

INDICE**PSICOPATOLOGÍA INFANTIL**

PRESENTACIÓN	3
INDICE.....	5
TEMA 1. PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL.....	13
1. HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL.....	13
A) INICIOS PRECIENTÍFICOS	13
B) COMIENZO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL	13
C) PRIMERAS INTERVENCIONES CON NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	14
D) INTERVENCIONES CON NIÑOS Y ADOLESCENTES A TRAVÉS DEL MODELO CONDUCTUAL.....	19
E) CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA INTERVENCIÓN CON NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	20
2. PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL.....	21
A) MODELOS DE PSICOPATOLOGÍA.....	21
B) PREVALENCIA.....	22
C) EDAD DE INICIO.....	23
D) DIAGNÓSTICO.....	23
E) EVALUACIÓN.....	27
F) TRATAMIENTO.....	30
PREGUNTAS:	33
TEMA 2. RETRASO MENTAL.....	37
1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA	37
A) PERÍODO PRECIENTÍFICO	37
B) PERÍODO CIENTÍFICO.....	37
C) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	39
2. CLASIFICACIONES	43
A) CLASIFICACIONES BASADAS EN EL CI	43
B) CLASIFICACIÓN EDUCATIVA	45
C) CLASIFICACIÓN DE LA AAIDD (9ª Edición).....	45
D) CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA.....	46
3. PREVALENCIA.....	49
4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	50
5. EVALUACIÓN.....	51
6. TRATAMIENTO.....	52
PREGUNTAS:	54
TEMA 3. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	62
1. TRASTORNOS PROFUNDOS DEL DESARROLLO.....	62
2. TRASTORNO AUTISTA.....	63
A) EVOLUCIÓN HISTÓRICA.....	63
B) DEFINICIÓN, DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN	64
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	69
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	70
E) ETIOLOGÍA	72
F) EVALUACIÓN.....	73
G) TRATAMIENTO.....	74

3. TRASTORNO DE RETT.....	78
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	78
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	79
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	80
D) ETIOLOGÍA	81
4. TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL	81
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	81
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	82
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	83
D) ETIOLOGÍA	83
5) TRASTORNO DE ASPERGER.....	83
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	83
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	85
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	85
6. TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO.....	86
7. ESQUIZOFRENIA INFANTIL	86
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	86
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	88
C) EVALUACIÓN.....	88
D) TRATAMIENTO.....	89
8. OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO	89
SÍNDROME LÍMITE EN LA INFANCIA O TRASTORNO MÚLTIPLE DEL DESARROLLO	89
A) DEFINICIÓN	89
B) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	90
C) DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN.....	90
D) TRATAMIENTO.....	91
PREGUNTAS:	92
TEMA 4. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN	101
1. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN.....	101
2. TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE RECEPTIVO-EXPRESIVO.....	103
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	103
B) CLASIFICACIÓN	104
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	105
D) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	105
E) ETIOLOGÍA	106
F) EVALUACIÓN.....	106
G) TRATAMIENTO.....	108
3. TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO	108
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	108
B) CLASIFICACIÓN	109
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	110
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	110
E) ETIOLOGÍA	111
F) EVALUACIÓN.....	111
G) TRATAMIENTO.....	111
4. TRASTORNO FONOLÓGICO.....	111
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	111
B) CLASIFICACIÓN	113
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	113
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	114
E) ETIOLOGÍA	114
F) EVALUACIÓN.....	114
G) TRATAMIENTO.....	114

5. TARTAMUDEO.....	114
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	114
B) CLASIFICACIÓN	115
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	116
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	117
E) ETIOLOGÍA	117
F) EVALUACIÓN.....	119
G) TRATAMIENTO.....	119
PREGUNTAS:	122
TEMA 5. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	128
1. TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE.....	128
2. TRASTORNO DEL APRENDIZAJE DE LA LECTURA (DISLEXIA)	132
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	132
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	135
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	135
D) ETIOLOGÍA Y MODELOS TEÓRICOS.....	136
E) EVALUACIÓN.....	143
F) TRATAMIENTO.....	144
3. TRASTORNO DEL APRENDIZAJE DE LA EXPRESIÓN ESCRITA.....	145
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	145
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	147
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	147
D) ETIOLOGÍA	147
E) EVALUACIÓN.....	148
F) TRATAMIENTO.....	148
4. TRASTORNO DEL APRENDIZAJE DEL CÁLCULO	148
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	148
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	149
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	149
D) ETIOLOGÍA	150
PREGUNTAS:	151
TEMA 6. TRASTORNOS DE LAS HABILIDADES MOTORAS.....	157
1. TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LA COORDINACIÓN	157
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	157
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	158
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	159
D) ETIOLOGÍA	159
PREGUNTAS:	160
TEMA 7. TRASTORNOS DE CONDUCTAS PERTURBADORAS	161
1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	161
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	161
B) CLASIFICACIÓN	166
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	166
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	167
E) ETIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO Y MODELOS TEÓRICOS	167
F) EVALUACIÓN.....	170
G) TRATAMIENTO.....	171
2. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE (TND).....	176
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	176
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	177
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	178
D) ETIOLOGÍA	178

3. TRASTORNO DISOCIAL	178
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	178
B) CLASIFICACIÓN	180
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	182
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	183
E) ETIOLOGÍA (MODELOS TEÓRICOS).....	183
F) EVALUACIÓN.....	188
G) TRATAMIENTO.....	188
4. DELINCUENCIA JUVENIL	192
A) DEFINICIÓN.....	192
B) CARACTERÍSTICAS.....	192
C) TRASTORNOS CLÍNICOS ASOCIADOS.....	192
D) EPIDEMIOLOGÍA.....	192
E) TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.....	193
PREGUNTAS:	195
TEMA 8. TRASTORNOS DE LA INGESTA DE LA INFANCIA Y LA NIÑEZ	210
1. PICA	210
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	210
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	211
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	211
D) ETIOLOGÍA.....	212
E) TRATAMIENTO.....	212
2. TRASTORNO DE RUMIACIÓN	212
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	213
B) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	214
C) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	214
D) ETIOLOGÍA.....	214
E) TRATAMIENTO.....	215
3. TRASTORNO DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ	216
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	216
B) CLASIFICACIÓN	216
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	217
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	217
E) ETIOLOGÍA.....	217
F) TRATAMIENTO.....	218
PREGUNTAS:	219
TEMA 9. TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN	221
1. ENURESIS	221
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	221
B) CLASIFICACIÓN	222
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	224
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	224
E) ETIOLOGÍA.....	225
F) EVALUACIÓN.....	227
G) TRATAMIENTO.....	227
2. ENCOPRESIS	230
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	231
B) CLASIFICACIÓN	232
C) EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO.....	232
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	233
E) ETIOLOGÍA.....	233
F) EVALUACIÓN.....	234
G) TRATAMIENTO.....	235

PREGUNTAS:	238
TEMA 10. TRASTORNOS DEL SUEÑO	243
1. INTRODUCCIÓN	243
2. DISOMNIAS.....	244
A) INSOMNIO PRIMARIO	244
B) SÍNDROME DE PICKWICK	246
C) HIPERSOMNIA PRIMARIA (SÍNDROME DE KLEINE-LEVIN).....	247
D) NARCOLEPSIA	248
E) SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA INFANTIL	249
F) APNEA INFANTIL.....	250
3. PARASOMNIAS	251
A) SONAMBULISMO	251
B) BRUXISMO.....	253
C) PESADILLAS.....	254
D) SOMNILOQUIO.....	257
E) TERRORES NOCTURNOS	258
F) MOVIMIENTOS RÍTMICOS DURANTE EL SUEÑO.....	260
PREGUNTAS:	262
TEMA 11. TRASTORNOS POR TICS	267
1. TRASTORNOS POR TICS.....	267
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	267
B) CLASIFICACIÓN	268
C) EPIDEMIOLOGÍA	269
D) CURSO	270
E) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	270
F) ETIOLOGÍA	271
G) EVALUACIÓN.....	273
H) TRATAMIENTO	274
2. TRASTORNO DE LA TOURETTE	277
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	277
B) CURSO.....	279
PREGUNTAS:	280
TEMA 12. TRASTORNOS EMOCIONALES	284
1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD	284
2. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN (TAS).....	286
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	286
B) EPIDEMIOLOGÍA	288
C) CURSO.....	288
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	288
E) ETIOLOGÍA	289
F) EVALUACIÓN.....	290
G) TRATAMIENTO.....	291
3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG).....	293
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	293
B) EPIDEMIOLOGÍA	294
C) CURSO.....	294
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	295
E) ETIOLOGÍA	295
F) EVALUACIÓN.....	295
G) TRATAMIENTO	295

4. TRASTORNO DE ANGUSTIA	295
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	295
B) EPIDEMIOLOGÍA	297
C) CURSO	297
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	297
E) ETIOLOGÍA	297
F) EVALUACIÓN	298
G) TRATAMIENTO	298
5. MIEDOS Y FOBIAS	298
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	298
B) EPIDEMIOLOGÍA	321
C) CURSO	322
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	322
E) ETIOLOGÍA	323
F) EVALUACIÓN	324
G) TRATAMIENTO	325
6. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)	325
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	325
B) EPIDEMIOLOGÍA	327
C) CURSO	327
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	327
E) ETIOLOGÍA	328
F) EVALUACIÓN	328
G) TRATAMIENTO	328
7. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEP)	329
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	329
B) EPIDEMIOLOGÍA	332
C) CURSO	332
D) ETIOLOGÍA	332
E) EVALUACIÓN	332
F) TRATAMIENTO	333
8. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	334
A) TRASTORNOS DEPRESIVOS	334
B) TRASTORNOS BIPOLARES	345
PREGUNTAS:	347
13. OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	365
1. OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA EN EL DSM-IV-R Y CIE-10	365
2. MUTISMO SELECTIVO	365
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	365
B) EPIDEMIOLOGÍA	366
C) CURSO	366
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	367
E) ETIOLOGÍA	367
F) EVALUACIÓN	367
G) TRATAMIENTO	367
3. TRASTORNO REACTIVO DE LA VINCULACIÓN	368
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	368
B) CLASIFICACIÓN	370
C) EPIDEMIOLOGÍA	370
D) CURSO	370
E) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	370
F) ETIOLOGÍA	371
4. TRASTORNO DE MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS	371
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	371
B) EPIDEMIOLOGÍA	372

C) CURSO	372
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	372
E) ETIOLOGÍA	373
5. TRASTORNO DE IDENTIDAD	373
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	373
B) EPIDEMIOLOGÍA	374
C) CURSO	374
D) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	374
E) ETIOLOGÍA	375
PREGUNTAS:	376
TEMA 14. PSICOLOGÍA DE LA SALUD INFANTO-JUVENIL	379
1. TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS	379
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	379
B) CLASIFICACIÓN	379
2. ASMA BRONQUIAL	380
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	381
B) EPIDEMIOLOGÍA	381
C) CURSO	381
D) ETIOLOGÍA	381
E) TRATAMIENTO	381
3. DIABETES	382
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	382
B) CLASIFICACIÓN	384
C) EPIDEMIOLOGÍA	384
D) CURSO	384
E) ETIOLOGÍA	384
F) TRATAMIENTO	384
4. CEFALEAS	385
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	385
B) TRATAMIENTO	386
5. DOLOR	386
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	386
B) EVALUACIÓN	386
C) TRATAMIENTO	386
PREGUNTAS:	388
TEMA 15. MALOS TRATOS, ABUSO, DESAMPARO Y ADICCIONES DE LA INFANCIA Y LA NIÑEZ	390
1. MALOS TRATOS	390
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	390
B) CLASIFICACIÓN	392
C) EPIDEMIOLOGÍA	394
D) ETIOLOGÍA	394
E) TRATAMIENTO	395
2. ABUSO SEXUAL	395
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	395
B) EPIDEMIOLOGÍA	398
C) CURSO	398
D) ETIOLOGÍA	399
E) EVALUACIÓN	399
F) TRATAMIENTO	400
3. SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (SAP)	401
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	401
B) EPIDEMIOLOGÍA	404

C) CURSO	404
D) ETIOLOGÍA	404
E) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	404
F) EVALUACIÓN.....	405
G) TRATAMIENTO.....	406
4. ACOSO ESCOLAR.....	407
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	407
B) INTERVENCIÓN.....	408
5. ADICCIONES	408
A) DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN	408
B) TRATAMIENTO	409
PREGUNTAS:	410
BIBLIOGRAFÍA.....	412

TEMA 1. PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL

1. HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL

A) INICIOS PRECIENTÍFICOS

Según **Kanner**, antes del siglo XX no existía nada que pudiese considerarse como psiquiatría o psicología clínica de niños. No obstante, existen algunos indicios que vamos a relatar que sitúan el origen a **finales del siglo XVII**, aunque con fines más pedagógicos y moralizadores que médicos o científicos. Veamos:

- **Juan Jacobo Rousseau** (1712-1778) dice que *“la educación del niño debe surgir del libre desenvolvimiento de su ser, de sus propias aptitudes, de sus naturales tendencias. La experiencia debe suplir el mandato imperativo del maestro”*. De estos principios psicológicos surgió el interés de muchas familias por el desarrollo de la infancia y la adolescencia.
- **Jean Marc Gaspard Itard** (1774-1838). Este psiquiatra francés, influido por las enseñanzas de **Pinet**, trata de entrenar al conocido *“niño salvaje de Aveyron”*. Los métodos que utilizó se basaban en los principios de **imitación, condicionamiento y modificación del comportamiento**. Itard se convirtió en un pionero de la **educación especial**.
- **Eduardo Séguin** (1812-18809). Médico francés que trabajó con **niños mentalmente discapacitados** y estudió con el psiquiatra francés **Jean Marc Gaspard Itard**. En **1846** publica *“The Moral Treatment, Hygiene, and Education of Idiots and Other Backward Children”*. Es el **primer tratado sobre deficiencia mental utilizando un método fisiológico para educar a los retrasados mentales**.

B) COMIENZO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL

Con excepción de algunos momentos en los que predominó el espíritu científico, como fue el caso del doctor **Itard** y de **Darwin**, se puede afirmar que, en general, el espíritu que animó a la investigación sobre los niños era más de **tipo social y moral**: rehabilitar a los delincuentes juveniles, segregar a los débiles mentales en las escuelas, o evitar las posibles secuelas en el adulto de una infancia infeliz, etc.

- Será en **1896** cuando da comienzo la psicología clínica para niños. **Lightner Witmer** (1867-1956) es conocido como el creador del término *“Psicología Clínica”* y el **cofundador de la primera clínica psicológica en el año 1896, en la Universidad de Pensilvania, para niños y adolescentes**.

Witmer concebía la psicología como una disciplina estrechamente vinculada con la **investigación científica** y ésta sometida, a su vez, al **test de la aplicabilidad**. Los primeros casos vistos en su clínica tenían que ver con problemas escolares y, en particular, *“retardo en el desarrollo”*.

Los niños eran examinados de acuerdo con el *“método clínico”* y en función de ello se proponía un *“tratamiento pedagógico”* (por ejemplo, un *“entrenamiento en articulación”*) y, si acaso, la recomendación al profesor de un curso para el desarrollo de la inteligencia.

- **La influencia de Sigmund Freud**. Según **Chess** (1988), **Freud** ayudó a modificar las teorías sobre los trastornos del comportamiento que hacían hincapié en las causas biológicas o etiológicas antes del siglo XX. **Freud** tenía un particular interés en la idea de que las

experiencias psicológicas de la niñez parecían estar relacionadas con síntomas posteriores (como la parálisis o la ceguera), para los que no había una causa física clara. Dichos problemas parecían aliviarse cuando el paciente podía expresar sus emociones sobre experiencias pasadas.

Freud estaba convencido de que los conflictos psicológicos de la niñez eran la clave para comprender el comportamiento. Además, tenía la hipótesis de que todos los niños atraviesan las mismas fases evolutivas, y vinculó dichas fases a la conducta posterior. Freud presentó sus radicales ideas sobre la importancia de la infancia. Si bien sus puntos de vista fueron polémicos desde el primer momento, éstos lograron establecer una estructura sistemática para conceptualizar tanto el comportamiento infantil como el adulto.

C) PRIMERAS INTERVENCIONES CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

1) Psicoanálisis infantil

Existen tres etapas distintas en el desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica infantil:

- **1ª Etapa: Desde la neurosis hasta el inicio de la primera guerra mundial.** Esta etapa comprende desde 1909 a 1914. Es una fase donde se trata de aplicar las formulaciones de Freud y las técnicas psicoanalíticas a los casos de neurosis infantiles.
- **2ª Etapa: Desde la 1ª Guerra a la II Guerra Mundial.** Etapa que comprende desde 1919 a 1939. Es precisamente en esta etapa donde se aplica y adapta el psicoanálisis de los adultos a los niños, de la mano de **Anna Freud** y **Melanie Klein**. Veamos:

- **Anna Freud (1895-1982).** Destaca la publicación de su libro en 1928 *“Introducción a la técnica del análisis infantil”*. Su técnica se basa en dos pilares: Los problemas del niño están en el presente; tales problemas están relacionados con sus experiencias cotidianas, por lo que se busca la colaboración de los padres.

El tratamiento son la interpretación de los sueños, junto con el niño y la narración de los sueños diurnos. El dibujo es un auxiliar para visualizar la problemática del paciente y finalmente, el juego es útil como procedimiento analítico. El niño no tiene capacidad de transferencia. Plantea, también, el concepto de líneas de desarrollo. Da importancia a la observación directa del niño y la asociación libre.

- **Melanie Klein (1882-1960).** Considerada como la iniciadora del psicoanálisis en niños. Expone en un congreso la *“Técnica del análisis de niños pequeños”*. En 1924 que presenta el trabajo *“Principios psicológicos del análisis infantil”* y ese mismo año *“Una neurosis obsesiva en una niña de 6 años”*. En 1932 publica *“El Psicoanálisis de niños”*. Utiliza la terapia de juego en vez de la asociación libre.

Mientras que **Anna Freud** no creía en la capacidad de transferencia del niño, **Klein** considera que éste sí tiene capacidad de transferencia y trata de analizarla.

Klein plantea desde el nacimiento el dualismo entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte, planteando un yo y un superyó arcaicos. Desde el principio operan dos mecanismos específicos como son la introyección y la proyección.

Las primeras experiencias, especialmente las de alimentación sirven al niño para organizar las operaciones psíquicas:

- Las **buenas experiencias** de satisfacción se unen a la pulsión libidinal, introyectando en el interior del bebé un afecto positivo junto a un fragmento de objeto bueno, lo que servirá para establecer un primer yo fragmentado interno en el bebé.
- Las **malas experiencias** (frustración, malestar), se vinculan a la pulsión de muerte, vinculándose un afecto agresivo con un fragmento de objeto malo que son experimentadas como peligrosas proyectándose al exterior, al no-Yo.

Este proceso continuado conforma un **objeto malo**, peligroso, perseguidor, que es externo al bebé, sobre el que debe protegerse y que vendrá a preformar el superyó arcaico; y un **objeto bueno**, idealizado, gratificante en el interior del sujeto al que ha de proteger y que preforma el yo arcaico.

Posteriormente, surgirá una fase denominada posición **esquizoparanoide** en torno a los 12-18 meses, cuando el niño se identifica con los fragmentos proyectados al exterior mediante la identificación proyectiva haciendo más difusa la separación precedente.

A esta fase le sucederá la posición **depresiva** en la que el niño, gracias a las experiencias con la madre, reconocerá la unión del pecho bueno y el pecho malo, la madre buena y la madre mala. La toma de conciencia de esta unión producirá en el niño **angustia depresiva** y **culpabilidad** al presentar amor y odio ante el mismo objeto.

- **3ª Etapa: Desde la II Guerra Mundial hasta la actualidad.** Es una etapa donde se produce la institucionalización del psicoanálisis. Autores:
 - **Margaret Schoenberger Mahler (1897-1985).** Fue una psicoanalista especializada en el campo de la psicología infantil. Comienza estableciendo que el **nacimiento biológico del infante humano y su nacimiento psicológico no coinciden en el tiempo.** El primero es un **acontecimiento espectacular, observable y bien circunscripto**; el último es un **proceso intrapsíquico de lento desarrollo.** Propone fases y subfases para el desarrollo psicológico:
 - **Fase autista (0-1 mes).** Se caracteriza por: 1) Organismo meramente biológico, la respuesta del ser humano en este nivel es instintiva y refleja; 2) Aparato egoico primitivo y no integrado; 3) Mecanismos de defensa somáticos; 4) Reacciones para mantener el equilibrio homeostático; 5) Equivale al narcisismo primario de Freud
 - **Fase simbiótica (1-5 meses).** Unidad dual con la madre
 - **Fase separación-individuación (5-36 meses).** Comprende: 1) Subfase de diferenciación (5-9 meses), sensorio-física; 2) Subfase de ejercicio (9-15 meses, culminación narcisismo grandioso-exhibicionista; 3) Subfase de reaproximación (15 meses-2 años): Primera diferenciación self - representaciones objetales y angustia de separación; 4) Subfase de consolidación y constancia del objeto emocional: Diferenciación clara y relativamente duradera, integración de imágenes parciales del self en la representación global del self e integración del objeto emocional-libidinal.
 - **Donald Winnicott (1896 -1971).** Pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés. Centró sus estudios en la **relación madre-lactante** y la **evolución posterior del sujeto a partir de tal relación.** Este autor dice que la madre del recién nacido tiene una enfermedad normal a la que llama **preocupación maternal primaria.** Esto le permite anticipar las necesidades del bebé por lo que el niño no experimenta ninguna amenaza. Esta

situación desaparece progresivamente convirtiéndose la madre en suficientemente buena. Distingue tres papeles en la función materna:

- El “*holding*” o sostén tanto físico como psíquico en la crianza del niño.
- El “*handling*” o manejo consistente en las manipulaciones del cuerpo (vestirlo, aseo, caricias,...).
- El “*object presenting*” consistente en presentarle los objetos en el momento preciso en el que lo necesita.

Si la madre es suficientemente buena el niño experimenta un **sentimiento de poder que le permite a la psique del niño residir en el cuerpo, consiguiendo la unidad que es la base del sí mismo auténtico.**

El niño experimenta en la evolución **ciertas desilusiones al no ver cumplidos completamente sus deseos por la madre.** Esto genera en el niño un proceso de adaptación en la que reemplaza la ilusión primaria por un estado intermedio que denomina **área de transición** que se caracteriza por el objeto transicional consistente en un objeto real que el niño incluye en su mundo de poder e ilusión. El espacio transicional, que no es ni externo ni interno sino intermedio, es donde el niño **proyecta su ilusión de omnipotencia y su vida imaginativa,** siendo fundamentalmente el espacio del juego del niño.

El **falso sí mismo** es una pantalla artificial entre el verdadero sí mismo y el entorno cuando dicho medio resulta intrusivo o de mala calidad. El **falso self** a diferencia del **verdadero self** no es creativo y no proporciona al niño el sentimiento de ser real.

- **René Spitz (1887-1974).** Elaboró un sistema del desarrollo sobre la observación directa en los niños con sus madres. Explica el desarrollo en términos de **relación objetal.** Considera la relación entre madre e hijo porque es el **catalizador que permite a la libido ser fijada en las distintas zonas erógenas.** Estudia los efectos de la separación materna, llamada **depresión anaclítica,** y los efectos de la hospitalización, **marasmo.** En los primeros años describe tres grandes organizadores:

➤ **Primer organizador: La sonrisa**

- ⇒ **Pre-objetal (0-3 meses): ETAPA SIN OBJETO.** Spitz ha llamado esta etapa, la **primera etapa pre-objetal o sin objeto.** Comienza desde el nacimiento y termina cuando aparece el **PRIMER ORGANIZADOR QUE ES LA SONRISA.**
- ⇒ **Objeto precursor (3-7 meses): PRECURSOR DEL OBJETO.** Es el comienzo de la segunda etapa, esta comienza con la sonrisa, este objeto precursor es el **ROSTRO HUMANO.**

➤ **Segundo organizador: La angustia**

Objeto real (8-12 meses): ETAPA DEL OBJETO REAL. El llanto ante extraños indica que el niño ya distingue a la madre de otras personas. Sabe que la madre es quien lo cuida, lo protege de los demás, le da alimento, y lo ama. Y es por eso que cuando está la madre surge el temor de la angustia, de perderla. El **segundo organizador sería la angustia y ésta es la diferencia entre libidinal y actividad agresiva.**

➤ **Tercer organizador: el NO**

Y con el habla culmina la relación objetal, que termina por los 9 meses, cuando inicia el tercer Organizador, que es, el **NO**. Con el fin de proteger al niño, la madre debe de acceder a poner límites hacia el niño, y diciendo verbalmente un no el niño debe de obedecer, aunque en un principio le sea sumamente difícil. Esta negación viene significando la **capacidad de juicio**. Logra la aceptación de este NO, cuando aprende la **imitación**.

- **Joseph Bowlby**. Desarrolló su **teoría del apego**. Se centró en las experiencias del niño con respecto a la **separación, la pérdida, la pena y el duelo**. El sistema de apego es una ligazón afectiva que funciona en todos los humanos. **Bowlby** la describe como un **tipo especial de relación social, paradigmática entre el niño y su cuidador que involucra los vínculos afectivos**. Basa su teoría en que **existe un lazo de apego primario desde el nacimiento que no depende de una pulsión oral o necesidad de alimentación**. Su función evolutiva es la de protección.
- **Bruno Bettelheim** (1903-1990). Escritor y psicólogo infantil austriaco. Estaba convencido de que **el autismo no tenía ninguna base orgánica, sino que era originado por madres frías y padres ausentes**. Otros analistas freudianos siguieron a **Bettelheim** en su teoría de que el **autismo de los niños es generado en la dinámica intrafamiliar**. Bettelheim escribió un libro titulado "*La fortaleza vacía*", donde hablaba acerca del autismo. Actualmente se sabe que existen mecanismos orgánicos subyacentes alterados en el espectro autista, si bien se desconoce la naturaleza exacta de dichas alteraciones.
- **Arminda Aberastury** (1910-1972). Psicoanalista argentina. Pionera del psicoanálisis de niños y adolescentes en Argentina. Influenciada por el trabajo sobre psicoanálisis infantil de **Anna Freud**. Fue pionera en los métodos de **Sophie Morgenstern**. Fue esposa de **Pichón Riviere**. Trabajó en el tema de cómo el niño percibe la muerte. Plantea las dificultades del analista infantil: tiene que ir a su infancia para llegar a las raíces de las ansiedades de transferencia con el niño, cuando la transferencia es intensa, esta ansiedad está fijada en la madre del niño y el terapeuta tiene la impresión que ha robado al niño de su madre.

2) Psicología científica

La reflexología rusa y la tradición norteamericana, facilitaron descubrimientos y principios que se extendieron pronto a los seres humanos.

Por ejemplo, en 1907 en Rusia y unos años más tarde en los EE.UU., fue aplicado el **condicionamiento** como un **método de estudio de la conducta de los bebés y de los niños normales y retrasados** (Krasnogorski, 1925; Mateer, 1918). También diversas psicopatologías fueron interpretadas basándose en el condicionamiento y tratadas siguiendo estos principios (Aldrich, 1928; Bechterev, 1932; Gantt y Muncie, 1942).

Hay que decir que las primeras intervenciones con niños y adolescentes desde la psicología científica arrancan de la **psicología del aprendizaje**. Las características de estas primeras intervenciones son:

- Se emplea el modelo teórico-experimental de Paulov.
- No se realiza un análisis funcional de las variables relevantes.

Veamos algunos autores de este primer periodo de desarrollo:

- **Iván Petróvich Pavlov** (1849-1936). Fisiólogo ruso. Crea el **primer modelo teórico de aprendizaje basado en datos experimentales**. Demostró que asociando unos estímulos a otros (un cambio ambiental) podría cambiar la respuesta del sujeto. Se creaba entonces una respuesta refleja a un estímulo que antes no la provocaba
- **E. B. Twitmeyer** (1873-1943). Investigación del reflejo de la rodilla y el sonido de una campana en 1902.
- **N. I. Krasnogorski** (1881-1961). Discípulo de Paulov. Escribió sobre la aplicación de los descubrimientos sobre la actividad nerviosa superior en relación a los niños. Trató de **condicionar una respuesta de deglución en un niño de 14 meses**. Este autor demostró que cuando a un niño normal o con problemas se le exigía discriminaciones difíciles, estos mostraban un comportamiento neurótico parecido a los perros de Paulov.
- **Mateer**. Este autor trató de introducir en su país los principios del condicionamiento clásico (CC) ruso a la problemática de la conducta humana. Hizo trabajos de réplica a **Krasnogorski**, incluyendo bebés, ampliando sus trabajos a la **adquisición del olvio**, el **entrenamiento en discriminación** y la **inhibición del reflejo condicionado**.
- **W.H. Burnham**. Aplicó el condicionamiento para la psicología educativa y el desarrollo del niño. **Burnham** (1917, 1924) creyó que la higiene mental consistía en el **desarrollo de los reflejos condicionados apropiados**. Además de delinear las posibles aplicaciones del condicionamiento, era muy explícito en hacer notar que las formulaciones sobre la conducta basadas en el aprendizaje eran más parsimoniosas que los puntos de vista alternativos tales como la teoría psicoanalítica.
- **Watson y Lashley**. Fueron los que iniciaron en 1915 el **estudio de la aplicación del CC en humanos**. Lo más relevante fue el **condicionamiento y descondicionamiento de las emociones** hecha por Watson, por eso fue precursor de la modificación y terapia de la conducta a los niños.
- **Watson y Rayner**. Creían que al principio los niños están limitados en su reactividad emocional. En una demostración famosa, condicionaron la respuesta de miedo en un niño de 9 meses, llamado *Albert*, a la presentación de una inofensiva rata blanca de laboratorio. Este experimento es una demostración empírica del procedimiento de condicionamiento clásico realizada por estos autores. Ello sirvió para el estudio y tratamiento de las fobias, es decir, el miedo podía aprenderse.
- **Jones** (1924). Discípula de Watson. La primera vez que se aplicó un tratamiento conductual a los niños. Desarrolló **siete procedimientos para eliminar respuestas de miedo de niños institucionalizados**. El **condicionamiento directo** y la **imitación social** fueron los métodos más consistentes para reducir los miedos de los niños. Además utilizó con éxito ambos métodos para eliminar el miedo a los conejos de *Peter*, un niño de casi tres años.

Los precursores de las intervenciones conductuales con niños y adolescentes fueron **Jones, Watson y Rayner**. Los problemas más investigados y tratados, por los teóricos del aprendizaje, en esta época fueron: las **fobias y las enuresis**.

- **Dunlap**. En 1932, desarrollo la técnica denominada **práctica negativa**, que se utilizó originalmente para el tratamiento de la enuresis, la homosexualidad y la masturbación.

- **Mower y Mower** (1938). Crearon la técnica de la **rejilla y el timbre para el tratamiento de la enuresis** a partir de su análisis teórico (en términos de condicionamiento clásico) del problema.

Las primeras intervenciones con niños y adolescentes desde la psicología científica termina después de la II Guerra Mundial, finalizando, así, la prominencia del **modelo teórico-experimental de Paulov**. A partir de entonces comienza el liderazgo del **modelo Condicionamiento Operante de Skinner**, y más tarde, el **modelado de Bandura**.

D) INTERVENCIONES CON NIÑOS Y ADOLESCENTES A TRAVÉS DEL MODELO CONDUCTUAL

Las intervenciones conductuales para niños y adolescentes tienen tres etapas en su desarrollo:

1. Etapa de inicio o gestación

Witmer es considerado por muchos autores uno de los antecedentes más importantes de la psicología clínica infantil. En 1896 dirigió la **primera clínica psicológica**, desarrollando en ella actividad de tipo terapéutica centrándose en el diagnóstico y tratamiento de niños con problemas sensoriales, de retraso mental, de lenguaje y aprendizaje escolar, e intentó tratar también a niños psicóticos.

Hacia 1913 aparece el **conductismo** como un modelo terapéutico viable de la mano de **Watson**, considerado como el precursor de la modificación de la conducta en niños, sobre la base teórica del conductismo. Investigó las respuestas emocionales en los niños.

Como hemos dicho anteriormente, aparecen en estos inicios **Watson y Rayner** (1920) **Jones** (1924).

2. Etapa de constitución y desarrollo

La **modificación de la conducta**, propiamente dicha, se constituye en la década de los 50 y hasta los años 60 las intervenciones se guían por el **modelo del condicionamiento clásico**. Posteriormente se incorporó el **modelo del condicionamiento operante**. Los principales enfoques psicológicos son

a) Escuela sudafricana:

- **Wolpe**: Desarrollo de la **desensibilización sistemática como tratamiento de los trastornos fóbicos y de ansiedad** (trató ansiedad social, tics, tartamudez y miedo a las figuras de autoridad).
- **Lazarus y Rachman** (1957). Discípulos de **Wolpe**. Destacan por el éxito obtenido en el tratamiento de niños con diversos problemas fóbicos, basándose en el principio de **inhibición recíproca**. En 1962 **Lazarus y Abramovitz** describieron la **técnica de imágenes emotivas** que emplearon a niños con problemas fóbicos.

b) Escuela inglesa:

Destaca **Eysenck**. Desde Inglaterra realizó una extensa crítica de la psicoterapia tradicional e impulsó la implantación de técnicas procedentes de la psicoterapia experimental del aprendizaje como alternativa.

c) Escuela norteamericana:

Principal protagonista **Skinner**: En Estados Unidos, desarrolló la teoría del **condicionamiento operante**. Junto con otros autores son los primeros en acuñar el término "*terapia de la conducta*", para referirse a la aplicación de técnicas operantes a pacientes esquizofrénicos, que más adelante se amplió en otros campos de aplicación, entre ellos la modificación de la conducta infantil.

Aunque inicialmente el análisis conductual se aplicaba en niños con limitaciones cognitivas (diferencias mentales, autismo,...) en los que se podía ejercer un gran control externo, poco a poco el interés fue ampliándose.

También nombrar la aplicación de una nueva técnica, basada en el **refuerzo**, llamada "*economía de fichas*" de **Ayllon y Azrin**.

3. Etapa de consolidación

Aparecen nuevos diseños de técnicas para el tratamiento de niños y adolescentes:

- **Teoría del aprendizaje social de Bandura**. Este autor añadió el aprendizaje observacional a los procesos de condicionamiento clásico y operante. Estudió los efectos terapéuticos del modelado, en niños y adolescentes con problemas de ansiedad (fobias, retraimiento social,...). Influencia que ejercía sobre la conducta de los niños la observación de modelos agresivos o cooperativos. De enfatiza la importancia de los aspectos cognitivos y de personalidad para entender la conducta.
- **Ellis (1977) y Grieger (1981)**. Aplicaron la **terapia racional emotiva a los niños**.
- **Meichenbaum (1977)**. Empleó el **entrenamiento en autoinstrucciones** con niños hiperactivos/impulsivos y niños agresivos.
- **Novaco**. Adaptó la **técnica de inoculación de estrés** para problemas de ira en delincuentes juveniles.
- **Spivac, Shure**. Investigaron la **solución de problemas interpersonales** en preescolares, escolares y adolescentes. Aplicaron la técnica de **entrenamiento en habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales**.
- **Schneider y Robin**. **Técnica de la tortuga**.

E) CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA INTERVENCIÓN CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Hay que tener en cuenta que los niños suelen ser remitidos a tratamiento por un **adulto** (padres, maestros, pediatras,..) y suelen consultar más cuando la **conducta del niño es disruptiva**, porque molesta más a los adultos y es más llamativa (p. ej.: conductas de la dimensión externalizada como hiperactividad, agresividad, o conducta antisocial), que no por problemas de retraimiento social, ansiedad,...

- 1) La práctica de la terapia de conducta tiene como objeto **ayudar a las personas que solicitan ayuda**. Dado que en el caso de los niños son los padres u otros adultos quienes piden esta ayuda, se debe valorar si el cambio de conducta deseado por estos adultos es adecuado para el niño o el adolescente.
- 2) El modificador de conducta infantil debe ser **buen conocedor del desarrollo del niño, qué conductas son adecuadas y a qué edad**. P. ej.: si mojar la cama o articular deficientemente las palabras no constituye un problema a los 2 años pero sí a los 9 años; o qué tipo de reforzador se debe utilizar en niños y qué otro en los adolescentes, o a qué edad se puede emplear una técnica que implica el uso de la imaginación.