

Alteraciones psicológicas tempranas.

Marta Maristany, Psicóloga.

El desarrollo emocional del niño ha sido descrito por muchos autores desde distintas perspectivas.

A pesar de los diferentes enfoques, las distintas teorías coinciden en señalar los retos que un niño debe superar a lo largo de su desarrollo para alcanzar una personalidad concreta, un estilo emocional determinado, un patrón de relación y de interacción específicos y un control sobre sus instintos suficiente para poder ser incluido en la franja de la normalidad a lo largo de su vida.

Gessel, Piaget, Freud, Klein, Stern, Winnicot, Spitz, Bowlby y posteriormente, Lebovici, Kreisler o la escuela americana de Brazelton, Emde, Greenspan etc.... describen el desarrollo emocional del niño y las condiciones precisas para que se lleve a cabo, utilizando distinta nomenclatura y enfatizando cada uno de ellos sus puntos de interés específicos.

Frente a la sospecha de un trastorno psicológico en un niño hemos de tener en cuenta;

- Edad del niño

Cuanto más pequeño es un niño, más difícil es separar aspectos de su desarrollo y más prudente se debe ser a la hora de emitir un diagnóstico. Hay que tener en cuenta que la evolución del niño a esas edades es muy rápida por lo que muchas veces tiene más valor observar el ritmo de su desarrollo que alguna sospecha de anomalía que podamos detectar.

- Ritmo y características del desarrollo de este niño

Tanto en niños normales como en niños patológicos observamos diferencias significativas en el ritmo y características de su desarrollo. En los niños normales ritmo y características siguen con frecuencia un patrón familiar.

- Importancia de la anamnesis, descripción de los padres sobre el problema y características de los padres.

La historia clínica nos aporta datos indispensables para formular nuestras primeras hipótesis diagnósticas. Hay que escuchar toda la información que los padres relatan sobre sus preocupaciones pero hemos de tener en cuenta

que su ansiedad en el momento de acudir a un profesional para verbalizar sus sospechas hace que, en general y especialmente si se trata de problemas de relación o conducta, durante las primeras entrevistas puedan ser poco objetivos y pongan incluso el acento en síntomas poco relevantes. Muchos estudios demuestran que un número significativo de niños que posteriormente fueron diagnosticados de autistas, el motivo de demanda inicial fue un retraso de lenguaje.

También es importante observar las características de los padres y la relación que tienen establecida con su hijo. Esta observación nos facilitará la elección de la pauta de trabajo a seguir en cada caso: hasta qué punto, cómo y cuándo podemos contar con su colaboración o si por el contrario hemos de hacer un trabajo paralelo con ellos encaminado a mejorar la relación con el niño, adecuar sus niveles de exigencia o tolerancia, ayudarles a “perder el miedo” frente a un niño frágil etc.

Es frecuente encontrarse frente a padres muy culpabilizados: si no le hubiese dejado llorar, si lo hubiese estimulado más, si yo no trabajase etc. No es raro tampoco que acudan a la consulta con información recopilada en Internet u otros medios de comunicación que más que tranquilizarlos muchas veces les aturde o, en el peor de los casos, no les proporciona la información adecuada.

Para comprender las posibles causas de una alteración hemos de recordar que:

- En la vida intrauterina el feto es sensible a estímulos externos (auditivos, visuales, tóxicos, estado emocional de la madre, etc.)
- El Bebé desde el momento de nacer tiene ya un protagonismo activo en el establecimiento de su relación con el entorno. Puede discriminar estímulos externos y su capacidad de adaptación a los mismos nos proporciona una valiosa información para la interpretación de alguna de sus actitudes.
- Los nuevos datos que la genética aporta sobre el organismo humano han permitido incluso dar nuevas interpretaciones a algunas manifestaciones psicológicas y de conducta. Un ejemplo sería el del autismo inicialmente atribuido a la mala calidad de la relación de la madre con su hijo y del que actualmente es aceptado su origen orgánico aunque no se conozcan los mecanismos que lo producen. La genética nos permite atribuir una predisposición al momento en que el niño adquiere la marcha, el control de esfínteres o el inicio del

lenguaje, además de información específico sobre muchos de los síndromes más frecuentes.

- Conocemos mejor el cerebro y sus funciones. Las nuevas técnicas de imagen (RM, SPECT, PET) facilitan algunos diagnóstico, nos permiten planificar mejor el tratamiento y acercarnos con mayor exactitud al pronóstico. También se conoce la implicación de algunas estructuras del sistema límbico y del cortex prefrontal en el control de los instintos, el temperamento y conducta emocional. Hay que tener en cuenta las investigaciones sobre el rol de los neurotransmisores que seguramente nos proporcionarán datos que nos permitan comprender mejor algunas patologías.
- La influencia que el entorno ejerce sobre el desarrollo del niño nos permite mejorar condiciones ambientales (pre, peri o postnatales) de cualquier niño independientemente de su carga genético.
- La tendencia actual a considerar la indisociabilidad entre el desarrollo cognitivo y el emocional y permite el diseño de estrategias psicoterapéuticas y pedagógicas que contemplan al niño desde una perspectiva global.
- Nadie discute la importancia de las primeras etapas en el posterior desarrollo del niño y esto nos permite entre otras cosas atender, si es preciso, a la familia de forma tan prioritaria como a él mismo.

Los profesionales que trabajamos con la infancia temprana estamos obligados a una puesta al día constante de nuestros conocimientos, a colaborar con profesionales de otras disciplinas para alcanzar el diagnóstico adecuado y a revisar en cada caso la ética de nuestra intervención.

Conocer la NORMALIDAD nos facilita el que podamos distinguirla de lo patológico o de lo que es una variante de la normalidad.

Muy resumidamente, la descripción que Stanley Greenspan hace del desarrollo de las emociones servirá como guía de las alteraciones que pueden aparecer durante la primera infancia.
(Psiquiatra infantil, Profesor de la George Washington University Medical School y supervisor de terapia psicoanalítica con niños en el Washington Psychoanalytic Institute.)

Los estudios llevados a cabo por Greenspan y sus colaboradores refieren como las emociones y el sistema nervioso central son indispensables para el desarrollo de la inteligencia y como estas emociones están construidas sobre la base de las experiencias que cada bebé acumula a través de la relación que establece con sus padres y posteriormente con su entorno. Describen el papel fundamental que la maduración del cerebro y del sistema nervioso tienen para analizar las ideas de origen emocional pero también encuentran que las experiencias individuales ponen a prueba y modulan el potencial biológico de cada niño. Frente a los autores que ponían el énfasis en lo biológico o en lo intelectual o en lo emocional o en el ambiente de forma casi excluyente, lo novedoso de esta teoría es la integración de todos estos aspectos como motor del desarrollo del niño.

Etapas del desarrollo emocional

- 1° Autorregulación e interés por el mundo (0 – 3m)
- 2° Enamorarse (2m – 7m)
- 3° Desarrollo de la comunicación intencional (3m – 10m)
- 4° Aparición del sentido organizado del YO (9m – 18m)
- 5° Crear ideas emocionales (18m – 36m)
- 6° Razonamiento emocional (30m – 48m)

1ª Fase. Autorregulación e interés por el mundo (0 –3m)

- Autorregularse, es decir, controlar los nuevos estímulos, integrarlos y poder sentirse tranquilo a pesar de lo novedoso del entorno.
- Interesarse por el mundo que le rodea y para eso utilizará sus sentidos. Debe atender lo que oye, lo que ve, lo que toca, lo que huele, lo que saborea y lo que experimenta a través del movimiento.

Ambas capacidades se desarrollan de forma conjunta potenciándose la una a la otra. Cuando un bebé está tranquilo, mira, escucha y puede apreciar lo que ocurre en su entorno. Del mismo modo, un bebé que sabe o puede utilizar sus sentidos puede ayudarse a sí mismo a tranquilizarse y prestar atención.

Durante las primeras semanas los estados de interés o tranquilidad son escasos porque los momentos de alerta también son cortos pero conforme pasa el tiempo estos momentos también aumentan.

La confianza en la propia capacidad de regulación, es fundamental, constituye la base real de la experiencia emocional humana y se aprende desde el mismo momento de nacer.

En esta fase su capacidad para organizar imágenes y sonidos está más desarrollada que la de organizar deseos e intenciones que, finalmente, le ayudarán a definir su identidad.

2ª Fase. Enamorarse (2m – 7m). Se caracteriza por el interés que despierta en el bebé el mundo humano. Inicialmente este interés se focaliza en las personas de lo atienden, lo cuidan, lo miman, le hablan, que generalmente son la madre y el padre. Mira a la cara, inicia la sonrisa y los susurros, atiende más a la voz, aparecen las primeras carcajadas, explora con el tacto. Responde con mayor intensidad a las interacciones sociales externas que en la primera fase en que dominaban las respuestas a las sensaciones físicas internas (hambre, gases etc.) y en la que la integración sensorial era prioritaria.

El bebé se embelesa mirando a los ojos de su padre o madre, le sonrío, muestra placer a sus caricias... Por estas razones el autor la denomina fase de enamoramiento y la compara con la del cortejo, la del noviazgo o la seducción.

A partir de la relación con sus padres, el bebé aumentará su círculo social sintiéndose a gusto con un grupo más amplio de personas.

El “sí mismo” aparece ahora en relación con los demás. Reacciona a los placeres y alegrías compartidas y también a la pérdida de las mismas.

3ª Fase. Desarrollo de la comunicación intencional (3 – 10m). El bebé, aun en una etapa preverbal, descubre que sus acciones desencadenan respuestas en otras personas distintas a él. Empieza a definir los límites entre el “yo” y el “tú”. Cuando la mamá le habla él responde con prolongados balbuceos y la respuesta del adulto es lo que le anima a continuar su diálogo. Aprende la relación causa-efecto. Así como en el mundo de los objetos esta relación es sencilla de establecer y el niño puede aprenderla solo, en el mundo de las emociones esta relación es más compleja y no alcanzará a comprenderla totalmente hasta los 5 o 6 años. En esta fase el bebé ya no solo expresa placer y displacer, alegría y enfado, puede expresar miedo tristeza, sorpresa, decepción etc. Con la aparición de la intencionalidad emerge la necesidad que el niño tiene de que se le impongan unos límites.

El “sí mismo” que en la 1ª fase era “egocéntrico” y en la 2ª relacional pasa a ser intencional.

4ª Fase. Aparición del sentido organizado del YO (9 – 18m) A estas edades el niño empieza a desplazarse y acaba haciéndolo de forma bastante

perfeccionada, su comunicación gestual es sofisticada, puede comunicarse con algunas palabras, puede comunicar sus sentimientos dando un abrazo, es capaz de desplazarse hacia la puerta para recibir a su madre y a su vez puede alejarse de ella si está enfadado. Si en fases anteriores la capacidad de mostrar sus emociones se limitaba a llorar o sonreír y con otra sonrisa por respuesta se daba por satisfecho, en este momento ha de ser capaz de unir muchas pequeñas actividades y emociones para demostrar su estado de ánimo y exigirá también respuestas más complejas.

Está organizando su conducta y sus emociones. Él aprenderá por sí mismo la influencia que puede ejercer sobre los objetos pero únicamente a través de otra persona aprenderá que los sentimientos amorosos conducen a un abrazo o que una patada o un mordisco conducen a un enfado. De pronto es consciente de que puede tener la iniciativa de poner en práctica conductas que satisfagan sus necesidades y sus deseos y que proporcionen placer a los demás.

Ha adquirido la seguridad en sí mismo suficiente como para tolerar un control a distancia de la madre. Ya no necesita verla con oírla o saber que está es suficiente.

Hacia los 18m se identifican completamente con el espejo que, junto con la adquisición de la marcha autónoma, la capacidad de explorar ampliada y la independencia que adquiere, son hitos importantes para la consolidación del Yo diferente de los demás.

El proceso más complejo de esta fase es la reunificación de varias reacciones emocionales en una misma persona, él mismo o los demás. En fases anteriores la madre enfadada para él era la madre mala y la madre cariñosa la madre buena y no podía conciliar a las dos madres en una. Él curioso, rabioso o alegre era vivido como islotes aislados no reconocibles como pertenecientes a un mismo ser. Ahora empieza a entender que una misma persona puede estar contenta o enfadada, ser activa y pasiva, sentirse triste o feliz y además seguir siendo su persona amada y la que le da seguridad y protección independientemente de la emoción que le invada en ese momento.

El niño empieza a aceptar los límites y a partir de ellos aprenderá lo que puede y no puede hacer. También empieza a elegir a qué jugar, con quién ir, a quién dirigirse y qué límites desea aceptar o transgredir.

5ª Fase. Crear ideas emocionales. (18m – 36m)

Durante los 2 primeros años de vida, el desarrollo global del niño ha sido vertiginoso y esto afecta también al desarrollo emocional.

Ha adquirido independencia pero aun no está suficientemente seguro para utilizarla, sus posibilidades de expansión son enormes pero puede tener miedo de no poderlas controlar, empieza a saber lo que puede o no puede hacer pero no tiene muy claros los límites, no sabe interpretar todos los

estados emocionales de los adultos y se esfuerza en comunicar los suyos aunque no siempre su lenguaje aun limitado le permita hacerlo con propiedad. Entre los 2 y 3 años aumentan las rabietas, los enfados y la terquedad que no deben siempre interpretarse como desafíos a la autoridad sino que pueden ser reflejo del tremendo esfuerzo que ha de hacer el niño para utilizar todo lo que ha aprendido tan rápidamente.

Entra en la etapa de la simbolización.

El niño es capaz de manejar símbolos gracias a la maduración de su sistema nervioso junto con la riqueza de las experiencias afectivas experimentadas con anterioridad.

A partir de este momento el niño es capaz de sentir placer no únicamente viendo u oyendo a su madre sino únicamente imaginándosela. Es capaz de resolver un conflicto representándose y sin necesidad de pasar a la acción.

La foto de un árbol puede producirle una imagen mental de paz y la de una barca de miedo en función de las experiencias emocionales que el niño haya previamente experimentado respecto a ambos elementos.

Durante los primeros meses de vida el bebé reconocía a las personas por el olor, o por la voz o el tacto, actualmente a este conocimiento se une el de si es simpática, si tiene mal genio, si es alta o baja, más o menos tolerante con él, puede identificarla aunque esté triste o alegre y puede imaginársela jugando con él o riéndole o vestida de Caperucita Roja, sin estar ella presente.

El niño es capaz de crear una imagen mental física o emocional de una persona, de una situación o de una interacción y utilizará esta posibilidad para resolver conflictos, calmar ansiedades, anticipar situaciones etc.

En el momento en el que el niño aprende a utilizar símbolos para crear un estado interno de seguridad y para poder pensar en su mundo interior y su entorno comienza a experimentarse a sí mismo, en parte, como lo hacen las personas adultas.

6ª Fase. Razonamiento emocional (30m – 48m) Descubre la lógica causa-efecto aplicada a las emociones. Puede darse cuenta de que sus sentimientos de rabia y la conducta correspondiente pueden llevar a castigos o miradas furiosas de sus padres. A partir de ahora iniciará la construcción de su futura conciencia moral.

Puede combinar muchas ideas y sentimientos de forma lógica y cuenta con más recursos para analizar la realidad y diferenciarla de la fantasía, controlar sus impulsos, estabilizar sus estados de ánimo, ser emocionalmente más estable, combinar pensamientos y emociones para

que tengan un sentido y poseer mayor capacidad de concentración y de planificación de futuro.

En este momento discrimina entre él y los demás y sus emociones y las que pertenecen a los otros. Puede aparecer la figura del amigo imaginario y emergen los sentimientos de culpa y de vergüenza.

Es capaz de matizar y es más flexible y sutil al interpretar sus emociones y las de los demás y esto le permite comprender mejor como es él mismo y también el resto de personas. Comprueba la complejidad del mundo de las emociones.

Otro cambio importante de esta etapa es el inicio de las relaciones triangulares. Hasta ahora era con el padre o la madre pero a partir de este momento será capaz de incluir a los dos en su relación de forma simultánea, puede incluir hermanos, compañeros de guardería, hacer alianzas etc. y esto le ayudarán a consolidar su YO con mayor seguridad que en etapas anteriores.

Las fases se solapan en edad debido a que el inicio y el final no son conceptos rígidos y/o a que algunos cambios se realizan de forma simultánea.

Al igual que las actitudes y respuestas que los adultos damos a los niños desde los primeros momentos de su vida facilitan o entorpecen el desarrollo y control de sus emociones, el cerebro desempeña un papel fundamental. Pasar de una emoción simple a otras complejas, de intereses muy limitados a querer descubrir el mundo, de la rigidez a la flexibilidad, adquirir la capacidad de diferenciación y reconocerse como “si mismo” diferente de los demás, controlar los miedos y la ansiedad, adquirir seguridad etc. requieren que el SNC haya alcanzado la madurez adecuada.

Cualquier “asignatura pendiente” a lo largo de este proceso, será un factor de riesgo para la aparición de un trastorno en el niño.

Las alteraciones psicológicas en los niños, al igual que en los adultos, no aparecen de forma repentina y suelen ir precedidas de unos signos de alerta.

Un signo de alerta es la expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo pero no supone necesariamente la presencia de patología neurológica o psicológica instauradas.

Un signo de alerta aislado puede ser debido a la hipoestimulación o a una situación de disconfort momentánea del niño, por lo que le daremos valor cuando éste se presente en varias ocasiones o cuando observemos varios signos de alerta a la vez.

En un intento de simplificación y a pesar de la dificultad que representa atribuir los diferentes signos de alerta a una patología concreta vamos a enumerar alguna de las actitudes o conductas significativas que pueden hacernos sospechar una patología emocional:

Signos de alerta del R.N:

- Apatía/indiferencia/somnolencia
- Irritabilidad, llanto constante
- Rigidez, hipertonia
- Falta de recursos para calmarse
- Falta de adaptación al cuerpo
- Ausencia de respuesta a estímulos visuales o auditivos

Signos de alerta entre los 3m – 6m:

- Apatía/irritabilidad
- No sonrisa social
- Rechazo al contacto humano
- No interés por iniciar interacciones
- Escasa variación expresiva
- Dificultad de adaptación a los cambios
- No diferencia a la madre de extraños
- Mirada ausente
- Postura rígida cuando lo cogen

Signos de alerta entre los 6m – 12m

- No balbuceo
- Auto agresiones/Auto estimulación
- No conoce a las personas que lo cuidan habitualmente
- Miedo exagerado a estar solo
- No reclama la atención del adulto
- No extraña
- No imita gestos
- No explora juguetes
- Falta de interés por desplazarse

Signos de alerta del 2º año:

- No señala con el índice
- No expresa emociones

- No utiliza jerga con intención comunicativa
- Conducta estereotipada
- La no aparición del juego simbólico
- Conductas agresivas o de aislamiento
- Baja tolerancia a la frustración
- Timidez extrema/miedos exagerados
- Lenguaje ecolálico fuera de contexto
- Conducta desorganizada, opositora o negativista

Uno de los signos de alerta más importante es la falta de comunicación con el examinador.

Estos signos, aun siendo los más significativos, no son exclusivos de un posible desvío en el desarrollo emocional del niño al igual que otros no descartarían esta posibilidad.

En el niño pequeño tanto el desarrollo como sus manifestaciones son muy globales por lo que cualquier signo de alerta debe ser tenido en cuenta y hacer un seguimiento de su evolución durante tanto tiempo como sea necesario.

Conforme el niño va creciendo es más fácil distinguir a qué área específica del desarrollo pueden corresponder porque irán acompañados de otras manifestaciones que nos ayudarán a definir la patología.

También hay que tener en cuenta los signos de alerta psicosomáticos, asma, eczema, trastornos del sueño o de la alimentación o trastornos respiratorios. Lo orgánico tiene influencia en lo psíquico y viceversa por lo que no podemos de antemano interpretar algunas alteraciones del desarrollo o signos de alerta como manifestaciones de un problema orgánico o subyacentes a un trastorno emocional sin hacer antes las exploraciones pertinentes.

Durante la primera infancia es especialmente importante controlar que no se produzca una detención o regresión en el desarrollo del niño y que no exista ningún déficit sensorial.

Cuando en un niño se confirma la existencia de signos de alerta es preciso intervenir lo antes posible, como medida de prevención y en el caso en que los signos persistan, iniciar un proceso diagnóstico y un tratamiento.

La clasificación diagnóstica 0-3 (Zero to Three), fue elaborada en 1994 por el National Center for Clinical Infant Programs, después de años de

investigación, como complemento al DSM IV para la detección precoz de los trastornos del desarrollo en la infancia y es una herramienta de trabajo útil para unificar criterios en la descripción de lo que al niño pequeño le puede estar pasando.

Está dividida en las siguientes categorías diagnósticas:

100. – Trastorno por estrés traumático

“Abarca un continuum de síntomas presente en niños que han experimentado un único acontecimiento o una serie de acontecimientos traumáticos conectados o bien estrés crónico sostenido”.

200. – Trastornos afectivos

“Relacionados con la experiencia afectiva y la expresividad conductual del niño pequeño”.

1. – Trastorno por ansiedad de la infancia y la niñez temprana.
2. – Trastorno del estado de ánimo: reacción de duelo aflicción prolongada.
3. – Trastorno del estado de ánimo: depresión de la infancia y la niñez temprana.
4. – Trastorno mixto de la expresividad emocional.
5. – Trastorno de la identidad genérica en la niñez.
6. – Trastorno reactivo al apego (vinculación) por privación/maltrato en la infancia.

300. – Trastornos de la adaptación

“Perturbaciones situacionales leves, transitorias que no pueden explicarse con otros diagnósticos o no satisfacen los criterios de estos últimos. Deben estar ligados con un claro acontecimiento o cambio ambiental”.

400. – Trastorno de la regulación

“Dificultades para regular los procesos conductuales y fisiológicos, sensoriales, de la atención, motores o afectivos y para organizar un estado afectivamente positivo, calma alerta”.

1. – **Hipersensible** (temeroso y cauto y negativo y desafiante)
2. – **Hiporeactivo** (retraimiento y dificultad para el compromiso afectivo y ensimismamiento)
3. - **Desorganizado motor, impulsivo.**
4. – Otros

500. – Trastorno de la conducta del sueño

“Cuando la dificultad en el dormir es el único problema presentado por el niño de menos de 3a. Que no tiene dificultades en la reactividad sensorial ni para el procesamiento sensorial concomitante”.

600. – Trastorno de la conducta alimentaria

“Cuando un niño pequeño presenta dificultades para establecer patrones regulares de alimentación con una ingesta adecuada. El niño no regula el comer de acuerdo con sensaciones fisiológicas de hambre o saciedad”.

700. – Trastorno de la relación y de la comunicación (equivalente a TGD)

o

Trastorno multisistémico del desarrollo (TMSD)

“No contempla la dificultad de relación como un déficit permanente, relativamente fijado, sino como abierto al cambio y al crecimiento”.

1. – Patrón “A”
2. – Patrón “B”
3. – Patrón “C”

(Ordenados de mayor a menor gravedad pero todos con posibilidad de mejoría.)

Esta última categoría es especialmente interesante. En la práctica clínica nos encontramos con muchos niños que presentan “conductas o rasgos autistas” pero que debido a su relación con el entorno (objetos y personas) no cumplen los criterios del Sd. Autista, ni los de los Sds. de Asperger , Rett o el Sd. desintegrativo en la niñez por lo que lo incluimos en el apartado de TGD no específico. Esta nueva clasificación nos permite describir mejor la realidad de cada niño y ajustarnos al tratamiento y a la escolaridad que más le puede beneficiar.

Esta clasificación, especialmente diseñada para el diagnóstico de niños entre 0 y 3 años, incluye 5 ejes diagnósticos que nos permiten recoger una información casi exhaustiva.

Eje 1 : Diagnóstico Primero, a escoger entre los que acabamos de describir.

Eje 2 : Clasificación del diagnóstico relacional

Eje 3 : Trastornos o estados físicos, neurológicos, evolutivos y mentales (descritos en otros sistemas de clasificación)

Eje 4 : Estrés psicosocial.

Eje 5 : Nivel funcional del desarrollo emocional.

Contempla, desde distintas perspectivas, las posibles agresiones que puede sufrir un niño pequeño y que son las responsables de la aparición de un síntoma.

El desarrollo emocional de un niño, tal como sucede con la inteligencia, la motricidad, el lenguaje o su socialización es el resultado de la interacción entre su bagaje genético, sus antecedentes biológicos, la integridad de su sistema nervioso desde una perspectiva funcional y anatómica, las condiciones del entorno en el que el niño crece y se desarrolla y la calidad de la relación que el niño establece con este entorno.

La influencia de estos factores sobre el desarrollo variará en función de la vulnerabilidad/resistencia del niño.

En muchos casos, no sabemos en qué proporción uno u otro factor tienen más o menos peso, pero las distintas combinaciones entre ellos y la resistencia que el niño ofrezca, harán que tanto en situación de normalidad como en la patología cada niño sea único e irrepetible.

Los estudios de grandes poblaciones de niños con el mismo diagnóstico (Sd. Lesch-Nyhan, autismo, Sd. Rett, Sd. Williams, Sd. Down, Sd. Prader Willi, Sd. cromosoma X frágil, etc.) han permitido la descripción de distintos fenotipos conductuales.

Entendemos por fenotipo conductual “un patrón característico de anormalidades motoras, cognitivas, lingüísticas y sociales que se asocian consistentemente con un trastorno biológico”.

La mayoría de pacientes que padecen un mismo síndrome tienen una marcada tendencia a mostrar características similares aunque los síntomas puedan expresarse con una intensidad variable.

Los síntomas de irritabilidad, trastornos del sueño o de la alimentación, dificultades de relación o estereotipias y auto agresiones, deseo

desmesurado de agua, sonrisa permanente o apetencia desmesurada por la comida son algunos de los incluidos en fenotipos conductuales descritos y que pueden aparecer a edades tempranas y conducirnos a un diagnóstico erróneo si los consideramos aislados y no trabajamos en un equipo interdisciplinar que pueda descartar o confirmar la existencia de un síndrome específico.

Dentro de un mismo síndrome la evolución de cada niño es también singular pero conocerlo nos ayudará a interpretar algunas conductas y sobre todo a informar a los padres y a planificar el tratamiento del niño.

En las últimas décadas las situaciones de riesgo o de conflicto han aumentado: inmigración, adopciones, niños seropositivos, malos tratos, separaciones traumáticas de los padres, toxicomanías, niños nacidos en prisión etc.

El campo de la atención psicológica al niño y a la familia se va ensanchando y cada vez es más necesaria la especialización y los servicios interdisciplinarios de seguimiento de estas situaciones como prevención de una patología que puede acompañar y limitar al sujeto durante toda su vida.

Reflexiones finales

- Conocer el desarrollo normal.
- Actualizar nuestros conocimientos y filtrar la información que recibimos.
- Escuchar a los padres, informarlos, descupabilizarlos y ayudarles en el camino de la aceptación de su realidad.
- Situarse frente a cada niño como caso único.
- Iniciar el tratamiento aunque el proceso diagnóstico (médico o psicológico) no esté finalizado.
- Ser prudente antes de emitir un diagnóstico pero decidido en el momento que se conozca.
- Trabajar en colaboración con profesionales de otras disciplinas.

Marta Maristany

Unidad de estimulación precoz. Servicio de Neurología

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona