



Boletín

Sociedad de

Psiquiatría y

Neurología de la

Infancia y

Adolescencia

Año 8

Nº 2

Agosto 1997

ISSN 0717-1331

BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA

AÑO 8 - Nº 2 - AGOSTO 1997

ISSN 0717-1331

DIRECTORIO 1996 - 1997

Presidenta:	Dra. Ximena Keith
Vicepresidente:	Dr. Jorge Förster
Secretaria:	Dra. Mónica Troncoso
Tesorero:	Dr. Tomás Mesa
Directores:	Dr. Hernán Alvarez Dra. Leonor Avendaño Dra. Verónica Burón Dra. Anahí Martínez Dr. Marcos Vallejos
Past-President:	Dra. Ledia Troncoso
Directora del Boletín:	Dra. Isabel López
Comité Editorial:	Dra. Freya Fernández Psic. Gabriela Sepúlveda Flgo. Marcelo Díaz Dr. Ricardo García
Secretaria:	Sra. Carolina Martínez

**BOLETIN
SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA**

AÑO 8 - Nº 2 - AGOSTO 1997

ISSN 0717 - 1331

CONTENIDOS

	Página
TRABAJOS ORIGINALES	
Trastornos Neurobiológicos y Psicopatología del Desarrollo <i>Dr. Ricardo García S.</i>	3
La Evolutividad Psicopatológica <i>Prof. Dr. Mario Sepúlveda G.</i>	6
Casos Clínicos <i>Dra. Cecilia Kattan</i>	7
Seguimiento de Problemas de Salud Mental en Escolares de Primer Ciclo Básico en el Área Occidente de Santiago <i>Dra. Flora de la Barra</i>	8
Familia-Sociedad: Una Relación en Crisis <i>Dr. Hernán Montenegro A.</i>	11
Diagnóstico y Tratamiento de la Cefaleas en el Niño <i>Dra. Phyllis Sher</i>	22
Nuevas Drogas Anti-epilépticas <i>Dra. Phyllis Sher</i>	24
Desarrollo Psicológico del Niño y del Adolescente: Enfoque Cognitivo, Estructural y Evolutivo. <i>Dra. Gabriela Sepúlveda R.</i>	28
Enfermedad Cerebro Vascular en el Niño <i>Dr. Fernando Novoa</i>	50
Psicopatología del Adolescente <i>Dr. Carlos Almonte</i>	57
REUNIONES Y CONGRESOS	66
SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	68

TRASTORNOS NEUROBIOLÓGICOS Y PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO

Dr. RICARDO GARCÍA S.

Clínica Psiquiátrica Universitaria. Universidad de Chile.

Introducción

La comprensión neurobiológica de los fenómenos psicopatológicos en el niño y adolescente ha sido explicada principalmente desde la perspectiva de un cerebro adulto no tomando en cuenta las perspectivas del desarrollo.

El cerebro fetal, del lactante, del pre-escolar es muy distinto del cerebro adulto. A la vez, los síntomas y conductas alteradas del adulto que son los productos finales del desarrollo, pueden estar ligados a este desarrollo inicial.

Los procesos del neurodesarrollo son complejos, existe allí un sustrato que interactúa con factores precipitantes y dando cuenta de procesos individuales y por lo tanto únicos. Es simplista pensar que si identificamos las conductas o síntomas biológicos más patognomónicos de trastornos del desarrollo, podríamos relacionarlo fácilmente con sus raíces causales. La historia de la investigación en trastornos del desarrollo como autismo, dislexia y esquizofrenia y las especulaciones acerca de su sustrato neural así lo demuestran.

Pennington propone desde una perspectiva neurocientífica del desarrollo, el análisis de la conducta normal o anormal en varios niveles:

- a. etiología
- b. mecanismos cerebrales
- c. procesos neuropsicológicos
- d. síntomas, conductas o nivel fenotípico

A estos niveles debe agregarse el nivel relacional que puede actuar a su vez sobre la conducta, modificar aspectos neuropsicológicos, circuitos o sistemas funcionales biológicos de una manera circular.

Lo importante desde una perspectiva neuro-

científica es que el análisis de una función normal o anormal debe ser conceptualizada desde la comprensión de las estructuras cerebrales y los procesos que implementan la función. En otras palabras tenemos un hardware neuronal que sustenta variados procesos del desarrollo como las operaciones cognitivas neopiagetanas o los procesos vinculares tempranos pero a la vez se retroalimenta o modifica con estos productos finales que a la vez generan circuitos relacionales con el entorno.

El nivel etiológico tiene que ver con las influencias genéticas y ambientales que causan la patología en cuestión. Las influencias genéticas y ambientales pueden actuar en forma independiente pero también pueden interactuar o estar correlacionadas una con otra.

El siguiente nivel de análisis se refiere a como estos factores etiológicos actúan en el desarrollo de mecanismos cerebrales. Uno de los recientes descubrimientos en neurociencias es que las experiencias tempranas juegan un importante rol en estructurar las conexiones del cerebro en desarrollo: con cerca de 1011 y un total de 1015 conexiones entre ellas, es lógicamente imposible para 105 especificar la ubicación neuronal y las conexiones que den cuenta de una estructura a la manera de un hardware. Lo que sucede que el cerebro en desarrollo sobreproduce neuronas, dendritas y sinapsis y luego permite seleccionar cuales elementos serán preservados a través de «darwinismo neural». Las experiencias posteriores pueden también cambiar las estructuras cerebrales, ya sea por suma o resta de dendritas y sinapsis y por sintonización de sinapsis.

Desde el punto de vista genético, la heredabilidad encontrada para muchas diferencias individuales, normales y anormales

en la conducta significa que son variaciones causadas genéticamente en la estructura cerebral. Aunque se piensa que esta influencia se ejerce a través de toda la vida, las que ejercen influencia en la estructura cerebral, en forma precoz, tales como proliferación neuronal, migración y diferenciación se relacionan especialmente con el desarrollo de psicopatologías graves.

El siguiente nivel de análisis, el neuropsicológico intenta establecer un puente entre el abismo que separa cerebro y conducta, cuerpo y mente, siendo un campo muy controversial.

En los estudios neuropsicológicos actuales en niños y adolescentes se consideran tres amplias áreas que parecen ser importantes en la psicopatología del desarrollo:

- a. Funciones Ejecutivas: relacionadas especialmente con lóbulos prefrontales. Luria propuso que los lóbulos frontales son importantes para la programación, regulación y verificación de la actividad.
- b. Cogniciones Sociales: asociado con el sistema límbico y parte del hemisferio derecho posterior.
- c. Funciones Fonológicas: asociadas a regiones perisilvianas del hemisferio izquierdo, incluyendo el área de Wernicke en el lóbulo temporal posterior izquierdo y el área de Broca en la porción premotora del lóbulo frontal izquierdo.

Otras áreas estudiadas pero de menor peso en el desarrollo de psicopatología son:

- d. Cogniciones Espaciales
- e. Memoria Remota

Los síntomas, conductas o nivel de fenotipo es el último nivel de análisis, en el cual muchas de las psicopatologías del desarrollo son definidas y clasificadas en entidades nosológicas en un intento de ordenar las descripciones y avanzar en el estudio de éstas.

Se analizarán dos entidades psicopatológicas que son señeras en cuanto al estudio de sus bases neurobiológicas y en el cual hemos

desarrollado algunas experiencias en conjunto con el Departamento de Medicina Nuclear de Clínica Las Condes.

AUTISMO TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Autismo

Las teorías neurológicas del autismo han variado de foco desde el tronco cerebral, el cerebelo, el sistema límbico, el tálamo, el hemisferio izquierdo y los lóbulos frontales.

Ultimamente se ha postulado en términos neuropsicológicos que los trastornos profundos o penetrantes del desarrollo son trastornos de la cognición social, a pesar que también existe evidencia pero de menor envergadura en las funciones ejecutivas, las cuales pueden causar déficits cognitivos sociales.

Estudios mediante neuroimágenes que se han desarrollado en esta década sobre autismo. TAC y RNM sólo han demostrado en un 15% anomalías y menos de la mitad de éstos muestra lesiones focales. Estas lesiones se han descrito en varios lugares, incluyendo el cerebelo, lóbulos frontales, otras zonas corticales, los ganglios basales, el sistema límbico y el cuerpo caloso, agrandamiento de los ventrículos cerebrales es un hallazgo consistente. Esto sugiere atrofia del desarrollo del sistema límbico adyacente y de estructuras asociadas a él. Pero estos hallazgos no sólo se han encontrado en estos cuadros sino también en esquizofrenia.

Otro hallazgo consistente ha sido la atrofia cerebelar. Aunque la atrofia cerebelar identificada por estos investigadores podría ser primaria y causal en autismo, podría estar correlacionada con una causa neurológica primaria, El neocerebelo y partes del sistema límbico, tal como el hipocampo, se desarrollan tarde en la neurogénesis y al mismo tiempo. La migración neuronal en ambas estructuras todavía sucede en el período post-natal a diferencia del resto del cerebro y ambas estructuras podrían ser especialmente vulnerables a alguna noxa en el período

embrionario último (siguiendo las leyes del desarrollo) ya sea genético, ambiental o ambos.

En resumen, defectos migracionales llevan a malformaciones ya sea en el cerebelo, sistema límbico o corteza según estudios que han mostrado bastante consistencia.

Los estudios en neuroimágenes en autismo aún no han establecido una correlación consistente morfológica o funcional del autismo. Se han encontrado un amplio rango de anomalías, incluyendo agrandamiento de ventrículos cerebrales, anomalías migracionales y alteraciones en el metabolismo cerebral. Estos patrones de resultados sugieren que lo más probable es que exista más de una causa neurológica para el fenotipo neurológico que llamamos autismo. También sugieren que la hipótesis de una lesión local es engañosa y que debemos más bien estar pensando en un sistema neural distribuido que juega un rol de integración de conductas y que puede estar interferido por una variedad de cambios en el desarrollo del cerebro.

Trastorno Obsesivo Compulsivo

Las concepciones biológicas etiológicas se han basado en la respuesta a psicofármacos específicos como bloqueadores de la recaptación de la serotonina y los hallazgos en neuroimágenes, lo que ha contribuido a establecer una serie de hipótesis neurobiológicas en la génesis de este trastorno, que como se ha argumentado, es un continuo en las diferentes edades.

En relación a las hipótesis biológicas, Swedo y col. en 1989 a partir de su clásico estudio de adultos con TOC iniciado en el período de la infancia, postularon una hipótesis etiológica de estos trastornos. Plantea que los rituales de los pacientes con TOC constituyen «comportamiento propios de los mamíferos, de carácter instintivo y, por consiguiente heredados por el animal humano». Las conductas de lavado de manos, evitación de contaminación, revisiones, serían conductas que formarían parte de las

prácticas de limpieza, supervivencia, supervisión de territorio, etc. Rapoport en su hipótesis neurobiológica plantea que la ejecución de ciertos patrones fijos de conducta se fundamentan en la actividad de los ganglios basales, actividad que puede y suele ser inhibida por el lóbulo frontal. Esta investigadora postula que el «TOC sería un conjunto de actos adaptativos específicos de la especie, tales como limpiarse o reaccionar frente al peligro, que resultaría liberado anormalmente por un estado alterado de impulsos». Se postula la disfunción fronto-estriatal como una de las hipótesis más sustentables en la etiología del TOC.

NEUROIMAGENES

Estudios con Tomografía Axial Computarizada han mostrado disminución del tamaño ventricular (RAPOPORT, 1987) especialmente en niños que tienen compulsiones sin obsesiones. Estudios posteriores con adolescentes que habían comenzado el trastorno en la infancia, mostraron disminución de volumen del núcleo caudado en comparación con sujetos normales. Aún no se han informado estudios con Resonancia Nuclear Magnética en niños. En adultos no se ha encontrado diferencias significativas con sujetos normales.

Estudios realizados con técnicas de medicina nuclear ha permitido visualizar actividad cerebral, mediante el PET y flujo sanguíneo cerebral mediante el SPECT. Así en sujetos con TOC de comienzo en la infancia se ha detectado:

- incremento del metabolismo en región frontal orbital izquierda, sensoriomotora derecha, prefrontal bilateral y cingulada anterior.
- correlación entre metabolismo de glucosa cerebral y respuesta clínica al tratamiento con clomipramina.

Los estudios de SPECT cerebral en niños con TOC son iniciales y de tipo exploratorio descriptivo.

LA EVOLUTIVIDAD PSICOPATOLOGICA

Prof. Dr. MARIO SEPULVEDA GONZALEZ
Jefe Servicio Psiquiatría Infantil, Hospital Felix Bulnes
Coordinadora: Dra. Ximena Sepúlveda

Se plantea la dificultad del hacer clínico en Psiquiatría del período etario evolutivo, tanto por el poliformismo de las manifestaciones psicopatológicas, como por la convergencia de distintas líneas epistemológicas y hermenéuticas.

Frente a esto, se comentan los diferentes enfoques psicopatológicos, apuntando a la necesidad de una forma específica de psicopatología que permita comprender la impronta dada por el movimiento del desarrollo, es decir, una **Psicopatología Evolutiva**; en otras palabras, la psicopatología propia del **Desarrollo Personalizador**.

Se analizan los conceptos de Desarrollo, qué es lo que da el sello de evolutividad y qué procesos y aspectos psicológicos se imbrican en esta organización constructiva dialéctica. Se destacan las formas de integración de lo cognitivo, afectivo, conativo e instrumental; los dinamismos entre ellos, las bases neurobiológicas y el entorno psicosocial.

Al formular las singularidades de una psicopatología basada en la evolutividad del SER, se constituye desde una perspectiva epistemológica, basada en la ontogénesis y epigénesis, una psicopatología evolutiva, tanto en la apreciación sincrónica como la evolutividad psicopatológica desde la perspectiva diacrónica.

Luego se señalan algunas características de esta forma específica de psicopatología, la metodología aplicada, los diferentes cursos, manifestaciones y expresiones; y la configuración de los cuadros clínicos, esencialmente dinámicos en su organización y construcción evolutiva.

Por último, se discuten ejemplos de entidades nosológicas consideradas desde el punto de vista psicopatológico evolutivo y las líneas singulares de su propia evolutividad psicopatológica, señalando su proyección en la objetividad clínica y en las líneas terapéuticas: psicofarmacológicas y psicoterapéuticas.

CASOS CLINICOS

Dra. CECILIA KATTAN
Hospital Felix Bulnes

Octavio, de once años de edad, consulta con gran angustia por presentar desde hace algunos meses ideas que se le imponen y que vienen de él mismo, cuyos contenidos le provocan intensa angustia que llega a limitar su funcionamiento global; ésta sólo puede atenuarse o controlarse mediante actos que realiza después de gran resistencia ya que él los considera absurdos y comprometen su relación socio-familiar. No tiene antecedentes perinatales, de desarrollo ni de morbilidad importantes.

Se plantea el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo, el que se trata psicofarmacológica y psicoterapéuticamente, logrando una buena evolución clínica.

A través de un análisis clínico se intenta mostrar la necesidad de un enfoque integrador de lo biológico, lo evolutivo y lo dinámico para obtener resultados que sean favorables para el paciente.

Leonardo, de nueve años, consultó derivado desde el colegio, por dificultades en el proceso de aprendizaje. De su historia cabe destacar el haber sido un niño no deseado, que presentó retraso global del desarrollo psicomotor y posteriormente trastorno específico del aprendizaje. Se estableció un vínculo afectivo anormal que impidió el adecuado desarrollo emocional, destacando en esta relación la descalificación, sobre exigencia y maltrato. En su vivenciar hay elementos angustiosos que se recogen en la relación que establece con el otro, donde hay contención emocional, inhibición y dificultad en la comunicación como espasmofemia y tics faciales. En el plano cognitivo

se desempeña dentro del rango normal, con una disarmonía cognitiva. Leonardo pertenece a una familia con antecedentes de espasmofemia y trastornos de aprendizaje.

Se analiza la evolutividad psicopatológica, intentando la relación de las diversas bases epistemológicas.

Juan José consultó por primera vez a los seis años de edad por presentar graves problemas conductuales: gran inquietud con desorganización de la actividad y desajuste afectivo y social que se expresaba en la incapacidad de establecer relación con el otro. La historia de desarrollo es referida como normal hasta los dos años y medio, edad en la cual se expresa un retraso en la adquisición de algunas funciones simbólicas como el juego imitativo y el dibujo, y otras alteraciones en otros aspectos del desarrollo, como un trastorno de lenguaje, especialmente en relación a la intencionalidad en la comunicación, además de hiperlexia, retraso en el desarrollo de la conciencia de Sí y un proceso de socialización alterado. Se planteó el diagnóstico de Autismo y dentro de éstos, un Síndrome de Asperger. Se hizo un plan terapéutico multiprofesional de difícil cumplimiento por las características psicopatológicas de los padres y el entorno psicosocial, sin embargo la evolución a través de los años ha sido favorable, observándose un mejor ajuste global del niño.

Se hace un análisis psicopatológico mostrando la relación entre los aspectos biogenéticos evolutivos y dinámicos.

SEGUIMIENTO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ESCOLARES DE 1er CICLO BASICO EN EL AREA OCCIDENTE DE SANTIAGO

Dra. FLORA DE LA BARRA

Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Campus Oriente.

Los estudios de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes están más atrasados que aquellos efectuados en adultos. Persisten muchas preguntas cuyas respuestas permitirían progresar en los campos clínico y de salud mental.

La investigación en estas edades presenta algunas dificultades específicas, ya que el niño se desarrolla mientras se efectúa la investigación, y este desarrollo es afectado por el ambiente familiar y psicosocial en que vive. Por otra parte, los aspectos éticos, respecto a los derechos de niños y adolescentes son más complejos que los de los adultos. Por estos motivos, muchos de los métodos utilizados en la investigación en Psiquiatría de adultos, han debido modificarse.

Sin embargo, la investigación en Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes presenta ventajas únicas en cuanto a posibilidades de obtener conocimientos. En los últimos 10 años, se han logrado grandes avances, mediante el seguimiento de cohortes de niños para determinar el curso evolutivo de los problemas conductuales y de los desórdenes psiquiátricos. Diversas metodologías han permitido conocer las continuidades y discontinuidades entre los desórdenes psiquiátricos de niños, adolescentes y adultos, y determinar factores de riesgo y factores protectores, develando los mecanismos por los cuales estas continuidades y discontinuidades ocurren.

Más aún, algunos investigadores han diseñado y evaluado programas de intervención que cambian este curso evolutivo, logrando prevenir la ocurrencia de conductas riesgosas y desórdenes psiquiátricos en la adolescencia. Una gran variedad de trabajos de este tipo han sido englobados bajo el término «Psicopatología evolutiva».

Dichos progresos han sido posibles mediante la utilización de metodologías e instrumentos estandarizados que permiten comparaciones entre los hallazgos de distintos investigadores en países y culturas diferentes, y de métodos estadísticos sofisticados.

En la última década, existen numerosas investigaciones en diversos países. En los últimos dos años, se inició en EE.UU. el mayor estudio epidemiológico en Psiquiatría de Niños y Adolescentes a nivel nacional (ECA), que constituirá un aporte mundial.

En nuestro país, hay escasos estudios epidemiológicos que den cuenta de los desórdenes psiquiátricos o problemas conductuales en niños. La mayoría son descripciones de poblaciones clínicas. Un estudio anterior en población escolar, efectuando un corte transversal, determinó porcentajes de problemas conductuales mediante un instrumento aplicado a los padres.

El presente estudio evaluó factores de riesgo y problemas de salud mental en dos cohortes de niños de 1º básico de 7 escuelas de las comunas de Cerro Navia, Pudahuel y Lo Prado. Se aplicó cuestionario a los padres, a los profesores y se realizó evaluación psiquiátrica con criterio CIE-10. Se efectuó seguimiento de la primera cohorte en 2º y 3º básico y de la segunda cohorte en 2º básico, con los datos entregados por profesores y padres.

Los instrumentos utilizados fueron adaptados y validados por el equipo investigador: Cuestionario para profesores (TOCA-R) de Kellam y Cuestionario para padres (PSC) de Jellinek. Ambos mostraron propiedades psicométricas adecuadas en nuestro país, y correlación con los diagnósticos sindromático, psicosocial y de discapacidad de la clasificación CIE-10.

El instrumento para padres entrega un puntaje global, mientras que el cuestionario de profesores evalúa varias dimensiones conductuales, lo que permite derivar perfiles de conductas desadaptativas.

El tamaño de las muestras de seguimiento disminuyó, ya que se habían retirado de la escuela entre el 20 y el 30% de los niños cada año, ingresando un porcentaje similar de niños nuevos.

Por otra parte, el porcentaje de padres que no responde el cuestionario asciende a más del 30% durante los 3 años.

En ambas cohortes, el porcentaje de niños identificado con problemas por ambos cuestionarios se mantiene sin diferencias significativas durante el seguimiento. El cuestionario de profesores identifica un porcentaje mayor (cercano al 40%) que el cuestionario de padres (alrededor del 10%) de niños con conductas desadaptativas durante los tres años de seguimiento.

La notoria discordancia entre padres y profesores para reportar problemas conductuales en los niños, persiste durante los tres años de seguimiento, coincidiendo con estudios extranjeros, que destacan la necesidad de integrar mediciones de varias fuentes al evaluar la salud mental de los niños. La alta proporción de niños que dejan de tener puntaje desadaptativo en el Cuestionario de padres podría estar mostrando que el proceso de adaptación a la escuela, tanto del niño como de la familia, también se expresa en disminución de la frecuencia de conductas desadaptativas en el hogar.

A pesar de emitir opiniones globales favorables sobre la conducta de las niñas comparadas con los niños, los profesores consignan en ellas una peor evolución respecto a los varones: mayor prevalencia de perfiles de conductas desadaptativas, mayor proporción de conductas disruptivas que los hombres y además, una mayor proporción evoluciona desde perfil sin problemas a perfiles desadaptativos. Según los padres, no hay diferencias de género en la

evaluación entre 1^º y 2^º básicos.

Llama la atención estos hallazgos de evolución diferente en hombres y mujeres, contrarios a los de algunos investigadores, que consignan mayor prevalencia de problemas conductuales y de conductas disruptivas en hombres que en mujeres en la edad escolar. Sin embargo, otros señalan que los estudios que utilizan diagnósticos DSM-3 entregan tasas mayores en hombres, probablemente porque los puntos de corte diagnósticos no detectan a las niñas con cierto tipo de problemas.

Los hallazgos de este estudio, podrían corresponder a nuestra realidad, pero también podrían estar dando cuenta de expectativas diferentes para los géneros, y de límites más restrictivos para mujeres o más permisivos para los hombres. Queda la duda si hombres y mujeres son medidos con los mismos patrones internos por los profesores en nuestro país.

Se observaron cambios conductuales importantes a lo largo de los tres años, según los profesores:

El porcentaje de niños que se mantiene sin problemas es significativamente mayor de los que se mantienen con problemas. El porcentaje de niños mejoran su conducta, es mayor que aquel que empeora. Se observa mejoría tanto de conductas disruptivas, habilidades sociales e inmadurez en 2^º básico (todos los perfiles conductuales).

Sólo el 60% de los niños conserva el mismo tipo de problemas conductuales. Los cambios de tipo de conductas desadaptativas se producen mayoritariamente hacia inmadurez.

Una proporción menor de niños presenta por primera vez conductas desadaptativas de cualquier tipo en 2^º básico. Los niños que presentaron inmadurez en 1^º básico, mejoran en una proporción 3 veces mayor que la de niños que presentaron por primera vez inmadurez en 2^º básico.

El 55% de los 289 niños de la 1a cohorte permanecen sin conductas desadaptativas

durante los 3 primeros años de enseñanza básica, según los profesores.

No todos los problemas conductuales se expresan en 1º básico. El 22,8% de los niños inicia su escolaridad sin problemas, pero los presenta en 2º y/o 3º básico.

El 22,2% restante presenta perfiles de conducta desadaptativas durante los 3 años de escolaridad, evaluadas por sus profesores.

Los dos últimos grupos sumados constituyen

la población que necesita intervenciones más específicas (el 45% de los niños), tales como derivación a servicios de salud o de rehabilitación psicopedagógica.

Parece razonable no efectuar intervenciones preventivas específicas de acuerdo al tipo de conductas desadaptativas presentes en 1º básico, si no más bien intervenciones generales para todo el curso de tipo preventivo. No sería oportuno derivar a atención especializada a los niños hiperactivos o disruptivos durante el primer año de enseñanza básica.

FAMILIA-SOCIEDAD: UNA RELACION EN CRISIS

Dr. HERNAN MONTENEGRO A.

Departamento de Salud Mental

Facultad de Medicina Sur, Universidad de Chile.

Todos los sistemas humanos son gobernados por ciertos procesos reguladores básicos que aseguran su supervivencia y vitalidad, aún cuando los mecanismos y normas que regulen tales procesos pueden variar en diferentes culturas (Walsh, 1982). Especialmente relevantes para comprender el cambio social son las propiedades universales de los sistemas que se refieren al ajuste ecológico, o a la influencia circular y los procesos de equilibrio que gobiernan la estabilidad y el cambio.

Los sistemas sociales se organizan de tal manera que los individuos, las familias, las comunidades y las sociedades forman capas o estratos de creciente inclusión y complejidad, semejantes a las cajas chinas (Bronfenbrenner, 1979; Schwartzman, 1982). Cada nivel del sistema opera en constante intercambio con los demás en un recíproco entrelazamiento de patrones interaccionales. En las sociedades estables como en las culturas tradicionales, hay un calce o ajuste ecológico entre los diversos niveles, en donde cada nivel complementa o refuerza a los otros, siendo cada cual una parte funcional de un patrón sistémico mayor.

La familia ocupa una posición central mediadora en esta jerarquía, funcionando como el nexo primario entre el individuo y los otros sistemas sociales. En todas las culturas a través de la historia, la familia ha cumplido una función socializadora fundamental, transmitiendo las normas y valores societales a sus miembros y, mediante su asimilación, preparando a su descendencia para funcionar en el mundo social.

En un sistema, los miembros individuales o partes que lo comprenden se relacionan en una red causal recíproca. El cambio en cualquiera de esos miembros o partes afecta a todos los otros y al grupo en su totalidad. Este principio se aplica también a las relaciones entre los

diversos niveles del sistema social. En ciclos de acción y reacción, el cambio en un nivel afecta a todos los otros niveles, lo que a su vez afecta al primer cambio, en una forma de retroalimentación circular. Sin embargo, el cambio a nivel societal (macrosocial) tendrá un impacto mucho mayor en todos los otros niveles sociales debido al hecho de ser el nivel más inclusivo.

Basado en estos principios sistémicos es que quisiera a través de esta presentación invitar a una reflexión en torno a las siguientes ideas centrales:

1. Existe una disfunción relacional entre el macrosistema social y el microsistema familiar.
2. Esta disfunción se genera debido al creciente mayor poder e influencia del macrosistema social y el debilitamiento acelerado del microsistema familiar. Con ello se ha debilitado y en la mayoría de los casos se ha perdido su capacidad de influir recíprocamente en el macrosistema, como ocurrió en otras épocas. Con frecuencia creciente, este desequilibrio relacional es fuente de **frustración, desesperanza y resentimiento** por parte de los individuos que componen la familia actual.
3. Este mayor poder del macrosistema no sólo ha dejado de proteger y fortalecer a la familia (como lo exige al Estado nuestra Constitución, por ej.), sino que ciertas influencias tienden a generar severas disfunciones al interior de la familia, las que a su vez constituyen un riesgo cada vez mayor de su disociación o desintegración.
4. Por ende, existe una fuerte contradicción entre nuestras declaraciones de principio societales cuando afirman que «la familia es

el núcleo fundamental de la sociedad» (Artículo 1º de nuestra Constitución) y lo que resulta de la cultura libremercadista que regula gran parte de nuestra vida cotidiana, en la actualidad y en la que es el individuo quien ha pasado a constituir el núcleo fundamental de la sociedad.

5. Desde la perspectiva sistémica no es posible seguir afirmando que «la familia está en crisis», como lo pregonan quienes han identificado a la familia como el chivo expiatorio de esta disfunción societal. Con ello se podría pensar que pretenden evadir su responsabilidad y contribución en la génesis de este desequilibrio sistémico.
6. Es urgente una toma de conciencia individual y colectiva respecto de lo que realmente está en crisis, que es la relación entre el microsistema familiar y el macrosistema social, al quedar la familia cada vez más desprotegida y pasivamente sujeta a influencias del macrosistema.
7. Existen una serie de acciones que pueden implementar los diversos niveles de la sociedad, tendientes a corregir la crisis relacional mencionada y propender así a restablecer un mayor equilibrio sistémico. De esta manera se podrá lograr una mayor bondad de ajuste ecológico y restituir la circularidad de retroalimentación familia-sociedad.

Importancia de la Familia para otros Sistemas Sociales

«La familia dejó de ser desde el punto de vista del funcionamiento de los sistemas, una institución pública, para ser solamente una institución privada.

La familia no es célula de ningún sistema social. Por eso es que los sistemas funcionales de hoy, como los sistemas económicos de mercado y los sistemas derivados del funcionamiento del estado, o dejan a la familia en el plano privado, o prescinden de ella o quieren usarla en su propio funcionamiento» (Morandé, 1991).

Revisemos someramente los distintos espacios sistémicos donde la familia, a pesar de la importancia básica que todos dicen otorgarle, simplemente no está o no se le considera en relación a su importancia.

Para el sistema económico basado en la compra y venta de las cosas o servicios, lo que interesa es que existan individuos que efectúen estas acciones, siendo completamente irrelevante que pertenezcan o no a una familia o si se encuentran o no realizados en esta relación.

Para el sistema político lo que interesa es el individuo que en un momento determinado vaya a sufragar en una elección, sin importar su pertenencia a un grupo familiar.

Para el sistema de salud nuevamente lo que interesa son los individuos sanos o enfermos (y más los últimos que los primeros). Los programas de salud están fragmentados. Así existen los programas de salud para el niño, para la madre, para el adulto, para el adolescente, para el alcohólico, para el drogadicto, para las diversas patologías, etc. Salvo muy honrosas excepciones, (como ocurre con la reciente especialidad de medicina familiar) esto continúa siendo así.

El sistema educacional por su parte, junto con fomentar el individualismo (sistema de notas y premios) nada nos enseña a ser padres ni a ser esposos, vale decir el rol que la gran mayoría de las personas vamos a desempeñar al constituir una familia.

En el sistema judicial también la familia está ausente. No existe ni un código de familia ni tribunales familiares. Existe la fragmentación de la justicia según la edad de los individuos y según materias que los afecten como individuos.

Al sistema laboral sólo le interesan los individuos, tanto más cuanto antepongan el trabajo a cualquier otra obligación.

Una situación paradigmática al respecto, es la contribución que hacen los medios de comunicación social, no sólo al ignorar la familia

sino que, como se verá más adelante, al exaltar muchas veces los antivalores familiares.

Esta breve enumeración por cierto no pretende agotar el tema y sólo pretende graficar la contradicción entre las declaraciones de principio y la realidad.

Algunos factores que explican el debilitamiento de la familia.

1. Su desinstitucionalización interna, debido a que sus miembros cada vez son más autónomos y menos cohesionados en torno a una meta común. Existe menos dependencia económica de los cónyuges y ha disminuido la autoridad parental sobre los hijos.
2. Se ha producido un debilitamiento de sus funciones tradicionales. Por ejemplo, si tomamos su función reproductora, junto con ser un hecho hoy día la fertilización «in vitro», existe una disminución drástica de la natalidad en la mayoría de los países, al extremo que en varios de ellos la tasa de nacimientos ha caído por debajo de la necesaria para mantener y reemplazar la población (2,1 a 2,2 hijos por mujer en edad fértil. En Alemania Occidental y Suecia por ej., dicha tasa es hoy de 1,3).

Otra función que se ha debilitado fuertemente en el último tiempo es la de regulación de la sexualidad, a juzgar por el aumento de las relaciones sexuales prematrimoniales y extramatrimoniales.

La función educativa y aún de cuidado de los hijos ha ido siendo transferido a otras instituciones sociales (Escuelas, Jardines Infantiles, Salas Cuna, etc.), lo que ha contribuido significativamente a su pérdida de poder. Agréguese a ésto la influencia que ha cobrado la aparición de un sistema educacional no formal paralelo que constituyen hoy día los medios de comunicación y en especial la influencia de la TV, como nuevo agente socializador.

3. Desde el punto de vista económico perdió su

función productora para quedar reducida a su función consumidora. Esto ocurre por efecto de la revolución industrial, la producción en serie y sobre todo por el advenimiento del mercado.

4. Su poder de decisión y de influir en otros sistemas sociales, aún en los más cercanos como son los comunitarios locales, se ha visto notoriamente disminuido en la medida como ha aumentado al poder del Estado.
5. El valor cultural del «Familismo» se ha visto progresivamente sustituido por el «individualismo» y la autosatisfacción personal.

¿Familia en crisis o Sociedad en crisis?

Ya dijimos con anterioridad que desde el punto de vista ecosistémico es impensable aceptar que «la familia está en crisis», ya que esto representaría una gruesa sobresimplificación de un fenómeno mucho más complejo. Sin embargo, hay quienes continúan sosteniendo que la crisis está ocurriendo al interior de la familia, en una suerte de identificación de la familia como chivo emisario. Implícito en el juicio de que la familia está en crisis está también el responsabilizarla a ella de la maldad, el egoísmo o la psicopatología de sus miembros, en particular de los cónyuges. Sin negar que esto pudiera ocurrir, es preciso señalar que el motivo más frecuente de las crisis matrimoniales tiene que ver con problemas económicos y laborales, según revelan las encuestas hechas en Chile, como asimismo ocurre por ej. en EE.UU. Sólo secundariamente aparece la infidelidad o la incompatibilidad de caracteres.

Al respecto conviene puntualizar que existe una diferencia muy importante entre el concepto de matrimonio y el de familia, ya que es común la confusión que generalmente se produce al respecto.

Un frecuente argumento para decir que la familia está en crisis es el creciente número de separaciones y divorcios matrimoniales que se observa en la mayoría de los países.

Sin embargo conviene recordar que un alto

porcentaje de quienes se separan o divorcian, vuelven a casarse o a constituir uniones consensuales que darán origen a **otro tipo de familias**, tales como las uniparentales (1/4 de los hogares) y las familias simultáneas (aquellas formadas por personas que luego de una separación matrimonial, se casan nuevamente, aportando uno o ambos cónyuges hijos de su matrimonio anterior, a los que pueden sumarse los hijos producto del nuevo matrimonio). Tales formas y estructuras familiares restituyen el equilibrio, aunque en formas más o menos inestables.

Por otra parte en una encuesta reciente (1993) efectuada por encargo de la Comisión Nacional de la Familia en nuestro país, se reveló que el 82,1% de la población estudiada manifestó que la formación de una familia es altamente valorizada tanto entre los jóvenes, como entre los adultos, hallazgo por lo menos consistente con otras investigaciones (Covarrubias y cols., 1984).

La evidencia empírica revela además que, por ej. en EE.UU., aunque las tasas de divorcio se han triplicado en los últimos 30 años, cuatro de cada cinco divorciados se vuelven a casar; sólo un 2% de los sujetos que se casan por segunda vez se vuelven a divorciar pero, incluso éstos contrariamente a lo esperado, se vuelven a casar por tercera vez (Hellfach, 1977).

Por lo demás todos los intentos de reemplazar a la familia por otro modelo de organización social, efectuados durante los tiempos modernos, han fracasado. Tal es el caso de lo ocurrido en los primeros Kibbutz, al comienzo de la revolución soviética, como asimismo en las comunas del movimiento hippie, etc. Igual destino tuvo la predicción de David Cooper cuando declaró «La muerte de la familia» en su libro escrito en 1971.

Así entonces, durante el presente siglo, que ha sido el siglo de los cambios más radicales y más numerosos en todo orden de cosas en la historia de la humanidad, resulta al menos sorprendente que el ser humano siga valorizando el matrimonio y la familia como la forma de apareamiento del hombre con la mujer con el

objeto primordial de procrear. Una interpretación posible de este fenómeno, aparentemente contradictorio, me parece que puede encontrarse en el hecho de que la función que cumple la familia de brindarse apoyo emocional entre sus miembros, en un ambiente de intimidad y de encuentro básico con el otro, no es sustituible. Además es en este ámbito donde se nos otorga un nombre y una identidad, lo que genera a su vez un vínculo de pertenencia. Todo esto no sólo parece ser insustituible, sino que la familia ha pasado a constituirse en uno de los pocos refugios que van quedando donde el código que rige las relaciones humanas es el amor.

Este fenómeno conlleva, como es fácil suponer, el riesgo de que se sobrecargue el sistema, ya que, en la medida que mayores son las demandas y expectativas de encontrar este apoyo emocional solamente entre los miembros de la familia, mayor es la posibilidad de no poder satisfacerlas.

Muy ligado a este fenómeno está el proceso acelerado de la emigración campo-ciudad y la desordenada y a veces caótica configuración de los grandes conglomerados urbanos. La familia que durante generaciones vivió en un mismo pueblo, contaba con una red natural de parientes y amigos donde también era posible encontrar otras fuentes de apoyo emocional. Esto muchas veces se pierde en la muchedumbre solitaria de la gran ciudad. Excedería con mucho el propósito de esta presentación extendernos en analizar lo que hoy día se conoce como la psicopatología de la gran ciudad, fenómeno cuya descripción tiene como precursores a Durkheim, que ya a fines del siglo pasado, describió el problema de la anomia y luego del suicidio en este contexto.

Respecto al matrimonio, conviene señalar que en algunos países hiperdesarrollados como es el caso de Suecia, se ha producido una disminución de alrededor de un 40% de los matrimonios en las últimas décadas. Sin embargo, ello va junto con un aumento de las uniones consensuales, las que son reconocidas como familia por el Estado en muchos aspectos. Cabe hacer notar que en este país culturalmente

existe una tradición de larga data de cohabitación previa al matrimonio y que desde 1917 no existe diferencia legal entre los hijos legítimos e ilegítimos. Interesantemente, la promiscuidad sexual es extraordinariamente baja, si se compara por ej. con EE.UU. El 90% de los suecos no aceptan el sexo fuera del matrimonio (Popenoe, 1988). Así entonces, la variable exclusividad de la relación conyugal continúa siendo valorizada, no así su permanencia, particularmente cuando no existe un matrimonio legal o religioso y sólo existe una cohabitación de hecho.

Tanto en Suecia como en otros países, incluido el nuestro, está comprobado que el riesgo de separación es mayor en las parejas que no han establecido un contrato matrimonial.

¿Cuán pro-familia es la sociedad contemporánea?

Revisemos a continuación algunos otros elementos que avalan la necesidad de cuestionar que sea la familia la que está en crisis y que ésta siga siendo el núcleo fundamental de la sociedad.

Si nos detenemos a pensar por un momento cuán presente está el tema de la familia en el debate público, vamos a encontrar que este espacio lo ocupa casi en forma exclusiva el tema de la política, de la economía, de los deportes, del mundo del espectáculo, de los hechos delictuales, etc. Sólo en el último tiempo en nuestro medio se ha comenzado a poner en discusión un tema relacionado con la familia, que es la necesidad de legislar sobre la disolución del matrimonio. Al respecto me parece conveniente señalar que el debate se tiende a empequeñecer, dividiendo las opiniones entre divorcistas y no divorcistas, cuando no centrándolo en la necesidad de terminar con la farsa institucionalizada de las nulidades matrimoniales.

Continúan sin embargo, estando ausentes del debate, las causas macrosociales que influyen directa o indirectamente en la desprotección y la sobrecarga del sistema familiar y consecuentemente, del aumento de las separa-

ciones matrimoniales, lo que si bien es cierto es un tema de suyo complejo, por lo mismo debiera ser objeto central de análisis desde las diversas disciplinas que pueden aportar a su mejor comprensión, diagnóstico, prevención y tratamiento. Esta lamentable situación contribuye implícitamente a mantener la percepción bastante generalizada de que las rupturas matrimoniales se deben sólo al egoísmo de los cónyuges, a la infidelidad o, en definitiva, a la irresponsabilidad de los esposos.

A lo más se ha comenzado a sugerir que, de legislarse sobre el divorcio, se haga compulsivo el recurrir a agentes mediadores que agoten la posibilidad de solución de los motivos que llevaron a la pareja a querer separarse. Tal medida corresponde a lo que en salud pública llamamos prevención secundaria. Pero continúan estando ausentes del debate las medidas de prevención primaria. Vale decir, cómo dar cumplimiento al mandato constitucional que obliga al Estado a «dar protección a la familia y propender al fortalecimiento de ésta».

Una iniciativa que hace excepción en nuestro medio a esta ausencia del tema de la familia en el debate público, lo constituye la creación de una Comisión Nacional de la Familia durante el gobierno anterior, y que hace pocos meses emitió un importante informe al respecto. Cabe esperar que a raíz de éste, puedan operacionalizarse acciones concretas que efectivamente favorezcan a nuestras familias.

Entre las contradicciones más notorias que es fácil detectar entre el macrosistema social el microsistema familiar, está el hecho de que el código que rige las relaciones al interior de la familia contemporánea es el código del amor (lo que no fue siempre privilegiado en otras épocas). En cambio el código que rige las relaciones interpersonales en los otros sistemas sociales es predominante el de la competencia y del individualismo, que son antagónicos al primero. Así entonces, ocurre que el rol socializador de los hijos que debe cumplir la familia basada en el fundamento del amor, constituye a la postre un obstáculo para adaptarse a las reglas del juego del macro-

sistema.

Por otra parte, si analizamos lo que da prestigio, estatus y dinero en la sociedad actual, es el éxito en el mundo de los negocios, del comercio, de la vida pública. En definitiva, todo lo que se logra fuera del hogar. Todo lo que ocurre dentro de él, como la crianza de los hijos, la vida conyugal, el trabajo doméstico, no es valorizado, simplemente porque no se remunera. A esto se suma la cultura patriarcal que continúa asignando al hombre el rol fundamental de proveer y a la mujer el trabajo doméstico.

Agreguése a esto la prédica incesante de la sociedad de consumo que logra convencer a muchos que tener es más importante que ser. El sistema económico regido sólo por principios técnicos, donde las leyes del mercado que pueden regular muchas cosas, pero no las normas éticas y morales, genera condiciones laborales y estilos de vida muchas veces antagónicos con la familia.

La incorporación de la mujer al campo laboral fuera del hogar es uno de los fenómenos que ha generado más cambios en la sociedad actual, principalmente en la familia. Entre otros, porque no significa cambio de rol sino que es la agregación de uno nuevo al tradicional. Este fenómeno ocurre en una sociedad fuertemente patriarcal, que tácita o explícitamente resiste este nuevo rol femenino, tanto a nivel microfamiliar como macrosocial.

Tanto el trabajo doméstico como el rol parental, continúa descansando casi exclusivamente en la mujer. Además la crianza de los hijos no se concibe como una responsabilidad social o colectiva. Se da por supuesto que la familia tiene todos los medios para hacerlo eficientemente.

Esta incorporación de la mujer al trabajo remunerado fuera de la casa, definitivamente no ha ido acompañada de los elementos de apoyo societales a esta nueva situación. Pensemos por un momento en la cantidad y calidad gruesamente insuficiente de los cuidados alternativos para el lactante y preescolar.

La discriminación del sistema laboral en contra de la mujer se traduce, entre otras cosas, en menores posibilidades de contratación durante su edad fértil y remuneraciones un tercio más bajas que el hombre. (tanto en Chile como EE.UU), a igualdad de conocimientos técnicos o profesionales. Este fenómeno la deja a su vez en inferioridad de condiciones de negociación de roles al interior de la familia, pudiendo constituirse en un conflicto conyugal, cuyo origen no está en la familia, sino en el macrosistema.

La indefinición de roles masculinos y femeninos, producto del progresivo abandono de las estereotipias tradicionales y de la lucha del feminismo por igualar derechos con el hombre, es una fuente importante de disfunciones familiares. Nuevamente nos encontramos con un fenómeno de transición cultural en que lo macrosocial, como ya vimos tiene mucho que ver, pero las repercusiones de ello al interior del sistema familiar se suelen interpretar no como tales, sino como culpa de los cónyuges.

La sociedad en su conjunto, por su parte, continúa educándonos a los hombres y a las mujeres como especies distintas. La socialización que recibimos en este sentido nos enseña destrezas y habilidades completamente distintas, como si el mensaje implícito fuera que no necesitamos desestereotipar los roles tradicionales.

La tradicional división de roles dentro de la familia como ya vimos, significa una muy desigual cantidad de mayor carga en labores domésticas y de crianza de los hijos, sobre los hombros de la mujer. En estudios realizados con familias donde ambos cónyuges trabajan fuera del hogar, se observa que los hombres no hacen más cosas en la casa cuando sus mujeres están empleadas, que cuando son dueñas de casas.

Aún después de los esfuerzos realizados por los movimientos feministas, las madres obtienen un reconocimiento social por su deseo de estar más tiempo con sus hijos, pero al costo de no tomárseles en serio como trabajadoras o proveedoras. Los padres también son afectados

por estas discriminación contra la mujer, ya que limita sus posibilidades de compartir el rol parental. Cuando a la mujer se le paga menos, el hombre de esa familia tendrá que ganar más y por ende tiene menos tiempo para estar con sus hijos.

Así entonces, podría decirse que un primer paso para la igualdad de roles parentales pasa por la eliminación de la discriminación por sexo en el trabajo.

El sistema educacional durante 12 ó más años nos atiborra de conocimientos, de dudoso valor muchos de ellos, y sin embargo no nos prepara en absoluto para desempeñar el rol de padres y de esposos. Es decir, en un mundo de cambios tan radicales como los ocurridos en los últimos 50 años y donde cada vez se exigen estándares educacionales más altos para desempeñar cualquier oficio, para formar una familia, que es lo que la inmensa mayoría de los individuos vamos a hacer de todas maneras como adultos, esta tarea se deja aún librada a la intuición o a la improvisación. Tal vez esta sea una de las mayores contradicciones de la sociedad contemporánea respecto a la familia: el dar por supuesto que la educación para convivir y en especial la educación para la familiar no es necesaria en circunstancias que se reconoce como la más fundamental de la sociedad.

Interesante al respecto es el lugar que ocupan los niños y los ancianos en la sociedad. De nuevo aquí nos encontramos con una contradicción entre las declaraciones de principio tales como «el niño es el hombre del mañana», «el futuro de la patria», «lo máspreciado de la sociedad», etc., y la realidad que constatamos a diario. Es difícil no haber sido testigo de diversas actitudes negativas hacia los niños en lugares públicos. En general existe una tolerancia bastante disminuida, que se limita por lo demás sólo a la edad preescolar y sólo en ciertos lugares (hogar, jardín infantil, ciertos parques de entretenimientos y algunos centros comerciales). Si nos remitimos a los vehículos de la locomoción colectiva por ej., la situación cambia radicalmente llegando en algunos casos a ser francamente vejatoria. Imaginemos por un instante cuál sería la actitud de los pasajeros

de un bus, tren o avión si un niño se pone a llorar. Las expresiones faciales de la mayoría, cuando no las manifestaciones más explícitas de algunos van a ser de incomodidad y de solicitud hacia la madre o el padre para que haga callar a su hijo. Sería excepcional que hubiera alguien que se compadeciera de la situación y se ofreciera para ayudar en alguna forma. Los niños tienden a ser en general segregados de los sistemas sociales adultos.

La presencia de un niño en ciertos lugares de trabajo o en una universidad por ejemplo, podría llegar a despertar tanta curiosidad como un individuo extraterrestre.

Igualmente sorprendente es encontrar lugares públicos donde poder mudar un lactante o alimentarlo si está con hambre.

Mención aparte merece también la actitud societal respecto de otros miembros de la familia como son los ancianos. Aquí ya no sólo se tiende a su segregación, sino además se los desprecia y abandona, entre otros motivos y en consonancia con el ethos mercantilista predominante, porque dejan de ser productivos económicamente. Dicha situación es particularmente seria dada la progresiva mayor expectativa de vida que se sigue logrando con los avances en medicina. Por eso es que se ha dicho que el desafío a futuro será no tanto cómo agregar más años a la vida, sino que cómo agregar más vida a los años.

Finalmente, y sin pretender agotar el tema de las contradicciones entre el macrosistema social y el microsistema familiar, quisiera mencionar la contribución que aportan los medios de comunicación social al respecto y en particular la TV.

Interesa a nuestro juicio por varios motivos. En primer término porque llega masivamente a niños y adolescentes que están aún en un proceso de socialización. En segundo lugar, porque en la mayoría de los países, entre los que se encuentra el nuestro, sólo existe la TV comercial, lo que redundo en que son los fines de lucro del avisador, los que determinan nuestra dieta televisiva. Por último, porque la

evidencia empírica acumulada en los últimos 20 años comprueba que toda TV «educa», independiente de que sea su propósito específico. El impacto psicológico de este nuevo lenguaje electrónico hace que exista la posibilidad de imitación de los modelos televisivos, en especial por parte de la generación más joven. Por eso es que, a juicio de los expertos, la TV se ha constituido hoy día en un nuevo agente socializador de los niños y adolescentes.

Agréguese a esto que el tiempo promedio que los niños ven TV, según diversos estudios, fluctúa entre 3 y 4 horas diarias, lo que supera con mucho el tiempo que asisten al sistema educacional formal. Tomando en cuenta los fines de semana y los meses de vacaciones, esto representa alrededor de 1.500 horas al año versus alrededor de 1.000 de asistencia a clases.

Todo esto no tendría mayor importancia si este nuevo agente socializador compartiera con la familia, la escuela y eventualmente la religión, que son los agentes tradicionales de socialización, la afiliación, los valores que ellos comparten. Vale decir el amor, la solidaridad, la afiliación, la justicia, la verdad, la dignidad de la persona humana, los derechos humanos, la familia como núcleo fundamental de la sociedad. En definitiva, la herencia de la cultura judeo-cristiana occidental. Pues bien, si hacemos un breve recuento de los «valores» que exalta, sobrerrepresenta y distorsiona la TV comercial son: la violencia, la anomalía de la relación de pareja, la infidelidad, el engaño, la sexualidad desprovista de compromiso emocional, el hedonismo, el consumismo inherente a la mantención misma del sistema comercial de TV, la dependencia cultural, el culto a la gente linda y a la gente joven, el clasismo (al ignorar el mundo de los obreros y campesinos, que representan, entre otras cosas, a la mitad de nuestra población).

¿Qué podemos hacer frente a la situación planteada?

A riesgo de ser reiterativo, creo que lo más importante es la toma de conciencia de esta

visión crítica respecto a dónde reside la crisis y a la desprotección y actitudes antagónicas hacia la familia que existen en la sociedad actual.

Derivada de esta toma de conciencia existe una responsabilidad individual y societal para modificar este estado de cosas.

A nivel individual, en la medida que cada persona miembro de una familia se atreva a desafiar ciertos estilos de vida que nos son impuestos, podrá comenzar la gran revolución que es la revolución individual. Esto significa además, transformarnos cada uno de nosotros en agentes de denuncia y de cambio hasta que se constituya una masa crítica que socialice esta nueva idea.

Una responsabilidad especialísima nos cabe a los profesionales que trabajamos en el área de la salud mental, ya que a diario podemos contribuir a aliviar culpas injustificadas, que son muchas veces la causa del sufrimiento emocional, si incorporamos en nuestro quehacer terapéutico cotidiano este enfoque ecosistémico. En la misma medida que veamos permanentemente a la familia en contexto de su interacción constante con otros sistemas sociales, podremos ampliar nuestro repertorio de elementos que nos permitan co-construir nuevas realidades, ofreciendo a nuestros pacientes redefiniciones plausibles de su sufrimiento.

Nuestro quehacer clínico podrá verse enormemente enriquecido si, con esta visión ecosistémica, ayudamos a las familias a descubrir nuevos potenciales que están en ellos, pero que agobiados muchas veces por problemas de sobrevivencia no pueden verlos por sí solos. En este sentido el contribuir a generar o fortalecer redes de apoyo comunitarias, podrá ser una importante intervención sistémica que mejore su sufrimiento.

Entre las posibles acciones que podrían desarrollar por otros sistemas sociales podríamos mencionar:

I) Acciones **legislativas** que propendan a:

- Flexibilizar la jornada laboral, de tal manera que cuando ambos padres trabajan pudieran elegir horarios diferentes. De esta forma cada uno de ellos podrá disponer del tiempo necesario para interactuar con sus hijos.
- Con la misma finalidad anterior, permitir el trabajo por media jornada en varias labores donde actualmente no es posible. Secundariamente esto permitiría aumentar la tasa de ocupación de la población.
- Permitir a ambos padres un permiso post-natal durante el primer año de vida del hijo, dada la fundamental importancia que tiene este periodo del desarrollo infantil, para que durante el mismo se produzca el apego o el vínculo afectivo.
- Legislar sobre las uniones de hecho.
- Terminar con las diferencias existentes entre hijos legítimos e ilegítimos.
- Contrarrestar la violencia intrafamiliar y el maltrato a menores.
- Eliminar la discriminación laboral por sexo.
- Legislar sobre la disolución del matrimonio.
- Creación de los Tribunales de Familia.
- Diseñar una política de gobierno en nuestro país que aborde el problema del alcoholismo (único indicador en el sector de salud que no ha variado en los últimos 25 años), por el reconocido impacto que tiene en el deterioro de la vida familiar, tanto conyugal como parental.

II) **Combatir el desempleo** por todos los medios que sea posible ya que como se vio anteriormente los problemas económicos y laborales figuran como la principal causa de crisis matrimoniales.

III) **Acciones del sistema educacional**

Incorporación a los currícula educacionales la preparación para la vida familiar. Se pretende

que desde el inicio a la enseñanza básica hasta el término de la media, se incorporen contenidos en forma sistemática, gradual y continua que enseñen a convivir y en especial a preparar al futuro padre y esposo para desempeñar esos roles. Junto a esto diseñar programas educativos para la prevención del embarazo de la adolescente.

IV) **Acciones de los medios de comunicación.** En particular de la TV.

Asumiendo su responsabilidad ética, regular el contenido de ciertos programas, supuestamente de entretenimiento, en los que se exalta y distorsiona la anomalía de la relación de pareja, el erotismo y la falta de compromiso emocional en estas relaciones. Este cuidado es especialmente válido para el género telenovelas por cuanto se exhiben en horarios para todo espectador.

Paralelamente, diseñar programas que ayuden a la resolución de conflictos familiares y fomenten estilos de vida positivos.

V) **Acciones que pueden implementar los sistemas de salud públicos y privados.**

Multiplicar la creación de centros de atención para familias en conflicto.

VI) **Acciones susceptibles de ser implementadas por diversos sistemas de Bienestar Social.**

Aumentar la cantidad y calidad de los centros de cuidado diario para niños y ancianos. Aumentar los centros de esparcimientos y recreación familiar.

BIBLIOGRAFIA

1. Bronfenbrenner, U. «The ecology of human development». Cambridge, Mass: Harvard University Press. 1979.
2. Covarrubias, M., Muñoz, M. y Reyes, C. ¿Crisis en la Familia?. Cuadernos Institutos de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile. 1983.
3. Comisión Nacional de la Familia. «Informe

- CNF-Servicio Nacional de la Mujer». Santiago, Chile, 1993.
4. Hellfach, J.C. «The family and human adaptation». New York. International University Press. 1963.
 5. Montenegro, H. «Relaciones entre el sistema familiar y otros sistemas sociales». Trabajo presentado al Congreso Internacional de Terapia Familiar. Mayo 1990 en Santiago de Chile.
 6. Montenegro, H. «Visión desde la Psicología». En: La Familia en Chile. CERC-ICHE. Santiago, Chile, 1992.
 7. Morandé, P. «La Familia en la civilización actual». En: Familia, Matrimonio, Divorcio. Fundación de Ciencias Humanas. Conferencias 2. Santiago, Chile, 1991.
 8. Popenoe, D. «Disturbing the Nest Family Change and Decline in Modern Societies». Aldine de Gruyter. New York, 1988.
 9. Schwartzman, J. (Ed.) Families and other systems. The macrosystemic context of family therapy. The Guilford Press. N. York-London, 1985.
 10. Walsh, F. «Conceptualizations of normal family functioning». In: F. Walsh (Ed.) Normal family processes. New York: Guilford Press, 1982.
 11. Walsh, F. «Social change, disequilibrium and adaptation in developing countries»: A Moroccan Example. In Families and other systems. The macrosystemic context of family therapy. The Guilford Press, N. York-London, 1985.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS CEFALÉAS EN EL NIÑO

Dra. PHYLLIS SHER

Profesora Asociada de Neurología y Psiquiatría.

División de Neurología Pediátrica, Escuela de Medicina, Universidad de Minnesota. EE.UU.

Las principales causas de cefalea en la niñez son vasculares, (migrañosas o no migrañosas), por contracción muscular, psicógenas, post-ictales, por tracción, por aumento de presión intracraneana, trauma, toxinas o infecciones en el compartimento intracraneal, cabeza o cuello. Las enfermedades sistémicas originan con frecuencia cefaleas aunque no crónicas, mientras que aquellas relacionadas a hipertensión intracraneana son relativamente raras y pueden ser crónicas.

Las cefaleas vasculares en los niños son comunes y crónicas. La prevalencia de migraña infantil aumenta con la edad, con un 5% de niños afectados a los 15 años. Las diferencias por sexo demuestran una mayor prevalencia en niñas con sobre 6% de niñas y 4% de niños afectados.

La diferenciación del tipo de cefalea es un imprescindible paso previo al inicio de un tratamiento. Esto con frecuencia es posible basándose en los eventos asociados a la cefalea como características del dolor y localización, permitiendo una orientación diagnóstica hacia cefaleas vasculares, por tracción o relacionadas a crisis. Algunos síntomas en particular constituyen signos de alarma en la niñez, entre ellos las cefaleas que se presentan en el niño menor, aquellas gatilladas por maniobras que aumentan la presión intra-craneana, las de inicio reciente y aquellas sin antecedentes familiares. Los estudios diagnósticos más comúnmente usados incluyen las neuroimágenes (Tomografía Axial Compu-tada, Resonancia Nuclear Magnética, Angio-grafía), electroencefalografía, estudio de LCR y pruebas psicométricas. Estos estudios no se indican de rutina en el diagnóstico o manejo de las cefaleas vasculares comunes.

Los principales tipos de cefaleas vasculares en los niños son las migrañas clásicas o comunes.

Su presentación clínica en niños muestra algunas diferencias comparándolos con los adultos, como es la falta de aura, duración más corta, presencia de dolor bilateral y fotofobia más leve. Las cefaleas vasculares infantiles más complicadas incluyen aquellas llamadas hemipléjicas, oftalmopléjicas, de arteria basilar, confusional aguda y el síndrome de Alicia en el País de las Maravillas. Además, hay probables equivalentes migrañosos como el vértigo paroxístico de la niñez, torticolis, vómitos cíclicos, el síndrome abdominal recurrente infantil y posiblemente la amnesia transitoria global. Las cefaleas vasculares no migrañosas son aquellas causadas por infecciones, convulsiones, hipertensión arterial, hipoxia y malformaciones arteriovenosas.

El tratamiento de la migraña infantil contempla estrategias de manejo agudo y de tratamiento profiláctico. El manejo en la etapa aguda puede ser «sintomático» o «abortivo». Las terapias sintomáticas incluyen analgésicos, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID), y antieméticos. El uso de terapias abortivas es inusual en niños, incluyen ergotamina, dihidroergotamina, sumatriptan y agonistas de la 5-hidroxitriptamina. La terapia profiláctica incluye en primer término evitar los desencadenantes cuando estos se han identificado, y luego el tratamiento con bloqueadores de receptores beta-adrenérgicos como propanolol, antagonistas de 5-hidroxitriptamina (ciproheptadina), antidepresivos, drogas antiépilépticas, bloqueadores de canales del calcio, bio-feedback y acupuntura e indicaciones de manejo en aquellas de curso relativamente benigno.

BIBLIOGRAFIA

1. Battistella PA et al. A placebo-controlled crossover trial of nimodipine in pediatric migraine. *Headache* 1990; 30:264-B.

2. Brown JK Migraine and migraine equivalents in children. *Cev Med Child Neurol* 1977; 19:683-92.
3. Duckro PN, Cantwell-Simmons E. A review of studies evaluating biofeedback and relaxation training in management of pediatric headache. *Headache* 1989; 29:428-33.
4. Eber JM, Woody RC. Migraine headache in the infant and young child. *Headache* 1990; 30:366-8.
5. Forsythe WI, et al . Propanolol (Inderal) in the treatment of childhood migraine. *Dev Med Child Neurol* 1984; 26:737-41.
6. Hockaday J. Migraine and its equivalents in childhood. *Dev Med Child Neurol* 1987; 29:258-70.
7. Igarashi M. et al. Pharmacologic treatment of childhood migraine. *J. Pediatr* 1992; 120:653-7.
8. Jay GW. Epilepsy, migraine and EEG abnormalities in children: a review and hypothesis. *Headache* 1982; 22:10-14.
9. Maytal J. et. al. Pediatric migraine and the International Headache Society (IHS) criteria. *Neurology* 1997; 48:602-7.
10. Mortimer MJ et. al. childhood migraine in general practice: clinical features and characteristics. *Cephalgia* 1992; 12:238-43.
11. Rossi LN, et. al. Headache in childhood. *Child Nerv Sys* 1989;5:129-34.
12. Rothner DA. Diagnosis and management of headache in children and adolescents. *Neurol Clin* 1983; 1:511-27.
13. Silberstein SD, Lipton RB. Overview of diagnosis and treatment of migraine. *Neurology* 1994;44(suppl):s6-16.
14. Singer HS, Rowe S. Chronic recurrent headaches in children. *Pediatr Ann* 1992;26:369-73.
15. Wilson J. Migraine and epilepsy. *Dev. Med. Child Neurol* 1992;34: 645-7.

NUEVAS DROGAS ANTIEPILEPTICAS

Dra. PHYLLIS SHER

Profesora Asociada de Neurología y Psiquiatría.

División de Neurología Pediátrica, Escuela de Medicina, Universidad de Minnesota. EE.UU.

La incidencia de epilepsia en niños y adolescentes va desde 50-100 por 100.000. Aunque la mayoría de los niños con epilepsia están bien controlados, se estima que sobre un 25% de los pacientes pediátricos tienen crisis no controladas. Se realizan en la actualidad numerosas investigaciones clínicas y de ciencias básicas que intentan definir el mejor uso de una nueva generación de drogas antiepilepticas (AEDs) así como de anti-epilépticos del los que ya se disponía antes pero en nuevas preparaciones.

Las nuevas drogas recientemente aprobadas o en diferentes etapas de investigación incluyen: felbamato, lamotrigina, tiagabina, topiramato, vigabatrina, y gabapentina además de preparados parenterales de difenilhidantoina (fosfenitoína) y ácido valproico.

Existe poca información acerca de la eficacia clínica y perfiles farmacológicos de estos medicamentos en los niños. Su uso ha sido de preferencia en pacientes seleccionados, con dificultad para controlar las crisis. Una breve reseña de las indicaciones clínicas y perfiles químicos de estas drogas se presenta a continuación:

Gabapentina (Neurontin). Parke Davis: Para terapia conjunta en crisis parciales. Es un aminoácido relacionado con GABA, no se une a proteínas, no produce interacciones con otras drogas, no es metabolizado por el hígado y se elimina por excreción renal. Su vida media es de 5-6 horas. En monoterapia reduce un 50% de crisis parciales, con resultados pobres en crisis secundariamente generalizadas. Se ha observado alta incidencia de somnolencia. No tiene interacciones con otras drogas anti-epilépticas.

Dosis efectiva en adultos: 900-1.800 mg divididos en tres dosis.

Niños: 15-30 mg/Kg/día

Se debe reducir la dosis si hay mala función renal.

Lamotrigina (Lamictal). Glaxo: Aprobado por la FDA para terapia conjunta de crisis parciales en adultos (sobre 16 años). Feniltiazina; inhibe la liberación de aminoácidos excitatorios, se une a proteínas en 55%. Un 10% de los pacientes, especialmente en politerapia desarrollan rash, que en niños puede ser severo. Vida media 15-24 horas. Tiene interacción significativa con otras drogas; es inductor hepático; el ácido valproico (VPA) reduce el clearance de lamotrigina (en terapia conjunta se deben usar dosis reducidas de lamotrigina); la lamotrigina reduce la concentración del plasma del ácido valproico. Cuando se usa en conjunto con fenitoína o carbamazepina, se requiere de dosis más altas de lamotrigina. No se ha establecido los niveles en plasma pero sus beneficios están relacionados con la dosis: 300-500 mg/día divididos en dos dosis si se usa con ácido valproico: para niños 4-5 mgs./Kg./día; usados en monoterapia, en crisis pediátricas y otro tipo de crisis aún se está investigando.

Felbamate (Felbatol). Wallace: Es efectivo en modelos experimentales de crisis inducidas por shock máximo, pentylenetetrazol y picrotoxina lo cual le confiere un espectro de acción más amplio que otros antiepilepticos: parciales complejas, mioclónicas, ausencias atípicas. Vida media 15-20 horas, metabolismo hepático. Se ha observado supresión medular significativa con anemias aplásicas y algunas muertes. Debe usarse con precaución en situaciones extremas. Tiene interacción significativa con fenitoína, carbamazepina y ácido valproico. En pacientes con ácido valproico y felbamate, aumentan los niveles plasmáticos de ácido valproico entre 28-54%.

Dosis inicial 15 mg/kg/día.

Eficacia adicional para el tratamiento

Vigabatrin (Sabril). Hoechst-Marion-Roussel. Estructura análoga al GABA. Terapia coadyuvante en adultos con crisis parciales refractarias, inhibidor irreversible de las gamma-amino transaminasas. Su uso en adultos incluye la terapia coadyuvante en crisis parciales refractarias; estudios recientes realizados fuera de los Estados Unidos muestran una reducción de un 50-80% en frecuencia de crisis; c/4 de los niños tiene > 75% de disminución en la frecuencia de crisis; las crisis parciales criogénicas tienen la mejor respuesta; el efecto colateral más común es la hiperkinesia o la depresión; puede ser particularmente útil en espasmos infantiles refractarios, especialmente en esclerosis tuberosa; dosis inicial es de 500 mg.

Topiramate (T opamax) . Compañía Farmacéutica Ortho Mac Neil. Recientemente aprobado por la FDA. Terapia coadyuvante para crisis de inicio parcial con o sin generalización secundaria. Inhibe la neurotransmisión excitatoria; bloquea el receptor no NMDA del glutamato; potencia la transmisión inhibitoria mediada por el gaba; es un débil inhibidor de la anhidrasa carbónica; bloquea los canales del calcio de la membrana neuronal. En 50% de los pacientes, las crisis se redujeron en un 50%; en 25% (incluyendo niños) las crisis disminuyeron en más de un 75%. Puede haber somnolencia y lentificación cognitiva, en 1.5% hay incidencia de cálculos renales. La farmacocinética es lineal; su unión a proteínas del plasma es de 20. El clearance es mayor en niños que en adultos; en monoterapia la vida media es de 20-30 horas; si se agrega un inductor la vida media es de 12 horas; en monoterapia un 20% se metaboliza por el hígado. No tiene interacción con otras drogas pero podría aumentar los niveles de fenitoína. En presencia de otros inductores de enzimas, la concentración de topiramato disminuye.

Dosis: 1-9 mgs/kg/día dividido en dos dosis (dosis promedio del adulto 200 mg en dos dosis). Se debe iniciar su administración en forma gradual.

Tigabine (Gabatril) Abbott. No está aún disponible. Uso en terapia coadyuvante en crisis parciales no controladas; puede usarse en

monoterapia bloquea la captación de GABA por el cerebro; tiene efecto favorable en el ánimo; la disminución de la ira y la Hiperemotividad no está relacionada con el control de crisis; puede ser similar al vigabatrin.

Valproato de sodio. (Depacon). Abbott: Preparación endovenosa de Abbott; dosis a intervalos iguales a la preparación oral; generalmente en cuatro dosis.

Fosfenitoína preparación endovenosa; prodroga de fenitoína, soluble en agua con pH neutral.

Diazepan rectal (Diastat) disponible actualmente para crisis repetitivas agudas.

FUTURAS INVESTIGACIONES

Remacemida

Losigamone - terapia coadyuvante en crisis parciales

Rufinamide - terapia coadyuvante en crisis generalizadas primarias

Lamotrigina + Valproico - en crisis generalizadas

Vigabatrin - en niños con espasmos masivos

Lamotrigina - niños con epilepsia generalizada

Tigabine - niños con crisis parciales

Gabapentina - Epilepsia focal benigna de la infancia; epilepsia parcial refractaria en niños, epilepsia benigna de la infancia con espigas centro temporales (BECTS).

BIBLIOGRAFIA

1. The US Gabapentin Study Group N° 5. Gabapentin as add-on therapy in refractory partial epilepsy: a double-blind placebo-controlled parallel-group study. *Neurology* 1993;43:2292-96.
2. Bebin EM et al. Results of felbamate dosing for pediatric patients with Lennox-Gastaut syndrome. *Epilepsia* 1993;34:91.

3. Dodson WE. Pharmacokinetic principles of anti-epileptic drugs in children. In: Dodson WE, Pellock JM. *Pediatric Epilepsy: Diagnosis and Therapy*. New York, Demos 1993;231-40.
4. Goa KL, et al. Lamotrigine: a review of its pharmacological properties and clinical efficacy in epilepsy. *Drugs* 1993;46:152-76.
5. Grant SM, Heel RC. Vigabatrin: a review of its pharmacodynamic properties, and therapeutic potential in epilepsy and disorders of motor control. *Drugs* 1991;41:889-926.
6. Leiderman D, et al. Gabapentin patients with absence seizures; two double-blind, placebo controlled studies. *Epilepsia* 1993;34:45.
7. Leppik IE et al. Pharmacokinetics and safety of phenytoin prodrug given IV or IM in patients. *Neurology* 199;40:456-60.
8. Matsuo F. et al. Placebo-controlled study of the efficacy and safety of lamotrigine in patients with partial seizures. *Neurology* 1993;43:2248-91.
9. Messenheimer J, et al. Lamotrigine therapy for partial seizures: a multicenter, placebo-controlled, double-blind cross-over trial. *Epilepsia* 1994;35:113-21.
10. Mumford J, Dulac O. Vigabatrin: a new anti-epileptic medication. *J. Child Neurol.* 1991;6:283-6.
11. Pellock JM. Seizures and epilepsy in infancy and childhood. *Neurol Clin* 1993;3:755-75.
12. Pellock JM. The use of new anti-epileptic drugs in children. In Trimble MR, ed. *An Appraisal of Some New Anticonvulsants*. John Wiley and Sons, 1994.
13. Rubens A, et al. Safety and efficacy of tiagabine HCL as adjunctive therapy in adults with refractory partial epilepsy. *Neurology* 1992;42:31.
14. Timmings PL, Richens A. Efficacy of lamotrigine as monotherapy for juvenile myoclonic epilepsy: a study results. *Epilepsia* 1993;34 suppl: 160-7.

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE: Enfoque cognitivo, estructural y evolutivo.

GABRIELA SEPULVEDA R.

Psicóloga. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

I. ENFOQUE COGNITIVO DEL DESARROLLO.

El desarrollo psicológico desde la perspectiva cognitiva, evolutiva y estructural, en la línea de Piaget, Bruner y Kohlberg, es un proceso dinámico, de cambios cuantitativos y cualitativos que se producen a través del tiempo. Es un proceso creativo, a través del cual la persona está en constantes reestructuraciones de su organización personal en interacción con el medio.

En el curso del desarrollo psicológico se van creando totalidades configuradas y organizadas: estructuras psicológicas, las cuales van cambiando a través del tiempo, de modo que las diversas funciones psicológicas se van organizando con una variación interindividual, en las distintas áreas funcionales del desarrollo psicológico.

La progresión del desarrollo se va dando a través de estadios estructurales, en una secuencia invariante, con una integración jerárquica o desplazamiento de los estadios más bajos por parte de los estadios superiores; siendo según Piaget el desarrollo «una progresiva equilibración, un perpetuo pasar de un estado de menor equilibrio a un estado de equilibrio superior» (Piaget, 1973a, pág. 11), siendo así un proceso de construcción continua.

Según las teorías cognitivo-evolutivas (Kohlberg, 1992), las transformaciones de estructura cognitiva no pueden explicarse por los parámetros de aprendizaje asociativo, sino que por parámetros de totalidades organizativas o sistemas de relaciones internas. El desarrollo de la estructura cognitiva es el resultado de procesos de interacción entre la estructura del organismo y la estructura del entorno o medio, más bien que el resultado directo de la maduración o del aprendizaje.

Es importante recalcar que se refiere a las estructuras cognitivas en general, es decir para el desarrollo de formas de pensar sobre los objetos tanto físicos como sociales.

El desarrollo cognitivo y el afectivo-social y su funcionamiento, no son campos diferentes, sino que son paralelos, representan diferentes perspectivas y contextos al definir el cambio estructural. Según Piaget (1973a), las estructuras son «formas de organización de la actividad mental, bajo su doble aspecto motor o intelectual, por una parte, y afectivo, por otra, así como según sus dos dimensiones individual y social (interindividual)» (pág. 14).

Considerando este esquema básico piagetiano, y la organización clásica de Remplei (1974), agruparé las funciones psicológicas en funciones de orientación o cognitivas, que incluyen las funciones de percepción, representación, memoria, fantasía, pensamiento y lenguaje; y las funciones afectivo-sociales, que incluyen los impulsos, la voluntad, los sentimientos y emociones. Todas estas funciones se integran entre sí formando una conexión de tipo estructural, inseparable, de modo que la separación es sólo conceptual.

Siguiendo estas directrices, para el análisis de este capítulo, se seleccionan algunas de las variables o funciones claves del desarrollo psicológico, en base a un esquema de funciones psicológicas desarrollado en trabajos anteriores (Sepúlveda G., 1991), (Ver cuadro 1).

Las metas evolutivas centrales del desarrollo psicológico son:

- La identidad personal, que implica el logro de una autonomía o libertad de elección, que da a la persona un sentido de dignidad y de independencia legítima, en términos de Erik-

Cuadro 1. Desarrollo psicológico

Aspectos cognitivos	Aspectos afectivos	Aspectos sociales	Aspectos morales
*Percepción de la realidad: visión de mundo, visión de sí y visión de futuro.	*Identificación y diferenciación de emociones.	*Toma de perspectiva: punto de vista del otro.	Conocer normas y reglas sociales.
*Comprensión, pensamiento, conceptualización.	*Necesidades, intereses, motivaciones	*Relaciones interpersonales.	*Clarificar y jerarquizar conceptos de respeto, responsabilidad y justicia.
*Iniciativa; locus de control interno, externo.	*Empatía y culpa.	*Comunicación: escuchar, responder.	*Sistema de creencias y valores personales.
	*Expresión de emociones (rabia, pena, temor, alegría, tristeza, ansiedad).		
	*Control de impulsos: autocontrol. Capacidad de inhibir conductas, capacidad de tolerar frustraciones y límites impuestos por el ambiente.		

Concepto de sí mismo, autoestima, identidad personal.

son (1993), evitando la duda y la vergüenza, y logrando un sentimiento de autocontrol que da origen a un sentimiento perdurable de buena voluntad y orgullo. La identidad es un proceso de integración, a través del cual la persona organiza sus experiencias de acción y de interacción con el mundo, logrando un sentido ético que defina al sí mismo en términos de una jerarquización de valores y una integración social efectiva.

El desarrollo de la identidad es la progresiva emergencia de un sentido de unicidad e individualidad, que nos permite ir diferenciando nuestras propias características y diferenciándonos de los otros.

• La integración social, que implica la

aceptación y respeto por las normas del grupo; el actuar por deber, a las normas, valores y principios de la sociedad. Para Piaget (1965) los elementos centrales de esta meta se resumen en términos de las tres «R» básicas para el potencial humano y esencial para mantener la calidad de nuestra supervivencia: razón, respeto (mutuo y hacia sí mismo) y responsabilidad (social y consigo mismo); desarrollando relaciones interpersonales en base al respeto, la responsabilidad y la justicia, definidas éstas en términos Piagetianos como:

Respeto: acción por deber hacia los derechos de otros y las reglas sociales,

Responsabilidad: Evaluación de los actos propios y de los otros, considerando las

intenciones, motivaciones y/o las consecuencias de las acciones, y

Justicia: Patrón de Equilibrio o armonía en un grupo, para dar a cada uno lo que le corresponde, respetando los derechos de cada persona.

Estas metas evolutivas se van logrando a través de las distintas etapas del desarrollo, las cuales se van dando en una secuencia invariante, denotando cada estadio diferencias cualitativas en la forma de pensar y de organizar el mundo afectivo y social; a través de una unidad de organización y desarrollo de la personalidad que ha sido denominada como el concepto del yo o ego, el cual logra su organización más estable en la etapa de la adolescencia.

Así, el proceso de identidad se inicia en la infancia con la diferenciación sujeto-objeto, y alcanza su fase final con la integración en la vejez. Esta es una estructura u organización que cambia con la edad y la experiencia, en la cual se van incorporando los diversos aspectos del sí mismo a una unidad flexible e integrada.

Las distintas etapas del desarrollo implican un progreso hacia una complejidad creciente, integrando cada etapa sucesiva los aspectos críticos de las etapas previas en una organización más articulada. Hay en este desarrollo continuo, fases de aceleración, de adquisición de funciones y contenidos, a las que siguen fases formativas de mayor estabilidad, en las cuales se fijan y maduran las funciones adquiridas.

Las fases activas, se denominan también críticas, por su marcada excitabilidad, mayor motilidad, afectos más intensos e inestables, con lo que aumenta la disposición a los conflictos tanto internos como relacionales.

Las etapas del desarrollo han sido clasificadas generalmente según un criterio cronológico, lo cual presenta ciertas desventajas, desde el punto de vista de la psicología evolutiva, en el sentido de que los cambios en la conducta de cada persona son el resultado de la interacción permanente entre la

maduración (cuyo tempo es diferente en cada niño) y las experiencias de interacción con el ambiente físico y social.

Un criterio utilizado como norma para determinar cuáles son las conductas más características de cada etapa, que respete la individualidad de cada niño, debería incorporar no sólo elementos cronológicos, sino que integrar una visión evolutiva, que considere a la persona como un sistema cambiante que depende de su base biológica, pero que está constantemente sujeto a los efectos de la experiencia; por lo cual se deben incorporar patrones que dependen de los contextos sociales y culturales específicos.

Piaget (1973b) señala cuatro factores del desarrollo: Los factores biológicos y de coordinación de las acciones, y los factores sociales de interacción o coordinación interindividual y de transmisión educativa y cultural, los cuales se ha demostrado en las diversas investigaciones, que interactúan desde el momento de la concepción. Así, si bien las mismas etapas del desarrollo se presentan en diferentes contextos sociales y culturales en la misma secuencia, los datos comparativos muestran diferencias importantes en las edades de presentación de los estadios del desarrollo según nivel sociocultural, residencia en el campo o la ciudad, y nivel de escolaridad, observándose desfases de 2 a 4 años en las diferentes funciones del desarrollo, tales como las cognitivas, morales o de empatía.

Las categorías usadas en las clasificaciones del ciclo vital, son más amplias que la edad, para dar cabida a las diferencias interindividuales, considerándose en general seis etapas del desarrollo: Etapa prenatal, lactancia, infancia o niñez, edad juvenil o adolescencia, edad adulta y vejez. En el cuadro 2 se presentan las etapas del desarrollo infantil y juvenil según Remplein (1974, pág 135).

Se puede observar en el cuadro como a las fases de activación siguen en cada etapa las de estabilidad, como por ejemplo en la etapa de la primera infancia, la edad de la oposición seguida por la edad del juego. Como se señaló

Cuadro 2:
Clasificación de las etapas del desarrollo según Remplein.

ETAPAS	SUBDIVISIONES	DURACION
LACTANCIA	Edad del sueño	0 a 2 meses
	Edad de la versión del mundo	2m a 1 año
PRIMERA INFANCIA	Edad de la adquisición del lenguaje.	1 a 21/2 años
	Edad de la oposición.	21/2 a 31/2 años
	Edad del juego en serio.	31/2 a 51/2 años
SEGUNDA INFANCIA	Primer cambio de configuración	51/2 a 61/2 años
	Niñez media.	61/2 a 9 años
	Niñez tardía.	9 a 101/2 - 12 años
JUVENTUD	Prepubertad.	12 a 14 años
	Pubertad.	14 a 16 años
	Crisis juvenil.	16 a 17 años
	Adolescencia.	17 a 21 años

anteriormente, según el tempo del desarrollo, hay diferencias en el momento en que las personas pasan por cada etapa, y también según la cultura en que se encuentre; y es necesario destacar que también hay diferencias en el grado de intensidad con que se presentan los fenómenos característicos de cada etapa, por lo cual hay niños en los cuales apenas se nota su paso por la edad de la Oposición y hay otros que la viven en forma crítica.

En este texto me centraré en los hitos centrales del desarrollo que cruzan las diferentes etapas de la lactancia, infancia y edad juvenil, que tengan relación con las metas básicas del desarrollo psicológico planteadas anteriormente, y que marquen cambios cualitativos en las estructuras psicológicas.

II DESARROLLO DEL VINCULO AFECTIVO O APEGO: TAREA CENTRAL INICIADA EN LA LACTANCIA.

La lactancia es el punto de partida de la evolución psicológica, en la cual no existe, según Piaget, ninguna diferenciación entre el

yo y el mundo externo, es decir, que «*las impresiones vividas y percibidas no están ligadas ni a una conciencia personal sentida como un «yo», ni a unos objetos concebidos como exteriores*» (1973a, pág. 24), sin embargo se irán diferenciado a través de esta etapa. El yo se encuentra en el centro de la realidad, porque no tiene conciencia de sí mismo, y se irá construyendo poco a poco en la medida que se va ligando al mundo externo, el cual a través de la relación afectiva con las personas significativas, va logrando un reflejo del sí mismo y la satisfacción de sus necesidades.

La percepción de la realidad del lactante es global y afectiva, el mundo no tiene características fijas y desagradables. El tipo de vínculo afectivo que el niño desarrolle en esta temprana etapa, va ser crucial para la construcción del sentido del sí mismo, ya que va a dar la tonalidad afectiva básica y la seguridad con que enfrentará la realidad.

El apego se define como el lazo de afecto que se desarrolla entre el niño y su madre en el primer año de vida. A través del desarrollo la

habilidad de sentir profundamente y apegarse a otras personas, está en la base de la experiencia humana. Algunos autores como Guidano (1983, 1987, 1991), señalan incluso que el tema básico del desarrollo de 0 a 18 años es el vínculo afectivo, por medio del cual la persona logra construir la identidad personal, y por tanto los trastornos en el niño se darían por la pérdida del vínculo afectivo seguro.

Wenar (1994) señala que el apego, aún en sus manifestaciones normales, es una mezcla de amor y angustia, temor y rabia; ya que el afecto intenso y la angustia intensa acerca de la posible pérdida van juntas. Al respecto puede señalarse la típica hostilidad que manifiestan los niños ante la separación de los padres por viajes. Cuando los componentes afectivos negativos predominan en la relación, es probable que se presenten comportamientos desviados en el niño.

Las características del vínculo afectivo están dadas por el acercamiento o lejanía de la relación, la que facilita o no la exploración del ambiente, en la medida que el niño se siente seguro y con sus necesidades de protección satisfechas. La teoría del apego de Bowlby, sería una hipótesis explicativa para Piaget y Guidano, para comprender la estructuración del conocimiento personal. El desarrollo de los patrones familiares de apego, representa el contexto decodificador clave que entrega el foco y la dirección de las habilidades cognitivas y afectivas del niño.

El patrón de apego seguro se caracteriza por la satisfacción de las necesidades del niño, con una madre sensible, que reacciona rápidamente y con seguridad a las demandas del niño. Es consistente, por lo cual el niño desarrolla una relación de afecto y confianza, y una buena imagen personal, lo que le permite explorar el ambiente con seguridad y confianza en su éxito en el enfrentamiento de problemas.

Se describen tres patrones de apego inseguro:

- Resistente o ambivalente, en el cual la madre es sobreprotectora e invasora, siendo el niño demandador de atención y afecto, y

sobrevalorado. Este patrón se relaciona con impulsividad en el niño y dificultad con pares o pasividad y dependencia;

- Evitativo, en el cual la madre es distante y rabiosa, siendo ignorada y evitada por el niño. Se relaciona con hostilidad en el niño, comportamiento antisocial y aislamiento social;

- Desorganizado-desorientado (ambiguo), en el cual la madre es una mezcla inconsistente de descuido y rechazo, que genera respuestas contradictorias en el niño, tales como aproximarse a la madre con un afecto depresivo o no mirarla cuando lo toma. Este patrón es el más perturbador para el desarrollo del niño, dando lugar a patologías graves. Todos los patrones de apego inseguros generan dependencia de los adultos, y baja autoestima en los niños.

Guidano señala que la calidad del vínculo afectivo familiar desarrolla una tonalidad afectiva básica en el niño, de la que depende la calidad de la experiencia emotiva, en el sentido de sí mismo, y las relaciones con los otros. Así la madre no disponible o ausente genera en el niño una tonalidad de pérdida. Este autor identifica diferentes organizaciones de significado personal, como un proceso ordenador y organizador de la experiencia, basado en la calidad del vínculo, identificando organizaciones depresivas cuando hay falta de vínculo o de calidad del vínculo; fóbicas cuando el vínculo es ansioso y excesivo; dependientes o dápicas cuando el vínculo es ambiguo; y obsesivo, cuando el vínculo es ambivalente. Cada uno de estos significados puede ser elaborado de forma normal o dar origen a estructuras psicopatológicas.

El vínculo afectivo es prerequisite para la socialización adecuada, ya que la postergación de las gratificaciones inmediatas en el niño, se da sólo si hay una relación de afecto con las personas significativas.

Las interacciones padres-hijos, son determinantes importantes del grado en que el niño adquiere un amplio rango de habilidades

específicas en el contexto social. En este sentido es necesario destacar la interacción que se produce entre la relación con los padres y el temperamento del niño. El temperamento es el estilo básico de comportamiento de una persona, que reflejaría características constitucionales, las cuales pueden ser influidas y modificadas por el ambiente.

Los clásicos estudios longitudinales de Thomas, Chessy Birch (1968, cit. por Papalia, Wendkos, 1985, y Rutter, 1980), identificaron distintos patrones de temperamento, según la observación del comportamiento de los lactantes en relación al nivel de actividad, la regularidad en el funcionamiento biológico (alimentación, sueño, esfínteres), la disposición para aceptar nuevas personas y situaciones, la adaptabilidad a los cambios y la rutina, la sensibilidad a los estímulos sensoriales, el estado afectivo básico hacia la alegría o la tristeza, la intensidad de sus respuestas, la distractibilidad y el grado de persistencia.

En base a estas características se describieron niños de temperamento fácil, de adaptación lenta y difíciles, los cuales tienden a mantener a través del tiempo el estilo inicial de comportamiento, a pesar que se ha visto que

pueden ser modificados por las experiencias y los estilos de crianza de los padres. Los niños de adaptación difícil, son los de mayor riesgo de perturbaciones en el desarrollo y los que tienen más dificultades en el proceso de socialización.

Según Thomas y Chess (1977, cit. por Hoffman, Paris y Hall, 1955), la clave del desarrollo de la personalidad es la buena adaptación entre el temperamento del bebé y el estilo de los padres. Así, cuando ambos aspectos concuerdan, el desarrollo suele ser normal, sin embargo se presentan problemas cuando padres impacientes se encuentran ante un bebé difícil, y reaccionan con castigos y amenazas.

Las prácticas o estilos de socialización de los padres han sido estudiadas considerando generalmente dos grupos de variables (ver figura 1): La adaptación y afecto hacia el niño, la protección y el tipo de control que se ejerce en relación a las normas y reglas; encontrándose que los estilos denominados protectores, en los que se manifiesta una aceptación del niño, y se ejerce un control de la conducta considerando los intereses y necesidades de autonomía del niño, son los que más favorecen el desarrollo intelectual y

Figura 1
Estilos de socialización. Dimensión aceptación y control-autoestima.



Cuadro 3
Estilos de socialización. Tipo de control, método de disciplina, relación con el niño y efectos en el niño.

ESTILO	DISCIPLINA	RELACION CON EL NIÑO	METODO DE DISCIPLINA	EFECTOS EN EL NIÑO
AUTORITARIO	-Firme -Controlador -Sobreprotege -Exigente	-Poco considerado. -No pide opinión -No considera otros intereses. -No explica reglas, y no ofrece alternativas	-Castigo físico. -Privación de gratificaciones materiales. -Amenazas. -Rechazo afectivo -Culpas. -Premios, promesas.	-Dominante. -Hostil -Oposicionista -Poca iniciativa. -Poco creativo. -Interés por el logro
PERMISIVO	-No controlador. -No exige -No pone reglas ni metas.	-Aceptador. -No orienta. -Deja hacer al niño lo que desea.	-Minimizar la falta. -Ignorar la falta. -Aceptar la falta sin sanción.	-Hostil -Oposicionista. -Dominante. -Poco interés por el logro. -Con iniciativa.
PROTECTOR	-Firme. -Explica y exige reglas. -Respeto mutuo. Responsabilidad mutua.	-Considerado. -Respeta intereses. -Pide opinión. -Da alternativas.	-Explicación: razonar con el niño, explicar lo que se espera. -Diálogo: analizar distintos puntos de vista y consecuencias de la conducta. Consecuencias positivas.	-Amistoso -Cooperador. -Activo, no dominante. - Con iniciativa. -Orientado a rendir. -Creativo. -Adaptado. -Espontáneo.

emocional. Los estilos autoritarios que ejercen excesivo control o los permisivos, que ejercen escaso control de la conducta, son los que tienen más efectos negativos en el desarrollo del niño tanto en los aspectos cognitivos como afectivos.

En el cuadro 3 se presenta una síntesis de los estilos de socialización de los padres.

III EL SIMBOLISMO Y LA DIFERENCIACION DEL YO: LA REVOLUCION COGNITIVA DE LA PRIMERA INFANCIA.

La progresiva construcción del yo como una

actividad subjetiva o interior, lleva a la diferenciación con el mundo externo, lo que permite la objetivación de la realidad. Este hecho central en el desarrollo se debe a los progresos de las funciones cognitivas, con la aparición de las primeras representaciones mentales, imágenes mentales que permanecen en la memoria y que pueden ser evocadas cuando se desee.

Sólo hacia el final del primer año el niño tiene esta imagen interna o representación de los objetos, lo que permite la construcción de objetos fijos y permanentes. Sin estos esquemas mentales internos, para los bebés los objetos desaparecen si no están presentes

en su campo perceptual. Según Piaget «Hasta el final del primer año, el bebé no busca los objetos cuando acaban de salir de su campo de percepción, y éste es el criterio que permite reconocer un principio de exteriorización del mundo material» (1973a, pág. 26). Esto resalta la importancia de los vínculos afectivos estables y consistentes con los padres, durante este periodo, y lo devastador que resulta para el desarrollo las separaciones tempranas.

Con la representación se inicia el desarrollo de la función simbólica entre los 12 y 18 meses, la cual es la capacidad de sustituir un objeto por un signo o símbolo, dando lugar a la aparición del lenguaje, como el vehículo esencial del pensamiento.

El pensamiento es al inicio de la primera infancia egocéntrico puro, sólo incorpora o asimila la realidad percibida a su yo, sin realizar una adaptación o acomodación a la realidad. Un ejemplo típico de este tipo de pensamiento es el juego simbólico o juego de imaginación, como el juego de muñecas por ejemplo, en que el niño crea la realidad según sus necesidades y deseos, y así un simple trapo puede ser una muñeca hermosa.

Más avanzada la segunda infancia se desarrolla el pensamiento intuitivo, por el cual se establecen relaciones entre objetos o hechos en base a elementos perceptuales que se destacan y no a reglas lógicas. Esto permite al niño establecer semejanzas y diferencias entre objetos y clasificarlos en base a criterios concretos.

El pensamiento está aún dirigido por las necesidades, intereses y sentimientos del niño, por lo cual la visión de la realidad es subjetiva. Así, las cosas aparecen como más grandes o más importantes, no como son en la realidad, sino que de acuerdo a la importancia afectiva que tenga para el niño, lo que se refleja muy bien en los dibujos de los niños en la primera infancia, en los cuales las proporciones dependen de sus afectos; de ahí la significación de los dibujos de la familia, en los que las personas más valoradas y queridas aparecen como más grandes.

No hay aún diferenciación de la fantasía de la realidad, por lo que el pensamiento es «mágico», todo es posible; por lo que cree en hadas, duendes y brujas, y se dan explicaciones mágicas a los fenómenos naturales como la lluvia y las olas, las cuales son empujadas por alguien que sopla, por ejemplo.

Con este logro fundamental de la elaboración de un universo exterior, y la objetivación de los sentimientos y su proyección a otras actividades que no sean sólo las del yo, se afirma la conciencia del yo como un polo interior de la realidad opuesto a ese otro polo externo y objetivo, dejando de lado el egocentrismo inconsciente e integral de los primeros meses. Sin embargo aún no logra salir de su propio punto de vista para coordinarlo con los demás, y sigue inconscientemente centrado en sí mismo. El proceso de diferenciación y construcción del yo, y el fortalecimiento de la voluntad, se produce alrededor de los 2 1/2 años una oposición a los adultos, resistiéndose el niño en forma activa o pasiva a las demandas y normas sociales, con lo que surgen las típicas conductas de rebeldía, tales como pataletas, rabietas o hacerse el que no escuchó la orden para no acatarla.

Los sentimientos y emociones se van diferenciando, y surgen sentimientos interindividuales (afectos, simpatías, antipatías), y los sentimientos morales intuitivos que surgen de las relaciones entre adultos y niños.

Aún cuando predominan en los inicios de esta etapa los sentimientos de afirmación del yo, como el afán de posesión, poder y prestigio, es importante destacar el surgimiento de estos sentimientos de consideración y respeto por los otros, que dan lugar a actos de ayuda y compañerismo.

Se desarrollan así los inicios de la empatía, que implica compartir sentimientos experimentados por otros, dando lugar a conductas altruistas. Hoffman (1978, cit. por Wenar, 1994) describe diferentes etapas en el desarrollo de la empatía:

1.- En la infancia temprana (lactancia), se da una forma rudimentaria de empatía, en la

que el niño atiende y es estimulado por los comportamientos de otros en el ambiente, produciéndose un contagio, en el que las claves de dolor o displacer de otra persona se asocian a las propias experiencias pasadas de dolor, pudiendo confundir su desagrado y dolor con los de otros.

punto relacionado con la segunda infancia.

La expresión de emociones y sentimientos es poco controlada, así como toda la conducta del niño, el que va a ir aprendiendo a expresar sus emociones y a comportarse en forma más adecuada socialmente, de acuerdo a sus relaciones interpersonales y sentimientos de amor y respeto que desarrolle en relación a las personas.

Según Piaget (1965), el respeto es el origen de los primeros sentimientos morales, por lo que basta que las personas que el niño quiere y respeta, le den órdenes, para que estas se conviertan en obligatorias, y engendren por tanto el sentimiento de deber. Surge así la primera moral del niño, como la moral de la obediencia, siendo la voluntad de los padres el primer criterio del bien para el niño.

Piaget define la moralidad como un sistema de reglas, estando la esencia de la moralidad en el respeto que los individuos adquieren por las reglas, lo cual es básico para la adaptación del niño a su medio familiar y social, ya que permite el desarrollo del autocontrol de la conducta, el que se inicia en la primera infancia con el control de las funciones corporales.

El control de la conducta es posible por tanto a través del desarrollo de los sentimientos de respeto, los cuales deben ser extensivos a un sentimiento de respeto o valoración del sí mismo. Los éxitos y fracasos de la actividad propia, van inscribiéndose según Piaget, en una escala permanente de valores, la cual influye en las acciones futuras. El niño va formando poco a poco un juicio sobre sí mismo, que puede tener grandes repercusiones en sus propio desarrollo, ya que se constituye en un filtro por el cual se percibe la realidad.

Señalaré a manera de ejemplo, el desarrollo de la iniciativa, que es la conducta de exploración del ambiente, clave en el segundo año de vida. La iniciativa es destacada por Wenar (1994), como una de las variables centrales del desarrollo y necesaria de considerar en el origen de la psicopatología.

2.- Después del primer año, al percibir a las otras personas como diferentes, puede captar que el displacer o placer es de otra persona. Su interés por su propio bienestar, cede al menos en parte por un interés por el otro, pudiendo aliviar al otro en su displacer. Su capacidad de separar sus propios sentimientos de los de otros es primitiva, y el niño actúa desde su propia perspectiva, y así puede por ejemplo, si ve triste a su madre, ofrecerle su osito favorito como consuelo.

3.- A los 2 1/2 años el niño al percibir bien su separación del otro, con la diferenciación del yo, es capaz de comprender el estado emocional del otro, y darle algo que podría ayudarlo, como por ejemplo, un abrazo a la madre triste.

4.- En la segunda infancia o edad escolar el niño comprende no solo que los otros tienen sentimientos propios, sino que dependen de diferentes experiencias y de situaciones generales, por lo que puede comprometerse en tareas de ayuda con grupos sociales. Este altruismo puede sin embargo ser frágil en momentos de estrés.

5.- Al final de la segunda infancia, el niño puede empatizar al nivel que las inferencias que hace de las reacciones emocionales de otros se relacionan con su experiencia, y no con la propia; surgiendo la genuina conducta altruista, que implica hacer sacrificios por otros, sin la expectativa inmediata de recompensa. Esto requiere del buen desarrollo de la toma de perspectiva social, por la cual la persona comprende el punto de vista del otro, pudiendo coordinar su propio punto de vista con el de otros. Este es un logro central para la socialización del niño, que se destacará más adelante en el

La iniciativa da al niño un sentido de poder, de hacer lo que se desea y negarse a las imposiciones de otros. Se inicia un conflicto (que dura toda la vida), entre la libertad de la voluntad de hacer lo que se desea y la conformidad a los requerimientos de la sociedad.

Al explorar la realidad se desarrolla el sentido del sí mismo como un agente, y si las exploraciones son exitosas y placenteras, se desarrolla un sentido de autoconfianza y orgullo sano. Esta confianza es autoaventurarse, denominada iniciativa, ha sido también denominada autonomía, competencia personal e independencia. La persona que logra éxito, va desarrollando un sentido de estar a cargo de sus conductas. Se desarrolla lo que se ha denominado un locus de control interno, en oposición al locus externo, en el cual la persona no se siente responsable de los eventos que se derivan de su conducta, atribuyendo las consecuencia de sus acciones a factores externos.

Esta percepción de la responsabilidad personal es importante en relación al enfrentamiento de las tareas escolares, relacionándose el buen rendimiento escolar con un locus de control interno. Una disminución de la iniciativa o la falta de ella puede llevar a psicopatología, por ejemplo un tipo especial de pérdida de la iniciativa, se denomina desesperanza aprendida, la cual puede estar en la base de la actitud derrotista del depresivo.

Las experiencias afectivas, las autovaloraciones y los valores morales intuitivos, se van organizando poco a poco en forma más integrada y objetiva en las etapas siguientes, al avanzar la objetivación de la realidad y la concepción del sí mismo.

IV. LA LOGICA Y LA DESCENTRACION DEL PENSAMIENTO: HACIA LA OBJETIVACION DE LA REALIDAD Y LA COOPERACION SOCIAL EN LA SEGUNDA INFANCIA.

Según Piaget, el niño comienza a los 6 ó 7 años, a liberarse de su egocentrismo social e intelectual, con la capacidad de la reflexión lógica, la cual constituye el sistema de

relaciones que permite la coordinación de puntos de vista entre sí.

El desarrollo de las operaciones lógicas, corrige las intuiciones perceptivas, por las cuales el niño se dejaba llevar por las ilusiones momentáneas, y permite la «descentración del egocentrismo, por así decir, para transformar las relaciones inmediatas en un sistema coherente de relaciones objetivas» (Piaget, 1973a, pág. 73).

Así, la visión de la realidad evoluciona desde una visión subjetiva, hacia una visión objetiva y realista del mundo. En el periodo anterior, la percepción es global, el niño percibe detalles o aspectos parciales que resaltan mucho y lo impresionan emocionalmente. La percepción ahora es analítica, con lo cual el niño puede captar los detalles separado del todo, lo que da más objetividad a la percepción. El niño ya no suple los elementos no percibidos con la fantasía, ni proyecta sus emociones y sentimientos al mundo exterior.

Los niños al desarrollar la capacidad de reflexión, ya no tienen la credulidad inmediata y el egocentrismo intelectual, con lo cual va descubriendo que hay reglas estables que gobiernan el mundo físico y comienzan a buscar explicaciones realistas a los fenómenos que observan. A partir de hechos particulares que observan, van sacando conclusiones generales, desarrollando así el pensamiento de tipo inductivo.

Se separa la realidad de la fantasía, las cuales eran confundidas en etapas anteriores. El niño en esta etapa capta como real, sólo lo concreto, lo percibido, no captando hasta la edad juvenil las realidades abstractas. El pensamiento es de tipo lógico concreto, por el cual el niño puede establecer relaciones entre objetos concretos o sus representaciones, en forma lógica, sin dejarse influir por sus sentimientos y emociones. El pensamiento está organizado en base a conceptos y reglas que son universales, generales. Antes los conceptos acerca de las cosas eran particulares, denominándose preconceptos, ya que estaban ligados a un objeto determinado, y no caracterizan a todos los elementos de esa clase. Ahora el niño es

capaz de captar lo esencial que es característico de una clase o grupo de objetos.

El niño puede comprender las clasificaciones, incluir clases, combinarlas y descomponerlas, y desarrolla los conceptos de tiempo, espacio, número, lo cual le permite organizar y objetivar la realidad.

Esta actitud realista y objetiva se refleja en:

- La superación de las creencias y mitos, por lo cual el niño deja de creer por ejemplo, en el viejo pascuero, ya que a través de la reflexión lógica, le parece poco probable que pueda repartir tantos juguetes en un día y que quepa por la chimenea, aún cuando le guste seguir participando de ello. El niño empieza a dudar de la realidad de los cuentos, aún cuando se sienta atraído por lo fantástico que hay en ellos. Los niños se van interesando más en las leyendas o historias que tengan cierto contenido real, o por lo menos posible.
- La elección de juguetes, prefiriendo juguetes lo más parecido posible a los objetos reales, tales como autos y muñecas a escala.
- En el dibujo, que de ser subjetivo, se transforma en realista, en el cual el niño refleja lo que observa en la realidad, por lo cual los dibujos tienen formas constantes, con mayor dominio de las proporciones y con relaciones espaciales.
- Actitud crítica frente a sí mismo y el mundo exterior, por lo cual el niño enjuicia la realidad, analizando críticamente a las demás personas y a sí mismo, en relación a los atributos externos, concretos. Así, el niño enjuicia los relatos, exigiendo siempre explicaciones realistas de las cosas, y comprende ya el significado de la mentira.

Empieza por tanto la elaboración de un concepto de sí mismo, basado en el enjuiciamiento de sus habilidades y aspecto físico, al observar a otros niños de su edad y compararse con ellos. Estas comparaciones cuando implican una desventaja en relación a sí mismo, puede llevar a sentimientos de inferioridad y baja de autoestima, la cual va

recuperándose en al medida que el niño descubra y desarrolle sus propias capacidades, en un ambiente de cooperación, que no estimule la competencia.

La capacidad de reflexión permite el desarrollo de las habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales, que son esenciales para la adaptación social.

Spivack, Platt y Shure (1976), describen un conjunto de habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales:

- Reconocimiento de problemas: Toma de conciencia de posibles problemas en las alteraciones en las interacciones humanas. Sensibilidad para captar las necesidades y motivaciones de las personas en la interacción social. Habilidad para tener conciencia de como uno se relaciona con otros y para examinar las propias acciones en relación a los derechos del otro.
- Pensamiento alternativo: Capacidad para generar soluciones alternativas a los problemas.
- Pensamiento orientado a metas: Captar los pasos necesarios para llevar a cabo la solución a un problema interpersonal. Implica reconocer obstáculos, anticipar, tener conciencia de como los otros pueden reaccionar y como uno debe reaccionar durante el proceso de resolución de problemas.
- Pensamiento de consecuencias: Considerar las consecuencias de las acciones personales en el ámbito social, en términos del impacto en uno mismo y en los demás.
- Toma de perspectiva: Consideración de las motivaciones personales y sociales en uno y en los otros, y comprender que las interacciones tienen una continuidad en hechos pasados que nos ayudan a comprender el significado del presente. Apreciar que lo que se siente y actúa está influido (y puede haber sido influenciado) por como otros sienten y actúan.

- **Causalidad:** Captar los antecedentes de una situación problema, con el fin de explicar la causa de una conducta en función de los eventos pasados que podrían haberla generado.

Siguiendo la tradición Piagetiana y de Kohlberg, Selman y Schultz (1988, citados por Wenar, 1994), postulan etapas de desarrollo cognitivo de estrategias de negociación interpersonal. Estas etapas son formas de pensar acerca de problemas de interacción social, las cuales se derivan de comportamientos específicos, y son análogas a las etapas de desarrollo moral de Kohlberg, las cuales se revisan más adelante. El desarrollo va desde etapas más bajas a niveles altos, en términos de aumentar la complejidad cognitiva y la comprensión y aprehensión de los problemas de interacción:

- **Etapas 0: Impulsiva.** Las estrategias son primitivas, por ejemplo basadas en peleas o huidas, y no muestran evidencia de toma de perspectiva. En la acción esta etapa se traducen conductas de agresividad física o evitación.
- **Etapas 1: Unilateral.** Las estrategias muestran una consideración de los puntos de vista del otro y un reconocimiento del conflicto que existe, pero las estrategias se basan en las necesidades y deseos del niño, o en simples acomodaciones al más poderoso o fuerte. En la acción, esta etapa se caracteriza por mandar asertivamente o la obediencia sumisa.
- **Etapas 2: Autorreflexivo y recíproco.** Las estrategias se basan en intercambios recíprocos, con una consideración del punto de vista del otro, sin embargo las negociaciones están orientadas a proteger los intereses del niño, como por ejemplo intercambio de favores. En la conducta esta etapa se manifiesta por acciones persuasivas y deferentes.
- **Etapas 3: Colaborativa.** El niño o adolescente puede considerar ahora la situación objetivamente, tomando en cuenta su propia perspectiva y las del otro, y reconocer que

las negociaciones son necesarias para la continuidad de la relación. Por ejemplo, deben conservar y llegar a un acuerdo, que considere las diferencias. En la acción esta etapa se caracteriza por la conducta cooperativa.

Es fundamental en esta etapa estimular el desarrollo de las habilidades de resolución de problemas, de modo que el niño logre la etapa colaborativa, lo cual implica el desarrollo del autocontrol esencial para el proceso de socialización.

Es necesario enseñar al niño a utilizar sistemáticamente los métodos de resolución de problemas. A continuación se muestran las etapas de reflexión que siguen estos métodos, en una organización desarrollada en programas preventivos por Sepúlveda, Valderrama, Donoso (1994), las cuales pueden ser implementadas en la vida diaria del niño por padres y educadores:

ETAPA I: Conocimiento y comprensión:

- **Percepción:** análisis de los distintos aspectos de la situación, observar desde distintos puntos de vista; saber lo más posible acerca de un problema; describir, comparar.
- **Delimitación del problema:** identificación del contexto temporal, social, histórico.
- **Dar significación lógica,** especificando causas, antecedentes, valores, principios, motivaciones, intencionalidad, creencias, explicaciones e interpretaciones.

ETAPA II: Búsqueda de alternativas y análisis de consecuencias.

- **Generar alternativas de solución:** dar la mayor cantidad de ideas, aceptar todas las ideas posibles.
- **Evaluar las consecuencias de las alternativas de solución planteadas,** considerando las necesidades e intereses propios y de las otras personas involucradas en la situación,

determinando:

- La satisfacción a nivel cognitivo (es una buena solución desde el punto de vista lógico, es racional, factible, realista).
- La satisfacción a nivel afectivo (satisface la solución, las necesidades, motivaciones, intereses, afectos y valores propios y de los otros).

ETAPA III: Planificación (plan de acción):

- Elaborar un plan de acción considerando la alternativa de solución elegida, para lo cual es necesario determinar:
 - Los objetivos y las metas a lograr,
 - Analizar los medios necesarios y los pasos que hay que dar para llevar a cabo el plan,
 - Seleccionar los métodos, y
 - Desarrollar el autocontrol, el cual se logra al considerar las metas y necesidades propias y de los otros. Las decisiones han sido producto de un proceso reflexivo, lo que lleva a la comprensión y aceptación de las alternativas no elegidas, y a la implementación de las acciones elegidas al enfrentar la situación problema en el contexto personal.

El desarrollo del concepto personal, juega un papel importante en el logro del autocontrol, pudiendo postergar las gratificaciones inmediatas y encontrar gratificaciones sustitutivas o medios alternativos para alcanzar una meta, en la medida que el niño construye una imagen de sí mismo en concordancia con los patrones sociales.

El autocontrol es esencial para la socialización en esta etapa. Se desarrolla la honestidad, veracidad, respeto de los derechos y propiedad de otros, obediencia a la autoridad, primero de los padres, luego de los profesores y finalmente de la ley.

Los juegos de reglas del niño escolar son un buen ejemplo de este proceso de cooperación social. Los niños desarrollan juegos organizados, en los cuales se conocen los fines y reglas de antemano. A veces el juego es menos

importante que la regla misma, la cual debe cumplirse de todas formas. El niño comprende que en la sociedad hay reglas fijas que deben acatarse para lograr la aceptación social, lo cual también le da seguridad personal, ya que al cumplir lo establecido por el grupo, afianza su imagen personal.

Los roles y la identificación sexual son también en parte afianzados a esta edad, a través del juego y del grupo, que impone a los niños la adopción de las características del rol femenino o masculino esperado socialmente.

Cognitivamente el juicio moral progresa desde la preocupación por refuerzos inmediatos y castigos, a actos en relación al respecto por las normas compartidas, derechos y deberes, mientras que el ideal del yo cambia desde imágenes subjetivas hacia imágenes realistas orientadas socialmente. Los afectos que están involucrados en el conciencia y el ideal del yo, son la autosatisfacción y la autoestima por un lado, y por otro, la culpa, el remordimiento y la inferioridad.

El autocontrol afectivo es parte del proceso de socialización, ya que el respeto por el mundo social implica el control de las expresiones afectivas. el niño aprende a controlar la emoción considerando el contexto, y regula la duración y la intensidad de la expresión. Las pataletas o romper cosas, como expresión de rabia, son rechazadas socialmente por el grupo, y el niño debe aprender formas de expresión emocional más aceptables socialmente.

En investigaciones realizadas en nuestro medio se ha observado la dificultad de expresión emocional de adolescentes, especialmente de las emociones de rabia, tristeza y miedo, dando lugar a expresiones de tipo agresivo, y sin respeto del contexto social, con las consiguientes dificultades en el ajuste social (Almonte C.; Sepúlveda G.; Avendaño P.; Valenzuela, C., 1985, 1990).

Este control emocional implica tanto el desarrollo de la empatía, como el respeto del otro y por la imagen personal, y requiere especialmente el desarrollo de la toma de

perspectiva social.

Selman (1976), en Kohlberg, 1992), describe cuatro etapas o niveles de toma de perspectiva, a través de las cuales se va logrando una mayor coordinación de los diferentes puntos de vista, lo cual permite las relaciones de cooperación y la comunicación efectiva con otros:

- Nivel 0: Toma de perspectivas egocéntrica (3 - 6 años): El niño confunde su propia perspectiva con la de otros. No hay comprensión de que la otra persona puede tener pensamientos diferentes, que son independientes del niño.
- Nivel 1: Toma de perspectivas subjetiva (6 - 8 años): El niño comprende que otras personas pueden tener pensamientos diferentes, pero el siente que su postura es la más adecuada, y tiene la razón. Puede tomar el punto de vista del otro, pero la perspectiva propia prima en un determinado conflicto.
- Nivel 2: Toma de perspectiva autorreflexiva (8-10 años): El niño comprende lo que el piensa y el pensamiento del otro, pero aún no logra coordinarlo. Hay dos perspectivas, las que son sucesivas. Es una perspectiva individualista concreta.
- Nivel 3: Toma de perspectiva mutua (10-11 años): El niño puede coordinar simultáneamente dos perspectivas, y así encontrar una solución que contenga las ideas de ambas partes.
- Nivel 4: Toma de perspectiva social simbólica (12-15 años): Los niños logran coordinar no sólo sus puntos de vista, sino que incorporan en la toma de decisiones normas y valores morales.

Piaget (1973a) destaca que la profunda transformación que sufre la afectividad en la segunda infancia, se debe a que a través de la cooperación los niños coordinan sus puntos de vista en un marco de reciprocidad, que permite la aparición de nuevos sentimientos morales, los que desembocan en una mejor integración del yo, y en una regulación más eficaz de la

vida afectiva. El respeto mutuo que se logra al final de la etapa lleva al respeto de las reglas dadas por el grupo, y al surgimiento del sentimiento de justicia, que cambia las relaciones interpersonales entre niños y padres.

Los niños escolares incorporan la idea de una justicia distributiva, basada en la igualdad estricta, y la de una justicia retributiva que considere las intenciones y las circunstancias de cada persona, más que las acciones mismas. Así, el niño no acepta las restricciones planteadas por los familiares o profesores que no consideren los distintos puntos de vista en un contexto de igualdad y reciprocidad.

Según Piaget «*La organización de los valores morales que caracteriza a la segunda infancia es, en cambio, comparable a la lógica misma. es una lógica de los valores o de las acciones entre individuos, igual que lógica es una especie de moral del pensamiento*» (1973a, pág. 89).

A medida que se organizan los valores en estructuras más complejas, se logra el equilibrio en la voluntad, la cual es para Piaget, el equivalente afectivo de las operaciones de la razón. La voluntad permitiría a la persona la elección de la conducta adecuada al deber social, por respeto al grupo y al sí mismo, sólo en la medida que se logre la integración y el equilibrio en la formación de una identidad personal congruente y autónoma, la cual se organiza en la edad juvenil.

V IDENTIDAD PERSONAL E INTEGRACION SOCIAL: HACIA EL DESARROLLO DE LA AUTONOMIA PERSONAL.

La apertura al mundo de los valores y la organización de un sistema de creencias y valores personales, se posibilita en esta etapa con el desarrollo de la reflexión libre y desligada de lo real.

Entre los once y los doce años, se produce una transformación fundamental en el pensamiento del niño, que marca el final con respecto a las operaciones construidas durante la segunda infancia: el paso del pensamiento concreto al pensamiento formal o hipotético-deductivo.

El joven es capaz ahora de un pensamiento deductivo, es decir de construir hipótesis, reglas generales que luego aplica a la realidad, sin tomar en cuenta el objeto en particular. Se supera el mundo de lo real, para alcanzar el de lo posible.

Esto posibilita una nueva actitud hacia la realidad, con una visión idealista del mundo, en el sentido que va más allá de los valores de utilidad, trasciende el mundo de lo concreto y se orienta hacia el mundo de las ideas, de los valores. La imagen del mundo se amplía, abarcando no sólo lo externo, lo inmediato, sino que también la realidad psíquica interna.

Esto implica una actitud crítica en relación a las personas y a sí mismo en términos de necesidades, motivaciones, sentimientos, creencias y principios. El joven analiza su rol en la vida, sus planes y metas personales, de acuerdo a una proyección en el tiempo, a la necesidad de dar sentido a su vida, esforzándose por construir un sentido de identidad congruente y autónomo. La identidad como la estructura del sí mismo construida por la personal internamente, se caracteriza por la organización dinámica de los impulsos, de las habilidades personales, creencias e historia personal.

Esto implica integrar los roles de pertenencia familiar y social, con una perspectiva histórica, a la vez que realizar una búsqueda activa en el presente para ampliar su campo de experiencias, es buscar lo nuevo, la creatividad y las diversidad a través de la acción, para definir y descubrir sus motivos, normas, valores y principios, los que le darán el sentido de consistencia en el tiempo, la unidad del yo.

Es necesaria la vinculación estrecha con diferentes personas y actividades, descubriendo intereses nuevos, a la vez que separándose de otros. En este proceso el joven es consciente de la necesidad de considerar su perspectiva histórica y de ir al encuentro de una identidad que dándose en el presente, integre el pasado y el futuro anticipado.

Este es un proceso complejo y difícil de lograr

en la edad juvenil, ya que las sociedades contemporáneas no facilitan la incorporación afectiva del joven a la actividad social, económica y política. Sin el necesario reconocimiento de la sociedad de las necesidades de la juventud de expresarse e incorporarse al mundo social, se los obliga a mantenerse en un estado de dependencia, que condiciona su despliegue afectivo y social, ahondando la crisis juvenil y el conflicto social.

Las metas del desarrollo de lograr la autonomía y la integración social, se plantean desde las primeras etapas del desarrollo. Erikson en su obra «Infancia y sociedad» plantea la necesidad del desarrollo temprano en la infancia de «*la experiencia gradual y bien guiada de la autonomía de la libre elección*» (1993, pág. 226).

Esto implica el logro de la autonomía moral como una de las metas centrales del desarrollo de la identidad personal, que da trascendencia y estabilidad al sí mismo.

El logro de la autonomía moral supone una mayor coherencia y organización en la toma de decisiones en situaciones de conflicto moral. La autonomía es un principio central en la toma de decisiones, en el sentido del respeto a la dignidad de cada persona como agente moral autónomo, y a través del cual o por el cual la persona proyecta a su propio sentido de identidad.

Kohlberg, basado en la psicología del desarrollo moral de Piaget, plantea la autonomía moral como una etapa superior del desarrollo, que se da cuando la persona logra una consistencia interna en la evaluación moral, no basada en creencias factuales, sino que en principios éticos fundamentales, los que son culturalmente universales, ocurren en un orden invariante de desarrollo y son interpretaciones de categorías que son universales: «*Yo argumento que estos principios pueden ser sostenidos lógicamente y consistentemente por todas las personas en todas las sociedades; y de hecho serían universales a toda la humanidad en las condiciones para el desarrollo sociomoral fueran óptimas para todos los individuos en todas las*

culturas» (Kohlberg, 1981, Pág. 128).

A continuación, se presentan los niveles y estadios de desarrollo del juicio moral, de acuerdo a las bases del juicio moral (Kohlberg, 1992, pág. 80), lo que está bien, las razones para actuar correctamente, y la perspectiva social del estadio (Kohlberg, 1992, pág. 188 - 189), y los motivos para una acción moral (Kohlberg, págs. 88, 89):

- **Nivel 1: Preconvencional:** Se da principalmente en niños de cuatro a diez años. El valor moral reside en acontecimientos externos cuasifísicos, en los malos actos o en necesidades cuasifísicas más que en las personas y normas.

Estadio 1: Moralidad heterónoma. Estadio de castigo y obediencia. Se hace referencia egocéntrica al poder o prestigio superiores, o hay una tendencia a evitar problemas.

Está bien evitar romper las normas sólo por el castigo, obedecer por obedecer y evitar causar daño físico a personas o a la propiedad.

Las razones para actuar correctamente son evitar el castigo, y el poder superior de las autoridades.

Los motivos para realizar una acción moral son la evitación del castigo y la conciencia es un miedo irracional al castigo.

La perspectiva social es egocéntrica; no considera los intereses de otros ni reconoce que sean diferentes de los propios; no relaciona dos puntos de vista. Confunde la perspectiva de la autoridad con la suya propia.

Estadio 2: Individualismo. Estadio de los propósitos instrumentales ingenuos y el intercambio. Es una orientación ingenuamente egoísta. La acción correcta es la que satisface las necesidades de uno y ocasionalmente las de otros. Hay conciencia del relativo valor de la perspectiva y necesidades de cada actor, y se orienta al intercambio y la reciprocidad.

Está bien seguir las normas sólo cuando es en inmediato interés de alguien; actuar para conseguir los propios intereses y dejar que los demás hagan lo mismo. Es correcto lo que es justo, lo que es un intercambio, un acuerdo, un trato.

Se actúa correctamente por servir las necesidades a intereses propios en un mundo en el que hay que reconocer que otra gente también tiene sus intereses.

La acción está motivada por el deseo del premio o beneficio, y se ignoran las posibles reacciones de culpa y el castigo se ve de una forma pragmática. Diferencia entre el miedo, placer o pena y las consecuencias del castigo.

La perspectiva social es individualista concreta; tiene conciencia de que todo el mundo tienen sus intereses a perseguir, esto lleva a un conflicto, de forma que lo correcto es relativo.

- **Nivel 2: Convencional:** El valor moral reside en interpretar roles buenos o correctos, en mantener el orden y las expectativas de los demás.

Estadio 3: Estadio de las expectativas interpersonales mutuas, de las relaciones y la conformidad. Orientación del buen chico, que se orienta a agradar a los demás y aprobar a los demás, así como a ayudar. Hay conformidad con imágenes estereotipadas de la mayoría y juicio en relación a las intenciones.

Está bien vivir en la forma que la gente de alrededor espera de uno o lo que la gente en general espera de su papel de hijo, hermano, amigo. Ser bueno es importante y significa que se tienen buenas intenciones, preocupándose por los demás. Significa también mantener mutuas relaciones de gratitud, lealtad y confianza.

Se actúa correctamente por la necesidad de ser una buena persona ante uno mismo y los demás. Cuidar de otros. Creencia en la regla de oro, deseo de mantener las normas y la

autoridad que mantengan los estereotipos de buena conducta.

La acción está motivada por anticipación de la desaprobación de otros, real o hipotética-imaginaria (como por ejemplo culpa). Diferencia entre la desaprobación y el castigo, miedo o dolor.

La perspectiva social es del individuo en relación con otros individuos; ya que hay conciencia de sentimientos compartidos que tienen preferencia sobre los intereses individuales. Se relacionan puntos de vista a través de la regla de oro concreta, poniéndose en el lugar de otra persona. No se considera todavía la perspectiva del sistema generalizado.

Estadio 4: Estadio del sistema social y la conciencia. Orientación de mantenimiento de la autoridad y el orden social. Se orienta a cumplir el deber y a mostrar respeto por la autoridad y mantener el orden social dado, por sí mismo.

Está bien cumplir las obligaciones acordadas. Se deben de mantener las leyes en casos extremos en donde entran en conflicto con otros deberes sociales establecidos. Está igualmente bien contribuir a la sociedad, al grupo o a la institución.

Se actúa correctamente por mantener la institución en funcionamiento como un todo, evitar el colapso del sistema «si todo el mundo lo hiciera», o el imperativo de conciencia para llevar a cabo las obligaciones marcadas por uno mismo.

La acción está motivada por anticipación de deshonor y por culpa del daño concreto hecho a otros. Se diferencia el deshonor formal de la desaprobación informal, y diferencia la culpa por malas consecuencias de la desaprobación.

La perspectiva social hace distinción entre el punto de vista de la sociedad y los motivos o acuerdos interpersonales. Toma el punto de vista del sistema que define las normas y

roles. Considera las relaciones individuales según el lugar que ocupan en el sistema.

- **Nivel 3:** Post-convencional y de principios: El valor moral reside en la conformidad del yo con normas, derechos o deberes compartidos o compartibles.

Estadio 5: Estadio de los derechos básicos y del contrato social o utilidad. Orientación legalista contractual. Se debe reconocer un elemento arbitrario o punto de partida de reglas o expectativas para llegar a un acuerdo. El deber se define en términos de contrato, evitando la violación de los derechos de otros y según la voluntad y bienestar de la mayoría.

El bien es ser consciente de que la gente mantiene una variedad de valores y opiniones, que la mayoría de los valores y normas son relativos al grupo. Estas normas deberían, sin embargo, mantenerse en interés de la imparcialidad y porque son el acuerdo social. Algunos valores y derechos no relativos como la vida y la libertad, deben también mantenerse en cualquier sociedad e independientemente de la opinión de la mayoría.

Las razones para actuar correctamente son un sentido de la obligación hacia la ley por el contrato social que uno tiene que hacer y ser fiel a las leyes para el bienestar de todos y la protección de los derechos de todos. Un sentimiento de compromiso, libremente aceptado hacia los amigos, la familia y obligaciones de trabajo. Interés porque las leyes y obligaciones se basan en un cálculo racional de utilidad total, «lo mejor posible para el mayor número de gente».

La acción está motivada por mantener el respeto de iguales y la comunidad. El respeto se basa en la razón más que en las emociones. Hay preocupación por mantener el respeto de uno mismo, como por ejemplo, evitar juzgarse como inconsistente, o irracional. Se diferencia entre culpa insitucionalizada y falta de respeto a la comunidad o a sí mismo.

La perspectiva social es anterior a la sociedad. Es la perspectiva de una conciencia individual racional de los valores y derechos anteriores a los contratos y compromisos sociales. Integra perspectivas por mecanismos formales de acuerdo, contrato, imparcialidad objetiva y debido proceso. Se consideran los puntos de vista moral y legal, los que a veces se reconocen en conflicto, y le es difícil integrarlos.

Estadio 6: Estadio de los principios éticos universales. Orientación de conciencia o de principio. Se orienta no sólo hacia reglas sociales ordenadas, sino a principios de elección que requieren la llamada a una consistencia y universalidad lógica. La conciencia es un agente dirigente y se orienta hacia un mutuo respeto y confianza.

Está bien seguir principios éticos auto-escogidos. Las leyes particulares o los acuerdos sociales son normalmente válidos porque se basan en tales principios. Cuando las leyes violan estos principios, se actúa de acuerdo con el principio. Los principios son principios universales de la justicia: la igualdad de los derechos humanos y el respeto a la dignidad de los seres humanos como personas individuales.

Las razones para actuar bien son la creencia como persona racional en la validez de principios morales universales, y un sentido de compromiso social hacia ellos.

La acción está motivada por la auto-condena por violar los principios de uno mismo. Se diferencia entre respeto a la comunidad y autorespeto, y entre el propio respeto por alcanzar la racionalidad y propio respeto por mantener los principios morales.

La perspectiva social es de un punto de vista moral, del cual derivan los acuerdos sociales. La perspectiva es la de cualquier individuo racional que reconoce la naturaleza de la moralidad o el hecho que las personas son fines en sí mismas y deben ser tratadas como tales.

Las diversas investigaciones en relación al desarrollo del juicio moral, han mostrado que el nivel de desarrollo moral autónomo es alcanzado por la minoría de los jóvenes y adultos en nuestro medio, y generalmente después de los 20 años.

La mayoría de los jóvenes y adultos se guían por una moral convencional, en la cual el yo toma el punto de vista de la sociedad, con lo que se asegura la continuidad del funcionamiento social global.

Sin embargo, un número considerable de jóvenes y adultos no logran el nivel anterior, permaneciendo en niveles de desarrollo moral preconventional, manteniendo perspectivas egocéntricas, lo que caracteriza a las posiciones existenciales individualistas y pragmáticas, orientadas sólo a la búsqueda del placer inmediato; lo que lleva a la configuración de identidades personales difusas o negativas, que pueden llevar a radicalizaciones violentas en posiciones extremas de la realidad, abandonando sus espacios de inserción social.

En la confusión de identidad, se produce una crisis en la cual el joven no es capaz de integrar sus perspectiva histórica, con la actual y futura, aferrándose a satisfacer las mismas necesidades e intereses infantiles. Se producen pseudoidentidades o identidades parciales, que no llevan a un sentido de identidad permanente y caen en contradicciones consigo mismo, su grupo y los demás grupos, siéndoles difícil encontrar un lugar en la sociedad.

En la identidad negativa se elabora un sentimiento de falta de identidad aceptable, que se expresa a través de una hostilidad hacia los roles que se encuentran adecuados o deseables en la propia familia o en la comunidad, en cualquier aspecto del rol exigido, sea la masculinidad o la femineidad, la nacionalidad o la pertenencia de clase. El joven se identifica con roles negativos, tales como el de drogadicto, o delincuente, homosexual, u otro, subyaciendo la convicción de que nunca tendrá la posibilidad de completar un proyecto de vida valioso.

Estas identidades negativas serían según Erikson, el resultado de la no facilitación desde el ambiente de las vías para la adquisición de una autoimagen positiva y de la falta de posibilidades para acciones creativas y constructivas. El joven se apoya en grupos o pandillas, en las que deposita sus aspiraciones de reconocimiento y crea así sustitutos de afecto y autoridad, que le dan seguridad y autoafirmación.

Sólo el logro de un proceso de identidad integrado permite la integración social, pudiendo así el joven resolver los conflictos que se le plantean, subordinando sus impulsos y sus deseos de gratificación inmediata a normas y valores morales.

Esto es especialmente importante en esta etapa de gran inestabilidad afectiva y sobre valoración del yo, lo cual hace al joven involucrarse en situaciones peligrosas para su integridad personal, como carreras en autos, uso de alcohol y drogas, relaciones sexuales promiscuas, en un afán por experimentar emociones intensas, y un sentido de independencia.

En el proceso del logro de identidad pueden darse crisis juveniles, tales como:

- Crisis de originalidad juvenil, caracterizadas por oposición y afirmación del sí mismo; en las cuales los jóvenes rechazan ser como los otros y quieren ser únicos;
- Crisis por inhibición o fracaso, las que se dan por dificultades para expresarse o relacionarse con el otro sexo, dificultades escolares o profesionales, o fracasos sentimentales, los cuales pueden llevar a sentimientos ansiosos y depresivos; y
- Crisis por disarmonías en la evolución puberal, en las cuales hay una disarmonía entre el desarrollo físico y el desarrollo psicológico, provocadas por retraso o precocidad en el desarrollo somatoendocrino, lo cual lleva a conflictos internos en el joven.

Todas estas crisis son formas de tránsito, que

tienen un pronóstico favorable, si evolucionan hacia un desarrollo de identidad positivo, y pueden llevar a patología si hay confusión de identidad o identidades negativas.

En la etapa final de la adolescencia el joven debe buscar las vías para su inserción social, adquiriendo los deberes y derechos sexuales, económicos y legales del adulto. En nuestra sociedad se dificulta el ajuste social de los jóvenes, los cuales ven restringidas sus opciones de inserción social, que satisfagan sus necesidades de integración a nivel comunitario que les permitan autonomía en los aspectos económicos.

Los grupos sociales en los que el joven se mueva, desempeñan en su proceso de integración social el importante papel de reconocer, identificar y confirmar; por lo cual Erikson recuerda con fuerza la responsabilidad de los educadores, jueces y médicos, a quienes considera representantes significativos de este acto estratégico de reconocimiento; dando la posibilidad de reforzar las identidades negativas o de facilitar el cambio en el proceso de elaboración de la identidad y facilitar la inserción social.

Según Piaget el adolescente se prepara a insertarse en la sociedad de los adultos, por medio de proyectos, de programas de vida, de sistemas a menudo teóricos, de planes de reformas política o sociales, requiriendo la integración a grupos de pares organizados en torno a metas y valores comunes. La integración a la sociedad se produce cuando el adolescente pasa a la acción, a la realización de su proyecto de vida en la realidad a través del trabajo y la obra creativa, lo que le permite sentirse parte y responsable del mundo en el cual se está insertando

BIBLIOGRAFIA

1. Allport, Gordon. «La personalidad. Su configuración y desarrollo». Editorial Herder, España, 1968.
2. Almonte, Carlos; Sepúlveda, Gabriela; Avendaño, Alfredo; Valenzuela, Carlos. «Desarrollo psicosocial de adolescentes de

- 12 a 15 años». *Revista Chilena de Pediatría*, 56 (4), 1985.
3. Almonte, Carlos; Sepúlveda, Gabriela; Valenzuela, Carlos; Avendaño, Alfredo. «Desarrollo psicosocial de adolescentes de 16 a 19 años». *Revista Chilena de Psiquiatría*, 1990, VII N° 2.
 4. Almonte, Carlos; Sepúlveda, Gabriela; Valenzuela, Carlos; Avendaño, Alfredo. «Desarrollo moral en adolescentes de 16 a 19 años. Perspectivas psicosocial». En «La televisión, el niño y el adolescente». Editores Devilat, M.; Keith, X. Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. Santiago, Chile, 1994.
 5. Bowlby, John. «El vínculo afectivo». Ed. Paidós, Barcelona, 1993.
 6. Bowlby, John. «La separación afectiva». Ed. Paidós, Barcelona, 1993.
 7. Bruner, Jerome. «Acción, pensamiento y lenguaje». Alianza Editorial, Madrid, 1994.
 8. Bruner, Jerome. «Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva». Alianza Editorial, Madrid, 1991.
 9. Budatko, Danuta; Daehler, Marvin. «Child development». Houghton Mifflin Co., USA, Segunda edición, 1995.
 10. Erikson, Erik. «Infancia y sociedad». Ediciones Hormé, SA. Buenos Aires, 12a, 1993.
 11. Gardner, Howard. «Developmental psychology». Little, Brown & Co., Boston USA, 1992.
 12. Guidano, Vittorio; Liotti, G. «Cognitive processes and emotional disorders». The Guilford Press, New York, 1983
 13. Guidano, Vittorio. «Complexity of the self». The Guilford Press, USA, 1987.
 14. Guidano, Vittorio. «The self in process». The Guilford Press, New York, 1991.
 15. Hamacheck, Don. «Encuentros con el yo». Nueva editorial interamericana, México, 1981.
 16. Hoffman, Lois; Paris, Scott; Hall, Elizabeth. «Psicología del desarrollo hoy». Volumen I y II. Editorial McGraw-Hill, España, Sexta edición, 1995.
 17. Lavinowicz, Ed. «Introducción a Piaget. Pensamiento, aprendizaje, enseñanza». Fondo educativo interamericano, México, 1982.
 18. Mazet, Ph.; Houzel, D. «Psiquiatría del niño y del adolescente». Editorial Médica y Técnica, SA., Barcelona, 1981.
 19. Mussen, Paul; Conger, John; Kagan, Jerome. «Desarrollo de la personalidad en el niño». Editorial Trillas, México, 1974.
 20. Papalia, D; Wendkos, S. «Desarrollo humano». Editorial McGraw Hill Inc., México, 1985.
 21. Patterson, C.H. «Bases para una teoría de la enseñanza y psicología de la educación». Editorial El Manual Moderno, México, 1973 a.
 22. Piaget, Jean. «Seis estudios de psicología». Editorial Seix Barral, SA, Barcelona, 1973 a.
 23. Piaget, Jean. «Psicología y Pedagogía». Editorial Ariel, España, 1973 c.
 24. Piaget, Jean. «The moral judgement of the child». Free Press, Macmillan Publishing Co., Inc, New York, USA, 1965.
 25. Piaget, Jean. «La formación del símbolo en el niño». Fondo de Cultura Económica, México, 1966.
 26. Piaget, Jean. «Estudios sociológicos». Editorial Ariel, España, 1977.
 27. Piaget, Jean; Inhelder, Bärbel. «Psicología del niño». Ediciones Morata, Madrid, 1975.
 28. Kohlberg, Lawrence. «The philosophy of moral development». Harper and Row Publishers, San Francisco, USA, 1981.
 29. Kohlberg, Lawrence. «Psicología del desarrollo moral». Desclee de Brower, Bilbao, España, 1992.
 30. Kohlberg, Lawrence. «Child psychology and childhood education». Longman Inc., New York, USA, 1987
 31. Lautrey, Jacques. «Clase social, medio familiar e inteligencia» De. Visor, Madrid, 1985.
 32. Remplein, Heinz. «Tratado de psicología evolutiva». Editorial Labor, España, 1974.
 33. Rutter, Michael. «Developmental Psychiatry». William Heinemann Medical Books Limited, London, 1980.
 34. Rychlack, Joseph. «Introduction to personality and psychotherapy». Houghton Mifflin Company, Boston, USA, 1981.
 35. Sepúlveda, Gabriela. «Desarrollo psicológico en la edad juvenil». En desarrollo normal y trastornos psicosociales

en la edad juvenil, Centro de Extensión Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1991.

36. Sepúlveda, Gabriela; Almonte, Carlos; Valenzuela, Carlos; Avendaño, Alfredo. «Estilos de socialización de los padres y desarrollo psicosocial en adolescentes de 16 a 19 años». *Revista Chilena de Pediatría*, 62 (6), 396-403, 1991.

37. Sepúlveda, G.; Valderrama, P.; Donoso, P. «Adolescencia y sexualidad. Manual de trabajo en grupo». Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Santiago, Chile, 1994.

38. Sepúlveda, Gabriela. «Identidad personal en la edad juvenil. Consideraciones en relación a la filosofía política de Hannah Arendt». *Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, Año 7, N° 1, Mayo 1996.

39. Spivack, G.; Platt, J.; Shure, M. «The problem solving approach to adjustment». Jossey Bass Publishers, San Francisco, USA, 1976.

40. Wenar, Charles. «Developmental psychopathology. From infancy through adolescence». McGraw-Hill, Inc., USA, 1994.

ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR EN EL NIÑO

DR. FENANDO NOVOA SOTTA.

Aunque la enfermedad cerebro vascular en el niño es poco frecuente en términos absolutos y en particular en comparación con su prevalencia en adultos, cada vez hay mayor interés en estudiar esta patología durante los primeros años de vida. Las razones para este cambio de actitud son múltiples, siendo tres de las más importantes. La primera se relaciona con la posibilidad actual de contar con nuevas técnicas de estudio que han permitido certificar el diagnóstico en circunstancias que anteriormente constituía sólo una mera sospecha clínica. Esto ha demostrado que la enfermedad cerebro vascular en el niño es una patología más frecuente que lo que anteriormente se consideraba. Adicionalmente, con los progresos en el tratamiento de algunas condiciones que son factores de riesgo para la enfermedad vascular, probablemente la frecuencia actual ha tenido un aumento real, por la mayor sobrevivencia de niños afectados por estas enfermedades. Finalmente el reconocimiento de la existencia de factores de riesgo que pueden ser claramente identificados y susceptibles de prevención y la identificación de intervenciones que pueden modificar la magnitud del daño una vez que éste se ha producido, constituyen importantes incentivos para su diagnóstico e investigación.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

Los estudios de incidencia y prevalencia han arrojado cifras diferentes dependiendo de los diversos factores que intervienen en este tipo de investigaciones. Uno de ellos está constituido por diferencias en la definición de la entidad patológica que está estudiando. La Organización Mundial de la Salud define a la enfermedad cerebro vascular como aquella que se caracteriza por «signos clínicos de evolución rápida de trastornos focales (ocasionalmente globales) de la función cerebral, que duran más de 24 horas o que conducen a la muerte sin

causa aparente que no sea de origen vascular»

La incidencia de la enfermedad cerebro vascular en el niño menor de 15 años se estiman en 2,52 por 100.000 al año. Es algo más frecuente durante los primeros dos años de vida y no existen diferencias según el sexo. Un estudio efectuado en Rochester, Minnesota concluyen que incidencia anual es de 1,89/100000 y de 0,63/100000 y para la enfermedad cerebro vascular isquémica y hemorrágica respectivamente. En este estudio se excluyeron las relacionadas con infecciones intracraneales, traumatismos y aquellas ocurridas durante el parto y se consideraron los niños hasta los 14 años de edad. Con el objeto de tener una perspectiva de la magnitud del problema en el niño cabe señalar que en la población adulta de USA, Europa y Japón la tasa media de incidencia anual oscila entre 111 y 180 por 100.000 habitantes. En estos países constituye la tercera causa de muerte en la población adulta después de cáncer y del infarto miocárdico.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

La enfermedad cerebro vascular se distingue de otras patologías que comprometen el sistema nervioso central por la gran rapidez de instalación de los síntomas, habitualmente en minutos y horas y el componente focal que con frecuencia está presente.

Algunas de sus manifestaciones van a estar relacionadas con los mecanismos fisiopatológicos involucrados. Desde este punto de vista la enfermedad cerebro vascular se ha clasificado en dos grandes categorías constituidas por las lesiones isquémicas que pueden ser embólicas comprometiendo diversos territorios arteriales o trombóticas comprometiendo arterias o venas y las hemorrágicas que pueden tener una

localización subaracnoidea o parenquimatosa. Las isquémicas interrumpen el flujo sanguíneo por la oclusión parcial o completa del vaso comprometido. Las lesiones hemorrágicas se producen por la ruptura del vaso con la salida de sangre hacia el parénquima, espacio subaracnoideo o a las cavidades ventriculares.

Aunque no siempre es posible diferenciar un determinado tipo de lesión de las otras sobre una base solamente clínica, el reconocimiento de los signos y síntomas más frecuentes en cada una de ellas es un valioso instrumento para sospechar este tipo de patología como un conjunto y es un primer paso para identificar el factor causal. Es necesario tener presente que el evento primario puede asociarse a fenómenos secundarios, de este modo una lesión primariamente isquémica puede transformarse en hemorrágica debido a la ruptura de vasos dañados por el episodio isquémico y una isquemia focal puede producirse después de una hemorragia parenquimatosa como consecuencia de la compresión del vaso.

El infarto producido por una embolia se caracteriza por una pérdida súbita de la función neurológica que es máxima inicial con una recuperación al menos parcial durante la fragmentación posterior del émbolo. La repercusión rápida del vaso parcialmente dañado por la isquemia es la causa de la hemorragia que se encuentra en los infartos causados por embolias. La trombosis arterial se caracteriza por una instalación más lenta de los síntomas y puede ser precedida por episodios de crisis isquémicas transitorias que son menos frecuentes en niños que en adultos. Las trombosis venosas se caracterizan por presentar compromiso de conciencia, cefalea intensa, náuseas y vómitos en relación a la hipertensión endocraneana que se produce, y convulsiones. Con frecuencia presentan déficit focal. La clínica de los cuadros hemorrágicos es difícil de diferenciar de los isquémicos, sobre bases clínicas exclusivas. La hemorragia subaracnoidea en los niños mayores y adolescentes tiene una sintomatología similar a la del adulto y consiste en cefalea de comienzo súbito de gran intensidad inicial, acompañada

de vómitos, signos meníngeos, fotofobia y compromiso de conciencia posterior. Los síntomas habitualmente aparecen durante el ejercicio. Al comienzo la única manifestación puede ser la cefalea, siendo el examen físico bastante normal. En los lactantes los síntomas pueden ser sutiles consistiendo en un estado de leve compromiso de conciencia y fontanela tensa. La hemorragia intaparenquimatosa debuta con cefalea intensa, vómitos y deterioro neurológico progresivo. Puede resultar muy difícil diferenciarla de un infarto isquémico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la enfermedad cerebro vascular en el niño debe considerar todas aquellas condiciones no vasculares que se caracterizan por un déficit neurológico de inicio agudo con elementos focales. (Tabla 1)

Tabla 1
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR.

- EPILEPSIA
- JAQUECA
- MELAS
- TRAUMA
- INFECCIOSAS, ABSCESO Y ENCEFALITIS HERPETICA
- TUMOR
- HEMIPLEJIA ALTERNANTE
- HISTERIA

Entre ellas particularmente importante por su frecuencia es la parálisis de Todd que suele presentarse a continuación de las crisis parciales. Se presta a confusión el hecho de que los infartos cerebrales en el niño suelen acompañarse de crisis convulsivas con mayor frecuencia que en el adulto. La distinción se establece con la rápida resolución del déficit focal en el caso de la epilepsia y la persistencia de éste, cuanto está relacionado a un infarto. El déficit post ictal empieza a regresar entre 5 a 6 horas después del episodio convulsivo. Cuando se mantienen los signos focales más allá de 24 horas, habitualmente no se trata de una parálisis de Todd. Las infecciones cerebro

meníngicas que pueden producir un déficit focal también deben ser consideradas. En particular se debe tener presente la encefalitis herpética y el absceso cerebral. Los tumores pueden presentar un comienzo aparentemente súbito cuando sangran produciendo cefalea intensa, déficit focal y alteración de conciencia.

ETIOLOGIA

A diferencia del adulto en que la gran mayoría de la enfermedad cerebro vascular se relaciona con la hipertensión arterial o la arteriosclerosis, en el niño hay que considerar un gran número de posibles factores de riesgo tanto para el infarto isquémico (Tabla 2) como para el cuadro hemorrágico (Tabla 3), lo que obliga a una extensa investigación destinada a identificar la causa en la mayor parte de los niños.

Las enfermedades cardíacas constituyen el 30% de las causas de infarto cerebral en el niño, siendo el factor de riesgo más frecuente para este tipo de enfermedad cerebro vascular. La detección precoz de la existencia de una patología cardíaca potencialmente embolizante es crucial para prevenir la presentación de otros episodios.

Las lesiones cardíacas estructurales, ya sean congénitas o adquiridas constituyen la principal fuente de embolias. Las malformaciones complejas estructurales son las responsables de la gran mayoría de los casos.

Entre la causa metabólicas tiene interés la Homocistinuria. Es una enfermedad que es producida por un defecto que se hereda en forma autosómica recesiva y que puede ser causada por diversas deficiencias enzimáticas. El trastorno bioquímico se caracteriza por una elevada concentración de homocistina tanto en la sangre como en la orina. Desde el punto de vista clínico los elementos más destacados son las anomalías esqueléticas, neurológicas e infartos tanto cardíacos como cerebrales. Las trombosis venosa son particularmente frecuentes. La tendencia a las trombosis se relaciona con las concentraciones elevadas de

homocistina plasmática, que producen un daño a nivel del endotelio vascular. Al igual que lo que sucede en otros factores de riesgo, cuando se ha producido una trombosis en un paciente con este trastorno metabólico, el riesgo de presentar un nuevo episodio es mayor que el que tienen pacientes con la enfermedad, pero que no han presentado esta complicación. Particular interés tiene el hecho de reciente comunicación y que se refiere a que individuos que son heterocigotos para el gen y que por lo tanto no presentan el fenotipo característico de la enfermedad, también tienen tendencia a sufrir infartos cerebrales. Aparentemente es el aumento de la homocistina plasmática el factor responsable del daño en el endotelio y ulterior agregación de plaquetas con trombosis posteriormente.

Tabla 2.
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR
ISQUEMICA

ETIOLOGIA

- CARDIACAS
- INFECCIOSAS
- VASCULOPATIAS
- INFLAMATORIAS
- VASOESPASMO
- TRAUMATISMOS
- HEMATOLOGICAS
- METABOLICAS
- ENFERMEDAD FAMILIAR DE LOS LIPIDOS
- DROGAS Y TOXINAS
- ENFERMEDADES NEURO CUTANEAS

En un niño con una hemorragia subaracnoidea o sangramiento intraparenquimatoso espontáneos es necesario considerar la posibilidad de una aneurisma o de otras anomalías vasculares. Los aneurismas saculares son habitualmente lesiones aisladas, pero ocasionalmente se puede encontrar más de un aneurisma en el mismo paciente. Una asociación que debe ser considerada es con el riñón poliquístico y con la coartación de la aorta, las que deben ser investigadas.

Tabla 3
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR
HEMORRAGICA

ETIOLOGIA

- MALFORMACIONES VASCULARES
- COAGULOPATIAS
- INFECCIONES
- DROGAS
- ENFERMEDADES GENETICAS
- ENFERMEDADES SISTEMICAS
- TUMORES
- TRAUMATISMOS

ESTUDIO DE LABORATORIO

Los niños con enfermedad cerebro vascular deben ser sometidos a un estudio minucioso destinado a determinar la existencia de factores de riesgo, especialmente teniendo presente aquellos más frecuentes y susceptibles de tratamiento. (Tabla 4). Aunque la historia clínica y el examen físico cuidadoso pueden orientar inicialmente a que grupo patológico corresponden el cuadro, es necesario completarlo con algunos exámenes de laboratorio. Idealmente este estudio debe ser ordenado, priorizando algunos exámenes. Por las implicancias terapéuticas que tiene resulta imperioso diferenciar precozmente los cuadros hemorrágicos de los isquémicos. En este sentido es necesario obtener inicialmente una Tomografía Axial Computarizada de cerebro que habitualmente debe ser el primer examen que se efectúa. Según el resultado de este examen y de otras consideraciones clínicas y proseguirá el estudio.

Tabla 4
INVESTIGACION DE LA ENFERMEDAD
CEREBRO VASCULAR

OBJETIVO:

- A) DEMOSTRAR LA PATOLOGIA VASCULAR.
B) DETERMINAR UNA CAUSA.

LABORATORIO

- HEMATICOS
HEMOGRAMA, SEDIMENTACION, CULTIVOS, ANTIDNA, PERFIL LIPIDICO, LACTATO/PIRUVATO, VDRL, VIH ANTICOAGULANTE LUPICO, AMINOACIDOS SERICOS, ANTITROMBINA III, PROTEINA S Y C, ANTICUERPOS ANTICARDILIPINA, TRIGLICERIDOS, COLESTEROL.
- ORINA
COCAINA, REACCION DE NITROPRUSIATO, CORRIENTE.
- CORAZON
ECOCARDIOGRAMA Y ELECTROCARDIOGRAMA.
- LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO
- CEREBRO
TAC, RNM, ANGIOGRAFIA, EEG.

TRATAMIENTO

De acuerdo a los trabajos efectuados en adultos y que se están replicando en niños, estaríamos iniciando una nueva era en el tratamiento de la enfermedad cerebro vascular. De una etapa

reciente en que las intervenciones estaban orientadas sólo a utilizar medidas generales de mantención para el manejo del paciente agudamente enfermo, estamos pasando a una nueva era con intervenciones específicas que modifican favorablemente el curso de los síntomas disminuyendo tanto la mortalidad como las secuelas del infarto cerebral. Sin embargo, para que estas medidas surtan el efecto deseado se requerirá de grandes cambios, en todos los niveles de la atención de salud. El primer tratamiento efectivo para el infarto cerebral en la etapa aguda está en su etapa final de evaluación, pero tienen que ser aplicado en forma inmediata después del comienzo de los síntomas. Se basa en una terapia trombolítica con el uso endovenoso del activador del plasminógeno tisular recombinante. Para que se obtenga el beneficio potencial de esta nueva técnica se requiere que su aplicación se haga dentro de las primeras tres horas después de ocurrido el infarto. Resultan evidentes las dificultades existentes para iniciar el tratamiento dentro de este breve período de tiempo. Sin embargo, las evidencias actualmente disponibles demuestran que un manejo distinto al que ha sido tradicional en esta patología ofrece grandes ventajas en términos de reducir las cifras de mortalidad y también en relación a la calidad de vida de los sobrevivientes. Un aspecto esencial dentro de estas modificaciones reside en la oportunidad en que se aplican las distintas intervenciones, considerando el tiempo transcurrido desde el momento de aparición de los síntomas. Para lograr este objetivo se requiere en primer lugar, de un adecuado manejo previo a la hospitalización. Es necesario que la población esté adecuadamente informada de las características de presentación que tiene la enfermedad cerebro vascular y de las ventajas que tiene el manejo precoz de esta patología. Ese conocimiento va a permitir activar rápidamente el sistema de transporte de pacientes que a su vez con una adecuada comunicación durante el viaje con el establecimiento hospitalario, va a facilitar tanto la puesta en marcha de las primeras medidas de soporte vital durante el trayecto como el aportar información clínica relevante para tener disponibles determinadas técnicas necesarias

para continuar el tratamiento especializado y posibilitar la clasificación rápida del cuadro dentro de los diversos subtipos de enfermedad cerebro vascular, paso previo necesario para el tratamiento racional. El manejo posterior, de acuerdo a los resultados en trabajos randomizados en adultos, va a requerir de un equipo especialmente entrenado para tratar a este tipo de pacientes. Varios centros de Europa y de Estados Unidos han dado a conocer las ventajas que tiene el disponer de unidades de tratamiento intensivo especializadas en enfermedad cerebro vascular.

Los progresos anteriormente mencionados han ocurrido en la población adulta. Debido a la baja incidencia que tiene la patología cerebro vascular en niños aún no hay trabajos que demuestren ventajas en este grupo etario de medidas similares. Incluso si es que se llegará a demostrar algún beneficio, la justificación para mantener un equipo altamente entrenado en su manejo requiere de un flujo de pacientes que difícilmente se presentaría en niños.

Mientras no se dispongan de nuevas evidencias, el tratamiento del infarto cerebral durante la primera época de la vida va a consistir en un conjunto de medidas generales, comunes para el niño agudamente enfermo. Sin embargo, algunas de estas medidas tienen especial importancia en esta patología. Debido a que durante la isquemia cerebral se pierde la autorregulación de los vasos sanguíneos cerebrales la hipotensión arterial sistémica requiere de un manejo especialmente enérgico, para mantener un flujo sanguíneo adecuado. En circunstancias en que se demuestre una hipertensión arterial es necesario evitar tratarla en forma demasiado enérgica, ya que el disminuirla puede conducir a mayor isquemia del órgano, si no se toman las precauciones suficientes. Otro aspecto que debe ser considerado son las cifras de glicemia. Se ha demostrado que la hiperglicemia se relaciona con un aumento del tamaño del territorio infartado. Debido a que la hipoglicemia también agrava los efectos del infarto, ésta debe ser mantenida dentro de rangos normales. También se debe procurar tratar enérgicamente la hipertemia y las crisis convulsivas que suelen

acompañar al cuadro de infarto cerebral en el niño. El uso de anticoagulantes ha sido ampliamente aceptado en ciertas circunstancias en adultos. En niños es una materia más controvertida. Se tiende a que su uso debe ser bastante más restringido y sólo se recomienda durante períodos breves de tiempo en niños en riesgo de recurrencia de embolias no sépticas, durante el periodo de evaluación intrahospitalaria. Su uso a largo plazo en niños activos y que están expuestos a múltiples pequeños traumatismos durante sus actividades normales, es de dudoso beneficio. La decisión en este aspecto debe ser de carácter individual. En cambio, dosis bajas diarias de aspirina han sido ampliamente aceptadas en niños en riesgo de infartos recurrentes.

En relación a la enfermedad cerebro vascular hemorrágica el manejo va a depender de la causa y de las condiciones generales del niño. El aneurisma debe recibir el tratamiento quirúrgico apropiado, por el alto riesgo de nuevos sangramientos. La evacuación del

hematoma intraparenquimatoso es muy controvertido y en general predomina una postura conservadora, pero la decisión dependerá del caso individual.

BIBLIOGRAFIA

1. E.S.Roach A.R. Rielo. Pediatric Cerebrovascular Disorders 1995 Futura Publishing Company, Inc NY.
2. NINDS A systems approach to immediate evaluation and management of hyperacute stroke Stroke. 1997; 28: 1530-1540.
3. N.G. Wahlgren, T. Yamaguchi, Acute stroke therapy Cerebrovas Dis 1997; (suppl):2-4.
4. Ad Hoc Consensus Group Meeting Optimizing Intensive Care in Stroke Cerebrovasc Dis 1997; 7:113-128.
5. Anthony R. Rielo, e. Steven Roach Etiology of Stroke in Children. J. Child Neurol 1993; 8:201-220.
6. William Trescher Ischemic Stroke Syndromes in Childhood Pediatr Ann 21:6/ 1992.



PSICOPATOLOGIA DEL ADOLESCENTE

DR. CARLOS ALMONTE V.

El desarrollo psíquico normal o perturbado resulta de las interacciones recíprocas entre factores de riesgo y factores protectores y del modo en que estos factores son percibidos y asumidos por el sujeto.

La psicopatología se hace presente cuando se produce un desequilibrio por el predominio de los factores de riesgo sobre los factores protectores y la resiliencia individual no puede

compensarlo (Figura1).

Los factores de riesgo pueden ser predisponentes, (vulnerabilidades biológicas, bajo nivel socio-económico, desorganización familiar). Precipitantes (situaciones biográficas). Mantenedora y agravantes (se refieren principalmente a la respuesta familiar, escolar o social, a las manifestaciones clínicas del adolescente).

Figura N° 1
PSICOPATOLOGIA



TABLA 1
Salud Mental y Psicopatología

	Factores protectores	Factores de riesgo
Factores personales		
Temperamento	fácil adaptación	difícil adaptación
Constitución normales	procesos regulatorios	trastornos regulatorios
Autoconcepto	positivo	negativo
Visión del mundo	positiva	negativa
Relaciones Interpersonales	satisfactorias	insatisfactorias
Sistema Familiar		
Sistema parental	en alianza	en conflicto y desautorizaciones recíprocas
	límites claros	límites difusos e inestables
	cálidos y acogedores	maltrato infantil
	salud mental satisfactoria	alcoholismo, psicosis, depresiones
Vinculación temprana	estabilidad conyugal	conflictividad conyugal o separación
	estable	inestable o desapego
Sistema escolar		
	buen rendimiento y continuidad	bajo rendimiento, repitencia y deserción escolar
Sistema social		
	recursos económicos satisfactorios	extrema pobreza
	inserción social oportunidades diversas	marginalidad carencia de oportunidades

Como factor determinante consideramos el protagonismo del sujeto al aproximarse a la realidad, interpretativa y reaccionar respecto a ella.

La psicopatología del adolescente, como toda psicopatología del desarrollo, se preocupa de los orígenes de los trastornos y de los cambios que estos experimentan por la acción del desarrollo, ya sea que se superen, persistan o se agraven en el curso de éste.

El estudio de la psicopatología del adolescente puede realizarse en forma transversal poniendo el acento en las manifestaciones psiquiátricas actuales, como se realiza en el enfoque sincrónico, o centrarse en el estudio en los cambios que se producen a través del tiempo, enfoque diacrónico.

El objetivo de la psicopatología es el estudio de los fenómenos psíquicos, de las organizaciones y de las dinámicas psicológicas que están a la base de las perturbaciones psíquicas, y lograr un conocimiento acabado de las determinantes, la evolución y las consecuencias en el desarrollo de este trastorno, para ello utiliza los diferentes aportes surgidos de distintos campos de investigación, como son el psicoanálisis, las teorías conductuales y cognitivas, el enfoque sistémico, que contribuye en forma relevante al entendimiento de los distintos sistemas que influyen en el desarrollo. Otros aportes proceden de la psiquiatría, neurociencias, sociología, antropología cultural y epidemiología.

La psicopatología del niño está centrada en los trastornos que pueden ocurrir en el desarrollo neurobiológico o en la adaptación a los diversos medios en que interactúa. Se caracteriza por la relevancia cuantitativa que adquieren los síndromes de déficit atencional, trastornos de aprendizaje y lenguaje, trastornos del control esfinteriano, etc.

En la psicopatología del adolescente, adquieren en relevancia las dificultades en el cumplimiento de las tareas evolutivas.

Este cumplimiento puede ser interferido en forma significativa por los factores socio-

culturales y económicos presentes en cada caso particular.

Tabla 2

Psicopatología del adolescente en relación al cumplimiento de las tareas evolutivas

1. Búsqueda de la independencia emocional de sus padres y otros adultos.

Perturbaciones: dependencia patológica, simbiosis por fusión o competitiva, inmadurez, regresión.

Patología: ansiedad de separación, trastornos oposicionistas desafiante, inmadurez caracterológica, anorexia nerviosa, trastorno dependiente de la personalidad y otras.

2. Participación y compromiso social con grupo de pares de ambos sexos.

Perturbaciones: aislamiento, ostracismo, timidez, incorporación a pandillas o grupos delictivos.

Patología: trastornos reactivo inhibido y desinhibido de la vinculación de la infancia, no totalmente superado, trastorno en la identidad psicosexual, trastorno de la conducta social, fobia social, mutismo selectivo, trastorno esquizoide de la personalidad y otros.

3. Aceptación de sus cambios corporales y de su rol psicosexual de acuerdo con la sociedad.

Perturbación: dificultad en asumir la corporalidad y la identidad psicosexual correspondiente.

Patología: trastorno dismórfico corporal, anorexia nerviosa, trastorno de la identidad psicosexual.

4. Consolidación del concepto de sí mismo:

Perturbaciones: dificultad de asumir una identidad definida o una identidad negativa.

Patología: trastorno límite de la personalidad,

personalidad múltiple, trastornos de conducta disocial, trastorno antisocial de la personalidad.

5. Desarrollo progresivo de aptitudes, búsqueda de su vocación y de la independencia económica.

Perturbación: crisis de identidad en relación con lo académico profesional y actividad laboral.

Patología: personalidad dependiente, trastorno límite de la personalidad, psicosis recurrentes o crónicas, adicción alcohol y drogas.

6. Preparación para la elección de pareja y la vida familiar.

Perturbación: crisis de identidad en relación a elección de pareja.

Patología: bloqueo en la iniciación de relaciones sentimentales en los trastornos de la identidad sexual, anorexia nerviosa, trastornos narcisistas de la personalidad.

7. Adquisición de pensamiento abstracto o hipotético deductivo.

Perturbación: no sobrepasar el nivel de pensamiento operatorio concreto.

Patología: trastorno de aprendizaje en el adolescente, trastornos de la organización del raciocinio, pensamiento abstracto no logrado por patología previa, como ocurre en los retardos mentales.

8. Elaboración de escala de valores propios y moral autónoma.

Perturbaciones: dependencia de valores ajenos, juicio moral preconventional o convencional, dependiente de control externo. Cogniciones éticas no asumidas, Falta de empatía y culpa.

Patología: trastornos disociales, trastorno dependiente de la personalidad, trastorno sociopático de la personalidad.

9. Progresiva solución de conflictos y adquisición de seguridad en sí mismo.

Perturbaciones: cronificación y complejización. Inseguridad y desconfianza básica.

Patología: trastornos neuróticos de la personalidad.

10. Asumir deberes y derechos del adulto.

Perturbaciones: dificultad o fracaso en asumir la adultez.

Patología: quiebre psicótico, adicción a drogas, suicidios consumados.

Tabla 3
Trastornos psiquiátricos en el Adolescente

- 1. TRASTORNOS QUE SE INICIAN EN LA NIÑEZ Y PUEDEN TERMINAR EN LA ADOLESCENCIA:**
 - encopresis
 - enuresis
 - síndrome de déficit atencional con hiperactividad motora (la mayoría)
 - trastornos específicos del aprendizaje (la mayoría)
 - trastornos oposicionista desafiante (un porcentaje importante)
 - trastornos conductuales (algunos)
 - tartamudez (un porcentaje importante)
- 2. TRASTORNOS QUE SE INICIAN EN LA NIÑEZ Y CONTINúan A TRAVÉS DE LA ADOLESCENCIA HASTA LA ADULTEZ**
 - trastornos en el desarrollo de la identidad
 - psicosexual
 - retardo mental
 - trastornos generalizados del desarrollo
 - trastornos específicos del desarrollo (algunos)
 - tartamudez (algunos)
- 3. TRASTORNOS QUE SE INICIAN Y TERMINAN EN LA ADOLESCENCIA:**
 - trastornos adaptativos o trastornos reactivos
 - trastornos de ansiedad
 - trastornos dismórficos corporal
 - obesidades (algunas)
 - anorexias nerviosas (algunas)
 - psicosis agudas
 - intentos de suicidios (un porcentaje impor-

tante)

4. TRASTORNOS QUE SE INICIAN EN LA ADOLESCENCIA Y CONTINUAN EN LA ADULTEZ:

- esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- trastornos de la personalidad
- trastornos depresivos (un porcentaje importante)
- trastornos bipolar
- anorexia nerviosa y bulimia nerviosa
- trastornos obsesivos compulsivos
- trastornos disociales (pueden continuarse como trastornos de la personalidad)

El importante desarrollo tecnológico ocurrido en los últimos decenios, ha provocado cambios que han transformado en forma significativa los hábitos y costumbres de la población, se han creado nuevos campos laborales, nuevas formas de usar el tiempo libre y se han facilitado las transferencias de información y dinero. En el campo de la comunicación social, informática y telecomunicaciones se ha generado lo que se llama globalización de la cultura, hecho que ha actuado en desmedro de los valores y costumbres regionales. Estas transformaciones, junto con proporcionar comodidad y eficiencia, han interferido en el proceso del desarrollo de la identidad y en la formación del adolescente.

La motivación al estudio y la integración social han sido afectados por numerosos distractores tecnológicos, como son la televisión y los video juegos en todos los niveles sociales, y el uso de computadores personales en los niveles más altos; éstos favorecen el aislamiento y reducen la posibilidad de integrarse a redes sociales que pueden amortiguar los estados de excesiva tensión, depresividad, desesperanza, desesperación por lo que suelen atravesar los adolescentes en relación a crisis personales y familiares. Esta deficiencia en las redes de apoyo puede agravarse por la ausencia de las madres de sus hogares gran parte del día por razones laborales; estas situaciones explican, en parte, el aumento de las conductas suicidas en los últimos años. En las mujeres adolescentes el intento de suicidio constituye, en el

presente, la principal causa de consulta y hospitalización en el Servicio de Salud Mental del Hospital Roberto del Río.

En Chile, en los últimos años, el tráfico de drogas psicotrópicas se ha visto incrementado, de modo que la oferta y disponibilidad han superado con creces las del pasado, disponiendo el adolescente con excesiva facilidad de drogas que afectan su salud física, mental y social. El aumento del parque automotriz y la conducción por adolescentes bajo los efectos de alcohol y drogas han aumentado la cantidad y gravedad de los accidentes en que estos participan. En esta edad los accidentes, en general, constituyen la principal causa de muerte.

El desarrollo y difusión masiva de estas nuevas tecnologías, rompen los equilibrios existentes y pueden parecer amenazantes para el futuro de la humanidad; algunos temen que podría eventualmente arrasar con las instituciones, individuos y valores. Estos temores también ocurrieron en el pasado con la introducción del ferrocarril, luz eléctrica, uso bélico de la energía atómica. Históricamente el hombre ha logrado superar el impacto de las innovaciones, logrando nuevos equilibrios que garantizan la continuidad de la especie y de la cultura. Corresponde a la sociedad actual asumir una actitud de sensatez que le permita superar exitosamente este período crítico.

La psicología del niño y del adolescente comparte con la psicopatología del mismo período etario, el interés por el desarrollo psíquico, así como la característica de ser ambas genéticas, evolutivas y dialécticas.

Las manifestaciones clínicas del desarrollo psíquico anormal indican la coexistencia de áreas de funcionamiento perturbado que definen la patología y áreas de funcionamiento normal que facilitan la adaptación

En la práctica psiquiátrica la correcta delimitación de un síndrome, el diseño de una estrategia de intervención eficaz y la apreciación pronóstica de la evolución de un trastorno, son facilitadas por el análisis psicopatológico de los

síntomas que conforman los síndromes, de la organización del desarrollo y de las secuencias de las interacciones interpersonales recurrentes en que los trastornos se asientan. Estas interacciones con los otros pueden resultar atenuantes, así, por ejemplo, una manifestación depresiva (tristeza, desgano y otras) pueden tener distintos significados. Pueden ser la expresión de una crisis normal en un adolescente, en relación a pérdidas de situaciones idealizadas de la infancia al confrontarlas con las nuevas formas de percibir la realidad.

También puede ser la expresión de una reacción de duelo normal, originada por la pérdida actual de una relación significativa (ruptura sentimental, muerte de un familiar); puede ser también la expresión de una depresión mayor; puede ser la manifestación de una distimia depresiva o ser comorbilidad de una psicosis esquizofrénica. Cada una de estas patologías tiene una estrategia de intervención y un pronóstico distinto.

De los factores socioeconómicos psicopatológicos, destaca la pobreza, el bajo nivel sociocultural de los padres, la marginalidad y el aislamiento social, las violaciones a los derechos humanos y la discriminación social. A la inversa la presencia de fuentes de trabajo, de leyes sociales y de instituciones que se preocupen por la salud y bienestar de los ciudadanos, será un factor protector del desarrollo.

Estos factores interactúan de diferentes modos en las distintas personas por lo que frente a las mismas situaciones los sujetos pueden desarrollar distintas manifestaciones sintomáticas y viceversa.

Los factores psicopatógenos pueden ser de mayor o menor duración e intensidad, y la reacción del adolescente estará en estrecha relación con éstos. En general mientras éstos sean más intensos, contingentes y transitorios, la respuesta tenderá a ser más llamativa y notoria, en tanto que si son menos intensos pero más durables la respuesta será menos llamativa pero más persistente, afectándose los aspectos

relacionales y el desarrollo psíquico.

RELACIONES ENTRE LA PSICOPATOLOGIA DEL ADOLESCENTE Y LA DISFUNCION FAMILIAR:

La psicopatología grave de los padres (ej. alcoholismo, psicosis, depresiones mayores, trastornos graves de la personalidad, síndrome angustioso crónico), puede afectar en forma significativa el desarrollo psicológico de los hijos, ya que los padres al no asumir plenamente la tarea de crianza no constituyen modelos apropiados de identificación.

La importancia del sistema familiar en el desarrollo de la autonomía es fundamental, sobre todo en el adolescente. Las características del ejercicio del rol parental facilitarán o perturbarán este proceso. Los padres sobreprotectores dificultan el logro de la autonomía al tratar al hijo como menos capaz de lo que realmente es. Los padres permisivos, al no poner límites, dificultan que el hijo adquiera su propio control interno.

Los padres que favorecen el diálogo y negocian los límites que no comprometan principios o valores, facilitan el logro de la autonomía y la responsabilidad personal de las conductas de sus hijos.

La disfunción familiar puede haberse iniciado en la niñez y perturbar el desarrollo psicológico del niño y continuar a su vez alterando el desarrollo del adolescente. También la disfunción puede permanecer latente y expresarse en la adolescencia. La disfunción puede ser originada cuando el sistema parental no se adapta a los cambios normales del adolescente o puede producirse una disfunción como resultado de una crisis del sistema conyugal.

También es posible que el sistema familiar no pueda adaptarse a los cambios que provoca la adolescencia de algunos de sus miembros, produciéndose alteraciones en el funcionamiento interno, de modo que, en lugar de que las relaciones entre padres e hijos progresen hacia la autonomía e interdependencia, el o los

adolescentes quedan sometidos, infantilizados, parentalizados, marginados, culpabilizados, excluidos o fuera de control. También puede ocurrir que el joven haga esfuerzos por mantenerse dentro del sistema, aún a costa de su propia estructura personal; así, en algunas familias disfuncionales hemos comprobado que la totalidad de los hijos presentan trastornos psiquiátricos de diferente tipo y de distinta expresión. En muchos jóvenes, las crisis de adolescencia coincide con la crisis de la edad media de sus padres y pueden resurgir temas y conflictos de la propia adolescencia en los padres, que requieren nuevas elaboraciones. Por otra parte, la confrontación con la irreversibilidad de ciertas decisiones tomadas, y la constatación de que en la vida no es posible dar marcha atrás, debilita la estabilidad de algunos padres, precisamente en el momento en que el joven necesita que sean más fuertes. Los padres también viven momentos de ansiedad y de depresión por el cambio que sufren sus funciones de padres frente a hijos mayores que van logrando su propia autonomía. De este modo, los cambios que se producen en el adolescente no son vivenciados en forma pasiva por sus progenitores, a menudo la incapacidad de éstos para superar su propia crisis tiende a mantener o profundizar la crisis del joven.

Los padres pueden dificultar el proceso de diferenciación psicológica y logro de la identidad, en cuanto obstaculizan la progresiva separación y asunción de roles extrafamiliares del hijo, facilitando que éste presente actitudes rebeldes e incluso delictivas, con el fin de afirmarse al margen de la familia y de su sistema de valores o, por el contrario, que éste permanezca ligado en una relación de dependencia simbiótica que puede expresarse con manifestaciones clínicas diversas o sucesivas, tales como: ansiedad de separación, dificultad para establecer relaciones inter-personales con los pares y pareja, fobia escolar, conductas pasivas, reacciones primitivas o intentos de suicidio. Estas relaciones de tipo simbiótico serían modelos transmitidos transgeneracionalmente, ya que los padres que establecen este tipo de relaciones no han logrado plenamente su propia autonomía. Estos

padres suelen ser impredecibles y sobre-protectores, no permitiendo a sus hijos el desarrollo de la autonomía y de toma de decisiones, a la vez que tienden a aislar al cónyuge y a los hermanos de la participación con éste.

En la adolescencia se aprecian manifestaciones sintomáticas muy variadas en significado, que deben distinguirse si corresponden a un curso normal o perturbado. Consideramos como respuesta normales las diversas manifestaciones de las crisis del adolescente que obedecen a los cambios provocados por el desarrollo y la transición de un estado de dependencia a un estado de autonomía.

Crisis de Adolescencia:

La adolescencia ha sido considerada en sí misma como uno de los periodos críticos del desarrollo, por los profundos cambios que se producen, y la implicancia de éstos tienen en la vida adulta.

Sin embargo, el término crisis de adolescencia ha sido utilizado con distintos significados, refiriéndose a una amplia gama de situaciones que van desde la normalidad hasta la patología grave. De ahí que su uso se preste a equívocos.

Resulta grave considerar como crisis un trastorno bien definido y no tratarlo (psicosis). O por el contrario, hacer un tratamiento intenso y prolongado por considerar como trastorno las manifestaciones que son propias de la crisis.

Este problema ha provocado controversias a través del tiempo. Así Anna Freud y otros autores en la línea psicoanalítica, han sostenido que la crisis no sólo resulta inevitable, sino que beneficiosa y necesaria, llegando a afirmar que el mantenimiento de un equilibrio estable durante la adolescencia resulta en sí mismo anormal. Por otra parte, en una perspectiva epidemiológica y antropológica, Rutter, Ladame y M. Mead plantean, después de una amplia revisión del tema, que la adolescencia normal no está caracterizada necesariamente por turbulencias, tensiones y perturbaciones. La mayoría de los jóvenes atravesaría los años de

la adolescencia sin manifestaciones emocionales o conductuales significativas, y seguirían teniendo una buena relación con adultos y pares, pudiendo hacer frente a los requerimientos escolares y profesionales, a la vez que participar activamente en la vida social.

En nuestra experiencia con adolescentes normales y patológicos hemos llegado al convencimiento que tanto la existencia de una crisis, como la no existencia de ésta, son compatibles con un desarrollo psicológico normal y que la respuesta del ambiente familiar y escolar a este tipo de manifestaciones facilitará la superación e integración en este grupo etario.

Definiremos desde un punto de vista clínico la crisis de adolescencia. Esta se refiere a períodos breves de desequilibrio psicológico que se producen durante el desarrollo normal del adolescente. Traducen la inseguridad de éste al enfrentar las problemáticas propias de la edad, como son la asunción de la corporalidad, la individuación, la creación de vínculos interpersonales estables con pares y profesores, las relaciones autónoma con los padres, y la elección de carrera. La crisis se manifiesta por cambios de ánimo y del humor, ansiedad, depresión y/o trastornos conductuales moderados. Se caracteriza por ser de breve duración, pudiendo repetirse en diversos momentos de la etapa, en relación a diversas problemáticas propias de la edad que se le presentan al joven. En general, no requiere de tratamiento, y cursa hacia una reorganización de la personalidad de mayor nivel de integración y mejor adaptación a la realidad externa, en la medida que el adolescente se sienta aceptado, acogido y orientado. La no superación de la crisis en forma satisfactoria, puede significar la detención del proceso madurativo, la desviación o regresión de éste. Esto puede manifestarse a través de diversos trastornos psíquicos.

Conducta límite:

En posición intermedia entre la crisis de adolescencia y las respuestas francamente

patológicas, encontramos a algunos adolescentes que ya sea por un intenso afán exploratorio (propio de esta edad) o por su participación en diversos tipos de grupos, responden en forma desajustada. A dichas respuestas las denominaremos conductas límites, ya que de producirse en una persona adulta o de persistir en el joven serían francamente patológicas; pero, aún siendo ocasionales, no pueden tampoco ser consideradas como plenamente normales. Nos referiremos aquí a experiencias (generalmente únicas) de hurto, vandalismo, fuga del hogar, relaciones homosexuales con coito anal, o también experiencias ocasionales de cimarra, uso de drogas y embriaguez alcohólica.

Para diagnosticar una conducta límite, se requiere que el adolescente haya tenido un desarrollo psíquico normal, que la experiencia no se repita, que el contexto familiar sea relativamente sano, y que la conducta origine culpa y deseos de reparación.

Las conductas límite requieren de análisis psicopatológico y de confirmación, para resguardar la posibilidad que el desarrollo continúe en forma normal. También es preciso realizar controles ocasionales, con el fin de asegurarse que la situación ha sido satisfactoriamente resuelta; en caso contrario, es necesario realizar procedimientos activos orientados a la normalización del desarrollo.

Conductas de riesgo:

Desde la perspectiva de la salud pública considerando tanto el ajuste social como el logro de un desarrollo personal sano, se agrupan algunas conductas que suelen presentarse asociadas y que siendo voluntarias y egosintónicas aumentan la probabilidad de que se produzcan consecuencias negativas para la salud física y psíquica.

Se consideran conductas de riesgo la deserción escolar, el abuso de alcohol y drogas, la actividad sexual precoz y las conductas antisociales.

Tabla 4
Antecedentes comunes a conductas de alto riesgo.

1. Precocidad en la inicialización.
2. Bajo rendimiento escolar y bajas expectativas de logros.
3. Exo actuaciones, cimarras, conductas antisociales y trastornos de conducta.
4. Escasa resistencia a ser influido por los pares.
5. Falta de compromiso parental.
6. Vecindario deprivado socioculturalmente.

BIBLIOGRAFIA

1. Almonte C., Lecaros S. «Psicopatología del adolescente, en Pediatría» 4ª Edición Meneghello J., Fanta E., Paris E., Rosselot V. Ediciones Mediterráneo. Vol. II, Cap.220, pág. 1535-1540. 1991.
2. Almonte C. Psicopatología infanto-juvenil y salud mental. Almonte C., Ulloa F., Apuntes Docentes. Dpto. Pediatría 27-40, Santiago, 1992.
3. Almonte C., Ulloa F. Estructura de morbilidad Psiquiátrica en niños y adolescentes menores de 15 años, atendidos en el Servicio de Salud Mental Infantil del Hospital Roberto del Río. Rev. Psiquiátrica, 1061 1070, 1992.
4. Almonte C. Introducción a la psicopatología del niño y del adolescente, en Montenegro H., Guajardo H., Psiquiatría del niño y del adolescente, 207 - 215, Salvador, Santiago, 1994.
5. Campbell S. Psicopatología y desarrollo, en Ollendick T. y Hersen M. Psicopatología Infantil. Martínez Roca, 1993, Barcelona.
6. Cicchetti D., Cohen D. Developmental Psychopathology. Wiley, 1996.
7. De Negri M. «Note Introdutive Alla Psichiatria Infantile en Lezioni di Neurologia di Psicopatologia Clínica Infantile». cap. 17, pág. 423-425. III Edición, Piccin Editorial, 1981.
8. Dryfoos J. Adolescent at risk Prevalence and Prevention Oxford University Press 1990.
9. Rodríguez J. Psicopatología del Niño y del Adolescente. Universidad de Sevilla. 1995.
10. Rutter M. «Scientific foundations of developmental psychiatry» Introduction. Willian Heineman Medical Books Limited. London 1980. Introduction 1-7, 1980.

REUNIONES Y CONGRESOS

GRUPO CHILENO DE EPILEPSIA, se reúne mensualmente, el Segundo Sábado de cada mes, de 09.30 a 11.30 hrs. en la sede de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Carlos Silva 1292 Dpto. 22.

GRUPO CHILENO DE ENFERMEDADES METABOLICAS, con reuniones bimensuales, el segundo Jueves del mes correspondiente, de 13.00 a 14.00 hrs. INTA.

GRUPO DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES, se reúnen una vez al mes, el último Viernes de cada mes, de 12.45 a 14.00 hrs., en el Auditorio de Neurología del Hospital Luis Calvo Mackenna.

GRUPO CHILENO DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO, se reúnen el cuarto Sábado de cada mes de 09.00 a 10.30 hrs. en el Centro Scanner, Galvarino Gallardo 1949, Providencia, inicialmente.

GRUPO CHILENO DE ESTUDIO DE TELEVISION, actualmente apoya la difusión del libro publicado por nuestra Sociedad «LA TELEVISION, EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE». Ha sido invitado a participar como tema oficial en el Congreso Nacional de Pediatría en Octubre, 1995, Concepción y al X Simposium Regional

de la Asociación Mundial de Psiquiatría y el 52 Congreso de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía a realizarse en Octubre de este año.

GRUPO CHILENO DE NEUROPSIQUIATRIA NEONATAL, formado en el XIV Congreso de la Sociedad el año 1996, se ha reunido en el Auditorio Glaxo (Viernes 13.00 hrs.) los terceros Viernes, cada dos meses y que reúne a destacados especialistas en esta área infantil específica.

GRUPO DE PSIQUIATRIA DE ENLACE, dispuesto a iniciar sus actividades en este próximo año incorporando a los interesados en esta importante área de la Psiquiatría. Interesante sería contar con un grupo de **TERAPIA FAMILIAR** en nuestra Sociedad y otros interesantes tópicos de la especialidad de psiquiatría en niños y adolescentes.

Cada uno de estos grupos funciona en forma autónoma, con sus propios estatutos, pero con un claro sentido de pertenencia a la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, mantienen una extraordinaria actividad científico-académica y han organizado importantes Simposium de Actualización.

El propósito de estos grupos es promover la investigación y el estudio de los trastornos de la infancia y adolescencia, así como la difusión de los conocimientos adquiridos y la colaboración entre los especialistas en esta área de la psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia.

La comisión conductiva de Grupo de Neurología Infantil, el Grupo de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, se encuentra en el proceso de organización y se espera que pronto se produzcan las primeras actividades de este tipo.

REUNIONES CIENTIFICAS

MES	FECHA	LUGAR
MARZO:	04	Pontificia Universidad Católica de Chile
ABRIL:	01	Instituto de Neurocirugía Asenjo
MAYO:	06	INTA
JUNIO:	03	Hospital Dr. Roberto del Río
JULIO:	01	Hospital Luis Calvo Mackenna
AGOSTO:	05	Hospital San Juan de Dios
SEPTIEMBRE:	02	Hospital Clínico San Borja Arriarán
OCTUBRE:	07	Hospital Exequiel González Cortés
NOVIEMBRE:	04	Hospital Dr. Sótero del Río
DICIEMBRE:	02	Hospital Dr. Félix Bulnes

SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES

El Boletín de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia se propone como objetivo principal ser un instrumento de comunicación entre los socios y es así que ofrece sus páginas para difundir todos aquellos artículos relacionados con su actividad profesional.

Las contribuciones podrán tener la forma de trabajos originales, revisiones, casos clínicos, evaluaciones de programas asistenciales o actualidades, en las áreas de Neurología, Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente y otras disciplinas afines. Estos artículos se harán llegar al comité editorial del Boletín, que se encarga de su revisión con la colaboración de miembros de la sociedad con trayectoria en el tema.

Los artículos se entregarán en papel tamaño carta, mecanografiados a doble espacio, e incluirán el original y dos fotocopias. Se sugiere una extensión máxima de 10 páginas para artículos originales, revisiones y programas, y de 6 páginas para casos clínicos o actualidades. Como acompañantes del texto se incluirán solamente cuadros o tablas mecanografiadas en hojas separadas.

Se incluye una primera página que contenga, a) título del trabajo, b) nombre y apellido de los autores, c) lugar de trabajo, d) resumen del trabajo con un máximo de 150 palabras.

Se sugiere que los trabajos tengan el siguiente ordenamiento:

- Introducción:** Se plantearán y fundamentarán las preguntas que motivan el estudio y se señalarán los objetivos de éste.
- Pacientes (o sujetos) y Método:** Se describirán los criterios de selección y las características de los sujetos. Se describirá la metodología usada y, cuando sea pertinente, detalles del diseño y de los métodos estadísticos empleados.
- Resultados:** Se refiere solamente a la descripción en un orden lógico, de aquellos

que se generan del estudio. No incluye su discusión.

- Discusión:** Siguiendo la secuencia de descripción de resultados, se discutirán éstos en función del conocimiento vigente. Se enfatizarán los hallazgos del estudio señalando sus posibles implicaciones relacionándolas con los objetivos iniciales.
- Referencias:** Se sugiere incluir en toda contribución, algunas citas que sean relevantes a la exposición del problema, metodología o discusión. Las referencias bibliográficas se enumerarán en el orden de aparición en el texto.

La anotación se hará como sigue:

Revistas: Apellido e inicial de los autores; Mencione todos los autores cuando sean hasta tres, si son más, mencione a los tres primeros autores y agrega et. al...A continuación anote el título del artículo en su idioma original. Luego el nombre completo de la revista en que apareció», año, volumen, página inicial y final. Ejemplo: 1) Villalón H, Alvarez P, Barria E et al. Contacto precoz piel a piel: efecto sobre parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos. Revista Chilena de Pediatría, 1992, 63: 140-144.

Capítulos de libros: Apellido e inicial de los autores. Mencione todos los autores cuando sean hasta tres, si son más mencione los tres primeros y agregue et al. A continuación anote el título del capítulo en su idioma original. Luego señale nombre del libro, editores, año, página inicial y final, editorial.

Ejemplo 4) Chiofalo N, Díaz A, Avila M. El mapeo computarizado en el diagnóstico de la epilepsia parcial y compleja con sintomatología psiquiátrica. En: Las epilepsias. Investigaciones clínicas. Editor: M. Devilat 1991, pp 6-10 Ciba Geigy, Chile.

La secuencia propuesta, si bien es aplicable a un número importante de trabajos, no lo es para otros, como son revisiones o actualidades. En estos casos los autores se darán la organización que consideren pertinente.