

María Jesús Mardomingo

TRATADO DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE



©María Jesús Mardomingo, 2015
Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos
Internet: <http://www.editdiazdesantos.com>
E-mail: ediciones@diazdesantos.es

ISBN: 978-84-9969-798-7
Depósito Legal: M-1644-2015

Fotocomposición: P55 Servicios Culturales
Diseño de cubierta: Luis Viani

Printed in Spain - Impreso en España

P

Presentación

Escribir un *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* supone un reto inmenso y una auténtica aventura personal. La psiquiatría infantil ha adquirido en el último medio siglo, y de modo particular en los últimos veinte años, una gran complejidad, pues ha incorporado los hallazgos de la biología molecular a la mejor comprensión del funcionamiento del cerebro y de las enfermedades psiquiátricas de los niños.

Este libro se basa en el que publiqué en el año 1994, un texto que ha sido objeto de una total revisión y considerable ampliación, por lo que en verdad el tratado actual puede considerarse como una obra nueva. Uno de sus objetivos es presentar al lector una exposición panorámica y al mismo tiempo detallada de la psiquiatría infantil, con los nuevos avances de la investigación y sus aplicaciones a la práctica clínica, situando al paciente y su realidad personal en el centro y motor de las decisiones del médico. El libro busca el rigor y la claridad formal, el diálogo con el pasado y la proyección hacia el futuro. Intenta vislumbrar y seguir la senda del conocimiento médico y psiquiátrico, sus líneas directrices y las corrientes básicas que lo sustentan.

La obra tiene, por tanto, una vocación comprensiva y global, que parte de los conocimientos previos y constata en qué medida permanecen, se transforman o desaparecen. Quiere así ser testigo de la evolución de esta especialidad en los últimos años y de las perspectivas que se abren de cara al futuro. Pero pretende algo más, ofrecer al médico y a todos aquellos que se relacionan con los trastornos psiquiátricos de los niños, herramientas concretas para el diagnóstico y el tratamiento, es decir, la posibilidad de detectar y entender lo que al paciente le sucede y los criterios para elegir el mejor de los tratamientos, de acuerdo con las pruebas científicas que así lo avalan.

Su desafío es mostrar la complejidad del conocimiento médico y psiquiátrico de nuestro tiempo con un lenguaje claro y preciso, que despierte el interés del lector y le haga sentirse aludido. No en vano, todo libro se escribe para que otro lo lea, y solo cuando el lector desvela su significado, la tarea de escribir termina.

El libro se dirige a lectores inquietos, amantes de la ciencia y la verdad, cultivadores de la incertidumbre e interesados por la condición humana, de modo particular, a aquellos que se entregan con devoción y vocación al ejercicio de la medicina.

+++++

La complejidad de la psiquiatría infantil se debe a la diversidad de los temas que aborda y a las múltiples relaciones que entre ellos existen, lo que la convierte en una especialidad apasionante. Parte de los genes y su inmenso poder en el diseño de la realidad personal y en la vulnerabilidad para sufrir enfermedades, pero junto a ellos, o mejor con ellos, se encuentran las circunstancias ambientales de la vida, la fortuna y la desdicha, de modo especial durante los primeros años de vida.

Los avances científicos son cada vez más rápidos, como lo son las transformaciones sociales que han cambiado el concepto de familia, identidad personal y sexual, salud y enfermedad, derechos del paciente y papel del médico. Surgen nuevas preguntas a las que se dan respuestas siempre provisionales, como es propio de la ciencia, pero cada vez más cercanas a la realidad y a la verdad.

La medicina del siglo XXI sigue planteándose los mismos interrogantes de la medicina hipocrática. Desea desentrañar las claves de la naturaleza humana y de los

modos de enfermar. Busca conocer el funcionamiento del cerebro humano y las leyes que lo rigen para así entender sus alteraciones. Se pregunta, en último término, de qué manera este órgano excepcional sirve de vehículo para la construcción de la conciencia e identidad de la persona. Son las preguntas de siempre, pero no las mismas respuestas.

Los avances de los últimos años son enormes. Ya es posible:

- contemplar al cerebro mientras funciona, en activo y en reposo, y observar sus cambios;
- cartografiar los genes del genoma humano y de otros animales;
- descubrir las sustancias químicas que intervienen en los procesos del pensamiento, la emoción y la conducta;
- actuar mediante fármacos sobre esas mismas sustancias y mejorar los síntomas clínicos;
- estudiar la relación entre estructura cerebral, función cerebral y comportamiento;
- seguir los cambios estructurales y funcionales del cerebro a lo largo de la vida;
- entender la profunda interacción de los genes y el ambiente (de qué modo los genes modifican el ambiente, cómo el ambiente a su vez modula la expresión de los genes y cómo los genes interactúan entre sí);
- tener un concepto integral de las medidas terapéuticas, en el que fármacos, psicoterapia y medidas de carácter ambiental se complementan.

Queda por delante un gran reto: ser capaces de trasladar a la práctica clínica, y en consecuencia a la vida de los pacientes, los hallazgos de la investigación. Que la eficacia de los ensayos clínicos se traduzca en efectividad y en eficiencia.

Queda también el reto de preservar el carácter humano de la medicina frente al progreso técnico y la presión económica, y definir de nuevo en qué consiste ser médico y de qué forma se transmite mejor a las nuevas generaciones la ciencia y la experiencia y, en último término, el arte humano de acercarse al paciente y comprender su realidad. Es decir, la psiquiatría y la medicina deben hacer compatibles los ideales y los logros, si no quieren perder su esencia.

+++++

El libro abarca los temas que, a mi juicio, son más relevantes para la comprensión y práctica de la psiquiatría infantil. Consta de cinco partes, 33 capítulos, 136 figuras, 255 tablas, más de 7.100 citas bibliográficas y 1.200 pá-

ginas. El término “niños” incluye también a los adolescentes, excepto cuando se indica expresamente otra cosa.

La *primera parte* consta de tres capítulos y plantea una visión temporal, conceptual y metodológica de la psiquiatría infantil. El primer capítulo muestra la evolución histórica de los trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes. El segundo plantea los fundamentos conceptuales de esta disciplina que se sitúa en el ámbito de la ciencia sin poder renunciar a las humanidades. El tercero aborda los principios racionales y experimentales de ciencias consolidadas como la estadística, la metodología de los ensayos clínicos y la gestión documental jerárquica de las fuentes, que permite encontrar con gran facilidad un dato concreto, al tiempo que plantea la dificultad de ubicarlo en un contexto. También se abordan los cambios del método de docencia, la relación profesor-alumno y la crisis de la Universidad y de la educación en general. Se expone de forma detallada el método de investigación, ofreciendo al lector las claves para leer artículos científicos y ser capaz de evaluar el rigor con que están hechos y en consecuencia el valor que tienen, pues tanto o más importante que dedicarse a la investigación es comprender los estudios que se publican y ejercer un juicio crítico sobre los mismos.

La *segunda parte* se compone de seis capítulos y se centra en los fundamentos neurobiológicos, el campo más complejo, interesante y, tal vez, determinante de la psiquiatría actual. Comprende los avances de áreas esenciales para entender la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, como la genética, el desarrollo del sistema nervioso, la neuroquímica, psiconeuroendocrinología, psiconeuroinmunología y experiencias tempranas. Se destaca la estrecha relación entre todos ellos y se dedica especial atención a la epigenética y a los primeros años de la vida del niño, así como a sus consecuencias en el futuro.

La *tercera parte* comprende los principales trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia. Consta de 17 capítulos que recorren los trastornos psiquiátricos más relevantes para la práctica clínica. Todos los capítulos se estructuran de idéntica forma. Comienzan con una introducción general y la definición e historia del trastorno y terminan con recomendaciones concretas para la práctica clínica, las conclusiones que más pueden interesar al lector y las vías futuras de investigación. Se constatan las variaciones de la prevalencia de las enfermedades psiquiátricas, cuando existen, los cambios y vicisitudes de los criterios diagnósticos y se exponen los nuevos criterios DSM-5. Se concede especial atención a la descripción clínica detallada de los trastornos, la comorbilidad y el diagnóstico diferencial. En todos los casos, el apartado más extenso y complejo es el de la etiopatogenia, en el que se exponen los hallazgos más destacados y mejor contrastados de la investigación. El tratamiento incide en

la farmacoterapia, la psicoterapia y los nuevos programas de formación y entrenamiento de los padres. Puede comprobarse que cada uno de estos capítulos reproduce en su estructura el esquema general del libro.

La *cuarta parte* consta de tres capítulos que se dedican a la evaluación y diagnóstico de los pacientes desde la perspectiva psiquiátrica, psicológica y de las técnicas de imagen. Estas últimas constituyen una auténtica revolución del estudio del cerebro.

Por último, la *quinta parte* se compone de cuatro capítulos que se centran en el tratamiento farmacológico, las psicoterapias, el tratamiento en la urgencia y los principios éticos de la práctica psiquiátrica, un tema con el que el libro termina y que considero esencial en nuestro tiempo. Por ese motivo propongo un decálogo ético y se lo dedico a los jóvenes psiquiatras infantiles, especialmente a aquellos que se consideran discípulos.

+++++

Desde el punto de vista personal, el libro nace del amor a la medicina, el gusto por la escritura, el afán de aprender y la esperanza de que, tal vez, a alguien pueda ayudarle. A lo largo de todo el proceso me he sentido acompañada de mis pacientes, a quienes tanto debo, y de tantas personas que me han animado a escribirlo y me han alentado mientras lo hacía: mi familia, mis amigos

y mis compañeros de AEPNYA y ESCAP, que me han transmitido la certeza de que el proyecto merecía la pena.

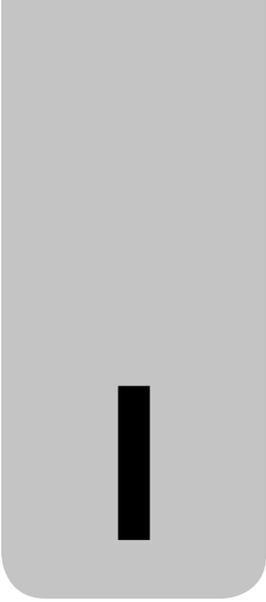
La lista completa de agradecimientos sería interminable. Gracias a Luis Viani, gestor incansable de la bibliografía, que ha hecho un trabajo imprescindible para que este libro se escribiera. Mi gratitud hacia él es inmensa. Gracias también a Antonio Manuel Muñoz, Félix Castro y Laurence Malick siempre dispuestos a prestar su ayuda. A Luis Viani y Mario Viani, que se han encargado del diseño de las figuras. A Elena Parra, Amalia Espinosa, Nieves Arias, Mari Paz Fernández, Mercedes Rodrigo, Marisa Catalina, Beatriz Payá, Mariano Velilla, Pedro Ruiz Lázaro y tantos otros, por su estímulo, sugerencias y apoyo.

Deseo dar las gracias, de forma especial, a mi editor, Joaquín Vioque. Siempre a mi lado. Y a José García Cuartero, que tanto esmero ha puesto en la edición.

Gracias, por último, a mis pacientes y a mis alumnos. Ellos son uno de los mayores acicates para seguir aprendiendo y mejorando.

Para todos, mi reconocimiento y gratitud.

MARÍA JESÚS MARDOMINGO



Índice

PRESENTACIÓN.....	IX
--------------------------	-----------

PARTE I **HISTORIA Y CONCEPTO**

1. HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.....	1
Introducción	1
Orígenes y desarrollo de la asistencia psiquiátrica general en España	2
El concepto de infancia: relaciones entre Psiquiatría infantil y Pediatría.....	3
Antecedentes históricos de la psiquiatría del niño y del adolescente	4
La transición hacia el siglo XX.....	6
La primera mitad del siglo XX: la Psiquiatría infantil como especialidad.....	9
Conclusiones y líneas futuras.....	12
Trabajos citados	13
2. CONCEPTO Y ÁMBITO DE LA PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.....	17
Introducción	17
Psiquiatría del niño y del adolescente y método científico	18
El problema cuerpo-mente.....	19
Los paradigmas y el desarrollo de la ciencia	20
Las escuelas de la psiquiatría y psicología académica.....	22
La relación médico-paciente en el contexto de la psiquiatría del niño y del adolescente	25
Las últimas tendencias: la segunda mitad del siglo XX	28
Perspectivas para el futuro	29
Conclusiones y retos ante el futuro.....	31
Trabajos citados	32
3. INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.....	35
Introducción	35
Investigación.....	36
Docencia	55

Las fuentes del conocimiento científico y el acceso a la literatura médica especializada	59
Conclusiones y orientaciones futuras	68
Trabajos citados	69
Glosario de estadística	72

PARTE II

FUNDAMENTOS NEUROBIOLÓGICOS

4. GENÉTICA DEL DESARROLLO DE LA CONDUCTA.....	75
Introducción e historia	75
Genética molecular	82
Genética molecular y desarrollo del sistema nervioso.....	89
Bases moleculares de los trastornos psiquiátricos	91
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	97
Trabajos citados	99
Glosario de genética.....	101
5. DESARROLLO DEL SISTEMA NERVIOSO Y TRASTORNOS DEL DESARROLLO.....	105
Introducción	106
Historia.....	106
Desarrollo del sistema nervioso	109
Trastornos del desarrollo del sistema nervioso	125
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	129
Trabajos citados	130
6. NEUROQUÍMICA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.....	133
Introducción	133
La comunicación interneural.....	134
Mecanismo de acción de los neurotransmisores	136
Mecanismos de control de la función neuronal	139
Anatomía de los sistemas de neurotransmisión	144
Síntesis y metabolismo de los neurotransmisores.....	149
Métodos de investigación de los neurotransmisores.....	152
Farmacodinamia de los neurotransmisores	154
Desarrollo ontogénico de los neurotransmisores.....	161
Neurotransmisores y psicopatología.....	163
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	166
Trabajos citados	167
7. PSICONEUROENDOCRINOLOGÍA.....	173
Introducción e historia	173
Principios y conceptos de Psiconeuroendocrinología.....	176
Neuroendocrinología de los trastornos psiquiátricos	194
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	200
Trabajos citados	201
8. PSICONEUROINMUNOLOGÍA.....	207
Introducción	207
Fisiología del sistema inmune y métodos de estudio	208
Unidad funcional inmuno-neuroendocrina y mecanismos neuromoduladores.....	214

Relación entre el estrés y la inmunidad	221
Función inmune y trastornos psiquiátricos	231
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	237
Trabajos citados	238

9. EXPERIENCIAS TEMPRANAS Y DESARROLLO DE LA CONDUCTA..... 247

Introducción	247
Modelos animales	248
Estudios clínicos	263
Trastornos psiquiátricos de la infancia relacionados con situaciones de privación ambiental	268
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	274
Trabajos citados	274

PARTE III SÍNDROMES

10. DEPRESIÓN 281

Introducción	281
Historia.....	282
Clasificación.....	283
Definición.....	285
Epidemiología.....	288
Etiología y patogenia	290
Clínica	302
Comorbilidad	303
Curso y pronóstico	305
Evaluación y diagnóstico	306
Tratamiento	311
Conclusión y líneas futuras de investigación.....	316
Trabajos citados	317

11. TRASTORNO BIPOLAR 327

Introducción	327
Definición.....	328
Historia.....	330
Clasificación.....	330
Epidemiología.....	331
Etiología y patogenia	332
Clínica	339
Comorbilidad	341
Curso y pronóstico	341
Diagnóstico	342
Evaluación.....	348
Tratamiento	348
Conclusiones y líneas futuras de investigación	353
Trabajos citados	353

12. TRASTORNOS DE ANSIEDAD..... 361

Introducción	361
Definición.....	362

Historia.....	363
Clasificación.....	365
Epidemiología.....	366
Etiología y patogenia.....	369
Factores de riesgo.....	381
Clínica.....	382
Comorbilidad.....	390
Curso y pronóstico.....	391
Diagnóstico.....	392
Evaluación.....	398
Tratamiento.....	399
Conclusión y líneas futuras de investigación.....	403
Trabajos citados.....	404
13. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.....	415
Introducción.....	415
Definición.....	416
Historia.....	417
Epidemiología.....	419
Etiología y Patogenia.....	420
Clínica.....	441
Comorbilidad.....	444
Curso y pronóstico.....	445
Diagnóstico.....	447
Evaluación.....	451
Tratamiento.....	453
Conclusión e investigaciones para el futuro.....	461
Trabajos citados.....	461
14. ESQUIZOFRENIA.....	475
Introducción e historia.....	475
Definición y clasificación.....	477
Epidemiología.....	478
Etiología y patogenia.....	480
Clínica.....	496
Comorbilidad.....	501
Curso clínico y pronóstico.....	502
Diagnóstico.....	503
Evaluación.....	508
Tratamiento.....	509
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	516
Trabajos citados.....	517
15. AUTISMO Y TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO.....	527
Introducción.....	527
Definición.....	528
Historia.....	529
Clasificación.....	531
Epidemiología.....	531
Etiología y patogenia.....	532
Clínica.....	544
Comorbilidad.....	550

Curso clínico y pronóstico	552
Diagnóstico	553
Diagnóstico diferencial	556
Evaluación	557
Tratamiento	560
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	566
Trabajos citados	566
16. TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	579
Introducción	579
Definición.....	580
Historia.....	581
Clasificación.....	583
Epidemiología	584
Etiología y patogenia	585
Clínica	595
Comorbilidad	598
Curso clínico y pronóstico	600
Curso clínico	655
Diagnóstico, diagnóstico diferencial.....	602
Evaluación.....	606
Tratamiento	610
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	619
Trabajos citados	619
17. TRASTORNOS DE CONDUCTA.....	631
Introducción	631
Definición.....	632
Historia.....	633
Clasificación.....	635
Epidemiología	635
Etiología y patogenia	638
Clínica	649
Comorbilidad	652
Curso clínico y pronóstico	654
Diagnóstico	656
Evaluación.....	661
Tratamiento	665
Prevención.....	669
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	670
Trabajos citados	671
18. SUICIDIO E INTENTOS DE SUICIDIO	683
Introducción	684
Definición.....	684
Historia.....	685
Epidemiología	688
Etiología y patogenia	690
Clínica	699
Comorbilidad	700
Curso clínico	704
Evaluación y diagnóstico	705

Tratamiento	710
Prevención.....	712
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	713
Trabajos citados	714

19. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA

NERVIOSA.....	725
Introducción	726
Definición.....	727
Historia.....	728
Clasificación.....	729
Epidemiología.....	730
Etiología y patogenia	732
Clínica	746
Comorbilidad	749
Curso clínico y pronóstico	751
Diagnóstico	753
Diagnóstico diferencial	754
Evaluación.....	755
Tratamiento	758
Prevención.....	764
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	765
Trabajos citados	766

20. TRASTORNOS DE TICS: EL SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE 775

Introducción	775
Definición.....	776
Historia.....	777
Clasificación.....	777
Epidemiología.....	778
Etiología y patogenia	781
Clínica	793
Comorbilidad	796
Curso y pronóstico	798
Diagnóstico	799
Evaluación.....	801
Tratamiento	802
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	808
Trabajos citados	809

21. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) 819

Introducción	819
Definición.....	820
Historia.....	820
Clasificación.....	822
Epidemiología.....	822
Etiología y patogenia	824
Clínica	833
Comorbilidad	836
Curso clínico y pronóstico	836
Diagnóstico	838
Evaluación.....	842

Tratamiento.....	843
Conclusiones y futuras áreas de investigación.....	849
Trabajos citados	849
22. TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL O DISFORIA DE GÉNERO	859
Introducción	859
Definición.....	861
Historia.....	862
Clasificación.....	863
Epidemiología	863
Etiología y patogenia	866
Clínica	875
Comorbilidad	877
Curso y pronóstico	878
Diagnóstico y diagnóstico diferencial.....	880
Evaluación.....	882
Tratamiento	884
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	888
Trabajos citados	889
23. DIVORCIO Y SEPARACIÓN DE LOS PADRES.....	895
Introducción	895
Cambios sociales y vida familiar	896
Epidemiología	898
Interacción familiar y desarrollo del niño.....	899
Clínica	900
Etiología y patogenia	901
Curso clínico	905
Factores pronósticos.....	908
Efectos del divorcio sobre los padres.....	910
Evaluación y diagnóstico	911
Síndrome de alienación parental.....	914
Prevención y tratamiento	917
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	919
Trabajos citados	920
24. TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS.....	925
Introducción e historia	925
Definición y criterios diagnósticos.....	927
Epidemiología	927
Etiología y patogenia	929
Experiencias tempranas. Estrés y consumo de drogas.....	934
Factores de riesgo y de protección.....	935
Clínica	937
Curso clínico	940
Diagnóstico y diagnóstico diferencial.....	941
Comorbilidad	942
Evaluación.....	942
Prevención.....	944
Tratamiento	945
Conclusiones y líneas futuras de investigación	948
Trabajos citados	949

25. RETRASO MENTAL O DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	955
Introducción	955
Definición.....	956
Epidemiología.....	957
Etiología y patogenia	958
Clínica y diagnóstico.....	965
Curso clínico	967
Discapacidad intelectual y psicopatología.....	967
Evaluación.....	968
Tratamiento	969
Conclusiones y líneas futuras de investigación	974
Trabajos citados	975
26. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE.....	981
Introducción	981
Definición e historia.....	982
Epidemiología.....	983
Etiología y Patogenia	984
Clínica.....	990
Comorbilidad	992
Curso y pronóstico.....	994
Diagnóstico y diagnóstico diferencial.....	994
Evaluación.....	996
Tratamiento	997
Prevención.....	998
Conclusiones y áreas futuras e investigación.....	998
Trabajos citados	999

PARTE IV
EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

27. EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES	1005
Introducción	1005
Objetivos de la evaluación psiquiátrica	1006
Métodos de evaluación	1006
Motivos de consulta	1007
Historia clínica.....	1007
Entrevista a los padres	1007
Antecedentes personales y desarrollo	1008
Entrevista con el niño.....	1009
Examen del estado mental	1010
Exploraciones complementarias	1012
Cuestionarios, escalas e instrumentos estructurados de evaluación	1013
Diagnóstico, plan de tratamiento e información de los resultados	1014
Trabajos citados	1014
ANEXOS	1017
28. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	1023
Introducción	1023
Motivo de consulta.....	1024
Características generales de los instrumentos de evaluación.....	1024

Limitaciones de los instrumentos de evaluación	1025
Tipos de instrumentos de evaluación	1025
Inteligencia y capacidad general	1025
Evaluación neuropsicológica	1031
Trabajos citados	1034

29. TÉCNICAS DE IMAGEN EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE..... 1037

Introducción	1037
Clasificación y descripción de las técnicas de imagen	1038
Aplicaciones de las técnicas de imagen al desarrollo normal y a trastornos psiquiátricos	1048
Conclusiones y áreas futuras de investigación	1058
Trabajos citados	1059

PARTE V TRATAMIENTO

30. PSICOFARMACOLOGÍA..... 1065

Introducción	1066
Dificultades históricas	1066
Farmacocinética	1067
Interacciones medicamentosas	1072
Farmacodinamia	1074
Mecanismos moleculares de la respuesta a los fármacos	1076
Mecanismos celulares de la respuesta a los fármacos	1077
Farmacogenética	1079
Principios generales del tratamiento	1080
Errores del tratamiento	1086
Estimulantes	1087
Atomoxetina	1090
Antipsicóticos	1091
Ansiolíticos	1097
Antidepresivos	1100
Estabilizadores del ánimo	1104
Agonistas alfa-adrenérgicos	1108
Conclusiones y áreas futuras de investigación	1109
Trabajos citados	1110

31. PSICOTERAPIAS..... 1117

Introducción e historia	1117
Definición	1118
Clasificación	1119
Eficacia, efectividad y eficiencia	1119
Mecanismo de acción de la psicoterapia	1121
Psicoterapia y tratamiento farmacológico	1122
Tipos de psicoterapia	1123
Plan de tratamiento	1136
Efectos adversos	1139
Pautas de tratamiento	1139
Evaluación	1140
Conclusiones y áreas futuras de investigación	1141
Trabajos citados	1142

32. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	1147
Introducción	1147
Evaluación en la urgencia	1149
El paciente agitado	1153
Conclusiones y áreas futuras de investigación.....	1163
Trabajos citados	1164
33. PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA.....	1167
Introducción e historia	1167
Medicina basada en hechos, derechos y valores	1168
El niño como sujeto de derechos y valores	1169
Dilemas éticos del diagnóstico y el tratamiento	1170
Conclusiones y líneas futuras de interés	1175
Trabajos citados	1175
ÍNDICE ANALÍTICO	1179

PARTE I

HISTORIA Y CONCEPTO

Capítulo

1

Historia de la Psiquiatría del niño y del adolescente

- **Introducción**
- **Orígenes y desarrollo de la asistencia psiquiátrica general en España**
- **El concepto de infancia: relaciones entre Psiquiatría Infantil y Pediatría**
- **Antecedentes históricos de la psiquiatría del niño y del adolescente**
 - De la Grecia clásica al Renacimiento
 - La Ilustración y las bases científicas de la Psiquiatría del niño y del adolescente
 - El siglo XIX: la etapa de afianzamiento
 - La Psiquiatría del Positivismo: ampliación del marco conceptual
- **La transición hacia el siglo XX**
 - La aparición de textos específicos
 - Los nuevos métodos pedagógicos
 - El comienzo de los tests psicométricos
- **La primera mitad del siglo XX: la Psiquiatría infantil como especialidad**
 - Las clínicas de conducta y de consejo a la infancia
 - El tema de la esquizofrenia en el niño
 - Las neurosis y la aportación del psicoanálisis
 - La Psiquiatría del niño y del adolescente, una especialidad reconocida
- **Conclusiones y líneas futuras**
- **Trabajos citados**

INTRODUCCIÓN

La historia de la Psiquiatría Infantil es relativamente corta. Su desarrollo como tal disciplina comienza en el siglo XVIII y solo logrará pleno reconocimiento bien entrado el siglo XX. Sin embargo sus orígenes se remontan en el tiempo, íntimamente unidos al concepto de infancia y al lugar que el niño ha ocupado en la sociedad y en el mundo de las ideas. El pasado de la Psiquiatría Infantil se nutre de la Pediatría y la Psiquiatría General, de la Pedagogía, la Sociología y los sistemas filosóficos, y de la Psicología y la Medicina Legal⁽¹⁾.

La Psiquiatría Infantil, lo mismo que la Pediatría y la Geriatría, son un buen exponente, a lo largo de la historia, de la actitud de la sociedad hacia sus miembros más débiles, un verdadero reflejo del concepto de infancia que una cultura determinada propugna y, probablemente, del modelo de hombre que esa misma cultura sustenta.

Conocer el pasado es imprescindible para entender el presente y prever el futuro. Ninguna forma de conocimiento surge en el vacío sino que enlaza y se sustenta en el conocimiento previo. Volver la vista atrás tiene como objeto recuperar lo que hubo de significativo y así evitar su pérdida y la huida hacia lo insignificante. También reconocer cuanto debemos a aquellos que nos precedieron.

A lo largo de este capítulo se expone en primer lugar el origen y desarrollo de la asistencia psiquiátrica general en España, como marco general de la asistencia psiquiátrica a la infancia, y a continuación el concepto de infancia y su manifestación en la evolución de la Pediatría y de la Psiquiatría Infantil. Se pasa después a la historia de la Psiquiatría Infantil propiamente dicha, con una breve mención a la Grecia clásica, a la Edad Media y al Renacimiento, seguida de los periodos correspondientes a la Ilustración, el Romanticismo de la primera mitad del siglo XIX y el Positivismo posterior, para llegar a los últimos años del siglo XIX y principios del XX, caracterizados por tres acontecimientos fundamentales: la aparición de textos específicos de Psiquiatría Infantil, la renovación de los sistemas pedagógicos y el comienzo de las escalas de medida de la inteligencia. Se describen como fenómenos característicos del siglo XX las clínicas de conducta y de consejo a la infancia de origen estadounidense, el concepto de demencia precoz y de esquizofrenia infantil y su impacto en el desarrollo de la disciplina, la aportación del Psicoanálisis al estudio de las neurosis infantiles y a su tratamiento, y el reconocimiento final de la Psiquiatría Infantil como especialidad. Se dedica especial atención a la historia de la psiquiatría infantil española, sin pretender una exposición exhaustiva, que además sería imposible, presentando aquellos hechos que están constatados y a los que la autora ha tenido acceso.

ORÍGENES Y DESARROLLO DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA GENERAL EN ESPAÑA

Los orígenes de la asistencia psiquiátrica en España se remontan al comienzo del siglo XV. En el año 1409, el rey Martín, *el Humano* aprobó la construcción en Valencia del primer hospital psiquiátrico conocido en Europa. A este le seguirían otros establecimientos en Zaragoza (1425), Sevilla (1436), Toledo (1480), Valladolid (1489) y Granada, en el siglo XVI, que en sentido lato se corresponden con el concepto actual de instituciones psiquiátricas^(2,3,4,5,6).

España fue, por tanto, pionera en la atención al paciente psiquiátrico a finales de la Edad Media, pero esta situación privilegiada, fruto probablemente del contacto e intercambio de las tres culturas españolas de la Edad Media –árabe, judía y cristiano-visigótica–, pronto comenzó a cambiar. En el Renacimiento las dificultades económicas terminaron con la autonomía de estas instituciones, convirtiéndose la mayoría en secciones de los hospitales generales, perdiendo su carácter propio y específico. En consecuencia, los enfermos pasaron a ser tratados desde la misma perspectiva que los pacientes generales, lo cual en algunos casos implicaba la equiparación del *alienado* con el *delincuente* como de hecho sucedía en otros países europeos.

En el siglo XVIII se recuperan algunos valores olvidados. En las instituciones españolas es el médico quien prescribe la conducta que se debe seguir con el enfermo; en algunos centros se exige un certificado médico previo al ingreso del paciente, y existen formas de tratamiento que se corresponden con lo que en nuestros días se ha llamado *terapia ocupacional*. Este concepto médico, y no religioso o punitivo, del paciente comienza en el Barroco e implica el reconocimiento del carácter patológico y susceptible de tratamiento de las enfermedades mentales. Las *Ordenanzas* de 1656 del hospital de Zaragoza consideran a los dementes “*enfermos como los demás*”^(2,7).

El hospital de Nuestra Señora de Gracia, de Zaragoza, servirá como fuente de información y conocimiento a Pinel, promotor de la revolución asistencial a los dementes en Francia y en el resto de Europa. En el año 1790 se funda otro centro con dedicación exclusiva a la atención de los alienados: el de Nuncio Viejo, en Toledo, el mejor de Europa en opinión de algunos autores, aunque tenía el inconveniente de no disponer de una huerta o terreno cultivable que permitiera la terapia ocupacional de los pacientes. En cualquier caso, a finales del siglo XVIII el Estado se apropió de las tierras que pertenecían a los hospitales y a los centros de beneficencia. Esta situación decadente terminó de deteriorarse con la Guerra de la Independencia (1803-1813) que no solo contribuyó a destruir la asistencia psiquiátrica en España, sino que destruyó materialmente muchos de sus hospitales, entre otros, el magnífico de Zaragoza⁽⁷⁾.

El siglo XIX fue una auténtica catástrofe para la asistencia psiquiátrica. Durante el reinado de Fernando VII tuvo lugar el derrumbamiento de las finanzas españolas que se traduce, entre otras cosas, en la supresión de la asistencia psiquiátrica y en la emigración de muchos intelectuales⁽⁸⁾. Mientras en el resto de Europa tenía lugar una renovación conceptual y metodológica, en España se pierde el concepto médico de la enfermedad psiquiátrica. El certificado de ingreso en un asilo, expedido hasta entonces por el médico, se sustituyó por una orden de la autoridad local, generalmente el alcalde^(2,9,8,10).

A lo largo del siglo se promulgan diferentes leyes y órdenes que apenas tienen repercusión en la práctica. Francia se convierte en la principal proveedora de libros científicos en un país que vive solo de traducciones, y algunos médicos españoles inician un movimiento de creación de centros privados que intentan llevar a la práctica lo que las instituciones públicas no han sido capaces de hacer: tratar al demente como a un ser humano enfermo al que hay que ayudar a sanar^(11,10).

Las primeras instituciones privadas aparecen en las regiones más favorecidas social y económicamente: Cataluña en primer lugar y Vizcaya después. Francisco Campderá funda el asilo de la Torre Lunática en Lloret

de Mar en 1844 y Antonio Pujadas el de San Baudelio de Llobregat en 1854. En 1857 comienza a funcionar el hospital de Nueva Belén, dirigido por Juan Giné y Partagás (1836-1903)⁽¹²⁾, donde se impartieron por primera vez clases de psiquiatría a los estudiantes de medicina. En 1863 se crea el Instituto Frenopático dirigido exclusivamente por médicos. En Madrid, el doctor Esquerdo funda el primer hospital privado en 1877 y ese mismo año comienza a funcionar el asilo de la Orden de San Juan de Dios en Ciempozuelos.

La primera asociación de psiquiatras tiene su origen en Barcelona en 1911. Mientras la enseñanza de la Psiquiatría en nuestro país se limita a clases dispersas, en Heidelberg se crea la primera Clínica Universitaria de Psiquiatría en Europa.

En resumen, puede decirse que la asistencia al enfermo mental en España fue claramente ejemplar a finales de la Edad Media y en el Siglo de las Luces, entrando en una vertiginosa decadencia en el siglo XIX. Con tan poca herencia, la psiquiatría española tendrá que afrontar los retos del siglo XX.

La Psiquiatría española estuvo claramente influida por la francesa, de orientación clínica, a lo largo de los primeros años de siglo XX, hasta el estallido de la Primera Guerra Mundial. Más tarde se apreciará una marcada influencia de la psiquiatría alemana, siendo Luis Simarro el primer psiquiatra que da a sus investigaciones la orientación histológica, clínica y experimental propia del modelo alemán. En este modelo se enmarca la obra de Santiago Ramón y Cajal, que junto con Simarro constituyen las cabezas visibles de la “primera escuela psiquiátrica madrileña”. El inspirador de la segunda será Nicolás Achúcarro, discípulo de Alzheimer en la clínica de Kraepelin, que tuvo como ilustres discípulos a los psiquiatras y neurohistólogos Lafora, Sacristán, Prados y Alberca. Mientras tanto en Barcelona ha comenzado también una “segunda escuela” en torno a Mira López^(13,11).

La nueva psiquiatría tuvo como órgano de expresión la revista *Archivos de Neurobiología*, creada en 1919 por Ortega y Gasset, Lafora y Sacristán, y que se sigue editando en nuestros días con el nombre de *Archivos de Psiquiatría*. Los *Archivos* introdujeron en España la psiquiatría alemana, el psicoanálisis, la fenomenología de Jaspers, el constitucionalismo de Kretschmer y lograron incorporar la psiquiatría española a la ciencia europea. La primera cátedra universitaria se creó en Madrid en 1933 y en Barcelona en 1934. La Guerra Civil arruinó el esfuerzo de los promotores de los *Archivos* y muchos de ellos partieron al exilio.

A partir de los años cuarenta disminuye la atención prestada a la histología del sistema nervioso y decrece la influencia del psicoanálisis. La fenomenología de Husserl, el existencialismo de Heidegger, Jaspers y Sartre, y la an-

tropología filosófica de Max Scheler son los tres puntos de referencia más apreciados, siendo López Ibor el máximo representante de esta corriente. Los años cincuenta se van a caracterizar por la incorporación de la psicofarmacología, cuyo desarrollo se incrementará de forma progresiva con los años. Posteriormente, la psiquiatría social, la antipsiquiatría, la psiquiatría comunitaria y la psiquiatría biológica formarán parte de la evolución de la disciplina, de tal forma, que dada la enorme transmisión de la información, propia de finales de siglo, la psiquiatría española puede considerarse a la altura del resto de Europa, recuperando el prestigio y la dignidad que marcaron sus orígenes.

EL CONCEPTO DE INFANCIA: RELACIONES ENTRE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y PEDIATRÍA

La historia de la Psiquiatría Infantil, de modo similar a la historia de la Pediatría, está íntimamente unida a la actitud general que la sociedad ha tenido frente a la infancia y al modo de entenderla. Una historia estrechamente entrelazada con la evolución de la sociedad y de la cultura, con la posición del niño en el matriarcado y en el patriarcado, con los grandes sistemas pedagógicos y con el lugar que ha ocupado dentro de las teorías médicas dominantes en cada momento histórico⁽¹⁴⁾.

El niño enfermo y el niño con trastornos psiquiátricos representa, en último termino, un espejo de la concepción que la sociedad tiene de la infancia en general, y es un claro exponente de las ideas, valores y tendencias que esa misma sociedad sustenta^(3,4).

Durante siglos el niño ha formado parte de los grupos marginados de la sociedad y su cuidado quedaba en manos de las mujeres⁽¹⁵⁾. Es verdad que los escritos médicos de diversas culturas recogían las principales enfermedades padecidas por los niños, pero no será hasta el siglo XVIII cuando aparezca el “*sentimiento de la infancia*”, es decir, la convicción de que esta etapa de la vida del hombre debe ser considerada como algo específicamente distinto^(16,17).

La Ilustración supuso el interés por el niño como objeto de compasión, como tema científico y como meta de la razón de Estado⁽¹⁸⁾. La mortalidad infantil elevadísima, superior al 20%, plantea un serio problema demográfico a los estados, ya que la riqueza es proporcional al número de ciudadanos^(19,77,20). Es necesario, por tanto, luchar contra la despoblación mediante una política financiera y a través de la progresiva medicalización de la infancia. En España este proceso coincide con el reformismo centralista de la dinastía de los borbones⁽¹⁶⁾.

La preocupación por los expósitos y su acogida en asilos y orfanatos será una de las manifestaciones más importantes de este nuevo estado de ideas en relación con el niño^(21,22). Un antecedente de estas instituciones fue la

creada en Valencia en el siglo XIV, llamada *Pare dels orfens*, y que tenía como finalidad evitar que los niños mendigaran⁽²³⁾. Las ideas de Locke, Rousseau y Pestalozzi se extienden por toda Europa mientras en España destacan los pedagogos Feijóo, Sarmiento y Jovellanos. Una cierta idea romántica del niño va ganando prestigio entre las clases más acomodadas. El niño es la “*tabula rasa*” a partir de la cual se formará el hombre futuro. Locke (1632-1704), en su obra *Some thoughts concerning education*⁽²⁴⁾, sostiene que el hombre es lo que la educación hace de él y el niño se convierte en el portador de la esperanza social de crear una humanidad nueva y mejor⁽¹⁹⁾.

Jean Jacques Rousseau (1712-1778) concibió la infancia como una realidad psicológica bien definida, con su valor propio y con su derecho al desarrollo. La infancia encarna la “*belleza natural*” y debe ser protegida y resguardada de la corrupción propia de la civilización. El cuidado del niño abarca la “*educación medicinal*” y la “*educación moral*”.

En el siglo XIX surge la Pediatría como especialidad, pero las enfermedades del niño siguen siendo consideradas como enfermedades del adulto, a las que se suma la peculiaridad del organismo infantil. La Pediatría permanece unida a la Medicina general hasta mediados de siglo, sufriendo la limitación intelectual de esta situación.

La literatura médica consagrada a la infancia en España es escasa en la primera mitad del siglo XIX. Aparecen después importantes obras de divulgación de las normas de higiene, todas ellas escritas por médicos. La influencia de los médicos sobre los poderes públicos conseguirá la promulgación en 1904 de la *Ley de Protección de la Infancia*.

La Pediatría de principios de siglo tiene un carácter regeneracionista que en algunos casos llega incluso a plantear el estudio integral del niño, que abarca los aspectos biológicos, histológicos, higiénicos, psicológicos, jurídicos y sociológicos. Sin embargo, esta concepción integral se quedó en la mayoría de los casos en un deseo digno de elogio. La medicalización progresiva de la Pediatría, que se da a partir de entonces, y cristaliza después de la Guerra Civil⁽¹⁶⁾ no incluye el estudio de los trastornos psiquiátricos infantiles⁽²⁵⁾ que se supone que pertenecen al campo de la Psiquiatría. Esta separación y distanciamiento mutuo entre Psiquiatría y Pediatría es el claro exponente de una mentalidad dominada por la dicotomía alma-cuerpo, tan perniciosa para el progreso de la medicina del niño.

La mutua ignorancia entre Pediatría y Psiquiatría Infantil comienza a desaparecer a partir de los años setenta cuando se crean las primeras unidades y secciones de Psiquiatría Infantil en los nuevos hospitales generales, formando parte de los hospitales infantiles. Así fue en

Madrid en el Hospital de la Paz con Flora Prieto, en el Hospital Vall d’Hebron en Barcelona con Josep Tomás, y en el Hospital Gregorio Marañón con quien escribe este texto. A partir de entonces y de modo progresivo se desarrolla la interconsulta con pediatría general y con el resto de especialidades pediátricas.

La asistencia psiquiátrica a la infancia en nuestro país tiene una fecha importante en 1961 con la creación de los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica en todas las capitales de provincia pertenecientes al Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica⁽²⁶⁾. Este patronato desaparecerá años más tarde, dándose una progresiva incorporación de la Psiquiatría Infantil a partir de entonces los hospitales pediátricos ubicados en hospitales generales (Gregorio Marañón y La Paz en Madrid, y Vall d’Hebron en Barcelona), hospitales clínicos (Zaragoza, Valencia, Sevilla, Valladolid, Santiago, Barcelona), así como a los servicios de psiquiatría de adultos ubicados en los dispensarios de Ayuntamientos y Diputaciones (aunque con escasos medios) y centros de atención primaria⁽²⁷⁾. Fueron creados también cuatro hospitales específicos de Psiquiatría Infantil, que recibían el nombre de Institutos médico-pedagógicos y se dedicaban preferentemente a niños con retraso mental: el de Fray Bernardino Álvarez, en el año 1948 en Madrid, dirigido por Francisco Javier Mendiguchía; el Rodríguez de Miguel en Zamora en 1970; El Pinar en Teruel, también en 1970, y el Sanatorio Psiquiátrico Infantil La Atalaya en Ciudad Real en 1971⁽²⁸⁾.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Desde el punto de vista académico, los orígenes de la Psiquiatría Infantil enlazan con la pedagogía, la criminología, la sociología, la psiquiatría y la neurología, recibiendo su impulso por la constatación de dos entidades médicas bien establecidas y que suponen un problema social: el retraso mental y las psicosis infantiles. A ambos se añadirán, ya en el siglo XX, los trastornos de la conducta, especialmente el problema de la delincuencia.

La reflexión acerca de las causas de la deficiencia mental, que se hace en el siglo XVIII, propiciará el surgimiento posterior de la era científica de la psiquiatría del niño. Antes de este siglo poco puede reseñarse acerca de la historia de la Psiquiatría Infantil, salvo la referencia al trabajo del francés Itard (1775-1838), con Víctor, el salvaje de Aveyron, la enseñanza a los sordomudos del español Ponce de León (1513-1584), inventor del primer método de instrucción de estos pacientes, y los trabajos también con sordomudos del portugués Pereyra⁽²⁹⁾. Feijoo en sus *Cartas eruditas y curiosas* (1753)⁽³⁰⁾ cita una escritura otorgada por Ponce de León en San Salvador de

Oña, en la que dice textualmente: “*tuve discípulos que fueron sordos y mudos... a quienes mostré hablar, leer y escribir y cantar y rezar*”.

De la Grecia clásica al Renacimiento

En la Grecia clásica, Hipócrates (siglo V a. C.) describe la epilepsia como el “*mal sagrado*” y refiere la observación de algunos casos en la infancia⁽³¹⁾. Galeno (Siglo II d. C.) por su parte describió el aura epiléptica en un adolescente.

A lo largo de la Edad Media, la etiología de las deficiencias mentales queda formulada en la obra de San Agustín, San Isidoro y Santo Tomás de Aquino, que atribuyen un origen natural al retraso mental. Será con el advenimiento de las herejías dualistas cuando a los alienados y a los idiotas se les considere encarnaciones del Maligno⁽²⁾.

En el Renacimiento, Montaigne entiende los hechos humanos como obras naturales, mientras Lutero establece la idea de falta moral y atribuye el defecto del idiota a la obra del *Maligno*. La discusión entre ambos pensadores marcará el origen de muchas disputas de carácter doctrinal que se produjeron después. En esa misma época, Paracelso confiesa en su *De Generatione Stultorum* (1567) su ignorancia acerca del origen del estado mental de los idiotas, mientras Jean Fernel incluye la idiocia en el concepto de “*demencia*”.

En el siglo XVI algunos libros sobre enfermedades infantiles contienen temas que hoy se enmarcarían en la Psiquiatría Infantil. Cabe destacar el *Libro de las enfermedades de los niños* de Luis de Lobera de Ávila (1551), el *Método u orden de curar las enfermedades de los niños*, de Jerónimo Soriano, impreso en Zaragoza en el año 1600 y un texto de Francisco Núñez de Coria de 1580⁽³²⁾. Existen también referencias a la epilepsia en el *Liber affectionibus puerorum* de Francisco Pérez de Cascales, de 1611⁽³³⁾. Destaca también la obra de Felix Platter sobre el cretinismo, que incluye además una clasificación de las enfermedades mentales que se basa en los síntomas, causas y tratamientos. El suizo (1536-1614) publicó en 1602 un tratado general en medicina en tres volúmenes, *Praxeos Medicae*, que tuvo tres ediciones en el siglo XVII⁽³⁴⁾. Fue el primero en atribuir un origen hereditario a algunos casos de deficiencia mental recomendando un programa de ejercicios intelectuales para la recuperación de las formas leves. Es decir, Platter preconizó un tratamiento paliativo, de tipo pedagógico, a pesar de reconocer el carácter incurable de la deficiencia. Este autor puede considerarse como uno de los primeros médicos que conciben la medicina como una rama de la ciencia natural separada de la filosofía.

También en aquella época Thomas Willis (1621-1675), en el capítulo de las etiologías de su tratado *De*

anima brutorum, publicado en 1672⁽³⁵⁾, afirma explícitamente que no hay que olvidar la acción patógena “*de los padres demasiado dados a la lectura, al estudio y a la meditación*”⁽²⁾. En este sentido Willis fue un auténtico precursor, pues ya en pleno siglo XX el gran psiquiatra infantil Leo Kanner atribuyó los primeros casos de autismo infantil a los padres “*excesivamente rígidos, fríos e intelectualizados*”; opinión que corrigió después. Willis distingue entre enfermedades en las que hay una afectación grave del cerebro y aquellas en las que dicha afectación no es visible. En estos casos la etiología se debería a los “malos espíritus”.

Willis propugna el trabajo conjunto de un médico y de un pedagogo para el tratamiento de estos niños. A través de Platter y de Willis toma cuerpo una corriente médico-pedagógica que estará presente en los siglos posteriores.

Puede concluirse que las referencias a la Psiquiatría Infantil, y concretamente al retraso mental, aparecen en la Edad Media en textos teológicos que consideran que la idiocia tiene un origen natural, mientras que en el Renacimiento aparecen en los tratados generales de medicina y de enfermedades de la infancia.

La Ilustración y las bases científicas de la Psiquiatría del niño y del adolescente

El Siglo de las Luces sentará las bases de la era científica de la Psiquiatría del niño y del adolescente⁽³⁶⁾. El gran tema de estudio y reflexión sigue siendo la deficiencia mental, pero desde una perspectiva racionalista e ilustrada. La obra paradigmática de la época es el *Traité medico-philosophique sur l'alienation mentale* de Pinel, publicado en 1800⁽³⁷⁾. Para algunos autores representa el acta de nacimiento de la psiquiatría moderna⁽³⁸⁾. Curiosamente ese mismo año llegó a París Víctor, *el salvaje de Aveyron*. Su tratamiento por el médico Itard (1775-1838) está íntimamente unido al comienzo de un nuevo concepto de psiquiatría infantil que busca el tratamiento del paciente concreto y se pregunta por las causas de las enfermedades psiquiátricas⁽³⁹⁾.

El tratamiento del salvaje de Aveyron se basa en el *Tratado médico filosófico* de Pinel (1745-1826), que fue la figura médica indiscutible del París de después de la Revolución. Tuvo la aspiración de convertir la medicina en una ciencia natural y exacta y entendió la enfermedad como “*reacción vital*”, superando el modelo de la mera subordinación de los síntomas clínicos a la lesión anatómo-patológica⁽⁴⁰⁾. Itard y Esquirol fueron discípulos de Pinel en la Salpêtrière.

El año que muere Víctor (1828), Itard descubre el “*Mutisme produit par la lésion des fonctions intellectuelles*”, y deja constancia de su esforzado trabajo con el niño en el libro *De l'Education d'un Homme Sauvage*⁽⁴¹⁾.

El siglo XIX: la etapa de afianzamiento

El siglo XIX se caracteriza por el comienzo de las primeras instituciones y asilos para niños retrasados, formando parte al principio de los asilos para adultos. En París ya existía el Instituto Nacional de Sordomudos, donde trabajó Itard con Víctor, y se crean secciones para niños “*idiotas*” en la Salpêtrière y en Bicêtre, donde trabajaron Louis Delasiauve e Hypolite Vallée.

Edouard Seguin (1812-1888) será el principal seguidor y discípulo de Itard, con quien había colaborado en el Instituto de Sordomudos. Seguin era maestro y médico, e impulsado por su ideal de una sociedad más justa, se entregó al trabajo en la educación especial fundando una escuela en París. En 1846 publicó una memoria sobre *La idiocia y su tratamiento*, y en 1852 el *Tratamiento por el método psicológico*⁽²⁾.

Seguin fue siempre fiel a las enseñanzas de Itard y trabajó toda su vida por ampliar la educación a las clases más necesitadas, en este caso a los niños con dificultades intelectuales. Sus convicciones personales le llevaron a emigrar a Estados Unidos, invitado por Samuel Howe, fundando la Escuela Experimental de Albany y el Asilo de Idiotas de Siracusa⁽²⁵⁾ entre otros centros, convirtiéndose en un gran impulsor de la Psiquiatría Infantil en ese país⁽⁴²⁾.

La inquietud social de Seguin, propia del espíritu de la revolución francesa y de los enciclopedistas, continúa en Francia en la obra de Désiré Bourneville (1840-1909), que publica en 1891⁽⁴³⁾ sus recuerdos y memorias sobre la idiocia. Esta orientación social intenta compensar en parte la pobreza de recursos terapéuticos. El siglo XIX no solo está marcado por la inquietud social de médicos y maestros, sino que se caracteriza también por los avances en el campo de la clínica, especialmente de la epilepsia y de la deficiencia mental, surgiendo trabajos sobre otras entidades, como la melancolía y la manía, aunque desde una perspectiva parcial. De nuevo se relacionan los trastornos de los niños con los estilos educativos de los padres, y Benjamín Rush y Ameriah Brigham hacen referencia a los celos y a la severidad de los padres.

En esta época comienzan a aparecer capítulos dedicados a la infancia en los libros de Psiquiatría General y siguen en los de Pediatría. Wilhelm Griesinger (1817-1868) dedica un espacio a los problemas de la infancia en su tratado *Patología y tratamiento de las enfermedades mentales* (1845)⁽⁴⁴⁾. Griesinger considera que las enfermedades psiquiátricas lo son del cerebro y que la psiquiatría es una especialidad médica. En la misma época Henry Maudsley (1835-1918) es el primer autor de lengua inglesa que aborda problemas de la infancia en su libro *Physiology and pathology of the mind*, escrito en 1867, donde, como fruto de su observación personal, describe

conductas aberrantes en el niño. Maudsley trata los terrores nocturnos con gran propiedad y establece distinciones entre las alucinaciones del adulto y las del niño^(42,45).

Un pediatra, Charles West (1816-1898), incluye en su texto de pediatría un capítulo dedicado a los trastornos mentales en la infancia, y lo titula *Lecture on disorders of the mind in childhood*. El autor aborda la deficiencia mental, la anorexia, los trastornos del lenguaje, así como otros que podrían enmarcarse actualmente en la patología psicósomática^(33,46).

La Psiquiatría del Positivismo: ampliación del marco conceptual

La segunda mitad del siglo XIX es una etapa de gran fertilidad en el desarrollo de la Psiquiatría. Si bien es verdad que las ideas románticas seguirán ejerciendo su influencia después de 1848, la necesidad de un conocimiento racional y científico de las cosas y la inclinación hacia el método de observación como modo de conocimiento de la realidad, serán las características propias de este periodo⁽⁴⁷⁾. El impacto del positivismo contribuirá a la unificación de los planteamientos básicos de las distintas escuelas psiquiátricas, que se empeñarán en una tarea común: transformar definitivamente el saber psiquiátrico en un saber positivo.

En el año 1887 el médico alemán Herman Eminghaus (1845-1904) publica su libro *Die psychischen Störungen des Kindesalters*⁽⁴⁸⁾, que puede considerarse como el primer tratado de Psiquiatría Infantil. Por su parte el esfuerzo nosográfico y nosotáxico de Kraepelin (1855-1926) representará la culminación y síntesis de toda la Psiquiatría del siglo XIX, convirtiéndose en punto de partida y referencia constante de las orientaciones que se han desarrollado a lo largo del siglo XX^(49,50). Kraepelin, discípulo de Griesinger, llevó a cabo su clasificación de las enfermedades mentales de acuerdo con la clínica, la evolución y la etiología, considerando que el agente causal alteraba bien la estructura o bien la función dando lugar al cuadro clínico⁽⁵¹⁾. Kraepelin integró el enfoque descriptivo y longitudinal de Kahlbaum con el conceptual de enfermedad somática propuesto por Griesinger.

Por otra parte, durante los primeros años del siglo XX la psiquiatría sigue manteniendo estrechos lazos con la neurología, abordándose de forma conjunta muchos cuadros clínicos de los pacientes^(52,53).

LA TRANSICIÓN HACIA EL SIGLO XX

La Psiquiatría Infantil de finales del siglo XIX y de principios del siglo XX se caracteriza por la ampliación del marco conceptual y la progresiva diversifica-

ción de los temas de estudio^(54,55,56). Tres acontecimientos son dignos de mención: 1) la aparición de textos específicos de Psiquiatría Infantil, saltando fuera del marco de los tratados de Psiquiatría general y de Pediatría. 2) El desarrollo de nuevos métodos pedagógicos para la enseñanza y adiestramiento de los niños con retraso mental. 3) La elaboración de pruebas de medida de las aptitudes mentales. Estos tres hechos históricos marcarán el desarrollo de la disciplina a lo largo de muchos años⁽⁵⁷⁾ así como el surgimiento progresivo de una mayor sensibilidad social hacia las circunstancias sociales y familiares de los niños, como el maltrato y abandono^(58,59).

La aparición de textos específicos

Los primeros tratados de Psiquiatría Infantil se deben a tres médicos ilustres: Hermann Emminghaus, Pierre Filibiliou y Paul Moreau de Tours (erróneamente se le cita como “Pierre”).

Emminghaus (1845-1904) publicó en Tubinga, en 1887, su obra *Die Psychischen Störungen des Kindesalters*⁽⁴⁸⁾ sobre los trastornos psíquicos de los niños. El autor aborda los trastornos infantiles como enfermedades distintas de las del adulto y clasifica las psicosis en dos grandes grupos: de causa física y de causa psicológica; describe la melancolía, la demencia aguda y las paranoias, y cita el suicidio. Emminghaus no solo trata las causas orgánicas de la enfermedad, sino que también señala las “*causas ambientales*”, y de modo muy especial en relación con la delincuencia juvenil^(60,61). La comunidad científica y la sociedad en general no estaban preparadas para acoger las ideas de Emminghaus y su obra apenas tuvo repercusión, cayendo pronto en el olvido, pero en el centenario de la publicación de su obra se le considera como uno de los impulsores de la psiquiatría infantil como una especialidad científica independiente⁽⁶⁰⁾.

Filibiliou (1840-1909), colaborador de Désiré Bourneville, escribió el libro *Contribution a l'étude de la folie chez les enfans* en el año 1887⁽⁶²⁾. Se trata de un pequeño tratado de psiquiatría infantil centrado en el estudio de la patología mental de 0 a 16 años⁽⁶³⁾.

Jacques-Joseph Moreau de Tours (1804-1884), hijo de un soldado de Napoleón I y alumno de Esquirol en Charenton es considerado el padre de la psiquiatría experimental y el iniciador de los estudios sobre las farmacopsicosis⁽⁶⁴⁾. Su hijo Paul Moreau de Tours (1844-1908) publicó en 1888 el tercero de los textos de Psiquiatría Infantil: *La folie chez les enfants*⁽⁶⁵⁾. Con una visión del niño más pesimista que Filibiliou, subraya la importancia etiológica de la herencia, e insiste en la importancia de considerar la relación entre la

patología y la edad, por lo que se le puede considerar como un precursor de los estudios de psicopatología evolutiva⁽⁶⁶⁾.

En el año 1894 se publica el primer texto que se refiere de forma específica a los trastornos de “*niños y adolescentes*”. Es la tesis de Alexandre Gauber, *Étude sur les formes de la folie chez l'enfant et chez l'adolescent*, que fue leída en Toulouse. En 1898 Ireland publica en Filadelfia *The mental affection of children*^(67,33).

Por esta misma época, el campo conceptual de la Psiquiatría Infantil, tan constreñido al tema de la idiocia, se va a ampliar con otras perspectivas. Es evidente la influencia de Charcot, con sus trabajos sobre la histeria en la Salpêtrière, que también incluyen casos de niños, como los descritos por H. Paris (1880) y P. Peugnier (1885). De esa misma época son los estudios sobre la neurosis urinaria de Guinon (1889), neurosis traumática de Isnarol (1884), alucinaciones y terrores nocturnos de Debacker (1881) y Bégard (1900)⁽³³⁾.

Los comienzos del siglo XX se caracterizan por la descripción de trastornos psiquiátricos propios de la infancia, siempre bajo la polémica, que en gran parte continúa en nuestros días, de si se trata de formas clínicas de las enfermedades del adulto o bien de trastornos infantiles con entidad propia. Surgen así la *demencia precocísima* de Sancte de Sanctis (1909)⁽⁶⁸⁾ pionero en el importante tema de las demencias infantiles —antes había publicado otro trabajo Bartschinger en 1901; la *demencia infantil* de Heller (1909)⁽⁶⁹⁾ y el *síndrome hiperkinético* de Kramer y Pollnow. Más tarde aparecerán la *psicosis simbiótica* de Mahler (1969)⁽⁷⁰⁾, el *mutismo electivo* de Tramer; la *enfermedad de Gilles de la Tourette* y la *depresión anaclítica* de Spitz, que señala concretamente la importancia de la relación madre-hijo en las primeras etapas de la vida.

En el año 1907 aparece el primer texto de autor español. Se trata del *Compendio de Psiquiatría Infantil* de Augusto Vidal Perera, publicado en Barcelona. El autor reivindica como objeto de la Psiquiatría Infantil “*todas las alteraciones anímicas*” y “*no solo las mentales*”, pues en su opinión “*el primitivo ‘mente’ se aplica en sentido recto a la inteligencia*”. Por tanto Vidal Perera considera que la Psiquiatría Infantil abarca mucho más que la mera deficiencia mental. En 1917 Gonzalo Rodríguez Lafora publica en Madrid *Los niños mentalmente anormales* (1933)⁽⁷¹⁾, que consta de cuatro partes dedicadas respectivamente al niño normal, las causas del retraso mental, el diagnóstico y clasificación, y el tratamiento pedagógico.

La preocupación institucional por el problema de la delincuencia infantil se manifestará en la creación del Tribunal Tutelar de Menores en 1920^(72,73).

Los nuevos métodos pedagógicos

Las nuevas ideas pedagógicas fueron desarrolladas por médicos y maestros que buscaban la protección y tutela del niño y que fundaban instituciones para ponerlas en práctica⁽⁷⁴⁾. Un claro ejemplo de esta tendencia fue el médico suizo Guggenbühl, que funda en 1841 un taller para deficientes, donde se enseñaba a los niños de acuerdo con sus capacidades. En París existen las secciones para la infancia en la Salpêtrière y en Bicêtre, y comienzan a aparecer nuevos centros en muchos países europeos. Truper dirige uno en Jena (Alemania), Heller en Viena, Seargent en Berlín, Bath en Inglaterra y más tarde Decroly en Bruselas⁽²⁵⁾.

Esta nueva pedagogía que tiene como primer objetivo la educación de los niños con retraso mental, es decir, la *educación especial*, está claramente influenciada por ilustres precursores, como Pestolozzi (1746-1827) y Rousseau (1712-1778). Pestolozzi destaca la necesidad de adaptar la enseñanza a las características del niño, especialmente a su capacidad intelectual. Reivindica el aprendizaje a través de la experiencia y el contacto con los objetos y señala la importancia de la observación y del razonamiento.

Froebel (1782-1852) fue discípulo de Pestolozzi y trabajó con él en la Normal de Yverdon. Froebel se interesa ante todo por el niño pequeño y es el fundador de los primeros *kindergarten*, inaugurando el primero en 1837.

Otra figura señera en el campo de la educación especial fue María Montessori (1870-1952), maestra y médico, la primera mujer que se graduó en la universidad de Roma en el año 1894. Fundó en esta ciudad la Escuela Ortofrénica. Sus trabajos comenzaron con niños deficientes para extenderse después a niños normales. El método Montessori se basa en el ejercicio de los sentidos, poniendo al niño en contacto con objetos que facilitan el desarrollo de la percepción y la coordinación de la motricidad.

El belga Decroly (1871-1932) creó un método de lectura global y dio una gran importancia al material educativo. Elaboró el concepto de “*Centros de interés*”, que consiste en realizar la enseñanza concentrando los conocimientos en torno a temas atractivos para el alumno. Comenzó, lo mismo que María Montessori, trabajando con niños deficientes, para después ampliar su método al niño normal. Adoptó el lema: “*La escuela para la vida y por la vida*”.

La influencia de estos dos grandes pedagogos se ha extendido hasta nuestros días y sus métodos se siguen empleando tanto en escuelas y colegios para niños normales, como en centros de educación especial.

En Estados Unidos los trabajos de Orton (1925) abren nuevas perspectivas en la comprensión de los “*modos de aprender*” del niño con retraso mental, sur-

giendo una nueva corriente de pensamiento que entiende la educación del niño estrechamente vinculada a la colectividad en que vive⁽⁷⁵⁾. A partir de entonces dos enfoques distintos van a definirse de modo progresivo en relación con la educación especial dependiendo del concepto de retraso mental⁽⁷⁴⁾. Uno es el enfoque cuantitativo^(76,77), según el cual el niño retrasado solo se diferencia del niño normal en la cantidad de habilidades, pero no en el tipo de habilidad. Por lo tanto el mecanismo de adquisición de aprendizajes sería el mismo, con la diferencia de que se produciría más lentamente. El segundo enfoque considera que la “*organización mental*” del niño con una lesión del sistema nervioso central, es cualitativamente distinta a la del niño sin retraso, y los métodos educativos tradicionales estarían llamados al fracaso, siendo necesario el desarrollo de métodos específicos adaptados a las características de conducta y déficits concretos de cada niño⁽⁷⁸⁾.

A partir de los años sesenta la investigación sobre nuevos métodos de educación especial tiene como centro de interés el estudio del “*proceso de aprendizaje*”, la evaluación orientada a los objetivos, la utilización de los métodos de autoinstrucción y el estudio crítico de los diversos tipos de organización⁽⁷⁴⁾.

La incorporación de los niños con retraso mental a las escuelas públicas en aulas de integración y la aplicación del principio de normalización representan dos grandes avances en la progresiva incorporación del niño retrasado a la comunidad y en la reivindicación de unos derechos fundamentales propios de cualquier ser humano^(79,80).

El comienzo de los tests psicométricos

El origen de los tests psicométricos tiene lugar a comienzos del siglo XX, cuando el psicólogo Alfred Binet (1857-1911) y el médico y psicólogo Théodore Simon (1873-1916) elaboran su escala para la medida de la inteligencia (1905, 1908, 1911)^(81,82,83). En su última versión de 1911 quedó establecido el concepto de *Edad Mental*.

La escala de Binet-Simon fue adaptada por Goddard en Estados Unidos, y más tarde Terman publicó la llamada *Revisión Stanford*, introduciendo el concepto de *cociente intelectual*. La versión posterior de Terman y Merrill añade una adecuación de las pruebas a las circunstancias socioculturales, lo que en el caso de las pruebas de vocabulario tiene gran interés.

En España la adaptación de la *Escala de Terman-Merril* fue realizada por J. Germain y M. Rodrigo en el Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Psicotécnica en Madrid. Al test de Terman siguieron otros muchos tests psicométricos, siendo el Goodenough, el Raven y el Wechsler, entre otros, algunos de los más aplicados⁽⁷⁴⁾.

LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX: LA PSIQUIATRÍA INFANTIL COMO ESPECIALIDAD

Las clínicas de conducta y de consejo a la infancia

La primera clínica de estudio y asesoramiento de la infancia fue fundada por William Healy en Chicago en 1909⁽⁸⁴⁾. Tuvo su origen en una necesidad social: los problemas que planteaban los jóvenes delincuentes; y en un interés científico: el estudio de los antecedentes personales de esos muchachos. A la clínica de Chicago siguieron otras muchas a lo largo de Estados Unidos y tuvieron un papel clave en el impulso de la Psiquiatría Infantil⁽⁸⁵⁾. Más adelante se abrirían consultas externas en los hospitales generales, y después, servicios para el ingreso hospitalario⁽⁸⁶⁾.

El interés por la delincuencia juvenil se manifestó en Europa en la obra de August Eichhorn (1878-1949), quien publicó en Austria en 1925 un libro sobre la delincuencia en adolescentes, con una introducción de Sigmund Freud.

En 1930 se celebró la *White House Conference* sobre el bienestar infantil y el primer *Congreso Internacional sobre Higiene Mental* en Washington, se publicó el primer número del *American Journal of Orthopsychiatry* y, un hecho decisivo, en el John Hopkins Hospital de Baltimore se inauguró un departamento de Psiquiatría Infantil bajo la dirección de Leo Kanner (1894-1981). En el año 1952 se fundó la *Academia Americana de Psiquiatría Infantil* y unos años después comienza a publicarse su revista que actualmente se denomina *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

El tema de la esquizofrenia en el niño

Emil Kraepelin (1856-1926), en su tratado de Psiquiatría publicado en varias ediciones desde 1890 hasta 1907, recoge un grupo de pacientes con un cuadro clínico consistente en extravagancia, ambivalencia, impenetrabilidad y autismo. Dada la aparición precoz de la sintomatología acuñó el término *Dementia praecox* para referirse a esta entidad⁽⁸⁷⁾.

Más tarde, en 1909, Sante De Sanctis (1862-1935) describirá el concepto de *demencia precocísima* y Heller (1909)⁽⁸⁹⁾ descubrirá la demencia infantil que lleva su nombre. La *demencia infantil* de Heller se inicia en el tercer año de vida y el cuadro clínico consiste fundamentalmente en manierismos, estereotipos gestuales y del lenguaje y deterioro progresivo.

Los trabajos de Kraepelin, Sancte de Sanctis y Heller, representan el comienzo del importante tema de las

demencias infantiles, cuyo desarrollo dará origen al concepto de esquizofrenia y de psicosis que se ha prolongado hasta la actualidad.

En el año 1911, Eugen Bleuler (1857-1940) revisa las demencias precoces de Kraepelin y señala que el rasgo característico no es tanto el hundimiento global e irreversible de las funciones intelectuales, sino la disgregación de la personalidad, creando el término de *esquizofrenia*⁽⁸⁸⁾.

De acuerdo con este modelo la *demencia infantil* y la *demencia precocísima* reciben el nombre de *esquizofrenia infantil*. La nueva terminología queda plenamente incorporada a partir del Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil celebrado en París en 1937. En Estados Unidos, Despert (1968)⁽⁸⁹⁾ hará después la primera descripción sistematizada de la enfermedad.

Despert trabajó con Leo Kanner quien publicó en 1935 su *Child Psychiatry*, primer tratado de psiquiatría infantil en lengua inglesa. Kanner observó que un grupo de niños que habían sido diagnosticados de esquizofrenia, tenían unas características distintas, estableciendo el concepto de *Autismo Infantil Precoz*. La primera descripción de Kanner (1943)⁽⁹⁰⁾ subraya la intensa soledad y aislamiento de los niños respecto del medio ambiente. Margaret Malher, alumna de Kanner, Bender, Bradley y Rapoport serán los grandes teóricos del *proceso esquizofrénico* en el niño, evolucionando poco a poco hacia la utilización del término *psicosis*, que al menos aparentemente no tenía la acepción peyorativa e irremisible, heredada de la esquizofrenia del adulto.

En Francia, Lebovici se esfuerza en comprender la esquizofrenia infantil a partir de la teoría psicoanalítica y el acta de nacimiento de las psicosis infantiles tiene lugar con el artículo de Diatkine, Stein y Kalmanson, aparecido en la *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, en 1959.

La historia tiene a veces un carácter de retorno, aunque el retorno jamás se realice al mismo punto y de la misma forma. En el amplio tema de las psicosis infantiles y del autismo, la investigación de la etiología y la introducción de las nuevas técnicas de diagnóstico han supuesto un nuevo encuentro con el retraso mental. Muchos casos diagnosticados de autismo y de esquizofrenia infantil tienen como síntoma sobresaliente el retraso intelectual y coinciden con los mismos mecanismos etiopatogénicos de otros cuadros de retraso mental⁽⁹¹⁾. ¿Significa esto que se ha vuelto al campo inabarcable de la idiocia? En absoluto, el progreso del conocimiento científico en este siglo ha marcado una distancia casi infinita con los conocimientos psiquiátricos del siglo XIX que permite la delimitación de trastornos distintos y la construcción objetiva de posibles causas y mecanismos.

Las neurosis y la aportación del psicoanálisis

La irrupción del psicoanálisis supuso un nuevo cauce al estudio de las neurosis, en particular y de la patología psiquiátrica en general. Freud (1856-1939) publica *La historia de una neurosis infantil (El hombre de los lobos)* y *Análisis de la fobia en un niño de 5 años (El pequeño Hans)*, estableciendo la distinción entre fobias y obsesiones. A principios de siglo Alfred Adler (1870-1937) rompe con el maestro y publica la *Inferioridad de los órganos* (1907)⁽⁹²⁾ interesándose vivamente por las neurosis infantiles. Para Adler, que funda en Viena la primera clínica psicoanalítica, la pregunta clave de Freud, el *porqué* de la neurosis, es sustituida por el *para qué*.

Freud tuvo el mérito de introducir la discusión en una Psiquiatría Infantil esencialmente descriptiva y un tanto aburrida, con su libro *Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad*. El comienzo de la terapia psicoanalítica en la infancia supuso un soplo de optimismo en un panorama hartado desolador y derrotista por lo que al tratamiento se refería. En esta misma línea, Hermine Hug-Helmut (1871-1924) introdujo las técnicas del juego a partir de 1919, y Anna Freud (1895-1982) y Melanie Klein (1882-1960) serán las dos grandes impulsoras del psicoanálisis del niño, aunque con enfoques diferentes.

Anna Freud prima la importancia del *ego* frente al *ello*, considerando el juego como un excelente medio para el aprendizaje de la realidad, y no exclusivamente como un revelador de conflictos inconscientes. Introduce a los padres como colaboradores del tratamiento del niño y sostiene que el psicoanálisis debe tener un carácter eminentemente educativo. Publicó *El yo y los mecanismos de defensa* en 1936, *El tratamiento psicoanalítico de los niños* en 1946 y *Normalidad y patología de la infancia* en 1965.

Melanie Klein utilizó las técnicas del juego desde una perspectiva ortodoxa, considerando el juego del niño como un medio de expresión de fantasías, ansiedades y mecanismos de defensa precoces. Publicó, entre otras obras, *The psychoanalysis of children* en 1932 y *Narrative of a child analysis* en 1961.

A partir de estos precursores surgirán nuevos enfoques y escuelas. David Levy introdujo el juego dirigido frente al juego libre, ayudándose de muñecas. Lauretta Bender empleará marionetas. Otros psicoanalistas como August Aichhorn (1878-1949) y Frederik Allen se entregarán al trabajo con niños delincuentes y con trastornos del comportamiento, adaptando sus métodos de tratamiento a las características del paciente y otorgando gran importancia a la educación.

Eric Erikson (1902-1994) en su libro *Childhood and society* (1950) propone un concepto distinto de la se-

xualidad infantil al desarrollado por Freud y desarrolla nuevas ideas sobre la identidad personal y las crisis de identidad. Una de sus aportaciones más originales consistió en analizar la cultura e historia americanas desde una concepción psicoanalítica, contribuyendo al surgimiento de una nueva línea historiográfica conocida como “*psicohistoria*”.

Otros prestigiosos psicoanalistas fueron Margaret Mahler (1897-1985), que da gran importancia al proceso de separación progresiva del niño de la madre imprescindible para que el niño se entienda a sí mismo y a los demás como personas distintas, y Donald Winnicott (1902-1994) que desarrolla el concepto del apego del niño a la madre como un elemento de unión entre el mundo interior y el exterior imprescindible para su normal desarrollo. En 1951 publica su obra *Collected papers: Trough paediatrics to psychoanalysis*, donde expone estas ideas. Su influencia se mantiene actualmente. Algunos años después Rene Spitz (1887-1974) describe los efectos perniciosos de separar al niño de la madre durante el primer año de vida, lo que da lugar a un cuadro clínico que denomina “*depresión anaclítica*”. Las observaciones de Spitz fueron confirmadas por los estudios sobre niños abandonados enclusas y hospicios que sufrían deprivación materna. Su libro, *The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*, se publicó en 1965.

Los psicoanalistas dedicados a la infancia tienen el mérito de haber roto poco a poco la rigidez excesiva de la ortodoxia tradicional y haber contribuido a intensificar el interés por los niños, no obstante su influjo ha disminuido de forma considerable en las últimas décadas, a medida que la psiquiatría y la psiquiatría infantil se integraban de pleno en la medicina y en los nuevos paradigmas de comprensión y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas^(93,94,95). No obstante la influencia social y cultural de Freud sigue siendo inmensa como una de las grandes figuras que ha contribuido a construir la mentalidad del siglo XX junto con Darwin, Marx y Einstein.

La Psiquiatría del niño y del adolescente, una especialidad reconocida

El periodo que va de 1919 a 1939 tuvo gran importancia para el afianzamiento de la Psiquiatría Infantil como especialidad reconocida, aunque no por desgracia en nuestro país. En esta época surgen los primeros especialistas que se dedican exclusivamente a la infancia y en 1925 se crea en París la primera cátedra de Psiquiatría Infantil, que desempeñó Heuyer, celebrándose el primer congreso en 1937. Después de la Segunda Guerra Mundial, la Psiquiatría Infantil logró el reconocimiento como disciplina independiente y de carácter científico en numerosos paí-

ses, y de modo progresivo fueron surgiendo asociaciones nacionales y supranacionales, así como la publicación de tratados⁽⁹⁶⁾.

En nuestro país, a los nombres de Lafora, Pereira, Juarros y Córdoba, se añadirán después los de Moragas, Vázquez Velasco, Folch Camarasa, María Soriano, Lamote de Grignon, Segarra, Serrate, Mendiguchía y otros muchos.

En 1952 se creó la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil, actual Asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNYA), una de las primeras asociaciones europeas dedicadas a la infancia y a los trastornos psiquiátricos de los niños. AEPNYA celebra desde entonces y de forma ininterrumpida reuniones anuales y congresos, y tiene como órgano de expresión la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*⁽⁹⁷⁾. AEPNYA está integrada en la European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP), International Association Child Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACA-PAP) y en la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS).

En el año 1973, Julian de Ajuriaguerra publica su *Manual de Psiquiatría Infantil*, que será punto de referencia de los profesionales de la especialidad durante muchos años. A lo largo de los años siguientes el interés por la psiquiatría infantil aumenta entre los médicos españoles. Un mayor número de psiquiatras generales y de pediatras se dedican de forma exclusiva o preferente a los niños y adolescentes con problemas psiquiátricos y surgen nuevos textos dedicados a la especialidad. Son algunos ejemplos *Psiquiatría infanto-juvenil*, de Francisco Javier Mendiguchía (ed) (1980); *Psiquiatría del niño y del adolescente*, de María Jesús Mardomingo (1994); *Psicopatología del niño y del adolescente*, de Jaime Rodríguez Sacristán (ed) (1995); *Planificación terapéutica en psiquiatría del niño y del adolescente*, de Francisco Rey y José Ramón Gutiérrez Casares (eds) (2000), *Práctica clínica paidopsiquiátrica*, patrocinado por AEPNYA y coordinado por Carmen Ballesteros Alcalde (2006) y *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente de AEPNYA*, coordinado por Cesar Soutullo y María Jesús Mardomingo (2010).

La primera década del siglo XXI se ha caracterizado por una intensa actividad de la Asociación Española de Psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNYA) y de las familias de los pacientes para lograr el reconocimiento de la especialidad^(98,99). Es de destacar la labor y el empuje de la Plataforma de Familias, que en el año 2008 promueve la recogida de firmas y manifestaciones públicas que hicieran visible el problema al resto de la sociedad, solicitando formalmente la aprobación oficial de la especialidad de Psiquiatría infantil en España el 30 de mayo de ese mismo año^(100,101,102).

En esas fechas, la Ponencia de Recursos Humanos de la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado, atenta a esta preocupación social, solicita información sobre la planificación de recursos de la sanidad pública para atender a niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos. La comparecencia de la presidenta de AEPNYA tuvo lugar el 18 de mayo de 2008 y terminó con estas palabras: “*si las enfermedades pediátricas fueron el gran desafío del siglo XX, los trastornos psiquiátricos de los niños son el gran desafío sanitario del siglo XXI y España no puede quedar a la zaga*”⁽¹⁰³⁾.

Al mismo tiempo el Ministerio de Sanidad y Política Social crea un grupo de trabajo integrado por las asociaciones de profesionales y usuarios y asumido por la Comisión Delegada del Consejo Interterritorial de Salud con el objeto de elaborar un informe sobre la salud mental de niños y adolescentes que se cierra el 25 de Marzo de 2009. En el apartado de la *Capacitación de los profesionales de la salud mental de niños y adolescente*, los miembros del grupo redactor consensuaron los siguientes puntos clave:

1. “*La ausencia de una especialidad de Psiquiatría y de Psicología Clínica de niños y adolescentes a través del sistema MIR/PIR hace que no se pueda garantizar que los psiquiatras y psicólogos clínicos que atienden al niño tengan la formación y experiencia necesaria en este campo.*”
2. “*No hay representantes de los profesionales dedicados a la salud mental del niño y adolescente en las Comisiones Nacionales de las especialidades, con lo que no está garantizado que los intereses de los mismos sean adecuadamente planteados y defendidos.*”
3. “*En algunas comunidades autónomas, los niños derivados por el pediatra o el médico de atención primaria, son atendidos primero por el psiquiatra o psicólogo clínico de adultos antes de acceder al psiquiatra o psicólogo de niños y adolescentes.*”
4. “*Los responsables de los dispositivos que atienden a la población infanto-juvenil son en su mayor parte psiquiatras y psicólogos de adultos, lo que supone una menor sensibilización e implicación en las necesidades y problemas de este grupo de población.*”
5. “*España incumple las recomendaciones de todos los organismos europeos sobre este tema siendo un caso anacrónico que no se corresponde con el nivel económico ni con la calidad del sistema público de salud*”⁽¹⁰⁴⁾.

El 6 de abril de 2009 Bernat Soria, Ministro de Sanidad, anuncia que su Ministerio ha aprobado la creación

de la especialidad de Psiquiatría Infantil en España, junto con la de Urgencias y Emergencias, como una especialidad independiente. Su objetivo es “*mejorar la planificación de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS), adaptándola a las necesidades y demandas de los profesionales y pacientes*”, y “*modernizar el sistema español de formación especializada*”, tal como consta en la nota oficial de prensa emitida por el Ministerio en esa misma fecha⁽¹⁰⁵⁾. Por fin, el 25 de Julio de 2014 se publica en el Boletín Oficial del Estado la creación del título de médico especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Real Decreto 639/2014)⁽¹⁰⁶⁾, cumpliéndose el sueño de tantas familias y psiquiatras infantiles que habían dedicado su esfuerzo y entrega personal para conseguirlo.

CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS

La historia de la Psiquiatría Infantil ha estado íntimamente unida a la actitud general de la sociedad hacia la infancia y al modo de entenderla. Durante siglos el niño ha formado parte de los grupos marginados de la sociedad, de tal forma, que no fue hasta el siglo XVIII cuando la infancia fue considerada como una etapa de la vida específicamente distinta. La atención médica al niño y la acogida de los niños expósitos en asilos y orfanatos será una de las manifestaciones más importantes de este nuevo estado de ideas. Mientras se extienden por Europa las ideas de Locke, Rousseau y Pestolozzi, en España destacan los pedagogos Feijoo, Sarmiento y Jovellanos.

La reflexión sobre las causas de la deficiencia mental que se dio en el siglo XVIII propició el surgimiento posterior de la era científica de la Psiquiatría Infantil. Es en este siglo cuando tiene lugar el primer tratamiento médico-pedagógico de un retrasado: el salvaje de Aveyron.

Los temas de Psiquiatría Infantil formaron parte de los tratados de Pediatría y de Psiquiatría hasta finales del siglo XIX, que es cuando comienzan a publicarse textos específicos de Psiquiatría Infantil y de la adolescencia. Los últimos años del siglo XIX supondrán la ampliación del marco conceptual con la incorporación del concepto de neurosis y la influencia de los trabajos de Charcot.

El comienzo del siglo XX está marcado por la descripción de la demencia precocísima de Sancte de Sanctis, la demencia de Heller y el síndrome hiperkinético de Kramer y Pollnow, y el impacto de la teoría psicoanalítica de Freud. En España se publican los primeros tratados de Psiquiatría Infantil. En el año 1904 se promulga la primera Ley de Protección a la Infancia y en 1920 se crea el Tribunal Tutelar de Menores. Más tarde se adoptarán las escalas de Binet y Simon y tendrán gran influencia los métodos pedagógicos de María Montessori y Decroly. Al

mismo tiempo se desarrollará toda una corriente de apoyo a la Higiene Mental.

Puede decirse que los grandes hitos históricos que han marcado la historia de la psiquiatría infantil han sido el advenimiento del “*tratamiento moral*” de los pacientes, la consideración de la infancia como una etapa diferenciada del resto de la vida (lo que propició el surgimiento de la especialidad), la teoría psicoanalítica, los psicofármacos y otros métodos terapéuticos aplicados a la infancia, el desarrollo de la genética molecular y el descubrimiento del papel de los factores ambientales en la etiología de las enfermedades de modo particular durante los primeros años de vida.

Desde el punto de vista sociológico e institucional a lo largo de la primera mitad del siglo XX la Psiquiatría Infantil ha sido considerada en España como una especialidad menor, ejercida la mayoría de las veces por pediatras y psiquiatras de adultos a quienes cabía el mérito de ser sensibles a los problemas de los niños. Ha sido a partir de los años setenta cuando se ha desarrollado de forma exponencial. Su futuro va a depender del mantenimiento de la medicina pública, del reconocimiento social que logre alcanzar y del desarrollo definitivo de la especialidad.

En los próximos años es previsible que la psiquiatría infantil siga avanzando en la clasificación más rigurosa de los trastornos psiquiátricos, la progresiva cuantificación y precisión de los sistemas de evaluación y el desarrollo de la investigación neurobiológica, de modo particular de la genética molecular, los modelos animales y las técnicas de imagen. Una investigación que contribuirá a la comprensión de la etiopatogenia de las enfermedades psiquiátricas y al logro de nuevos fármacos y métodos de tratamiento. Los estudios genéticos se orientarán no solo a síndromes o cuadros clínicos sino también a síntomas concretos como la impulsividad, la agresividad o las compulsiones, como por otra parte se hace en otras ramas de la medicina con la hipertensión o la hipercolesterolemia.

Entender mejor la comorbilidad tan frecuente en los niños y adolescentes es un reto de enorme interés así como el papel de la edad en el surgimiento de las enfermedades y en el curso clínico. Las relaciones entre psiquiatría infantil y psiquiatría de adultos serán cada vez más estrechas desde el punto de vista científico, pues pocas son las enfermedades psiquiátricas del adulto que no comienzan en la infancia. A su vez, a medida que se conozcan las causas y mecanismos de los trastornos psiquiátricos y, de forma particular, los factores ambientales que modifican la expresión de los genes, será posible poner en marcha medidas de prevención realmente eficaces. En este sentido, el campo de estudio de los factores de riesgo cobrará progresivo interés. Es decir la investiga-

ción abarcará desde la genética molecular, al ambiente en que vive el niño.

TRABAJOS CITADOS

- Alexander F, Selesnick S. *The history of psychiatry*. Nueva York. Harper and Row. 1966.
- Postel J, Quérel C. *Historia de la psiquiatría*. México. Fondo de Cultura Económica. 1987.
- Mardomingo M. Retraso Mental: Aspectos educativos y asistenciales. En: AA VV. *Educación especial*. Madrid. Santillana. 1985; pp: 1111-1112.
- Mardomingo M. Asilo. En: AA VV. *Diccionario de educación especial*. Madrid. Santillana. 1985. p: 210.
- Ullesperger J. *La historia de la psicología y de la psiquiatría en España desde los más remotos tiempos hasta la actualidad*. Madrid. Alhambra. 1954.
- Espinosa J. La asistencia psiquiátrica. En: Laín Entralgo P (ed.). *Historia universal de la medicina*. Madrid. Espasa Calpe. 1974; pp: 229-232.
- Fernández Doctor A. La asistencia psiquiátrica en el Real y General Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza y su área de influencia en el siglo XVIII. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1985; 13: 102-114.
- Espinosa J. La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*. 1966; VII: 190.
- Espinosa J. La asistencia al enfermo mental en España durante la Ilustración y el reinado de Fernando VII. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*. 1966; V: 181-215.
- Peset V. Sobre la psiquiatría española del siglo XIX. *Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina*. 1950; II: 622-627.
- Gracia Guillén D. Medio siglo de psiquiatría española: 1885-1936. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*. 1971; X: 305-340.
- Rey A. Clásicos de la Psiquiatría Española del Siglo XIX: Juan Giné y Partagás. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1982; 2: 99-110.
- Valenciano Gaya L. *El doctor Lafora y su época*. Madrid. Morata. 1977.
- Granjel L. Historia de la pediatría española. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*. 1965. III.
- Aries E. *L' enfant et la vie familiale sous l' ancien régime*. Paris. Librairie Plon. 1960.
- Ballester R. El niño en la medicina española: tradición y medicalización. *Jano*. 1985; 662: 787.
- Bollea G. La Psychiatrie infantile en Europe. *Psychiatrie de l'enfant*. 1958; I: 181-208.
- Granjel L. *La medicina española del siglo XVIII*. Salamanca. Ediciones de la Universidad de Salamanca. 1979.
- Seidler E. El desarrollo de la pediatría moderna. En: Laín Entralgo P (ed.). *Historia universal de la medicina*. Barcelona. Salvat. 1974; pp: 203-209.
- Ballester R. Factores biológicos y actitudes vigentes frente a la infancia en la sociedad española del Antiguo Régimen. *Asclepio*. 1983; 35: 342-357.
- Cortés de los Reyes L. Los comienzos de la puericultura científica en España. Madrid. Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. 1959.
- Mardomingo M. Orfanato. En: AA VV. *Diccionario de Educación Especial*. Madrid. Santillana. 1985; pp: 1472-1473.
- Gracia D. ¿Es el niño un ser enfermo? *Jano*. 1985; 662: 801-820.
- Locke J. Some thoughts concerning education. London. Printed for A. and J. Churchill (<http://www.bartleby.com/37/1/>); 1694.
- Gutiérrez D. Bases históricas de la Psiquiatría Infantil. En: Mendiguchía F (ed.). *Psiquiatría infanto-juvenil*. Madrid. Ediciones del Castillo. 1980.
- Sanmartín A. Centros pilotos ambulatorios para la Asistencia psiquiátrica a niños subnormales. *Rev Esp de Neuropsiq Inf*. 1961; I: 159-167.
- Sordo L. Utopía convertida en realidad: 25 años de historia de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. En: *Mesa redonda en las Jornadas Aniversario de las Unidades de Salud Mental de Castilla La Mancha 2011*. Toledo. 2011.
- Cobo Medina C. *Paidopsiquiatría Dinámica I*. Madrid. Ediciones Roche. 1983.
- Vaca D. Ponce de León. Noticias inéditas. *BILE*. 1901; XXV: 73-75.
- Feijoo J. *Cartas eruditas*. Madrid. Alianza. 1990.
- Laín Entralgo P. La medicina hipocrática. En: Laín Entralgo P, (ed). *Historia universal de la medicina*. Barcelona. Salvat. 1974.
- López Piñero JFB. *Los tratados de enfermedades infantiles en la España del Renacimiento*. Valencia. Universidad de Valencia. Cátedra de Historia de la Medicina. 1982.
- Domenech E. Antecedentes históricos de la Psiquiatría Infantil. *IMP. Psiquiatría*. 1991; 4: 204-208.
- Domenech E. El pasado de la Psicopatología Infantil. En: Domenech E, Corbera J, (eds.). *Aportations a la historia de la psicopatologia infantil*. Barcelona: *Publications del seminar Pere Mata de la Universitat de Barcelona*, 1997; 73: 13-30.
- Willis T. *De anima brutorum quae hominis vitalis ac sentitiva est: exercitationes duae Londini*. Tipis E.F. impensis Ric. Davis, Oxon. 1672.
- Hare E. The history of "nervous disorders" from 1600 to 1840, and a comparison with modern views. *Br J Psychiatry*. 1991; 159: 37-45.
- Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Seconde édition, entièrement refondue et très-augmentée. Paris: Chez J. Ant. Brosson. 1809.
- Semelaigne R. *Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel*. Paris. Baillière. 1930-1932.
- Gineste T. *Victor de l'Aveyron, dernier enfant sauvage, premier enfant fou*. Paris. Le Sycomore. 1981.
- López Piñero J. Patología y clínica en el Romanticismo. En: Laín Entralgo P (ed.). *Historia universal de la medicina*. Barcelona. Salvat. 1974. pp: 225-268.
- Itard E. *De l'éducation d'un homme sauvage, ou Des premiers développemens physiques et moraux du jeune sauvage de l'Aveyron*. Paris. Goujon fils, imprimeur-libraire (<http://gallica.bnf.fr>); 1801.
- Chess S, Hassibi M. *Principles and practice of child psychiatry*. New York. Plenum Press. 1986.
- Bourneville D. *Recueils de mémoires, notes et observations sur l'idiotie*. Paris. Au bureau du Progrès Médical. 1891.
- Griesinger W. *Pathologie und therapie der psychischen krankheiten*. Stuttgart. Krabbe. 1845.
- Turner T. Henry Maudsley -psychiatrist, philosopher and entrepreneur. *Psychol Med*. 1988; 18: 551-574.
- Hellal P, Lorch M. Charles West: a 19th century perspective on acquired childhood aphasia. *J Neurolinguistics*. 2005; 18: 345-360.

47. Jover J. Visión sinóptica de la cultura del positivismo. En: Laín Entralgo P (ed.). *Historia universal de la medicina*. Barcelona: Salvat. 1974. pp: 1-9.
48. Emminghaus H. *Die psychischen Störungen des Kindesalters*. Tübingen. Verlag Der H. Lauppschen Buchhandlung. 1887.
49. Berrios G, Hauser R. The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history. *Psychol Med*. 1988; 18: 813-821.
50. Berrios G. *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge. Cambridge University Press. 1996.
51. Kendler K, Jablensky A. Kraepelin's concept of psychiatric illness. *Psychol Med*. 2011; 41: 1119-1126.
52. Critchley M. *The divine banquet of the brain*. New York. Raven Press. 1979.
53. Morales J. Psiquiatría y Neurología. En: Laín Entralgo P (ed.). *Historia universal de la medicina*. Barcelona. Salvat. 1974. pp: 217-228.
54. Fegert J. The early history of child and adolescent psychiatry. A review of research on historical aspects of the concepts of child psychiatric thought and processes. *Z Kinder Jugendpsychiatr*. 1986; 14: 126-144.
55. Koelbing H. A century of psychiatry. *Psychopathology*. 1986; 19: 1-5.
56. Lipowski Z. To reduce or to integrate: psychiatry's dilemma. *Can J Psychiatry*. 1986; 31: 347-351.
57. Kanner L. La paidopsiquiatría en el marco de la sociedad occidental. *Acta Paedopsichiatrica*. 1967; 34: 2-12.
58. Mardomingo M. El maltrato social. En: *Libro de Comunicaciones Científicas del XVI Congreso Español de Pediatría*. 1985.
59. Mardomingo M. Aspectos psiquiátricos del maltrato en la infancia. *Anales Españoles de Pediatría*. 1985; 22/23: 167-171.
60. Nissen G, Hermann Emminghaus. Founder of scientific child and adolescent psychiatry. *Z Kinder Jugendpsychiatr*. 1986; 14: 81-87.
61. Daute K, Lobert W, Hermann Emminghaus: 100 years of the psychopathology of childhood and adolescence. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)*. 1987; 39: 682-685.
62. Filibillou P. *Contribution a l'étude de la folie chez les enfants*. Paris. Librairie Ollier-Henry. 1887.
63. Domenech E. Entorn del centerari de l'obra de psiquiatría infantil de Pierre Filibilliu. En: Domenech E, Corbella J, (ed.). Aportacions a la historia de la psicopatologia infantil. Barcelona: *Publicacions del seminar Pere Mata de la Universitat de Barcelona*. 1997; 73: 71-77.
64. Pérez-Rincón H. *El teatro de las histéricas, de cómo Charcot descubrió, entre otras cosas, que también había histéricos*. México. Fondo de Cultura Económica. 1998.
65. Moreau de Tours P. *La folie chez les enfants*. Paris. Bailiere et fils. 1888.
66. Domenech E, Corbella J. Tres textos franceses de psiquiatría infantil en el siglo XIX. En: Domenech E, Corbella J, (eds.) Aportacions a la historia de la psicopatologia infantil. Barcelona. *Publicacions del seminar Pere Mata de la Universitat de Barcelona*. 1997; 73: 105-110.
67. Doménech E. Análisi del text de psiquiatría del nen i de l'adolescente d'Alexandre Gaubert. En: Doménech E, Corbella J, (eds.) *Aportacions a la historia de la psicopatologia infantil*. Barcelona: *Publicacions del seminar Pere Mata de la Universitat de Barcelona*. 1997; 73: 93-104.
68. Sanctis Sd. Dementia precocissima catatonía. *Fol Neurobiol*. 1909; II.
69. Heller T. *Über Dementia Infantilis*. Zeitschrift, Erf. u. Beachand, d. Jugendl, Schwach-sinus. 1909.
70. Mahler M. *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation, Vol. 1: Infantile psychosis*. New York. International University Press. 1969.
71. Rodríguez Lafora G. *Los niños mentalmente anormales*. Madrid. Espasa Calpe. 1933.
72. Mendiguchía M. Psiquiatría Infantil. En: AA.VV. *Diccionario de Educación Especial*. Madrid. Santillana. 1985; pp: 1715-1718.
73. Mercader T. Fundamentos de la protección de menores en España y sus relaciones con la Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Rev Psiqui InfantoJuvenil*. 1991; 1: 9-26.
74. Mardomingo M. Retraso Mental: Aspectos educativos y asistenciales. En: Gisbert J, Mardomingo M, et al. (eds.) *Educación Especial*. 2nd ed. Madrid. Cincel Kapelus. 1981; pp: 110-130.
75. Orton S. Wordblindness in school children. *Arch Neurol Psych*. 1925; 14: 581.
76. Hollingworth L. *The psychology of subnormal children*. New York. McMillan. 1920.
77. Meyers C, et al. Primary habilities at mental age six. *Monogr Soc Res Child Develo*. Chicago. 1962: 27.
78. Lehtinen L, Strauss A. New Approach in educational methods. *Amer J Ment Defic*. 1944; 48: 283-287.
79. UNESCO. *La educación especial*. Salamanca. Sígueme. 1977.
80. Nirje B. The normalization principle -implications and comments. En: *Symposium on "Normalization". Jour of Mental Subnormality*. 1969-1970; 15-16.
81. Binet A. Sur la nécessité d'établir un diagnostic scientifique des états inférieurs de l'intelligence. *L'Année Psychologique*. 1905; 2: 189.
82. Binet A, Simon T. Le développement de l'intelligence chez les enfants. *L'Année Psychologique*. 1908; 14: 1-94.
83. Binet A, Simon T. Nouvelles recherches sur la mesure du niveau intellectuel chez les enfants des écoles. *L'Année Psychologique*. 1911; 17: 145-201.
84. Healy W, Bronnor A. The child guidance clinic: Birth and growth of an idea. En: Lowreg L (ed.). *Orthopsychiatry 1923-1948: Retrospect and Prospect*. New York. American Orthopsychiatric Association. 1948.
85. Anderson H. *Las clínicas psicológicas para la infancia en los EE.UU*. Madrid. Espasa Calpe. 1935.
86. Slaff B. History of child and adolescent psychiatry ideas and organizations in the United States: a twentieth-century review. *Adolesc Psychiatry*. 1989; 16: 31-52.
87. Aubry E. Psychoses de l'enfance à forme de démence précoce. *L'Encéphalen*. 1910; 10: 272-278.
88. Lutz J. Über die Schizophrenie in Kindersalter. Schweiz. *Arch Neurol Weurochir Psych*. 1937; 39: 335-372; 40:141-161.
89. Despert J. *Schizophrenia in children*. New York. Brunner-Mazel. 1968.
90. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*. 1943; 217-230.
91. Mardomingo M. Los trastornos psiquiátricos infantiles en la década de los 90: ¿Hacia donde vamos? *Anales Españoles de Pediatría*. 1990; 33: 13-17.
92. Adler A. *La inferioridad de los órganos*. Buenos Aires. Paidós. 1980.
93. Micale M, Porter R. *Discovering the history of psychiatry*. Oxford. Oxford University Press. 1994.

94. Forrester J. "A whole climate of opinion": Rewriting the history of psychoanalysis. En: Micale M, Porter R (eds.). *Discovering the history of psychiatry*. Oxford. Oxford University Press. 1994; pp: 174-190.
95. Rieff P. The critic of psychoanalysis as cultural theorist. En: Micale M, Porter R (eds.). *Discovering the history of psychiatry*. Oxford. Oxford University Press. 1994; pp: 191-218.
96. Stutte H. Sobre la situación actual de la psiquiatría infantil europea. *Acta Paedopsichiatrica*. 1968; 35: 45-58.
97. Serrate A. *Los primeros veinticinco años de la S.E. de Neuropsiquiatría Infantil*. Zaragoza I: Publicaciones de la E.E. de N-P; 1977.
98. Mardomingo M. La Psiquiatría del niño y del adolescente no existe. ¿Hasta cuando? *El País. Tribuna sanitaria*. 1999; 23 noviembre. http://elpais.com/diario/1999/11/23/sociedad/943311625_850215.html.
99. Mardomingo M. Spanish child and adolescent psychiatry fighting for official recognition. *IACAPAP Bulletin*. 2008 November, 21; p. 21.
100. Plataforma de Familias. ¿Quiénes somos? <http://www.plataformafamilias.org/quienes-somos/>. 2008 a.
101. Plataforma de familias. Así fue la manifestación y la entrega de firmas. <http://www.plataformafamilias.org/asi-fue/>. 2008 b.
102. Plataforma de familias. Manifiesto de la convocatoria de la manifestación previa a la entrega de firmas del 20 de mayo de 2008. <http://www.plataformafamilias.org/wp-content/uploads/2008/06/manifiesto-30-mayo-convocatoria.doc>. 2008 c.
103. Senado de España IX Legislatura. 8. Sesión de 18 de mayo de 2009: 8.4. Comparecencia de la Jefe de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Gregorio Marañón, Dra. M^ª Jesús Mardomingo Sanz. *Boletín oficial de las Cortes Generales*. Senado IX Legislatura España. 2010. <http://www.senado.es/legis9/publicaciones/pdf/senado/bocg/10483.PDF>; BOCG, Senado, Serie I 18 junio 2010(Núm 483, Pág. 31).
104. Fernández Liria A, Beneyto G. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. *Cuadernos Técnicos, 14*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.<http://www.aen.es/docs/CTecnicos14.pdf>; 2009.
105. Servicios de Prensa del Ministerio de Sanidad. Anunciado por Bernat Soria: El Ministerio de Sanidad creará las especialidades médicas de Psiquiatría Infantojuvenil y de Urgencias y Emergencias. Servicios de Prensa: notas de Prensa 6 de abril de 2009. http://www.lamoncloa.es/serviciosdeprensa/notasprensa/msc/_2009/ntpr20090406_plazasmir.htm.
106. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. *BOE* nº 190, miércoles 6 de agosto de 2014, Sec. I, p. 63130-63167. www.boe.es/boe/dias/2014/08/06/pdfs/BOE-A-2014-8497.pdf.

Concepto y ámbito de la Psiquiatría del niño y del adolescente

- **Introducción**
- **Psiquiatría del niño y del adolescente y método científico**
- **El problema cuerpo-mente**
- **Los paradigmas y el desarrollo de la ciencia**
- **Las escuelas de la psiquiatría y psicología académica**
- **La relación médico-paciente en el contexto de la psiquiatría del niño y del adolescente**
 - La *philanthrôpia* y la *philotekhnía* griegas
 - El Renacimiento y la nueva actitud frente al cuerpo
 - La interpretación científico-natural
- La relación médico-paciente en el conjunto de las relaciones humanas
- La comunicación médico-paciente
- **Las últimas tendencias: la segunda mitad del siglo XX**
- **Perspectivas para el futuro**
 - Cambios sociales y vida moderna
 - Medidas preventivas y terapéuticas
 - La psiquiatría del niño y del adolescente en el marco de las especialidades médicas
- **Conclusiones y retos ante el futuro**
- **Trabajos citados**

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría del niño y del adolescente ha experimentado en el último medio siglo un desarrollo de tal magnitud que constituye una de las áreas científicas con un futuro más interesante^(1,2). Una de las primeras dificultades que plantea el concepto y definición de esta joven disciplina es su gran extensión, a lo que hay que añadir las dificultades inherentes a una ciencia que aborda nada menos que el estudio de la conducta humana y de sus trastornos en dos épocas de la vida: la infancia y la adolescencia^(3,4).

La psiquiatría infantil de comienzos del siglo XXI se muestra como una disciplina casi inabarcable, que sigue buscando una mejor definición de sus objetivos, límites, métodos y relaciones con otras ciencias afines. Por otra parte, los problemas que plantea la formulación del concepto de

psiquiatría infantil son inherentes a todas las neurociencias y ciencias de la conducta en general. No hay que olvidar que desde el punto de vista académico la psiquiatría se nutre de tendencias opuestas, representadas por dicotomías tales como: racionalismo frente a empirismo, y monismo frente a dualismo, que a su vez se manifiestan en diversas escuelas, bien sea el estructuralismo, conductismo, psicoanálisis, teoría de la Gestalt, neurobiología u otras.

La incertidumbre en torno a las relaciones cuerpo-mente, problema eternamente planteado y nunca resuelto, dificulta la definición de psiquiatría infantil, así como la delimitación de sus objetivos, métodos, hipótesis y campo de acción⁽⁵⁾. La psiquiatría es a la vez fisiológica y sociológica, y se desarrolla por tanto entre la biología por un lado y las ciencias sociales por otro. Tiene frente a sí un difícil dilema: si acepta solo los datos de la experiencia subjetiva

nunca alcanzará la categoría de ciencia, pero si elimina estos datos por completo se situará a sí misma en el ámbito de la protociencia⁽⁶⁾.

La psiquiatría infantil no puede construir un fondo de conocimientos específico consistente en afirmaciones genéricas o en intuiciones subjetivas y al mismo tiempo no le basta obtener resultados altamente significativos, con diseños experimentales muy rigurosos, si versan sobre cuestiones completamente insignificantes. La complejidad y el rigor deben ir de la mano, pues como señala Edgar Morin “la complejidad está en la base del razonamiento científico”⁽⁷⁾.

A lo largo de este capítulo se abordan las características de la actividad científica y los supuestos que la psiquiatría infantil debe cumplir si quiere situarse plenamente en el marco de la ciencia. Se esboza, y por supuesto no se resuelve, el problema cuerpo-mente, para tratar a continuación la importancia de los paradigmas en el desarrollo de la ciencia. Se describen después las escuelas de la psiquiatría académica y se sigue con un tema fundamental, el de la relación médico-paciente, enmarcándolo en la tradición que representa en nuestro país la obra de Lain Entralgo. Se abordan luego las últimas tendencias de la psiquiatría infantil en la segunda mitad del siglo XX, para terminar con algunas perspectivas para el futuro, con especial atención a señalar las áreas que se perfilan como problemáticas, la necesidad de medidas preventivas y terapéuticas y el lugar que ocupa la psiquiatría infantil en el contexto de las otras especialidades médicas.

Este capítulo no pretende establecer ni cerrar el concepto de psiquiatría infantil, pretende plantearlo y opinar sobre él. El concepto definitivo de una disciplina lo da la historia, y en psiquiatría infantil, la historia está aún por hacer.

PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE Y MÉTODO CIENTÍFICO

La actividad científica, para ser tal, ha de cumplir unas determinadas condiciones⁽⁸⁾. En primer lugar, es una comunidad de investigadores y no de creyentes quienes la llevan a cabo y la sociedad apoya y tolera esta actividad otorgando la libertad necesaria para su desarrollo. En segundo lugar el universo en el que tiene lugar el quehacer científico se compone de entes reales, nunca de ficciones, excepto por error.

La actividad científica se centra en objetos materiales que cambian conforme a leyes, no se ocupa de entes autónomos o no concretos, exige la noción de verdad, como adecuación de las ideas a los hechos, y se rige por un código que propugna la libre búsqueda de la verdad, la sistematicidad y la profundidad, en vez de la búsqueda de la utilidad o la unanimidad.

El fondo formal del quehacer científico es una colección de teorías y métodos formales actualizados, mientras que el fondo específico se compone de una colección de datos, hipótesis, teorías y métodos bien confirmados, que proceden y se toman de otros campos de investigación (por ejemplo la química, la física). En cuanto a los problemas y temas que aborda, son exclusivamente problemas cognoscitivos referentes a la naturaleza y, en particular, a las leyes de los componentes del universo concreto al que se enfrenta.

La actividad científica da lugar a un fondo de conocimiento que se va acumulando. Este cuerpo de conocimientos es una colección de datos, hipótesis, teorías y métodos, compatibles con las teorías y métodos del fondo específico, razonablemente verdaderos y eficaces. Sus objetivos se refieren al descubrimiento de leyes, sistematización de las hipótesis en teorías y perfeccionamiento de los métodos.

En cuanto a la metodología, se compone exclusivamente de métodos escrutables (comprobables, analizables, criticables) y justificables (explicables)⁽⁹⁾. Por otra parte la actividad científica admite la existencia de campos de investigación contiguos y por tanto complementarios, imprescindibles para abordar la alta complejidad de los entes reales.

Por lo tanto, la psiquiatría infantil, como cualquier otra disciplina que desee situarse en el campo de la ciencia, tiene que cumplir unos presupuestos⁽⁸⁾:

1. Debe escapar al dualismo psicofísico, capaz de postular entes inmateriales sin base corporal, pero capaces de actuar sobre el cuerpo.
2. No puede admitir argumentos de autoridad, que implican una gnoseología dogmática e ingenua, incompatible con el realismo crítico inherente a la ciencia.
3. Necesita modelos matemáticos y tiene que hacer uso de la estadística.
4. Su desarrollo está ligado al de otras neurociencias, así como a la psicología experimental.
5. Sus hipótesis deben ser puestas a prueba y en consecuencia aceptadas o rechazadas. No pueden tener el carácter de irrefutables.
6. Precisa de un fondo de conocimientos acumulado. Tal como decía Empédocles, “*el conocimiento exige siempre un a priori*”.
7. Debe cumplir el objetivo de buscar leyes que expliquen los fenómenos que estudia.
8. Por lo que respecta al método, ha de utilizar el método científico, que supone la experimentación rigurosa y la construcción de modelos matemáticos⁽¹⁰⁾. Tiene que emplear grupos control y hacer el correspondiente análisis estadístico.

La psiquiatría infantil tiene que cumplir con los tres principios fundamentales del método científico: objetividad, inteligibilidad y dialéctica⁽¹¹⁾. Estos principios sostienen que la realidad es observable, comprensible y falsable. No cabe duda de que la física comprende objetos menos complejos que la biología y esta que la psicología o la psiquiatría; sin embargo, todas son científicas si apuran al máximo los tres principios enunciados. Por otra parte, hay disciplinas científicas que rescatan lo ya perdido (arqueoología, paleontología) y disciplinas como la medicina, que anticipan lo aún no hallado.

La psiquiatría infantil se nutre del saber de las ciencias y de las humanidades. Esta particular ubicación en el ámbito del conocimiento le confiere su singularidad como disciplina, el modo en que se ejerce y la identidad del psiquiatra infantil. Las ciencias básicas (matemáticas, biología, genética) aportan el rigor, el método científico; Las ciencias aplicadas (pediatría, psiquiatría, psicología), el beneficio para los pacientes; y las humanidades (filosofía, poesía, ética, arte) la dimensión humana inherente a la medicina y otro modo de conocimiento de la realidad (Figura 2.1).

EL PROBLEMA CUERPO-MENTE

El interés por conocer la naturaleza humana y la realidad se remonta a los filósofos griegos, una de cuyas ideas más geniales fue la suposición de que los fenómenos variables tenían una naturaleza invariable y por tanto susceptible de ser estudiada. Anaximandro (610-546 a.C.) meditó sobre la naturaleza original y duradera de la cosas. Parménides (530-515 a.C.) proclamó su gran teoría de la unidad e invariabilidad del ser. Empédocles (h.495-h.435 a.C.) buscó los elementos simples de la materia y puede ser considerado como el creador del concepto de elemento. Finalmente Demócrito (460-370

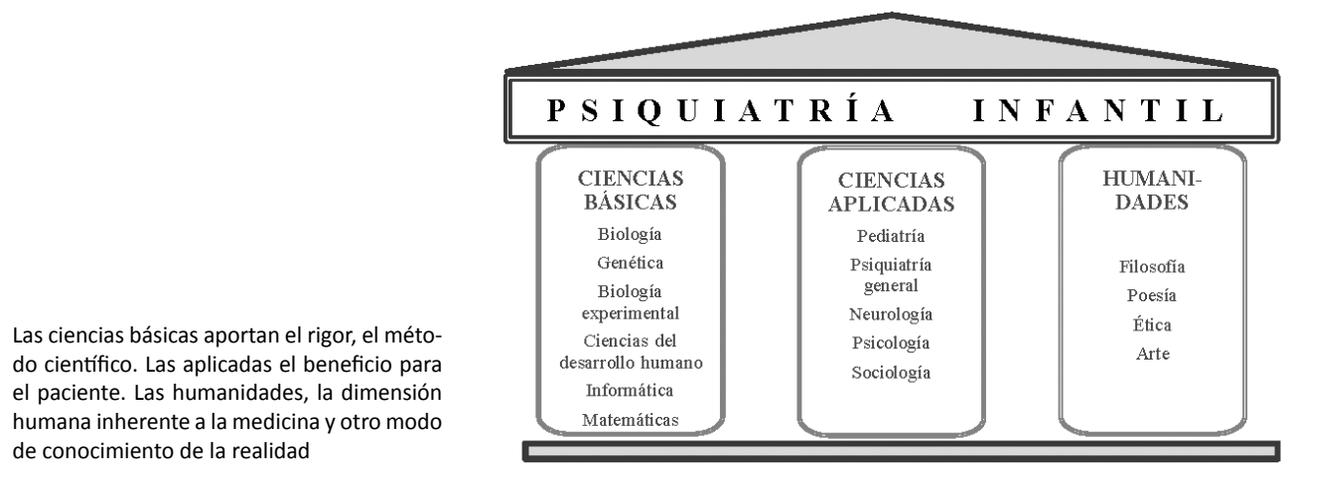
a.C.) formuló la teoría según la cual la materia se compone de átomos⁽¹²⁾.

El problema cuerpo-mente cuenta con estos y otros antecedentes y ha sido objeto predilecto de la filosofía y de la ciencia a lo largo de la historia. La comunidad científica aún no ha desentrañado de modo definitivo la relación entre el cerebro y la mente, y aún no ha resuelto el problema de la “conciencia”^(13,14,15,16). En cualquier caso los “procesos mentales” solo podrán ser estudiados en la medida de que se trate de “problemas neuronales”.

La hipótesis psicobiológica de la mente sostiene que todo hecho experimentado como mental es idéntico a alguna actividad cerebral, lo cual no implica que toda actividad cerebral sea mental. Es precisamente la toma de conciencia lo que confiere a dicha actividad el carácter de mental. La asunción de que todas las anomalías mentales son anomalías neuronales, supone el abandono del dualismo alma-cuerpo, tan esterilizante para la psiquiatría y que ha mantenido a esta disciplina alejada de la medicina y de las neurociencias durante tanto tiempo y, por tanto, alejada del método científico.

De forma resumida puede decirse con Eccles⁽¹⁵⁾ que hay dos posibilidades respecto a la investigación de la mente: o bien se supone que se puede investigar científicamente, o bien se niega esta posibilidad y se afirma que la mente es de naturaleza misteriosa o incluso sobrenatural. Para los autores que defienden un concepto material, ya que no mecanicista, la mente es una *propiedad emergente* que solo poseen los animales dotados de sistemas neuronales plásticos de gran complejidad⁽⁸⁾. Hace tiempo Bullock⁽¹⁷⁾ afirmaba: “*falta por descubrir nuevos niveles emergentes de las relaciones fisiológicas entre neuronas en masa, que explicarán las lagunas en nuestra comprensión de los fenómenos de la conducta y que la mente no es sino un nombre que damos a esas relaciones o sus consecuencias*”.

Figura 2.1. Ubicación de la Psiquiatría infantil entre las ciencias y las humanidades.



Las ciencias básicas aportan el rigor, el método científico. Las aplicadas el beneficio para el paciente. Las humanidades, la dimensión humana inherente a la medicina y otro modo de conocimiento de la realidad

Las nuevas técnicas de exploración del cerebro, y concretamente las técnicas de imagen, van a contribuir en gran medida a responder a algunas de estas preguntas, ya que permiten correlacionar la estructura y función de regiones concretas del cerebro con el comportamiento y por tanto con el estado mental del individuo. Las técnicas de imagen funcionales permiten, por ejemplo, observar de forma directa los cambios del flujo sanguíneo y del consumo de oxígeno de las neuronas de regiones cerebrales concretas, mientras el sujeto lleva a cabo tareas de recuerdo, emoción, cognición, motivación o aprendizaje. Es decir, mientras está pasando por diferentes “*estados mentales*”. Así se observa con la tomografía computarizada por emisión de positrones (PET), la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) y la resonancia magnética funcional (RMF). Es decir, son los avances científicos los que permiten el progresivo conocimiento del funcionamiento cerebral y, por tanto, la mejor comprensión de la conducta humana.

La *traducción* de pensamientos o “*estados mentales*” de un individuo a imágenes de las áreas cerebrales que se activan, obtenidas mediante las técnicas de imagen, nos recuerda la *traducción de señales* que tiene lugar en el mundo de las telecomunicaciones. En el caso de la televisión, por ejemplo, consiste en que el emisor transforma las imágenes y sonidos en una señal radioeléctrica que retransmite y que al ser captada por el receptor sufre la transformación inversa, de tal forma que el telespectador disfruta de las imágenes y sonidos originales, pudiendo participar en directo de un acontecimiento histórico. De modo semejante, un historiador o un novelista transforma la idea que tiene de los acontecimientos que desea narrar en un texto escrito, cuya lectura permite al lector compartir su visión y entrar en el mundo de grandes personajes históricos o literarios, bien se trate de Felipe II o Don Quijote. Como en la literatura, en el arte de la pintura los pigmentos de colores depositados por el artista en una pared o en un lienzo sumergen al espectador en la experiencia emocional y estética del artista, como sucede con los frescos de Miguel Ángel o la atmósfera transparente de las Meninas de Velázquez⁽¹⁸⁾.

La *transducción de señal* (*signal transduction*) es un concepto fundamental en bioquímica⁽¹⁹⁾ y biología molecular⁽²⁰⁾ que permite unificar la comprensión de los mecanismos de acción de elementos distintos como son los neurotransmisores⁽²¹⁾ y las hormonas⁽²²⁾. Aunque conceptualmente el proceso genético de *traducción* mediado por el ARN mensajero (mediante el cual el mensaje de una secuencia de tripletes de nucleótidos de la cadena de ARN da como resultado una cadena de aminoácidos definida por la correspondencia de una tabla) es semejante al de transducción, su mecanismo de acción es muy diferente⁽²³⁾ (Véase 2ª Parte, *Fundamentos biológicos de la*

Psiquiatría del Niño y del Adolescente). La *transducción de señal* es un fenómeno que aporta una visión unificadora de la dimensión microscópica y macroscópica de la realidad, tangible e intangible, y juntamente con el concepto de *traducción de señal* puede contribuir a entender mejor las relaciones del cerebro con la mente, un dilema que seguirá siendo objeto de reflexión de la ciencia y de la filosofía.

La evolución del cerebro ha permitido al ser humano tener conciencia de que existe, de que piensa y es único, y de que pertenece a un grupo de seres que son sus semejantes y que conforman su especie. También le ha permitido, como es propio de un animal curioso e inquieto, preguntarse por la naturaleza de esta realidad y por las normas y reglas que la rigen. Así surgió el interés de carácter científico y filosófico⁽²⁴⁾. La ciencia se pregunta por tres asuntos fundamentales: el origen del Universo, de la vida y del hombre, y según Kant, todas las cuestiones de la filosofía se reducen a una pregunta: *¿qué es el ser humano?* La ciencia tiene mucho que decir sobre categorías superiores del pensamiento como el lenguaje, el amor, la conciencia o las emociones, temas todos de particular interés de la reflexión filosófica. Es decir, la filosofía, para llevar a cabo su objetivo, ya no puede prescindir de la ciencia.

La ciencia busca el conocimiento de la realidad y el acceso a la verdad, es tanto un método como una forma de pensar, y su tarea es inabarcable e interminable en términos filosóficos, pues la realidad es por su propia naturaleza inaprensible⁽²⁵⁾. Es decir, nunca la realidad puede ser aprehendida en su totalidad. Sin embargo la ciencia tiene que contribuir, en última instancia, al sentido de la existencia humana, una cuestión de orden filosófico. El énfasis en el método para hacer ciencia no implica que el conocimiento se reduzca al método, ni que el método científico sea la única forma de aproximación al conocimiento. De hecho, en todo sistema lógico coherente hay afirmaciones cuya veracidad o falsedad no puede ni demostrarse ni refutarse, lo que indica que el conocimiento científico es limitado⁽¹²⁾.

La ciencia es una forma limitada de conocimiento de la realidad y su método no brinda *per se* respuestas definitivas, pero proporciona un modo de conocimiento del universo y de la naturaleza humana único e insustituible. La comprensión del problema cuerpo-mente requiere de la investigación científica, y por tanto del concurso de la psiquiatría, y requiere de la reflexión filosófica.

LOS PARADIGMAS Y EL DESARROLLO DE LA CIENCIA

En su obra *The structure of scientific revolutions*, Thomas Kuhn⁽²⁶⁾ sostiene que los principios científicos solo

son comprensibles en el contexto de un paradigma, es decir, de un mundo de ideas que se transmite culturalmente y que una serie de instituciones apoya y sostiene. Kuhn comenzó su carrera como físico y luego se dedicó a la historia de la ciencia. Su teoría de la ciencia pretende ser coherente con la historia de los descubrimientos científicos. Su concepto de paradigma implica dos características fundamentales, por una parte, que ha tenido lugar un logro o avance, que representa un modo nuevo de resolver un problema por la ciencia. Este logro sirve como modelo de investigación y da lugar a que se forme una teoría. Y por otra, la existencia de una serie de valores compartidos por la comunidad científica, es decir, de métodos, reglas y generalizaciones que son fundamento de la investigación en curso.

Para Kuhn el desarrollo de la ciencia pasa por etapas de crisis que desembocan en un cambio revolucionario de paradigma, y por etapas de normalización⁽²⁶⁾. El progreso de una ciencia podría expresarse en el esquema abierto que muestra la Figura 2.2.

La etapa de ciencia normal comienza siempre con algún hallazgo, que supone el surgimiento de una teoría, que explica por primera vez, un hecho o acontecimiento en esa rama del saber. Durante esta etapa, la mayoría de los investigadores se dedica a confirmar el paradigma dominante y el conocimiento se acumula en libros de texto que sirven de medio de transmisión a los nuevos investigadores y estudiantes. Durante esta etapa se plantean enigmas y acertijos que deben resolverse en el futuro. Los logros de la etapa de ciencia normal son por tanto originales y novedosos, aunque con la tendencia de la comunidad científica de centrarse fundamentalmente en confirmar esos hallazgos. Una tendencia que algunos califican de conservadora.

El cambio de paradigma se produce cuando surge una crisis por la introducción de nuevos conceptos que dan lugar a una revolución de ideas y métodos. Esto tiene lugar

cuando la teoría antigua es incapaz de resolver los problemas que se le presentan, y el nuevo logro ofrece modos y formas de ver las cosas que suponen métodos de análisis más idóneos y nuevos problemas a los que dedicarse.

El modelo de Kuhn ha sido criticado por el peso excesivo que concede a la sociología y a la historia externa de los cambios científicos, minimizando el poder intrínseco de la ciencia, sin embargo, sigue teniendo un gran interés su énfasis en el papel que tienen los valores compartidos por la comunidad científica en las decisiones que se adoptan, sobre todo en la tenacidad para evaluar otros paradigmas diferentes o contrapuestos al que se defiende.

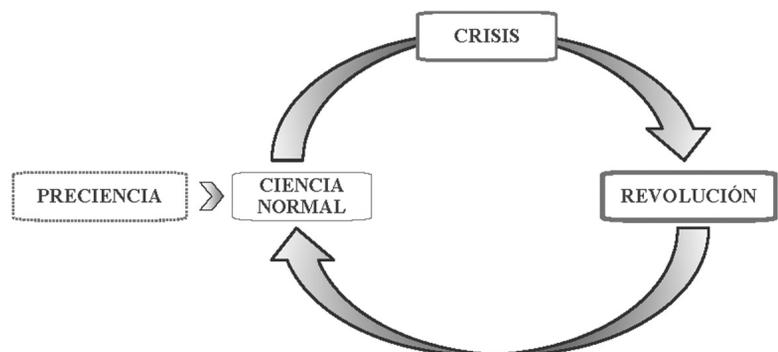
El desarrollo de la psiquiatría y de la psicología ha estado marcado por seis grandes acontecimientos históricos que supusieron un cambio de paradigma en la comprensión de la realidad:

1. La *física de Newton*, imprescindible para que surgiera Einstein.
2. La *reflexología cartesiana*, punto de partida del método científico.
3. El *evolucionismo de Darwin*, que sitúa al hombre en la escala animal.
4. El *psicoanálisis de Freud*, que aporta el concepto de inconsciente, y añade complejidad a los mecanismos causales y desencadenantes de la conducta y de los trastornos psicopatológicos.
5. La *perspectiva social*, que ubica al sujeto en su ambiente y pone de relieve el papel trascendental de los factores sociales en la vida personal y en su transcurso.
6. El surgimiento de la biología molecular y la descripción del *genoma humano*, que abre perspectivas extraordinarias para comprender la etiopatogenia de las enfermedades y métodos más eficaces de tratamiento.

Figura 2.2. Esquema del progreso de la ciencia propuesto por Thomas Kuhn.

El progreso de la ciencia tiene lugar según Kuhn mediante “*etapas de crisis*” que desembocan en un “*cambio revolucionario de paradigma*” y “*etapas de normalización*”. El nuevo paradigma significa que ha surgido un modo nuevo de entender y resolver un problema científico distinto al que existía en la etapa de “*ciencia normal*”. Este logro solo es posible si la comunidad científica comparte un mundo de ideas y valores.

(Kuhn T. *The structure of scientific revolutions*. Chicago. Chicago University Press. 1970).



Podría decirse que la psiquiatría como ciencia se ha ido gestando como resultado de la confluencia y divergencia de estas tendencias directamente asociadas a unas determinadas circunstancias históricas y a unos individuos concretos: Galileo, Newton, Descartes, Darwin, Pavlov, Einstein, Freud y Marx. Todos ellos ejercieron un impacto en la evolución histórica del pensamiento humano y por tanto en el surgimiento y posterior desarrollo de la psiquiatría, la psicología, y la psiquiatría Infantil⁽²⁸⁾.

A lo largo del siglo XX se ha acelerado el ritmo de los descubrimientos científicos con hallazgos fundamentales como los grupos sanguíneos, las comunicaciones inalámbricas, la teoría de la relatividad, la penicilina, los computadores, los aceleradores de partículas, el ADN, las hormonas recombinantes, el laser, los chips, la aviación supersónica, los telescopios espaciales, la secuencia del genoma humano, nuevas partículas para entender el origen del universo como el *bosón de Higgs* e internet. Todos ellos dan cuenta del estado de ideas de nuestro tiempo.

El desarrollo de la psiquiatría infantil está influido por estas realidades ya que se produce de acuerdo con el avance de los conocimientos científicos y en función de circunstancias de carácter social y cultural, pues tal como señala⁽²⁹⁾ se trata de una ciencia inmersa en el *Zeitgeist Boring* o espíritu de la época en mayor medida que otras ciencias, y por tanto más dependiente del estado de opinión acerca de su interés. El estado de opinión sobre un tema determinado es tan importante que los descubrimientos “*adelantados a la época*” pueden pasar inadvertidos en un primer momento y solo tener plena vigencia cuando los tiempos, o la sociedad, están preparados para recibirlos⁽³⁰⁾. El estado de opinión sobre la psiquiatría infantil ha comenzado a cambiar en los últimos tiempos y es de esperar que así continúe con el surgimiento de una comunidad científica de psiquiatras infantiles intelectual y emocionalmente comprometida con los niños y adolescentes que sufren problemas psiquiátricos.

LAS ESCUELAS DE LA PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA ACADÉMICA

El concepto de psiquiatría infantil se ha ido elaborando a medida que recibía influencias y aportaciones desde campos muy diversos que han contribuido a enriquecer y configurar su identidad. A continuación se reseñan brevemente las teorías y escuelas más significativas, desde el estructuralismo a la psicolingüística y a la teoría general de los sistemas.

- *El estructuralismo* estudia la experiencia consciente a través de la introspección experimental. Se propone la observación y el análisis de estados

psicológicos elementales, tales como las sensaciones y los sentimientos. Sus representantes son Wundt y Titchener.

- *El funcionalismo*, lo mismo que el estructuralismo, resalta el estudio de los procesos conscientes, pero en relación con la adaptación al medio ambiente. Tiene importantes repercusiones en la educación y en la práctica clínica. Titchener, Dewey y Angell son sus representantes.
- *El asociacionismo* se desarrolla fundamentalmente en el siglo XVII. Fueron sus representantes filósofos Hobbes, Berkeley, Locke, Hartman y Mills entre otros, y en el siglo XIX y XX psicólogos como Ebbinghaus, Pavlov, Thorndike y Skinner. Estudia fundamentalmente los procesos de aprendizaje y la memoria. Thorndike aporta su ley del efecto y Pavlov sus investigaciones sobre el refuerzo. Skinner, por su parte, estudia el aprendizaje en animales y en seres humanos utilizando su famosa “*caja de Skinner*”, ampliando la investigación de las técnicas de *condicionamiento operante*.
- *El evolucionismo* fue ya cultivado por los griegos. Vuelve a aflorar en el siglo XVIII, sobre todo con Erasmo y Darwin. Charles Darwin logra establecer un esquema coherente de la evolución de las formas de vida, poniendo al mismo tiempo las bases para una concepción del crecimiento individual. A finales del siglo XIX la psicología se ha convertido en una “*ciencia individualizadora*” y la psiquiatría ha comenzado ya a desarrollar una psicología de la personalidad.
- *El conductismo* propugna el “*estudio objetivo*” de la conducta humana y animal. Conceptos como sensación o emoción son sustituidos por otros como estímulo, respuesta, receptor y efector. El estudio de los mecanismos cerebrales y de la conciencia en cuanto tal es rechazado. Watson, Meyer, Tolman, Hull y Skinner son algunos de sus representantes más significativos.
- *Las técnicas de modificación de conducta* consistentes esencialmente en una combinación de la reflexología de Pavlov y del instrumentalismo de Hull, han alcanzado un gran desarrollo. Su aplicación en la práctica clínica se da especialmente en los campos del retraso mental, trastornos del comportamiento, dificultades de aprendizaje, fobias y otros⁽³¹⁾.
- *La psicología de la Gestalt* estudia la interrelación entre la percepción del todo y sus partes. La experiencia total o la conducta global se considera que es superior a la mera suma de sus partes. La percepción y la memoria se estudian a través

de la introspección y de la observación. Sus representantes son Wertheimer, Koffka y Köler.

- *El psicoanálisis* creado por Sigmund Freud representó un hito en la historia de la psiquiatría. Freud publicó en el año 1900 su obra *La interpretación de los sueños*, incorporando una metodología estricta para el estudio de los contenidos oníricos. Frente a la Psicología objetiva de su tiempo, propugnó la introspección como modo de conocimiento del ser humano y estableció las bases para una nueva concepción de la psiquiatría, según la cual, la nítida separación entre lo normal y lo patológico, sostenida hasta entonces, no tiene sentido. Para Freud, entre normalidad y patología se da un “*continuum ininterrumpido*”. Esta concepción de Freud, que no ha sido demostrada, facilitó en aquella circunstancia histórica concreta una actitud de comprensión ante el sujeto que sufría problemas emocionales. Freud aportó el concepto de inconsciente que desarrollará en sus obras a lo largo de toda su vida⁽³²⁾. Ilustres discípulos, y muchas veces disidentes, de las teorías de Freud fueron: Adler, Jung, Rank, M Klein, Spitz y otros muchos.

Nuevos conceptos teóricos en el campo del psicoanálisis han llevado a algunos autores, como Thomas French, a considerar la terapia psicoanalítica como un proceso progresivo de adaptación de la personalidad, que a través de una serie de motivaciones alcanza niveles más complejos de integración. Asimismo, en los años 40 y 50, el énfasis de la teoría psicoanalítica se va a desplazar del “*inconsciente*” al “*ego*”. Una buena muestra de esta nueva orientación es el libro de Heinz Hartman (1884-1972): *Ego psychology and the problem of adaptation*.

No menos originales van a ser las teorías de Sullivan (1882-1949) que entiende la ansiedad como consecuencia del sentimiento de ser rechazado por parte de los otros; el desarrollo de la personalidad como resultado de las experiencias interpersonales; los fenómenos psicopatológicos como procesos sustitutivos (*neurosis*) o desintegrativos (*psicosis*) de los efectos estresantes de la ansiedad. Su contribución fundamental, no obstante, fue un método para el tratamiento de las psicosis. Sullivan postula una relación terapéutica médico-paciente, de mutuo aprendizaje.

Son también muy interesantes las teorías de Erik H. Erikson que publica en 1950 su libro *Childhood and Society*⁽³³⁾. Erikson expone una teoría psicosocial del desarrollo basada en la interrelación de los factores biológicos y sociales.

El desarrollo de la teoría psicoanalítica ha sido tan extenso que en la actualidad existen incontables escuelas que difieren entre sí. Algunos autores como Carl Rogers (1902-1987) –más conocido por su Terapia Centrada en la Persona (1951)–, han intentado introducir un método más objetivo en el proceso terapéutico frente al carácter empírico e intuitivo del psicoanálisis tradicional^(34,35). Otros autores pretenden correlacionar las teorías del aprendizaje con la teoría psicoanalítica.

- *El análisis existencial* que se funda en la filosofía y el modelo psicopatológico. Uno de sus máximos representantes es Binswanger, quien considera la existencia como una estructura total del “*estar en el mundo*” que abarca la intimidad del sujeto y sus relaciones con el otro (*mundo propio*), las estructuras sociales (*mundo social*) y los objetos que componen el mundo (*mundo objeto*). El análisis existencial parte de la filosofía de Bergson, Kierkegaard, Nietzsche y Max Sheeler, y de modo particular de la filosofía de Heidegger, que publicó en 1927 su obra fundamental *Ser y tiempo*.

El análisis existencial propugna una aproximación existencial al enfermo y una comprensión más profunda del hecho de enfermar. Su mayor debilidad es el carácter subjetivo del análisis y el riesgo de confundir las circunstancias individuales con las causas de la enfermedad.

- *La psiquiatría biológica* tiene una brillante tradición en Europa que parte de las figuras de Kretzmer y Sheldon. El descubrimiento de los neurolépticos en 1953 supuso un cambio radical en la evolución de los pacientes esquizofrénicos y contribuyó a centrar el interés en el estudio y tratamiento de las psicosis, un campo bastante relegado hasta entonces por el estudio de las neurosis. Desde entonces se desarrolla de forma extraordinaria la psicofarmacología, y a la vez surgen nuevos métodos y conceptos sobre los modos de enfermar. Así es con el concepto de *homeostasis* de Cannon que representa una forma nueva de entender el funcionamiento del organismo y las enfermedades; la teoría de la emoción de Papez; las investigaciones sobre el cerebro de McLean; los estudios sobre el sistema reticular de Moruzzi y Magoun; los trabajos de Hebb sobre las asambleas neuronales y la privación sensorial; las investigaciones sobre la estimulación cerebral de Penfield y del español Rodríguez Delgado; los estudios de Fulton sobre la ablación de los lóbulos frontales; y los trabajos de Selye sobre el estrés y el síndrome general de adaptación. A todos ellos hay que añadir las nuevas técnicas de ima-

gen para la investigación del cerebro y los avances espectaculares de la genética, epigenética y biología molecular.

Puede concluirse diciendo que la investigación sobre el cerebro se ha convertido en un auténtico paradigma en las últimas décadas, adquiriendo un carácter prioritario en las inversiones destinadas a investigación en Europa y Estados Unidos.

- La *psicofarmacología* constituye una de las áreas de investigación más activa de los últimos años. El descubrimiento de la clorpromazina y su aplicación al tratamiento de las psicosis supuso un hito sin precedentes en esta disciplina. La hospitalización de los pacientes se redujo considerablemente y fue posible la aplicación de psicoterapias antes ineficaces. Ya antes, en 1937, Bradley, había introducido las anfetaminas en el tratamiento de los niños hiperactivos. En 1950 se sintetizó el meprobamato que se introdujo en la práctica clínica en 1954. El clordiazepóxido, las sales de litio y más adelante los antidepresivos, los neurolépticos de acción prolongada, y las benzodiacepinas, complementarán sucesivamente el panorama de las posibilidades terapéuticas mediante fármacos. Es este un campo en continuo progreso y son de esperar nuevos avances en los próximos años.
- La *psiquiatría comunitaria* comenzó en Inglaterra en 1957 y supuso una nueva orientación en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos que también buscaba la prevención. El optimismo que los psicofármacos infundieron a la práctica psiquiátrica se acompañó del desarrollo de un nuevo enfoque, con múltiples antecedentes, como la psiquiatría social, un término que empleó por primera vez Thomas Bennie en 1956. Más adelante se complementaría con las aportaciones de la Psicología Comunitaria que aparece en Estados Unidos en 1974. La política de “puertas abiertas” en el hospital psiquiátrico; el nuevo concepto de comunidad terapéutica basado en una mejor relación pacientes-personal, y la progresiva participación de los pacientes en los programas terapéuticos son conceptos fundamentales de esta orientación. Se inicia también la atención a través del Hospital de Día, Hospital de Noche, seguimiento de los pacientes en la comunidad e incorporación de asistentes voluntarios.
- La *epistemología genética* de Jean Piaget se caracteriza por su riqueza conceptual y por su variedad. Parte de tres premisas fundamentales: la inteligencia humana es una extensión de la adaptación biológica; la adaptación animal, a cualquier nivel,

desde los protozoos hasta los humanos, tiene una subestructura lógica; la inteligencia humana se desarrolla a través de una serie de estadios que guardan estrecha relación con la edad; en cada nuevo estadio, la adaptación de la inteligencia es más general y presenta un nivel de organización lógica superior al que tenía en los estadios previos.

- La *etología* se define como la ciencia que estudia el comportamiento de los animales en su medio natural. El método de los primeros etólogos se limitaba a la observación; no obstante, después experimentaron introduciendo modificaciones en dicho medio natural, así como haciendo estudios en el laboratorio. Uno de los conceptos más interesantes dentro de la Etología es el de *imprinting* elaborado por Konrad Lorenz (véase capítulo de *Experiencia temprana*).

El interés de la etología por la psicopatología humana es muy escaso; no obstante hay que destacar las indicaciones terapéuticas que sugiere Tinbergen⁽³⁶⁾ en el tratamiento de los niños autistas. De acuerdo con su experiencia como etólogo, Tinbergen opina que con los niños autistas se deben seguir unas pautas básicas de contacto que facilitarán la relación interpersonal y la subsecuente curación. Por desgracia, sus teorías respecto a la curación no se han cumplido.

- La *neurología evolutiva* introducida y desarrollada en nuestro país por el catalán Cristóbal Lamote de Grignon⁽³⁶⁾, hace aportaciones muy importantes al estudio del desarrollo normal de la conducta del niño y su patología. La Neurología Evolutiva define la conducta del niño como el resultado de la interacción de un sistema complejo, estructural, neuro-mio-endocrino y un medio ambiente mimetizante y condicionante. La conducta es expresión de la función del sistema nervioso, función que, regulada por la maduración, alcanzará grados de adecuación cada vez mayores.
- La *psicología humanista* sostiene que el simbolismo y la intuición son formas de conocimiento válido. No obstante, las nociones simbólicas e intuitivas, típicas del pensamiento humanista, deben ser contrarrestadas a la larga por esfuerzos encaminados al logro de pruebas empíricas adecuadas.
- La *psicolingüística* tiene como objeto el estudio de la psicología del lenguaje. Es decir, pretende caracterizar los factores psicológicos, perceptivos y cognitivos implicados en el desarrollo y en el uso del lenguaje. En principio se centró en el estudio del lenguaje normal, pero en los últimos años se ha extendido al campo de la psiquiatría.

Se han estudiado, por ejemplo, los modos de comunicación y lenguaje en las familias de pacientes esquizofrénicos, partiendo de las hipótesis de que determinados modos de comunicación patológicos estuvieran implicados en la etiología de la esquizofrenia.

- *La teoría general de los sistemas* afirma que el universo está compuesto por un conjunto de sistemas concretos, organizados jerárquicamente, definidos como acumulaciones de materia y energía, organizados en subsistemas interrelacionados e interactuantes que existen en un continuo espacio-temporal. Su marco de referencia conceptual pretende integrar los contenidos de las ciencias biológicas y sociales con los de las ciencias físicas. La teoría general de los sistemas se ha aplicado en psiquiatría especialmente en las nuevas técnicas de terapia familiar.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL CONTEXTO DE LA PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

La *relación médico-paciente*, tal como ha sido concebida en la sociedad occidental, ha configurado y está presente en la psiquiatría de nuestro tiempo y debe ser objeto de investigación científica⁽³⁸⁾. Merece la pena recordar algunas de sus características y tal vez recuperar y actualizar sus aspectos más relevantes y significativos en la adecuada atención al paciente, máxime cuando se trata del adolescente y del niño.

La historia de la relación médico-paciente cuenta con un ilustre historiador en la medicina española, el profesor y académico Pedro Laín Entralgo, que publicó en 1964 su obra *La relación médico-enfermo*⁽³⁹⁾ en la que profundiza sobre algunas de los conceptos de su obra anterior, *Teoría y realidad del otro*⁽⁴⁰⁾. A continuación se expondrán algunas de sus ideas.

La relación médico-enfermo constituye la base del quehacer médico, de tal forma que el contacto inmediato con el paciente es imprescindible para una práctica humana del arte de curar. La vinculación que se establece entre el médico y el paciente surge de una circunstancia bien definida: un hombre intenta prestar ayuda a la necesidad de otro. Para Laín Entralgo⁽³⁹⁾ el binomio menester-amor constituye el fundamento genérico de esta vinculación y el hecho de que la necesidad de ayuda se llame “*enfermedad*” y el acto de ayuda “*asistencia médica*”, le confieren su especificidad técnica. No hay que olvidar que la palabra “*asistencia*”, viene de *ad-sistere*, detenerse junto a otro, y la palabra “*clínica*” procede etimológicamente del latino *clinicus*, que significa “*el que visita a quien guarda cama*”, y este, por su parte, del verbo *clino*:

“*inclinarse*”, “*ladear*”, lo mismo que el griego que lo antecede, *Klinein* o inclinación. El médico por tanto visita al enfermo, se detiene junto a él y se inclina para estudiar su enfermedad.

Dos utopías han pretendido quitar a la relación con el enfermo su carácter inmediato: la mentalidad mágica y la mentalidad técnica. La mentalidad mágica supone que el contacto directo con el paciente no es necesario para curarlo. La mentalidad técnica, propia de nuestro tiempo, sueña con la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento basados en métodos puramente objetivos. Sin embargo, ha sido la medicina del mundo moderno la que ha reivindicado el contacto personal con el enfermo, la personalización de la enfermedad, como imprescindible para un quehacer médico correcto.

La *philanthrôpia* y la *philotekhnía* griegas

La medicina se configura como “*técnica*” en la Grecia clásica, en los siglos VI y V a de C. La medicina hipocrática aporta cuatro nociones fundamentales⁽³⁹⁾:

- El concepto de *physis*: las propiedades de las cosas dependen de un principio de operaciones que está en las mismas, en su *physis* o naturaleza.
- La naturaleza es en alguna medida razonable y por tanto susceptible de ser conocida.
- El concepto de *tekhne*: puesto que la *physis* es cognoscible, es también susceptible de ayuda y cambio. La ayuda técnica (el *ars* de los latinos) supone un conocimiento previo y científico de aquella realidad sobre la que va a actuar.
- La naturaleza es razonable en cuanto sus movimientos se producen sometidos a una cierta necesidad. Pero en la medida en la que hay acontecimientos “*que siendo, podrían no haber sido*” (por ejemplo, que una persona ingiera un veneno y se intoxique), la naturaleza no se mueve solo por la razón y la necesidad, sino también por el “*azar*” y la “*fortuna*”.

Frente a la medicina empírica, la medicina técnica supone curar sabiendo qué se hace y por qué se hace.

La medicina hipocrática adquiere por tanto el carácter de técnica y al mismo tiempo da el nombre de *philia*, amistad, a la relación médico-enfermo. Para Platón⁽⁴¹⁾ “*el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad*”, y los preceptos hipocráticos afirman que “*donde hay amor al hombre en cuanto hombre hay también amor al arte*”. En la *Iliada* se encuentran numerosos pasajes referidos a la amistad. Diomedes, explorando un territorio enemigo, se expresa así: “*Cuando van dos juntos, uno se anticipa en saber lo que conviene; cuando se está solo,*

aunque se piense, la inteligencia es más tarda y la resolución más difícil". La amistad se entiende como ayuda, compañía, aprecio, mutuo cuidado⁽³⁹⁾.

Los griegos entienden la amistad, en la relación médico-enfermo, como la recta articulación de la *philanthrôpia* o amor al hombre y la *philotekhnía* o amor al arte, en este caso el arte de curar. El médico es amigo del enfermo, siendo amigo de la medicina y a la vez amigo del hombre. La medicina se entiende como un hábito poético de imitar a la naturaleza en su tendencia hacia la curación, apoyado en un adecuado conocimiento fisiológico de la salud y de la enfermedad. Dice Laín⁽³⁹⁾ (pág. 53) que en el "tecnófilo" hay *phylía*, *lógos* y *érôs*. *Phylía* porque es amigo del enfermo y de su arte. *Logos* porque la medicina es el Logos de la salud. *Eros* porque su quehacer supone un "vigoroso impulso hacia la perfección de la naturaleza". De ahí que Platón entendiera la medicina como "la ciencia de las cosas pertinentes al amor al cuerpo"⁽⁴²⁾.

La amistad del médico hipocrático con el paciente, resultado de su *philanthrôpia* y de su *philotekhnía*, es un amor a la perfección de la naturaleza humana en cuanto individualizada en el cuerpo viviente del paciente: amor por lo que en la naturaleza es bello o conduce a la belleza, amor por la dimensión incomprensible y a veces irremediable de la enfermedad.

La amistad del enfermo con el médico consiste en confiar en la medicina y en su capacidad para curarle, y sobre todo en confiar en el médico concreto que va a tratarle, confiar en su capacidad técnica y en su calidad como persona. La confianza helénica en la medicina estará limitada por el "carácter forzoso" de la naturaleza. La confianza en el médico, piensan los griegos, contribuirá de modo eficaz a la curación, de tal forma, que es preciso que el enfermo ayude al médico a combatir la enfermedad.

El Renacimiento y la nueva actitud frente al cuerpo

A partir del Renacimiento tiene lugar la aparición de una nueva actitud frente al cuerpo: comienza a percibirse como algo susceptible de estima, en clara ruptura con la tradición de la Edad Media. Se produce una nueva instalación del hombre en el mundo, y la libertad y la intimidad aparecen como importantes cualidades o atributos del ser humano.

La relación del médico con el enfermo no será ajena a estas transformaciones paulatinas. La amistad médica se depura, se hace más esencial. Por otra parte, la existencia de una sociedad política y religiosamente pluralista impone como norma de convivencia el respeto a la conciencia del prójimo. A su vez, la creciente conciencia del médico moderno respecto a las posibilidades y progreso

de la medicina se traduce en un contacto y atención más asidua al enfermo. Es la época en que se impone la medicina científico-natural que, no obstante, no prescinde sistemáticamente de la realidad personal del enfermo en el quehacer terapéutico.

En el médico moderno, el "amor al arte" no es solo amor a las reglas que este arte enseña; es, de forma cada vez más explícita, amor a la hazaña nueva diagnóstica o terapéutica, que entraña cada caso concreto. La actividad médica se basa en la certeza de una radical superioridad de la mente humana sobre las "necesidades" del orden cósmico. El "amor al hombre" también se vive de forma nueva por el médico moderno. El diagnóstico se caracteriza por una mayor individualización de la observación clínica. Es decir, si bien es verdad que dentro de un orden estrictamente científico-natural, la medicina aún no ha alcanzado el criterio personal que caracterizará al siglo XX, sí gana en individualidad. Existe además una resuelta decisión de penetrar empírica y racionalmente en la realidad del caso. El médico sentirá la necesidad de comprobar empírica y racionalmente la veracidad del diagnóstico, diagnóstico al que se empieza ya a conceder, aunque sea de forma rudimentaria, una dimensión social. Así, Gaspar Casal, (1680-1759) hablando de la proporción que debe existir entre el trabajo y la alimentación dice: "es evidente que por defecto de esta proporción andan llenos de males los ricos y los pobres: aquellos porque no trabajan según comen; y estos, porque no beben ni comen según trabajan".

El tratamiento, lo mismo que el diagnóstico, se concibe como una empresa abierta e ilimitada. El límite de sus posibilidades no es un "nunca", sino un "todavía no".

La interpretación científico-natural

La progresiva secularización de la medicina, sobre todo a partir del siglo XVIII, sitúa la *filantropía* como fundamento último del arte de curar. La filantropía implica, por una parte, un reconocimiento científico que posibilita el diagnóstico y, por otra, una operación técnica de ayuda, el tratamiento.

La relación médico-enfermo, tal como se entiende en la sociedad burguesa secularizada y sobre todo en la interpretación científico-natural, experimentará una profunda crisis. Dos circunstancias serán decisivas: la rebelión del sujeto —sobre todo la rebelión del neurótico— que se niega a ser considerado como "objeto natural" y exige la introducción en el tratamiento de aspectos psicológicos y sociales, y la revolución político-social del mundo moderno que no soporta por más tiempo la distinción entre una medicina para ricos y una medicina para pobres.

La protesta del enfermo contra la objetivación se manifiesta de un modo especial en el fenómeno neurótico.

El neurótico reivindica el trato personalizado por parte del médico. Las neurosis aumentan rápidamente a finales del siglo XIX y sobre todo a lo largo del siglo XX, y es necesario preguntarse por los condicionantes históricos y sociales de este fenómeno. Se trata sin duda de un período de la historia en que el individuo experimenta un intenso estrés social y en el que se espera un rendimiento mucho mayor de su capacidad psíquica y somática. Pero, además, la crisis de la cultura burguesa hace que el hombre ya no disponga de un sólido sistema de creencias históricas que le permita superar este estrés. Existe además una razón de orden estrictamente médico: la medicina tradicional se muestra inoperante para afrontar el tratamiento de este nuevo acontecer patológico, el fenómeno neurótico. Dice textualmente Laín: “*El fenómeno neurótico es el signo clínico de la rebelión del sujeto que ha precedido a la introducción de este en la medicina*”. Puede decirse que desde Freud el enfermo empieza a ser considerado como persona.

La relación médico-paciente en el conjunto de las relaciones humanas

Existen dos modos básicos de relación interhumana: la relación objetivante y la relación interpersonal⁽³⁸⁾. La *relación objetivante* se establece entre dos personas por algo que a ambas interesa y es exterior a ellas mismas (por ejemplo un negocio). La *relación interpersonal* radica en la personal intimidad de aquellas que la establecen. La relación exclusivamente objetivante implica el desprecio al ser personal del otro y por tanto su degradación.

La relación interpersonal, única forma de relación auténticamente humana según Zubiri⁽⁴³⁾, se caracteriza por respetar la intimidad, la libertad y la inteligencia del otro. Supone la posibilidad de ejecutar en común actos libres, inteligentes y propios, a través de los cuales el otro realiza su condición de persona. Por tanto la relación interpersonal contribuye a la realización personal de aquellos que la cultivan.

Cuando la relación del médico con el enfermo es exclusivamente objetivante, el enfermo se convierte en puro objeto de exploración cognoscitiva y de manipulación terapéutica. En este caso la medicina desconocería la índole personal de la realidad sobre la que actúa. Sin embargo la medicina de nuestro tiempo se ha negado a una concepción de la relación médico-enfermo como exclusiva operación de objetivación. Puesto que el paciente es un ser humano, y en el caso de la psiquiatría infantil se trata además del niño, la relación que el médico establece con él debe ser interpersonal, aunque no solo y exclusivamente interpersonal. Entre la relación objetivante y la relación interpersonal existen modos intermedios de vinculación interhumana. No cabe duda de que la finalidad

de todo acto médico es conseguir la salud del paciente. Para lograrlo el médico necesita, por una parte, aproximarse a la realidad personal del paciente y compartir sus sentimientos y, por otra, llevar a cabo operaciones objetivadoras de la realidad del enfermo. De ahí que Laín denomine la relación del médico con el enfermo, relación “*cuasi-diádica*”, ya que debe incluir la vinculación interpersonal y la actividad objetivadora, es decir, la relación personal y la relación objetivante.

El vínculo que se establece entre el médico y el paciente a través de esta doble operación puede catalogarse de amistad médica. El médico debe poner por su parte un adecuado conocimiento técnico y el deseo de buscar el bien del paciente, en último término la salud. El enfermo debe confiar en la medicina y confiar en el médico concreto a quien acude.

La comunicación médico-paciente

El ejercicio de la psiquiatría supone el encuentro entre dos seres humanos para algo que afecta radicalmente a uno de ellos, la propia salud. La capacidad técnica del médico y su deseo de curar precisan de la confianza del paciente, confianza en la posibilidad de curar por medio del médico a quien acude. La confianza mutua médico-paciente se establece, sin duda alguna, a través de la comunicación, una comunicación que tiene lugar de modos muy diversos, pero de forma especial a través de la mirada, la palabra, el silencio y las maniobras instrumentales⁽³⁹⁾.

El primer contacto con el enfermo se realiza habitualmente a través de la mirada. La mirada es ante todo un acto expresivo. Tal vez ningún otro gesto del cuerpo manifiesta de forma más radical lo que un ser humano es y lo que es y siente en un determinado momento. Este primer encuentro puede determinar el tipo de relación que se establecerá entre ambos.

La mirada del médico debe tener ante el paciente una triple intencionalidad. En primer lugar debe ser una mirada “*envolvente*” en términos de Laín, es decir, una mirada que proporciona un clima de refugio y acogida a la existencia doliente y menesterosa del ser humano que está junto a él. En segundo lugar debe ser una mirada inquisitiva, indagadora, que no se detiene en la superficie del paciente, sino que trata de llegar al fondo de su realidad personal. Por último, la mirada del médico debe tener un carácter objetivante, imprescindible para un correcto diagnóstico. Un carácter objetivante que se guía por la ética y se enmarca en la actitud fundamental de ayuda y acogida al paciente. El arte de la mirada es imprescindible, según Laín, para el ejercicio de una medicina que no quiera renunciar a su más profunda dimensión humana.

La mirada suele seguirse de la palabra. La comunicación, que es al principio visual, se hace también verbal

y auditiva. El centro vector de la expresión, dice Laín, pasa del ojo a la palabra. Karl Bühler ha distinguido en la expresión verbal tres funciones, una apelativa o de llamada, otra expresiva o notificadora y otra nominativa o representativa. Laín completa este esquema de Bühler en dos sentidos: añade a la palabra una función seductora y una función liberadora. Cuando un hombre habla a otro, por el hecho de hablarle, le subyuga y seduce. No es solo la fuerza lógica de lo que se dice lo que convence; es también quién lo dice y cómo lo dice.

El lenguaje tiene además otra función, y es el efecto que produce en la misma persona que habla: se trata de una función liberadora o catártica. El término *catarsis* significa purificación y está presente tanto en la historia de la medicina como en la historia de la estética, cuyos fundamentos crearon Pitágoras y Aristóteles⁽¹²⁾. La persona que habla se libera y purifica y comprende mejor lo que sucede en su interior: es la función esclarecedora del lenguaje. Pero, además, la palabra tiene una función autoafirmadora: quien habla a otro, se afirma a sí mismo, vive subjetivamente la realidad y el valor de sí mismo. Esto es lo que sucede al enfermo a través del diálogo con el médico.

La creciente tecnificación de la medicina del siglo XX, que tantos avances ha supuesto para el diagnóstico y para la terapéutica, no debe poner en peligro el carácter eminentemente humano de la relación médico-paciente. El médico, si de veras lo es, debe establecer con el paciente, y mucho más con el niño, una relación personal. Dice Paracelso que el más hondo fundamento de la medicina es el amor, *“pues el amor es el que nos hace aprender el arte, y fuera de él, no nacerá ningún médico”*.

LAS ÚLTIMAS TENDENCIAS: LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX

La segunda mitad del siglo XX ha sido trascendental para el desarrollo de la psiquiatría infantil en cuanto que ha sido una etapa crucial en el avance de los conocimientos científicos y el desarrollo de las neurociencias y en la puesta en marcha de nuevos servicios públicos de atención a los pacientes. La psiquiatría infantil ha experimentado de este modo una auténtica transformación, que probablemente ha contribuido de modo irreversible a que se haya convertido en una rama más de la medicina.

El descubrimiento de los neurolépticos en los años cincuenta fue el punto de arranque de la investigación farmacológica que terminó por llegar, aunque un poco más tarde, a la psiquiatría infantil.

Los años sesenta, se caracterizaron por el surgimiento de los movimientos contraculturales en la sociedad occidental —la revolución de los hippies en California, el mayo del 68 en París—, y contribuyeron a intensificar el

interés por el papel de los factores ambientales —familiares y socioculturales— en el desarrollo normal de la conducta del niño y de sus trastornos⁽⁴⁴⁾. Se destaca además la importancia de estos factores en la etiología de los trastornos psiquiátricos concretos. Detectar los factores ambientales que se implican en la psicopatología hará posible descubrir tratamientos y medidas de prevención más eficaces. Surge el lema: *prevenir es curar*.

En los años setenta, esta orientación continúa, pero se inicia y profundiza cada vez más la investigación de los aspectos neurobiológicos de la conducta⁽⁴⁴⁾. La bioquímica, la neurofisiología, la biología molecular, la genética, la inmunología y endocrinología se convierten en ciencias imprescindibles para la más correcta comprensión del comportamiento humano, muy especialmente de trastornos como el autismo infantil, la esquizofrenia, la depresión y el retraso mental^(46,31).

En estos años irrumpe el interés por otro grupo concreto de problemas del niño: los problemas de aprendizaje (dislexias, disgrafias, discalculias), la hiperactividad y los déficits de la atención, los trastornos depresivos, la ansiedad por separación, el mutismo selectivo, la anorexia nerviosa y los trastornos obsesivos entre otros.

Se hace evidente la necesidad de establecer criterios diagnósticos bien definidos e intervenciones terapéuticas contrastadas cuya eficacia esté comprobada. El intento de sistematizar y clasificar los trastornos psiquiátricos infantiles, que comienza en esta época, continuará en los años ochenta observándose un enorme impacto de los nuevos avances de la neurobiología en el importante tema del desarrollo del niño y de sus trastornos. Es también a comienzos de los años ochenta cuando se plantea en nuestro país un tema, ya ineludible: la desinstitucionalización de los niños abandonados, al mismo tiempo que se emprenden reformas legales encaminadas a proteger los derechos del niño frente a los abusos inherentes al concepto tradicional de paternidad biológica⁽⁴⁷⁾.

El amplio tema del desarrollo normal de la conducta del niño es objeto de importantes investigaciones. Los factores genéticos o estructurales del desarrollo, los factores ambientales, las leyes de la plasticidad y especialización celular, los periodos críticos del desarrollo, conceptos todos íntimamente relacionados con el concepto de estimulación precoz, son objeto de amplios estudios. Se plantean nuevos interrogantes acerca de los programas de estimulación precoz, su eficacia, momento de aplicación y duración, conceptos que tienen evidentes repercusiones educativas, filosóficas, organizativas y económicas⁽⁴⁸⁾.

Los años ochenta se caracterizan también por importantes cambios en el concepto de adolescencia. La adolescencia cobra entidad propia como una etapa del desarrollo, no solo desde un punto de vista médico sino

cultural y social. El concepto de la adolescencia como “*una edad de crisis*” se somete a revisión, y empiezan a relacionarse los trastornos psiquiátricos del niño con los del adulto, al observarse la alta correlación que existe entre la incidencia de trastornos de conducta en la infancia, la adolescencia y la edad adulta^(49,50,51).

La psiquiatría infantil, tal vez la ciencia más sensible al “*espíritu de su tiempo*”, presta especial atención en estos años al estudio y asistencia de los niños de “*alto riesgo*”⁽³²⁾: los niños institucionalizados^(47,52), los niños maltratados⁽⁵³⁾, y los niños de clase social desfavorecida⁽⁴⁴⁾. Todos ellos hacen referencia a un apartado fundamental de la psiquiatría infantil: las experiencias tempranas de la vida y su repercusión en la conducta futura del individuo.

La *interacción madre-niño* durante los primeros años de vida, tema de estudio tan querido para la teoría psicoanalítica, se investiga actualmente desde nuevas perspectivas y presupuestos teóricos, y sobre todo con nuevos métodos de rigor y control. Las aportaciones de la Etología en este campo, especialmente los estudios con monos, el concepto de *imprinting* desarrollado por Lorenz y los estudios de Tinbergen⁽³⁶⁾, plantean nuevas líneas de investigación de gran interés que acabarán enlazando con los últimos avances de la genética, la epigenética, la cartografía del genoma humano, los modelos animales y el diagnóstico por la imagen.

Un nuevo concepto de psiquiatría infantil se ha abierto paso, íntimamente conectado con las neurociencias, la inmunología y la endocrinología, en búsqueda de una explicación integrada y no parcial de los trastornos emocionales y de la conducta, así como de los trastornos del desarrollo, que serán sin duda un apartado prioritario de la especialidad.

PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

Los conocimientos adquiridos a lo largo de la segunda mitad del siglo XX permiten una mejor comprensión de los mecanismos etiopatogénicos de los trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia y de las medidas terapéuticas más eficaces^(54,55,56). La tradicional controversia entre *natura* y *nurtura*, entre factores genéticos y factores ambientales, ya no tiene sentido.

Los factores genéticos o estructurales y los factores ambientales interactúan a lo largo de la vida del sujeto y contribuyen a explicar, de un modo más racional y adecuado a la realidad, las características de conducta tanto normal como patológica. Los trastornos psiquiátricos no se deben a una única causa o mecanismo, por el contrario, su etiología es compleja y se debe a múltiples factores. La dotación genética es fundamental, pero la expresión de los genes en cuadros clínicos concretos depende del ambiente, del medio en el que transcurre la vida del individuo,

de los acontecimientos felices o desgraciados con que se encuentra, sobre todo en los primeros años. Un objetivo fundamental es conocer de qué modo la experiencia individual induce cambios moleculares que ponen en marcha las enfermedades psiquiátricas. El nuevo campo de la epigenética ha descubierto algunos de estos mecanismos, como el modo en que los factores ambientales dan lugar al silenciamiento de genes, lo que se traduce en alteraciones de la función neuronal, de la cognición, las emociones o el comportamiento. Estas alteraciones pueden ser reversibles si cambian esas circunstancias ambientales o, por el contrario, no serlo y persistir hasta la vida adulta, transmitiéndose a las generaciones futuras. Esto explica en gran parte que el 70% de los trastornos psiquiátricos del adulto comiencen en la infancia. La investigación de estos fenómenos supone no solo un nuevo enfoque en la comprensión de la etiopatogenia de las enfermedades, sino que tiene consecuencias para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

El niño no es un pequeño “*homúnculo*” en el cual ya están fijadas todas las características físicas y de conducta del futuro adulto, tal como sostenía el enfoque mecanicista de principios de siglo, pero el niño tampoco es una “*tabula rasa*” donde todo está por escribir. Al contrario, sus características biológicas influyen y modifican las respuestas del medio ambiente, tanto familiar como social, y a su vez el tipo de respuestas ambientales repercute en la conducta del niño⁽⁵⁷⁾. Es decir, el ser humano es, a la vez y mutuamente, biológico y social. Como señala Edgar Morín⁽⁷⁾, la clave de la cultura está en nuestra naturaleza y la clave de nuestra naturaleza está en la cultura.

La psiquiatría infantil ha conseguido hasta el momento importantes logros que pueden resumirse en los siguientes⁽⁵⁸⁾:

- Independencia de la psiquiatría del adulto y de la pediatría general, definiéndose como una especialidad pediátrica más y no de las menos importantes.
- Reconocimiento de que los trastornos psiquiátricos existen en la infancia y son susceptibles de ser diagnosticados y tratados como el resto de las enfermedades.
- Desarrollo de modelos conceptuales y metodológicos propios.
- Desarrollo de teorías biológicas para el estudio de trastornos como el autismo, la esquizofrenia infantil, el síndrome de Gilles de la Tourette y el trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros.
- Establecimiento de criterios diagnósticos contrastados para un número cada vez mayor de trastornos infantiles y mejoría de los sistemas de clasificación.

- Elaboración de instrumentos diagnósticos fiables, que permiten llevar a cabo trabajos de investigación en el campo de la epidemiología y de la clínica.
- Formación de especialistas en el medio hospitalario en contacto con otras especialidades pediátricas⁽⁵⁹⁾.

Los sistemas de clasificación deben avanzar en una mejor definición de las enfermedades, reflejando con fidelidad la realidad clínica de los pacientes y facilitando el diagnóstico riguroso, la prevención y el tratamiento. Los actuales sistemas de clasificación no lo han logrado plenamente⁽⁶⁰⁾ (véase capítulo de *Investigación y docencia*).

Los nuevos retos de finales de siglo requieren del psiquiatra infantil una alta capacidad de juicio crítico y de aplicación apropiada de los conocimientos pues, tal vez, en ninguna otra especialidad coinciden en su ejercicio de un modo tan paradigmático, el arte y la ciencia⁽⁶¹⁾.

Cambios sociales y vida moderna

La vida moderna, que comenzó hace 30.000 años con la agricultura, ha supuesto cambios muy intensos en el medio natural del *homo sapiens* que ha demostrado una gran capacidad de adaptación a lo largo de la evolución. La industrialización, las grandes urbes, el desarrollo tecnológico y la irrupción de internet y de las nuevas formas de comunicación electrónica, han supuesto la transformación del medio social y de las relaciones interpersonales y el alejamiento progresivo del medio natural. Qué influencia pueden tener estos cambios en el surgimiento de nuevas enfermedades es un tema fundamental de la psiquiatría de nuestro tiempo. La vida moderna, ¿exige del individuo una capacidad de adaptación excesiva? El medio social, ¿puede ser inhumano?

Las enfermedades de la vida moderna abarcan una amplia gama que tiene como mecanismo común el estrés. La obesidad, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades metabólicas, la diabetes, la hipertensión, el cáncer, las enfermedades autoinmunes, la depresión, la ansiedad, han aumentado sus tasas de prevalencia a lo largo del siglo XX, de tal modo que algunas de ellas, como la obesidad, son una auténtica epidemia. La depresión y la ansiedad afectan al 25% de la población, y la depresión es el trastorno psiquiátrico que más ha aumentado en los jóvenes⁽⁶²⁾.

El incremento de las tasas de depresión se correlaciona con el producto interior bruto⁽⁶³⁾, la modernización, la vida urbana y la nueva pérdida de lazos humanos^(64,65). El desarrollo económico implica nuevos modos de vida y de organización social y la progresiva interiorización de valores extrínsecos (éxito, dinero, apariencia) con la

pérdida de valores intrínsecos (lazos emocionales, proyecto persona, bien común) que acentúan el sentimiento de soledad, el sinsentido de la vida y la depresión^(62,66,67).

Para algunos autores la interiorización de valores extrínsecos que alienan al individuo, lo convierten en esclavo de sí mismo. Ya no es necesario el amo que tiraniza desde fuera⁽⁶⁸⁾, la tiranía se ha instalado dentro de uno mismo⁽⁶⁹⁾.

El modelo de sociedad y el tipo de organización social repercuten en la aparición de enfermedades nuevas y en la mayor virulencia y frecuencia de enfermedades antiguas como la depresión.

Los factores sociales actúan unas veces como factor causal, de riesgo o desencadenante; otras, como factor reforzante o mantenedor del trastorno. La Pediatría ha reconocido desde sus orígenes la estrecha relación entre enfermedad e indigencia^(70,51). En la sociedad actual ha habido una evidente mejoría económica aunque persisten importantes áreas de marginación y de pobreza. Esta mejoría repercute sin duda alguna de un modo beneficioso sobre la salud de los individuos. No obstante da la sensación de que el progreso tecnológico y las nuevas formas de producción están pasando una importante factura a la calidad emocional de la vida humana. El modo actual de vida, con tantas ventajas, tiene algunos inconvenientes: hay menos tiempo para el cultivo de la vida interior, para las relaciones personales gratificantes, para experimentar intimidad y disfrutar de una comunicación intelectual y afectiva que alimenta y enriquece. La presión constante por obtener, a toda costa, éxitos externos condiciona la calidad de la vida personal de los adultos e influye en los modelos y en la vida concreta que se ofrece a los niños. Los padres además tienen menos tiempo para ocuparse de los hijos.

Desde esta perspectiva pueden señalarse algunas circunstancias sociales que son factores de riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos y que interpelan directamente a la psiquiatría infantil⁽⁵⁷⁾. Cabe citar las siguientes: la atención a los niños con problemas familiares y sociales graves (maltrato, abandono, prostitución de la madre, delincuencia del padre); el aumento de la adicción a drogas en los adolescentes, especialmente el alcoholismo, y de las enfermedades pediátricas de tipo crónico. El aumento del estrés ambiental que facilita la aparición de trastornos de ansiedad y depresión, y condiciona el curso clínico de las enfermedades psiquiátricas. La mayor incidencia de intentos de suicidio en los niños y de suicidio en los adolescentes. La conflictividad en el medio familiar, se traduzca o no en divorcio o separación de los padres. El mayor número de niños hijos de madres adolescentes. Y, por último, el desempleo juvenil y la falta de expectativas para el futuro.

Medidas preventivas y terapéuticas

La prevalencia anual de los trastornos psiquiátricos en las sociedades avanzadas es del 20-25%. La mayoría de los programas encaminados a la prevención primaria no han sido eficaces y de hecho no se ha logrado una disminución de la incidencia de los trastornos psiquiátricos en las últimas décadas. De ahí que muchos países propugnen programas de prevención secundaria y terciaria. Sin embargo, un gran reto para el futuro será potenciar la prevención primaria mediante medidas biotecnológicas y psicosociales. De esta forma disminuirán enfermedades como el síndrome de alcoholismo fetal, el SIDA, la encefalopatía rubeólica, la depresión o los trastornos del comportamiento.

La prevención secundaria de los trastornos psiquiátricos supone su correcto diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico en psiquiatría infantil se va a caracterizar cada vez más por una mayor complejidad y por un mayor rigor. Esto exigirá del psiquiatra infantil unos conocimientos más amplios y una mayor colaboración con otras especialidades pediátricas^(71,72). El proceso diagnóstico basado en la clínica se complementará con métodos genéticos y de imagen. En cuanto al tratamiento es de prever que la investigación psicofarmacológica –que ha logrado la mejoría y en algunos casos la curación de enfermedades que hace años ni se podía soñar– va a progresar extraordinariamente en los próximos años. Constituye sin duda una de las mayores esperanzas de la psiquiatría.

Al mismo tiempo, dado que los mecanismos etiopatogénicos de los trastornos psiquiátricos son complejos su correcto tratamiento exige intervenir en aquellos factores personales y sociales que estén implicados. Por eso las técnicas de psicoterapia individual y familiar, los hospitales de día y los programas en la comunidad ocuparán un lugar cada vez más importante. Como colofón a todo ello el concepto de una medicina que se basa en pruebas, y por tanto en la evidencia, es otra de las características asumidas por la psiquiatría infantil que aporta rigor, eficacia y método a la atención de los pacientes.

La psiquiatría del niño y del adolescente en el marco de las especialidades médicas

La colaboración con otras disciplinas afines, muy especialmente la neurología infantil, la pediatría, la psiquiatría general y la psicología, es imprescindible para el progresivo desarrollo de la psiquiatría infantil. El prestigio social de la psiquiatría infantil depende cada vez más de su capacidad para definirse como una especialidad médica, que lleva a cabo diagnósticos y aplica remedios eficaces. Aquí radica su más específica diferencia con

otras ciencias afines. Este prestigio social es necesario para que la administración invierta en mejorar los recursos asistenciales existentes y en crear otros nuevos, y es imprescindible para que se fomente la investigación.

La definición como una especialidad médica más, facilitará la aproximación y el reconocimiento por parte de las demás especialidades médicas, que necesitan el apoyo, los conocimientos y el asesoramiento de la psiquiatría infantil para ejercer una buena medicina⁽⁷³⁾. Esto a su vez contribuye a que los pacientes psiquiátricos dejen de sufrir el estigma que durante tanto tiempo les ha acompañado y a que sean vistos como el resto de los pacientes, siendo atendidos por el Sistema Nacional de Salud.

El interés por los temas éticos, la atención a los más necesitados y la defensa de los derechos del niño son parte consustancial de la psiquiatría infantil, que fiel a sus orígenes médico-pedagógicos sigue centrando su interés en la infancia, una edad durante mucho tiempo olvidada.

CONCLUSIONES Y RETOS ANTE EL FUTURO

La psiquiatría infantil es sin duda una ciencia reciente; no obstante, ha experimentado en los últimos años un desarrollo de tal magnitud, que se configura como una de las áreas científicas con un futuro más interesante^(58,74,75). La psiquiatría infantil, como cualquier ciencia, no es una isla más o menos exótica, sino que está inmersa en lo que Boring⁽²⁹⁾ llamó el *Zeitgeist* o espíritu de la época en mayor grado que otras disciplinas. Sus avances tienen lugar en la medida en que los tiempos están preparados para asumirlos, en la medida que la sociedad los suscita y al mismo tiempo los acepta.

A lo largo de los próximos años la psiquiatría infantil será fiel reflejo de los nuevos avances científicos y experimentará una gran influencia de los modelos matemáticos, la investigación neurobiológica, la informática y las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Al mismo tiempo se verá influida por las corrientes filosóficas y de opinión de nuestro tiempo.

En los próximos años, la psiquiatría infantil, aún en búsqueda de su propia identidad, terminará de incorporar a sus esquemas teóricos, los modelos y métodos de otras ciencias afines, perfilándose como una de las especialidades médicas más interesantes y con más futuro.

Sus retos más destacados se pueden resumir en los siguientes:

- Descubrir las bases moleculares de la conducta y de las enfermedades.
- Comprender las relaciones entre genes, mecanismos epigenéticos y ambiente.
- Integrar las transformaciones sociales en la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos.

- Trasladar a la práctica clínica los resultados de la investigación
- Traducir la eficacia de los ensayos clínicos en efectividad y eficiencia.
- Preservar el carácter humano de la medicina, frente al progreso técnico y la presión económica.
- Transmitir la experiencia clínica y el arte inherente a la relación médico-paciente.
- Definir, de nuevo, en qué consiste ser médico.

Los psiquiatras infantiles del siglo XXI tienen que seguir preguntándose en qué consiste ser médico, un médico moderno capaz de compaginar la ciencia y el arte, el rigor y la mirada personal, la ética y el compromiso.

TRABAJOS CITADOS

- Berlin I. Professional competence, public confidence, and children's rights. *Am Acad Child Psychiatry*. 1977; 16: 748.
- Chess S. Child and Adolescent Psychiatry come of age: a fifty year perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988; 1: 1-7.
- Mardomingo M. La psiquiatría del niño y del adolescente en busca de su propia identidad. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1999a; 1: 1-4.
- Mardomingo M. Trastornos psiquiátricos de la infancia y adolescencia. Avances recientes y previsión para el futuro. *Monografías de Psiquiatría. Aula Médica*. 1999; 11: 38-40.
- Wigner E. Remarks on the mind-body problem. En: Good I (ed). *The scientist speculates*. New York. Basic Books. 1962.
- Bunge M. *Seudociencia e ideología*. Madrid. Alianza Universidad. 1985.
- Morin E. *El paradigma perdido: el paraíso olvidado*. Barcelona. Kairos. 1974.
- Bunge M. *Materialismo y ciencia*. Barcelona. Ariel. 1981.
- Lakatos I. Falsification and the methodology of scientific research programmes. En: Lakatos I, Musgrave A, (eds.). *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge. Cambridge University Press. 1970.
- Poper K. *Conjectures and regulations: the growth of scientific knowledge*. New York. Harper and Row. 1968.
- Wagensberg J. *El pensador intruso*. Barcelona. Tusquets. 2014
- Szczeklik A. *Catarsis. Sobre el poder curativo de la naturaleza y el arte*. Barcelona. Acantilado. 2010.
- Sperry R. A modifies concept of consciousness. *Psychol Rev*. 1969; 76: 532-536.
- Sperry R. An objective approach to subjective experience: Further explanation of a hypothesis. *Psychol Rev*. 1970; 77: 585-590.
- Worden F. Scientific concepts and the nature of conscious experience. En: Ariete S (ed.). *American handbook of psychiatry*. New York. Basic Books. 1975.
- Eccles J. *Brain and conscious experience*. New York. Springer-Verlag. 1966.
- Bullock T. Evolution of neurophysiological mechanisms. En: Roe A, Simpson G, (eds.). *Behavior and evolution*. New Haven. Yale University Press. 1958.
- Changeux J. *Sobre lo verdadero, lo bello y el bien. Un nuevo enfoque neuronal*. Madrid. Katz Editores. 2010.
- Nelson D, Cox M. Biosignaling. En: *Lehninger' Principles of biochemistry*. 5th edition. New York. W.H. Freeman. 2008. pp: 421-479.
- Lodish H, Berk A, Matsudaira P, Kaiser C, Kriegerr M, Scott M, et al. Life begins with cells. En: *Molecular cell biology*. New York. WH Freeman. 2004; pp: 1-28.
- Siegelbaum S, James H. Schwartz J, Eric R. Kandel E. Regulación de la transmisión sináptica: segundos mensajeros. En: Kandel E, Schwartz J, Jessell T (eds.). *Principios de neurociencia*. Cuarta Edición. Madrid. McGraw-Hill. 2001; pp: 229-252.
- Kronenberg H, Melmed S, PR L, Polonsky K. Principles of endocrinology. En: Melmed S, Polonsky K, Larsen P, Kronenberg H, (eds.). *Williams' Textbook of endocrinology*. 12th Edition. Philadelphia. Elsevier-Saunders. 2011; p: 3-12.
- Klug W, Cummings M, Spencer C, Palladino M. Translation and proteins. En: *Concepts of genetics*. 10th edition. Boston. Pearson. 2012; pp: 344-373.
- Mosterín J. *La naturaleza humana*. Madrid. Espasa Calpe 2006.
- Moya A. *Pensar desde la ciencia*. Madrid. Editorial Trotta. 2010.
- Kuhn T. *The structure of scientific revolutions*. Chicago. Chicago University Press. 1970.
- Chalmers A. ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? Madrid. Siglo XXI de España Editores. 1982.
- Damper W. *A history of science*. Cambridge. Cambridge University Press. 1966.
- Boring E. The nature and history of experimental control. *Am J Psychol*. 1954; 67: 573-589.
- Boring E. *History, psychology and science: selected papers*. New York. John Wiley. 1963.
- Mardomingo M. Retraso mental: Aspectos médicos. En: Gisbert J, Mardomingo M. (eds.) *Educación especial*. 2ª edición. Madrid. Cincel. 1981; pp: 58-95.
- Mardomingo M. Riesgo/Niños de alto riesgo. En: AA VV. *Diccionario de educación especial*. Madrid. Santillana. 1985; pp: 1783-1785.
- Erikson E. *Childhood and society*. New York. Norton. 1963.
- Rogers C. *Client-centered therapy*. Boston. Houghton Mifflin. 1951.
- Rogers C. *On becoming a person*. Boston. Houghton Mifflin. 1961.
- Tinbergen E, Tinbergen N. Early childhood autism: An ethological approach. *J Comp Ethol*. 1972; 10: 9.
- Lamote de Griñón C. *Neurología evolutiva*. Barcelona. Salvat. 1980.
- Waitzkin H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA*. 1984; 252: 2441-2446.
- Laín Entralgo P. *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid. Revista de Occidente. 1964.
- Laín Entralgo P. *Teoría y realidad del otro*. Madrid. Revista de Occidente. 1961.
- Platón. Lisis. En: *Diálogos*. Madrid. Gredos. 1985.
- Platón. *Banquete*. Madrid. Gredos. 1986.
- Zubiri X. *Sobre la esencia*. Madrid. Alianza Editorial. 1985.
- Mardomingo M. Fracaso escolar y factores ambientales desfavorables durante la infancia. *Anales Españoles de Pediatría*. 1984: 12-18.

45. Kandel E. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1998; 155: 457-469.
46. Mardomingo M. Especificidad de los síntomas en el autismo infantil. En: AA VV. *Autismo infantil: Cuestiones actuales*. Madrid: SEREM-APNA. 1979. pp: 33-34.
47. Mardomingo M, Matos J. Evolución del concepto de institución. En: V Simposio español de Pediatría Social. *Libro de Ponencias*. 1981.
48. Mardomingo M. Desarrollo Normal de la Conducta del niño. En: Gisbert J, Mardomingo M, et al (eds.). *Educación especial*. Segunda edición. Madrid. Cincel Kapelusz. 1981; pp: 49-57.
49. Mardomingo M. La Adolescencia: ¿Una edad de crisis? En: AA VV. *Monografías de Pediatría: Patología de la Pubertad*. Madrid. Jarpyo Editores. 1984; pp: 35-38.
50. Mardomingo M. Aspectos psicosociales de la adolescencia. En: *Libro de Ponencias del VI Simposio Español de Pediatría Social*; 1984. pp: 15-33.
51. Mardomingo M, Parra E. Trastornos de Conducta en la Adolescencia. En: *Libro de Ponencias del VI Simposio español de Pediatría Social*. 1984; 33-38.
52. Mardomingo M. Institucionalización y deterioro de la conducta del niño. En: AA VV. *Menores Marginados*. Madrid. PSOE. 1982; pp: 351-360.
53. Mardomingo M. Aspectos psiquiátricos del maltrato en la infancia. *Anales Españoles de Pediatría*. 1985a; 22/23: 167-171.
54. Glass R. Mental health vs mental disorders. *JAMA*. 2010; 3003: 1978-1979.
55. Insel T, Wang P. Rethinking mental illness. *JAMA*. 2010; 3003: 1970-1971.
56. Detre T. The future of psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1987; 144: 621-625.
57. Mardomingo M. Los trastornos psiquiátricos infantiles en la década de los 90: ¿Hacia donde vamos?. *Anales Españoles de Pediatría*. 1990; 33: 13-17.
58. Wiener J. The future of child and adolescent psychiatry: If not now, when? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988; 27: 8-10.
59. Mardomingo M, Parra E, Espinosa A, Díaz M. Relaciones entre Pediatría y Psiquiatría. La interconsulta en el hospital infantil. *Revista Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1994; 4: 215-220.
60. Kupfer D, Regier D. Why all of medicine should care about DSM-5. *JAMA*. 2010; 303: 1974-1975.
61. Mardomingo M. Los trastornos psiquiátricos infantiles en la década de los 90: ¿Hacia donde vamos?. *Anales Españoles de Pediatría*. 1990; 33: 13-17.
62. Twenge JM, Gentile B, DeWall CN, et al. Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938–2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30: 145-154.
63. Hidaka BH. Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *J Affec Disor*. 2012; 140: 205-214.
64. Colla J, Buka S, Harrington D, Murphy JM. Depression and modernization: a cross-cultural study of women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006; 41: 271-279.
65. Peen J, Schoevers R, Beekman A, Dekker J. The current status of urban–rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010; 121: 84–93.
66. McPherson M, Smith-Lovin L, Brashears M. Social isolation in America: changes in core discussion networks over two decades. *American Sociological Review*. 2006; 71: 353-375.
67. Turkle S. *Alone together: why we expect more from technology and less from each other*. New York. Basic Books. 2001.
68. Hegel GWF. *Fenomenología del espíritu*. México. Fondo de Cultura Económica. 1966.
69. Byung-Chul Han. *La sociedad del cansancio*. Barcelona. Herder. 2012.
70. Mardomingo M. Retrasos del Desarrollo de etiología psicosocial. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina*. 1988; 5: 235-242.
71. Eisenberg L. Interfaces between medicine and psychiatry. *Comper Psychiatry*. 1979; 20: 1-10.
72. Eisenberg L. Child psychiatry perspectives: the cultivation of children. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1977; 16: 529-539.
73. Wiener H, Hart S. Promising interactions between psychiatry and medicine. En: Arieti S (ed.). *American handbook of psychiatry*. New York. Basic Books. 1975.
74. Blackmore C. The future of psychiatry in science and society. *Psycho Med*. 1981; 11: 27-37.
75. Benedek E. Looking ahead: new psychiatry, old values. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 1122-1129.

