

# Las etapas del desarrollo madurativo



C. Escudero Álvaro

Psicólogo Clínico. Programa de atención a niños y adolescentes. Servicio de Salud Mental de Getafe. Madrid. España.

### PUNTOS CLAVE

- El desarrollo del niño normal y físicamente sano se desenvuelve a través de la resolución de conflictos y síntomas que pueden variar según la etapa del desarrollo madurativo.
- Para discriminar entre lo normal y lo patológico hay que tener en cuenta la edad cronológica del niño, la etapa evolutiva, la estructura psíquica y los vínculos con los padres.
- Entre los 15 y los 18 meses el sostenimiento físico y psíquico de la madre moldeará los ritmos de sueño y alimentación, que son básicos para el bienestar del niño.
- Entre los dos y los tres años aparece el juego simbólico, la capacidad para jugar al “como si”, el control de esfínteres y la adquisición de normas. Aparecen las típicas rabietas.
- Entre los cuatro y los cinco años el niño descubre que la relación entre los padres (niño-padre-madre) ya no es el centro del mundo.
- Hacia los cinco años se interiorizan las normas y el conflicto es ya interno. Este hecho consolida el control de impulsos.
- Entre los seis y los diez años se producen la socialización y los aprendizajes escolares. El colegio y el mundo de los pares son fundamentales para el desarrollo del niño.
- La pubertad y adolescencia son etapas de profundos cambios físicos y psíquicos. Se produce un duelo por el mundo y el cuerpo infantil y las relaciones con los padres cambian.
- Las intervenciones desde Atención Primaria son eminentemente preventivas. El seguimiento y apoyo en la crianza de los niños puede prevenir futuros trastornos.

- En todas las etapas del desarrollo pueden aparecer trastornos adaptativos que es necesario vigilar.

### RESUMEN

Cada etapa del desarrollo evolutivo y psicoafectivo del niño tiene sus propias características que conforman las adquisiciones y logros del desarrollo, de forma gradual, hasta conseguir una estructura estable. El tránsito desde la dependencia hasta la independencia, física y psíquica, requiere un largo periodo en el que es imprescindible el acompañamiento y apoyo de los padres. El desarrollo del niño sano no está exento de conflictos, síntomas y problemas. Diferenciar estas variaciones normalizadas de los signos de alarma que pueden derivar en cuadros psicopatológicos es fundamental para prevenir, o bien detectar, lo más pronto posible, los trastornos en el campo infantil.

### EL LÍMITE ENTRE LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN EL NIÑO

Establecer qué es lo normal en el niño, en términos estadísticos, es un planteamiento equívoco que resulta inútil en el campo clínico. Siguiendo esta línea, todo lo que no se encuentre en la media estadística sería anormal, es decir, patológico. Los términos normal y patológico son polos opuestos de un *continuum* en el proceso salud-enfermedad. Hay que precisar que la salud no está definida simplemente por la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar biológico y psicológico en un contexto familiar y social concreto. Por tanto, en este proceso hay una infinita variedad de situaciones individuales que hay que evaluar en el proceso de diagnóstico clínico. Estas diferencias pueden

oscilar desde lo que llamamos variaciones en el desarrollo, fenómenos que ayudan al crecimiento, hasta los trastornos ya considerados psicopatológicos.

El niño es un sujeto en evolución que sigue un proceso de desarrollo altamente complejo. Por una parte hay que considerar el desarrollo evolutivo de adquisición de funciones adaptativas e instrumentales. Este desarrollo se organiza en cuatro áreas principales: psicomotricidad, inteligencia, lenguaje y socialización. Por otra parte está el desarrollo psicoafectivo que es el proceso de estructuración del aparato psíquico y que le llevará a lograr la independencia psicológica y afectiva de los padres y a conseguir una identidad propia al final de la adolescencia. Ambos procesos están entrelazados, incidiendo uno en el otro, pero no son lineales, se producen avances y retrocesos; además no tienen los mismos ritmos y esta diacronía puede producir conflictos y dificultades.

Por lo tanto, el desarrollo del niño normal y físicamente sano, se desenvuelve a través de la resolución de conflictos y síntomas que pueden variar según la etapa del desarrollo madurativo. Los conflictos al principio serán externos, planteados por las exigencias de los padres en el proceso educativo, después el niño los incorporará como propios y se internalizarán.

Para poder discriminar entre normal y patológico es necesario tener en cuenta la edad cronológica del niño, la etapa evolutiva en la que se encuentra, la estructura psíquica alcanzada y el tipo de vínculos establecidos con los padres en el grupo familiar concreto. Si el síntoma (interiorizado o a nivel de conducta observable) tiene un papel organizador para el funcionamiento mental será propio de la normalidad. Muchos de los síntomas que se van a presentar a lo largo del desarrollo tienen como escenario privile-

giado el cuerpo, debido a que la discriminación mente-cuerpo necesita de una larga evolución, por tanto cualquier malestar (físico o psíquico) se manifestará a través de síntomas somáticos o funcionales.

## EL DESARROLLO HASTA LOS 15-18 MESES

El bebé recién nacido es totalmente dependiente, física y psicológicamente, de la madre. Está completamente indefenso ante los estímulos tanto internos como externos que además no discrimina. No tiene aparato psíquico organizado ni funcionamiento mental. Será por tanto la madre y la interacción entre ella y el bebé la que organice este caos de sensaciones. Las manifestaciones del bebé ante tensiones desagradables, frío, hambre, presión, humedad, etc., serán totalmente somáticas, lloros, pataleos, protestas, etc. Es el sostenimiento físico y psíquico de la madre el que moldeará los ritmos de sueño y alimentación, que son básicos para establecer el bienestar del niño. En esta primera etapa hay una simbiosis madre-bebé, en la que no existen todavía diferencias entre lo interno y lo externo, no hay dos sujetos, el niño no diferencia entre él y la madre (tabla 1).

Poco a poco se produce un progresivo desarrollo del funcionamiento mental del niño. Hacia el octavo mes empieza a diferenciar a la madre y a las personas significativas de los extraños. Este hecho es un indicio de que la simbiosis madre-hijo se ha convertido en vínculo. El niño empieza a discriminarse de la madre como algo diferente, la simbiosis se transforma en relación, aunque el niño, todavía inmaduro, seguirá dependiendo de su madre durante bastante tiempo. Se produce lo que entendemos como la relación de objeto, la madre es el primer objeto de amor privilegiado e im-

Tabla 1. Etapas del desarrollo

15-18 meses	2-3 años	4-5 años	6-10 años	11-18 años
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predominio de manifestaciones somáticas, progresivo desarrollo del aparato psíquico</li> <li>• Sostenimiento físico y psíquico de la madre. De la simbiosis al vínculo</li> <li>• El objeto transicional: la relación de objeto</li> <li>• Lenguaje y deambulación</li> <li>• Establecimiento de ritmos de sueño y alimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Periodo de intensa actividad psíquica</li> <li>• Control de esfínteres</li> <li>• Adquisición de normas</li> <li>• Logros en la autonomía</li> <li>• Aparición del juego simbólico</li> <li>• Establecimiento de la constancia objetal</li> <li>• Aparición de trastornos adaptativos o reactivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paso de la relación dual a la relación triangular</li> <li>• Reconocimiento de las relaciones entre los padres</li> <li>• Incorporación de la diferenciación sexual</li> <li>• Interiorización del conflicto y de las normas</li> <li>• Logros en la autonomía afectiva</li> <li>• Aparición de trastornos adaptativos o reactivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socialización</li> <li>• Reconocimiento del otro como sujeto, la relación entre pares</li> <li>• El aprendizaje escolar. Periodo de las operaciones concretas</li> <li>• Aparición de trastornos adaptativos o reactivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios físicos y psíquicos</li> <li>• Pérdida de la infancia y cambio en las relaciones con los padres</li> <li>• Crisis de identidad</li> <li>• Periodo de las operaciones formales</li> <li>• Sexualidad adulta</li> </ul>

prescindible para el niño, su ausencia ahora provocará angustia.

En este proceso aparecen los objetos transicionales, normalmente muñecos o juguetes con una textura blanda, cálida y suave, que representan una zona intermedia entre la realidad y la fantasía y son el soporte de todo tipo de simbolizaciones, el cuerpo del niño, la madre, etc. Con ellos el niño puede transitar desde la fusión con la madre en la fantasía, a la realidad de la relación con ella. Sirven para apaciguar estados de malestar o angustia, facilitan el juego y el estado de quietud necesario para dormir. Ya no hay ninguna duda de que el niño puede y debe dormir solo.

Estos indicadores nos señalan el progreso del niño. Al final de este periodo se inician las representaciones psíquicas. El niño ya tiene una imagen mental de las cosas en su ausencia, es capaz de buscar un objeto cuando se esconde. Representa un salto cualitativo a nivel cognitivo, lo que se conoce como la permanencia de objeto.

En este periodo se producen además dos hechos fundamentales, la aparición del lenguaje y la deambulación. Ambos producen un salto importante en la autonomía del niño. Puede pedir y nombrar las cosas y no depende del adulto para trasladarse de un sitio a otro, pasa de la pasividad a la actividad. Comienza una conducta exploratoria con el mundo circundante, quiere tocarlo todo y explorarlo todo. La respuesta de la madre ante estas conductas será vital para promover la curiosidad y el conocimiento o para bloquearlo ante el temor de posibles peligros.

Al final de este periodo los ritmos en el sueño-vigilia y los de la alimentación se establecen de forma regular. Ya hay periodos de sueño nocturno y diurno claros y la alimentación pasa a ser sólida. El proceso no está exento de dificultades, a veces producidas por el temor de la madre ante los cambios y el aumento de la autonomía del niño.

Los principales signos de alarma vienen dados precisamente por la ausencia de pautas establecidas en el ritmo sueño-vigilia y en la alimentación. Niños que están insomnes gran parte de la noche, bien llorando continuamente o de forma silenciosa; o bien que duermen durante gran parte del día y de la noche. Niños que rechazan la comida sólida y se aferran al biberón, o bien se niegan a comer. Otro conjunto de signos alarmantes pueden ser la ausencia de una mirada fija y penetrante, la ausencia de lenguaje o un retraso importante en la deambulación. Todos ellos son signos que nos hablan de las dificultades del vínculo entre la madre y el niño para desarrollar las potencialidades que el bebé trae con el nacimiento. Estos indicadores pueden deri-

var hacia trastornos psicopatológicos importantes del registro psicótico o autístico, trastornos generalizados del desarrollo, disarmonías evolutivas, etc.

## EL DESARROLLO ENTRE LOS DOS Y LOS TRES AÑOS

Es un periodo de intensa actividad psíquica que se va reflejando en un cambio importante en la conducta y la actitud del niño (tabla 1). Comienza el control de esfínteres, cuestión que va más allá de la mera limpieza esfinteriana. Cualquier niño sano logra el control espontáneo del esfínter cuando está maduro neurológicamente. El asunto se puede complicar cuando los padres son exigentes y fuerzan el control antes de tiempo con adiestramientos que para el niño son siempre penosos (horas sentado en el orinal, etc.). El ejercitamiento del control-expulsión del esfínter va acompañado de un ejercicio motor de mayor envergadura. El niño ejercita al tiempo toda la motricidad fina y gruesa obteniendo un gran placer de ello. Paralelamente, aparece el juego simbólico, la capacidad para jugar al “como si”. Puede ser un astronauta, un perro, hacer comiditas, dibujar, saltar, correr y por encima de todo jugar a “ser mayor”. En esta etapa quiere hacer las cosas solo y cada vez que algo le sale bien será una nueva conquista en su autonomía. El apoyo y el impulso por parte de los padres de todas estas capacidades, ayudarán a que el niño pueda renunciar a ensuciarse en cualquier sitio y a cualquier hora a cambio de una satisfacción mayor. Si por el contrario, los padres solo están interesados en que el niño sea “limpio” y no valoran sus nuevas adquisiciones, le colocarán en el lugar pasivo de la obediencia, al que cualquier niño sano se va a resistir.

Simultáneamente, se produce la adquisición de normas, aparecen las primeras prohibiciones por parte de los padres, acordes con las mayores capacidades motoras. El niño en su afán de conocimiento toca todo y quiere conocerlo todo y a veces se pone en peligro o rompe y destroza cosas. Es necesario “ordenar” toda esta actividad por parte de los padres mediante normas adecuadas a su edad. Empiezan por tanto las primeras nociones de lo que está bien o mal, lo que se puede hacer o no, etc. Ante las primeras frustraciones para lograr el placer bruto aparecen las rabietas, la obstinación y el negativismo. El niño dice “no” a todo aunque a continuación, generalmente, hace lo que se le pide. Son reacciones normales que no obstante plantean muchas dificultades a los padres. Ellos tienen también que renunciar al estrecho contacto físico que tenían hasta enton-

ces con el niño, para promover su autonomía en el cuidado de sí mismo, en el vestido, la alimentación y en sus pertenencias.

Al final de esta etapa se produce el establecimiento de la constancia objetal. Es decir de la capacidad de representar al objeto de amor ausente, fundamentalmente la madre, pero también el padre y cualquier persona significativa para el niño. Este hecho supone el correlato psíquico de la capacidad motora que abre las puertas a una mayor autonomía física y mental. El niño ya no necesita de la presencia permanente de la madre, cada vez con mayor frecuencia se entretiene solo, es capaz de jugar y hacer una infinidad de cosas sin ayuda directa de los padres, le empiezan a interesar los niños de su edad y disfruta cada vez más en compañía de sus iguales. Aunque simultáneamente hay periodos en los que necesita compartirlo todo con la madre por temor a la pérdida de su amor.

El periodo no esta exento de problemas y las adquisiciones tendrán avances y retrocesos. Las vicisitudes del desarrollo de cada niño y de la propia vida familiar, con cambios a veces importantes como muertes, separaciones, etc., producen a menudo trastornos adaptativos o reactivos de carácter transitorio. Generalmente pérdida de funciones ya adquiridas como trastornos del sueño, pérdida del control esfinteriano logrado, somatizaciones diversas, dolores abdominales, vómitos, tics, ansiedad de separación, miedos, etc. Los miedos en esta etapa son bastante frecuentes, producidos por la falta de madurez cognitiva y las características del pensamiento del niño, de tipo animista y mágico. Aparece el miedo a las tormentas, a los ruidos fuertes, a los animales, etc. En definitiva son trastornos propios del desarrollo evolutivo; solamente si aumentan en intensidad y permanecen en el tiempo pueden dar lugar a trastornos que necesitan ser abordados.

## EL DESARROLLO ENTRE LOS CUATRO Y LOS CINCO AÑOS

Esta etapa está determinada por el paso de la relación dual a la triangular. El aparato psíquico está ya más estructurado y el niño reconoce ahora la relación entre los padres, ya no es el centro del mundo (tabla 1). La madre no se completa con él, necesita de la relación afectiva de otro adulto, el padre (o su pareja). Los padres tienen una relación afectiva que no pasa por él, por tanto desde ahora la relación ya no será niño-madre o niño-padre, sino niño-padre-madre.

Este hecho supone un descubrimiento fundamental para el niño de profundas consecuencias. Por un lado le abre las puertas para la etapa posterior de la socialización; puesto que ya no es el sujeto imprescindible para el bienestar de los padres. Los avances en su desarrollo y los aprendizajes serán para su propia satisfacción en primer lugar y no estarán supeditados a las exigencias de otros. Pero por otro lado siempre supone una gran frustración para el niño comprobar que no es el único objeto de amor de sus padres. Esto conlleva un riesgo de fragilidad importante, el niño necesita consuelo y apoyo y sobre todo, que los padres le pongan en contacto con el mundo extrafamiliar donde podrá encontrar otras satisfacciones nuevas.

El reconocimiento de la relación entre los padres conlleva la interiorización de la diferenciación sexual. El niño ya había comprobado las diferencias sexuales anatómicas, pero ahora estas diferencias se incorporan a nivel psíquico. En estos momentos suelen aparecer conductas muy estereotipadas entre niños y niñas que responden al tópico de los roles sexuales. Los juegos son diferentes, los niños y las niñas tienden a jugar separados y la conducta de unos y otras con los padres son distintas. Ambos niños y niñas necesitan competir, relacionarse y seducir de forma completamente diferente para consolidar su rol sexual. En esta etapa aparecen las típicas preguntas sobre sexualidad que incomodan a los padres. Como se hacen los niños, como nacen, etc. Aumentan también las conductas masturbatorias de forma clara. Todas estas características son completamente normales en este periodo, únicamente es necesario aclarar al niño dónde y cuándo llevar a cabo estas prácticas y contestar a sus preguntas de forma verídica.

El final de esta etapa se caracteriza por la interiorización del conflicto y de las normas. Es decir de la interiorización de la instancia parental. El conflicto ya no se da entre los padres que prohíben o exigen, sino que la prohibición y la exigencia es interna y por tanto el conflicto está en el propio niño, entre lo que desea y no puede hacer, entre lo que tiene que hacer y no le apetece. Esto supone un logro fundamental en la autonomía afectiva, conlleva un importante aumento del autocontrol de los impulsos, de la capacidad de frustración, en definitiva de la demora de la satisfacción y la búsqueda de otros caminos más elaborados y sofisticados para obtenerla. Se instaura la diferencia entre el pensar y el actuar. Ya no se puede actuar sin un proceso de pensamiento previo que supone hacerse cargo de la responsabilidad de los actos y sus consecuencias. Ya no sirve el “lo hice sin querer”: aunque el niño lo siga repitiendo, en su fuero inter-

no ya sabe que es una excusa que no le exime del resultado de sus acciones. Descubre también que sus deseos pueden no coincidir con los de sus padres o los de otros niños y que tiene que negociar con ellos para el buen entendimiento y el bienestar propio.

En este período también suelen aparecer trastornos adaptativos o reactivos de carácter transitorio. Además de los ya mencionados en etapas anteriores pueden aparecer fobias a determinados animales o situaciones. Son mecanismos de desplazamiento de la angustia y una forma de elaborar los conflictos típicos de la etapa. Es muy frecuente la aparición de los llamados trastornos de conducta, impulsividad, descontrol de impulsos, fabulaciones y mentiras, adjudicación a otros de las propias acciones, etc. También son frecuentes cambios en el tono afectivo, ansiedad, irritabilidad, euforia, tristeza, ira, enfados, etc. Solo si son de carácter permanente pueden tener un significado psicopatológico.

## LA ETAPA DE LATENCIA, DE LOS SEIS A LOS DIEZ AÑOS

Es la etapa de la socialización y de los aprendizajes escolares por excelencia. Ahora el contexto extrafamiliar, el colegio y el mundo de los pares son el centro de atención y desarrollo del niño (tabla 1). Esto implica que los padres deben tolerar y fomentar el contacto del niño con sus iguales. Es altamente perjudicial para cualquier niño que los padres, movidos por sus miedos a los posibles peligros del mundo exterior, impidan este contacto conservando al niño con ellos en los fines de semana o en su tiempo libre, organizando las actividades familiares siempre en función del niño o prohibiéndole salidas o excursiones con sus iguales.

El reconocimiento pleno del otro como sujeto con sus propias necesidades, gustos y deseos, hace que el contacto con los pares sea fundamental en esta etapa. Los amigos se convierten en elemento fundamental para consolidar la identidad y la personalidad independiente del niño. Comienzan las reivindicaciones propias de la edad que indican la diferencia en gustos y deseos de los padres. El niño es ahora sumamente sensible y celoso de su intimidad. Se siente profundamente humillado si los padres o los profesores señalan en público sus errores, sus miedos o inseguridades, hablan de él, de su carácter o de sus cosas sin ningún miramiento con otros adultos, vecinos o amigos. Ya no cuenta todo lo que le pasa a los padres, los confidentes son

los amigos y compañeros. Los padres tienen que tolerar y entender este paso no como una falta de confianza sino como un desarrollo en la autonomía.

Este es el período de las operaciones concretas, se comienzan a manejar conceptos espaciales, temporales y numéricos, lo que abre paso a los aprendizajes escolares que será uno de los hitos más importantes de esta etapa.

Los trastornos adaptativos o reactivos de carácter transitorio en este período se caracterizan por la aparición de dificultades en los aprendizajes escolares, que a menudo son fuente de preocupación y angustia en los padres, o bien pueden estar determinados por exigencias excesivas y no acordes con las capacidades del niño. Pueden aparecer mecanismos y rituales de carácter obsesivo que sirven para metabolizar la angustia y controlar los impulsos. Pueden aparecer también mecanismos fóbicos ahora centrados en situaciones de carácter social, hablar en público, leer en voz alta, salir a la pizarra, etc.; producto de la inseguridad propia de esta etapa. Los trastornos de conducta suelen ser más discretos y limitados a situaciones concretas que suponen una novedad o un reto importante para el niño, discusiones o enfrentamientos con los amigos, afrontamiento de conductas agresivas en los compañeros, etc. Se pueden producir somatizaciones como cefaleas y dolores difusos. Solamente si estos síntomas permanecen en el tiempo o aumentan en intensidad tendrán un carácter psicopatológico.

## LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA, DE LOS 11 A LOS 18 AÑOS

Es una etapa de profundos cambios físicos y psíquicos. La pubertad se considera el inicio de los cambios fisiológicos y hormonales que culminarán en la adolescencia con los cambios psíquicos correspondientes (tabla 1). El cuerpo cambia y crece, a veces de forma desproporcionada, hasta adquirir la armonía final. Se desarrollan las características sexuales primarias y secundarias en niños y niñas (crecimiento de los órganos sexuales, menarquia, etc.). Estos cambios son el correlato de los cambios psíquicos de este período. Se produce ineludiblemente el fin de la infancia y del cuerpo infantil y se abre por tanto un período de duelo.

El adolescente experimenta un empuje de las pulsiones y deseos y se reeditan conflictos anteriores que, hasta ahora, permanecían latentes. Las relaciones con los padres cambian. Necesitan mayor distancia de ellos para reorgani-

zar una relación nueva de corte más adulto. Su cercanía produce un malestar importante, el adolescente se encierra en su mundo propio y permanece largo tiempo en su habitación. Este hecho produce dudas y quejas en los padres que continuamente plantean que “su hijo no es el de antes”. Indudablemente tienen razón, pero en la queja siempre hay un deseo de que vuelva a ser lo que era, cosa totalmente imposible. El duelo de la adolescencia conduce a una crisis de identidad en la que el adolescente se siente a menudo perdido. No comprende lo que le pasa, sus deseos, gustos, preferencias y relaciones ya no le satisfacen y no sabe claramente por qué, ni cómo sustituirlas por otras. El grupo de amigos se convierte en el contexto natural donde deposita su confianza, sus deseos y sus proyectos. Se produce una rebelión contra todos los valores del mundo adulto. Los padres pasan claramente a un segundo plano y junto con los profesores son las figuras representativas de este mundo que se vive como incomprensible e injusto. El adolescente es a menudo idealista y extremista. El amigo o amiga íntimo se convierte en el confidente de sus dudas, de sus ideales y proyectos, en ocasiones irrealizables.

En el plano cognitivo se produce un cambio importante, es el periodo de las operaciones formales que darán paso al pensamiento abstracto. El adolescente ya puede pensar sobre sí mismo, sobre ideas e hipótesis. Sin embargo, estas capacidades se ven con frecuencia estorbadas por el conflicto psíquico subyacente. El tono afectivo oscila con rapidez de la apatía a la euforia; la irritabilidad, la tristeza, la confusión, el cansancio, los cambios de humor rápidos y a menudo incongruentes para un observador exterior, son la norma.

El mundo interior del adolescente es complejo y caótico y en un primer momento estas características se reflejan en su aspecto exterior, en el desorden de sus pertenencias, de su habitación y de sus hábitos y horarios. Es muy importante que los padres comprendan el carácter transitorio de estas manifestaciones y la necesidad de intimidad que las acompañan. Las normas tienen que ir dirigidas a ofrecer un límite de seguridad al adolescente y no convertirse en imposiciones rígidas que, únicamente, favorecen el enfrentamiento. Frecuentemente la compañía de los amigos es lo más importante y también las primeras relaciones sentimentales y sexuales. En la adolescencia se produce el acceso a la sexualidad adulta, a una orientación sexual definida con todas sus consecuencias. Se abre un largo periodo de dudas y de experimentación. La primera relación sentimental y/o sexual, seguida a menudo de una ruptura o un fracaso,

produce un profundo malestar y un daño narcisista importante que exige un proceso de elaboración.

Los trastornos adaptativos o reactivos más frecuentes son el insomnio o la hipersomnia, la pérdida del apetito o la voracidad, el cansancio físico, las variaciones en el humor y las somatizaciones.

En este periodo se producen conductas de riesgo por la tendencia del adolescente a la actuación. El contacto con las drogas, el alcohol, la violencia, las fugas del domicilio familiar o los actos delictivos son algunos de los signos de alarma propios de esta etapa. Sin embargo, hay que estar atentos para hacer una valoración real de tales conductas. En muchas ocasiones los temores de los padres no son objetivos y ven riesgos donde no los hay. Buscar un espacio para que el adolescente pueda hablar, por sí mismo, de estos temas ayuda a valorar la situación en su justa dimensión. En el polo opuesto estaría la depresión o los riesgos de descompensación psicótica. Otros signos de alerta son los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia).

## INTERVENCIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Los pediatras y médicos de familia son los profesionales que tienen un mayor conocimiento del niño y su familia desde el nacimiento y en todas las etapas de su desarrollo madurativo. Son los primeros que atienden las dudas y dificultades de los padres sobre la crianza de los niños, por tanto las indicaciones y recomendaciones que pueden aportar son fundamentales para prevenir futuros trastornos:

- Informar a los padres de las características y necesidades propias de cada etapa del desarrollo.
- Proporcionar información a los padres sobre dificultades normales en el proceso de crianza. Los cambios en las conductas son producto del crecimiento y normalmente son transitorias.
- Escuchar y ayudar a los padres para el establecimiento de las necesidades básicas de cada etapa. Horarios fijos y estables, sueño, alimentación, tareas cotidianas.
- Apoyar a los padres en la puesta de límites en consonancia con la edad de los hijos.
- Aportar información a los padres y a los niños y adolescentes sobre los cambios que están atravesando.
- Apoyar a los padres para que sostengan la creciente autonomía de los hijos, facilitándoles el contacto y relación con los iguales.

- Recomendar actividades de ocio, deporte y tiempo libre.
- Informar, sin alarmar, sobre conductas de riesgo en la adolescencia, consumo de sustancias y alcohol, relaciones sexuales.

## LA DERIVACIÓN AL EQUIPO DE SALUD MENTAL

En la mayoría de los casos las intervenciones realizadas desde los equipos de primaria son eficaces para resolver las dificultades y problemas que se van presentando a lo largo del desarrollo. Sin embargo, en ocasiones, los signos o indicadores de riesgo, en cualquiera de las etapas del desarrollo, permanecen en el tiempo y pueden establecerse como síntomas en cuadros clínicos de mayor complejidad. En estos casos es necesaria una derivación al equipo de salud mental. Este es un tema delicado y que siempre produce en los

padres cierto malestar, a veces incompreensión y casi siempre dudas. Se sienten cuestionados en sus funciones, indirectamente culpabilizados y, o bien se angustian, o niegan la necesidad de la derivación.

Es preciso explicar la conveniencia de la consulta, explicar la necesidad de un abordaje más especializado y presentarlo como un beneficio para los padres y el niño. También hay que explicar al niño, de forma adecuada a su edad, esta consulta. Aunque sean pequeños entienden perfectamente que verán a un profesional que entiende los problemas de los niños. Si no se hace este trabajo se corre el riesgo de que no acudan al servicio de salud mental, o bien que asistan como un mero trámite sin aportar ninguna información útil.

En el informe de derivación no es preciso consignar un diagnóstico y siempre resulta más orientativa la descripción de los síntomas, de las conductas que presenta el niño y la actitud de los padres.

### CUADERNO DEL PEDIATRA

#### Lo normal y lo patológico en el niño

El niño es un sujeto en evolución que sigue un proceso de desarrollo altamente complejo. Las dificultades que puede presentar un niño en las distintas etapas madurativas pueden oscilar desde lo que llamamos variaciones en el desarrollo, fenómenos que ayudan al crecimiento, hasta los trastornos ya considerados como psicopatológicos. Para discriminar entre normal y patológico es necesario tener en cuenta la edad cronológica del niño, la etapa evolutiva en la que se encuentra, la estructura psíquica alcanzada y el tipo de vínculos establecidos con los padres. Si el síntoma (interiorizado o a nivel de conducta observable) tiene un papel organizador para el funcionamiento mental será propio de la normalidad.

#### Las etapas del desarrollo

La maduración del niño se desenvuelve a lo largo de cinco etapas centrales que engloban una doble dimensión. Por una parte, hay que considerar el desarrollo evolutivo de adquisición de funciones adaptativas e instrumentales. Este desarrollo se organiza en cuatro áreas principales: psicomotricidad, inteligencia, lenguaje y socialización. Por otra parte, está el desarrollo psicoafectivo, que es el proceso de estructuración del aparato psíquico y que le llevará a lograr la independencia psicológica y afectiva de los padres y a conseguir una identidad propia al final de la adolescencia. Ambos procesos están entrelazados, incidiendo uno en el otro, pero no son lineales, se producen avances y retrocesos; además no tienen los mismos ritmos y esta diacronía puede producir conflictos y dificultades.

#### Los signos de alarma

En cada etapa del desarrollo se pueden producir trastornos adaptativos, es decir transitorios, derivados de las dificultades normales del desarrollo. Es necesario vigilar su evolución para detectar si se resuelven o pueden convertirse en signos de alarma que requieren mayor atención.

### Intervención

Los pediatras son los profesionales que tienen un mayor conocimiento del niño y su familia desde el nacimiento y en todas las etapas de su desarrollo madurativo. Son los primeros que atienden las dudas y orientan a los padres en sus dificultades sobre la crianza de los niños, por tanto las indicaciones y recomendaciones que pueden aportar son fundamentales para prevenir futuros trastornos.

### Derivación

En la mayoría de los casos las intervenciones realizadas desde los equipos de primaria son eficaces para resolver las dificultades y problemas que se van presentando a lo largo del desarrollo. Sin embargo en ocasiones los signos o indicadores de riesgo en cualquiera de las etapas del desarrollo permanecen en el tiempo y pueden establecerse como síntomas en cuadros clínicos de mayor complejidad. En estos casos es necesaria una derivación al equipo de salud mental.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Ajuriaguerra J, Marcelli D. Lo normal y lo patológico. En: Ajuriaguerra J, Marcelli D (eds.). Psicopatología del niño. Barcelona: Masson; 1996. 49-63.
- Gracia F. La nueva educación. El síndrome de inmadurez psicológica de base educativa. Huesca: Mira Editores; 2002.
- Mahler MS, Pine F, Bergman A. Sobre la simbiosis humana y las subfases del proceso de separación-individuación. En: Mahler MS, Pine F, Bergman A (eds.). El Nacimiento psicológico del infante humano. Buenos Aires: Marymar; 1977. p. 51-135.
- Martínez C, Escudero C. La depresión en la infancia. En: García-Sicilia J, Almaraz Garzón ME, Ares Segura S, Muñoz Hiraldo ME, Parra Martínez MI, Ramos Boluda E, *et al* (eds.). Manual Práctico de Pediatría en Atención Primaria. Madrid: Publimed; 2001. 417-20.
- Mazet Ph, Houzel D. Desarrollo afectivo. En: Mazet PH, Houzel D (eds.). Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. I. Barcelona: Médica y Técnica; 1981. p. 67-87.
- Mazet Ph, Houzel D. Trastornos de expresión somática. En: Mazet PH, Houzel D (eds.). Psiquiatría del niño y del adolescente, Vol. I. Barcelona: Médica y Técnica; 1981. p. 199-235.
- Oosterbos H. The future of integrated primary care: community health centres at the heart of the neighbourhood. *Int J Integr Care*. 2006;6:1-2.
- Pacchieroti C, Bossini L, Castrogiovanni A, Pieracci F, Soreca I, Castrogiovanni P. Attachment and panic disorder. *Psychopathology*. 2002;35(6):347-54.
- Winnicott DW. De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. En: Winnicott DW (ed.). El proceso de maduración en el niño. Barcelona: Laia; 1981. p. 99-110.