

Aldasoro, Thais

Avellón Calvo, Mónica

González-Serrano , Fernando

Jarast, Ricardo

Jiménez Pascual, Ana María

Martín Tarrasón, Sergio

Palacio-Espasa, Francisco

Panera, Consuelo

Ponce de León, Ema

Tapia, Xabier

N.º 56
2º semestre

2013

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967

EXPERIENCIAS TEMPRANAS Y PATOLOGÍA MENTAL GRAVE EN LA INFANCIA*

EARLY EXPERIENCES AND SEVERE MENTAL ILLNESS IN CHILDHOOD*

Ana María Jiménez Pascual**

RESUMEN

Este trabajo pretende evaluar las asociaciones de los factores de riesgo (ODAT) en los primeros años de vida y gravedad de la patología mental del niño, a través de un estudio trasversal, descriptivo y analítico de caso control, con una selección de los sujetos mediante un muestreo aleatorio estratificado. Se seleccionaron tres grupos de niños, uno con trastorno mental grave, otro con trastornos mentales no catalogados como graves y un último grupo de niños que acuden al reconocimiento del niño sano. Las alteraciones biológicas detectadas en los periodos iniciales de la vida se asocian sobre todo a la patología mental de mayor gravedad. La convivencia con ambos padres y parientes próximos, la patología mental y la situación laboral de los padres, las pérdidas de personas significativas también parecen contribuir significativamente en la patología mental del niño. Por contra factores como la incorporación temprana a guardería, no aparecen como relevantes.

Palabras clave: Factores de riesgo psíquico, primeras experiencias de vida, trastornos mentales graves en niños

ABSTRACT

This work aims to evaluate the factors of risk (ODAT) associations in the first years of life and severity of mental

pathology of the child, cross-sectional, descriptive and analytical case-control study, with a selection of subjects by means of a stratified random sampling. We selected three groups of children, one with serious mental disorder, other mental disorders not classified as serious and a last group of children who come to the recognition of the healthy child. Biological alterations detected in the initial periods of life are especially associated with more severe mental pathology. Living with both parents and close relatives, mental pathology and the employment situation of the parents, the loss of significant people also seem to contribute significantly in the child mental pathology. Against factors such as the early incorporation into child care, do not appear as relevant.

Keywords: Factors of psychological risk, first experiences of life, severe mental disorders in children

INTRODUCCIÓN

Bases genéticas y experiencias relacionales-emocionales están en la base de la construcción de la organización psíquica, tanto para una organización considerada “normal”, como para el desarrollo de psicopatología grave.

Es importante partir de la importancia de las series complementarias de Freud, planteando que la patología

*Ponencia presentada en el XXV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “La Infancia Temprana: Repercusiones en el Desarrollo Posterior” tuvo lugar en Valencia los días 19 y 20 de abril de 2013. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

** Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Gerencia de Atención Integrada Mancha Centro, Alcázar de San Juan. Dirección electrónica: amjimenezp@sescam.jccm.es Dirección postal: Servicio de Psiquiatría y Salud Mental Avenida Constitución 3, 13600 Alcázar de San Juan

se produce por una interacción entre aquellos factores que el sujeto trae genéticamente y la historia personal (incluyendo también el contexto histórico, la época y la sociedad en la que el niño se desarrolla) . Avanzando un poco más, hay que tener en cuenta que lo innato, lo que viene determinado genéticamente se funde con la experiencia, siendo imposible/ difícil distinguirlos; efectivamente sabemos cómo la experiencia/ vivencia, puede repercutir en la creación del psiquismo, del aparato psíquico, afectando también la organización neuronal (por ejemplo con alteraciones de por vida del eje hipófisis- hipotálamo- suprarrenales, con la estimulación o desaparición de sinapsis neuronales o con la expresión mayor o menor de un gen).

En los primeros años de vida el niño va organizando su psiquismo, culminando en la organización de un Yo que establece un mundo de pertenencias y de diferencias. En este proceso, la organización de las pulsiones parciales no se hace de forma lineal y automática, ya que desde el inicio el niño está en relación con un Otro (Bleismar), la madre (los padres, figura materna), con su propia historia, sus propios conflictos, conscientes e inconscientes, que van a estar presentes e influyendo en las vivencias del niño, posibilitando la aparición de la pulsión con su monto de afecto y sus avatares organizativos.

Dada la plasticidad psíquica, la relación con el entorno es uno de los factores fundamentales en la organización psíquica y por tanto de influencia decisiva en la psicopatología. Las situaciones que vive el niño desde el embarazo y en los primeros años de vida, pueden determinar la aparición de un trastorno o influir en la evolución positiva o negativa de alguno con predisposición genética. (Cullberg).

Solo podemos, desde nuestro ámbito clínico, influir sobre las experiencias que vive el niño, incluso desde el embarazo.

Por ahora ¿qué factores sabemos que influyen en la experiencia temprana?. Están especificados en la Organización diagnóstica de Atención Temprana (ODAT). También sabemos de algunos factores protectores.

En niños sin esta patología mental grave ¿no se dan en la misma proporción estos factores?.

En todo caso, en muchos de los niños que tratamos si observamos ciertas situaciones de experiencias tempranas de las que hipotetizamos una influencia patógena. Efectivamente en varias publicaciones de tipo psicodinámicas de casos clínicos, se plasma que es muy frecuente la coincidencia entre trastornos psíquicos en general, y alteraciones significativas en los primeros cuidados.

En el trabajo que hoy presento, me ha interesado poder comparar la existencia o no de los factores de riesgo conocidos en tres grupos de niños, uno con trastorno mental grave, otro con trastornos mentales no catalogados como graves y un último grupo de niños que acuden al reconocimiento del niño sano.

Pero resulta difícil determinar la posible influencia de estos factores en la patología mental grave, ya que va a depender de varios difíciles de investigar muchos de ellos a nivel epidemiológico. Estos datos epidemiológicos dan un tipo de información diferente de una investigación de un caso clínico, donde si se pueden plasmar datos más subjetivos. Por ello mezclaré ambos registros, para algunos factores significativos. Si bien es verdad, como dice Moro: “cuando vas a hacer un estudio ya tienes una idea de lo que quieres mostrar y entonces es bastante difícil ser objetivo y poder pensarlo”, la preparación de este trabajo me ha permitido reflexionar mas sobre algunas de las problemáticas de los niños en tratamiento, lo que no suele ser fácil de realizar con la presión asistencial diaria.

Como hipótesis de partida creemos que las enfermedades orgánicas graves y/o crónicas pueden contribuir al desarrollo de TMG, si se suman otros factores de riesgo. Dentro de las nuevas formas de crianza, la entrada en edad temprana en guardería y la confusión de roles maternos y paternos son factores de riesgo. Los duelos familiares (especialmente maternos) y las situaciones de separación y pérdida pueden estar relacionados con una mayor incidencia de TMG en niños.

Por ello, este trabajo pretende evaluar las asociaciones de los factores familiares, sociales y otros determinantes ambientales en los primeros años de vida sobre el desarrollo y gravedad de la patología mental del niño.

MARCO TEÓRICO

Desde nuestra práctica clínica, me ha interesado destacar tres áreas para intentar comprender mejor su influencia patológica en el desarrollo del niño y constatar estadísticamente su importancia.

Primero, los factores biológicos, orgánicos, viendo su influencia no ya en la determinación biológica de un trastorno mental, que como sabemos aún no hay datos concluyentes al respecto, si no por su impacto emocional y relacional en el niño y en sus padres.

Segundo, las nuevas formas de crianza, teniendo en cuenta factores como la edad de los padres, la situación laboral de las madres, familias monoparentales..., siendo de especial importancia en nuestra experiencia el lugar de la figura paterna en algunas patologías.

Y por último, la psicopatología de los padres relacionada con la patología grave en los niños pequeños.

Factores orgánicos relevantes en los primeros años de vida

Un niño sometido a un problema orgánico de cierta gravedad en los primeros años de vida, tolera un nivel de estrés y posiblemente de dolor físico importante, además de angustia a lo desconocido, a la separación, a experiencias desagradables e irrepresentables..., en ocasiones angustia de muerte.

En muchas ocasiones, aunque un problema orgánico en el periodo perinatal no reviste gravedad, sí puede causar un fuerte impacto emocional en la madre, vivirlo de forma traumática, lo que también puede tener efecto traumáticos para el niño.

Como sabemos, por una parte el impacto de un problema orgánico en el desarrollo del niño va a depender de la edad de este, del tipo de enfermedad y sus posibles secuelas, de las capacidades innatas del niño, así como de las capacidades de elaboración y aceptación por parte de los padres y la familia; pero a la vez a nivel imaginario se movilizan fantasmas y conflictos en función de lo que representa la enfermedad para ellos.

Marco también otro factor que a mí entender es importante, la actitud de sensibilidad y empatía o no del personal sanitario con el sufrimiento psíquico del niño, que puede favorecer una actitud de contención de la angustia tanto del niño como de su familia.

En situaciones traumáticas de hospitalización, se describen síntomas, por lo general de aparición brusca y reversibles, donde cabe destacar: Regresiones a estadios anteriores y pérdida de las adquisiciones recientes. Angustia de muerte. Regresión hacia estados de mutismo, autísticos.

En muchos casos de gravedad, la enfermedad impacta en el proceso de individuación y del dominio paulatino del control por parte del niño de su cuerpo y de su autonomía, lo que puede provocar situaciones de dependencia y pasividad; a la vez y dependiendo del nivel de desarrollo psíquico del niño, este tiende a elaborar una interpretación de lo que le está ocurriendo y en la mayoría lo hacen sintiendo que puede ser un castigo o tienen un sentimiento de falta.

Así mismo, en ciertas enfermedades crónicas, puede haber alteraciones del esquema corporal, con una vivencia de cuerpo imperfecto, defectuoso, débil, con problemas narcisistas importantes y fantasmas de castración, de incompletud.

Dependiendo del tipo de enfermedad, la posibilidad de

muerte del niño empaña aun más la situación emocional, despertando angustias más intensas, tanto en el niño como en la familia.

Los padres pueden sentirse impotentes, frecuentemente con afectación narcisista y sentimiento de culpa si está en juego algo de la transmisión por su parte, ante lo cual tienen diferentes mecanismos de defensa.

En el niño nos podemos encontrar una actitud regresiva, en ocasiones de retraimiento. Pero en otros casos aparecen actitudes de rechazo, de negación de la enfermedad y actitudes agresivas, en el mejor de los casos, indicativas de un sentimiento de culpabilizar al adulto de lo que le pasa, indicando ¿actitud vengativa frente al mundo?; en casos más graves, descontrol de las pulsiones agresivas, con episodios de desestructuración y regresiones más o menos importantes.

Los cuidados médicos puede ser considerado “maltrato por exceso, por ruptura de las barreras de protección antiestímulo. El dolor arrasa con el entramado psíquico. La tendencia no va a ser entonces a inscribir huellas sino a expulsar todo lo inscripto. (Janin,B). Tienen a desinvertir, a expulsar violentamente toda investidura.

En el niño muy pequeño sin otras representaciones que le permita contrarrestar estas del “maltrato médico”, el dolor y la angustia pueden impedir la representación de sensaciones y afectos y el procesamiento y la metabolización de lo vivenciado. Esto puede provocar dificultades severas en la organización psíquica, o organización con núcleos no mentalizados (representaciones arcaicas en memoria implícita) o regresiones a estadios muy primitivos.

Multifactorialidad: JULIO, la angustia de muerte y las defensas maníacas

Julio es un niño de 6 años que es atendido inicialmente en urgencias y posteriormente en la USMIJ por presentar conducta agresiva y desorganizada, inquietud y amenazas verbales.

Estaba pendiente de valoración en neuropsiquiatría en un hospital de Madrid (donde le atienden por sus problemas orgánicos) por hiperactividad y deficiencia mental.

Julio es el menor de 6 hermanos, teniendo la mayor 28 años y la pequeña 15; esta presenta un cuadro psicótico y deficiencia mental severa (no está escolarizada); el único hermano varón de 22 años está diagnosticado de esquizofrenia paranoide; la hermana de 18 años de trastorno delirante y el padre presenta un cuadro depresivo grave (posiblemente psicótico). Varios tíos y abuelos de ambas ramas familiares presentan esquizofrenia. Así mismo en ambas ramas familiares hay cuadros de

hemofilia.

Julio no fue deseado. En el momento de nacer el niño presentó hemorragia abdominal y cerebral y dificultades respiratorias. Ingresado en el Hospital la Paz de Madrid, es diagnosticado de hemofilia.

La madre presentó depresión posparto, requiriendo tratamiento.

No lactancia materna; alimentación parenteral y posteriormente por sonda; a los dos años, come todo triturado. En la actualidad come con normalidad..

Con dos años, después de otra hemorragia y por insuficiencia renal aguda (pierde ambos riñones), se le realiza trasplante de riñón de cadáver.

Hace año y medio (en julio de 2011), es diagnosticado de síndrome linfoproliferativo.

Comienzo de marcha a los 4 años; Julio no presenta ninguna alteración neurológica ni de otra índole que le impidiera andar; la familia explica este retraso por llevarle siempre en cochecito para que no se cayera, por el temor a las hemorragias.

En el momento de venir a consulta habla, pero apenas se le entiende lo que dice. No control de esfínteres por la noche, en el momento de venir a consulta tiene algunos episodios de encopresis y según la madre, coprofagia.

Aunque está matriculado, no está escolarizado, por temor de los padres a que tenga accidentes y sangre.

En la evaluación vemos que se mostraba muy agresivo en casa, con amenazas físicas y verbales de que les iba a matar con cuchillos; insultos continuos y gran inquietud, presentando conductas dispersas (buscaba cosas por la casa, pero no se sabía que).

En las primeras consultas, el niño ignora a la terapeuta, no responde si se le pregunta, y se dirige a la madre, pidiendo y exigiendo algo, agresivo verbalmente y con amenazas de cortarles el cuello..., si no acceden a su demanda. Vuelca la cesta de juguetes, explora lo que hay y no organiza ningún juego. Por los pasillos del hospital, grita, amenaza...

Así mismo no presentaba temor al peligro y negaba que se podía hacer daño, alegando que era Superman y que por eso se puede tirar por las escaleras sin que le pase nada; no tolerancia a la frustración.

Aunque siempre ha sido un niño inquieto, este comportamiento había comenzado aproximadamente hacía un año, posiblemente relacionado con el último ingreso para biopsia de medula ósea y scanner para estudio del síndrome linfoproliferativo.

¿Cómo vive Julio la amenaza constante de muerte?. Hipotetizamos que frente al daño corporal, la separación de padres en las hospitalizaciones, las manipulaciones

orgánicas, tiene reacciones agresivas y desorganizadas en contacto con medio hospitalario o médico. Y ante posible vivencia de aniquilación psíquica y angustias de muerte, tiene defensas maniacas, de negación del peligro y desorganización- actitud agresiva desorganizada-psíquica.

Julio en el tratamiento, desde el inicio se separa fácilmente de la madre; muy sociable, hablaba constantemente, a veces con discurso ininteligible, con comentarios poco apropiados para su edad, enrevesados, haciendo referencia a experiencias familiares con contenido fantasioso, también refería sobre su estado de salud, que había sido operado, enseñaba la cicatriz, aludiendo que por eso no iba al colegio... Actitud maniaca

Conforme avanzaban las sesiones se fue relajando; a veces parecía triste, por momentos ausente, esto le duraba segundos. Acepta muy bien lo que se le propone.

Motivado por aprender, acata normas, acepta la presencia de otros niños y se muestra muy cariñoso con su monitor.

En el espacio de psicomotricidad relacional en ocasiones tiene dificultades para establecer la diferencia entre fantasía y realidad; así se angustia sobre todo cuando el monitor hace de personaje agresivo o peligroso, como el lobo.

En casa por el contrario, después del verano vuelve a presentar la misma conducta agresiva, debiendo cumplir sus deseos inmediatamente, amenazando, insultando.

Efectivamente comprobamos que después de estar en el HD tranquilo aunque algo hipomaniaco, donde han representado algo con dinero figurado, exige a la madre que le dé dinero real y al negarse esta, se vuelve agresivo verbalmente y amenazante (en el hospital de día puede desplazar, simbolizar, pero con su madre es una exigencia real).

Dadas las características familiares, podemos hipotetizar que en muchos momentos no han podido ser figuras de contención. Pero ¿que indica este doble vínculo, los juegos encopréuticos, y la confusión en ocasiones de la fantasía con la realidad?.

¿El vínculo con la madre es de tipo edípico, ejerciendo el lugar de centro omnipotente donde le permiten estar?; ¿tiene que ver con una identificación con un agresor (la institución médica)?; es una protesta exigente a las depresiones maternas y paternas, con posible sentimiento ambivalentes?.

Tenemos que saber algo más de la historia personal de esta madre, para conocer mejor los vínculos que establece con este niño.

Pero también aparecen en ocasiones una sintomatología

psicótica, donde una figura agresiva (el lobo) no se puede diferenciar de la realidad y donde la coprofagia puede indicarnos a la vez la necesidad de expulsar lo agresivo, lo malo, pero la imposibilidad de perder ningún objeto, volviéndolo a incorporar.

Este caso nos obliga, como ningún otro, a pensar en las series complementarias y necesidad de instaurar modelos de intervenciones psicológicas preventivas y de coordinación interprofesional e interinstitucional.

En algunos casos y más si hay previamente una fragilidad de la organización psíquica, como en Julio, puede aparecer una desorganización post-traumática, causada por una angustia permanente, no canalizada por los procesos de desplazamiento y de condensación. Recordemos que Julio comienza con el comportamiento agresivo y desorganizado después del último ingreso.

Nuevas crianzas y psicopatología

El cambio que ha habido en la organización familiar a lo largo de la historia, ha culminado a finales del siglo pasado en la superación de un modelo patriarcal, donde la mujer adquiere cada vez más responsabilidades profesionales y donde el niño, en las sociedades del 1º mundo, es el centro de la vida familiar, muy investido.

Esta situación parece estar propiciada además por la tendencia a tener un hijo o a lo sumo dos y a tenerlos más tarde, lo que puede propiciar una sobrevaloración e hiperprotección, con tendencia a no fijar los límites frustrantes de la realidad, funcionando el mayor tiempo posible en el principio del placer. (Manzano)

¿Esto puede explicar casos, cada vez más frecuentes en consulta, que podríamos denominar inicialmente de narcisismo omnipotente? Hay una diferencia entre omnipotencia narcisística, donde el niño se coloca y sigue colocado en el Yo Ideal y un problema narcisista, donde hay una evitación del displacer, más que búsqueda del placer, con posición esquizoide donde observamos una necesidad de alejar mucho al otro, retracción del yo, odio de la realidad y huida en lo imaginario (D. Anzieu).

A mi entender en los casos más graves, hay que pensar en otro factor fundamental, lo que podemos resumir en las dificultades de “la función paterna”. ¿Por qué falla?

Los padres varones en la actualidad están más cercanos. En la crianza de los hijos, tienen un papel de apoyo, de continente de la diada madre-bebé; además ya desde Freud sabemos que es importante la figura del padre como modelo a imitar por parte del niño, figura de identificación, y de cumplir con el rol de separador de la diada madre-bebe, siendo necesaria la triangulación para un desarrollo psíquico más armonioso.

Esta función paterna es considerada como función simbólica, minimizando, por lo tanto, la presencia real del padre; no tiene importancia la figura que la encarna, e incluso puede ser ejercida por una institución, en relación a la cual la madre queda ubicada como no siendo la ley, en el sentido de que hay algo que desea más allá del niño.

También en ausencia de un padre, “la madre presente contiene al padre en su pensamiento como un tercero que modula, en un cierto sentido, su estilo interactivo” (Golse).

Lo importante pues no son los cuidados y el acercamiento del padre, si no si está presente la ley paterna, ejercida por quien sea o por lo que sea- también desde la madre.

Pero en muchos casos debemos pensar más en una confusión de los roles maternos y paternos, en una no diferenciación de los mismos, que tal vez si pueda repercutir en las identificaciones del niño.

En uno de los grupos de psicoterapia intensiva, la mayoría de los niños presentan unas particularidades sintomáticas muy similares: aislados, no tienen amigos, evitan la relación con otros niños, apenas tienen juego simbólico, no utilizan juguetes para jugar y tienen intereses absorbentes. La mayoría de estos niños vienen con la sospecha de Síndrome de Asperger.

Manuel tiene 7 años. Cuando comenzó este grupo el año pasado, solo estaba interesado por los trasformes, personajes grandiosos, todopoderosos, los buenos, amigos de los humanos, pero sin ser humanos. Los únicos juguetes que tenía eran trasformes, los únicos dibujos que pintaba eran trasformes, de lo único que hablaba era de trasformes. En el grupo, su única actividad durante meses era pintar trasformes, sin interesarse por lo que hacían los demás. En alguna ocasión verbalizó que él era el trasforme. Cuando empezó a jugar con los otros niños, fue a través de coger un camión y decir que era el trasforme, comportándose de forma todo poderoso, intentando imponerse a los demás, dando órdenes..., pero también aparecían fantasías agresivas contra personajes pequeños (los pitufos).

Estas fantasías muy omnipotentes de poder, de ser único, imposibles de cumplir que le impidían relacionarse con los demás, ¿Qué función cumplen y porque?

En casa dicen no tener ningún problema con él. Es cariñoso bueno, cumple las normas que le ponen. Pero también vemos que el padre tiende a minimizar todas las cuestiones: si no tiene ganas de hacer los deberes, pues que no los haga, si quiere un trasforme todos los días, pues se le compra, si no quiere jugar con otros niños, pues no es problema y no hay que darle importancia...

Sin embargo es un niño educado, que admite normas, pero que se encierra en su mundo omnipotente.

Una secuencia del grupo de padres nos aporta otra clave: la madre, ahora más tranquila desde el nacimiento de una niña el año pasado, que se cría con normalidad, plantea que es muy difícil que Manuel participe con otros niños en fiestas, por ejemplo de cumpleaños, porque además de aislarse de los demás, se comporta haciendo lo que él quiere y por eso hay que estar siempre detrás de él: va al frigorífico de la casa donde está invitado y quiere coger lo que le apetezca, le insiste a su madre ir al salón de esa casa y que ponga la tele. Justifica que por eso siempre está pendiente del niño, porque no obedece las normas que le ponen (no parece contar con la realidad ¿Cómo el padre?). Pero añade algo clave: “incluso cuando viene mi marido y se sienta a mi lado, yo me voy rápido a ver dónde está el niño, pues no estoy tranquila y él protesta porque dice que para un rato que podemos estar tranquilos, siempre tengo que pensar en el niño”.

Ese mismo día, en el grupo, Manuel por primera vez dice una palabrota y pregunta si se puede decir; después pregunta si al cole se puede ir desnudo. Desde hace un tiempo juega a que los animales tienen hijos, hacen el amor... Y ha manifestado en el grupo el deseo de ocupar el lugar del papá. El deseo de ir desnudo al colegio, no es para ir él, nos explica, sino porque quiere ver a las niñas desnudas. En este último periodo, donde plantea donde está lo prohibido (la prohibición de ser la pareja de la madre), hay una disminución de esa identificación grandiosa, alejada de la realidad, pero aparición de necesidades narcisistas extremas, difíciles de gestionar: todos los niños en el grupo quieren ser los primeros, ser el rey nº 1

¿Qué está en juego?. La dificultad de la triangulación, con posible confusión de ser la persona centro de la madre, donde la función paterna por parte de ambos padres ha fallado parcialmente.

Luis, otro niño de otro grupo, presentaba confusión del pensamiento y manifestaba una identificación negativa: soy el más feo, no valgo, soy el más bajo, pero a la vez identificación con su papa: soy como mi papa; podemos pensar que nos muestra la relación con un papa dañado que al final se suicidó.

¿Y Javier con sus fantasías agresivas de matar al padre dios y quedarse como ser único pero malvado?. Javier viene a la consulta por dificultades escolares y aislamiento con los demás niños. En el grupo se muestra callado y solo pinta historias donde siempre se mata al padre y se llega a matar a Jesús dios (aunque el observador del grupo

también se llama Jesús); el padre en los primeros años de crianza presentaba alcoholismo ¿agresivo? y la madre también se mostraba con el niño exigente y punitiva

¿En muchos de ellos puede haber un investimento narcisista importante por parte de la madre en detrimento del padre, o bien de ambos?; ¿dificultades del lugar paterno, por las características del padre o porque la madre no le da lugar. LA anulación de las diferencias ¿Cómo y porque es asumido por ambos?. La impresión del equipo que atendemos a ambos grupos, es que prácticamente todos los papas de estos niños son al menos peculiares, sin saber definirlos mejor.

En algunos casos, como en Javier, podemos pensar que los padres pueden transmitir vivencias de fracaso, con exigencias importantes, situación difícil de remontar.

¿Son defensas narcisistas o consecuencia de investimentos narcisistas fuertes por parte de los padres?; ¿de que les defiende? ¿de la rivalidad con el padre y con los iguales, que los aboca a la incompletud? Posiblemente, si tienen un núcleo de identidad constituido y estable (no son psicóticos), pero no han podido hacer identificaciones favorables- narcisistas- con la figura masculina, paterna, confundida en su rol (¿defensas narcisistas frente a esa falta de identidad valiosa masculina?). Llama la atención que en nuestro caso, todos sean varones; y no se puede argumentar que la patología se nota más en niños porque son más inquietos; aquí el motivo de consulta ha sido el aislamiento, donde además de estos factores, se favorece esta situación con los juegos de las maquinitas, que dan el soporte imaginario a la omnipotencia donde se coloca el niño.

A esto hay que sumar otros factores que están influyendo en la actualidad, aunque al igual que las dificultades del lugar paterno, no han sido explorados en este trabajo: por una parte la desvalorización del juego, estando superestimados a nivel cognitivo, lo que dificulta la creatividad del niño y la elaboración de situaciones traumáticas o conflictos emocionales a través de actividades lúdicas. Por otra el abuso de la imagen, frente a la palabra, es decir niños que desde bebés están horas frente a la TV, que en vez de cuentos contados por un mayor, ven series y dibujos animados y que en vez de juegos imaginativos, están con la Nintendo.

Por otra parte, las nuevas formas de crianza vienen marcadas por la incorporación masiva de la mujer al trabajo, nuevos tipos de familias monoparentales, homoparentales, separadas y reconstituidas. En estas (Moro), hay una figura materna y paterna, aunque no son las clásicas. En estas nuevas situaciones, la posibilidad

de organizarse el niño va a depender de la capacidad de organización de los adultos, que puedan posibilitar una contención emocional.

A esto se une que en la clínica muchas veces observamos dificultades en la crianza, cuando la madre no tiene cerca su propio núcleo familiar que puede apoyar en estos periodos.

Por último los niños en los últimos años son escolarizados (institucionalizados) muy precozmente, avocándoles a interacciones variadas, sin garantizar que algunas de ellas sean estables y de calidad (guarderías como aparcamiento de niños). ¿Esto está provocando nuevas patologías?; ¿son en algunos casos graves y en qué circunstancias? El aumento del número de niños con rasgos autistas o dentro del Espectro Autista podría estar relacionado en parte con este factor (E. Torras), aunque evidentemente también va a depender de las características de tiempo y calidad de esa escolarización (González Serrano Y Tapia Lizeaga).

Psicopatología de los padres

Dentro de las patologías de los padres que pueden influir en el desarrollo de TMG en los niños destacaré las depresiones maternas, que pueden afectar al bebé si este no tiene suficientes elementos propios o ajenos, compensadores. Es importante resaltar que las dificultades en las capacidades maternas de “reverie” (ensoñación) es considerado el primer tiempo del traumatismo (R. Diatkine) ya que le dificulta al niño la respuesta a ciertos acontecimientos ulteriores, que actúan como segundo tiempo del trauma.

En el autismo infantil precoz, uno de los cuadros más graves que puede afectar a la infancia, aun partiendo de la multifactorialidad en su origen, hay que tener en cuenta el concepto de “proceso autistizante” descrito por J. Hochmann, donde cualquiera de los dos miembros de la díada puede mostrar un comportamiento relacional insuficiente o particular, creando un círculo en la díada de respuestas interactivas inadecuadas que se va agravando al responder a las mismas de forma sucesiva.

En esta espiral relacional peligrosa, ciertas formas de depresión materna perinatales pueden tener mucha importancia. Así, en algunas formas de depresión materna el niño ha recibido los cuidados corporales y aportes orgánicos necesarios, pero la madre no está “suficientemente interesada por captar el sentido de las señales emitidas por el bebé ni por devolvérselas a su vez: vacío interior de adultos (D. Anzieu).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio trasversal, descriptivo y analítico de caso control, con muestreo aleatorio estratificado.

Sujetos de estudios

- 1º Grupo: 50 niños de 0 a 14 años que acuden a la Unidad de Salud Mental Infante Juvenil (USMIJ), con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG): TEA. Los Trastornos de la Relación y la Comunicación, denominados Trastornos Multisistémicos del Desarrollo (TMSD, Clasificación Diagnóstica: 0-3 R). Disarmonías evolutivas y Trastornos límites de la Personalidad (Clasificación francesa), equivalentes a Otros Trastornos de las Emociones y otros Trastornos del Desarrollo Psicológico.
- 2º Grupo: 50 niños elegidos con muestreo aleatorio estratificado, de los niños que acuden a la consulta de la USMIJ, con diagnósticos diferentes de TMG.
- 3º Grupo: 50 niños elegidos con muestreo aleatorio estratificado, de dos centros de Salud (Campo de Criptana y Villacañas) de los niños que acuden al programa del seguimiento del niño sano.

Las edades de los dos últimos grupos están referidas a la edad de inicio de consulta de los niños del 1º grupo (no a su edad actual).

Factores de riesgo

Para poder comparar la existencia o no de factores de riesgo en los tres grupos de niños, se ha elaborado una encuesta (a rellenar por padres o facultativo conector del niño y su familia) donde se recogen los factores de riesgo marcados en la ODAT y se han incluido también factores protectores.

Para los factores de riesgo biológico así como valoración subjetiva, se ha elaborado una segunda encuesta para los profesionales (psiquiatras, pediatras y enfermería pediátrica) que conocen al niño y sus familias.

Los factores de riesgo estudiados los podemos esquematizar de la siguiente manera:

1. Relativos al niño

- Factores de riesgo biológico:

- Antecedentes familiares psiquiátricos, deficiencia, alteraciones sensoriales.
- Prenatal, Perinatal, posnatal.
- Enfermedades orgánicas niño

- Características del temperamento (no incluidas en ODAT)

2. Relativas a la familia

- Características de los padres

- Edad en el momento del nacimiento niño.
- Antecedentes de consumo de drogas, enfermedad mental, deficiencia mental.
- Antecedentes de retiro, custodia o guarda.
- Actitud en la relación con niño (no incluida en ODAT): distante, deficitario, poco/ muy implicado, inseguro, ansioso, colérico.

- Características de la familia:

- Ruptura/ situaciones críticas. Ambiente familiar gravemente alterado
- Maltrato físico o psicológico. Familias excluidas socialmente.
- Familias monoparentales.
- Relaciones familiares: desarregladas, perturbadas....

- Estrés en embarazo, periodo neonatal y periodo posnatal

- Reproducción asistida. Embarazos no aceptados. Múltiples
- Información de malformaciones o lesiones. Hospitalización niño
- Rupturas familiares o situaciones críticas.
- Depresión materna posparto. Pérdida miembro de la familia primaria.
- Otros (no incluidos en apartados anteriores)

3. Ambientales

- Maltrato. Negligencia. Violencia e inseguridad ambiental. Abusos.

- Chabolismo. Hacinamiento.

- Ausencia cuidadores sensibles. Institucionalización prolongada.

- Institucionalización prolongada. Estigmatización.

En este apartado solo hemos incluido algunos factores, ya que la mayoría eran muy difíciles de constatar por personal sanitario (situaciones de marginalidad). Así mismo no se han incluido formas de crianza, también estudiadas en este apartado, dejando para estudios posteriores este aspecto tan importante en el desarrollo del niño.

RESULTADOS

Factores biológicos y orgánicos

Como podemos ver en la tabla 1, las alteraciones biológicas encontradas en los primeros momentos de la vida sí se asocian a la presencia de patología mental. El

factor de mayor relevancia en relación a la aparición de problemas mentales en los niños, se asocia al periodo perinatal, pero especialmente a los antecedentes familiares, siendo estos más significativos en los TMG, mientras que el resto de factores prenatales se asocia al grupo de TM no graves.

Ello puede deberse a la base genética en los primeros, pero también en ambos, a las reacciones emocionales de los padres.

Las nuevas crianzas

La edad media de ambos padres es mayor que en épocas anteriores, pero no existe un gradiente diferencial entre los tres grupos (tabla 2). Solo destaca una mayor edad del padre en el grupo de TM no grave, aunque las diferencias se pueden explicar por el azar.

Con respecto a la situación laboral de los padres (tabla 3), mostramos solamente los datos referentes a los grupos de niños sanos y TM no graves, ya que son los únicos en los que esta variable se recogió para el mismo periodo (actual), y no para los tres primeros años de vida.

La situación laboral del padre en ambos grupos fue similar; sin embargo en más de la mitad del grupo de niños sanos, la madre es ama de casa, mientras que en el grupo de TM no graves, más de la mitad están en activo.

En la tabla 4 podemos ver la convivencia de ambos grupos en el momento actual (se ha eliminado el grupo de TMG por el mismo motivo mencionado con anterioridad).

La convivencia con parientes próximos se observa con una mayor frecuencia en los niños sanos que en el grupo de TM no graves, por lo que las familias ampliadas podrían tener un papel protector en los niños.

Un porcentaje significativo vive solo con la madre en el grupo de TM no graves, apuntando las rupturas familiares a problemática más neurótica.

Los casos de adopción (3 casos) y acogida (2 casos) no son significativos, pero en ambos casos están en los grupos de TMG y de TM no graves.

En nuestro estudio, la entrada en la guardería y la edad de la misma (figura 1) no constituyen ningún factor de riesgo, estando muy parejo en ambos grupos, donde además son los niños del grupo de sanos que más van a la guardería y más pronto. Este factor es difícil de analizar en nuestro estudio, porque no sabemos las características de esa escolarización temprana.

Antecedentes de psicopatología en los padres

En nuestro estudio hemos recogido problemas mentales

y de adición de los padres, así como situación de pérdida de personas significativas en el periodo perinatal y la posible reacción depresiva.

Existe diferencia significativa, donde en el grupo del niño sano la frecuencia de TM no graves en padres es muy baja, no existiendo TMG en los mismos (tabla 5). Por el contrario, si existe una frecuencia alta en ambos grupos de niños con problemas mentales, con una mayor frecuencia en el grupo de niños con TMG; pero la gravedad del niño no se asocia con la gravedad del trastorno en padres.

Las pérdidas de personas significativas (tabla 6) también están asociadas a los niños con TM, existiendo una diferencia significativa con el grupo de niños sanos.

El porcentaje mayor de pérdidas son por defunción; en el grupo con TM no graves, el porcentaje baja, donde el 26,7% son por separación o abandono, indicando una mayor conflictividad familiar.

La depresión reactiva está más asociada a TM en niños, no siendo significativa la diferencia entre ambos grupos. Por el contrario, en las depresiones posparto, la significación está relacionada con el grupo de trastornos mentales no graves.

CONCLUSIONES

De los datos recogidos destacar:

- Las alteraciones biológicas detectadas en los periodos iniciales de la vida se asocian a la presencia de patología. Dentro de estos factores, adquieren una mayor relevancia los acontecimientos a nivel prenatal y perinatales.
- Aunque no podemos extrapolar al grupo de niños con TMG la permanencia del niño en el hogar con su madre (figura de ama de casa) y en familias ampliadas, parecen jugar un factor protector.
- En contra de lo esperado, la entrada en la guardería y la edad de incorporación a la misma no parecen jugar papel decisivo del TM en los niños estudiados.
- La patología mental de los padres es un factor asociado fuertemente al TM del niño, aunque la gravedad de este no se asocia a la gravedad de los padres.
- Las pérdidas de personas significativas se asocian a la salud mental del niño, existiendo una diferencia significativa respecto al grupo de niños sanos. La depresión postparto se asoció significativamente

al grupo e trastornos mentales no graves, siendo mayor que en el de los TMG.

Propuestas de mejora para nuevas investigaciones

Como propuestas de mejora para nuevas investigaciones, replantearíamos los instrumentos de medición (encuestas) y definiríamos operativamente los periodos críticos de exposición (sobre los primeros años de vida). También planteamos la búsqueda de mejores mediciones para la definición del papel de las nuevas crianzas, sobre todo los roles parentales.

Sería conveniente poner en marcha un estudio multicéntrico en el que, con las mejoras planteadas, se pueda analizar esta realidad en diferentes contextos geográficos y culturales.

Propuestas de mejora para la práctica clínica

De todo lo expuesto se podrían derivar las siguientes recomendaciones:

La importancia de los problemas orgánicos en periodo pre, peri y posnatal, en la aparición de problemas mentales nos obliga a plantear intervenciones desde Salud Mental ya desde el embarazo:

- Necesidad de instaurar modelos de intervenciones psicológicas preventivas y de coordinación interprofesional e interinstitucional.

- Necesidad de intervenciones con programas materno-infantil en embarazo, intrahospitalario y en A. Primaria:

- Ayudar a elaborar fantasmas creados en padres y/o las ansiedades vinculadas a la situación.
- Disminuir y mejorar el impacto de las intervenciones médicas ("Maltrato médico"), aportando al personal sanitario los aspectos emocionales del bebé.
- Mejorar las interacciones padres- bebés, cuando se dan estas situaciones traumáticas.

- En relación a la psicopatología de los padres:

- Favorecer la detección de las depresiones posparto, interviniendo de forma más directa, incluso detección con indicios desde embarazo, a través de matrn, matrona y/o pediatra.
- Proponer programa en SM adultos para detectar riesgo en hijos cuyos padres tienen trastornos mentales.

Factores Biológicos/orgánicos	Niño Sano	TM no grave	TMG	p
Periodo prenatal	5 (13,2%)	15 (40,5%)	19 (38,8%)	0,001
Antecedentes familiares de trastornos auditivos , visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia)	1 (2,6%)	3 (8,1%)	13 (26,5%)	0,003
Periodo perinatal	4 (10,5%)	13 (35,1%)	19 (38,8%)	0,01
Periodo postnatal	4 (10,5%)	11 (29,7%)	15 (30,6%)	0,06
Trastornos/enfermedades relevantes orgánicos del niño	3 (7,9%)	9 (24,3%)	15 (30,6%)	0,03

TMG: Trastorno Mental Grave

	Niño Sano	TM no grave	TMG	p
Edad media de la madre en el nacimiento del niño	31,2±4,9	30,1±5,3	32,1±4,4	0,17
Edad media del padre en el nacimiento del niño	33,0±4,7	32,9±5,6	34,5±5,1	0,24

TMG: Trastorno Mental Grave

Situación laboral	Padre		Madre		
	Activo	Parado	Activo	Parada	Ama de casa
Niño Sano	31 (88,6%)	4 (11,4%)	11 (31,4%)	6 (17,1%)	18 (51,4%)
TM no grave	26 (83,9%)	5 (16,1%)	17 (51,5%)	10 (30,3%)	4 (12,1%)
P	0,58		0,003		

CONVIVENCIA	NIÑO SANO	TM no Grave	p
Con ambos padres	92,1%	67,6%	0,026
• Sin parientes próximos	50%	62,2%	0,29
• Con parientes próximos	45,7%	8%	<0'001
Conviven con padre	2,6%	0%	0,99
Conviven con madre	2,6%	27%	0,003

Pr. Mentales Padres	Niño Sano	TM no grave	TMG	p
Trastorno mental	5,3%	21,6%	44,9%	<0,001
Trastorno mental grave	0	25%	23,8%	0,73
Trastorno mental leve	100%	75%	76,2%	

TMG: Trastorno Mental Grave

Pérdidas personas significativas	Niño Sano	TM no grave	TMG	p
Pérdidas Totales - Defunción	7,9% 100%	40,5% 73,3%	44,9 % 90,9%	0,001 0,48
Depresión reactiva	0 %	7,7	10,2 %	0,068
Depresión posparto	2,6%	29,7%	10,2%	0,002

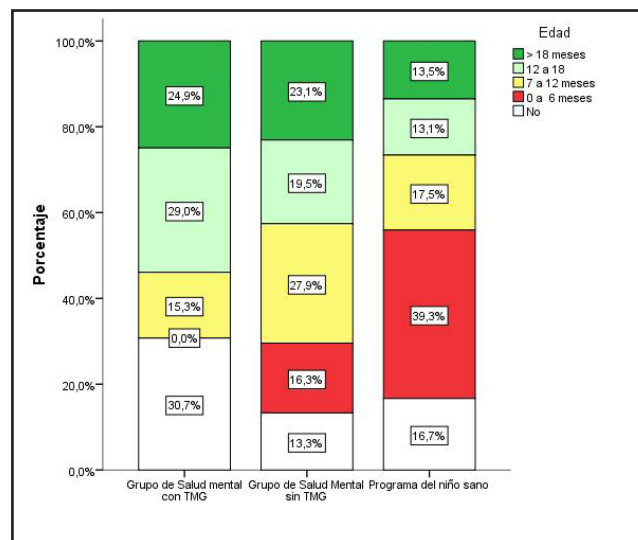


Figura 1. Edad de entrada en guarderías

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1982). "Manual de Psicopatología del niño". Barcelona: Toray-Masson.
- Anzieu, D. (1987). "El Yo-Piel". Madrid: Biblioteca Nueva
- Ansermet F.; Magistretti P. (2006) "A cada cual su cerebro". Buenos Aires. katz (discusiones).
- Bleissmar, S. 1984. "En los orígenes del sujeto psíquico". Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Cullberg, J. 2007. "Psicosis. Una experiencia integradora". Madrid: Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Cramer, B. "Los efectos psicológicos de sucesos somáticos graves en el niño: El caso del transplante de hígado". Revista: 19-20. Año: 1995
- Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA-R-2000). Versión castellana de la AFAPSAM. Buenos Aires: Polemos; 2004.
- Edward D. Barker; William Copeland; Barbara Maughan...(et.al). "Impacto relativo de la depresión materna y factores de riesgo asociados en la psicopatología de la descendencia". (Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology.). British journal of Psychiatry. 2012 Feb; 200(2):124-129.
- Freud, S. 1916^a, 1917b. 22^o Conferencia "Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología." En "Conferencias de introducción al psicoanálisis". Buenos aires: Amorrortu Editores.
- Golse Bernard . "Psicopatología de la perinatalidad". Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. Revista: 26. Año: 1998
- González Serrano F.; Tapia Lizeaga X. Reflexiones en torno a la escolarización generalizada de los niños de dos años. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, Revista: 48. Año: 2009.
- Janin Beatriz. "Las marcas de la violencia, los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva". Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, Revista: 33-34. Año: 2002.
- Kandel, E. R. 2006. "Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente" Barcelona: Katz Editions.
- Manzano Juan. "Procreación y crianza en los tiempos Actuales: introducción general". Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2009; 48, 7-20.
- Moro Marie Rose. "Nuevos tipos de familias, nuevos tipos de niños. Aspectos antropológicos y clínicos". Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2009; 48, 21-29.
- National Center for Clinical Infant Programs. Cero a tres. Clasificación Diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana. CD: 0-3. Buenos Aires: Paidós; 1997.
- Organización Diagnóstica para la Atención Temprana – ODAT. Federación Estatal de Profesionales de Atención Temprana. Edita: Real Patronato de la Discapacidad. 2004.
- Ph. Mazet- D.Houzler. 1981. "Psiquiatría del niño y del adolescente". Barcelona. Médica y Técnica, S.A.
- Torras de Bea E. "Investigaciones sobre El desarrollo cerebral y emocional: Sus indicativos en relación a la crianza". Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2010; 49, 153-171.