



DESARROLLO PSICOLÓGICO INFANTO-JUVENIL

Dra. Elisa Barrios González

Vocal APap Canarias

Índice

INTRODUCCIÓN	2
EL TEMPERAMENTO	2
EL APEGO	3
EL VÍNCULO	4
LA AUTORIDAD	6
ESTILOS EDUCATIVOS	8
DESARROLLO PSICOAFECTIVO	11
DESARROLLO COGNITIVO	14
SIGNOS DE ALARMA	15
BIBLIOGRAFÍA	25



INTRODUCCIÓN

Es necesario que el pediatra de atención primaria conozca los aspectos básicos del desarrollo psicoafectivo y cognitivo del niño, para realizar una aproximación e intervención adecuada en relación con su salud mental.

El niño aprende a interiorizar las normas y los códigos de conducta desde los primeros años de vida y lo hace a partir de los modelos que el medio familiar y social le ofrece. Los problemas de comportamiento de los primeros años se agudizarán o tenderán a remitir en función de las pautas educativas y de interacción familiar, en primer término, y, después, en función de los valores y los modelos ofrecidos por el entorno social. Conociendo la evolución normal y los problemas más frecuentes, podemos a veces anticipar aconsejando pautas de conducta y otras veces intervenir antes de que la conducta se establezca definitivamente.

EL TEMPERAMENTO

Las personas se diferencian en la velocidad de sus movimientos, en cómo afrontan situaciones nuevas, en la intensidad de sus respuestas emocionales y en el esfuerzo que hay que hacer para distraerlas cuando están concentradas en una actividad

- **Temperamento fácil:** comprende la combinación de regularidad biológica, tendencia a la aceptación y acercamiento a lo nuevo, fácil adaptación al cambio y ánimo positivo. Este grupo comprende aproximadamente el 40% de las personas.
- **Temperamento difícil:** opuesto al anterior, irregularidad biológica, tendencia a rechazar lo nuevo, escasa adaptación al cambio y frecuentes expresiones emocionales negativas y de gran intensidad. Este grupo, que supone aproximadamente el 10%.
- **Temperamento de "calentamiento lento":** esta categoría comprende tendencias a la retirada o rechazo de lo nuevo, baja adaptación al cambio y frecuentes reacciones emocionales negativas de baja intensidad. Estos niños son a menudo etiquetados de tímidos. Este grupo comprende aproximadamente el 15% y se caracteriza porque al presentarle de nuevo las mismas situaciones en el tiempo y sin presión, son capaces de mostrarse tranquilos y con interés hacia ellas. A diferencia de los niños con temperamento difícil, los de este grupo son más regulares y sus respuestas emocionales más moderadas.



El comportamiento observado entre los 12 y los 24 meses puede diferenciar a aquellos niños que con el tiempo serán derivados a tratamiento psiquiátrico, aquellos padres con alta tolerancia a los comportamientos difíciles influyen de forma positiva en que el niño no desarrolle más trastornos. La irregularidad, la baja capacidad de adaptación y la falta de delicadeza son características del temperamento muy predictivas de la aparición posterior de algún trastorno psiquiátrico.

En la aparición de un trastorno psiquiátrico influyen las circunstancias que rodean al individuo, los rasgos de personalidad de aquellos que están en su entorno y la repercusión que un temperamento concreto tiene en los demás. El temperamento observado a los 3 años de edad permite predecir los trastornos de conducta, la estructura de la personalidad y la calidad de las relaciones interpersonales en el adulto joven, así como la adaptación social, laboral e, incluso, el riesgo de padecer un trastorno psiquiátrico.

Factores familiares

La comunicación familiar basada en la agresividad y la violencia y los malos tratos recibidos en la infancia forman parte de la biografía de un gran número de pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad antisocial. Son factores de riesgo la desorganización familiar, la disparidad de criterios y las agresiones entre los padres, la privación afectiva, trastornos mentales en los padres, abuso de tóxicos, etc. Otra característica de estas familias es la falta de control, supervisión y vigilancia de los hijos por parte de los padres.

EL APEGO

El ser humano desarrolla desde el nacimiento toda una serie de conductas de apego (llanto, sonrisa, vocalizaciones) cuyo fin es mantener la proximidad del cuidador. La figura de apego se utiliza como una base segura para explorar el entorno y como refugio en momentos de tristeza, temor o malestar. Permite el desarrollo de una representación interna de la figura de apego como disponible pero separada de sí mismo, pudiendo evocarlas en cualquier circunstancia.

El tipo de apego desarrollado en los primeros años va a influir en la futura vida emocional y en la salud mental de los individuos:

- **Apego seguro**, se caracteriza por la confianza en el cuidador, cuya presencia conforta. En su presencia, el niño es capaz de explorar el entorno. Ante la separación, el niño protesta,



pero puede mantener la exploración y se reencuentra con la figura de apego con alivio, confortándose fácilmente. Estos niños son más confiados y orientados socialmente, más empáticos y establecen relaciones más profundas.

- **Apegos inseguros**, las madres responden de manera menos sensible a las señales del niño en el primer año de vida, tardan más en consolar el llanto y presentan una relativa falta de ternura cuando sostienen al niño.
- **Apego ansioso-evitativo**, los niños no parecen verse afectados por las separaciones de la madre ni necesitan confort, y evitan o ignoran a la madre cuando se reúnen con ella. La evitación es una maniobra defensiva. Se ha correlacionado posteriormente con frecuentes conductas de evitación, altos niveles de hostilidad e interacciones negativas con iguales.
- **Apego ansioso-resistente**, se muestran cautelosos ante el extraño, reaccionan con gran ansiedad a la separación y buscan consuelo, aunque de forma ambivalente, en el reencuentro con la madre, no tienen confianza en que la madre esté accesible, por eso protestan e, incluso cuando está, no esperan que la madre responda a sus señales. Posteriormente se presentan como niños inhibidos con dificultades en las relaciones sociales.
- **Apego desorganizado**, los niños muestran conductas desorganizadas y confusas en el reencuentro, tienen experiencias relacionales tempranas tan dolorosas y caóticas que ni siquiera pueden organizarse en responder de forma regular. Es el patrón más frecuente en los niños víctimas de maltrato. Se relacionan en el futuro con altos niveles de agresividad, conductas coercitivas y hostiles, dificultades de atención y concentración y fracaso escolar.

EL VÍNCULO

Una de las dificultades más habituales que los padres encuentran es compaginar su responsabilidad de educación y protección a sus hijos con los vínculos afectivos que establecen con ellos, lo que en ocasiones parece entrar en colisión. Por lo tanto, uno de los aspectos clave para los padres es saber construir vínculos afectivos constructivos y positivos con sus hijos para proporcionarles la seguridad básica afectiva que sirve para generar crecimiento y autonomía en el niño.

Pero la interacción con las personas con las que convivimos no garantiza la creación del vínculo afectivo. Sin embargo, encontrarse unos padres que crían a un niño sin vincularse a él no es tan extraño y los efectos sobre ese niño son palpables. Y recordemos que vínculo y



dependencia no son complementarios sino opuestos. El vínculo posibilita la seguridad y la autonomía, la separación, precisamente aquello que impide la excesiva dependencia de los padres.

Creación y características de los vínculos afectivos

Las características que definen un vínculo afectivo son la implicación emocional, el compromiso en un proyecto de vida con continuidad, la permanencia en el tiempo y la unicidad de la relación. El proceso de construcción de un vínculo afectivo es un proceso de dos en el que cada una de las personas aporta, aunque sea un bebé, sus características diferenciales que hacen la relación única e irreplicable. Pero, además, no todos los vínculos, por el hecho de constituirse, son positivos. El indicador de falta de vinculación no suele ser el conflicto sino la indiferencia; incluso en muchos momentos los padres necesitan aprender a comprender y afrontar la agresividad como una muestra de afecto en negativo para poder encauzarla de modo positivo sin destruir ni cuestionar la relación que los une a sus hijos.

Por tanto, pensemos en cuáles son las estrategias necesarias para construir un vínculo afectivo positivo que dé seguridad al niño, que posibilite su desarrollo y, llegada la adolescencia, su separación de sus figuras vinculares:

- **Hacer el afecto expreso:** para vincularnos a alguien, hace falta expresar nuestros afectos, no darlos por sobreentendidos. Esto con los niños es clave. Por eso, los padres no pueden dar por sobreentendido su amor por ellos, porque entonces para ellos no existirá. Siempre que hemos de sancionar una conducta, hemos de cuestionar la conducta, nunca a la persona ni la relación afectiva que nos une a ella, es la diferencia entre decir "lo que has hecho está mal" y decir "eres malo". El afecto es algo que jamás se debe cuestionar, se debe cuestionar la conducta del niño, nunca el cariño que sentimos por él. Esa base de seguridad debe ser inviolable.
- **Generar un sentimiento de pertenencia.** La vivencia que define un vínculo afectivo para cualquier persona es la incondicionalidad; el afecto y la presencia de la persona no vienen condicionados por sus características o acciones. Eso genera en el niño el sentimiento de pertenecer a un sistema que va más allá de uno mismo, que lo ampara y lo acompaña.
- **El conocimiento mutuo y el tiempo compartido.** No sólo en cantidad, sino un tiempo de calidad, en el que haya comunicación, conocimiento mutuo y actividades compartidas.



Durante las primeras fases de desarrollo y de la creación del vínculo afectivo, la presencia física es un factor imprescindible.

- **El compromiso y el cuidado del otro.** Apoyar al otro en las dificultades, acompañarlo, escuchar, dar consejo o sencillamente “estar ahí” son estrategias psicológicas de creación de un vínculo afectivo.

LA AUTORIDAD

Una de las funciones clave del entorno familiar, junto con la generación de vínculos afectivos y la socializadora, es la normativa. Y es ahí cuando a menudo surgen los problemas. Por tanto, la autoridad es un componente no negociable del proceso educativo. Las normas y los límites, lejos de ser, como muchos creen, un derecho de los padres, son un derecho de los hijos. Son los límites que permiten que un niño de 2 años no se caiga de un árbol, que un adolescente aprenda a manejar la frustración del fracaso o que los niños no conciban la violencia como una forma de resolver los conflictos.

Unas normas claras, coherentes con la conducta de los padres (es importante recordarles que no se educa tanto en lo que se dice como en lo que se hace), consistentes entre la pareja y en el tiempo, y dialogadas, conocidas y razonadas con el niño, así como unos límites no negociables y unas consecuencias conocidas para el niño de la vulneración de la norma son estrategias educativas esenciales que ha de cumplir el grupo familiar.

Es muy importante **establecer límites claros** y normas de disciplina coherentes y estables, ajustadas a la realidad y capacidad del niño, desde muy temprano. Tanto la ausencia de estas normas como su excesiva rigidez pueden propiciar los problemas de comportamiento.

La palabra “disciplina” proviene de la misma raíz latina que “discípulo” y hace referencia a la acción de enseñar. Durante unos años este término cayó en desuso y se relacionaba con posturas o ideologías autoritarias.

Actualmente se van perdiendo estas connotaciones peyorativas. La disciplina ha de basarse sobre todo, en principios positivos: premiar, apoyar y valorar lo que se haga de bueno. Cuando el niño se comporta mal lo mejor es que afronte las consecuencias “naturales” de sus actos. Así, si ha roto algo debe repararlo, restituirlo o quedarse sin ello. Si llega tarde se le restará tiempo de su siguiente salida. Si se dirige a nosotros sin consideración o respeto no obtendrá nuestra atención ni nuestra ayuda. La psicología del aprendizaje muestra que el castigo sólo es efectivo para reducir la conducta en presencia del “agente punitivo” (es decir, al adulto que le impone el castigo) y genera actitudes negativas hacia éste, con lo cual la relación se deteriora. Si los padres



prestan atención y refuerzan los comportamientos positivos de sus hijos más que los negativos, éstos espontáneamente incrementarán su buena conducta. Si ignoramos lo que hacen bien y sólo les prestamos atención cuando no hacen lo correcto, estamos reforzando que se comporten mal.

La comunicación, es una tarea que conlleva tiempo y dedicación, y que con frecuencia se ve instrumentalizada y operacionalizada, dado el ritmo de vida que predomina. Si grabásemos las conversaciones familiares a menudo oiríamos una serie de órdenes y apremios “venga”, “vamos”, “date prisa”, “haz esto”, “no hagas esto”... No tenemos mucho tiempo para conversar relajadamente.

Una comunicación efectiva previene la aparición de los problemas conductuales, o ayuda a resolverlos. Si este contacto estrecho se ha mantenido desde la infancia, la crisis de la adolescencia tiene un menor impacto negativo. Un adolescente con problemas conductuales escucha muchas reprimendas al día, en diferentes ambientes: familia, colegio... No espera gran cosa de conversar con adultos, más bien intenta evitar tales ocasiones de ser sermoneado. Restablecer la comunicación no es fácil. Implica recordar que esta persona es más que sus problemas o sus síntomas. Es importante interesarse por lo que le gusta y le importa, y establecer una actitud de escucha, para que pueda confiar lo suficiente como para animarse a hablar.

Hay que encontrar algún terreno libre de conflicto, valorar cualidades y aptitudes del niño o adolescente que estén fuera de las áreas problemáticas, y, especialmente en la familia, no focalizar toda la vida familiar y la relación con el adolescente en torno a su trastorno.

Todo esto no puede improvisarse, necesita comenzarse muy pronto, y cultivarse. Es en el marco de una buena relación cuando se posibilita el desarrollo de la **inteligencia emocional**: conocer y comprender las emociones propias y ajenas y controlar su expresión e impacto para establecer relaciones asertivas y significativas con los demás.

El **poder** es la capacidad para influir en la vida del otro y los padres pueden hacerlo en positivo o en negativo. Una persona tiene poder sobre otra, sea adulto o niño, cuando es más fuerte físicamente, cuando esta persona la ama o cuando tiene una posición de autoridad sobre esa persona. Porque en situaciones de crisis, estrés o nervios todos sin excepción podemos abusar de ese poder que sentimos o tenemos, podemos cruzar el límite y hacerlo incluso bajo el argumento del bienestar ajeno.



ESTILOS EDUCATIVOS

Actitudes educativas autoritarias

Son padres que intentan determinar hasta el más mínimo detalle todas y cada una de las actividades de sus hijos, con lo que no existen indicaciones, sino órdenes que se pueden acompañar de amenazas, y en esas actividades la opinión de los hijos cuenta más bien poco; no es extraño que las descalificaciones o insultos sean la norma (inútil, tonto...), con lo que la posibilidad de que aparezca el maltrato físico o emocional suele ser habitual.

En estos niños se puede observar un impacto a medio y largo plazo, ya que interiorizan una pobre imagen de sí mismos, al opinar que sus figuras parentales tienen razón y que deben obedecer sin más (comentarios del tipo: 'soy malo', 'no hago caso', etc., sobre su conducta no suelen ser extraños). En ocasiones, estos niños intentan reaccionar con una cierta agresividad, adoptando una actitud individualista, tendiendo a desentenderse de lo que plantean sus padres e intentando guardar las apariencias con el fin de evitarse conflictos. A largo plazo, van poniendo en duda el cariño que sus padres dicen tenerles y terminan con trastornos del comportamiento y acusando a sus padres de egoístas.

Actitudes educativas de tipo controlador

El autoritarismo que se ejerce es algo más sutil, ya que tienden a educar a sus hijos según la imagen subjetiva que tienen de ellos mismos, y no tienen en cuenta las opiniones o gustos o preferencias de sus hijos; tratan de imponer a sus hijos la forma de vida que ellos tuvieron o bien de compensar alguna vivencia de inferioridad, por lo que se muestran excesivamente exigentes con sus hijos con el fin de mostrar los logros alcanzados, tratan de condicionarles con su propia visión del mundo, limitando la posibilidad de que sus propios hijos vayan descubriendo su propia vida y construyendo su propio mundo. De esta suerte, el efecto en los hijos consiste en un temor permanente a equivocarse, terminan por dudar de su propia valía, los errores les crean un gran sentimiento de culpa, se daña su autoestima y no consiguen lograr las metas propuestas por sus padres. Son también niños que fácilmente presentarán trastornos del comportamiento.



Actitudes educativas frustrantes

Son aquellas actitudes educativas que no demuestran cariño y en las que no se presta una atención suficiente hacia sus hijos. Incluyen un cierto rechazo hacia el hijo, al que consiguen rebajar e infravalorar. El castigo por cualquier posible o eventual desliz suele ser la norma. El impacto en los hijos va a depender del momento en que aparezca esta actitud de forma manifiesta, de tal suerte que cuanto más precoz se establezca este tipo educativo, el impacto va a ser mayor. Estas actitudes son las que producen efectos de mayor gravedad en los niños, y aparecen comportamientos agresivos, procesos depresivos concomitantes y una grave inadaptación social.

Actitudes educativas inconsecuentes

Estos padres cambian muy frecuentemente de actitud con sus hijos, castigan con frecuencia y, una vez impuesta la sanción, se arrepienten y se desdicen; son padres que tienen importantes y frecuentes desacuerdos entre ellos en relación con los objetivos y los métodos educativos. El resultado es que aparecen como unas figuras que se sienten inseguras y sin criterio educativo claro en relación con sus hijos, con lo que dependen de lo que oyen a otros padres o en cada situación. Con estas actitudes, los hijos tienen graves dificultades para formarse una idea objetiva de lo que está bien y de lo que está mal, por lo que se vuelven emocionalmente inestables, indecisos y temerosos por no saber, con justeza, a qué atenerse.

Actitudes educativas de inhibición

Son aquellos padres que no dan indicaciones a sus hijos acerca del camino que deben seguir, cada uno organiza su estilo de vida y lo modifica cuando lo cree pertinente, sin dar cuenta a los demás del contexto familiar. Son figuras parentales que no intervienen en los conflictos que se plantean con sus hijos (por ejemplo, no son capaces de discernir cuándo y cómo solicitar un apoyo o ayuda educativa o terapéutica). No suelen utilizar la alabanza, pero tampoco la crítica constructiva y nunca juzgan al niño, son padres con miedo ante los posibles traumas o frustraciones que la falta de libertad pudiera generar en sus hijos. Los hijos de este patrón educativo presentan dificultades evidentes para poder orientar su propia vida y poder ir descubriendo el sentido de las relaciones y de las cosas de la vida, con lo que fácilmente generan trastornos del comportamiento.



Actitudes educativas de sobreprotección

Este tipo de padres considera a sus hijos como unos seres débiles, incapaces e inexpertos, con lo que no permiten a sus hijos el ensayo de respuestas de forma autónoma, lo hacen con la sana intención de evitar al hijo un perjuicio ('no sabe hacerlo') y piensan que 'con el tiempo...' ya tendrán oportunidad de hacerlo solos, quizá cuando sea 'mayor' o ellos no estén. Estos hijos presentan una evidente y constatable ausencia de iniciativa personal, con una aparente despreocupación por las cosas, y están muy pendientes del contexto en el que viven, lo que da como resultado una gran inseguridad personal y una muy baja autoestima.

Actitudes educativas asertivas

Son las de aquellos padres que dedican tiempo y atención al comportamiento normal de su hijo, lo que les permite destacar las conductas correctas. Son figuras parentales flexibles ante los pequeños errores o desviaciones que puedan acontecer, por lo que castigan o corrigen los comportamientos más desadaptados, utilizando también el refuerzo positivo de las recompensas como estímulo y motivación. Los niños educados en estos ambientes presentan una elevada autoestima y una notable autonomía personal; tienen iniciativa para comenzar nuevas tareas y confían en sus posibilidades reales, lo que les permite tomar decisiones y se presentan como menos dependientes del contexto psicosocial.

ANEXO: ERRORES EDUCATIVOS DE LA PRÁCTICA EDUCATIVA ACTUAL

Hay dos aspectos educativos que generan consecuencias negativas, la **ausencia de un adecuado tiempo educativo y el desconocimiento del rol de padres**. La **ausencia de tiempo** genera un menor conocimiento de los hijos, lo que genera dudas, temor a equivocarse, sentimiento de culpa y sobreprotección. La sobreprotección genera la ausencia del desarrollo de una adecuada capacidad de frustración, desde pequeños aprenden que solo existe el SI, apenas el NO.

El **desconocimiento del rol de padres** supone que no posean un criterio educativo, objetivos, con lo que su educación es ambivalente y excesivamente tolerante, moldeando niños tiranos. No educar en la capacidad de frustración en la infancia, es en la mayoría de los casos causa de trastornos del comportamiento.



Asimismo, hay también otro grupo de padres cuyos hijos se encuentran con frecuencia sometidos a estrés crónico:

- Padres con trastornos psiquiátricos o toxicomanías.
- Padres en conflicto relacional grave o divorcio emocional.
- Fallecimiento o enfermedades crónicas de otro hijo.
- Situación de pérdida emocional con las propias familias de origen.
- Separación u hospitalizaciones prolongadas de padres o hijos.
- Problemática laboral grave.

Esto hace que sea de gran importancia desarrollar programas de educación para padres que, en algunos casos, supongan cambios en la forma de educar, en la manera de establecer límites y en la atención que se presta a los hijos.

DESARROLLO PSICOAFECTIVO

En general cada nueva fase de desarrollo del niño conlleva una separación mayor de sus cuidadores y una pérdida de modelos de vivir y relacionarse más o menos difícilmente alcanzados. Esto supone un proceso difícil, ya que el crecimiento implica diferentes pérdidas y exige una mayor responsabilidad y autonomía.

Primera infancia (los tres primeros años)

- **Fase autística:** abarca las primeras semanas, el niño no discrimina entre dentro y fuera. La satisfacción de las necesidades no las percibe como provenientes del exterior.
- **Fase simbiótica:** desde el segundo mes el bebé funciona como si él y su madre fueran una unidad dual omnipotente dentro de un límite único común.
- **Fase de separación-individuación:** de los cinco meses a los dos años y medio. La separación de la madre le conduce a la conciencia intrapsíquica de la misma, y a la adquisición de una individualidad distinta y única.
 - **Subfase de diferenciación (5-9 meses):** comienza el reconocimiento de la madre y el inicio de la individualización, muestra una variedad de reacciones ante personas que no son la madre que incluyen la curiosidad y el interés, y también la cautela y la ansiedad más o menos intensa (ansiedad de separación).



- **Subfase de ejercitación (9-14 meses):** el niño está muy interesado en explorar el ambiente que le rodea y ejercitar sus capacidades locomotoras, pero siempre con necesidad de volver a la seguridad materna. Este “reabastecimiento” le revigora y restablece su interés anterior en la exploración.
- **Subfase de acercamiento (15-24 meses):** se caracteriza por el redescubrimiento de la madre a la que ahora percibe como separada y con quien le gusta compartir sus experiencias y posesiones. Adquiere una mayor comprensión de su vulnerabilidad y se observa un incremento de la ansiedad de separación. El deseo de independencia y la conciencia de separación provocan en el niño una fuerte ambivalencia (desea estar unido a la madre y al mismo tiempo separado de ella) que se manifiesta en conductas de huida y seguimiento. El niño no puede tolerar fácilmente estos sentimientos ambivalentes hacia la madre que es vivida alternativamente como “toda buena” o “toda mala”. Son frecuentes las “pataletas” y enfados ante mínimas frustraciones, que los padres pueden vivir con gran desconcierto.
- **Subfase de individualidad y constancia objetal emocional (de dos años en adelante):** las adquisiciones significativas que contribuyen a su creciente individuación son el desarrollo del lenguaje, una cierta internalización de algunas normas puestas por los padres y el progreso en la capacidad de expresar deseos y fantasías a través del juego simbólico. La constancia objetal implica que el niño ha podido interiorizar una imagen de la madre relativamente estable e integrada en sus aspectos buenos y malos que le permite sustituir su presencia concreta. Si ha habido un predominio de experiencias positivas el niño tendrá una imagen global protectora, favoreciendo un desarrollo sano.

En torno a los dos años y medio se consigue el control de esfínteres y correlativamente la adquisición del “no”, junto con el desarrollo del lenguaje expresivo y el juego simbólico. También aumenta el interés por los iguales y progresa la socialización. El “no” supone una completa distinción entre el niño y los demás. Someterse al “no” de otro para después realizar el mismo gesto es una fuente de placer comparable con el juego.

El niño aumenta su oposición ante cualquier interferencia relacionada con sus emociones. La suciedad y el desorden le proporcionan gran placer, así como el deseo de acumular, poseer, dominar, destruir.

El control de esfínteres adquiere un valor relacional. Puede ser ofrecido como un regalo en el momento y la forma que se le solicita o por el contrario descargar las deposiciones a su



gusto como un medio de descargar las desilusiones. Si la madre y los cuidadores son sensibles a las necesidades del niño, podrán mediar hábilmente entre estos dos extremos, si, por el contrario, se impone el control de manera severa y sin concesiones, ello dará origen a una batalla entre ambos.

La etapa preescolar (3-5 años)

En este momento empieza a plantearse en serio la diferencia de sexos, manifestándolo por interés y curiosidad por las diferencias de género. Toma consciencia de que los padres participan de una relación de la que él está excluido y esto le llevará a intentar separarlos.

El conflicto edípico se manifiesta por su intención de mantener una relación exclusiva con cada progenitor, negando la relación que tienen ellos entre sí. En el caso del niño el interés mayor de exclusividad se centrará en la madre y viceversa en la niña. La ayuda de los padres, además de tranquilizar y dar afecto, consiste en preservar la vida íntima de la pareja en la inaccesibilidad al conocimiento y al control por parte de los hijos.

Paulatinamente se renuncia al deseo de "tener" por el deseo de "ser como", los padres son un modelo de referencia a imitar.

El principio de realidad ya se ha impuesto al principio de placer, el pensamiento mágico y los deseos omnipotentes se someten poco a poco a la "tozuda" realidad.

La fase de latencia o etapa escolar (6-12 años)

El inicio de la escolaridad coincide con el periodo de latencia, que supone el desplazamiento del interés por los padres al aprendizaje y las relaciones extrafamiliares. La adaptación al grupo adquiere gran importancia, preocupa la impresión que produce en los demás (son frecuentes las sensaciones de ridículo).

La tarea fundamental en esta etapa es la adquisición de conocimientos, se elabora el concepto de conservación y de muerte y se adquiere la capacidad para situarse en el espacio y el tiempo.

Adolescencia

La adolescencia es la etapa de la vida durante la que se persigue el establecimiento de una identidad adulta, para ello debe desprenderse de su mundo infantil, en el que vivía cómodamente. Supone tres grandes duelos:



- **El duelo por el cuerpo infantil perdido:** es característico que el adolescente viva con angustia e incertidumbre los cambios corporales, quiera o no se ve obligado a entrar en el mundo de los adultos.
- **El duelo por el rol y la identidad infantiles:** se ve obligado a dejar la dependencia y asumir responsabilidades. Debe buscar una nueva identidad, si su mundo interno ha crecido sano, esto le ayudará a elaborar la crisis de la adolescencia. Durante un tiempo en ellos coexiste una personalidad de niño y otra de mayor, y ambas se alternan de modo inesperado y totalmente imprevisible.
- **El duelo por los padres de la infancia:** las personas admiradas sirven como nuevos ejemplos que van relevando las representaciones parentales, los padres son sometidos a una crítica creciente en ocasiones cercana al desprecio. Por otra parte, los quiere retener buscando refugio y protección en una relación ambivalente. A veces padres e hijos tienen los mismos deseos ambiguos. Desde la función parental es fundamental poder tolerar el cuestionamiento e imaginar un hijo desprendido y autónomo para que el adolescente pueda construir su propia identidad.

EL DESARROLLO COGNITIVO

Periodo sensoriomotor (del nacimiento a los 2 años)

- **Fase adualística:** el niño no se interesa por un objeto más que para satisfacer su deseo inmediato.
- **Fase de permanencia parcial del objeto:** la coordinación óculo-manual le permite una percepción distinta del objeto que le ayuda a diferenciarse, pero el objeto no puede aún representarse en su mente.
- **Fase de permanencia objetiva:** ya es capaz de representar el objeto en su mente, aunque no esté ante su vista.

Al final de este periodo, se adquiere consciencia del yo corporal, insertado en un contexto espacio-temporal y con posibilidad de interiorizar lo vivido.

Periodo preoperatorio (de los 2 a los 7 años)

En este periodo el niño adquiere la capacidad de manejar el mundo y razonar de manera simbólica no solo de manera motora. Comienza a hablar a imitar en ausencia del modelo, a recordar algo sin necesidad de verlo. El juego simbólico testimonia esa profunda transformación



de la forma de pensar del niño. Pero su representación mental es estática, marcada por una fuerte rigidez, vive bajo el imperio del todo o nada. Es subjetivo, incapaz de considerar el punto de vista de los otros, egocentrista, por lo que las preocupaciones de la madre por otros miembros de la familia se transformen para el niño en experiencias de abandono (nacimiento de un hermano).

Paulatinamente se produce una acomodación creciente a la realidad y una mayor implicación social del niño. A partir de los 3 años comienza a desarrollarse un sentimiento del tiempo y las relaciones espaciales y con ello una mayor capacidad para tolerar la demora de la gratificación y para soportar la separación.

Periodo de las operaciones concretas (7-11 años)

A partir de los 6 años es capaz de realizar acciones mentales interiorizadas (operaciones) ya tiene un pensamiento lógico. Con nociones como conservación, seriación, clasificación y su carácter reversible.

Paso del pensamiento egocéntrico al socializado, hacia los 8 años se convence de que no todas las percepciones de las cosas coinciden y pasan a preocuparse por la impresión que causan en los demás y de las sensaciones de ridículo.

Periodo de las operaciones formales

A partir de los 12 años va a ser ya capaz de un pensamiento lógico a partir de hipótesis formuladas verbalmente, liberándose de lo real y construyendo diferentes mundos posibles. Hacer hipótesis, experimentar, hacer deducciones y razonar de lo particular a lo general.

SIGNOS DE ALARMA

Se ha considerado útil diferenciar entre los "signos de riesgo", que incluirían aquellos donde sería conveniente un seguimiento estrecho del niño por parte del pediatra pero que no precisarían de entrada una intervención psiquiátrica o psicológica, y los "signos de alarma", que serían aquellos que requerirían una derivación más o menos inmediata para valoración/intervención especializada.



ESCALAS RECOMENDADAS PARA SCREENING Y EVALUACIÓN

1. **Test de desarrollo de Gesell:** desde 4 semanas a 5 años. Explora conducta motora, adaptativa, lenguaje, personal y social. Mide edad y cociente de desarrollo en cada área y global.
2. **Escala de Brunet-Lezine:** de 1 a 30 meses. Cuatro sectores del desarrollo: motor-postural, coordinación óculo-motriz, verbal y social. Cociente de desarrollo para cada una de estas áreas (información sobre el ritmo de desarrollo de ese niño en relación con los de su misma edad).
3. **Escala de desarrollo de Bailey:** de 2 a 30 meses. Escala mental que proporciona un índice de desarrollo mental del niño y una escala motriz que proporciona un índice de desarrollo psicomotor.
4. **Inventario de desarrollo Battelle:** de 0 a 8 años. Explora conducta motora, adaptativa, comunicación, personal y social y cognitiva.
5. **Escalas McCarthy:** de 2½ a 8½ años. Índice cognoscitivo general (equivalente a CI).

DE 0 A 2 AÑOS

SIGNOS DE RIESGO (para control de su evolución)							
SUEÑO	ALIMENTACIÓN	PSICOMOTOR	LENGUAJE COMUNICACIÓN	REGULACIÓN EMOCIONAL	CONDUCTA	AFECTIVO RELACIONAL	PSICOSOCIAL
Pesadillas frecuentes (más de 1-2 veces /semana) Insomnio/hipersomnia persistentes Conductas / reacciones inadecuadas de los padres respecto a cuidados (cohabitación prolongada)	Fallo crecimiento/peso Vómitos o regurgitaciones reiteradas Apatía, falta interés en la succión Retraso en la alimentación con sólidos Niño que habitualmente es forzado a alimentarse Conductas / reacciones inadecuadas de los padres respecto a cuidados	Retrasos en relación a la edad cronológica	Retrasos en relación a la edad cronológica	Niños irritables, lentos en adaptarse a cambios en hábitos rutinarios, reacciones emocionales intensas	6 meses: no coge objetos 9 meses: no manipula objetos 12 meses: no señala con índice 18 meses: no señala partes del cuerpo. .No construye torres de dos cubos 24 meses: no obedece dos órdenes sencillas. No garabatea. No colabora al vestirse o desvestirse corre. Agresividad excesiva en las relaciones con otros niños	3 meses: o le tranquiliza la voz de su madre 6 meses: reacciones inadecuadas ante la separación y reencuentros (agresividad, llanto, negativa al ser consolado). Pasividad, evitación o ignorancia hacia la madre) a consecuencia de algún factor externo detectable Reacciones sobre o subinvolucradas de los progenitores con el niño	Convivencia conflictiva en el núcleo familiar Padres con bajo CI o enfermedad mental Enfermedades graves en la familia Alcoholismo y/o drogadicción Delincuencia y/o prostitución familiar Madres adolescentes Familias que no cumplimentan los exámenes de salud



SIGNOS DE ALARMA (para derivación especializada)								
COEXISTENCIA DE VARIOS SIGNOS DE RIESGO EN UNA O MÁS ÁREAS								
SUEÑO	ALIMENTACIÓN	PSICOMOTOR	LENGUAJE COMUNICACIÓN	REGULACIÓN EMOCIONAL	CONDUCTA	ATENCIÓN	APECTIVO RELACIONAL	PSICOSOCIAL
El niño permanece tranquilo, despierto y con los ojos abiertos toda la noche Gran insomnio acompañado de actividades motoras elaboradas (balanceo, cabezazos) o con rechazo sistemático al contacto Conductas o reacciones inadecuadas de los padres, que persisten a pesar de una primera intervención y/o se acompañan de algún otro signo de riesgo o alarma	Rechazo persistente al pecho o biberón Apatía, falta de interés en la succión Inapetencia persistente Pica o mericismo Conductas o reacciones inadecuadas de los padres respecto a los cuidados del niño, que persisten a pesar de una primera intervención y/o se acompañan de algún otro signo de riesgo o alarma	3 meses: falta control cefálico. Mantiene las manos cerradas con el pulgar hacia dentro 6 meses: persistencia de reflejos primarios. Piernas siempre estiradas y tensas (hipertonía) 9 meses: hipotonía de tronco. Ausencia de sedestación sin apoyo. Ausencia de presión radio-palmar 12 meses: o se pone de pie. Ausencia de pinza superior (pulgar-índice) 18 meses: no anda	6 meses: no emite sonidos 9 meses: no parlotea 18 meses: no emite ninguna palabra con significado	Niños irritables, lentos en adaptarse a cambios en hábitos rutinarios, reacciones emocionales intensas que persisten y/o se acompañan de conductas o reacciones inadecuadas de los padres	3 meses: no mira a la cara, no sonrisa social Movimientos estereotipados o repetitivos. Conductas autoestimulatorias 12 meses: no interés por el entorno. O juega o juego repetitivo 18 meses: o señala partes de cuerpo. O juego de imitación. No interés por otros niños 24 meses: no obedece órdenes sencillas. No colabora al vestirse o desvestirse	6 meses: no busca el origen de los sonidos 24 meses: ausencia de atención	3 meses: no intercambio con la madre 6 meses: ausencia de conducta anticipatoria al ser cogido 12 meses: reacciones inadecuadas ante la separación y reencuentros (agresividad, llantos, negativa a ser consolado, pasividad, evitación, ignorancia hacia la madre) que persisten en el tiempo 24 meses: agresividad excesiva en las relaciones con otros niños. Excesivo aislamiento Reacciones sobre o subinvolucradas de los progenitores con el niño si se acompañan de algún otro signo de riesgo	Si van acompañadas de algún otro signo de riesgo alarma

DE 3 A 5 AÑOS

Los signos de alarma hacen aconsejable la cumplimentación de alguna prueba de cribaje selectivo por parte del pediatra o la remisión directa a los servicios de salud mental. Cuando estos signos de alarma son dudosos o el cribaje resulta negativo, es recomendable un seguimiento más estrecho por parte del pediatra, con la eventual repetición de cuestionarios o pruebas.

PRUEBAS DE CRIBAJE RECOMENDADAS

- **Hitos** evolutivos del niño, Examen del Desarrollo Infantil de la Población de Denver (EDIPD). De 0 a 6 años.
- Nivel **socio-emocional**. ASQ-SE. Cuestionario para padres. De 6 meses a 5 años.
- Sospecha **TDAH**: Escala abreviada de Conners para padres y profesores (20 ítems). De 3 a 17 años.
- Sospecha **oposicionismo**. Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQCas). De 4 a 17 años. Para padres y profesores.
- Childhood **Asperger** Syndrome Test. De 4 a 11 años. Cuestionario para padres y profesores.



Tabla 2.- SIGNOS DE ALARMA (para control de su evolución o derivación especializada)			
	3 años	4 años	5 años
Sueño	Escasa duración. Duerme con padres. Hábitos irregulares. Trastornos que tienen importante impacto en la vida del niño o suponen peligro.		
Alimentación	Malos hábitos o excesiva selectividad de los alimentos. No cumplimiento de hitos del desarrollo.		
Desarrollo psicomotor	Caidas frecuentes o problemas con las escaleras. Incapaz de construir una torre >4 bloques. Dificultad para manejar pequeños objetos. Incapaz de copiar un círculo.	No puede tirar una pelota hacia arriba. No puede saltar. No puede pedalear en triciclo. No puede coger una pintura entre el pulgar y resto de dedos. Problemas para garabatear.	No puede correr sin caerse. No puede copiar un cuadrado. Dibujo de la figura humana irreconocible.
Comunicación	Balbuceo o discurso ininteligible. No hace frases cortas.	No reconoce partes de su cuerpo ni colores.	Dificultades de pronunciación. Gramática incorrecta.
Regulación emocional	No aprende de la experiencia ni generaliza ésta. Pesimista, triste.	No expresa sus emociones.	Habla de sí mismo en tercera persona. No distingue fantasía y realidad.
Conducta	Desorganizado en el medio escolar. Aislado. Rabietas constantes.	No imita a los adultos. No cumple ninguna regla.	Extremadamente tímido, agresivo, inquieto, impulsivo o pasivo.
Cognitivo-atención	No juego simbólico. No entiende instrucciones simples. No se concentra en absoluto.	Retraso significativo en hitos del desarrollo.	No entiende órdenes complejas. No puede estar concentrado en una sola actividad más de 5 minutos. Problemas con el uso del WC.
Afectividad	Poco interés en otros niños. Muchas dificultades para separarse de la madre.	Escasa respuesta a personas fuera del círculo familiar. Ningún interés en juego cooperativo. Llora o se resiste cuando se le separa de sus padres.	Respuesta escasa a las personas en general. Parece triste o infeliz la mayor parte del tiempo.

DE 6 A 11 AÑOS

SUEÑO

Las **pesadillas** son experimentadas al menos ocasionalmente por todos los niños, con un pico de frecuencia en los 5-6 años. Posteriormente la frecuencia baja, sin embargo, la mayoría de las personas continúan experimentándolas de vez en cuando a lo largo de toda su vida. No obstante, un niño que refiera tener numerosas pesadillas, con mayor frecuencia que una o dos veces por semana, es un motivo de preocupación, y habrá que estudiar si son debidas a la visión de estímulos de los que deberían alejarse o si son síntoma de un trastorno de ansiedad o afectivo.

Los **terrores nocturnos** y el **sonambulismo** tienen un pico de frecuencia a los 4-7 años para los primeros, y un poco posterior para el segundo, siendo detectados en al menos el 3% de niños entre los 5-12 años. Suelen existir antecedentes familiares cercanos, y la aparición de estas parasomnias por sí mismas no es indicadora de problemas emocionales. La gravedad residirá en la frecuencia e intensidad de las mismas y en la afectación en el descanso del niño. Suelen remitir en la adolescencia.

DESARROLLO PSICOMOTOR

El **estreñimiento** es algo inusual después de los 6-7 años. Una vez descartado el problema orgánico, hay que pensar en factores psicológicos, oposicionistas, del niño, o incluso en la presencia de abusos sexuales.



La **encopresis** hacia los 7 años sólo aparece en un 1,5% de los niños, y de ellos un alto porcentaje es secundario a un estreñimiento severo o a un retraso madurativo. En aquellos niños que se inicia después de los 5 o 6 años suele indicar un problema afectivo o de ansiedad, una fobia al WC, o estar asociada a problemas en el control de la agresividad.

La **enuresis** es atípica a partir de los cinco años, descartando problemas físicos. Es importante diferenciar la primaria de la secundaria, y, centrándonos en ésta última, deben valorarse factores precipitantes, generalmente de índole ansiosa o de naturaleza afectiva. Por otro lado, una enuresis primaria no resuelta puede ocasionar problemas en la autoestima infantil o en su círculo de amistades, por lo que debe intentarse el abordaje terapéutico a fin de solucionarla.

Desarrollo sexual: el desarrollo demasiado precoz en chicas predispone a cuadros de ansiedad al sentirse diferentes, demasiado altas o asustadas ante la curiosidad de sus compañeros, principalmente los varones. En los chicos resulta más problemático el retraso con respecto a la mayoría, sintiéndose pequeños, poco valorados e infantiles.

La **masturbación** de forma ocasional es algo común durante la infancia, tanto en niños como en niñas, y no tiene generalmente ningún significado patológico. No obstante, si se convierte en excesiva puede ser un signo de alarma (se define como excesiva una actividad masturbatoria que interfiere en la actividad diaria del niño). Habrá que descartar una lesión primaria que pueda causar irritación en la zona genital o una lesión secundaria. Alerta sobre niños poco estimulados, con privación emocional, o sobre abusos sexuales.

Las **conductas sexualizadas** antes de la aparición de los caracteres sexuales pueden alertar sobre situaciones que debemos vigilar: un lenguaje inapropiado por las verbalizaciones sexuales impropias para la edad son circunstancias anómalas que deben hacer pensar en cuadros emocionales, en abusos o contactos con material que pueda acelerar procesos propios de la adolescencia, con peligro de conductas sexuales de riesgo físico (embarazos, ETS) o psicológico.

El **rol sexual** a estas edades suele estar definido, y los niños y las niñas prefieren compartir sus juegos con compañeros del mismo sexo. Sin embargo, es bastante común para chicos y chicas prepuberales mostrar comportamientos sexuales que son más comunes en el otro sexo. Comportamientos afeminados en chicos o muy masculinos en chicas suelen preocupar a algunos padres y profesores; sin embargo, a nivel clínico tiene generalmente poca importancia, aunque deben descartarse signos de un trastorno de identidad sexual. La tendencia general es a



desaparecer, y pocos casos acaban conformando una situación de este tipo. Para el diagnóstico no sólo deben existir por norma conductas propias del sexo opuesto, sino un deseo de pertenecer a él y un rechazo por la propia sexualidad. Esta conducta con respecto al propio sexo y al opuesto debe ser estudiada a fin de descartar situaciones que hayan podido provocarla (abusos sexuales, patrones de vínculos familiares anómalos...).

La presencia de **estereotipias motoras** suele permanecer en niños con retrasos del desarrollo, con déficits intelectuales o en situaciones de mayor tensión psíquica.

La **tricotilomanía** puede ser un hábito aislado o ser sintomático de cuadros ansiosos o depresivos.

Los **tics** suelen tener su inicio alrededor de los 7 años, y suelen agravarse en situaciones de estrés o de mayor excitación. Pueden ser exclusivamente motores o combinarse con vocales. Resultan preocupantes en función del malestar y de las incapacidades que ocasionen al niño, y es en estas circunstancias cuando deben tratarse. Es importante hacer diagnóstico diferencial con enfermedades neurológicas: Corea de Sydenham, enfermedad de Huntington, epilepsias mioclónicas.

COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

La **socialización** es sin duda una forma establecida de comunicación, y los niños deben aprender habilidades en estos temas, niños con incapacidad para adaptarse a unas normas sociales, con inadecuación en sus comportamientos, con incapacidad para establecer relaciones apropiadas con iguales, deben hacer investigar cuál es el motivo. Así, podemos encontrarnos con familias que no han hecho la labor de limitar conductas, o niños con elevada impulsividad e inquietud, o niños con trastornos graves de conducta, bien por falta de empatía con el medio, bien por falta de enseñanza en el control de su agresividad. También encontraremos niños con gran dificultad para flexibilizar conductas y para observar y comprender un cúmulo de mensajes no verbales que regulan los comportamientos, así como niños incapaces de empatizar, o con indiferencia frente al establecimiento de vínculos afectivos.

El **juego** es una vía importante de comunicación con el entorno. Niños mayores de 6 años con poco o nulo juego simbólico o imaginativo o con una tendencia a un juego solitario y repetitivo deben hacer sospechar un trastorno generalizado del desarrollo o una deficiencia mental. El



contenido de los juegos y las actitudes durante el mismo también pueden orientar hacia trastornos emocionales.

El **lenguaje** (verbal y no verbal), fundamental en la socialización, debe ser objeto de exploración, pues puede hacer sospechar problemas graves en los niños. La ausencia de lenguaje pasados los cinco años es un signo de alarma, y debe hacer sospechar una deficiencia mental, un retraso específico del lenguaje, un trastorno del espectro autista, un déficit auditivo, un mutismo selectivo, o una situación de gran privación sensorial.

Discrepancias importantes entre el CI verbal y el CI manipulativo a favor del CI-M generalmente acaban clasificándose como formas de disfasia, expresivas o sensoriales. Es un hecho detectable desde edades muy tempranas, ya que suelen estar presentes desde el nacimiento.

Las **dislalias** pueden asociarse a retrasos específicos del lenguaje, y requieren rehabilitación especializada (el **tartamudeo** no se asocia particularmente con problemas emocionales, pero en casos severos pueden llegar a provocarlos). La **ecolalia** o los **neologismos**, el uso inapropiado del lenguaje corporal con ausencia de gestos apropiados o la presencia de otros que no deberían aparecer, así como el uso inadecuado de pronombres o una anomalía en la calidad de la voz, deben hacer pensar en la posibilidad de un trastorno grave. Ante todo, se debe descartar organicidad neurológica, fonológica y auditiva, para después pensar en el espectro de los trastornos generalizados del desarrollo.

El **mutismo selectivo** debe diferenciarse de situaciones de timidez, por lo que es bueno valorar el temperamento del niño y los vínculos familiares. No es infrecuente en niños de 5 años cuando empiezan el curso escolar.

REGULACIÓN EMOCIONAL Y AFECTIVIDAD

La edad escolar que abarca los 5-12 años es el periodo de aparición del trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad de separación y las fobias, entre ellas la fobia escolar. La **fobia escolar** suele tener picos de presentación en épocas de transición escolar: así, a los 5-6 años, a los 11 años y a los 14-15 años aparece más frecuentemente. El hecho de que el pensamiento del niño se haga más maduro le permite anticipar sucesos, y es esto precisamente lo que va a originar **ansiedades** anticipatorias propias de estos cuadros.



Durante la época escolar los **miedos** más frecuentes son hacia los daños corporales, y aparece la ansiedad por no ser reconocido o aceptado. Centrándonos por edades, a los 5-6 años se tiene miedo a animales salvajes, a monstruos y a fantasmas, a los 7-8 años los temores y ansiedades se centran en aspectos escolares, en eventos supernaturales y en daños físicos, y a los 9-11 años son miedos sociales, a guerras, daños físicos y funcionamiento académico, por lo cual si no afectan a la dinámica del niño y no se cronifican deben considerarse normales y pasajeros.

Trastorno de la vinculación afectiva, desde los primeros años de vida se pueden detectar niños que parecen tener vínculos inseguros con los padres, de forma que o bien no toleran su falta por corta que sea, o bien parecen excesivamente independientes de sus ausencias. A nivel escolar podemos encontrar niños incapaces de establecer unos vínculos afectivos apropiados, ni con adultos ni con pares, con importantes alteraciones de conducta y con una incapacidad para mostrar afectos o para darlos a los más cercanos, o buscando provocar el enfado precisamente en aquellos a los que más necesitan: suelen tener antecedentes de maltratos, institucionalizaciones, o cambios continuos de figuras paternas

Los **sentimientos depresivos** empiezan a verbalizarse a la edad de los 6 años tal y como se refieren a ellos los adultos. Comportamientos depresivos aparecen con frecuencia a estas edades en que la autoestima es tan variable y necesitada de gratificación, y son normales. Los signos de alarma dependen de la intensidad y la duración de estas conductas o cogniciones. Hay que prestar atención también a la expresión de sintomatología depresiva por medio de somatizaciones, dificultades en la concentración con fracaso escolar súbito y mayor irritabilidad. Los sentimientos de aburrimiento son constantes y no se circunscriben a periodos en los que no hay mucho que hacer. La apariencia física del niño, desvitalizada, también es un síntoma que no se debe desatender. La aparición de conductas autoagresivas se produce en épocas prepuberales y en la adolescencia.

CONDUCTA

Conforme los niños van creciendo, van aumentando las expectativas de que se adapten a normas sociales. Las rabietas no son toleradas y se espera que sepan la diferencia entre lo que es para ellos y lo que es de otros. El desarrollo de un razonable grado de conformidad necesita del desarrollo de habilidades y de capacidades. Si el desarrollo de estas habilidades no se produce se retrasa, aparecen dificultades sociales y trastornos de conducta, incluyendo conductas antisociales. Es fundamental que mejore su autocontrol en situaciones frustrantes.



Deben también aprender a autocontrolar las expresiones emocionales. Las rabietas deben disminuir en número e intensidad, pasando a expresar su incomodidad de una forma verbal y no física. Hay que tener en cuenta que todo dependerá del temperamento del niño y de condiciones asociadas, y que hay un gran margen de normalidad.

El principal riesgo es el desarrollo de **conductas opositoristas-desafiantes** que acaben provocando trastornos de conducta, hasta el **comportamiento disocial**. La detección temprana, la identificación de factores asociados a esta conducta y las pautas educativas son fundamentales para corregir conductas que deben normalizarse con la mayor premura para no perpetuarse ni complicarse.

Los robos como tales pueden considerarse a partir de los 6-7 años, que es cuando el concepto de propiedad está establecido, y la gravedad de esta conducta está en relación con la repetición de la misma y con la asociación a mentiras. **La mentira** es frecuente en estas edades, y hay que buscar el fin de la misma, ya que, si bien suele utilizarse para evitar castigos, también aparece en niños con poco éxito social, que encuentran en inventar historias una forma de atraer la atención de compañeros o de evitar afrontar una situación emocional dolorosa.

No obstante, **siempre es signo de riesgo o de alarma cualquier cambio en los patrones habituales de conducta**, graduándose la alarma en función de la potencial peligrosidad que para sí o para otros tengan estos cambios conductuales, o de la brusquedad de inicio del cambio, o en la asociación con cambios en otras áreas (sueño, alimentación, aprendizaje, etc.), debiendo derivar al niño al especialista.

ATENCIÓN Y APRENDIZAJE

La mayoría de los niños pueden leer palabras a la edad de 6 años, y a los 10 años deben haber adquirido la **capacidad lectora** suficiente para afrontar las tareas escolares diarias. La correlación entre capacidad lectora y CI es alta. Uno puede aventurarse a predecir con inteligencias no verbales en la media que el niño alcanzará unas capacidades lectoras apropiadas. El retraso específico en la lectura puede estar relacionado con antecedentes familiares, con factores socioeconómicos o con déficits neuropsicológicos, con déficits visoespaciales, con cuadros disléxicos y retrasos en la psicomotricidad, con retrasos en el lenguaje, con déficits sensoriales, y con trastornos del comportamiento, que incluirían el TDAH.



La aparición de **trastornos en el aprendizaje** debe ser motivo de valoración de la capacidad intelectual del niño. Es importante ante niños con fracasos escolares o con dificultades para el aprendizaje tener una valoración de su capacidad intelectual, y es esperable que las capacidades verbales y no verbales sean homogéneas. Patrones dispares de estas capacidades deben hacer pensar en problemas específicos del aprendizaje, que requieren un abordaje especializado. En caso de capacidades intelectuales bajas deben descartarse causas orgánicas, con estudios cromosómicos, de enfermedades metabólicas, o comorbilidades con trastornos del espectro autista.

Tal y como está planteada la sociedad actual, los niños que tienen éxito académico y en el aprendizaje tienen más posibilidades de forjar una autoestima más potente y ser más aceptados por compañeros y profesores, mientras que los niños con fracaso escolar suelen tener más problemas, ya sean externalizantes o internalizantes. Es posible también que sean estos problemas el origen del fracaso escolar, y lo cierto es que son niños de riesgo a los que debe estarse atentos.

Los problemas de **hiperactividad y déficit de atención** se caracterizan por un debut precoz, antes de los 7 años. Muchos padres hacen referencia a que sus hijos han sido así desde que nacieron o desde que empezaron a caminar. Pueden asociar problemas de conducta y dificultades en el aprendizaje, siendo estas quejas frecuente motivo de alarma familiar y escolar. Es imprescindible una valoración del niño no sólo durante la exploración, sino con información recogida de los padres y los educadores. Este trastorno, de no ser detectado y abordado, puede tener implicaciones muy negativas en el desarrollo emocional, afectivo, familiar, social y académico del niño.



BIBLIOGRAFÍA

1. Arroba Basanta ML. Introducción. En: AMPap, ed. II Curso Primavera 2007. Madrid: Exlibris Ediciones; 2007. p. 7-8.
2. Horno Goicoechea P. Autoridad y perdón en el vínculo afectivo. En: AMPap, ed. II Curso Primavera 2007. Madrid: Exlibris Ediciones; 2007. p. 31-9.
3. Pelaz Antolín A. Trastornos de conducta. En: AMPap, ed. II Curso Primavera 2007. Madrid: Exlibris Ediciones; 2007. p. 9-15.
4. Sasot LLevadot J., Freixas Benavides J. Trastornos de Conducta. 37º Curso de Pediatría Extrahospitalaria. 2010. Grindope. Barcelona.
5. Sasot-LLevadot J, Ibáñez-Bordas RM, Soto-López A, Montañés-Rada F, Gastaminza-Pérez X, Alda-Díez JA, et al. Consenso del GEITDAH sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes. Rev Neurol 2015; 61: 167-82.
6. Ortiz Soto P, et al. La entrevista en salud mental infanto-juvenil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:645-60.
7. Ortiz Soto P, et al. La entrevista en salud mental infanto-juvenil (II) el desarrollo psicoafectivo y cognitivo del niño. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:89 e41-e55.
8. Ortiz Soto P, et al. La entrevista en salud mental infanto-juvenil (III) La valoración psicopatológica y estructural del niño. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17: e69-e82.
9. Protocolos de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil de la AEP 2008. Protocolos cedidos por la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.
10. Rodríguez Hernández PJ, Santamaría Ramiro MT, Figueroa Quintana A. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO. GUÍA DIDÁCTICA Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. Año 2010.



ENLACES DE INTERÉS EN INTERNET

<http://www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm>

Contiene los criterios diagnósticos de la CIE-10.

<http://www.afescanarias.org/>

Página de la asociación de familiares y personas con enfermedad mental, en la que se ofrece un programa de formación y asistencia a las familias.

<http://www.anhida.org>

Asociación de niños con hiperactividad y/o déficit de atención, con recursos para profesionales y afectados.

<http://www.feaadah.org/>

Página de la Federación Española de Asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad..

http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_negativista_disocial.pdf

Detección y prevención de abuso sexual del Consejo de Europa de la campaña "Uno de Cada Cinco": www.laregladekiko. la web de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil: <http://www.fapmi.es>

o en la web de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil: <http://www.fapmi.es>