

**LA PSIQUIATRÍA INFANTIL, HOY: (II)  
PRINCIPALES FUNDAMENTOS TEÓRICOS.  
[CHILD PSYCHIATRY TODAY: (II) MAIN  
THEORETICAL FOUNDATIONS].**

*Angela Torres Iglesias\* , M<sup>a</sup> Dolores Domínguez Santos\*, y Jaime  
Rodríguez Sacristán\*\**

**Centro:** \* Area de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría,  
Radiología y Salud Pública. Facultad de Medicina,  
Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de  
Compostela, España

\*\* Cátedra de Psiquiatría Infantil. Departamento de  
Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamientos  
Psicológicos. Universidad de Sevilla. Sevilla, España

**Dirección de Contacto:**

Angela Torres Iglesias  
Profesora Titular de Psiquiatría  
Area de Psiquiatría. Facultade de Medicina  
Universidade de Santiago de Compostela  
R/San Francisco s/n  
15782 Santiago de Compostela (A Coruña)  
e-mail: [mrtorres@usc.es](mailto:mrtorres@usc.es)

## **RESUMEN:**

Con el fin de perfilar el marco conceptual de la Psiquiatría Infantil como ámbito científico moderno se revisan, en segundo lugar, las principales aportaciones teóricas que de alguna manera le han permitido construir un modelo conceptual y metodológico propio. A partir de las contribuciones de diversas teorías y modelos (Teorías psicodinámicas, del aprendizaje, cognitivas, y socioculturales; teoría de vínculo), se describen los principios básicos del modelo de la Psicopatología del desarrollo, como un macroparadigma que, desde una postura ecléctica e integradora, posibilita que la Psiquiatría Infantil se presente hoy como una disciplina organizada conceptual y metodológicamente.

## **Palabras Clave**

Psiquiatría Infantil; fuentes teóricas; modelo de psicopatología del desarrollo.

## **SUMMARY**

Authors second review the main theoretical contributions that allow Child Psychiatry to build its own conceptual and methodological model, to draw a conceptual framework of Child Psychiatry as a modern scientific area. From contributions of different theories and models (psychodynamic, learning, cognitive, and sociocultural theories; attachment theory), it's described the basic principles of the Development Psychopathology Model, as a macroparadigm with an eclectic and integrated position that allows Child Psychiatry to be a current organised discipline in conceptual and methodological terms.

## **Key Words**

Child Psychiatry; theoretical sources; development psychopathology model.

## **APORTACIONES CONCEPTUALES Y METODOLOGICAS**

El ámbito conceptual de la Psiquiatría Infantil, se ha ido conformando en épocas recientes y poco a poco. Sus fuentes también han sido diversas, recogiendo importantes aportaciones de la Neurología, Psiquiatría, Psicología evolutiva, Psicoanálisis, Etología, o de la Teoría General de los Sistemas.

La Psiquiatría Infantil se ha visto así enriquecida de las aportaciones conceptuales y metodológicas de diversas orientaciones teóricas, que le han permitido construir un modelo propio que aglutina un sólido cuerpo de conocimientos. Nuestro intento de definir la Psiquiatría Infantil como disciplina científica moderna pasa, necesariamente por revisar sus fundamentos teóricos porque constituyen los pilares en que se sustenta.

### **1.- Teorías Psicodinámicas**

La Teoría psicoanalítica tal y como la concibió Freud, constituye un todo. Por eso, resulta difícil de entrada extraer de ella lo que tiene relación con la infancia. El niño al que se refiere el Psicoanálisis clásico, al menos en sus comienzos, es un "*niño reconstruido*" a partir del adulto (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996, pág. 26) <sup>[1]</sup>. Sirva como ejemplo el análisis del caso del pequeño Hans, dado a conocer en 1909, que no lo realiza Freud a partir de la observación directa del niño, sino utilizando como intermediario a su padre.

Pero en honor a la verdad, la doctrina psicoanalítica fue la primera en dar un serio impulso a la Psiquiatría Infantil, además de proporcionar una visión fascinante del desarrollo humano en términos

de fuerzas y motivos intrínsecos, muchos de ellos inconscientes. El punto de vista freudiano sobre el funcionamiento psíquico, es básicamente evolutivo, remarcando las etapas infantiles del desarrollo, las experiencias tempranas, y la repercusión significativa de los vividos en los primeros años, sobre la personalidad a largo plazo.

En su *modelo de desarrollo psicosexual* (Freud, 1975) <sup>[2]</sup>, S. Freud explica como surgen los impulsos inconscientes y como afectan al comportamiento del niño durante las etapas oral, anal, fálica, de latencia y genital. También argumenta que la forma en como el niño experimenta y resuelve los conflictos propios de cada etapa, influirá en su personalidad básica y en sus esquemas de comportamientos a lo largo de la vida. Asimismo, fundamentándose en una concepción epigénica del desarrollo (según la cual cada estadio engloba al precedente, que permanece subyacente), elabora los conceptos de *fijación* y *regresión* como fuente de psicopatología.

Los seguidores de S. Freud, sin duda contribuyeron al enriquecimiento y diversificación del modelo psicoanalítico en diferentes direcciones.

En su obra "*Normality and Pathology in Childhood*", Anna Freud (Freud, 1965) <sup>[3]</sup> apunta dos ideas, que a nuestro juicio son fundamentales por sus implicaciones conceptuales para la Psiquiatría Infantil. En primer lugar, señala la importancia de la observación directa del niño, en la que se pone de manifiesto la influencia del entorno. En segundo lugar, introduce el concepto de *líneas del desarrollo*, en el que rechaza que el proceso de desarrollo infantil tenga lugar según un programa inevitable y de curso regular, y considera que la armonía es más bien un ideal utópico. Al entender que existen disarmonías inherentes al propio proceso del desarrollo, Anna Freud señala ya que en la infancia, los límites entre lo normal y

lo patológico resultan muy borrosos, y que con frecuencia ambos aspectos se encuentran entrelazados.

Melanie Klein <sup>[4]</sup>, por su parte, desarrolla una *teoría de las relaciones objetales internas*, íntimamente relacionada con los impulsos. Sus postulados básicos se centran en la importancia y precocidad del dualismo pulsional vida/muerte como organizador de los primeros estadios del psiquismo infantil. Considera que la proyección y la introyección son los dos mecanismos de defensa primarios en los primeros meses de vida, de forma que el bebé introyecta las experiencias gratificantes y proyecta al exterior las experiencias frustrantes. Define así la *posición esquizo-paranoide* como forma de organización de las primeras experiencias del bebé, según la cual existe una fragmentación de la madre y del hijo en elementos "buenos y malos". A los 12-18 meses, le sigue la *posición depresiva*, al integrar el niño los elementos ambivalentes que ve en la madre y los sentimientos de amor-odio que le despierta. La utilización que hace M. Klein de esos términos propios de la psicopatología para designar estadios del proceso madurativo normal, enfatiza de nuevo la dificultad para diferenciar lo normal de lo patológico si se emplea como referencia la estructura psíquica infantil.

Desde la perspectiva del Psicoanálisis genético, que conceptualmente se inscribe en la escuela americana de la Psicología del Yo, se insiste en la estrecha relación entre los procesos de maduración y desarrollo, que traducen la interacción genético-ambiental. En el ámbito de la Psiquiatría Infantil, los principales representantes de esta tendencia son René Spitz y Margaret Mahler (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996) <sup>[1]</sup>. El primero (Spitz, 1965) <sup>[5]</sup> describe los tres grandes *organizadores* que dirigen la evolución *del funcionamiento psíquico infantil*, y que marcan la aparición de nuevos esquemas específicos del comportamiento: se trata de la aparición de la *sonrisa* ante el rostro

humano (2º-3º mes), de la *angustia frente al extraño* (8º mes) y del *no gestual y verbal*. A partir de sus observaciones sobre el desarrollo normal, Spitz centra sus aportaciones en las repercusiones psicopatológicas de la privación afectiva (hospitalismo y depresión anaclítica, principalmente) y de las actitudes maternas (patología psicósomática infantil).

M. Mahler se ocupa principalmente de las relaciones objetales en la interacción del niño con la madre, describiendo las fases evolutivas del *proceso de individuación*, que suele acontecer en los tres primeros años de vida (Mahler y Furer, 1968) [6]. Asimismo, esta autora aporta hipótesis patogénicas para las psicosis infantiles de inicio precoz (principalmente el autismo y la psicosis simbiótica).

Donald W. Winnicott, representante de la escuela británica de la teoría de las relaciones objetales, revisa los conceptos kleinianos, y da más importancia a la influencia de la realidad externa en el desarrollo. En su enfoque inicial de la díada madre-hijo (Winnicott, 1957) [7], distingue tres roles en la función materna: sostén y crianza ("*holding*"), manipulaciones corporales ("*handling*") y presentación del objeto ("*object-presenting*"). Según la teoría de Winnicott, el *yo verdadero* se desarrolla en el contexto de un *medio que contiene*, proporcionado por una *madre suficientemente buena*, es decir por aquella madre que proporciona al niño el apoyo y confort que éste necesita en el momento preciso, *ni demasiado tarde ni demasiado pronto*. Sin embargo, cuando se produce una intrusión brutal en el espacio del niño, según este autor, puede surgir un yo falso (en el que se protegí el yo verdadero) que se adapta a las necesidades y demandas maternas. En este concepto de yo falso como construcción defensiva, subyace una vez más la borrosa frontera entre lo normal y lo patológico. También debemos a Winnicott el valioso concepto de *objetos transicionales* como

elementos sustitutivos que en determinados momentos del desarrollo proporcionan una cierta seguridad al niño cuando la madre está ausente.

Construyendo un modelo psicosocial, Erik Erikson se distancia de las zonas corporales de gratificación libidinal propias del modelo freudiano, y resalta las influencias socioculturales en el desarrollo. En el libro titulado "*Infancia y Sociedad*" (Erikson, 1973) [8], propone una visión del desarrollo en ocho etapas, que se corresponden con las diferentes edades del ciclo vital. Para cada etapa establece una *crisis* o conflicto central en la que el individuo se mueve entre dos polos extremos para su resolución (por ejemplo, *identidad frente a confusión de roles*, que describe para la adolescencia). Reconoce que existe una amplia variedad de salidas entre los dos extremos, y que la mejor resolución de una crisis consistirá en tomar el camino intermedio.

## **2.- La Teoría del Vínculo**

La Teoría del Vínculo fué formulada por John Bowlby, un autor británico de amplia formación psicoanalítica, y continuada por Mary Ainsworth, entre otros, también con planteamientos dinámicos. Por esa razón, podría incluirse en el apartado anterior. Sin embargo, consideramos que merece un apartado diferencial porque, en primer lugar sus planteamientos trascienden lo puramente psicodinámico; pero además sin duda constituyó un hito fundamental para la Psiquiatría Infantil en lo que a cambio de actitudes hacia la infancia se refiere, al enfatizar la necesidad de una relación afectiva especial entre el niño y su madre o cuidador principal para un desarrollo sano. A lo largo de su trilogía "*La Vinculación afectiva*", "*La separación afectiva*", y "*La pérdida afectiva: tristeza y depresión*" (Bowlby, 1968,

1979 y 1983, respectivamente) [9, 10, 11], Bowlby desarrolla una teoría sobre la naturaleza y constitución del vínculo afectivo en edades tempranas, y aborda las reacciones del niño ante las experiencias de separación y pérdida de las figuras de apego.

La teoría sobre el vínculo se fundamenta en varios aspectos. En primer lugar, diferencia la calidad del vínculo de otro tipo de relaciones afectivas. Aunque ya señalamos que la formación y marco de referencia inicial de Bowlby era el Psicoanálisis, finalmente rechaza el modelo de desarrollo tal y como lo habían planteado S. Freud y M. Klein, sobre todo en lo que se refiere a la evolución en estadios y a la posibilidad de que se produzcan fenómenos de regresión o de fijación a lo largo del desarrollo (Bowlby, 1989) [12]. También se mostró contrario al planteamiento de que lo que motivaba el vínculo fuese la necesidad de satisfacción de impulsos libidinales o de gratificación oral. Apoyándose en los estudios etológicos realizados en monos por Harry Harlow, y en base a sus propias experiencias, Bowlby sostiene que las situaciones tales como la angustia, la fatiga, la percepción de amenaza en el entorno o la ausencia de movimiento en la figura de apego, pueden activar el vínculo; la ansiedad del niño movilizaría *los indicadores de señal* (como por ejemplo el llanto), los cuales a su vez provocarían una respuesta reconfortante por parte de la figura de apego.

La idea de que el vínculo proporciona seguridad y disminuye la ansiedad, fué confirmada posteriormente por Mary Ainsworth, quien a través de su protocolo de investigación sobre *la situación extraña* (Ainsworth, Blehar, Waters y Walls, 1978) [13], clasificó el vínculo según fuese seguro o inseguro; en el primer caso, el cuidador principal proporciona confianza y seguridad, y sirve de base para que el niño juegue y explore el entorno.



El tercer aspecto diferencial de la teoría es que considera el vínculo como un proceso normal del desarrollo, necesario para proporcionar seguridad emocional y para favorecer la autonomía, y no como una fase inmadura de dependencia.

Bowlby sitúa el desarrollo del vínculo dentro de un sistema de base biológica, que equiparó inicialmente con el fenómeno de la *impronta* observado por Konrad Lorenz en aves, y no como una respuesta secundaria aprendida por recompensa alimenticia. También plantea la existencia de unos mecanismos mentales que denomina "modelos operativos internos", constituídos por la interpretación que el niño hace de sus experiencias relacionales, siendo sus contenidos fundamentales los referentes a percepción de accesibilidad y disponibilidad de la figura vincular. Estos mecanismos rechazan o reelaboran las interpretaciones que son muy contradictorias, y sufren cambios a lo largo del ciclo vital.

Una cuestión a destacar es la relación de continuidad señalada por Bowlby entre inseguridad de los vínculos selectivos precoces y psicopatología posterior, aspecto al que volveré más adelante.

Desde la perspectiva clínica, la teoría del vínculo ha tenido un incuestionable valor, pues ha contribuido en gran medida a la comprensión de la psicopatología infantil, a cambios en la política socio-educativa y sanitaria enfatizando la importancia de la continuidad en los cuidadores, y a la racionalización en la toma de decisiones en los caso de ruptura del vínculo (Thompson, 1991) <sup>[14]</sup>.

Desde nuestro punto de vista, Bowlby tuvo la suficiente flexibilidad y espíritu autocrítico como para modificar algunos aspectos de su teoría a medida que las evidencias empíricas así lo sugirieron. Destacaríamos tres cambios, que él mismo recogió en uno de sus últimos escritos (Bowlby, 1989) <sup>[12]</sup>. El primero se refiere al abandono

de su idea inicial en la que equiparó el vínculo al fenómeno de impronta observado en algunos animales. Igualmente, reconsideró su concepto de periodo crítico para el desarrollo de vínculos selectivos, que limitaba a los dos primeros años de vida. Efectivamente, existe un periodo sensible en el que es deseable que se formen vínculos selectivos, pero a la luz de los conocimientos actuales (Rutter, 1995)<sup>[15]</sup>, parece que dicho periodo es más amplio, y sus efectos no tan absolutos e irreversibles como se creía. El tercer aspecto que revisó, se refiere a su concepto de monotropía. En sus primeras aportaciones Bowlby creía que el niño tenía la necesidad biológica de establecer un vínculo selectivo con una persona concreta, generalmente la madre, siendo la calidad de esta relación muy diferente al resto. Lo que ahora parece claro es que, aunque existe una jerarquización de los vínculos durante la infancia, la mayoría de los niños establecen relaciones afectivas selectivas con un grupo de personas que están íntimamente implicadas en su cuidado; además se acepta que el desarrollo social depende no sólo de los lazos afectivos tempranos, sino también de las relaciones posteriores, de forma que la seguridad vincular constituye una característica importante de las relaciones mantenidas durante toda la vida.

La postulados básicos de la teoría del vínculo, han sido constatados por procedimientos empíricos. Sin embargo, todavía quedan algunas cuestiones por resolver (Rutter, 1995)<sup>[15]</sup>. Una de las cuestiones fundamentales se refiere a las implicaciones del vínculo en la aparición de psicopatología. Las clasificaciones diagnósticas actuales (DSM-IV y CIE-10) incluyen una categoría denominada "Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia". Parece poco adecuado que se incluya como criterio para el diagnóstico la "crianza patogénica"; es cierto que el cuadro clínico se puede hacer evidente en situaciones de abuso/negligencia de los padres, o bien de

discontinuidades en la crianza institucional, pero tampoco tenemos demasiadas evidencias de hasta que punto las alteraciones psicopatológicas se presentarían en ausencia de tales circunstancias. Además, el síndrome incluye manifestaciones que posiblemente superan el marco de la alteración vincular selectiva (Richters y Volkmar, 1994) <sup>[16]</sup>.

Por otra parte, las repercusiones de la teoría del vínculo podrían ir más allá de un trastorno específico, estando posiblemente implicado en otros trastornos en los que existe una dificultad en las relaciones interpersonales, como por ejemplo los trastornos de conducta, los de personalidad antisocial y límite, o el retraimiento social. En cualquier caso, la dimensión relacional de una persona es demasiado amplia como para poder explicarse exclusivamente en términos de vinculación selectiva de los primeros años (Sameroff y Emde, 1989) <sup>[17]</sup>.

### **3.- Teorías del Aprendizaje**

El modelo propuesto por el Conductismo ha ido incorporándose lentamente en el campo conceptual de la Psiquiatría Infantil. En la actualidad tiene un peso importante en el ámbito terapéutico, con la aplicación de las técnicas de modificación de conducta, y en el de investigación con el análisis conductual.

Desde la perspectiva del Conductismo, el desarrollo es un proceso continuo de aprendizaje, en el cual interesan las conductas observables que surgen en respuesta a los estímulos del entorno. Una parte importante de la adquisición de nuevos repertorios de conducta se explica por medio del fenómeno de condicionamiento, ya sea a través de la asociación e estímulos como propone el modelo de

Condicionamiento Clásico de Pavlov, o de refuerzos según el modelo Operante de Skinner. Tal y como constató Watson en el conocido e imprudente experimento con el pequeño Albert (Watson y Rainer, 1920) <sup>[18]</sup>, las respuestas emocionales son especialmente susceptibles al aprendizaje por condicionamiento clásico, especialmente en la infancia.

Algunos teóricos contemporáneos del aprendizaje como Bandura, han desarrollado un modelo sobre el aprendizaje social, que resulta fundamental para entender los procesos de socialización en la infancia y adolescencia. Su propuesta de aprendizaje por observación o modelado, consiste en algo más que una simple imitación de los demás, pues supone observar e interiorizar no sólo las conductas, sino también sus consecuencias, lo cual sirve para modelar la propia conducta posterior. Todo ello implica procesos cognitivos y motivacionales necesarios para fijar la conducta observada, almacenar información sobre ella, y recuperarla cuando surge la oportunidad de poder utilizarla (Bandura, 1986) <sup>[19]</sup>. Según esta perspectiva, si el modelo elegido refleja normas y valores "sanos", el niño desarrolla la autoeficacia, es decir la capacidad de adaptarse a la vida cotidiana y a las situaciones amenazantes.

#### **4.- Teorías Cognitivas**

Dentro de las teorías que se ocupan de los procesos cognitivos que median entre estímulos y respuestas, destacan por su interés para el desarrollo conceptual de la Psiquiatría Infantil, las contribuciones de Piaget y las de algunos defensores de la teoría del procesamiento de la información.

El modelo de desarrollo propuesto por Jean Piaget (Piaget, 1975) <sup>[20]</sup> se fundamenta en los conceptos de epigénesis y adaptación. El primer concepto se refiere a que el desarrollo tiene lugar en una serie de periodos, cada uno de los cuales se construye a partir del dominio concreto de la anterior, aunque el acceso a una nueva etapa se traduce por una forma totalmente nueva de organización de los procesos mentales.

En concreto, describe cuatro grandes *periodos* que abarcan desde el nacimiento hasta la entrada en la adolescencia: Sensoriomotriz, Preoperacional, Operaciones concretas, y Operaciones abstractas. A lo largo del desarrollo, el niño va desarrollando lo que él denomina esquemas, que son formas generales de pensar sobre objetos y situaciones. La adquisición de nuevos esquemas se logra a través de procesos de organización y de adaptación a través de cada uno de los periodos del desarrollo cognitivo. El concepto de *adaptación* se refiere a la habilidad del sujeto para ajustarse al medio e interactuar con él. La adaptación se produce a través de los procesos de asimilación (o incorporación de nuevas experiencias) y de acomodación (o ajuste a las demandas del entorno).

Según la Teoría del Procesamiento de la Información (Siegler, 1983<sup>[21]</sup>; Klahr, 1992<sup>[22]</sup>), inspirada en la tecnología computacional moderna, los diferentes componentes del sistema cognitivo interno sufren cambios a lo largo del desarrollo. En particular, durante la infancia y adolescencia se amplía la memoria de trabajo y la base de conocimientos, y maduran los procesos de control, contribuyendo así a un aprendizaje más eficiente. A diferencia de los planteamientos de Piaget, en esta perspectiva el desarrollo se interpreta como un proceso continuo que implica la adquisición de estrategias y de habilidades específicas que afectan a la memoria, al aprendizaje y a la resolución de problemas.

Las corrientes Neopiagetianas supusieron un intento de síntesis entre distintos aspectos de la teoría de Piaget y la teoría del procesamiento de la información. Las aportaciones más elaboradas provienen fundamentalmente de Robbie Case. Para los autores neopiagetianos, la característica de cada periodo de desarrollo cognitivo no es de tipo lógico, como asumía Piaget, sino procesual. El niño está dotado de una serie de procesos reguladores –solución de problemas, exploración, imitación- que hacen que se produzcan transiciones de una estructura a otra, y nuevas secuencias de estructuras ejecutivas (Perez, 1995) <sup>[25]</sup>. La práctica, que para Piaget tenía un efecto global sobre la estructura lógica del niño, representa para Case un efecto circunscrito a determinados ámbitos intelectuales. Otro aspecto diferencial es que los neopiagetianos atribuyen un papel más relevante de lo que lo hacía Piaget, a la maduración biológica como sustrato del desarrollo cognitivo.

## 5.- Teorías Socioculturales

La tesis central de las teorías socioculturales es que el desarrollo humano es el resultado de la interacción entre el individuo y la cultura. Dicho en otras palabras, el desarrollo del conocimiento y de las competencias individuales, tiene lugar a través de la orientación, el apoyo y la estructura que proporciona el contexto socio-cultural.

Se considera que Lev Vygotsky (1896-1934) fué un importante pionero de la perspectiva sociocultural. Siendo contemporáneo de Freud, Paulov, Skinner o Piaget, sus planteamientos tardaron en conocerse, en parte por circunstancias políticas (desarrolló su trabajo en la Rusia Stalinista), en parte por su muerte prematura.

Para este pensador, cuyos conceptos han revolucionado los esquemas educativos modernos, los niños son "aprendices del pensamiento" (Rogoff, 1993) <sup>[24]</sup>, de forma que la adquisición de competencias cognitivas es el resultado de la interacción del niño con las personas maduras de la sociedad. El objetivo del aprendizaje es aportar a los niños instrucción y apoyo, para adquirir las habilidades valoradas culturalmente. Al incluir al niño en un contexto de participación dirigida, el adulto le instruye en habilidades prácticas, sociales e intelectuales, situándoles en lo que Vygotsky denominó la *zona de desarrollo próximo*, que estaría constituida por un conjunto de desafíos que el niño puede afrontar con ayuda, pero no de forma totalmente independiente. Este autor señaló como característica esencial de la especie humana, una transmisión de conocimientos a través de una patrón cultural, en el que intervendrían como mediadores el lenguaje y otros símbolos (Vygotsky, 1978) <sup>[25]</sup>.

La perspectiva sociocultural ha servido de punto de partida a la visión sociogénica de la psicopatología infantil, que enfatiza que los

contextos socioculturales (familia, escuela, medio social) pueden funcionar como mecanismos etiopatogénicos del enfermar psíquico del niño.

Todas y cada una de estas teorías y modelos han aportado su grano de arena para comprender desarrollo y el enfermar psíquico infantil. Las teorías psicodinámicas han enfatizado la importancia de las experiencias tempranas y de los impulsos inconscientes en los comportamientos del niño. Las teorías del aprendizaje han mostrado el efecto del entorno inmediato en la adquisición de nuevos comportamientos, normales y patológicos. Los planteamientos cognitivistas nos han ayudado a entender mejor el como los modos de pensar de los niños a lo largo del desarrollo influyen en sus actos y en sus formas de interpretar lo que les sucede. Y las teorías socioculturales nos han recordado que tanto el desarrollo como la psicopatología infantil están insertos en un contexto sociocultural rico, y en muchos casos patógeno.

Pero también es verdad que todas las teorías han sido objeto de críticas. Las teorías psicodinámicas han sido acusadas de ser demasiado subjetivas, y no susceptibles de comparación experimental. Las del aprendizaje de ser muy reduccionistas y mecanicistas. Las cognitivas de sobredimensionar el pensamiento racional y lógico, subestimando el efecto de la instrucción directa. Y las teorías socioculturales han sido criticadas por olvidar los factores intrínsecos del desarrollo, dependientes de la maduración biológica.

Cada teoría nos ofrece su singular retrato del niño: un crisol de impulsos, un pequeño científico, un ordenador, un aprendiz. Pero también nos aportan formas distintas de entender el desarrollo: como proceso continuo o discontinuo, según se considere la contribución



predominante de la herencia o del ambiente, y según resalte o no la influencia de las experiencias tempranas. Todos estos aspectos se recojen de manera sintética y comparativa en el **Cuadro 1**.

**CUADRO 1: COMPARACION DE MODELOS DEL DESARROLLO**

	Interés	Retrato del Niño	Herencia o Ambiente	Continuidad o Discontinuidad	1 <sup>as</sup> experiencias determinantes del desarrollo
<b>FREUD</b>	Desarrollo psicosexual	Crisol impulsos inconscientes	Ambas	Estadíos	Si
<b>ERIKSON</b>	Desarrollo psicosocial	Ser con sucesivos retos psicosociales	Ambas	Estadíos	Si
<b>APRENDIZAJE</b>	Influencias ambientales	Ser pasivo configurado por el entorno	Ambiente	Continuidad	No (todas las experiencias son importantes)
<b>PIAGET</b>	Razonamiento	Pequeño científico	Ambas	Periodos	No (depende del periodo de desarrollo)
<b>PROCESAM. INFORMACIÓN</b>	Procesamiento cognitivo	Ordenador	Ambas	Continuidad	No (todas las experiencias son importantes)
<b>SOCIO-CULTURAL</b>	Contexto sociocultural	Aprendiz	Fundamentalmente ambiente	Continuidad	No (todas las experiencias son importantes)



## **EL MODELO DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO**

La complejidad del comportamiento humano en general trasciende de cualquier explicación teórica individual; pero además, el enfermar psíquico infantil presenta unas peculiaridades determinadas por lo que su comprensión se ve todavía más dificultada si partimos de una única corriente teórica.

A partir de la diversidad teórica señalada, y desde una perspectiva integradora, se ha constituido el Modelo de la Psicopatología del desarrollo, como modelo propio de la Psiquiatría Infantil. Ciertamente, este modelo representa una postura ecléctica, ya que, en lugar de adoptar una referencia única, incorpora los elementos conceptuales y metodológicos que parecen mejores o más útiles de diversos posicionamientos teóricos. De esta forma, reúne las visiones evolutiva, clínica y biopsicosocial necesarias para dar un enfoque científico al sorprendente hecho del enfermar psíquico infantil.

Desde un punto de vista conceptual, la psicopatología del desarrollo incluye tres componentes principales (Rutter, 1986) <sup>[26]</sup> : 1) Los mecanismos y procesos del desarrollo desde la infancia hasta la edad adulta, con especial énfasis en las continuidades y discontinuidades. 2) Las relaciones entre los comportamientos infantiles normales y patológicos, y el paralelismo entre adaptación normal y anormal frente al estrés y la adversidad. 3) Los efectos del desarrollo sobre la psicopatología (por ejemplo, la vulnerabilidad al estrés o los modos de expresión de la psicopatología según las distintas edades), y recíprocamente, los efectos de la psicopatología sobre el desarrollo evolutivo.

Para Achenbach (1990) <sup>[27]</sup>, la Psicopatología Evolutiva constituye en realidad un macroparadigma que sirve de marco de organización e integración de múltiples aproximaciones teóricas. De esta forma, otros paradigmas como el biomédico, el psicodinámico, el cognitivo, el conductual o el sociocultural, pueden servir como microparadigmas que abordan la psicopatología desde la perspectiva del desarrollo.

Las principales características del modelo, que se recogen de una manera

## CUADRO 2: LAS CLAVES DEL ENFERMAR PSÍQUICO INFANTIL DEGN EL MODELO DE PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO

◦ <b>Multicausalidad</b>	◦ <b>Continuidad y discontinuidad</b>
◦ <b>Reversibilidad</b>	◦ <b>Diferencias individuales</b>
◦ <b>Cronodependencia</b>	◦ <b>Psicopatoplastia contextual</b>
◦ <b>Conexión normal-patológico</b>	◦ <b>Interacción genético-ambiental</b>
◦ <b>Comorbilidad</b>	◦ <b>Perspectiva longitudinal</b>

resumida en el **Cuadro 2**, nos dan las claves del enfermar psíquico infantil.

En primer lugar, el modelo de psicopatología del desarrollo considera que la integración de los condicionantes biológicos (genéticos, orgánico-cerebrales y temperamentales), de la dinámica intrapsíquica (lo experiencial), y del contexto sociocultural (familia, escuela, grupo socio-cultural), son fundamentales para comprender la psicopatología infantil. La dimensión *multicausal* del enfermar psíquico infantil, incluye el análisis de los factores de riesgo y protección, así como de sus interacciones mutuas, a partir de un enfoque del tipo diátesis-estrés (Tsiantis y Macri, 1995) <sup>[28]</sup>.

En segundo lugar, admite que el niño, como ser en evolución que es, manifiesta unas estructuras psicopatológicas cambiantes a lo largo del tiempo, de manera que su funcionamiento psíquico está en permanente situación de adaptación y progreso, pero también en riesgo de desestructuración. La posibilidad de *reversibilidad* es una de las características más relevantes de la psicopatología infantil, que viene determinada por la capacidad autorreguladora de las conductas en la infancia (Rodríguez Sacristán, 1995) <sup>[29]</sup>.

La tercera característica hace referencia al fenómeno de la *cronodependencia* (Rodríguez Sacristán, 1991) <sup>[30]</sup> de las estructuras psicopatológicas infantiles, de forma que estas se organizan y manifiestan de determinadas maneras, dependiendo de la edad y del momento evolutivo por el que atraviesa el niño. El mismo síntoma puede tener diferentes significados, y la misma circunstancia ambiental puede suponer repercusiones variadas en función de la edad. Otra cuestión de interés, muy relacionado con la cronodependencia, es el momento madurativo-evolutivo en que acontecen las experiencias vitales, así como la confluencia de la naturaleza de dichas experiencias y la forma de vivenciarlas. Una muestra de ello sería el efecto variable del daño cerebral en las distintas edades (Goodman, 1987) <sup>[31]</sup>, o la vulnerabilidad resultante de los procesos psicológicos que están emergiendo en ese momento (Rutter, 1987) <sup>[32]</sup>. En relación a esto último, si tomáramos como ejemplo el tema de la vinculación, podríamos inferir que los niños muy pequeños estarían relativamente protegidos ante las experiencias de separación porque todavía no han establecido vínculos fuertes; con los niños mayores sucedería algo similar porque ya habrían aprendido a mantener las relaciones a través del espacio y del tiempo; pero en el caso de aquellos niños que están iniciando la deambulación, la situación de separación sería de riesgo porque los vínculos selectivos se estarían estableciendo de forma específica a esa edad, además de que en ese momento evolutivo, el niño carecería de los recursos cognitivos necesarios para mantener la relación afectiva durante una ausencia de las principales figuras vinculares.

Como consecuencia de los dos últimos aspectos, la *frontera entre lo normal y lo patológico* en la infancia es a menudo *borrosa*. Los parámetros que habitualmente se utilizan para describir la normalidad (Offer y Sabsin, 1984) <sup>[33]</sup> –salud, ideal utópico, promedio y proceso–, resultan insuficientes para la Psiquiatría Infantil. Normalidad y psicopatología, no son dos estados contrapuestos. Más bien, la desorganización psicopatológica infantil emerge del desarrollo normal de las estructuras psíquicas (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996) <sup>[1]</sup>. Por eso, cada caso concreto <sup>[1]</sup> precisa de un enfoque individual en el

que se considere la función del síntoma, lo estructural, lo contextual y lo evolutivo.

Además, la Psicopatología del Desarrollo acepta la existencia de una *comorbilidad* evolutiva al comprobar que las organizaciones psicopatológicas suelen acompañarse a lo largo del desarrollo de otros síntomas o trastornos de diversa índole.

Asimismo, asume la existencia de una compleja relación de *continuidad y discontinuidad* entre las organizaciones psicopatológicas del niño y las del adulto, de forma que los contenidos psicopatológicos y las formas de enfermar infantiles, pueden tener una enorme trascendencia en la edad adulta. En cierto sentido existe continuidad porque parte del desarrollo se produce secuencialmente, de forma que los niveles posteriores de funcionamiento incorporan los precedentes. Pero esto no significa que en la edad adulta seamos réplicas exactas de cuando éramos niños, ya que las nuevas experiencias modulan también el funcionamiento psíquico; incluso en el caso de experiencias tempranas muy negativas, se constata que las consecuencias psicopatológicas a largo plazo son escasas si el desarrollo posterior tiene lugar en un ambiente sano (Rutter, 1981) <sup>[34]</sup>. Podríamos afirmar pues que el tránsito psicopatológico desde el niño al adulto es complejo y múltiple. En ocasiones la continuidad será homotípica, y en otras heterotípica; quiere esto decir que a lo largo del desarrollo puede modificarse las conductas sintomáticas aunque continúen representando los mismos procesos psicopatológicos. Así por ejemplo, se ha observado que existe continuidad (homotípica) entre el aislamiento social, conductas extravagantes y déficits atencionales en niños, y psicosis esquizofrénicas en la edad adulta (Nuechterlein, 1986) <sup>[35]</sup>; pero también se ha encontrado (Zeitlin, 1986) <sup>[36]</sup> que los trastornos de conducta en la infancia se asocian no sólo a los trastornos de personalidad antisocial en etapas posteriores (continuidad homotípica), sino también a una variedad de conductas desadaptativas en el ámbito social que aumentan el riesgo de trastornos depresivos en la edad adulta (continuidad heterotípica).

El permanente dilema herencia-ambiente se aborda en la Psiquiatría infantil con una visión integradora. Por un lado, se considera la existencia de *diferencias individuales*, de forma que los factores genéticos y constitucionales juegan un importante papel en la expresión de las características psicológicas y psicopatológicas de cada niño (Plomin y Thompson, 1988) <sup>[37]</sup>; en este sentido, el temperamento como aspecto individual diferencial de la personalidad, se manifiesta ya desde el nacimiento (Chess y Thomas, 1986) <sup>[38]</sup>, y hace que existan niños "fáciles", "difíciles", "lentos en progresar" y "promedio" (Rodríguez Sacristán, 2000, Tomo I, pág.70) <sup>[39]</sup>.

Pero las influencias ambientales (familiares, sociales, culturales) afectan también al desarrollo de comportamientos normales y patológicos (Rutter, 1985) <sup>[40]</sup>; en el caso del enfermar psíquico infantil, se habla de una *psicopatoplastia dependiente del contexto* como rasgo esencial (Rodríguez Sacristán, 1995) <sup>[29]</sup> por la especial relación funcional que se da entre la organización psicopatológica del niño y las influencias ambientales.

Así emerge la *interacción genético ambiental* como otro elemento clave del modelo psicopatológico del desarrollo. Las diferencias biológicas y constitucionales determinan, en gran medida, los modos de interacción del niño con su ambiente, señalando el camino hacia determinadas formas de psicopatología si se dan otras condiciones estresantes en el contexto ambiental, como demandas excesivas o acontecimientos patógenos.

En cualquier caso, el enfoque evolutivo de la Psiquiatría Infantil, necesita considerar el desarrollo desde una perspectiva *longitudinal* a lo largo del ciclo vital. Como señala Rutter (1989) <sup>[41]</sup>, esto se debe a que el homo sapiens es un animal eminentemente social; y efectivamente, muchas experiencias psicosociales claves (como el matrimonio o la incorporación laboral) acontecen en la vida adulta. Por tanto, el desarrollo social necesita extenderse a las etapas posteriores de la infancia y adolescencia. De este punto emerge el desarrollo como un concepto unificador de la Psiquiatría del niño y de la Psiquiatría del adulto.



## **BIBLIOGRAFIA**

- [1]** Marcelli, D y Ajuriaguerra, J de (1996). *Manual de Psicopatología del Niño*. Edit. Masson, Barcelona, 3ª edición.
- [2]** Freud, S (1975). *Obras Completas*. Biblioteca Nueva, Madrid, Tomo I.
- [3]** Freud, A (1965). *Normality and Pathology in Childhood*. Interanational University Press, New York.
- [4]** Klein, M (1975). *Obras Completas*. Paidós, Buenos Aires, Tomo III.
- [5]** Spitz, RA (1965). *The First Year of Life: A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations*. International University Press, New York.
- [6]** Mahler, M & Furer, M (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. International University Press, New York.
- [7]** Winnicott, DW (1957). *Mother and Child: A Primer of First Relationships*. Basic Books, New York.
- [8]** Erickson, EH (1973). *Infancia y Sociedad*. Edit. Paidós, 4ª edición, Buenos Aires.
- [9]** Bowlby, J (1968). *La Vinculación Afectiva*. Edit. Paidós, Buenos Aires.
- [10]** Bowlby, J (1979). *La Separación Afectiva*. Edit. Paidós, Barcelona.
- [11]** Bowlby, J (1983). *La Pérdida Afectiva: Tristeza y Depresión*. Edit. Paidós, Barcelona.
- [12]** Bowlby, J (1989). *Una Base Segura: Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego*. Edit. Paidós, Barcelona.
- [13]** Ainsworth, MDS; Blehar, MC; Waters, E y Wall, S (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey.
- [14]** Thompson, RA (1991). Attachment theory and research. En M. Lewis (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Williams & Wilkins, Baltimore, pp. 100-108.
- [15]** Rutter, M (1995). Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect. *J Child Psychol Psychiat*, 36/4: 549-571.

- [16]** Richterss, MM y Wolkmar, FR (1994). Case study: reactive attachment disorders in infancy or early childhood. *J Am Acad Child & Adolesc Psychiatry*, 33: 328-332.
- [17]** Sameroff, AJ & Emde, RN (Eds.) (1989). *Relationship Disturbances in Early Childhood: A Developmental Approach*. Basic Books, New York.
- [18]** Watson, JB y Rainer, R (1920). Conditioned emotional response reaction. *J Experim Psychology*, 3: 1-14.
- [19]** Bandura, A (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
- [20]** Piaget, J (1975). *El Mecanismo del Desarrollo Mental*. Editora Nacional, Madrid.
- [21]** Siegler, R (1983). Information processing approaches to development. En PH Mussen (Ed.), *Handbook of Child Psychology*. Wiley, New York, Vol 1.
- [22]** Klahr, D (1992). Information-processing approaches to cognitive development. En MH Bornstein & ME Lamb (Eds), *Developmental Psychology: An Advanced Textbook*. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey, 3<sup>rd</sup> edition.
- [23]** Perez Pereira, M (1995). *Nuevas Perspectivas en Psicología del Desarrollo*. Alianza Editorial, Madrid.
- [24]** Rogoff, B (1993). Aprendices del Pensamiento. El Desarrollo Cognitivo en el Contexto Social. Edit. Paidós, Barcelona.
- [25]** Vygotsky, LS (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Harvard University Press, Cambridge.
- [26]** Rutter, M (1986). The developmental psychopathology of depression. En M Rutter, CE Izard y PB Read (Eds.), *Depression in Young People: developmental and clinical perspectives*. The Guilford Press, New York, pp. 3-30.
- [27]** Achenbach, TH (1990). *Empirically Psychopathology in Children*. Sage Publications, London.

- [28]** Tsiantis, J y Macri, I (1995). Factores de riesgo y de protección en psicopatología de la infancia y la adolescencia. En J Rodríguez Sacristán (ed.), *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. Secretariado de Publicaciones, Universidad de Sevilla, Sevilla. Tomo II, pp. 1191-1213.
- [29]** Rodríguez Sacristán, J (Ed.) (1995). *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. Secretariado de publicaciones, Universidad de Sevilla, Tomos I y II.
- [30]** Rodríguez Sacristán, J (1991). The concept of child psychiatry. En A Seva (dir.), *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Edit. Anthropos-Prensas Universitarias de Zaragoza, Barcelona. Tomo II, pp. 1468-1473.
- [31]** Goodman, R (1987). The developmental neurobiology of language. En W Yule y M Rutter (Eds.), *Language Development and Disorders: Clinics in Developmental Medicine*. MacKeith/Blackwell, London, Nº 101-102.
- [32]** Rutter, M (1987). Continuities and discontinuities from infancy. En J Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development*. Wiley, New York, 2<sup>nd</sup> edition, pp. 1256-1298.
- [33]** Offer, D y Sabsin, M (1984). *Normality and the Life Cycle*. Basic Books, New York.
- [34]** Rutter, M (1981). *Maternal Deprivation Reassessed*. Penguin, Harmondsworth, 2<sup>nd</sup> edition.
- [35]** Nuechterlein, KH (1986). Childhood precursors of adult schizophrenia. *J Child Psychol Psychiat*, 27: 133-144.
- [36]** Zeitlin, H (1986). The natural history of disorder in childhood. *Institute of Psychiatry/Maudslay Monograph Nº 29*. Oxford University Press, Oxford.
- [37]** Plomin, R y Thompson, L (1988). *Life-span Development and Behavior*. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey, Vol. 8, pp. 1-31.
- [38]** Chess, S y Thomas, A (1986). *Temperament in Clinical Practice*. Guilford Press, New York.

- [39]** Rodríguez Sacristán, J (Dir.) (2000). *Psicopatología Infantil Básica. Teoría y casos clínicos*. Ediciones Pirámide, Madrid.
- [40]** Rutter, M (1985). Family and school influences on behavioural development. *J Child Psychol Psychiat*, 26: 349-368.
- [41]** Rutter, M (1989). Pathways from childhood to adult life. *J Child Psychol Psychiat*, 30/1: 23-51.