresis, etc.

Aun cuando el niño no manifieste ningún tipo de incomodidad si es pequeño, al aumentar de edad, especialmente al alcanzar la adolescencia, puede incluso experimentar desagrado, un sentimiento de viva vergüenza acompañando a la onicofagia; prevalece entonces el prejuicio estético.

En el plano teórico, algunos ven en esta conducta un desplazamiento autoerótico que asocia el placer de la succión y un equivalente masturbatorio, muy directo, con una connotación autoagresiva y punitiva, tanto por las lesiones provocadas como por la respuesta desaprobadora del entorno. Es posible, además, que la reacción de ansiedad, interdictiva o agresiva de los padres ante las primeras tentativas de onicofagia del niño provoque en este último una fijación en dicha conducta, que adquiere entonces significación neurótica.

BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA (J. DE), STAMBAK (M.): L'évolution des syncinésies chez l'enfant. *Presse médicale*, 1955, 39, p. 817-819.
- AJURIAGUERRA (J. DE), BONVALOT-SOUBIRAN (G.): Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile. *Psychiat. enfant.*, 1959, 2 (2), p. 423-494.
- AJURIAGUERRA (J. DE), HECAEN (H.), ANGELERGUES (R.): Les apraxies. Variétés cliniques et latéralisation lésionnelle. *Rev. neurol.*, 1960, 1, p. 566-595.
- AJURIAGUERRA (J. DE), AUZIAS (M.), COUMES (I.), DENNER (A.).
- AUZIAS (M.): Enfants gauchers, enfants droitiers. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1975, 1 vol., 246 p.
- AUZIAS (M.): Les troubles de l'écriture chez l'enfant. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1981, 1 vol., 2^e éd.
- LAVONDES-MONOD (V.), PERRON (R.), STAMBAK (M.): *L'écriture de l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1964, 2 vol.
- BERGES (J.), LÉZINE (I.): *Test d'imitation de gestes. Technique d'exploration du schéma corporel et des praxies chez l'enfant de 3 à 6 ans*. Masson et Cie, Paris, 1963, 1 vol., 128 p.
- DALERY (J.), MAILLET (J.), VILLARD (R. de): Les tics de l'enfant. *Neuropsychiat. de l'enf.*, 1980, 28 (12), p. 581-585.
- DUGAS M.: Le Syndrome de Gilles de La Tourette. Etat actuel de la maladie des tics. *Presse Med.*, 1985, 14, 589-593.
- DUPRÉ (E.): *Pathologie de l'émotivité et de l'imagination*. Payot, Paris, 1925.

- DUPRÉ (E.), MERKLEN (P.): La débilité motrice dans ses rapports avec la débilité mentale. *Rapport au 19^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes français*. Nantes, 1909.
- FLAVIGNY (Ch.): Psychodynamique de l'instabilité infantile. *Psy. Enf.*, 1988, 31, 2, 445-473.
- GALIFRET-GRANJON (N.): Les praxies chez l'enfant, d'après Piaget. *Psychiat. enfant.*, 1961, 4 (2), p. 580-591.
- ISPANOVIC-RADOJKOVIC (V.), MELJAC (C.), BERGES (J.): Dyspraxiques, figuratif et sémiotique. *Neuropsychiatrie enfance*, 1982, 30, 12, p. 657-670.
- KOUPERNIK (C.), DAILLY (R.): *Développement neuropsychique du nourrisson*. P.U.F., Paris, 1968.
- LEBOVICI (S.), MORON (P.), CHILAND (C.), SAUVAGE (D.): Les tics chez l'enfant (série d'articles). *Neuropsychiatrie enf.*, 1983, 31, 4, p. 169-177.
- LEBOVICI (S.), RABAIN (J.F.), NATHAN (T.), THOMAS (R.), DUBOZ (M.M.): A propos de la maladie de Gilles de La Tourette. *Psy. Enf.*, 1986, 29, 1, 5-59.
- STAMBAK (M.), L'HERITEAU (D.), AUZIAS (M.), BERGES (J.), AJURIA-GUERRA (J. DE): Les dyspraxies chez l'enfant. *Psychiat. enfant.*, 1964, 7, p. 381-496.
- STAMBAK (M.), PECHEUX (M.G.), HARRISON (A.), BERGES (J.): Méthodes d'approche pour l'étude de la motricité chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. enfant.*, 1967, 15, p. 155-167.
- TOURETTE (G. de La): Étude sur une affection nerveuse caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. *Arch. neurol.*, 1885, 9, p. 158-200.
- TZAVARAS (A.): Droitiers et gauchers. *E.M.C. Neurologie*, Paris, 1978, 17 022 C 10.
- WALLON (H.): *L'enfant turbulent*. Alcan, Paris, 1925.
- WALLON (H.): L'habileté manuelle. *Enfance*, 1963, 16, p. 111-120.

6

Psicopatología del lenguaje

I. Generalidades

Los trastornos del lenguaje constituyen un capítulo esencial en la psicopatología del niño y son importantes tanto por su significado cuanto por su frecuencia como motivo de consulta. Entre los 4 y 8 años suele ser la edad en que la familia consulta más a menudo, señalando así en primer lugar el período de adquisición del lenguaje hablado, y después la etapa de adquisición de la lecto-escritura.

Si los trastornos son importantes, pueden provocar un retraso en el conjunto de las interacciones del niño con su medio (familia, escuela, amigos) y desembocar en dificultades psicoafectivas diversas. Resulta entonces sumamente difícil distinguir entre los trastornos reactivos secundarios y las dificultades iniciales.

El estudio de los trastornos del lenguaje implica el conocimiento adecuado del desarrollo normal del mismo, tanto en su dimensión neurofisiológica (órganos de la fonación, integración cerebral, audición normal) como en su dimensión psicoafectiva. No vamos a estudiar aquí los trastornos del lenguaje hallados en caso de sordera (v. pág. 252) o de encefalopatía grave (v. pág. 260); remitimos al lector a los capítulos pertinentes. No obstante, debe investigarse siempre el déficit auditivo, pues, aun cuando sea mínimo (entre 20 y 40 decibelios), cuando se sitúa en la zona de la conversación puede alterar profundamente la capacidad de discriminación fonética del lenguaje humano y comportar, por tanto, algunas perturbaciones.

Éste es el caso específico de los déficit auditivos moderados que se caracterizan por la existencia de una curva en U en el audiograma, es decir, un déficit que afecta las frecuencias medias. Tales déficit deben ser investigados siempre y tratados adecuadamente ante la más mínima duda. (La exploración de la audición está explicada en la pág. 71.)

A. LENGUAJE NORMAL EN EL NIÑO

En el niño normal, la adquisición del lenguaje se desarrolla según un plan cuya regularidad no deja de ser sorprendente. La ontogénesis del lenguaje parece desarrollarse alrededor de tres etapas esenciales cuyos límites intermedios son relativamente arbitrarios, pero cuya sucesión es regular. Podemos distinguir, pues:

1. Prelenguaje (hasta 12-13 meses; en ocasiones, 18 meses).
2. Pequeño lenguaje (de los 10 meses a 2 1/2-3 años).
3. Lenguaje (a partir de los 3 años).

1. Prelenguaje

Partiendo de los gritos del recién nacido, cuya finalidad al principio no es otra que la de expresar un malestar fisiológico, se constituyen lentamente las formas de comunicación entre el niño y su medio. Los primeros sonidos o gritos, en función de las respuestas de la madre, expresan muy pronto toda una gama de sensaciones (cólera, impaciencia, dolor, satisfacción, incluso placer). En otras palabras, para algunos autores (Vigotsky, Bruner) existe una estrecha relación entre ciertos aspectos de la motricidad de la emisión artrofonemática y las preformas del lenguaje, de ahí el concepto de «actos de lenguaje».

A partir del primer mes y a medida que el bebé adquiere una mejor coordinación respiratoria, aparece el **balbuceo** o **laleo**. El parloteo del recién nacido está constituido inicialmente por una serie de sonidos no especificados en respuesta a unos estímulos también inespecíficos. El parloteo se enriquece rápidamente en el plano cualitativo, dado que el niño parece ser capaz de producir, de forma puramente aleatoria, todos los sonidos imaginables. El papel de esta actividad es esencial para la formación de las coordinaciones neuromotoras articulatorias.

A partir de los 6-8 meses, aparece el período de la «**ecolalia**», suerte de «diálogo» que se instaure entre el niño y su madre o su padre. El bebé responde a la palabra del adulto mediante una especie de melopea relativamente homogénea y continua. Poco a poco, la riqueza de las emisiones sonoras iniciales se reduce para dar paso únicamente a algunas emisiones vocálicas y consonánticas fundamentales. Paralelamente, el adulto adapta su conversación a la capacidad receptiva del niño: construye frases simples, agudiza el tono de voz en orden a que el oído del niño discrimine mejor, etc.

A veces, el balbuceo se extingue lentamente dando lugar a un período de silencio; en otras ocasiones, por el contrario, al balbuceo sucede directamente el pequeño lenguaje.

2. Pequeño lenguaje

Las primeras palabras aparecen a menudo en situación de ecolalia, al tiempo que las primeras secuencias dotadas de sentido se diferencian por ciertos rasgos oposicionales, con un pobre rendimiento dado su número limitado, pero de fácil aprovechamiento: «papá», «mamá», «toma», etc.

A los 12 meses, un niño puede haber adquirido de 5 a 10 palabras; a los 2 años el vocabulario puede alcanzar hasta 200 palabras, con grandes diferencias en la edad y en la rapidez de adquisición. No obstante, el orden en las adquisi-

ciones es sensiblemente el mismo. Hay un hecho que permanece constante: la comprensión pasiva precede siempre a la expresión activa. †

En el período de la «palabra-frase», el niño utiliza una palabra cuyo significado depende del contexto gestual, mímico o situacional, significado que en gran parte depende del que le otorgue el adulto. Por ejemplo, «**toto**» puede significar «yo quiero un auto», «veo un auto», «es el auto de papá», etc. El lenguaje acompaña a la acción y la refuerza, pero no la sustituye todavía. †

Hacia los 18 meses aparecen las primeras «**frases**», es decir, las primeras combinaciones de dos palabras-frases: «**patí-papá**», «**dodo-bebé**», etc. El sistema fonológico es todavía limitado. En el mismo período surge la negación: en francés se trata del «no» (*non*) o de la partícula negativa *pas*, «**pás dodo**», «**pas patí**», introduciendo al niño en los primeros manejos conceptuales y en las primeras oposiciones semánticas (v. Spitz: «El tercer organizador», pág. 36).

Poco a poco, la manipulación de la palabra va siendo cada vez más independiente de los enunciados estereotipados. La organización lingüística se estructura con la aparición sucesiva de frases afirmativas, de constatación, de orden, de negación, de interrogación, etc. No obstante, el «habla del bebé» persiste algunos meses, caracterizada por las simplificaciones a la vez articulatorias, fonemáticas y sintácticas. El «habla del bebé» es estructuralmente idéntica a lo que llamamos «retraso en el habla» (v. pág. 120) cuando éste persiste más allá de los 3-4 años.

Evidentemente, en esta época el papel de la familia es considerable, gracias al «baño de lenguaje» en el que el niño se halla sumergido. En ausencia de estimulación verbal, el empobrecimiento o el retraso en la adquisición del repertorio verbal es constante (v. «Las familias problema», pág. 429 y el caso del bilingüismo, pág. 484).

3. Lenguaje

Es el período más largo y el más complejo de la adquisición del lenguaje, caracterizado por el enriquecimiento a la vez cuantitativo (entre los 3 1/2 y los 5 años el niño puede dominar hasta 1.500 palabras, sin captar totalmente su significado) y cualitativo. «*El acceso al lenguaje propiamente dicho se caracteriza por el abandono progresivo de las estructuras elementales del lenguaje infantil y del vocabulario que le es propio, sustituyéndolos por construcciones cada vez más parecidas al lenguaje del adulto*» (C. P. Bouton). Al mismo tiempo, el lenguaje pasa a ser un instrumento de conocimiento, un sustituto de la experiencia directa. La redundancia con la acción y/o el gesto desaparece progresivamente. †

Hacia los 3 años, la introducción del «Yo» puede considerarse como la primera etapa de acceso al lenguaje, después de un período en el que el niño se designa por «mi» y una larga transición en la que utiliza el «mi yo...».

El enriquecimiento cuantitativo y cualitativo parece realizarse a partir de dos tipos de actividad (Bouton):

1. Una actividad verbal «libre», en la que el niño sigue utilizando una «gramática» autónoma, establecida a partir del pequeño lenguaje.
2. Una actividad verbal «mimética» en la que el niño repite a su manera el modelo del adulto, adquiriendo progresivamente nuevas palabras y nuevas construcciones que son incorporadas inmediatamente en su actividad verbal «libre».

Esto muestra bien a las claras la constante interacción entre las adquisiciones verbales del niño y los estímulos procedentes del ambiente. †

Entre los 4-5 años, la organización sintáctica del lenguaje es cada vez más compleja, de manera que el niño puede prescindir ya de todo soporte concreto para comunicarse. Utiliza, incluso, subordinaciones (porque, puesto que), condicionales, alternancias, etc. Pasa así del lenguaje implícito (cuando la comprensión del mensaje verbal precisa informaciones extralingüísticas suplementarias) al lenguaje explícito que se basta a sí mismo.

B. EL LENGUAJE EN LA INTERACCIÓN

La descripción previa no debe hacer olvidar que «hablar» es ante todo comunicarse tanto con los demás como con uno mismo; «hablar» se inscribe en una relación de intercambio informativo o afectivo.

Sin duda, la adquisición del lenguaje introduce al niño en uno de los sistemas simbólicos más elaborados; dicha adquisición está precedida por una serie de precursores adoptados en la interacción e intercambios de afecto entre el niño y su medio habitual (sus padres, así como los hermanos, los condiscípulos). Bruner ha descrito una serie de habilidades precursoras de la adquisición del lenguaje: *procesos de designación* (procedimientos gestuales, posturales o vocales, cuya finalidad es atraer la atención de la persona que está con él hacia un objeto), *deixis*¹ (utilización de características espaciales, temporales e interpersonales de la situación como punto de referencia), y por último, *denominación* (utilización de elementos del léxico para designar acontecimientos extralingüísticos del universo conocido por el niño o el adulto más próximo). Para el desarrollo de estos precursores, es necesario el establecimiento de una «atención selectiva conjunta» entre el lactante y el cuidador. El gesto de señalar con el índice representa una conducta paradigmática con el intercambio de miradas entre madre y lactante hacia el dedo que señala y el objeto señalado (v. pág. 13).

Por su parte, los psicoanalistas han descrito sistemas «presimbólicos», como la «función alfa» de Bion, los «pictogramas» de P. Aulquier, y los «significantes enigmáticos» de J. Laplanche. Estos significantes, precursores de la función simbólica, organizan las preformas de oposiciones dialécticas primordiales a partir de las cuales emergerá gradualmente el sentido.

Sea cual sea la aparición del lenguaje, aun cuando no surja de la nada, produce un profundo cambio (Diatkine) en su funcionamiento psíquico y en su capacidad de relación. El lenguaje permite sobre todo pasar de la indicación a la evocación o, en otras palabras, pasar de la gestión a distancia a la tolerancia de la ausencia: la comunicación mímica, gestual, permanece inscrita en el registro de la denominación y de

1. La *deixis* es el señalamiento que se realiza mediante ciertos elementos lingüísticos que indican una persona, como *yo*; o un lugar, como *arriba*; o un tiempo, como *mañana*. El señalamiento puede referirse a otros elementos del discurso o presentes sólo en la memoria. También es la demostración que se realiza mediante un gesto, acompañando o no a un defecto gramatical. (N. de la T.)

la indicación, mientras que la utilización del lenguaje permite recordar al ausente. En primer lugar M. Klein y más tarde H. Segal han insistido en el hecho de que el desarrollo de la función simbólica comporta una pérdida previa y la tolerancia a dicha pérdida. Sin experiencia previa de ausencia y/o pérdida no existirá desarrollo del lenguaje: el beneficio obtenido por el niño reside en el descubrimiento de múltiples juegos simbólicos y en la posibilidad de organizar argumentos imaginarios (v. el compañero imaginario o la historia familiar), lo que proporciona al niño un grado de nueva independencia; la pérdida experimentada es la de la adecuación absoluta entre el objeto y su representante con la necesidad de aceptar la diferencia entre la muerte y la cosa, cuya huella lingüística constituye la ambigüedad inherente al lenguaje.

II. Alteraciones del desarrollo del lenguaje

A. TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN

Se caracterizan por la existencia aislada de deformaciones fonéticas que afectan con mayor frecuencia a las consonantes que a las vocales. En un mismo niño, acostumbra ser siempre el mismo fonema el que resulta deformado. Distinguiremos:

1. «Ceceo» (o sigmatismo interdental), la extremidad de la lengua queda demasiado cerca de los incisivos o entre los dientes.

2. «Siseo» (o sigmatismo lateral), caracterizado por una fuga de aire uni o bilateral. Este último trastorno articulatorio puede estar asociado, aunque no necesariamente, con una malformación de la bóveda palatina de tipo ojival.

Los trastornos de articulación son frecuentes y banales hasta los 5 años. Si persisten pasada esta edad, se impone la reeducación. Su significado psicoafectivo resulta a menudo fácil de captar, cuando se integran en un contexto de oposición o de regresión (nacimiento de un hermanito), incluso con «habla de bebé»; entonces precisan de psicoterapia. Lo más frecuente es que se den de forma aislada, sin retraso notable en las otras líneas del desarrollo.

B. RETRASO DE LA PALABRA

Es la integración deficiente de los diversos fonemas que constituyen una palabra: su número, su calidad y su sucesión pueden estar

modificados. Hasta los 5 años carece de significación. Su persistencia más allá de dicha edad es signo de perturbación en la integración y en el aprendizaje del habla y precisa de un enfoque terapéutico. Teóricamente el retraso de la palabra no va acompañado de anomalía sintáctica, pero en realidad suele estar asociado con retraso del lenguaje.

Si analizamos las anomalías, podemos describir:

1. Confusiones fonemáticas, que implican bien las consonantes constrictivas ($f \rightarrow s$, $z \rightarrow j$) u oclusivas ($d \rightarrow t$, $g \rightarrow k$), bien la inversión de estas últimas ($f \rightarrow p$, $z \rightarrow d$), bien las vocales (p. ej., en francés $an \rightarrow a$, $in \rightarrow é$, $oua \rightarrow a$).
2. Omisión de las finales (por $\rightarrow$ po).
3. Simplificación de fonemas complejos.
4. Desplazamiento de ciertos fonemas (lavabo $\rightarrow$ valabo).
5. Asimilaciones.

Contrariamente a los trastornos de la articulación, los errores no son constantes, y cada fonema aislado puede ser pronunciado correctamente.

La reacción de la familia ante estos trastornos de locución es muy importante, sea porque corrige continuamente al niño, impidiendo así toda espontaneidad, sea, por el contrario, porque ignora el trastorno totalmente y deja al niño sin corrección posible.

C. RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE

El retraso simple del lenguaje se caracteriza por la existencia de perturbaciones del mismo en un niño sin retraso intelectual, ni sordera grave, ni organización psicótica.

La construcción de la frase y su orden sintáctico se hallan perturbados. En el plano clínico, el elemento esencial es el retraso en la aparición de la primera frase (después de los 3 años), seguido de un «habla del bebé» prolongada. Las anomalías constatadas son muy variables: trastorno en la ordenación de las palabras de la frase, errores en la construcción gramatical (agramatismos), empleo del verbo en infinitivo y deficiente utilización del pronombre personal. Se observan, asimismo, omisiones de palabras, falsas uniones, barbarismos, etc. (por ejemplo, *che papá ve* $\rightarrow$ *el coche de papá se fue*). La comprensión en principio es buena, pero su evaluación en el niño pequeño es a veces difícil. Cuando los trastornos de comprensión son manifiestos, el pronóstico es más reservado.

■ La **evolución** puede ser espontáneamente favorable, pero es raro que un retraso en el lenguaje persistente más allá de los 5 años desaparezca totalmente aun cuando haya un enriquecimiento progresivo. La reeducación, desde los 4 años, se impone si se trata de retraso severo. El pronóstico es más delicado si implica también trastorno de la

comprensión. Tras un retraso en el lenguaje pueden aparecer una tartamudez o una dislexia-disortografía.

■ El **nivel intelectual**, apreciado mediante los tests visomanuales (*performance*) en los que el lenguaje no interviene, no presenta características distintas a las de la población promedio. Cuando el retraso es importante, con un cuadro máximo de disfasia, se han descrito ciertas dificultades intelectuales: perturbación en la adquisición de las nociones de espacio y tiempo con una deficiente organización del esquema corporal, necesidad de ayudas extraverbales para que la comprensión sea satisfactoria, intelección concreta de los problemas, etc.

La personalidad de estos niños depende de la profundidad del trastorno y de las interacciones familiares y ambientales. Aparte de aquellos niños cuya personalidad parece ser normal, se han descrito «disfásicos prolijos, poco controlados», expansivos, y «disfásicos económicos», unos niños, en fin, cuyos trastornos de personalidad pueden ser ya más importantes, de tipo prepsicótico.

■ En el **plano etiológico**, los autores subrayan, sea la *inmadurez cerebral* (p. ej., antecedentes de prematuridad), sea la *carencia cuantitativa y/o cualitativa* de estimulación verbal, debida a un ambiente socioeconómico desfavorable, sea el *equilibrio psicoafectivo* y la ausencia de «apetencia» verbal (Pichon). La cualidad de las relaciones afectivas familiares tiene entonces un papel importante (carencia afectiva, ausencia de interacción verbal madre-hijo, bien porque la madre habla poco, bien porque es depresiva, etc.). En la clínica, no es raro que coexistan estos diversos factores.

En todos los casos, el período de 3 a 5 años representa un umbral crítico, con riesgo de fijación de los trastornos. Es por ello importante que se instaure pronto la ayuda terapéutica. Frecuentemente, se tratará de una reeducación ortofónica; en otras ocasiones, de una reeducación psicomotriz encaminada sobre todo a afianzar las nociones espaciotemporales (ritmo, melodía, etc.) y la integración del esquema corporal. En algunos casos, parece ser necesaria la psicoterapia conjunta madre-hijo si sus relaciones tienden a organizarse de forma patológica y son importantes los trastornos psicoafectivos primitivos o secundarios.

III. Disfasias graves

El término «disfasias» (De Ajuriaguerra) agrupa un conjunto de dificultades que van desde los retrasos simples del lenguaje a las alteraciones severas que relegan al niño a la ausencia absoluta del lenguaje.

je. En el capítulo previo, se han descrito los trastornos del desarrollo y en este capítulo se presentan por separado las «disfasias graves». Con este término describimos alteraciones graves del lenguaje caracterizadas no sólo por trastornos de la expresión, sino también de la comprensión (sin duda, de importancia variable). Estas alteraciones persisten después de los 6 años de edad. }

Mientras que un 3-8 % de niños de 3 años (proporción del sexo masculino con respecto al femenino, 2/1) presenta alteraciones del lenguaje, un 1-2 % de niños con una edad superior a los 6 años presenta una alteración específica del lenguaje oral (Rutter).

A. DESCRIPCIÓN CLÍNICA

El **análisis del lenguaje** (nivel de comprensión, capacidad fonológica, riqueza de vocabulario y calidad sintáctica) no siempre permite distinguir el retraso simple del lenguaje, que desaparece progresivamente hacia los 5-6 años de edad, de la disfasia grave, que persistirá durante buena parte de la infancia. Después de los 6 años de edad, las alteraciones pueden fluctuar desde la prácticamente ausencia de lenguaje hasta trastornos caracterizados por:

1. Alteración de la capacidad de repetición, más destacada todavía para la repetición de frases largas, negativas o interrogativas.
2. Alteraciones fonológicas importantes constituidas por errores, omisiones, simplificaciones, sustituciones y duplicaciones. A menudo se observa inestabilidad fonológica en el momento de la repetición.
3. Doble repertorio de vocabulario.
4. Retraso morfosintáctico global, aunque es todavía más importante para algunos aspectos como la función temporal de las formas verbales o los marcadores adverbiales, deficiente dominio de las reglas gramaticales cuando son complejas y cuando existen problemas de homonimia.

Desde sus primeros estudios, De Ajuriaguerra y cols. distinguieron dos tipos de conducta del lenguaje: los «parcos comedidos», cuyos enunciados son raros, muy breves, sintácticamente insuficientes o incluso agramáticos y de tipo descriptivo o enumerativo; y los «prolijos, poco controlados» cuyo discurso es abundante y poco coherente, de frases en ocasiones largas y desordenadas, sin respetar el orden habitual.

Clásicamente, la **disfasia** suele observarse de forma aislada. No existe retraso mental asociado ni alteraciones importantes de la conducta y de la comunicación no verbal, así como tampoco se observa déficit sensitivo (en especial auditivo) o afectación motora. No obstante, no es excepcional observar signos asociados (v. más adelante).

El **estudio del nivel intelectual** pone de manifiesto la ausencia de retraso en las pruebas no verbales, y se observa para el WISC una diferencia importante entre los subtests de *performance* y los subtests verbales (> 20 puntos).

Comportamiento: no se observa un trastorno severo de conducta o síntomas evidentes de psicosis precoz (en especial autismo). Habitualmente, el contacto con el niño disfásico es fácil; puede establecerse una comunicación por gestos o entonaciones de la voz, muy diferente del contacto con el niño psicótico. No obstante, a menudo se observan dificultades afectivas asociadas: emotividad, inestabilidad afectiva, impulsividad, episodios frecuentes de cólera, reacción de superioridad o, por el contrario, reacciones de retraimiento y vergüenza manifiesta. Sin duda, resulta difícil (y utópico) distinguir entre la causa y las consecuencias en este tipo de alteraciones. Las relaciones con los compañeros, en ocasiones, parecen satisfactorias, con una participación normal en los juegos, sobre todo en el caso de los niños pequeños. Ocasionalmente se observan dificultades notables de relación con los compañeros, con problemas para «encajar» en los juegos colectivos y para comprender y respetar las reglas de los mismos.

El **estudio tónico motor** puede poner de manifiesto signos de dispraxia (v. pág. 104), en especial una dispraxia bucolinguofacial en las formas más graves (sordomudez). La existencia frecuente de alteraciones en la organización temporoespacial, con dificultades para reproducir las estructuras rítmicas, ha dado lugar a diversas hipótesis etiológicas que no siempre han podido confirmarse.

B. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS E INVESTIGACIONES ETIOLÓGICAS ORGÁNICAS

La **audición** ha sido objeto de exploraciones especiales. Diversos investigadores han puesto de manifiesto anomalías: déficit parcial, a menudo unilateral, que no se relaciona con la zona de conversación. En ocasiones, la percepción rítmica parece deficiente, los niños disfásicos presentan dificultades en el tratamiento de los cambios rápidos, de sonidos complejos.

En un 4-5 % de casos, las **exploraciones radiológicas** (RM) ponen de manifiesto anomalías frecuentemente menores e inespecíficas. En los casos excepcionales en los que se documentan anomalías neuroradiológicas más importantes, no suele ser posible establecer una correlación anatomoclínica rigurosa y sistemática. Por otra parte, la semiología de las alteraciones observadas en estos niños no se distingue de la documentada en niños con un trastorno grave del desarrollo del lenguaje en ausencia de una lesión macroscópica cerebral (M. Dugas).

En ocasiones, el **electroencefalograma** presenta anomalías de tipo paroxístico, sobre todo durante el sueño (C. Billard: 30 % de casos). El **síndrome de Landau-Kleffner** (agnosia auditiva) se caracteriza por disfasia grave (falta de atención auditiva e incomprensión verbal al mismo tiempo que la discriminación de los sonidos puros es normal), con una expresión muy reducida del lenguaje y manifestaciones epilépticas en forma de crisis generalizadas o parciales. Se observa una concomitancia entre las manifestaciones epilépticas y las alteraciones del lenguaje. El síndrome aparece a los 3-5 años de edad y evoluciona en brotes regresivos.

El **estudio genético** muestra la existencia de casos familiares y de frecuentes antecedentes en la familia de alteraciones del lenguaje (Tallal). En ocasiones parece existir un «perfil familiar» sin que pueda atribuirse a un tipo de transmisión concreta.

C. HIPÓTESIS PSICOPATOLÓGICAS Y EVOLUCIÓN

Entre la «calidad» del funcionamiento psíquico y las posibilidades expresivas y de comunicación tan abundantes que procura el lenguaje, existe necesariamente una repercusión mutua. La comunicación a través del lenguaje sigue siendo el medio esencial para comprender el funcionamiento mental, aunque puedan utilizarse técnicas periféricas como el juego, dibujo, modelado, para reforzar esta comunicación tal como se lleva a cabo en el niño pequeño.

Por otra parte, es necesario considerar dos tipos de factores (Diatkine): los primeros se relacionan con los acontecimientos producidos en el momento en el que tendría que haberse observado la aparición del lenguaje y las causas de dicha ausencia; los segundos factores se relacionan con la nueva organización (tanto en el niño como en su entorno) que ha tenido lugar al no producirse la aparición del lenguaje y los cambios que ésta provoca.

El lenguaje refuerza y estabiliza la función simbólica, multiplica la capacidad de comunicación permitiendo pasar de lo indicativo a lo mencionado y, por consiguiente, de pensar la ausencia, etc.

Por el contrario, la ausencia de lenguaje (o de comunicación equivalente: lenguaje de los signos en el niño sordo) comporta el riesgo de mantener un funcionamiento psíquico de tipo arcaico (v. pág. 317: núcleo estructural psicótico). Esto puede comprobarse en algunos niños disfásicos cuyo funcionamiento psíquico parece próximo al funcionamiento psicótico (es necesario distinguirlo de los síntomas de las psicosis infantiles precoces).

No obstante, esto no siempre es la norma, puesto que algunos niños disfásicos no parecen utilizar de forma prioritaria procesos del tipo de la identificación adhesiva o proyectiva (v. pág. 320) de las proyecciones paranoides. Por el contrario, se comprueba la existencia de

mecanismos más flexibles que evidencian una adecuada diferenciación entre sí mismo y los demás, una percepción de la alternancia y de la reciprocidad; inicialmente estos niños parecen utilizar con esta finalidad las diversas manifestaciones del lenguaje que pueden compartir con el terapeuta (M. van Waczenberghe). Por consiguiente, guardan poca relación con lo observado en el «funcionamiento psicótico».

Por esta razón, es necesario interpretar con precaución el análisis psicopatológico. En especial, son poco aconsejables las interpretaciones demasiado rápidas sobre la conducta parental, interpretaciones que se establecerán como explicaciones *a posteriori* del tipo de funcionamiento psíquico del niño. De hecho, los padres adoptan frecuentemente con el niño disfásico una actitud de tipo «operativo», escuchándole con «comedimiento», pidiéndole que repita varias veces lo que acaba de decir, lo que dificulta la comunicación convirtiéndola en artificial. Este aspecto, en general, es reactivo, evidencia el sufrimiento de los padres ante las dificultades de su hijo y desaparece al mejorar la disfasia.

La **evolución** es difícil de prever. En el niño pequeño no es fácil distinguir entre el retraso simple del lenguaje, que desaparecerá espontáneamente, y una disfasia que persistirá (y se agravará) sin tratamiento. Así pues, es necesario recomendar un tratamiento precoz (v. más adelante: Retraso simple del lenguaje). Con tratamiento, la disfasia mejora, aunque no es excepcional que algunos signos (p. ej., dificultades en las pruebas de velocidad de repetición de sílabas) persistan de forma prolongada.

La escolaridad puede desarrollarse normalmente cuando la disfasia ha mejorado antes de los 8 años de edad. No obstante, es frecuente observar una dificultad para seguir los cursos escolares con el doble riesgo de exclusión y confusión: confusión con una deficiencia mental y con una psicosis. En estos casos es necesaria una intervención pedagógica adaptada al niño junto a la ayuda terapéutica.

D. ENFOQUE TERAPÉUTICO

Todos los autores coinciden en reconocer la importancia de una logopedia sistemática e intensiva (3 sesiones y más a la semana) de larga duración. Es una logopedia cuya finalidad es utilizar la palabra como forma de comunicación, pero que no necesariamente se incluye en el procedimiento de una «reeducación» clásica, como mínimo al principio. La capacidad para jugar, inventar y compartir entre el logopeda y el niño es similar al tratamiento en psicoterapia, pero se distingue de la misma por la importancia en el aspecto fonológico y la recuperación morfosintáctica.

Este tratamiento logopédico puede ir precedido, acompañado o seguido de diversas acciones terapéuticas (psicomotricidad, grupo rít-

mico) y/o psicoterapia. Si el niño presenta dificultades escolares importantes, puede ser necesario tratamiento institucional (de tipo hospital de día).

IV. DISLEXIA-DISORTOGRAFÍA

La dislexia se caracteriza por la dificultad en la adquisición de la lectura en la edad promedio habitual, al margen de cualquier déficit sensorial. A la dislexia se asocian deficiencias en la ortografía y de ahí el nombre de dislexia-disortografía.

Según los autores, de un 5 a un 15 % de los niños presenta dichas dificultades. La escolaridad obligatoria y el acceso de la casi totalidad de la población al lenguaje escrito han puesto de relieve dicho trastorno, cuyas primeras descripciones datan de finales del siglo XIX. A menudo se ha acusado a las técnicas de aprendizaje de la lectura como origen de la dislexia. No obstante, veremos a continuación que, si bien la escuela es un factor a considerar, los trastornos no pueden ser reducidos puramente a errores pedagógicos.

No puede hablarse de dislexia antes de los 7-7 años y medio, puesto que antes de dicha edad errores similares resultan banales dada su frecuencia.

1. Descripción

a) Dislexia

Se observan confusiones de los grafemas cuya correspondencia fonética es parecida (t-d, ce-fe) o su forma semejante (p-q, d-b), inversiones (or-ro, cri-cir), omisiones (bar-ba, plato-pato), e incluso adiciones y sustituciones. Por lo que a la frase afecta, tienen dificultades en captar su fragmentación y el ritmo. La comprensión del texto leído es con frecuencia superior a lo que podría creerse, dadas las dificultades para descifrarlo. No obstante, es raro que la información escrita sea entendida en su totalidad. El desnivel se acrecienta con la edad del niño, las exigencias escolares y las capacidades de lectura. Si no hay tratamiento, aun cuando inicialmente los déficit escolares se centraran en la lectura, rápidamente se convierten en globales.

Estas dificultades pueden ponerse de manifiesto mediante la batería de tests elaborada por madame Borel-Maisonny. A fin de disponer de una posibilidad de establecer un baremo y un sistema de comparación, se ha experimentado con un test de lexicometría (*test de l'alouette*), de forma que pueda atribuirse a cada niño un «coeficiente léxico»

resultado de la relación entre la edad lectora y la edad cronológica, del que no deben deducirse conclusiones patológicas.

b) Disortografía

Los errores constatados, banales de hecho en los inicios del aprendizaje, son parecidos a los observados en la lectura: confusión, inversión, omisión, dificultades para transcribir los homófonos (homónimos no homógrafos: hasta-asta), confusión de género, de número, errores sintácticos groseros (lastre-las tres), etc.

2. Factores asociados

Junto a la dislexia se dan ciertas asociaciones cuya frecuencia merece ser señalada, sin que por ello puedan considerarse el único origen etiológico del trastorno.

a) Retraso en el lenguaje

Es un antecedente frecuente. Algunos lo consideran constante, pero no siempre visible, revelado sólo por las dificultades suplementarias inherentes a la lectura. No obstante, es interesante analizar más a fondo los antecedentes del trastorno del lenguaje. Los estudios catamnésticos de niños con retraso del lenguaje nos invitan a distinguir aquellos que tienen dificultades de comprensión, en cuyo caso la dislexia-disortografía aparecería de inmediato, de los que no tienen dificultades de comprensión, en los que la dislexia-disortografía sería mucho menos frecuente.

b) Trastornos de la lateralización

La zurdería y, sobre todo, la lateralización deficiente, tanto visual como auditiva, han sido invocadas a menudo como origen de la dislexia (Horton). Los estudios estadísticos de comparación con el conjunto de la población de zurdos son difíciles de realizar y ofrecen resultados de significación variable. La frecuencia de zurdos y de mal lateralizados en los niños disléxicos estaría entre el 30 y el 50 %.

La «zurdería contrariada» ha sido considerada responsable de ciertos trastornos, sobre todo en la época en que la elección se imponía drásticamente al niño. En un contexto tal, es probable que el clima afectivo de contrariedad haya sido un factor favorecedor no despreciable. Actualmente, el respeto por la lateralidad espontánea del niño es mayor y los zurdos no experimentan ya la antigua presión normativa. En el niño deficientemente lateralizado, favorecer en medio de un clima afectivo y no represivo la utilización de la mano derecha no acostumbra ser origen de dificultades suplementarias. Además, existen niños mal lateralizados sin trastorno disléxico alguno.

c) Alteraciones de la organización temporoespacial

En los niños disléxicos, las confusiones entre letras de formas idénticas, pero invertidas en el espacio (p-q, b-d), y las dificultades para comprender el ritmo espontáneo de la frase han dado lugar a la hipótesis sobre la alteración de la organización del espacio y el tiempo en estos pacientes. Se ha descrito su incapacidad para reproducir las estructuras rítmicas percibidas en la audición al igual que sus errores demasiado frecuentes en la orientación derecha-izquierda.

3. Factores etiológicos

Además de las asociaciones descritas, se invocan numerosos factores como origen de este trastorno, que se sitúa en la encrucijada de la maduración social e individual del niño. El córtex cerebral, el patrimonio genético, el equilibrio afectivo y los errores pedagógicos han sido considerados, ora unos, ora otros, como responsables.

a) Factores genéticos

Se apela a ellos en el diagnóstico de la dislexia por la predominancia de este trastorno en los niños frente a las niñas, por la existencia de casos familiares (ascendientes o colaterales) y por la concordancia del trastorno en el caso de los gemelos homocigóticos. Algunos autores se han atrevido incluso a calificar la transmisión (herencia monohíbrida autosómica), lo que ha sido rechazado por otros. Cabe reconocer que estas deducciones son fruto de estudios estadísticos llevados a cabo con gran número de observaciones, a los que faltan muchos elementos, lo que convierte en aleatorias estas conclusiones. La correlación entre retraso del lenguaje y dislexia ha inducido a evocar «una fragilidad constitucional» referida al conjunto de las capacidades de aprendizaje del lenguaje.

b) Sufrimiento cerebral

La frecuencia de antecedentes neonatales (embarazo y parto difícil, prematuridad, reanimación neonatal, etc.) ha conducido a algunos autores a referirse al sufrimiento cerebral. Nosotros lo relacionaríamos también con la «inmadurez cerebral», igualmente esgrimida, sin que se sepa exactamente cuál es el significado de dicho vocablo (v. pág. 58).

c) Trastornos perceptivos

Dentro de esta hipótesis, los factores periféricos, especialmente la vista, son considerados responsables de las dificultades en la lectura. La dislexia fue descrita inicialmente por un oftalmólogo (Minshdwood, 1895). Aunque en la actualidad no se menciona la agudeza visual

propia, varios autores se han referido al estudio de la oculomotricidad describiendo una dispraxia ocular o una no lateralización de la mirada. Si bien la realidad de estos trastornos es innegable —aun cuando no sepamos si son principales o secundarios—, sin embargo, no son constantes en los niños disléxicos y se hallan también en los no disléxicos. En cualquier caso, la integración de los grafemas, para alcanzar la comprensión simbólica del lenguaje leído, no puede reducirse a la simple percepción sensorial.

d) Equilibrio psicoafectivo

Es muy difícil separar aquellas perturbaciones afectivas secundarias a la dislexia de las que puedan haberla originado. Durante mucho tiempo se había creído que dichas perturbaciones eran, ante todo, reactivas. Actualmente, muchos creen que la dislexia puede ser una posible manifestación de trastornos de la personalidad. Si bien ningún cuadro psicopatológico preciso puede ser correlacionado con la dislexia, no es menos cierto que los niños disléxicos presentan a menudo trastornos del comportamiento de tipo impulsivo con un «paso al acto» fácil y frecuente. Reencontramos aquí, al igual que en la adquisición del lenguaje hablado, toda la problemática de la simbolización con la mediación (catexis de los procesos secundarios, capacidad de tolerancia a la frustración, etc.) permitida por ella. Sin negar la dimensión reactiva de estos trastornos en el niño enfrentado al fracaso escolar y a un desfase cada vez mayor entre sus capacidades y la exigencia de su entorno social, cabe subrayar que el aprendizaje de la lectura se produce normalmente en el niño a una edad en la que los conflictos psicoafectivos se apaciguan, lo cual facilita la catexis sublimadora del conocimiento escolar. Se cree que los diversos trastornos de la personalidad cuya característica común consiste en mantener un estado conflictivo siempre activo, bien pueden convertir en aleatorio el aprendizaje de la lectura, o integrarlo en una nueva conducta patológica.

e) Medio sociocultural

Parece existir cierta correlación entre un nivel sociocultural bajo o mediocre y la aparición de la dislexia. No obstante, no se trata de una relación simple, dado que se asocian a ella numerosos factores de compensación o de agravación: relación padre-hijo, diferencia cultural, etc.

f) Inteligencia

Por definición no se habla inicialmente de dislexia más que en los niños de nivel intelectual normal según los tests de evaluación. En realidad, es conveniente ser algo más arbitrario en este terreno.

Muchos niños débiles ligeros o medios presentan unas dificultades en el aprendizaje de la lectura idénticas en todos sus aspectos a las que acabamos de describir. También ellos resultan beneficiados de una ayuda pedagógica oportuna, y en tales condiciones pueden llegar a adquirir la lectura. Además del problema general de la debilidad (v. pág. 176), resulta conveniente detectar estas deficiencias y tratarlas debidamente.

g) Pedagogía

El método global de aprendizaje de la lectura fue considerado durante un tiempo el responsable de la dislexia. En realidad, estudios comparativos demostraron que esto no era cierto en absoluto y que, por el contrario, dicho método permitía identificar con mayor rapidez a los niños con dificultades. Al igual que en el resto de la pedagogía, no existe un único y buen método para aprender a leer. No obstante, sí existe un gran número de maestros y un gran número de niños cuyas relaciones recíprocas resultan determinantes. En lo que al maestro concierne, su facilidad para utilizar tal o cual método, su confianza en éste o su desconfianza en aquél, su propio entusiasmo o su pesimismo son factores realmente importantes.

4. Tratamiento

El lugar ocupado por la dislexia en el conjunto de las deficiencias del niño y el carácter primario o reactivo de estas últimas deberán ser tenidos en cuenta antes de iniciar una terapia. Si la dislexia está inscrita en el marco de un trastorno profundo de la personalidad, con oposición más o menos vigorosa a todo tipo de adquisición nueva, sobre todo escolar, es fácilmente previsible que la reeducación se estrelle contra el síntoma, siendo entonces deseable un enfoque terapéutico globalizado.

No obstante, la reeducación resulta con frecuencia indispensable. Lo esencial es que el niño la acepte y se halle motivado para ello, tarea esta que incumbe al psicólogo, al reeducador, e incluso a los padres. En cuanto al método utilizado, depende más del reeducador que del niño. Distinguiremos los métodos basados en la lectura (Borel-Maisonny) con una base fonética en los que unos gestos simbólicos intentan suscitar la asociación signo escrito-sonido, y los métodos basados en la escritura (Chassagny), que utilizan series (palabras encadenadas por su forma o por su significado) y en los que el niño se autocorriga (p. ej., «hombre»: se invita al niño a escribir «mimbre», «lumbre», «timbre», «hambre» y, por fin, «hombre»).

En la mayoría de los casos, la reeducación consigue entre 6 y 24 meses de disminución e incluso la desaparición de las dificultades. Hay, no obstante, un porcentaje de niños (del 10 al 15 %) que apenas logra ningún progreso. En este caso debe plantearse la nece-

sidad de una pedagogía especial con mínima referencia a la lecto-escritura.

Aprovechamos la ocasión para subrayar el papel de la escuela en esta edad crítica para el niño. Las pequeñas deficiencias, en una clase no saturada y con un maestro disponible, pueden ser atenuadas y suprimidas, mientras que unas condiciones pedagógicas mediocres consolidan el trastorno y son origen de perturbaciones reactivas en el niño: rechazo escolar, reacción de catástrofe, inhibición, etc.

V. Patologías especiales

A. TARTAMUDEZ

La tartamudez, perturbación integrable en el dominio de las interacciones orales, es un trastorno de la fluidez verbal y no del lenguaje en sí mismo. Se da aproximadamente en un 1 % de los niños, chicos con preferencia (3 o 4 niños por cada niña). Podemos distinguir entre el tartamudeo tónico, con bloqueo e imposibilidad de emitir un sonido durante un cierto tiempo, y el tartamudeo clónico, caracterizado por la repetición involuntaria, brusca y explosiva de una sílaba, frecuentemente la primera de la frase. Se ha querido describir estos dos tipos de tartamudeo como una sucesión, pero lo cierto es que a menudo coexisten.

El tartamudeo va acompañado muchas veces de fenómenos motores diversos: crispación de la faz, tics, o gestos varios más o menos estereotipados del rostro, de la mano, de los miembros inferiores, asociados con manifestaciones emocionales (rubores, malestar, temblores de manos, etc.).

Aparece habitualmente entre los 3 y los 5 años. Se denomina, con poca fortuna, «tartamudeo fisiológico» a la fase de repetición de sílabas sin tensión espasmódica o tónica que sobreviene hacia los 3-4 años y que no tiene ninguna relación con el tartamudeo auténtico. Más tarde, en la infancia o en la adolescencia, puede aparecer la tartamudez, a veces repentinamente, después de un impacto afectivo o emocional.

Las diversas exploraciones neurofisiológicas no han permitido descubrir ninguna anomalía funcional, hecho que confirma la variabilidad del tartamudeo de un día a otro en función del interlocutor, el estado afectivo del locutor mismo y el contenido de su discurso. El tartamudeo se acentúa cuando la relación es susceptible de desencadenar una emoción (padres, escuela, desconocido, etc.) y se amortigua o desaparece cuando las emociones son fácilmente controlables (texto

sabido «de memoria», soliloquio, canto, diálogo con un objeto o un animal).

1. Factores asociados

La *herencia* ha sido invocada con frecuencia. Hay antecedentes en un 30 % de los casos, más o menos.

La *dislateralidad* (zurdos, lateralidad no homogénea), considerada inicialmente, está lejos de hallarse en todos los tartamudeos, al igual que no todos los zurdos son tartamudos. Su importancia de hecho parece escasa.

La *existencia de retraso en el lenguaje* es, por el contrario, frecuente. El 50 % de los tartamudos tiene antecedentes de este tipo. Dicha correlación ha dado origen a una hipótesis patogénica que considera el tartamudeo un «defecto de inmediatez lingüística» (Pichon), es decir, una incapacidad para hallar la palabra adecuada dentro del plazo de urgencia que impone la locución.

La *inteligencia* de los niños tartamudos es de todo punto similar a la del grupo control. Al contrario que en el retraso del lenguaje, no se hallan perturbaciones temporoespaciales.

2. Psicopatología de la tartamudez

Las perturbaciones psicoafectivas del niño tartamudo son tales que nadie osaría ignorarlas. Puesto que el síntoma incide esencialmente en la comunicación interindividual, los diversos trabajos referidos a las dificultades psicoafectivas del tartamudo oscilan constantemente entre dos polos: una personalidad patológica, un entorno patológico.

Personalidad del tartamudeo. Felizmente ha desaparecido la época en que ciertos autores abrigaron la esperanza de describir «una» personalidad patológica del tartamudo. No obstante, ciertos rasgos de personalidad se hallan con suma frecuencia. Introversión y ansiedad, pasividad y sumisión, agresividad e impulsividad se dan en casi todos los casos.

Los estudios psicoanalíticos sitúan el tartamudeo, ya entre la *histeria* de conversión y la *neurosis obsesiva* (O. Fenichel), ya dentro del marco de una *organización paranoide*, estructurada por el tartamudeo mediante unas defensas obsesivas a nivel del contenido de su discurso, y por unas defensas *histéricas* en la forma manifiesta de su elocución (Anzieu).

Al margen de esto, pero centrado también en el individuo, citaremos el enfoque *psicofisiológico*, que explica el tartamudeo como el resultado de un conflicto de aproximación y de evitación en el que la an-

siedad suscita el bloqueo que por *feed-back* negativo libera en un segundo tiempo la palabra; de ahí las «sacudidas» y repeticiones del lenguaje (Sheehan).

De hecho, no puede comprenderse la génesis de estos trastornos al margen del problema de la comunicación y de la realización del lenguaje. Así pues, las reacciones ansiosas, hostiles o agresivas frente a otros son susceptibles de bloquear la espontaneidad verbal y hacer aparecer el síntoma.

Ambiente del tartamudo. También se ha intentado describir una tipología caracterial del entorno del tartamudo. Evidentemente, las madres se hallan en primer plano: ansiosas y sobreprotectoras o distantes y poco afectuosas, madres inseguras e insatisfechas, contradictorias en sus actitudes, atrayentes y rechazantes.

Actualmente, la atención se centra en la interacción madre-hijo, entendiendo el tartamudeo como la incapacidad inicial para introducir la distancia que la comunicación verbal permite normalmente entre dos individuos. En el niño, ello sería debido a la excesiva angustia ante cualquier distancia en su relación con la madre, lo que tendría como corolario la incapacidad para infravalorarla o agredirla. En la madre, implicaría la extrema ambivalencia con la que acoge esta toma de distancia (G. Wyatt). El padre no intervendría más que como personaje idealizado, pero de hecho irreal, sin relación con la persona realmente existente.

3. Evolución y tratamiento

Si bien en ciertos casos el tartamudeo se atenúa o bien desaparece espontáneamente con la edad, su posible persistencia y las dificultades de relación que implica justifican el abordaje terapéutico.

Todos los autores están de acuerdo en que cuanto más precoz es el tratamiento del tartamudeo, más rápido resulta y mejores resultados se obtienen. La terapia debe iniciarse entre los 5 y los 7 años.

Desde los 10 años hasta la adolescencia los tratamientos resultan difíciles y los resultados, por lo menos en lo que al síntoma se refiere, aleatorios. Esto es tanto más comprensible cuanto que el tartamudeo, en el transcurso del desarrollo del niño, puede desligarse de su significado emocional primitivo y persistir simplemente como una «huella» sin relación con la problemática psicoafectiva del individuo actual.

En el plano técnico, con el niño pequeño es aconsejable la reeducación ortofónica, pero deberá vigilarse que la agresividad siempre latente pueda ser exteriorizada. Con el de más edad, sobre todo si existen rasgos neuróticos, resulta eficaz la psicoterapia si el niño o el adolescente la acepta y los padres toleran sus manifestaciones de autonomía. Las técnicas no centradas exclusivamente en el habla, tales como la relajación o el psicodrama, pueden ser útiles.

B. MUTISMO

El mutismo es la ausencia de lenguaje en un niño que anteriormente hablaba y cuyos trastornos no forman parte de un cuadro de afasia. Podemos distinguir dos cuadros:

Mutismo total adquirido, el cual sobreviene con frecuencia después de un impacto afectivo. Se observa especialmente en el adolescente. De duración variable, pero con frecuencia pasajero, en ocasiones va seguido de un período de palabra balbuceante o de tartamudeo transitorio.

Mutismo selectivo duradero: el entorno en el que se manifiesta es variable, puede ser intrafamiliar o, por el contrario, escolar, extrafamiliar. Aparece con frecuencia entre los 6-7 años y puede durar muchos más. Pueden observarse otros síntomas: inhibición motriz, oposición, enuresis, etc. Hay un dato curioso: cuando el niño manifiesta mutismo en la escuela, puede conservar durante mucho tiempo la actividad escrita y progresar normalmente, al menos en apariencia, en la escolaridad (dictado, cálculo, lección escrita, etc.).

En el plano psicopatológico

Si el mutismo emocional expresa con frecuencia un mecanismo de conversión histérica, sobre todo en la adolescencia, la comprensión dinámica del mutismo selectivo global resulta, por el contrario, mucho más difícil de abordar. El lazo de unión entre madre-hijo es siempre muy fuerte, y a causa de ello el niño puede dirigir la carga libidinal sobre el lenguaje considerándolo una amenaza potencial para dicha unión. Parece ser que, a pesar de una aparente adaptación superficial, dicho mutismo enmascara a menudo profundos trastornos de la personalidad de tipo psicótico o prepsicótico. Con frecuencia existe en estas familias un «secreto familiar», algo no dicho. El mutismo parece precintarse a algunos miembros de la familia (especialmente a la madre y su hijo) y prohibir la divulgación de este secreto fuera del ámbito familiar. Por lo general dicho secreto se articula alrededor de un drama familiar: nacimiento ilegítimo, locura, muerte (Myquel).

Tratamiento

El tratamiento del mutismo emocional es parecido al enfoque terapéutico de las neurosis traumáticas (terapia de sostén, en la que se utilizan las explicaciones y la sugestión). En el caso del mutismo selectivo, el tratamiento psicoterapéutico puede resultar difícil, especialmente a causa de la contratransferencia que el síntoma suscita en el terapeuta. El psicodrama e incluso la separación familiar pueden ayudar a la modificación del síntoma.

C. LENGUAJE Y PSICOSIS

A título recordatorio, es necesario destacar que las alteraciones del lenguaje son prácticamente constantes en las psicosis infantiles. Cuanto más precoz es la psicosis, más a menudo se observan dichos trastornos. En el capítulo 16: «Psicosis infantiles» (v. pág. 291) se describen las peculiaridades del lenguaje en las psicosis precoces.

El caso de las disfasias es muy complejo. De hecho, el diagnóstico de disfasia —teóricamente— es incompatible con el diagnóstico de psicosis precoz. Esta distinción se basa en la estrategia del análisis semiológico en el niño pequeño. Por el contrario, en el niño mayor (6-7 años y más) haciendo referencia al funcionamiento psíquico (no solamente al estudio sintomático), no siempre resulta fácil establecer una distinción clara.

BIBLIOGRAFÍA

- AIMARD (P.): *L'enfant et son langage*. Simep, Villeurbanne, 1972.
- AJURIAGUERRA (J. DE), AUZIAS (M.) et COLL: *L'écriture de l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1964.
- AJURIAGUERRA (J. DE), JAEGGI (A.), GUIGNARD (F.), MAQUARD (M.), ROTH (S.), SCHMID (E.): Évolution et pronostic de la dysphasie chez l'enfant, *Psychiatrie Enf.*, 1965, 8 (2), 391-453.
- ANZIEU (A.): Sur quelques traits de la personnalité du bégue. *Bul. Psycho.*, 1968, 21, p. 1022-1028.
- BOUTON (C.P.): *Le développement du langage: aspects normaux et pathologiques*. Masson, Paris, 1979, 1 vol.
- BRESSON (M. F.): L'état actuel des recherches sur les dysphasies, *Textes du Centre Alfred Binet*, 1987, 11, 23-51.
- BRUNER (J.S.): *Savoir faire, savoir dire*. P.U.F., Paris, 1983, 1 vol., 292 p.
- BUCHSENSCHUTZ (E.): Troubles sévères de la compréhension du langage associés à une épilepsie. *Neuropsych. enf. et ado.*, 1979, XXVII, p. 361-373.
- DIATKINE (R.), VAN WAEYENBERGHE (M.): Dysphasies, *Psychiatrie Enf.*, 1990, 33 (1), 37-91.
- DUGAS (M.), BERTHODIN (M.L.), MOREAU (L.): Indication d'une rééducation orthophonique chez l'enfant d'âge scolaire. *Rev. Prat.*, 1978, 28 (23), p. 1751-1763.
- DUGAS (M.), GERARD (C.): Nouvelles approches des troubles du développement du langage: un paradigme pour la psychiatrie de l'enfant, p. 157-172. In: *L'Enfant dans sa famille: nouvelles approches de la santé mentale*: Chiland C., Young J. (sous la direction de) P.U.F., Paris, 1990, 1 vol.
- EDGUMBE (R.M.): Toward a developmental line for the acquisition of language. *Psycho-analytic study of the child*, 1981, 36, p. 71-103.
- GOLSE (B.), BURSSTEIN (C.): *Penser, parler, représenter. Émergences chez l'enfant*, Masson éd., 1990, 1 vol.
- JAKOBSON (R.): *Langage enfantin et aphasie* (traduit de l'anglais et de l'allemand par J.P. Boons et R. Zygouris). Ed. de Minuit, Paris, 1969.
- LA GENESE DE LA PAROLE: *Symposium de l'Association de Psychologie Scientifique de Langue Française*. P.U.F., Paris, 1977, 1 vol.

- LAUNAY (Cl.), BOREL-MAISONNY (S.): *Les troubles du langage, de la parole et de la voix chez l'enfant*. Masson, Paris, 1972.
- MARCELLI (D.): Personnalité du bégue: approche thérapeutique. *Neuro psy. enf. et Ado.*, 1979, XXVII, p. 259-263.
- MYQUEL (M.), GRANON (M.): Le mutisme électif extra-familial de l'enfant. *Neuropsychiatrie enfance*, 1982, 30, 6, p. 329-339.
- NUMÉRO SPÉCIAL: Genèse et psychopathologie du langage, *Neuropsych. Enf. Ado.*, 1984, 32 (10-11), 477-566.
- PICHON (E.): *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*. Masson, Paris, 1936.
- SINCLAIR de ZWART (H.): *Acquisition du langage et développement de la pensée*. Dunod, Paris, 1967.
- WYATT (G.L.): *La relation mère-enfant et l'acquisition du langage*. Dessart, Bruxelles, 1969, 1 vol.

7

Psicopatología de la esfera oroalimenticia

I. Generalidades

Alrededor de la alimentación se estructura el eje de interacción más precoz entre madre e hijo, eje que constituirá el núcleo de referencia de diversos estadios posteriores del desarrollo. La importancia de los intercambios entre el niño y su entorno, en lo concerniente a la alimentación, no necesita ser demostrada; no obstante, la multiplicidad de factores que aquí intervienen dificulta el estudio de esta interacción.

Brevemente, evocaremos los factores relacionados con el niño, después los referidos a la relación maternal y finalmente a la dimensión sociocultural de la alimentación.

El **recién nacido** posee una dotación neurofisiológica especialmente bien desarrollada, desde el nacimiento, en el plano de la conducta de succión: el reflejo de orientación acompañado de la rotación de la cabeza, el reflejo de búsqueda y los reflejos de succión y de deglución (acompañados de las tentativas de prensión de los dedos) representan una unidad motriz inmediatamente funcional. No obstante, de ello no debe concluirse que todos los bebés tengan idéntico comportamiento frente a la alimentación.

Las enfermeras de maternidad saben distinguir rápidamente, desde las primeras comidas, los «poco comedores» de «los glotones». Cuando se estudia el ritmo de succión del pezón y la frecuencia de las detenciones, pueden distinguirse unos recién nacidos que maman a ritmo rápido, casi sin pausa, y otros cuyo ritmo de succión es lento y jalonado por numerosas pausas. Parece, también, que los varones forman parte con mayor frecuencia de este segundo grupo (I. Lézine y

cols.). Pero este comportamiento de succión, en sí diferente de un recién nacido a otro, va acompañado de un conjunto de manifestaciones también variables. Algunos bebés lloran y se agitan ruidosamente ante aquello que seguramente experimentan como una tensión intolerable, otros parecen esperar mucho más sosegadamente la llegada del alimento. Algunos maman con los ojos abiertos, otros con los ojos cerrados.

Sea cual sea la causa de estas variaciones individuales, parece ser que la succión constituye para el bebé una necesidad en sí: cuando el alimento ha sido tomado con excesiva rapidez, el bebé tiende a prolongar el tiempo de succión mediante los dedos o algún otro objeto. Además, la alimentación de un bebé no se reduce exclusivamente a la extinción del hambre fisiológica, sino que representa el prototipo de las interacciones humanas. Muy pronto, Freud distinguió entre la necesidad alimenticia en sí (el hambre) y la «prima de placer» (succión) que el recién nacido extrae de la misma. De ahí que pueda decirse esquemáticamente que la huella ontogénica marcará el apetito. En torno a esta «prima de placer» se organizan en el bebé las primeras interiorizaciones de las relaciones humanas, sobre las cuales se establecerán ulteriormente las diversas elecciones objetales del niño. Actualmente se tiende a considerar que de esta «prima de placer» participan no sólo la succión y la satisfacción del hambre, sino también el conjunto de acciones centradas en el niño (Winnicott): contactos corporales, palabras, miradas, caricias o balanceos maternos, etc., y su necesidad de vinculación (Bowlby).

La succión es el «tiempo fuerte» de dicho intercambio y vendría a representar el modo privilegiado gracias al cual el recién nacido inicia la exploración del mundo que le rodea. Testimonio de ello es la fase en que sistemáticamente se lleva todo a la boca (4-5 meses a 10-12 meses).

En este intercambio del que, hasta aquí, hemos destacado la dimensión libidinal, no debe pensarse que la agresividad se halle excluida. Deglutir, hacer desaparecer, suprimir, etc., es ya un movimiento agresivo, y aun cuando debemos dar cabida con prudencia a la hipótesis de la imagen agresiva precocísima dirigida contra el seno materno (Klein), el hecho es que hay que alimentar al bebé y esto implica hacer desaparecer el estado de tensión, la apetencia anterior. Si el intercambio alimenticio no ha sido fructífero, se corre el riesgo de que la desaparición de la necesidad sea vivida por el bebé como una pérdida, amenaza o intento de aniquilación. Todos los autores describen a los bebés que sufren cólicos al tercer mes (v. pág. 378) o anorexia precoz (v. pág. 140) como bebés vivaces, activos, tónicos. Podríamos preguntarnos si precisamente el estado de repleción posprandial no constituye para ellos una amenaza potencial. La agresividad unida a la incorporación es evidente en la fase sádico-oral (v. pág. 30) como lo atestigua el placer que experimentan los niños al mordisquear o incluso a morder abiertamente (12-18 meses).

No volveremos a estudiar aquí la evolución de la oralidad (v. página 30). Lo importante es señalar los diversos significados según la edad y los estadios libidinales y agresivos.

La actitud de la madre es función, a la vez, de la conducta del recién nacido y de sus propios sentimientos frente a la oralidad, y también de su capacidad de aprendizaje o adaptación frente a situaciones nuevas. I. Lézine y cols. han demostrado que en el transcurso de los primeros biberones, «pocas madres primíparas hallan espontáneamente, de manera natural y ajustada, los gestos necesarios para sostener al bebé, manipularlo, calmarlo y satisfacer sus necesidades de forma inmediata y gratificante». Al principio, su ritmo de alimentación, las detenciones y reanudaciones que impone, no corresponden al ritmo del bebé. Con frecuencia, hacia el cuarto día más o menos, se produce una especie de adaptación recíproca en la que la madre primípara adquiere conciencia de su bebé como tal y experimenta la sensación de ser capaz de ocuparse mejor de él. Dicha adaptación es mucho más rápida en el nacimiento del segundo hijo.

Además de este proceso de armonización recíproca, las diversas madres actúan de modo distinto en función de las manifestaciones del niño: algunas parecen asustadas ante su avidez, otras están orgullosas de ello. Inversamente, algunas pueden experimentar el temor de que la succión lenta e interrumpida sea indicio de futuras dificultades alimenticias. Las distintas actitudes suscitadas por el niño provienen evidentemente de los propios fantasmas inconscientes o preconscientes de la madre, fantasmas cuya reactivación puede comportar el riesgo de que la unión madre-hijo se sumerja en una situación patógena para ambos.

Finalmente la **sociedad** interviene también y de forma muy especial en el intercambio alimenticio madre-hijo. No es nuestro propósito extendernos aquí sobre el conjunto del simbolismo cultural ligado a la alimentación, ni sobre el papel social, siempre fundamental, de las comidas (después de la escena primitiva, viene la cena familiar). Recordemos, no obstante, que en la adolescencia muchos conflictos giran alrededor de la comida familiar y que una de las cosas que con frecuencia señalan las muchachas anoréxicas es su desagrado ante la visión de la ingesta de los padres. Es conveniente también observar el papel de la puericultura en la relación entre el bebé y la madre. Frente a la variedad de las conductas señaladas más arriba, la puericultura ha respondido durante mucho tiempo con una presión monomorfa, en la cual la dietética (calidad y cantidad de los alimentos) ha gozado de mucha mayor atención que las relaciones personales.

En nuestros días, la tendencia es más bien inversa, y la alimentación en función de la demanda del bebé implica el riesgo de abandonar a la joven madre absolutamente desarmada frente a sus temores y fantasmas concernientes a la alimentación sin la gafa tranquilizadora que los consejos y normas dietéticas venían constituyendo.

Estudiaremos ahora la anorexia del bebé, las obesidades y algunas conductas alimenticias aberrantes. El cólico idiopático del tercer mes, los vómitos psicógenos y la rumiación serán abordados en el capítulo consagrado a los trastornos psicosomáticos (v. pág. 375).

II. Estudio psicopatológico

A. ANOREXIA DEL SEGUNDO TRIMESTRE

Sobreviene con frecuencia entre los 5 y los 8 meses. A veces, aparece progresivamente, otras súbitamente. En ocasiones, frente a un cambio de régimen alimenticio: destete (de ahí el término «anorexia del destete»), introducción de alimentos sólidos, etc. Clásicamente, se trata de un bebé vivaz, tónico, despierto, con manifiesta curiosidad ante su entorno y con un desarrollo avanzado. Muy pronto, el rechazo de alimento más o menos total produce una reacción de ansiedad en la madre. Surge entonces todo un conjunto de manipulaciones cuyo objetivo final es conseguir que el niño coma. Se intenta distraerlo, jugar, seducirlo, se espera que esté somnoliento o, por el contrario, se le sujeta, se le inmovilizan las manos, se intenta abrirle la boca por la fuerza, etc. Invariablemente, el niño sale victorioso del combate y la madre vencida y exhausta. Familiares y amigos administran sus consejos, la divergencia de los cuales no hace sino acrecentar la angustia materna.

La anorexia es un factor aislado, el bebé sigue creciendo e incluso engordando. Es raro que dicha anorexia sea tan profunda que comporte la detención de la curva de peso y de estatura. Puede ir acompañada de estreñimiento. La viva apetencia por los líquidos compensa frecuentemente la anorexia hacia los sólidos. Finalmente, no es raro que dicha anorexia esté centrada en la relación con la madre y que el niño coma perfectamente con cualquier otra persona (nodriza, puericultora de la guardería, abuela, etc.). La madre, entonces, experimenta esta conducta como un factor de rechazo centrado directamente sobre ella. Angustiada, contrariada ante la inminencia de las comidas, carece de la disponibilidad necesaria. En estas condiciones, la comida deja de significar para el niño la ingestión del alimento, sino más bien la absorción de la angustia materna (Dolto).

Según la evolución, se distinguen dos formas (Kreisler):

Anorexia simple: aparece como trastorno esencialmente reactivo (al destete, a una enfermedad intercurrente, a un cambio del ritmo de vida, etc.) pasajero, una conducta de rechazo unida habitualmente a una actitud de acoso por parte de la madre. El problema se resuelve

rápidamente mediante un cambio en la conducta de ésta, una vez ha sido tranquilizada, o tras algunos acondicionamientos prácticos (el padre u otra persona darán la comida, ayuda temporal de una puericultora, etc.).

Anorexia mental grave: al principio, no se diferencia en nada de la anterior. Pero, sea porque la reacción anoréxica del niño esté profundamente inscrita en su cuerpo, sea porque el comportamiento de la madre no es susceptible de cambio, la conducta anoréxica persiste. Pueden aparecer otros trastornos: perturbaciones del sueño, cóleras intensas, espasmos de sollozo, etc. Frente a la comida, el niño muestra un desinterés total o un vivo rechazo. En este último caso, las horas de las comidas se convierten en un auténtico asalto entre la madre que intenta utilizar todo tipo de recursos para introducir un poco de comida en la boca de su hijo (seducción, chantaje, amenaza, coacción, etc.) y el niño que se debate, grita, escupe en todas direcciones, vuelca el plato, etc.

El comportamiento anoréxico puede estar jalonado por períodos durante los cuales el niño come mejor y muestra únicamente su capricho por los alimentos dulces, o los lácteos, o las legumbres. Los vómitos son frecuentes y señalan las escasas comidas que se ha dignado tomar. En estas condiciones, es posible un retroceso somático. El niño está más pálido y su aspecto es endeble, sin desarrollar enfermedad específica alguna.

Durante mucho tiempo, los padres buscan el origen orgánico del trastorno, por otra parte raro (cardiopatía, malabsorción digestiva, infección, encefalopatía o tumor cerebral), y que no suele ir acompañado del mismo contexto psicológico.

Enfoque psicopatológico

Ante todo, se ha dirigido la atención hacia las madres de los anoréxicos. Aun cuando hayan sido descritas como autoritarias, manipuladoras y dominantes, están lejos de presentar un perfil psicopatológico preciso. Por el contrario, en todas ellas la relación alimenticia parece ser el eje de interacción privilegiado, enmascarando bajo la necesidad de alimentar al bebé una viva angustia de no ser una buena madre, o bien una angustia de abandono o de muerte, etc.

En el niño, el rechazo alimenticio ha sido objeto de interpretaciones diversas, en función de los estadios genéticos o de desarrollo. La anorexia puede ser entendida como una tentativa para evitar la fase de repleción y de calma posprandial, experimentada como potencialmente dañina al haber desaparecido toda tensión. A su vez, Spitz considera que el desviar la cabeza del seno o del biberón a fin de indicar la saciedad representa el prototipo del gesto semántico «no» y que en este sentido la anorexia es una conducta masiva de rechazo en la relación madre-hijo, conducta que podría entorpecer de inmediato el acceso a una simbolización más mentalizada. En esta línea, se ha señalado la frecuente y excesiva familiaridad de los anoréxicos hacia los extraños en una época en la que habitualmente se fragua la angustia frente al desconocido. Dicha familiaridad podría mostrar la incapacidad para individualizar el rostro materno y cen-

trar la angustia en el rostro extraño. El rechazo alimenticio atestigua la «contaminación ansiosa» que sobreviene en la relación con la madre, con el consiguiente intento de dominarla. La dificultad de mentalización podría constituir la base de una futura organización psicósomática.

El enfoque terapéutico deberá centrarse en la relación madre-hijo, intentar aminorar la angustia de la madre y reducir las actitudes nocivas más significativas. La sola decisión de consultar al paidopsiquiatra basta en ocasiones para calmar los temores. No obstante, dado que estas actitudes proceden de fantasmas preconscious o inconscientes de la madre relativos al vínculo de la alimentación, en ocasiones es necesaria una psicoterapia materna o de madre-hijo.

Formas particulares de la anorexia del bebé

Según la edad, hallamos más raramente:

Anorexia esencial precoz, que aparece desde el nacimiento, sin intervalo alguno. Al principio el bebé se muestra pasivo, sin ningún interés por los biberones. La actitud de oposición surge secundariamente.

En el plano diagnóstico, señalaremos que la anorexia precoz grave puede ser uno de los primeros signos de autismo o de psicosis infantil precoz, siendo obligado investigar el resto de sus posibles manifestaciones. Éstas pueden aparecer en el transcurso del segundo año.

Anorexia de la segunda infancia; sucede habitualmente a la forma típica. Sin embargo, puede aparecer en esta edad y se caracteriza por una viva actitud de oposición y por la existencia de numerosos caprichos alimenticios más o menos variables.

Anorexia mental de las jóvenes (v. *Manual de psicopatología del adolescente*. Masson, Barcelona, 1996).

B. OBESIDAD

Mantenidos largo tiempo en un segundo plano, tras la anorexia mental, los problemas producidos por la obesidad han empezado a ocupar un lugar de primera fila, sobre todo después de numerosos trabajos realizados sobre la obesidad del adulto y su evolución, de los que se deduce que la aparición precoz de la obesidad puede constituir un importante factor pronóstico.

En el plano clínico, la obesidad se define por el excedente de al menos un 20 % del peso en relación con la media normal según la talla. Un excedente superior al 60 % constituye un factor de riesgo seguro. La frecuencia de la obesidad entre la población escolar es del 5 %.

Aunque la solicitud de consulta es con frecuencia tardía, alrededor de la pubertad, el inicio de la obesidad puede ser precoz, desde el primer año de vida. Por tanto, el intervalo abarcado desde la edad de aparición hasta la edad de consulta por obesidad es muy amplio. Hay dos

períodos importantes en la constitución de la obesidad: uno, alrededor del primer año de vida, y otro, durante el período prepuberal, entre los 10-13 años. Distinguiremos así entre la obesidad primaria y la secundaria.

Según el aspecto y número de los adipocitos, los pediatras describen:

1. Obesidades hiperplásicas, en las que el número de adipocitos es muy elevado. Son obesidades que se constituirían ya en el primer año de vida.
2. Obesidades hipertróficas, en las que el número de células grasas es normal, pero su tamaño es excesivo.
3. Obesidades mixtas.

En el plano alimenticio, la obesidad puede sobrevenir como resultado de crisis de bulimia del niño, pero lo más frecuente es que sea consecutiva a hiperfagia mantenida por el clima familiar. El exceso de aporte puede ser global o especialmente de glúcidos (féculas o azúcares) absorbidos con preferencia por la tarde, al regreso de la escuela.

Las obesidades de causa endocrina son excepcionales (menos del 1 %) y van acompañadas de retraso en el crecimiento.

En el plano psicológico, resulta difícil, una vez instalada la obesidad, distinguir entre la dimensión reactiva o la causal de los trastornos observados.

Personalidad del niño obeso

Se ha investigado acerca de la tipología característica de la obesidad, especialmente mediante la contraposición anorexia-delgadez-hiperactividad y polifagia-obesidad-pasividad (H. Bruch). Los niños obesos son descritos con frecuencia como callados, apáticos, tímidos, aunque puedan tener reacciones de cólera súbita. No obstante, la apatía y la pasividad no son constantes, y por el contrario esos niños pueden estar caracterizados por una cierta actividad física. Otros síntomas, testimonio de sufrimiento psicológico, van asociados frecuentemente con la obesidad: fracaso escolar, enuresis. Estos síntomas parecen ser más frecuentes en las obesidades secundarias. Cuando la capacidad intelectual es normal o superior, el éxito se halla entorpecido por la inhibición o la pasividad.

No es frecuente que la obesidad se inscriba en un marco con síndrome claros, y raramente se integra en un cuadro psicopatológico preciso como una psicosis. En el seno de dicha psicosis, la obesidad puede caracterizarse entonces por su aspecto monstruoso (60 % o más de sobrepeso) y por su variabilidad, dando lugar a lo que se ha llamado «la obesidad globo».

La obesidad se halla con frecuencia en casos de debilidad mental. La explicación de este hecho implicaría la búsqueda por parte del niño

de satisfacciones inmediatas, no simbolizadas, y por la reducción de la función paterna a su papel alimenticio, no educativo. Es frecuente hallar la existencia de carencia afectiva asociada a un cuadro de debilidad o seudodebilidad. Hallamos aquí la problemática de lo lleno y lo vacío como factor principal. El niño intenta así colmar la carencia tan cruelmente percibida.

Evolución de la obesidad

Hemos señalado ya el largo período existente entre la aparición de la obesidad y la edad en que surge como motivo de consulta. Salvo casos excepcionales, es en la pubertad, entre los 11-13 años, cuando los padres se inquietan, más a menudo si se trata de una niña que de un niño. Todos los autores coinciden en señalar la relativa persistencia del síntoma, a pesar de los diversos tratamientos abordados. Sólo de un 15 a un 25 % de los obesos se cura (Job), los otros se mantienen así hasta la edad adulta.

Elementos de reflexión psicopatológica

El niño obeso y su familia: el determinismo familiar y cultural de la obesidad es importante. Hay familias de obesos en las que se mezclan los factores genéticos con los hábitos alimenticios. También es frecuente la obesidad entre los niños de las clases menos favorecidas que han accedido a la «sociedad de consumo». En estas familias, la obesidad se halla todavía revestida por el simbolismo de «buena salud».

Se ha descrito, en la constelación familiar, el comportamiento de algunas madres que responden a cualquier manifestación de su bebé mediante una aportación alimenticia (H. Bruch). Evidentemente, esto perturba la sensación de hambre del niño, y cualquier tensión posterior desembocará en la necesidad de absorber algo.

El niño obeso y su cuerpo: el esquema corporal del niño obeso está perturbado habitualmente tanto más cuanto más precoz haya sido la obesidad. No es raro que se dé la representación de un cuerpo filiforme y aéreo. Hablaremos aquí de la problemática de identidad, incluida la identidad sexual, en la que la obesidad tiene un papel diferente según el sexo. Muy esquemáticamente, podría decirse que la obesidad de la niña es un medio de afirmación viril de su cuerpo, negando la castración, mientras que en el niño la obesidad, escondiendo el sexo entre la grasa prepubiana, constituye una especie de protección pasiva contra la angustia de castración, enmascarando la existencia misma del sexo, hecho que se revela con frecuencia en los tests proyectivos.

Vida fantasmática del niño obeso: bajo una apariencia de fuerza y de vigor, se desarrolla a menudo cierto sentimiento depresivo más o

menos importante del que el obeso intenta protegerse: el vacío, la carencia y la ausencia son experimentados agudamente. Rápidamente se moviliza una vida imaginativa unida a la oralidad y subyacen angustias intensas de devoración. El mundo exterior se experimenta como dañino. Frente a este peligro, la regresión narcisista, de la que son testigo las frecuentes alusiones a temas marinos y oceánicos en los tests, constituye la segunda vertiente. La obesidad se utiliza como afirmación del Yo; reemplaza concretamente a la imagen del Yo ideal. De esta forma, la obesidad tendría constantemente un doble papel: por un lado, protectora contra el medio ambiente, y por otro, garantía de la integridad y del valor de la imagen de sí mismo.

La importancia relativa de uno u otro papel explicaría la variedad de los cuadros clínicos.

Tratamiento

Generalmente se fracasa si se considera únicamente el síntoma obesidad, tanto más cuanto que la dieta acostumbra solicitarla los padres y no el niño. Aunque es posible conseguir que el niño adelgace durante el régimen, rápidamente recupera los kilos perdidos en cuanto éste cesa.

La restricción calórica, ciertamente útil e incluso indispensable, debe ir acompañada de la evaluación del papel psicosomático de la obesidad y de la debida motivación por parte del niño hacia el tratamiento. Habitualmente, son necesarias algunas consultas terapéuticas e incluso una terapia de apoyo.

Se desaconseja el tratamiento farmacológico; los anorexígenos anfetamínicos deben ser manejados siempre con mucha prudencia.

C. COMPORTAMIENTOS ALIMENTICIOS DESVIADOS

Crisis de bulimia

Pueden observarse en adolescentes anoréxicos o en niños obesos, pero también en niños que presentan diversos tipos de estructura mental. Constituyen un impulso irresistible a alimentarse, que sobreviene brutalmente, acompañado o no de sensación de hambre, afectando en tiempo normal a alimentos preferidos o no por el sujeto, frecuentemente sin discriminación. Se las describe como una necesidad imperiosa de llenarse la boca, masticando poco o mucho, auténtica hambre devoradora que puede durar desde algunos minutos hasta varias horas. Cesan bruscamente, acompañadas a menudo por una impresión de repugnancia, a la vista del refrigerador devastado, los botes de confitura vacíos y la amarga constatación de que, mientras ha durado el fenómeno, se ha carecido de todo sentido crítico y de toda higiene alimenticia. Acaban en un acceso de torpor, de somnolencia, con

sensación de saciedad, que puede experimentarse con placer o con disgusto.

Señalemos que ciertas crisis graves de bulimia están integradas a veces en el marco de un comportamiento psicótico, en el que la alimentación es el soporte de una catexis delirante.

Manierismo y desagrado electivos

Son comportamientos muy frecuentes en la pequeña infancia, en ocasiones alternados con períodos de anorexia. Conciernen a ciertas especies de alimentos, ya sea como preferencia o como desagrado. Citarémos, por ejemplo, el deseo electivo de alimentos lácteos de color blanco, de golosinas, de chocolate. Inversamente, podemos hablar del rechazo de carnes, de alimentos fibrosos como judías verdes, espárragos, puerros.

Algunos alimentos suscitan vivas reacciones en el niño, sea por su color, por su consistencia o por su carácter altamente simbólico: por ejemplo, «la capa que se forma sobre la leche» raramente deja indiferente al niño, que reacciona a menudo rechazándola y a veces deseándola. La explicación estribaría en el deseo regresivo del seno, convertido en su contrario en forma de desagrado (A. Freud). Si estos gustos y disgustos electivos son testigos evidentes de la catexis fantasmática particular de ciertos alimentos y de su absorción (p. ej., la tentativa de controlar o de negar la agresividad oral y los fantasmas caníbales en el rechazo de la carne), también son un medio de presión y de manipulación del ambiente por parte del niño.

El pequeño anoréxico logra que sus padres realicen proezas a fin de conseguir «el producto» deseado, lo que confirma su omnipotencia sobre ellos.

A una edad más avanzada, si dichas conductas persisten, pueden ser índice de organizaciones más claramente patológicas o vehículo de ideas delirantes de tipo hipocondríaco.

Potomanía

Se trata de la necesidad imperiosa de beber grandes cantidades de agua o, en su defecto, de cualquier otro líquido. Cuando se intenta limitar dicha conducta, algunos autores han descrito a niños capaces de beberse su propia orina.

El diagnóstico diferencial debe ser muy cuidadoso y eliminar cualquier causa orgánica (diabetes glucosúrica, diabetes insípida, síndrome poliuria-polidipsia, etc.) antes de diagnosticar la potomanía.

En el plano psicopatológico, si bien algunos de estos niños presentan trastornos de personalidad inscritos en el cuadro de la psicosis, en otros la potomanía aparece como una perturbación de la noción de sed, cuyo significado se hallaría en un comportamiento neurótico regresivo (recordemos que la primera alimentación del bebé es líquida y

que la absorción de los primeros «trozos» plantea numerosos problemas, tanto a las madres angustiadas por el miedo a que el niño se ahogue, como al niño mismo que no está habituado a masticar) o en una conducta de oposición al medio, con frecuencia a la madre, que es quien intenta limitar la cantidad de líquido ingerido.

No son raros los episodios de potomanía espontáneamente regresivos. En ocasiones preceden a la conducta bulímica o a la anoréxica, o bien la siguen.

Pica

Proviene del nombre latino de la urraca, el pájaro de voracidad omnívora. Se describe con el término «pica» la ingestión de sustancias no comestibles, más allá del período normal (entre los 4 y los 9-10 meses) en el que el bebé se lleva todo a la boca como primer medio de aprehensión del ambiente. En la pica, el niño absorbe las sustancias más diversas: clavos, monedas, botones, juguetitos, lápices, ceniza de cigarrillo, papel, yeso, hierba, tierra, arena, etc. Algunas veces, come siempre el mismo objeto, pero lo más frecuente es que coma cualquier cosa.

Parece ser un comportamiento observado en niños con carencia afectiva profunda o en situación de abandono. También en niños psicóticos, asociado a otras perturbaciones, especialmente trastornos de la función alimenticia y digestiva (anorexia, diarrea/estreñimiento, incontinencia, etc.).

Algunos autores, ante la constatación frecuente en estos niños de una anemia hipocroma, han interpretado dicha conducta como una búsqueda de hierro. La terapia marcial ha logrado algunas mejoras en el comportamiento de pica, pero los resultados no han sido constantes.

Coprofagia

No es frecuente en la infancia, aunque no es raro que el niño entre 2 y 4 años, al realizar el aprendizaje de la limpieza, por lo menos una vez extienda sus heces sobre el lecho, sobre sus ropas o sobre la pared; se trata, no obstante, de una conducta aislada y que muy pronto suscita desagrado.

Por el contrario, la afición por las materias fecales es rara y es signo de profunda perturbación, tanto de la catexis corporal como de la relación con el otro, específicamente con la madre. La conducta de coprofagia se observa sobre todo cuando el niño está solo, en su cama, y quizá guarde cierto paralelismo con el mericismo.

Las madres de los niños coprofágicos son con frecuencia frías, poco afectuosas y hasta hostiles, llegando incluso a maltratar al niño (Spitz). La coprofagia se inscribe habitualmente en un cuadro que evoca la psicosis.

BIBLIOGRAFÍA

- BRUCH (H.): *Les yeux et le ventre*. Payot, Paris, 1975.
- BRUSSET (B.): *L'assiette et le miroir*. Privat, Toulouse, 1977.
- CUKIER-MEMEURY (F.), LÉZINE (I.), AJURIAGUERRA (J. DE): Les postures de l'allaitement au sein chez les femmes primipares. *Psychiatrie enfant*, 1979, 22 (2), p. 503-518.
- DOYARD (P.A.): Le pédiatre et l'obésité de l'enfant. *Perspectives psychiatriques*, 1979, 17 (74), p. 362-365.
- KESTEMBERG (E.), KESTEMBERG (J.), DECOBERT (S.): *La faim et le corps*. P.U.F., Paris, 1972.
- KREISLER (L.), FAIN (M.), SOULE (M.): *L'enfant et son corps*. P.U.F., Paris, 1974.
- MARCELLI (D.), CANARELLA (Th.), GASPARD (B.): Les aspects cliniques de l'obésité de l'enfant. *Perspectives psychiatriques*, 1979, 17 (74), p. 366-374.
- SELVINI-PALAZZOLI (M.), BOSCOLO (L.), CECCHIN (G.), PRATA (G.): *Paradoxe et contre-paradoxe*. E.S.F., Paris, 1980.

8

Trastornos esfinterianos

I. Generalidades

En la adquisición de la limpieza y del control urinario o anal intervienen tres factores: neurofisiológico, cultural y de relación.

La *neurofisiología esfinteriana* se caracteriza por el paso de un comportamiento reflejo automático a una conducta voluntaria y controlada. En el recién nacido la micción y la defecación suceden a la repleción. El control de los esfínteres estriados se adquiere progresivamente; el control del esfínter anal precede generalmente al del esfínter vesical.

En este control intervienen múltiples componentes: maduración local, capacidad precoz de condicionamiento, etc. Es difícil, no obstante, discriminar cuál es la aportación de cada uno de estos elementos.

Los estudios realizados sobre la motricidad vesical mediante el registro de las curvas de presión intravesical han permitido distinguir varios estadios (Lauret): automatismo infantil (curva A1 hasta 1 año); inicio de la inhibición (A2 hasta 2 años); posibilidad de inhibición completa (B1 hasta 3 años); curva tipo adulto (B2 después de los 3 años). Hasta que la motricidad vesical no ha llegado a este último estadio, no es posible la instauración de un auténtico control esfinteriano, incluso cuando debido al condicionamiento precoz puede parecer que el control está adquirido.

El *contexto cultural* es un factor indiscutible en el aprendizaje de la limpieza. Según las culturas, este aprendizaje se desenvuelve en un marco más o menos rígido, lo que implica someter al niño a presiones severas, moderadas o leves (Anthony). La reciente evolución de las costumbres y la difusión de los conocimientos sobre la pequeña infan-

cia, unidos a un clima de mayor liberalismo, han atenuado en gran parte la presión ejercida en el aprendizaje del control de esfínteres en los países occidentales. Es posible que ello influya también en la frecuencia de las perturbaciones implicadas en dicha función.

No obstante, algunas madres siguen siendo muy exigentes en el aprendizaje. En este ambiente, es posible un condicionamiento precoz, ya en el primer año, pero es también probable que dicho condicionamiento cese justo en el momento preciso en que el niño inicie un control personal.

El último factor es el de relación. Más allá de la maduración neurofisiológica y de la presión cultural está la relación madre-hijo, la cual cuenta con un lugar privilegiado y protegido en nuestra sociedad. La adquisición de la limpieza es, en el transcurso del 2.º y 3.º año, uno de los elementos de transacción en el dúo madre-hijo.

Las materias fecales y, en menor grado, la orina son vehículo de fuerte carga afectiva, que puede ser positiva o negativa, pero siempre ligada al contenido del cuerpo y por ende al cuerpo mismo. La adquisición del control esfinteriano se realiza después del placer experimentado con la expulsión, más tarde con la retención y luego con el dualismo retención-expulsión. El nuevo dominio sobre el cuerpo proporciona al niño un gran placer reforzado por la satisfacción materna. La naturaleza de la catexis de esta función de retención-expulsión, catexis pulsional con predominio libidinal o con predominio agresivo, depende en gran parte del estilo de la relación que surja entre madre e hijo con ocasión del control de esfínteres. La madre puede ser exigente e imperiosa, desposeyendo al niño de una parte de su cuerpo y recibiendo su orina y sus heces con expresión desagradable, o, por el contrario, mostrar su satisfacción al ver cómo su niño crece y adquiere autonomía en las conductas cotidianas, recibiendo sus heces y orina con placer.

De esta forma es como se opera el paso del dualismo retención-expulsión al dualismo ofrenda-rechazo o al dualismo regalo valioso-desecho desagradable.

Los estudios epidemiológicos confirman la importancia de este factor de relación, subrayando la frecuencia de los trastornos esfinterianos y otros en el contexto de un aprendizaje inadecuado (Nourrissier).

II. Enuresis

Se define como la emisión activa, completa y no controlada de orina transcurrida ya la edad de madurez fisiológica, habitualmente adquirida en los 3-4 años. La enuresis secundaria se caracteriza por la

existencia de un período anterior de control transitorio. La enuresis primaria sucede directamente al período de no control fisiológico. La enuresis primaria nocturna es con mucho la más frecuente.

Siguiendo el ritmo nictemeral, distinguiremos la enuresis nocturna, que es la más frecuente; la diurna, a menudo asociada a micciones imperiosas, y la mixta. En función de la frecuencia, la enuresis será diaria, irregular o intermitente (enuresis transitoria, con largos intervalos «secos»).

Es un síntoma frecuente, que afecta del 10 al 15 % de los niños, con un predominio neto de los varones (2/1). A veces se halla asociada a otras manifestaciones: encopresis la más frecuente, potomanía, inmadurez motriz. En los antecedentes de los niños enuréticos cabe señalar la inexplicable y elevada frecuencia de estenosis de píloro.

A. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Habitualmente es fácil hacerlo:

1. Las *afecciones urológicas*, infecciosas, irritativas (cálculos vesicales) o malformativas (abertura anormal o ectópica de los uréteres, atresia del meato) van acompañadas de otros signos tales como micciones muy frecuentes, difíciles (retraso en evacuar, debilidad del chorro) o dolorosas. Al menor signo sospechoso deben realizarse las exploraciones complementarias oportunas.

2. Las *afecciones neurológicas* (vejiga neurológica con micción refleja o por regurgitación) son evidentes debido a los trastornos que las acompañan, sean de origen infeccioso (mielitis) o malformativo (esпина bífida).

3. La *epilepsia nocturna* puede ser más difícil de reconocer si el único indicio es la emisión de orina. Si hay dudas puede realizarse un EEG nocturno (de sueño).

B. FACTORES ETIOLÓGICOS

Deben ser enjuiciados en función de los diversos factores concurrentes en la adquisición del control:

1. Factor de interrelación familiar.
2. Factor del desarrollo psicoafectivo del niño.

Al igual que en todos los síntomas infantiles que afectan al cuerpo, existe una estrecha relación entre estos distintos factores. Las vicisitudes de uno se hallarán repetidas o reforzadas según el desarrollo de los otros factores. Por ejemplo, un retraso en la madurez fisiológica puede dar pie a un conflicto afectivo del tipo retención-expulsión, cuyo desen-

rollo puede tener origen en la intensidad de la vida pulsional del niño o en la sobrevaloración familiar de las funciones excrementicias.

A partir de aquí, valorar más o menos un factor etiológico en relación con otro dependerá sobre todo de la postura teórica de cada autor. Expondremos a continuación los factores descritos más usualmente:

■ Un **factor hereditario** se explica por la relativa frecuencia de enuresis en la historia familiar, sin que se haya podido probar una transmisión genética precisa. Señalemos que la enuresis ha sido considerada desde una perspectiva etológica el resurgir patológico de un comportamiento innato, normalmente reprimido. Así pues, el cese de dicha presión sería análogo a la señalización del territorio en el animal.

■ La **mecánica vesical del enurético** ha sido estudiada ampliamente. La capacidad vesical y la presión intravesical no parecen diferenciarse de las del niño normal. Por otra parte, los registros citomanométricos de niños enuréticos han mostrado la existencia de unas curvas de presión cuya dinámica es idéntica a la hallada en niños más pequeños (1 a 3 años). Dichas constataciones justifican el término de *inmadurez neuromotora de la vejiga*, cuya importancia y frecuencia varían según los autores.

■ El **sueño del enurético** ha sido muy estudiado. Es corriente que el niño enurético tenga sueños «mojados»: juegos dentro del agua, inundaciones o, simplemente, que sueñe que orina.

En lo que a la calidad del sueño se refiere, los registros poligráficos sistemáticos no han mostrado ninguna diferencia con niños no enuréticos en lo que concierne a la profundidad del sueño. Por lo que atañe a las distintas fases del sueño, se ha observado que, con frecuencia, la enuresis sobreviene justo antes de la aparición de una fase de sueño. El hecho de mantener mojado al niño parece ejercer un efecto bloqueador sobre la aparición de las fases III y IV de sueño profundo, que aparecen normalmente si se cambia el pañal después de la micción.

En cuanto al tiempo, la micción sobreviene una hora u hora y media después de conciliar el sueño, sea única o repetida (una o dos veces).

■ Los **factores psicológicos** son los más evidentes. No hay más que ver la frecuencia con que aparece o desaparece la enuresis coincidiendo con un episodio relevante en la vida del niño: separación familiar, nacimiento de un hermano, ingreso en la escuela, emociones de cualquier naturaleza, etc.

Los factores psicológicos pueden influir tanto sobre el niño como sobre el medio familiar.

El niño y su personalidad

Por lo que se refiere a una cierta tipología psicológica, es clásico establecer una diferencia entre los enuréticos pasivos, callados, dóci-

les, y los agresivos, revanchistas y negativistas. Se ha hablado también de la inmadurez y la emotividad de los niños afectos de «eretismo vesical». En realidad, la gran variedad de perfiles descritos muestra el escaso y relativo interés de los mismos.

En cuanto al significado de la enuresis en la imaginación del niño, puede decirse que está en función del punto de fijación del desarrollo psicoafectivo al que corresponde el síntoma (fase anal de retención-expulsión), y de las reorganizaciones posteriores al proseguir dicho desarrollo. Así, la micción se enriquece rápidamente con un simbolismo sexual: utilización autoerótica de la excitación uretral, equivalente masturbatorio, agresividad uretral, afirmación viril en el niño, etc. El síntoma queda situado entonces en un marco neurótico mucho más vasto.

Señalaremos que ciertos autores asimilan la enuresis a un síntoma de «depresión enmascarada» basándose sobre todo en los efectos de la imipramina (v. pág. 371).

El ambiente del niño

Su influencia tiene una doble vertiente, sea por carencia o déficit, sea por sobrevaloración. En el primer caso, hay que señalar la frecuencia de conflictos (disociación familiar, carencia socioeconómica en sentido amplio) en las familias de los enuréticos. También hay un gran número de enuréticos entre los niños que viven en los internados. Por otro lado, es frecuente la sobrevaloración de la función esfinteriana por los padres: exigencia intempestiva y precoz en el uso del orinal, ritualización más o menos coercitiva (sentarlo en el orinal cada hora, etc.). Esto ocurre sobre todo en madres obsesivas o fóbicas, que precisan un marco educativo estricto, sin respeto hacia el ritmo propio del niño. De esta forma se vuelve conflictiva la función del esfínter, y la angustia, el miedo, el sentimiento de culpabilidad, la vergüenza y la oposición acompañarán progresivamente a la micción.

La existencia de enuresis puede, por sí sola, modificar la actitud familiar y eternizar, fijándola, la conducta patológica. La respuesta familiar puede implicar agresividad: castigo, amenazas, burla o violencia física. El reverso de la medalla lo constituye la complacencia protectora: placer en la manipulación de los pañales absorbentes, en la limpieza y lavado del niño, imposibilidad de alejarse (nada de clases de esquí ni de noches fuera de casa) para evitar las complicaciones ocasionales.

De hecho, el síntoma queda como algo permanente, ya por la existencia de beneficios secundarios, ya por haberse inscrito en un conflicto neurótico lentamente organizado.

Asociaciones psicopatológicas

■ **Retraso mental:** la enuresis es tanto más frecuente cuanto más profunda es la debilidad. Dicha asociación subraya a *contrario* la importancia de la maduración neurofisiológica.

■ **Psicosis:** síntoma frecuente en el seno de una perturbación mucho más amplia.

■ **Neurosis:** la dimensión simbólica de la enuresis es aquí particularmente significativa y ayuda a su comprensión.

C. TRATAMIENTO

Depende del contexto psicológico. La mayor parte de las enuresis desaparecen en la segunda infancia. Este dato debe ser tenido en cuenta al apreciar la posible eficacia terapéutica. Los diversos enfoques terapéuticos van dirigidos a niños de más de 4 años y medio.

■ **Medidas generales:** Consisten en la corrección de ciertas medidas educativas nefastas: aprendizaje excesivamente precoz o rígido, exceso de precaución (pañales, hules, múltiples empapadores, cuidados íntimos repetidos, etc.).

Moderar la ingesta de bebidas durante la noche, sin que esto sea sobrevalorado; vida higiénica con práctica de algún deporte (natación) para los niños más inactivos.

Estas medidas implican la participación de la familia, y también el eventual abandono de posturas que son reflejo de conflictos neuróticos maternos, ¡lo cual no siempre es fácil de conseguir!

■ Motivaciones del niño

La **información** del niño acerca del funcionamiento urinario es fundamental. La desmitificación del síntoma permitirá al niño dejar de sentirse víctima sumisa y culpable. Puede ser útil realizar algunos dibujos y la explicación del trayecto de la orina desde la boca al esfínter.

La **participación** del niño en los resultados, mediante la anotación en un cuaderno, favorece la motivación, sin que ello deba convertirse en una práctica obsesiva.

■ Despertar nocturno

Despertar a horas fijas por los padres. Después de una micción completa antes de acostarse, se despierta al niño totalmente una hora o una hora y media después de haberse dormido durante períodos de tres semanas a un mes.

Despertar mediante una alarma sonora, que se dispara debido a la conductibilidad de unas mallas, bajo las sábanas, después de la emisión de las primeras gotas de orina. Es preferible no utilizarlo antes de los 7-8 años. La intensidad del timbre puede plantear problemas (hermanos, vecinos, etc.) y reducir su utilidad. No obstante, cuando el

niño lo acepta, la disminución del número de alarmas se produce rápidamente y se inicia el despertar espontáneo.

■ **Tratamiento farmacológico:** los preparados antidepresivos poseen al mismo tiempo una actividad anticolinérgica periférica que relaja la musculatura lisa de la vejiga (detrusor) y una acción estimulante del sistema nervioso central. No es aconsejable el tratamiento con estos fármacos antes de los 6 años de edad. Habitualmente se recomienda un tratamiento con imipramina, dos veces al día (a las 16 h y en el momento de acostarse).

La desmopresina (un análogo de la hormona antidiurética), en nebulizaciones nasales, presenta una eficacia similar (70-80 % de casos). En ambos casos, el tratamiento se prescribe durante 1-3 meses como máximo, y se repite 1 o 2 veces este tratamiento si reaparece el síntoma. En caso de persistencia del síntoma, no es aconsejable prolongar el tratamiento con dichos fármacos y es recomendable considerar un enfoque psicoterápico.

■ **Psicoterapias:** la psicoterapia está indicada en los casos en que es preponderante un contexto neurótico, o bien cuando prevalecen los determinantes psicológicos; pueden utilizarse:

1. Bien la psicoterapia breve, caracterizada por actitudes explicativas, sugestivas e interpretaciones que esclarezcan el significado del síntoma.

2. Bien la psicoterapia clásica o psicodrama, si fracasan los tratamientos mencionados previamente, cuando aparecen manifestaciones neuróticas (ansiedad, conducta fóbica u obsesiva) o cuando la enuresis acentúa una relación de dependencia o sufrimiento psíquico (vergüenza, desvalorización). En estos casos, el enfoque psicoterápico, que se centra en el significado edípico del síntoma, permite a menudo una mejoría de los síntomas neuróticos, incluso aunque la enuresis en sí constituya una manifestación muchas veces muy resistente al tratamiento.

III. Encopresis

La encopresis es la defecación en los pantalones por parte de un niño que ha sobrepasado ya la edad habitual en la adquisición del control esfinteriano (entre 2-3 años).

Distinguiremos entre la encopresis primaria, sin fase anterior de control, y la encopresis secundaria, más frecuente, después de una fase más o menos larga de control, casi exclusivamente diurna. Al con-

trario que en la enuresis, la forma más frecuente es la encopresis secundaria diurna. Por cada niña hallamos cerca de 3 niños encopreéticos. El síntoma suele aparecer entre los 7-8 años. Su frecuencia oscila, según la edad, entre el 1,5 y el 3 %. Acostumbra ir asociado con enuresis en el 25 % de los casos, enuresis que en ocasiones es también diurna. Encopresis y enuresis pueden ser concomitantes o sucederse en periodos alternos.

El estudio de series suficientemente importantes no ha puesto de manifiesto otras asociaciones características. No se ha hallado entre los niños encopreéticos un mayor número de antecedentes somáticos. Tampoco antecedentes familiares.

Cabe distinguir la encopresis de la incontinencia anal, observada en ciertos síndrome neurológicos (síndrome de la cola de caballo) y en las encefalopatías graves.

A. ESTUDIO CLÍNICO

El **aspecto** de las heces es variable: heces consistentes evacuadas totalmente en el calzoncillo, heces mucosas blandas y abundantes que llenan el calzoncillo y se filtran por los pantalones, o bien simples «fugas» rezumantes que manchan la tela.

El **ritmo** es asimismo variable: diario o multidiario. La encopresis, no obstante, suele ser intermitente, netamente señalada por episodios de la vida concreta del niño: vacaciones, separación del medio familiar, escuela, etc. En ocasiones, se observa cierta regularidad de lugar y horario (Marfan ha hablado de la «defecación involuntaria de los escolares»), aunque esto no es constante.

Las **condiciones** de la defecación no son indiferentes. Algunos niños se aíslan y se concentran en una actividad que no puede diferenciarse de la habitual en un niño que va normalmente al retrete. Otros evacuan sus heces sin cesar en sus actividades; otros dejan que las heces «se les escapen» por el camino, mientras corren hacia el retrete. Si la encopresis tiene o no un carácter voluntario es algo todavía en discusión. Cuando se le interroga, el niño alega siempre su incapacidad para controlarse, y algunas observaciones parecen no confirmarlo. Ocurre lo mismo con la conciencia o no de la defecación. Algunos niños afirman «no sentir nada»; otros declaran que perciben normalmente las heces, pero son incapaces de retenerlas.

La **relajación del niño con sus heces** debe ser siempre cuidadosamente estudiada:

1. Algunas veces, el niño parece indiferente a su síntoma. Únicamente el olor, molesto para su entorno, revela su existencia.

2. Frecuentemente desarrolla conductas de disimulo y de acumulación: calzoncillos escondidos o guardados en un cajón, debajo del armario, etc. Lo más corriente es que el niño guarde a la vez el calzoncillo y las materias fecales. Muy raramente, intenta disimular su encopresis lavando la prenda. Es frecuente que estos comportamientos vayan acompañados por un sentimiento de vergüenza e intenta ocultarlos a otras personas, excepto a la madre.

Más raramente hallamos el niño provocador, que exhibe su ropa sucia, indiferente a reproches y regañinas.

B. FACTORES ETIOLÓGICOS

Más aún que en el caso de la enuresis, la dimensión relacional y psicológica se halla en el primer plano de la constitución de una encopresis. No obstante, también pueden intervenir otros factores.

1. Perturbaciones fisiológicas

Los estudios realizados sobre el tránsito intestinal, la mecánica del esfínter anal, las presiones del intestino grueso y la sensibilidad de la mucosa anal no han evidenciado ninguna anomalía orgánica o funcional. Algunos autores distinguen una encopresis con el recto vacío y una encopresis con el recto lleno, más frecuente, acompañada de fecalomas sigmoidianos. El tacto rectal y la radiografía del abdomen sin preparación permiten detectar dichos fecalomas. Su presencia objetiva la retención de materia fecal y plantea el problema de la asociación de la encopresis con el estreñimiento. Se ha avanzado la hipótesis de que la encopresis sería una especie de defecación por «regurgitación» o por «rezumamiento», puesto que la sensibilidad y la motricidad normales del recto estarían perturbadas por la acumulación de las materias retenidas. Las exploraciones dinámicas no han confirmado esta hipótesis.

2. Personalidad del niño

No hay un perfil psicológico unívoco. Pero, ciertamente, los rasgos de personalidad patológica parecen más acusados que en el caso de la enuresis. Se han descrito:

1. Niños pasivos, ansiosos, que manifiestan su agresividad de forma inmadura. Es el tipo «vagabundo» de M. Fain.

2. Niños negativistas, con rasgos obsesivos, en los que la encopresis viene a ser el rechazo a someterse a la norma social. Es el tipo «delincuente», de M. Fain.

3. Finalmente, la encopresis puede inscribirse en el marco de una conducta con una dimensión perversa dominante: regresión o fijación.

en un modo de satisfacción arcaica, centrada a la vez en la retención y posteriormente en la erotización secundaria de la conducta desviada.

En la investigación psicoanalítica hallamos en el niño encopretico una importante fijación anal con catexis particularmente operantes tanto en el polo expulsión-agresión como en el polo retención. En el párrafo siguiente estudiaremos las particularidades de la constelación familiar. Diremos, no obstante, que el niño parece establecer una relación privilegiada con la madre sobre un modelo pregenital, cuyo objeto de intercambio sería el «pene anal», puesto que el «pene paterno» resulta fantasmáticamente inaccesible.

3. Familia

Presenta algunas características centradas en la relación madre-hijo. El padre acostumbra ser tímido y reservado, poco relevante, interviene escasamente en la relación madre-hijo.

En cuanto a las madres, parecen poseer algunos rasgos distintivos. A menudo son ansiosas, emotivas y sobreprotectoras. Ocultan esta ansiedad tras una conducta excesivamente rígida en materia de educación de esfínteres (ponen al niño en el orinal desde los primeros meses) o tras una excesiva preocupación por las «evacuaciones» del niño (sobrevalorando las deposiciones cotidianas y poniéndole una irrigación o supositorio cuando no ha hecho su deposición diaria). En relación con el síntoma, no es raro que se instaure entre el niño y la madre una auténtica complicidad secundaria, cuyo objeto estriba en los cuidados del cuerpo o en el cambio de los calzoncillos sucios.

En el ámbito psicosocial, las disociaciones familiares son frecuentes; los cambios en la organización familiar señalan a menudo el inicio de la encopresis: la madre ha empezado a trabajar, inserción en la escuela, nacimiento de un hermanito, etc.

C. EVOLUCIÓN

Depende de la profundidad del conflicto organizado alrededor del síntoma; es decir, de la gravedad de la organización neurótica materna y de las desviaciones o modificaciones que suscite en el desarrollo del niño.

Un gran número de encopresis desaparecen espontáneamente después de un período de algunas semanas o meses. Aquellas que persisten durante años son siempre graves por su frecuencia, por su dimensión psicopatológica claramente perceptible (numerosos rasgos de carácter anal) y por la patología familiar (carencia socioeducativa importante, ausencia del padre, etc.).

Con el tiempo, el síntoma acaba siempre por desaparecer en el momento de la adolescencia, pero es sustituido habitualmente por rasgos

claramente caracteriales o neuróticos: exceso de escrúpulo en la limpieza, parsimonia o avaricia, meticulosidad, indecisión, tendencia a acumular, etc.

D. TRATAMIENTO

Hay que evitar los tratamientos sintomáticos y las maniobras centradas alrededor del esfínter anal. No obstante, algunos autores opinan que cuando hay gran número de fecalomas en el sigma y en la ampolla rectal, éstos modifican profundamente la sensibilidad de la mucosa y es conveniente evacuarlos mediante irrigaciones prudentes. Sin embargo, es preciso reducir al mínimo estas manipulaciones.

El enfoque terapéutico debe incluir a la familia. Si los padres son capaces de asumir la relación entre el síntoma del niño y el funcionamiento familiar, aportando las modificaciones necesarias, el síntoma, a menudo, desaparece.

Cuando la encopresis se inscribe en un conflicto neurótico ya organizado, debe pensarse en una psicoterapia individual de tipo analítico. La separación del medio familiar puede modificar el síntoma, pero el efecto acostumbra ser temporal. Si la organización familiar es francamente patológica e inamovible, será necesario abordar el caso mediante una terapia global.

IV. Constipación psicógena y megacolon funcional

Al margen de cualquier causa orgánica, el estreñimiento o constipación es en sí mismo motivo de inquietud muy frecuente en uno u otro de los padres. Ello ocurre tanto más si el aprendizaje del control de esfínteres se ha llevado a cabo sobre un modelo conflictivo: La deposición del niño se convierte así en una especie de regalo liberador de la angustia paterna. De igual forma, su ausencia y retención en el vientre constituyen una amenaza para la integridad del cuerpo del niño.

Evidentemente, el niño percibe muy pronto la sobrevaloración de las deposiciones mientras ejerce el control sobre sus exoneraciones, no siempre acorde con el deseo de sus padres. Puede ocurrir así que después de un aprendizaje reflejo de la defecación, siempre posible, a una edad excesivamente precoz (p. ej., desde el primer trimestre de vida, hecho que ha podido ocurrir en algunas guarderías o con unas madres excesivamente rígidas), sobrevenga indefectiblemente un «retorno a la suciedad». Para el niño, esto constituye un medio de apro-

piarse de su cuerpo, mientras que para la madre es un signo de oposición. Muy pronto, en un contexto de este tipo, puede desarrollarse un estreñimiento persistente. Las respuestas paternas que implican manipulación anal, tales como termómetros, supositorios, incluso la excitación del ano con el dedo, etc., no servirán sino para acrecentar aún más la sobrevaloración de esta zona y de esta conducta.

Muchos estreñimientos persisten de forma aislada durante gran parte de la infancia. En otros casos, la sintomatología se enriquece con una encopresis, habitualmente transitoria. El cuadro más complicado es el llamado **megacolon funcional**.

Este tipo de megacolon debe distinguirse del megacolon secundario a un obstáculo (congénito por estrechamiento o adquirido, de tipo tumoral) y del megacolon congénito de la enfermedad de Hirschsprung (ausencia de células ganglionares en el plexo nervioso de la mucosa de la extremidad cólica).

En el megacolon funcional, el estreñimiento sobreviene en el curso del segundo semestre y persiste. El estudio radiológico muestra que la defecación se produce de alguna forma a la inversa (M. Soulé): cuando la deposición llega al esfínter anal, la contracción no conduce a la expulsión, sino a la retropulsión de aquélla hacia el sigma y el colon izquierdo. La acumulación de las materias provoca la dilatación cólica, bien visible mediante una irrigación de bario.

Es esencial reconocer prontamente dicho mecanismo y distinguir la constipación psicógena de los otros tipos de constipación, puesto que si las diversas maniobras exploratorias están ampliamente justificadas en el inicio de los trastornos, la repetición abusiva de éstas tendrá los mismos efectos de fijación del síntoma que la actitud paterna antes descrita.

En el plano psicopatológico, parece ser que esta disfunción fisiológica se halla en un principio al servicio de la sobrevaloración «casi perversa» de la función. El control así adquirido sobre el objeto interno permite en un primer tiempo evitar la angustia de la pérdida (nivel fóbico). En un segundo tiempo, se produce la erotización secundaria de la contracción esfinteriana y de la excitación mucosa propia de este funcionamiento inverso que se ha podido comparar con la excitación masturbatoria.

Paralelamente, el niño experimenta su omnipotencia sobre su cuerpo y sobre el medio, cuya inquietud es para él fuente de beneficios secundarios.

Este funcionamiento autoerótico de la zona anal unido a la fuerte pulsión de dominio sobre el objeto que parece caracterizado está muy próximo a lo observado en los bebés mericistas (M. Soulé) (v. pág. 380).

En el plano familiar Soulé señala el importante papel del padre, particularmente inquieto ante el estreñimiento y al parecer desinteresado de la encopresis frecuentemente asociada. Alrededor de la exoneración parece organizarse una auténtica connivencia padre-hijo.

Según Soulé, la actitud terapéutica consiste en informar al niño acerca del mecanismo activo de su constipación y de la satisfacción «casi masturbatoria» que obtiene, sin culpabilizarle ni acusarle. A partir de ahí, es posible obtener del niño una defecación regular y suprimir el estreñimiento, la encopresis y, finalmente, el megacolon funcional.

BIBLIOGRAFÍA

- BOURGUIGNON (A.), GUILLON (F.): Application d'une hypothèse éthologique à l'énurésie. *Psychiatrie enfant*, 1977, 20 (1), p. 223-244.
- DUCHE (D.J.): L'énurésie. P.U.F., Paris, 1968, « Que sais-je ? ».
- KOHLER (C.), CAREL (A.): L'encopresie. *Annales médico psych.* 1971, 2 (4), p. 497-507.
- KREISLER (L.), FAIN (M.), SOULE (M.): Encopresie et mégacolon fonctionnel. In *L'enfant et son corps*, P.U.F., Paris, 1974, p. 213-290.
- KREISLER (L.): L'énurésie. E.M.C., Paris, 1977, *Pédiatrie*, 4101 G 95.
- LAUNAY (C.), LAUZAMNE (K.): L'encopresie. *Rev. neuropsych. inf.*, 1970, 18 (9), p. 635-662.
- LEVINE (M.): Children with encopresis: a descriptive analysis. *Pediatrics*, 1975, 56 (6), p. 412-416.
- SOULE (M.), SOULE (N.): L'énurésie. E.S.F., Paris, 1967.
- TRIDON (P.) et coll.: L'encopresie (série d'articles) *Neuropsychiatrie enf.*, 1983, 31, 4, p. 193-215.

9

Psicopatología de las funciones cognitivas

I. Generalidades

La experiencia clínica demuestra lo artificial de disociar el estado afectivo y las funciones cognitivas, pues las perturbaciones en uno de estos campos acaban por repercutir en el otro; así, las alteraciones afectivas graves se acompañan siempre, a la larga, de perturbaciones cognitivas. De la misma manera, es excepcional que la deficiencia intelectual no se complique con algunas anomalías afectivas, tanto más graves cuanto mayor sea la deficiencia.

Sin embargo, la claridad didáctica hace necesaria esta distinción que la realidad clínica justifica sólo en parte. Es evidente que existe una influencia recíproca entre el aspecto cognitivo y el afectivo, así como que algunos niños presentan una deficiencia intelectual electiva. En la última parte del capítulo dedicado a la debilidad mental, intentaremos, siguiendo a Misès, exponer un análisis psicopatológico de las relaciones entre los dos aspectos.

Previamente, convendría definir estas funciones cognitivas, término que preferimos al de «inteligencia». Cuando a Binet, promotor del primer test de inteligencia, le preguntaban: «¿Qué es la inteligencia?», acostumbraba responder: «¡Es lo que mide mi test!». De esta forma, además de su humor, demostraba la dificultad para definir la inteligencia. Parafraseando a Dailly, diremos que la inteligencia es «aquella actividad que permite al ser humano aprender, conocer, utilizar su saber, crear, adaptarse al mundo y dominarlo». Por otra parte, Piaget ha demostrado que no podemos limitarnos a un simple estudio cuantitativo de la inteligencia (el nivel de habilidades evaluado por el CI), sino que también es indispensable un estudio cualitativo, teniendo en cuenta

las modalidades de razonamiento y el tipo de estructuración lógica subyacente. Finalmente, autores como Zazzo o Misès han intentado integrar en la noción de inteligencia, no únicamente el rendimiento escolar, sino también valores tales como la capacidad de adaptación social o de comprensión de las relaciones interpersonales.

Estas diferentes aproximaciones a las funciones cognitivas dan como resultado una multiplicidad y variedad de «tests» aptos para obtener una evaluación. A partir de los trabajos de Binet, numerosos autores han propuesto técnicas de evaluación que, muy esquemáticamente, podrían dividirse en dos tipos:

1. Método psicométrico, nacido de los trabajos de Binet.
2. Método clínico, originado en los trabajos de Piaget.

Antes de presentar brevemente estos diferentes tests, sería conveniente distinguir dos aspectos referentes a los tests cognitivos: el de las funciones de realización y el de las funciones apetitivas. Por «función de realización» entendemos el bagaje neurofisiológico de base, así como la evolución madurativa del mismo. Esto quiere decir que la misma estructura del sistema nervioso central, la dotación genética que la determina, el azar de su embriogénesis, son otros tantos factores que tener en consideración. Pero en esta función de realización intervienen también procesos de maduración individual. Actualmente se sabe que algunas adquisiciones cognitivas son posibles y se hacen tanto más fáciles cuanto corresponden a ciertos estadios genéticos de sensibilidad particular. Pasado este estadio privilegiado, la adquisición se hace imposible. Este proceso ha sido especialmente bien estudiado por los trabajos de Piaget, y puede compararse al descubrimiento por los etólogos del fenómeno de la impronta.

No abordaremos aquí el estudio del desarrollo normal de la inteligencia y sus diversas fases, sensorio-motriz, preoperatoria, operatoria concreta y formal, estudiadas en el capítulo del desarrollo normal (v. pág. 20), pero recordaremos que las teorías de Piaget han establecido como principio fundamental la sucesión estrictamente invariable de estos estadios. El acceso al estadio siguiente precisa la integración del precedente, toda perturbación en éste ocasiona alteraciones en aquél.

La función «apetitiva» representa la energía necesaria para la buena marcha de la función de realización. Permittiéndonos una comparación mecánica, podemos decir que un automóvil para moverse necesita un motor y gasolina; el motor es el equivalente de la función de realización y la gasolina el de la función apetitiva. ¿Cuál es el fundamento de esta inversión de las funciones cognitivas?

Para el propio Piaget, la afectividad concebida como intencionalidad, pulsión a obrar, suministra la energía necesaria a las funciones cognitivas: «*asigna un valor a las actividades y regula la energía*». La teoría psicoanalítica destina un importante lugar a la afectividad comprendida en su más amplio sentido. Así, la catexis de los procesos se-

cundarios, caracterizada por la capacidad de aplazar la satisfacción, de diferirla en el tiempo y el espacio (otro momento y/u otro lugar), representa la base sobre la que se elaborarán los procesos cognitivos. Sin embargo, para que el bebé y más tarde el muchachito logren la catexis de estos procesos secundarios, es necesario, por una parte, a nivel ambiental, que espacio y tiempo sean objeto regular de catexis (se refiere esto a la permanencia de los cuidados maternos que por sí sola permite al bebé acceder a la noción de permanencia del objeto: v. pág. 37) y, por otra, que el Yo del niño encuentre placer en diferir la satisfacción. Esta capacidad procede a la vez del placer de anticipar mentalmente (placer alucinatorio) y del placer que obtiene el Yo del niño planificando su actividad, convirtiéndose poco a poco en el dominador de la misma. Así es como pueden iniciarse los mecanismos de desplazamiento y sublimación, bases de la distribución de la energía para los procesos cognitivos.

De este modo, no sólo resulta esquemático, sino también falso oponer la función intelectual y la afectiva, pues se desarrolla cada una de forma casi mecánica e independiente. Su evolución y maduración no pueden ser comprendidas más que en el seno de una dialéctica de intercambios recíprocos.

II. Evaluación de las funciones cognitivas

A petición del ministro de Instrucción Pública y con el fin de elaborar el estatuto de los deficientes mentales en una escolaridad que había llegado a ser obligatoria, Alfred Binet propuso en 1905 una «Escala métrica de la inteligencia», antecesora de todos los tests de evaluación ulteriores. Revisada varias veces, esta escala, que pronto sería conocida con el nombre de «tests de Binet-Simon», introducía dos novedades:

1. Posibilidad de situar a los niños patológicos en una jerarquía «cifrada» de la deficiencia mental.
2. Posibilidad de descubrir desde el inicio de la escolaridad ciertas deficiencias intelectuales que hasta el ingreso en la escuela pasaban inadvertidas.

Cualesquiera que sean las críticas ulteriores a este test y a los siguientes, es indiscutible que aportaba a los educadores y pedagogos un instrumento de medida fiable, lo que motivó su éxito antes incluso de conocerse la naturaleza de lo que medía. Posteriormente, han sido ideados diversos tests con una doble intención: para unos, desde la misma perspectiva que el test de Binet-Simon, se trataría de perfeccionar la evaluación, bien para una edad determinada, bien para una aptitud particular; para otros, se trataría de acercarse a la naturaleza de

los procesos intelectuales (Piaget). Volvemos a encontrar la diferencia entre los tests psicométricos y las pruebas clínicas.

Precisamos que en este apartado se intenta hacer una breve revisión de algunos tests. Estudiaremos sus características esenciales, su campo de validez y sus límites. No los examinaremos en sus detalles ni en su técnica de administración, todo lo cual puede hallarse en los manuales especializados.

A. EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA: EL NIVEL DE RENDIMIENTO

La ausencia de un lenguaje suficiente antes de los 3-4 años constituye un límite que permite distinguir los tests preverbales, basados esencialmente en el estudio del desarrollo psicomotor, de los tests en los que interviene ampliamente el lenguaje a partir de la segunda infancia.

1. Tests preverbales de desarrollo psicomotor

Los tests de Gesell, de Brunet-Lézine y de Casati-Lézine evalúan una serie de rendimientos motores a partir de unos baremos para cada edad. A cada serie puede adjudicársele no únicamente una edad de desarrollo (ED), sino también un cociente de desarrollo (CD), que relaciona la edad de desarrollo con la edad real.

Estos *baby-tests*, como se les ha denominado, permiten situar el desarrollo psicomotor de un lactante o de un niño pequeño en relación con una media, pero no constituyen en ningún caso un equivalente del cociente intelectual (CI). Existe una débil correlación entre el CD (cociente de desarrollo) de la primera infancia y el CI (cociente intelectual) de la adolescencia en un mismo niño.

Edad de aplicación: según la última versión de Brunet-Lézine, se utiliza desde los primeros meses hasta los 5 años.

2. Tests de la segunda infancia

a) Binet-Simon, Terman-Merill, Nemi

Agrupamos estos tests porque proceden todos ellos del test inicial de Binet, tras diversas adaptaciones. Citamos:

1. Revisión americana (1937): Terman-Merill.
2. Revisión francesa de 1966: Nueva escala métrica de la inteligencia (NEMI) de Zazzo.

Estos tests constan de diversas pruebas, sin tener en cuenta las funciones intelectuales que hacen entrar en juego. Las versiones más

recientes han sido baremadas con niños normales; así la evaluación del NEMI se realizó con 550 niños de ambos sexos «escogidos» entre catorce grupos escolares de París (Zazzo, 1966).

■ **Resultados:** se expresan con referencia a la edad y traducen el grado de dispersión en relación con una medida de edad. Se trata por tanto de escalas de edad que, para cada niño, traducen el retraso o adelanto del desarrollo intelectual. Así, para cada prueba queda definida una edad mental cuando la mayoría de los niños de una determinada edad la superan y la mayoría de los niños de la edad inmediatamente inferior fracasan en ella.

Un niño de 6 años tendrá una edad mental de 6 años si pasa con éxito las pruebas superadas normalmente por la mayoría de los niños de su edad; tendrá una edad mental de 4 años y medio si no consigue superar más que las pruebas que superan la mayoría de los niños de 4 años y medio y fracasa en las pruebas alcanzadas por la mayoría de los niños de 5 años, etc. Los resultados se expresan más fácilmente en términos de cociente intelectual (CI).

■ **Cociente intelectual:** es la relación:

$$CI = \frac{\text{Edad mental (EM)}}{\text{Edad cronológica (EC)}}$$

Este cociente muestra inmediatamente el grado de dispersión (retraso o adelanto) de la edad mental de un niño con referencia a su edad cronológica o, como dice Zazzo, en relación con la edad mental media de los niños de su edad. Para ese autor, mediante este método se define en realidad un «cociente de edad». Estudiaremos al final de este apartado los problemas planteados por el uso del CI.

■ **Límites de validez:** para muchos autores, estos tests prestan excesiva importancia a las adquisiciones escolares, en particular el Binet-Simon (recordemos que Binet elaboró su test a instancias del ministro de Instrucción Pública para detectar los niños incapaces de seguir la enseñanza). El papel del medio social, afectivo y cultural es muy importante, así como el del lenguaje, sobre todo después de los 7 años. El Binet-Simon se utiliza entre los 4 y los 10 años. El Terman-Merill puede ser utilizado hasta la edad adulta.

b) WISC y WISP

Estas pruebas han surgido del *Wechsler-Bellevue* para adultos, que no se utiliza más que a partir de los 12 años. El WISC (*Wechsler Intelligence Scale for Children*) es aplicable a partir de los 6 años y el WISP. (*Wechsler Intelligence Scale for the Preschool Period*) es utili-

zados entre los 4 y 6 años. El interés de estos tests radica en que distinguen las pruebas de lenguaje de las demás. El WISC comprende 6 subtests verbales (información-comprensión-aritmética- semejanzas-vocabulario-memoria de dígitos) y 6 subtests no verbales llamados de *performance* (completamiento-ordenación-cubos de Kohs-encajamiento-claves-laberintos). Combinando el conjunto de los subtests de cada una de las escalas, se obtiene una nota verbal y otra manipulativa, cuya combinación da una nota global.

■ **Resultados:** estos tests están contruidos de forma que la nota de los resultados obtenidos por un niño dé la dispersión en la nota típica que le separa de la medida propia de su edad. La edad de referencia no es diacrónica (dispersión en relación con la edad del desarrollo), sino sincrónica (dispersión en relación con una media relativa en un grupo de edad).

■ **Cociente intelectual:** traduce la expresión estadística de la construcción del test. Por definición, el CI de 100 corresponde al percentil 50, cada desviación estándar (DS) implica una diferencia de 15 puntos en relación a esta media. Se trata, pues, de un «CI estándar» en oposición al «CI de edad» de Binet-Simon. Se obtiene un CI verbal (CIV) correspondiente a las pruebas verbales, un CI *performance* (CIP) y un CI global (CIG) combinación de los dos precedentes.

■ **Límites de validez:** hemos establecido ya los límites de edad: WISPP de 4 a 6 años, el WISC de 6 a 12 años, el Wechsler-Bellevue a partir de los 12 años. La existencia de dos escalas, verbal y *performance*, tiene por objeto moderar la preponderancia del factor verbal en los tests precedentes. En realidad, cada serie representa un test específico. La ventaja es que de esta forma se supera la noción de un CI global y se obtiene un perfil con esta batería de subtests: perfil homogéneo o perfil heterogéneo. Volveremos a comentar la importancia de este factor de heterogeneidad cuando tratemos la debilidad mental.

c) Tests instrumentales

Son muy numerosos; citaremos únicamente los que son más utilizados en clínica. Su fin es el de explorar campos más precisos de las funciones cognitivas, sea el esquema corporal, sea la organización espacial, sea el lenguaje, etc.

■ **Test de iniciación de gestos de Bergès-Lézine:** explora el conocimiento del esquema corporal en niños de 3 a 10 años.

■ **Test de Bender,** que explora la organización grafo-perceptiva de niños entre 4 y 7 años.

■ **Figura de Rey (v. fig. 9-1):** se pide al niño que reproduzca el dibujo, una vez que se ha ocultado a su vista. Este test explora la organización espacial, la capacidad de atención y la memoria inmediata.

■ **Test de Benton:** prueba de organización visomotriz y de evaluación de la memoria diferida (reproducción de figuras geométricas tras 10 segundos de observación). Aplicable a partir de los 8 años.

Citamos únicamente como recordatorio los numerosos tests de lenguaje oral o escrito (Borel-Maisonny, C. Chassagny, test de l'Alouette) que han sido estudiados en el capítulo dedicado a la psicopatología del lenguaje (v. pág. 115).

3. Tests en los que interviene la socialización

Numerosos autores están interesados en hacer intervenir en los tests, no solamente la capacidad intelectual en términos de habilidades individuales, sino también lo que podría denominarse «competencia social», caracterizada a la vez por la autonomía de las principales conductas socializadas y la calidad de los factores de interacción, una suerte de madurez social. Estos intentos encuentran su origen en la frecuente constatación clínica de un desfase entre el nivel intelectual, tal como queda definido en los tests clásicos, y la capacidad de integración social satisfactoria, al menos en algunos niños deficientes. Se sabe que un importante número de niños considerados deficientes, incapaces de seguir la enseñanza básica, encontraron en la edad adulta una inserción socioprofesional totalmente correcta y ya nunca más fueron considerados tales deficientes.

En contra del predominio de la evaluación de los rendimientos individuales en detrimento de esta «competencia social», algunos auto-

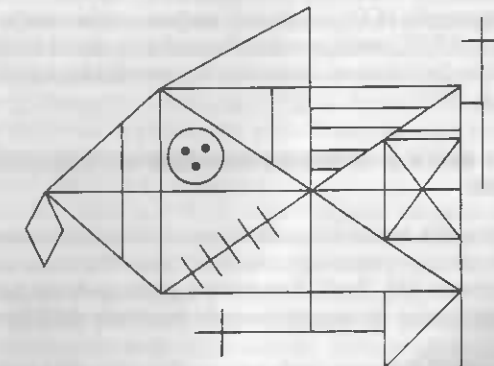


Fig. 9-1. Figura de Rey.

res como Zazzo o Misès y Perron-Borelli han mostrado su disconformidad proponiendo nuevas escalas de evaluación.

a) Escala de desarrollo psicosocial (DPS) de Zazzo

Esta escala consta de tres partes que permiten definir un nivel global de DPS, así como un perfil de desarrollo:

1. Adquisición de la autodirección: capacidad de bastarse a sí mismo, hábitos de autonomía (comida, aseo, vestirse, trabajo escolar, desplazamientos, salidas).
2. Evolución de los intereses (interés por los libros, la vida social: deporte, actividad cultural, etc.).
3. Relaciones interpersonales (relaciones con los padres, con los otros niños).

Esta escala ha sido baremada con niños normales de 5 a 12 años.

b) Escala diferencial de eficiencia intelectual (EDEI) de Misès y Perron-Borelli

Respondiendo a la necesidad de establecer un test que permita una discriminación más fina en las zonas de la debilidad profunda y severa, el conjunto de las EDEI se compone de cinco escalas: conocimientos-socialización-conceptualización-análisis de categorías-adaptación concreta, y de dos escalas complementarias de vocabulario: denominación de imágenes-definición. Las tres primeras escalas están constituidas por pruebas verbales, las dos siguientes por pruebas no verbales.

Este test ha sido baremado con una población de niñas de 8 a 11 años.

Los resultados se expresan en términos de edad mental (EM) y de cociente de desarrollo (CD), ya global, ya para cada escala. Como estas pruebas (DPS y EDEI) están destinadas sobre todo al análisis diferencial de los niños deficientes, daremos los resultados en el capítulo siguiente (v. pág. 180).

4. Reflexiones sobre el cociente intelectual: los principios de su utilización

Es inútil insistir sobre las numerosas críticas que ha suscitado el CI. Algunos acusan a estos tests de estar al servicio de una sociedad burguesa represiva (M. Tort). Sin entrar en la polémica, querríamos exponer los principios de una utilización correcta del CI y de sus límites.

Ante todo, el CI debe ser evaluado en función del contexto clínico. Una valoración óptima necesita una buena adaptación del sujeto a las

condiciones en que se realiza; de esta manera, el test practicado en el curso de un episodio delirante agudo, en el primer día de hospitalización o en una situación angustiosa (separación brusca de los padres, situación de estrés reforzada por la apariencia de examen), dará resultados modificados y parcialmente falsos. En efecto, no es raro encontrar una diferencia de 10, 15 puntos, incluso más, entre dos tests efectuados uno en las peores condiciones y otro en las más favorables.

Como hemos señalado, no existe un CI absoluto, cada CI debe ser referido a un test concreto y relacionado con las condiciones de evaluación y con la definición que le son propias. De esta forma, hay CI que traducen un cociente de edad (Binet-Simon, Terman-Merill), mientras otros señalan la dispersión (WISC, WISPP). Se observa una gran variabilidad de un test a otro, no solamente en los «CI de edad» y los «CI estándar», sino también entre diferentes CI de edad. La correlación entre todos estos tests está, por consiguiente, lejos de ser satisfactoria.

Constancia del CI

Al comienzo de la psicometría, el CI fue entendido, por desgracia, como el reflejo de una capacidad intelectual, casi una medida fisiológica de la actividad cerebral. El propio Binet establece la hipótesis de una constancia del CI en los retrasados. En los años veinte se llega a considerar el CI como muestra de una capacidad intelectual congénita invariable. Más tarde, el concepto de CI fue revisado con una valoración más justa. En efecto, el CI de edad evalúa mucho más la mayor o menor velocidad de crecimiento que una potencialidad absoluta. Por otra parte, la velocidad de crecimiento es variable de un niño a otro, y en un mismo niño de un período a otro, sin prejuzgar el límite final. Zazzo ha realizado muy acertadamente las siguientes observaciones: desde un punto de vista estadístico «el CI normal es constante, no por experiencia sino por definición o, lo que es igual, por construcción». Por el contrario, en un niño particular «el CI no es constante por definición, sólo la experiencia puede responder» (Perron-Borelli). Los estudios catamnéticos han demostrado esta variabilidad relativa del CI en un mismo niño. Además, para cada test, se observa una variabilidad en el valor de la desviación estándar (DS) en función de la edad, por lo que con un mismo CI la situación estadística de un niño no tiene la misma significación en edades diferentes (esto es válido tanto para los CI de edad como para los CI estándar).

En conclusión, creer que el CI conserva para un niño en particular un valor constante revela una mala comprensión y una extensión excesiva de lo general a lo particular. Es probable que la confusión se haya mantenido por una visión puramente estadística en la que, por la misma construcción, el CI debe ser constante de una edad a otra. Esto nunca se produce en un individuo aislado. Es éste un factor importante que tomar en consideración en el análisis de los factores hereditarios ligados al CI.

Cociente intelectual y herencia

En el apartado anterior se ha visto la existencia de una oposición entre el punto de vista del estadístico y el del clínico, a propósito de la constancia del CI. Para un sujeto particular, el CI es variable con la edad, el tipo de test, la situación, etc. El mismo enfrentamiento entre estadístico y clínico se observa respecto al tema de la naturaleza hereditaria o no del CI. Es obvio que cuanto más valor relativo se da al CI, tanto más relativo es el peso de la herencia, y a la inversa. En los años veinte y treinta, algunos autores estimaban que la herencia intervenía en un 80 % en el valor del CI. Más tarde, numerosos autores han intentado cuantificar el peso respectivo de la herencia y los factores educativos, en su más amplio sentido. Existe, pues, una gran diferencia entre quienes se adhieren a una visión puramente estadística y el clínico enfrentado a un caso individual.

Conviene precisar que examinaremos en un capítulo posterior los factores hereditarios patológicos (aberraciones cromosómicas, anomalías metabólicas diversas, etc.). Sólo consideramos aquí la herencia en un sujeto que se supone biológicamente sano. Se ha podido demostrar la importancia de los factores socioculturales: los niños de clases socioeconómicas altas tienen estadísticamente un CI más elevado que los de clases menos favorecidas. ¿Determina el CI la situación social que ocupa cada sujeto? (Jensen). Sin embargo, numerosos estudios han demostrado, en particular en niños adoptados, que el CI varía en función de las condiciones educativas y socioeconómicas del medio en que el niño es educado, lo cual ilustra la importancia del ambiente. Niños de familias modestas adoptados por padres de situación económica favorable tienen un CI que se aproxima al de los niños procedentes de este último medio (Schiff).

De igual modo, la calidad de las relaciones afectivas tiene un papel considerable. En su gran mayoría, los niños con carencias importantes (hospitalismo, niños maltratados) tienen un nivel intelectual mediodre. La mayor parte de las perturbaciones afectivas se acompañan de un déficit menor o transitorio, lo que ha llevado a algunos autores a hablar de falsa debilidad (v. el problema de la inhibición intelectual, pág. 349) oponiéndola a la «verdadera debilidad», en la que existiría una lesión cerebral, aun cuando fuera mínima. Tal diferencia, aunque pueda parecer artificial, responde en parte al gran problema de las deficiencias ligeras en las que no se halla causa aparente. Revisaremos este punto en el siguiente capítulo (v. pág. 193).

En conclusión, la participación de factores hereditarios en la determinación de la capacidad intelectual es muy probable, como demuestran diversos estudios de gemelos hetero o monoigóticos. Sin embargo, se trata de una transmisión poligénica compleja, pues no ha sido verificada ninguna ley de transmisión hereditaria simple. Por otra parte, sería más exacto hablar de heredabilidad que de herencia (Roubertoux), lo que evidencia un grado variable de capacidad para apren-

der, más que un valor absoluto de inteligencia. Esta capacidad para aprender imprime una mayor importancia a los factores del medio, como demuestra un creciente número de trabajos. La teoría de la impronta y los períodos críticos, que la etiología ha difundido tan ampliamente, ilustran claramente la correlación entre una cierta aptitud para aprender, genéticamente determinada, y la aportación del ambiente. Desde esta perspectiva, existe una estrecha y constante influencia entre los factores genéticos y los ambientales, por lo que resulta ilusoria una diferenciación demasiado rigurosa entre estas dos entidades.

B. EVALUACIÓN CLÍNICA: EL CÓMO DEL RENDIMIENTO

Contrariamente a los tests citados anteriormente, el objetivo de la valoración clínica no es determinar a qué nivel se sitúa un rendimiento, sino la estrategia que utiliza el sujeto para realizarla. Las pruebas (término preferible al de test) que Piaget y seguidores han propuesto se inscriben en un contexto clínico diferente. Una conversación con el niño en la que se intercambian argumentaciones y contraargumentaciones permite comprender la estructura del razonamiento. Las nociones de rendimiento, concretadas en una «estandarización» lo más rigurosa posible y en una limitación que implica la frecuente medición del tiempo en la administración habitual de los tests psicométricos, son consideradas secundarias, cuando no extrañas, en este tipo de pruebas. Lo importante es situar el nivel de razonamiento en función de diversos estadios que representan otras tantas estructuras lógicas diferentes.

Estas consideraciones dan cuenta de la mínima estandarización de tales pruebas y de la necesidad de un amplio conocimiento de las teorías piagetianas para utilizarlas.

■ En el período preoperatorio, el de la inteligencia representativa, entre los 2 y 7 años, estas pruebas se basan en el análisis de unas figuras geométricas simples (círculo, cuadrado, rombo), después otras más complejas («bandera» de Gessell, figura compleja de N. Verda: v. fig. 9-2) y el de un personaje humano.

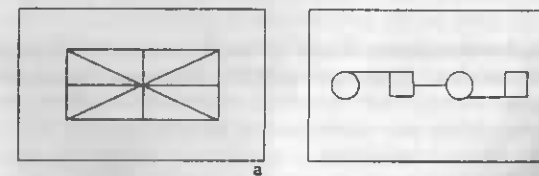


Fig. 9-2. a) Bandera de Gesell; b) figura compleja de N. Verda.

■ **En el período de las operaciones concretas**, entre los 7 y 11 años, los mecanismos operatorios se centran ante todo en objetos concretos, manipulables. Han sido estandarizados en parte en las «Pruebas de desarrollo del pensamiento lógico» (v. más adelante).

■ **El período de las operaciones formales** corresponde al desarrollo de la estructura de «grupo combinatorio», y se inicia a partir de los 12 años. Tras el estadio operatorio concreto, el paso al estadio operatorio formal se caracteriza por la capacidad del preadolescente (entre 12 y 16 años) de razonar con hipótesis, de examinar el conjunto de los casos posibles y considerar lo real como un simple caso particular. El método experimental, la necesidad de demostrar las proposiciones que enuncia, la noción de probabilidad, se hacen accesibles a esta edad. En el plano práctico, la puesta en marcha de la capacidad de razonamiento hipotético-deductivo se traduce por la posibilidad de acceder al grupo de operaciones formales de transformación: lo idéntico, la negación, lo recíproco y la negación de lo recíproco, es decir, lo correlativo (INRC). A título de ejemplo, en el estadio concreto, el niño comprende que $\frac{2}{4}$ es mayor que $\frac{1}{4}$ porque no tiene más que comparar 1 y 2, pero solamente es en el estadio formal cuando entiende la igualdad de $\frac{1}{3}$ y $\frac{2}{6}$ porque puede establecer una relación entre la comparación de los numeradores y de los denominadores; puede plantearse estas dos proporciones y la relación entre dos relaciones.

La evaluación de estas operaciones formales se ha hecho posible con la puesta a punto de la **escala de pensamiento lógico (EPL)**,* contrastada en un grupo de niños y niñas de edades entre 9 y 16 años. Cubre, por consiguiente, una parte del estadio operatorio concreto y el conjunto del estadio de las operaciones formales (formal A y formal B).

La EPL consta de una serie de cinco pruebas:

1. Prueba de operaciones combinatorias, tipo permutación.
2. Prueba de cuantificación de probabilidades.
3. Prueba basada en los factores que modifican la frecuencia de las oscilaciones de un péndulo.
4. Prueba de coordinación de dos sistemas de referencia distintos en la representación espacial (curvas mecánicas).
5. Prueba de conservación y disociación de las nociones de peso y volumen.

Los resultados permiten situar el funcionamiento mental de un niño en una de estas 4 categorías: estadio concreto, intermedio, formal A y formal B.

*Para mayor detalle, véase: F. Longeot, *Echelle de Développement de la Pensée Logique*, Editions Scientifiques et Psychologiques, Issy-les-Moulineaux.

Para B. Inhelder, el nivel operatorio formal que caracteriza el pensamiento adulto no es adquirido por el niño deficiente, por lo cual queda detenido en el nivel de las operaciones concretas.

La correspondencia entre la evaluación clínica y los tests psicométricos clásicos es satisfactoria a nivel estadístico, pero existen numerosas discordancias individuales: «un CI bajo puede ser compatible con un nivel de razonamiento satisfactorio e, inversamente, un CI normal puede observarse en sujetos cuyo nivel de razonamiento es insuficiente» (Dailly). Encontramos de nuevo la diferencia entre una visión puramente estadística y el punto de vista clínico, interesado ante todo por el individuo.

III. Deficiencia mental

La paidopsiquiatría se constituyó en torno a la deficiencia mental que, en sus inicios, representaba prácticamente su único objeto de estudio. Las diversas entidades nosográficas actuales se han originado casi en su totalidad en el cuadro del «idiotismo» en el que Pinel confundía «demencia», deficiencia intelectual y estado de estupor. Luego Esquirol distingue demencia e idiotismo: «El hombre demente es el privado de los bienes que le colmaban, ¡es un rico convertido en pobre! El idiota ha estado siempre en el infortunio y la miseria». Más tarde, Esquirol distingue entre los idiotas, la idiocia y la imbecilidad (sujeto menos afectado). Seguin, a finales del siglo XIX, diferencia la idiocia y la imbecilidad, cuya incurabilidad reconoce, del «retraso mental» caracterizado por un entecimiento más o menos recuperable del desarrollo intelectual. Binet, a principios del siglo XX, introduce la psicometría, que pronto llegará a ser el criterio de clasificación de las distintas deficiencias.

A. DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN, FRECUENCIA

■ **Definición:** no hay duda cuando se trata de una deficiencia profunda; sin embargo, es difícil definir el límite superior de la deficiencia. La exigencia escolar ha sido el origen de la creación de los tests con la intención de distinguir a los niños aptos para una escolarización normal de los que no lo son. Por ello, casi se han identificado, en el inicio de la psicometría, deficiencia e ineptitud escolar. Utilizando tal criterio, trabajos recientes (Chiland) han demostrado que es necesario un CI ≥ 96 para seguir actualmente una escolaridad satisfactoria. Según este criterio, ¿comienza la debilidad a partir de un CI ≤ 96 ? Por otra parte, en el plano estadístico, la mayor parte de los tests (particularmente el WISC) están contruidos para que la mayoría de la po-

blación (95 %) esté comprendida entre -2 y $+2$ desviaciones estándar. Visto así, la desviación anormal comienza con un CI ≤ 70 ya que, cuando es superior a esta cifra, se sitúa en el campo de la distribución gaussiana normal. Desde un punto de vista práctico y empírico, numerosos pediatras y paidopsiquiatras (Dailly) consideran que la debilidad se caracteriza por un CI ≤ 85 . Finalmente, otros autores (Inhelder), sin utilizar medidas psicométricas, sino con el estudio de las estructuras lógicas, caracterizan la debilidad por la imposibilidad de acceder a las estructuras del pensamiento formal. Como puede observarse, definir un límite superior a la deficiencia es difícil.

Estas dudas dificultan en gran medida una aproximación conceptual y teórica al problema de la debilidad mental, y explican en parte las divergencias entre los diferentes puntos de vista. Sea cual sea la definición, utilizando la clasificación psicométrica es corriente distinguir entre los deficientes mentales:

1. Idiota: CI $\leq 20-25$.
2. Imbécil: CI $\leq 40-50$.
3. Débil mental: CI ≤ 75 .

■ La clasificación de la OMS y de Estados Unidos es la siguiente:

1. Deficiencia mental profunda: CI ≤ 25 .
2. Deficiencia mental severa: CI ≤ 40 .
3. Deficiencia mental moderada: CI ≤ 55 .
4. Deficiencia mental ligera: CI ≤ 70 .
5. Deficiencia mental límite: CI ≤ 85 .

■ La frecuencia de la debilidad mental depende, evidentemente, de su definición (en particular de si se incluye o no la deficiencia límite). En los niños de edad escolar, varía entre el 1,5 y el 5,5 %, según diferentes estudios. La deficiencia mental severa y profunda está comprendida entre el 0,3 y el 0,6 %, y es la única que se descubre habitualmente antes del período escolar. La deficiencia mental ligera o límite no es reconocida, generalmente, más que en la edad escolar. Existe un máximo de frecuencia entre los 10 y los 14 años; más allá de esta edad se observa una importante disminución del número de deficientes. Esta disminución epidemiológica muestra cómo la debilidad mental, en particular la límite, está ligada a la escolarización. En todos los niveles de la deficiencia mental se observa una preponderancia del sexo masculino (60 %).

B. ESTUDIO CLÍNICO

La referencia al CI no debe, a pesar de la simplicidad de su uso, hacer olvidar sus problemas metodológicos (v. pág. 170), en particular

la frecuente variabilidad del CI. Es decir, que los límites son arbitrarios: un niño puede muy bien evolucionar en un sentido o en otro. Estos límites son relativos y no tienen más que un valor estadístico.

1. Nivel de desarrollo y eficiencia social

■ **Deficiencia mental profunda:** el nivel mental no supera los 2 o 3 años. Se observa en la primera infancia un retraso de todas las adquisiciones, que permanecen incompletas. La autonomía en hábitos cotidianos es parcial (alimentación, aseo, control de esfínteres); no obstante, puede mejorar en el marco de una buena relación. El lenguaje es casi inexistente, reducido a algunas palabras o fonemas. La tercera parte de estos pacientes depende de alguna institución. Es frecuente la existencia de anomalías morfológicas, alteraciones neurológicas y crisis epilépticas.

■ **Deficiencia mental severa y moderada:** estos sujetos no sobrepasan una edad mental de 6-7 años. Es frecuente el retraso del desarrollo psicomotor. Es posible cierta autonomía en los hábitos cotidianos, sobre todo si el niño evoluciona en un ambiente estimulante y cálido, pero sigue siendo necesario un marco protector. El lenguaje permanece asintáctico, aunque su nivel depende, en gran parte, del grado de estimulación del entorno. La lectura, por el contrario, es imposible o queda a nivel de un delecteo rudimentario y la escolarización resulta imposible. El pensamiento permanece en estadio preoperatorio.

■ **Deficiencia mental ligera y límite:** la escolaridad pasa a ser el criterio fundamental: el fracaso escolar caracteriza a estos niños, que, hasta la entrada en la escuela, suelen tener un desarrollo psicomotor normal. El lenguaje no presenta anomalías importantes; la integración social extraescolar (con la familia, otros niños) es a menudo satisfactoria. Es raro encontrar anomalías somáticas asociadas. En realidad, son las exigencias de una escolaridad obligatoria las que conducen a aislar a este grupo. La incapacidad de acceder a una estructura de pensamiento formal representa un límite en la progresión de los primeros cursos de la escolaridad primaria.

En este grupo, el equilibrio afectivo, la calidad de las relaciones con el medio, el peso de los factores socioeconómicos y culturales parecen tener un papel fundamental sobre el que volveremos a hablar (v. pág. 184).

2. Trastornos afectivos y del comportamiento

La presencia de estos trastornos es, si no constante, al menos muy frecuente. Sus manifestaciones clínicas dependen en parte de la importancia del déficit cognitivo: pueden describirse dos extremos entre los que son posibles todos los grados intermedios.

■ **En la deficiencia mental profunda y severa** se dan frecuentemente trastornos de las relaciones personales: aislamiento, incluso verdadero retraimiento afectivo, estereotipias frecuentes en forma de balanceo, descargas agresivas y gran impulsividad, sobre todo en caso de frustración, automutilaciones (v. pág. 227) más o menos graves. El conjunto de estos síntomas recuerda lo que se observa en algunas psicosis infantiles precoces, lo que ha apuntado la posibilidad de una organización psicótica en los deficientes graves (Misès).

■ **En la deficiencia mental límite o ligera** las perturbaciones afectivas son muy frecuentes (50 % de casos, según Heuyer) y se organizan de acuerdo con dos líneas:

1. Área de las manifestaciones conductuales: inestabilidad, reacción de prestancia que puede llegar hasta reacciones coléricas ante el fracaso, alteraciones del comportamiento, en particular en el adolescente arrastrado por muchachos de su edad (pequeños delitos, hurtos, etc.). A estas conductas se asocia por lo general una organización muy rígida, manifestada a través de unos juicios parciales, excesivos, sin autocríticas.

2. La otra área está representada por la inhibición, la pasividad, una sumisión extrema tanto con relación a adultos como a niños. Las posibilidades intelectuales pueden experimentar también el peso de esta inhibición: los tests evidencian los repetidos fracasos que entorpecen el rendimiento intelectual.

La existencia de estas perturbaciones afectivas traduce, para Misès, el carácter disarmónico de la organización de la personalidad del niño deficiente, cuya baja eficiencia debe ser comprendida como una manifestación sintomática en el seno de una organización psicopatológica que es preciso evaluar. Volveremos sobre este punto en el capítulo dedicado al estudio psicopatológico.

En otros niños, por el contrario, no se observan alteraciones afectivas particulares, a excepción de un cierto infantilismo o puerilismo. Se trataría, según algunos autores, de la debilidad «armónica, simple o normal». Desde este punto de vista, la debilidad normal no sería más que el testigo de la distribución gaussiana del CI (v. pág. 167).

3. Trastornos instrumentales

La existencia de alteraciones instrumentales es frecuente, si no constante, incluso en la debilidad ligera o límite. No haremos más que citarlas brevemente; el lector interesado puede dirigirse a los capítulos dedicados a cada una de estas conductas. Entre otras se observan:

1. Alteraciones del lenguaje: además de la habitual constatación de un nivel inferior en las pruebas verbales en relación con las pruebas

no verbales, se detectan frecuentemente bajos niveles fonemáticos, gramaticales y sintácticos (Garrone).

2. Alteraciones del desarrollo motor y de las praxias, tanto más evidentes cuanto más complejas son las pruebas propuestas. Se observan a menudo alteraciones del esquema corporal y dispraxias (Bergès). La «debilidad motriz», concepto acuñado por Dupré y que puede asociarse a la deficiencia mental, se ha estudiado en la página 103.

En realidad, pueden observarse todos los tipos de trastornos instrumentales. El problema reside en apreciar su relación con el déficit intelectual, como veremos en los siguientes apartados.

C. ANÁLISIS DISCRIMINATIVO DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES Y ABORDAJE PSICOPATOLÓGICO

1. Análisis discriminativo

El estudio de la debilidad ha seguido, en parte, una evolución paralela a las investigaciones psicométricas. Así, cuando en un principio se consideraba que el CI era reflejo de una capacidad intelectual global, la debilidad fue también entendida como un bajo rendimiento global. Del mismo modo, un bajo cociente de desarrollo mostraba un simple enlentecimiento del desarrollo intelectual. Por ejemplo, se estimaba que un niño de 7 años cuyo CI era de 70 tenía un nivel idéntico al de un niño de 5.

En realidad, con la proliferación de las escalas psicométricas, su distanciamiento progresivo del factor escolar y el mejor conocimiento de los diversos estadios del desarrollo del niño, esa concepción ha revelado sus límites. La utilización de baterías de tests ha demostrado, por una parte, que el nivel de rendimiento varía en función del test empleado (lo que relativiza la noción de un nivel global), y por otra, que los diversos resultados obtenidos por un niño de 7 años con un CD de 70 en el Binet-Simon, por ejemplo, no son superponibles a los conseguidos por un niño de 5 años de desarrollo normal. Asimismo, en un grupo de niños deficientes con el mismo nivel global, se observan grandes diferencias en esta heterogeneidad. Ante estos resultados, la hipótesis de un déficit único, monomorfo, un simple enlentecimiento del desarrollo, ya no era verosímil: el cuadro de deficiencia mental debía ser reconsiderado. Así, desde 1929, en un trabajo premonitorio, gracias a una amplia batería de tests, Vermeylen ya propuso distinguir las deficiencias «armónicas» y las «disarmónicas».

En un segundo período, renunciando a la unidad del cuadro de la debilidad, los autores procuraron distinguir dos clases de deficientes basándose en la investigación etiológica. De esta forma, fueron diferenciadas la **debilidad exógena** y la **debilidad endógena** (Strauss-Chiva-Dailly). La primera, llamada exógena, correspondería a los

casos en los que una etiología orgánica de cualquier tipo (malformativa, infecciosa, tóxica, etc.) ha ocasionado una perturbación a nivel del SNC, mientras que en la endógena no se encuentra etiología evidente alguna. Estos casos son atribuidos a la herencia poligénica, manifestada a través de la distribución gaussiana del CI. La deficiencia exógena -patológica- se distingue por la importancia:

1. De las alteraciones perceptivas.
2. De los trastornos del ritmo y de la organización espaciotemporal.
3. Del pensamiento puramente concreto con un aspecto «rígido», poco evolutivo, poco adaptativo.
4. De las alteraciones afectivas asociadas: impulsividad, agresividad.

Según esta concepción, aceptando que la deficiencia exógena es disarmónica, existiría, por el contrario, una debilidad endógena, denominada normal, que constataría la existencia de un retraso homogéneo del desarrollo intelectual determinado genéticamente.

Sin embargo, los trabajos más recientes sobre el análisis del funcionamiento cognitivo, no solamente en términos de rendimiento, sino también en términos de operatividad (prueba piagetiana) o de competencia social (DPS, EDEI), han demostrado que la existencia de esta deficiencia normal, homogénea, era hipotética. En efecto, en casi todos los niños deficientes se comprueba la heterogeneidad de sus resultados. A pesar de que las variaciones individuales son siempre posibles, a nivel estadístico se observa que:

1. El nivel de las pruebas verbales es inferior al de las no verbales.
2. En las pruebas perceptivomotrices se alcanzan peores resultados, al igual que en los tests de esquema corporal.
3. Por el contrario, las pruebas de inteligencia psicosocial (DPS-EDEI) presentan un mejor nivel. En el caso de la DPS, la autodirección es superior a la relación interindividual, superior a los intereses, superior a las escalas no verbales clásicas y superior a las escalas verbales.

De igual forma, la evaluación del nivel operatorio (Inhelder) de los niños deficientes parece mostrar la existencia de una constante fluctuación entre niveles de funcionamiento muy diferentes. Los niveles preoperatorio, operatorio concreto, incluso el estadio sensoriomotor, se mezclan y entrecruzan cuando el niño deficiente se enfrenta a un problema. Parece incapaz de desarrollar una estrategia operatoria coherente y presenta bruscas lagunas en la organización del pensamiento. En todos los casos, parece bloqueado el acceso al estadio del pensamiento formal.

Si es cierto que la heterogeneidad de los niveles es habitualmente mayor en el caso de la deficiencia exógena, quedaría por explicar la

causa por la que la debilidad endógena también presenta cierta heterogeneidad. Diferentes autores han intentado evidenciar o hipostasiar la existencia de un factor responsable de esta heterogeneidad. Así, Zazzo y cols. han propuesto el concepto de **heterocronía**, que «*expresa simplemente un hecho: el niño deficiente típico se desarrolla a diferentes velocidades siguiendo los diversos sectores del crecimiento psicobiológico*».

La heterocronía no es una simple muestra de diferentes velocidades. Es un sistema, una estructura. Esta heterocronía es, para Zazzo, la característica del deficiente y encuentra su origen en un factor de maduración neurofisiológica deficiente determinado genéticamente.

Por su parte, Inhelder, para dar cuenta de la fluctuación constatada en los niveles operatorios, lanza la hipótesis de una «**viscosidad genética**» responsable del retraso del desarrollo cognitivo que comporta fijaciones a niveles primitivos de organización.

Cualquiera que sea su formulación, estos trabajos, realizados por estadísticos o epistemólogos más preocupados por definir una clase que por el individuo en concreto, terminan por aislar un rasgo específico de la debilidad, rasgo inscrito a menudo en el patrimonio genético (debilidad normal, heterocronía, viscosidad, inercia oligofrénica de Luria, rigidez mental de Lewin). No obstante, esta perspectiva ha permitido pasar de un concepto global de la debilidad considerada desde el ángulo único de la carencia, a un concepto dinámico, diacrónico, entendiéndola como una estructura en curso de creación a causa de una maduración defectuosa.

Contra tales conceptualidades han aparecido trabajos recientes dedicados a los niños deficientes: coinciden en volver a situar el factor «eficiencia intelectual» en el seno del conjunto de la organización psicopatológica de un individuo. Desde esta óptica, la deficiencia mental no es más que una característica de una clase estructural única (inscrita frecuentemente en la dotación genética), pero no es más que un síntoma testigo de unas estructuras mentales subyacentes que pueden ser muy diferentes entre sí sin estar relacionadas necesariamente con una etiología orgánica precisa. En caso de descubrir un origen orgánico, no tiene por qué ser éste el único elemento determinante y explicativo de la deficiencia.

Como conclusión de la investigación que conduce a Garrone y cols. a refutar la clásica distinción entre deficiencia endógena y exógena, los autores afirman: «*la debilidad mental podría ser comprendida como el resultado de un proceso o serie de procesos de naturaleza u orígenes diversos [...]. La forma de la disfunción y por tanto del síntoma clínico estaría determinada por el momento del trauma y por la historia del desarrollo, más que por la etiología*». También Gibello, utilizando referencias piagetianas, define la **disarmonía cognitiva** como una «*anomalía permanente del pensamiento racional que sirve de defensa contra las angustias arcaicas*». Más recientemente, este autor ha des-

critos los «retrasos de organización del razonamiento» en niños caracterizados por la existencia de una marcada diferencia entre el CI, situado en la zona de normalidad, y un nivel de organización del pensamiento, en términos de Piaget, muy retrasado. Estas deficiencias en la inversión de los procesos del pensamiento ya representan una falta de armonía cognitiva o un retraso de organización del razonamiento, y ponen de manifiesto procesos psicopatológicos subyacentes en los que intervienen a menudo mecanismos de defensa denominados arcaicos (v. pág. 398).

2. Abordaje psicopatológico

Para el clínico, una vez situado ante el individuo, la intervención psicopatológica consiste, tras la evaluación global del CI, el estudio discriminativo de las funciones cognitivas y de los diversos trastornos instrumentales asociados y la investigación etiológica, en precisar el lugar de esta afectación de las funciones cognitivas en tanto que síntoma en el seno de una organización mental particular.

Sin negar la importancia de lo que hemos llamado la función de realización (v. pág. 164), se trata de tomar en consideración la función apetitiva, en la que la dimensión del deseo y del placer no puede ser excluida, así como las diversas estrategias utilizadas por el niño para hacerle frente (en particular, la catexis recíproca de los procesos primarios y/o secundarios). Algunos autores consideran además que la función apetitiva y la organización fantasmática tienen un papel predominante. Para M. Mannoni, el niño deficiente está atrapado en una relación dual que le prohíbe llegar a la posición de sujeto: *«incluso en el caso en que un factor orgánico esté en juego; tal niño no tiene únicamente que hacer frente a una dificultad innata, sino también a la forma como la madre utiliza esta deficiencia en un mundo fantasmático que termina por ser común a los dos»*. En esta relación dual, la función paterna organizadora del orden simbólico no puede encontrar su lugar. Sin embargo, esta posición extrema ha recibido numerosas críticas que la han considerado una confusión entre la génesis misma del trastorno y los reajustes psicoafectivos que le suceden (Lébovici), o una actitud antinosográfica, de una simplificación excesiva de los mecanismos (Misès).

Por el contrario, la interacción entre funciones de realización y funciones apetitivas es el centro de las reflexiones de autores como Lang, Misès, Perron y Garrone. Para Misès, *«las afectaciones orgánicas introducen necesariamente trastornos en las relaciones y, recíprocamente, a partir de alteraciones graves de orden afectivo nacen a veces distorsiones duraderas que dejan huellas definitivas en la organización de las grandes funciones»*. Es esencial, en estas condiciones, evaluar ante cada niño *«el lugar que ocupa la afectación de las funciones cognitivas en relación con otras disarmonías de la personalidad»*. Desde esta perspectiva han sido elaboradas las escalas diferenciales de eficiencia inte-

lectual (EDEI, v. pág. 170). En un intento de clasificación psicopatológica, teniendo en cuenta a la vez la descripción sincrónica (organización estructural actual del niño y lugar del déficit en esta organización) y la visión diacrónica propia de la infancia (potencial evolutivo abierto o cerrado de esta organización), Misès propone:

■ **Deficiencias disarmónicas:** se observa una coexistencia de factores deficitarios, alteraciones instrumentales diversas (trastornos del lenguaje, dispraxias importantes), trastornos afectivos variables. En este grupo Misès distingue:

1. Disarmonías de cariz psicótico, cuyos rendimientos intelectuales están muy limitados y se acompañan de una profunda ansiedad, clínicamente expresada por conductas de agitación o retraimiento y comportamientos extravagantes; en los tests de personalidad se traducen por una vida fantasmática muy primitiva, expresada por una pobre distinción entre lo real y lo imaginario. Sin embargo, *«no hay desestructuración global ni ruptura total en la adaptación a la realidad»*.

2. Deficiencias disarmónicas de cariz neurótico: el déficit intelectual es normalmente menos severo, asociado a síntomas variables, idénticos a los hallados en niños no deficitarios: fobia, obsesión, conducta de fracaso, inhibición. No tener en cuenta esta organización psicopatológica puede conducir a una agravación y ulterior fijación del déficit.

■ **Las deficiencias armónicas:** se caracterizan por el predominio del cuadro deficitario, no en función de su profundidad, sino más bien de su papel dinámico; toda la organización mental parece estructurada en torno al déficit, que permite una especie de «abrasión», una desaparición de los otros síntomas. Estas deficiencias armónicas constituyen el mayor riesgo evolutivo de las organizaciones disarmónicas; el déficit va agravándose con la edad.

Desde este punto de vista, la deficiencia mental no es el resultado de un déficit inicial, sino que representa *«una estructura histórica construida»* (De Ajuriaguerra) cuyo determinismo es necesariamente multifactorial.

D. FACTORES ETIOLÓGICOS

1. Factores orgánicos

Todas las afectaciones del SNC, cualquiera que sea su causa, son susceptibles de ocasionar una disminución de la capacidad intelectual. Estadísticamente, existe una correlación entre la intensidad del déficit intelectual y la existencia de una etiología orgánica: cuanto más