



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)



# ALTERACIONES COMPORTAMENTALES «EN» LA INFANCIA

A. POLAINO-LORENTE

---

*Trastornos de la conducta.—Alteraciones de la conducta alimentaria.—Alteraciones del sueño.—Enuresis y encopresis.—  
La onicofagia y la succión del pulgar.—Tics.—Comportamiento agresivo.—Fugas del hogar.—El niño celoso.—Trastornos de la atención.—El niño que se aísla.—El niño apático.—  
La hiperactividad infantil.—Los niños maltratados.—Bibliografía.*

---

*El posible repertorio de alteraciones comportamentales «en» la infancia obliga a una selección rigurosa, que en este caso se ha realizado atendiendo a diversos criterios.*

*Por una parte, se abordan inicialmente los trastornos más graves de la conducta, que tradicionalmente se rotulaban como neurosis infantiles. En este marco se aborda tanto el comportamiento neurótico (neurosis de ansiedad) como el comportamiento obsesivo. (El comportamiento fóbico está desarrollado en el capítulo 3 de este ámbito Miedos infantiles.)*

*Por otra, se incluyen los trastornos de dos ejes básicos del desarrollo: la alimentación y el sueño, ofreciendo tanto la descripción y criterios de diagnóstico como los tratamientos adecuados, cerrando el cuadro la revisión del problema de la enuresis y de la más infrecuente encopresis, rescatándolos de caducos y no demostrados planteamientos y ofreciendo una amplia posibilidad terapéutica.*

*De otro lado, se presenta una serie de conductas anómalas bien típicas en la infancia y altamente frecuentes: la onicofagia y la succión del pulgar, y los tics.*

*Y por último, un amplio, repertorio de las alteraciones comportamentales más «duras» social, familiar y escolarmente: los comportamientos agresivos, las fugas del hogar, el niño celoso, los trastornos de la atención, el niño que se aísla, el niño apático, la hiperactividad infantil y, por fin, el tan frecuente como oculto y lamentable problema de los «niños maltratados».*

---

## TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

Muchos de los trastornos que se incluyen en este epígrafe se inscribieron tradicionalmente dentro del diagnóstico de *neurosis infantil*. Aplicado aquí el término de neurosis, apenas si significa nada. En primer lugar, por su ambigüedad —aún no ha sido definido operativamente—, tanto cuando se refiere al niño como a los adultos. En segundo lugar, porque el concepto de neurosis es, en la práctica, indistinguible de la ansiedad, síntoma que aparece a todo lo ancho de la psicopatología infantil, sin que esté vinculado única y específicamente a la neurosis. Y, en tercer lugar, porque es imposible una delimitación entre el viejo término de neurosis y otras alteraciones, como los trastornos psicósomáticos y/o los trastornos de aprendizaje.

Por todo ello es preferible hablar hoy de *trastornos de conducta*, concepto este que expresa mucho más certeramente lo que sucede en el niño, aunque tal vez convenga mantener, aunque sea entre paréntesis, el concepto de comportamiento neurótico, como una concesión orientativa para aquellos que, por un exceso de familiaridad con la vieja terminología, pudieran extraviarse al enfrentarse con la nueva denominación propuesta.

Las tres entidades clínicas que el psicoanálisis logró configurar, no sin esfuerzo, reuniendo acomodaticamente un conjunto de hechos comportamentales muy difíciles de aglutinar en una entidad clínica única y que hoy pueden inscribirse en el comportamiento neurótico infantil son: la neurosis de ansiedad, la neurosis fóbica y la neurosis obsesiva.

### El comportamiento neurótico (o neurosis de ansiedad)

Configura la ansiedad como el núcleo de una neurosis, es decir, como una enfermedad crónica cuyo pronóstico es siempre muy complejo. Se sostenía que un trauma, de ordinario de carácter afectivo, acaecido en los primeros estadios del desarrollo,

sostenía el núcleo de la neurosis. Este tipo de aproximación, lamentablemente, ha influenciado buena parte de la pedagogía familiar y escolar actuales que, sin demostración de ningún tipo, tienen verdadero pavor al supuesto «trauma».

Hoy este comportamiento neurótico se configura como trastorno de conducta desencadenado por la ansiedad.

Se ha probado que el 80 por 100 de los niños que sufren una situación traumática —y aquí lo traumático es sinónimo de situación estresante crónica— manifiestan síntomas neuróticos uno o dos años más tarde; sin embargo, sólo en el 30 por 100 de los adultos que sufrieron iguales condiciones estresantes aparecen estos síntomas un año después (KAPLAN y colaboradores, 1981).

Las diferencias entre estos trastornos de conducta en el niño y en el adulto son difíciles de explicar, si no se controlan otras variables como la intensidad de la situación estresante, los factores ambientales desencadenantes, «la madurez del sistema de respuestas», la estabilidad-habilidad respondente, la vulnerabilidad-inmunidad respecto del flujo estresante, la predisposición genética, el aprendizaje observacional, los procedimientos y estrategias terapéuticas empleados, etc. (POLAINO-LORENTE, 1984).

### El comportamiento fóbico

Respecto a este comportamiento, el lector puede encontrarlo desarrollado suficientemente en el capítulo 3, *Miedos infantiles*, en este mismo ámbito. Sólo se añadirá aquí que el tema fóbico por excelencia en la infancia es el miedo a los animales y a la oscuridad (MARKS, 1981; BARLOW, 1981); que en la adolescencia las más frecuentes son las fobias sociales (KAPLAN, 1981); y que los temas fóbicos, que en un principio suelen estar más vinculados a objetos muy concretos, tienden a disminuir con la edad y a hacerse más abstractos (AGRAS, 1972).

### El comportamiento obsesivo

Es muy importante en la infancia, vinculándose en ocasiones a la depresión y/o a la conducta compulsiva. Su incidencia en la población infantil psiquiátrica oscila entre el 0,1 y el 0,8 por 100 (RUTTER, 1970). Los fenómenos obsesivoides (pequeñas manifestaciones de tipo obsesivo, de incierta patología) son mucho más frecuentes en la infancia, siendo su incidencia de alrededor del 14 por 100 en la población infantil general (SCHWAB, 1979).

En todo caso, resulta incongruente hablar de neurosis infantiles, puesto que el supuesto comportamiento neurótico se suele acompañar de otras manifestaciones psicopatológicas (rituales, actos impulsivos, insomnio, automatismo, etc.), que tienen muy difícil cabida en el ámbito de la neurosis. Además, como ha demostrado COX (1977), muchos niños con desórdenes emocionales durante la infancia no devienen en adultos neuróticos; por otra parte, muchos adultos diagnosticados como neuróticos no manifestaron durante su infancia ninguna alteración comportamental neurótica.

En cualquier caso, el *tratamiento* del comportamiento neurótico infantil deberá ajustarse a la sintomatología psicopatológica que específicamente presenta. En el comportamiento ansioso, el empleo de tranquilizantes puede estar aconsejado al comienzo del tratamiento, cuando el cuadro es muy agudo y resulta difícil acceder a su modificación con el empleo de otras estrategias; posteriormente es aconsejable emplear técnicas de modificación de conducta (TMC), así como asesoramiento a los padres o modificación en éstos de su comportamiento ansioso y tal vez excesivamente intrusivo para el niño.

En la actualidad, las TMC se han mostrado de gran eficacia en el tratamiento del comportamiento neurótico adulto y muy especialmente en los niños y jóvenes. El condicionamiento operante, la economía de fichas, el moldeamiento comportamental (a través de imitación, de programas de refuerzo, etc.), el autocontrol, las técni-

cas de *biofeedback* y todo un vasto arsenal derivado del marco teórico de la psicología del aprendizaje, están indicadas. La terapia cognitiva tiene también aquí una gran eficacia, pues además de contribuir a solucionar el problema conductual, incide frontalmente en los problemas de aprendizaje y de rendimiento escolar que casi siempre acompañan a estos niños. La combinación de TMC y terapia cognitiva en programas integrados es una práctica común en la actualidad. El entrenamiento de padres y/o profesores como terapeutas aumenta, casi siempre, la eficacia de estos programas concretos.

### ALTERACIONES DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los hábitos alimentarios son de especial importancia para el desarrollo del niño y del adolescente. Las alteraciones de estos hábitos, sin embargo, se vinculan muy frecuentemente a problemas de tipo psicológico y a las actitudes que tienen los padres respecto de la comida. Entre las alteraciones más frecuentes de la conducta alimentaria se encuentran las siguientes:

#### Anorexia nerviosa

Consiste en un trastorno grave que puede poner en peligro la vida del sujeto, caracterizado por una limitación autoimpuesta de la dieta, que se acompaña de una pérdida excesiva de peso y de múltiples alteraciones orgánicas. El paciente tiene un miedo patológico a engordar (que no disminuye con la pérdida de peso) y se niega, rigidamente, a mantener su peso por encima del mínimo normal para su edad y talla. No suele encontrarse ninguna enfermedad somática que justifique la pérdida de peso, que al menos debe ser de un 25 por 100 del peso original para poder hablar de anorexia nerviosa.

Es más frecuente en las niñas que en los niños (entre dos y cinco niñas por cada varón), y de ordinario se desencadena alrededor de un incidente en que el sujeto fue calificado erróneamente de obeso por sus

compañeros. Hay también intranquilidad, nerviosismo, caquexia, inapetencia (a veces alternante con períodos de bulimia), autoprovocaciones del vómito, aumento de la diuresis mediante la administración a hurtadillas de fármacos, depresión, etc. Existe el riesgo de un fracaso cardíaco por colapso circulatorio. El perfil psicológico del anoréxico se caracteriza por: buena inteligencia, excelente rendimiento escolar, hipersensibilidad, rigidez de pensamiento, aparentemente buena adaptación, rasgos compulsivos y asociación entre los hábitos alimentarios y sus lejanas consecuencias psicológicas (aceptación, llamadas de atención, afectividad familiar, etc.). La inanición autoimpuesta tiene en muchos casos la consecuencia de un rasgo esquizoide.

Durante la fase aguda puede ser necesaria la alimentación por vía intravenosa o por vía nasal. La farmacoterapia puede contribuir a la curación, aunque por sí sola es insuficiente para resolver el problema. Los programas de modificación de conducta, asociados a la modificación de ciertas actitudes familiares, suelen ser eficaces.

### **Bulimia**

Consiste en episodios recurrentes de voracidad en los que se ingieren cantidades abusivas de alimento en un período de tiempo inferior a dos horas. Deben concurrir para el diagnóstico tres de los síntomas siguientes: consumo episódico de alimentos de alto valor energético; ingesta a hurtadillas; finalización del episodio con dolor abdominal; vómitos autoprovocados e interrupción de la vida social; intentos repetidos de pérdida de peso (con dieta, laxantes y/o diuréticos), y oscilaciones de peso superiores a cinco kilogramos debidas a la alternancia de «banquetes»-«ayunos». El sujeto es consciente de que come anormalmente, pero es incapaz de controlarse voluntariamente. A los «banquetes» suele seguir un estado de ánimo depresivo y de pensamientos autodespreciativos (DSM III).

### **La obesidad infantil**

Aunque es un cuadro independiente, puede estar relacionada con las crisis de bulimia. Se acompaña de una abundante distribución del tejido adiposo y de hábitos alimentarios excesivos en el ámbito familiar. Las actitudes de los familiares respecto de la comida son aquí también muy importante. El niño obeso (nos referimos a la obesidad no condicionada, ni orgánica ni endocrinológicamente) suele aislarse y mostrarse ansioso cuando por la gordura es rechazado por sus compañeros. Frecuentemente se manifiesta como un sujeto inseguro, dependiente y necesitado de afecto, que suele suplirlo mediante la autogratificación producida por la ingesta de alimentos. La insaciabilidad y la compulsión suelen frecuentemente estar presentes. Las técnicas de modificación de conducta, el sometimiento a una dieta equilibrada, la terapia de grupo y la videoterapia pueden ser eficaces.

### **Pica**

Consiste en el empleo de sustancias no nutritivas (papel, madera, yeso, pelos, etcétera) de forma reiterativa durante al menos un mes, sin que coexista con ningún trastorno mental (autismo, esquizofrenia, etcétera). Es normal en niños de tres o cuatro meses de edad, y quizá se explique por su conducta exploratoria e impulsiva de llevarse objetos a la boca. Esta tendencia debe desaparecer gradualmente antes del segundo año de edad. La persistencia de la conducta sobrepasada esta etapa debe estudiarse desde una perspectiva psicopatológica.

### **Conducta de rumiación**

Consiste en la regurgitación reiterativa, sin que vaya precedida de náusea ni pueda justificarse por alguna enfermedad gastrointestinal (gastroenteritis, estenosis pilórica, anomalías congénitas, etc.), durante al menos un mes, una vez que el funcionamiento digestivo ha evolucionado normalmente. Hay casi siempre pérdida de peso.

## ALTERACIONES DEL SUEÑO

Los problemas asociados con el sueño son muy comunes en la infancia, e incluyen principalmente dificultades para descansar, incapacidad para dormirse voluntariamente, resistencia para irse a la cama, sonambulismo y terrores nocturnos.

Algunas de estas alteraciones acontecen cuando el niño se encuentra mal físicamente (indigestiones, alteraciones gástricas, infecciones, etc.), o cuando el medio no es confortable (frialdad en la habitación, ropa excesiva, incomodidad de la cama, etc.). Otras veces, estas dificultades son consecuencia de la hiperactividad diaria, de las dificultades escolares, de la excesiva tensión emocional durante las últimas horas de cada día y de las actitudes de los padres frente al sueño.

### El sonambulismo

Consiste en una conducta episódica caracterizada por levantarse dormido de la cama y caminar durante un cierto tiempo, después de haber estado durmiendo entre treinta y doscientos minutos. En el electroencefalograma (EEG) aparece un trazado delta típico. Durante este «paseo», el sujeto parece insensible a cualquier estímulo y se desplaza con la cara pálida y la mirada fija. Al día siguiente no suele haber ningún recuerdo del episodio nocturno. Cuando se consigue despertarle en la crisis sonambúlica, puede aparecer un cuadro de confusión y/o desorientación. Según parece, el 15 por 100 de los niños lo han padecido alguna vez (KALES, 1968), siendo en la edad de siete a ocho años cuando se presenta más frecuentemente.

### Los terrores nocturnos

Se trata de episodios repetidos en los que el sujeto emite un grito de pánico y se despierta bruscamente. La ansiedad es muy intensa, y suele acompañarse de taquicardia, respiración súbita, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. En ocasiones hay desorientación, confusión y movimientos estereotipados y no suele ser fácil

persuadirle a la tranquilidad. Frente a las *pesadillas*, los terrores nocturnos aparecen en el primer tercio de la noche y se acompañan de una activación emocional mucho más intensa que en aquéllas; aquí no suelen presentarse imágenes oníricas, como es frecuente en las *pesadillas*.

Para la terapéutica de estos problemas sólo excepcionalmente pueden emplearse inductores del sueño y tranquilizantes. En la actualidad se han mostrado muy eficaces el entrenamiento en relajación, las técnicas de *biofeedback* y el entrenamiento en autocontrol para resolver las alteraciones del sueño en la infancia.

## ENURESIS Y ENCOPRESIS

Se entiende por *enuresis* el vaciado involuntario y repetido de la vejiga urinaria, de día y/o de noche, durante al menos dos veces mensuales, en niños con edades de cinco a seis años, o de al menos una vez al mes en niños mayores de seis años. Ha de descartarse el padecimiento de cualquier enfermedad orgánica (crisis epilépticas, diabetes, convulsiones febriles, infecciones, anomalías de la vejiga, espina bífida, etcétera) que puedan justificarla.

Es más frecuente en niños que en niñas (2/1). De ordinario, el esfínter vesical debe estar maduro para ejercer el control voluntario de la micción antes de los cinco años. El 80 por 100 de los niños enuréticos sufren de incontinencia sólo durante la noche. Se estima que el 2 por 100 de la población comprendida entre siete y dieciocho años padece de enuresis, y sólo se da asociada a la encopresis en un 1 por 100 de los niños enuréticos.

La enuresis se ha atribuido, en las anteriores décadas, a una multiplicidad de factores —no probados— de stirpe psicodinámica: deseo de regresión, llamar la atención, celos del hermano menor, fijación infantil, sustitución del deseo masturbatorio, etc. Hoy sabemos que entre el 1 y el 10 por 100 de los niños enuréticos padecen algún trastorno orgánico que puede justificar este síntoma (ARENA, 1969).

Se dispone en la actualidad de un paquete muy amplio de *medidas terapéuticas*: desde los instrumentos condicionantes de tipo operante (zumbador, campana, etc.) al entrenamiento de la vejiga (se trata de aumentar la capacidad funcional de la vejiga de manera que pueda ser capaz de retener volúmenes de líquido cada vez mayores), al sobreaprendizaje, interrupción del sueño o empleo de fármacos (de ellos, el que parece más eficaz y con menos efectos secundarios es la imipramina).

La *encopresis* (término acuñado por WEISSENBERG, 1926) consiste en la emisión repetida de heces (voluntaria o involuntariamente) de consistencia normal, en lugares inapropiados, de acuerdo con las normas culturales en que el sujeto ha sido educado, durante al menos una vez mensual, a partir de los cuatro años de edad. La incontinencia fecal es normal antes de los tres años de edad. Es más común en niños que en niñas (5/1) y se estima su incidencia en el 1,5 por 100 de la población infantil. No se puede hacer un diagnóstico de encopresis funcional si no se comprueba la ausencia de algunas alteraciones orgánicas que puedan producirla (obstrucción intestinal, esquizofrenia infantil, retraso mental, autismo infantil, enfermedad de Hirschsprung).

El perfil psicológico del niño encopretico se caracteriza por los siguientes rasgos: docilidad, baja tolerancia a la frustración, hiperactividad y bajo nivel de atención y de coordinación motriz.

El conocimiento de su problema por los compañeros puede condicionar además un comportamiento de evitación social, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad y disminución del rendimiento escolar.

La *terapia* conductual, el condicionamiento operante, los programas de refuerzo y el entrenamiento intestinal se han mostrado eficaces. La hipnosis fue empleada con cierta eficacia a principios de siglo. La imipramina es también un fármaco eficaz para el tratamiento de este problema.

## LA ONICOFAGIA Y LA SUCCIÓN DEL PULGAR

Estas dos manifestaciones suelen ser muy frecuentes en la infancia. Su relevancia psicopatológica es muy relativa en los primeros años de la vida, confirmándose en la medida en que esos hábitos se perpetúan con el crecimiento del niño. Estas manifestaciones son algo más frecuentes en chicas que en chicos, y pueden aparecer asociadas o independientes. No se conoce bien cuál es su causa: en algunas ocasiones se debe a un aprendizaje precoz que posteriormente es muy difícil de desarraigar; en otras, desvela solamente la perpetuación de un sistema erróneo de autogratificaciones; finalmente, estos hábitos traducen casi siempre la existencia de un comportamiento ansioso, hostil y conflictivo. En líneas generales, estos comportamientos deben estar superados a los siete años de edad.

Es frecuente en estos sujetos la aparición de otras alteraciones del comportamiento (enuresis, hiperactividad, timidez, etc.).

Se han empleado muchas estrategias para hacer frente a estas conductas (utilización de guantes, empleo de sustancias aversivas para el gusto, etc.), mostrándose hoy con una mayor eficacia las técnicas de modificación de conducta.

## TICS

Se trata de movimientos espasmódicos involuntarios rápidos, súbitos, reiterados o episódicos, limitados a un músculo o grupo muscular más o menos extenso, sin otra finalidad que la de provocar un gesto o mueca carente de sentido. Puede distinguirse entre *tic-sintoma* y *tic-síndrome*. En el primero, el tic suele ser manifestación de un estado de tensión o de ansiedad, sin que se acompañe de ningún otro sintoma y que se agota en su rutinaria repetición. El segundo suele darse asociado a otras manifestaciones sintomatológicas (inestabilidad, obsesiones, crisis epilépticas, etc.).

El DSM III distingue entre *tics transitorios* (caracterizados por comenzar en la infancia o al principio de la adolescencia, con fluctuaciones en su intensidad a lo largo del tiempo, pero de una duración superior al mes e inferior al año, y con posibilidad de suprimir los movimientos voluntariamente durante un tiempo oscilante entre varios minutos y varias horas) y *tics motores crónicos* (caracterizados por afectar sincrónicamente a más de tres grupos musculares, cuya intensidad es de al menos un año de duración y con posibilidades de suprimir los movimientos involuntarios durante minutos a horas).

La enfermedad de Gilles de la Tourette comienza entre los dos y los quince años y se caracteriza por acciones motoras sin finalidad que afectan a varios grupos musculares, siendo frecuentes los tics vocales múltiples, versátiles y que se prolongan más de un año.

Se entiende por *movimiento estereotipado atípico* aquellas alteraciones caracterizadas por movimientos repetitivos, rápidos y rítmicos (rotación de las manos, de los dedos o de los brazos) o autolesivos (golpearse la cabeza contra la pared), que se distinguen de los tics por ser movimientos voluntarios no espasmódicos.

Se desconoce por el momento la *etiología* de estos movimientos, que se dan más frecuentemente en varones que en niñas, relacionados, según la mayor parte de los autores, con conflictos emocionales y alteraciones del desarrollo. Su tratamiento tiene múltiples enfoques: la psicoterapia tradicional y las TMC —tanto individual como familiar— han probado su eficacia; sólo excepcionalmente, cuando aquéllas fracasan, puede emplearse la farmacología (principalmente la butirofenona o la fenotiacina).

### COMPORTAMIENTO AGRESIVO

La conducta agresiva y antisocial es algo hoy, desgraciadamente, muy frecuente, hasta el punto de constituir un hito de gran importancia en la helicoidal de la violencia social. La agresividad se mani-

fiesta, a veces en edades muy tempranas, en forma de rabietas, oposicionismo, negativismo, emisión de gritos, hostilidad, etcétera. Antes de la adolescencia estas manifestaciones se hacen más patentes en forma de desobediencia agresividad verbal y física, impulsos destructivos, intolerancia a las correcciones, etc.

El niño agresivo rechaza frontalmente toda disciplina. Es frecuente en estos casos los hurtos de mayor o menor cuantía, casi siempre reiterados. Los padres pueden contribuir negativamente a sostener estos comportamientos con su propia agresividad, asumiendo un modelo incongruente de autoridad y disciplina. El empleo de los castigos en el ámbito familiar —inoportunos, desproporcionados e incoherentes— contribuye a consolidar las iniciales respuestas agresivas en los hijos. La baja tolerancia a la frustración, la necesidad de dependencia, la pobre socialización y un estilo de vida punitivo, acaban por consolidar el patrón del comportamiento agresivo.

Con la llegada a la adolescencia, estos jóvenes son incapaces de controlar sus impulsos sexuales, lo que les hace ser todavía más hostiles y provocativos, encaminándoles a la psicopatía. La inestabilidad familiar de una parte, y el aprendizaje vicario del comportamiento delictivo a través del modelo sustentado por las pandillas del barrio, configuran un estereotipado esquema básico de hostilidad.

No se dispone de un tratamiento eficaz para hacer frente a estos problemas; de otra parte, el incremento exponencial de la delincuencia social en la calle disminuye todavía más las expectativas de eficacia terapéutica. Es conveniente ayudar a estos chicos a que interioricen un esquema comportamental congruente y estable que confiera la necesaria base sobre la que puede alzarse el autocontrol. En ocasiones, es aconsejable separarles del ambiente familiar, aunque cualquier tratamiento institucional también tenga sus riesgos. Fomentar una alta retroacción positiva (*feedback* positivo) puede contribuir al sentimiento de autoeficacia.



Aunque todavía no se dispone medicación específica para este problema, la administración de fenotiacinas puede estar indicada en aquellos casos que, por la agudeza sintomatológica, hagan del niño un ser impermeable a toda intervención psicopedagógica.

### FUGAS DEL HOGAR

El abandono del hogar evidencia siempre un cierto conflicto familiar. Cuando es un hecho aislado, esporádico, no hay que conferirle demasiada importancia, sobre todo si se trata de un adolescente. En cambio, cuando es reiterativo y se produce en niños de menor edad, las fugas del hogar manifiestan algo que va más allá de un mero conflicto infantil. El «fugitivo» reiterativo manifiesta, además de un rechazo familiar, un grave problema psicopatológico de inadaptación cuyo pronóstico es más bien sombrío; tanto que se convierte en un predictor de riesgo de la conducta delincuente. De hecho, casi en la mitad de la población delincuente acontecieron las fugas del hogar. Estas reacciones de huida están vinculadas a veces a crisis epilépticas (actos en corto circuito), pero otras es un trastorno de conducta consecuencia de permanecer enfrentado el sujeto a situaciones crónicas de tensión en las que abundan la frustración y la ansiedad.

Los rasgos psicológicos más frecuentes del niño que se fuga del hogar son los siguientes: tendencia a la soledad, pobres experiencias de socialización, escaso autocontrol, sentimientos de inutilidad, escasa autoeficacia, necesidad de aceptación e incapacidad para autoafirmarse. En ocasiones, la fuga responde a un inconcesado deseo de venganza de los padres por considerar que ha sido injustamente tratado o por miedo a ser corregido por su mal rendimiento escolar. Entre las familias de estos niños es frecuente el abandono y la frialdad afectiva, los conflictos entre los progenitores, el divorcio y la excesiva exigencia. En una investigación de ROBINS (1959) se informó que el 64 por 100 de la población estudiada con este problema fue posteriormente objeto de de-

tención policial; el 30 por 100 fue diagnosticado de «personalidad sociopática» y el 51 por 100 se divorció posteriormente. El tratamiento es complejo y múltiple. La terapia familiar, la terapia de apoyo y la manipulación ambiental pueden mostrarse valiosas. Cualquier estrategia que sirva para aumentar el autocontrol y disminuir el comportamiento impulsivo, además de aumentar la confianza, son, sin duda alguna, aconsejables. La prevención del fracaso escolar, así como todo lo que mejore la convivencia familiar, son estrategias que tienen aquí una indicación precisa.

### EL NIÑO CELOSO

Los celos constituyen una reacción emotiva próxima a la ansiedad. Las fuentes de este sentimiento pueden ser reales (particularmente cuando los padres establecen comparaciones diferenciadoras entre sus hijos, que comportan un agravio comparativo para uno de ellos) o imaginarias (cuando el niño atribuye o malinterpreta la valía y/o intención de sus padres, hermanos y compañeros).

La reacción celosa no tiene importancia si es circunstancial y esporádica; cuando se perpetúa, puede condicionar la vertebralidad de un desarrollo anómalo de la personalidad, apareciendo síntomas muy diversos, como agresividad incontrolada, manifiesta inseguridad, regresión, etc. Bastantes de estos chicos demuestran hipersensibilidad en las relaciones interpersonales, hipersensibilidad que sostendrá más tarde actitudes de suspicacia, desconfianza, terquedad y envidia. Las atribuciones erróneas perpetúan, a un nivel cognitivo, estos rasgos de inmadurez.

El tratamiento propone la conveniencia de fortalecer en la familia y en la escuela la autoconfianza del niño, así como el sentimiento de seguridad personal, de manera que se le ayude a crecer y a evitar las comparaciones con sus iguales. El tratamiento no siempre es fácil ni alcanza las metas propuestas. Los modernos programas de entrenamiento y reatribución cognitiva (reestructuración cognitiva) pueden ser aquí muy eficaces.

## TRASTORNOS DE LA ATENCIÓN

Las dificultades de los procesos atencionales constituyen un tópico —no por ello menos importante y real— en el ámbito de la pedagogía escolar. Es ya común la queja, por otra parte muy extendida, de «dificultades para concentrarse en la tarea».

En algunos casos, el denominado déficit atencional no es tal, sino que responde al común exceso de energía infantil o a situaciones de empobrecimiento estimular.

Por otra parte, en la atención hay que distinguir dos tipos de comportamiento: el que experimentamos cuando algo capta nuestra atención (atención involuntaria) y el que advertimos cuando propositiva e intencionalmente tratamos de concentrarnos en alguna tarea (atención involuntaria).

Los déficit de atención suelen acompañar a la hiperactividad motora. Es frecuente en estos niños, además del déficit atencional, la impulsividad, especialmente en aquellas situaciones muy estructuradas en que las tareas que se le piden son complejas y alto el rendimiento que se les demanda. El déficit atencional es más manifiesto cuanto menor es el niño, y se caracteriza por las manifestaciones siguientes: imposibilidad de acabar las tareas que comienza, dificultades para escuchar, dificultades para concentrarse en el trabajo escolar cuando se le exige una atención sostenida, fácil distractibilidad y dificultades para concentrarse en el juego.

La impulsividad que suele aparecer asociada se caracteriza por actuar antes de pensar, cambiar con excesiva frecuencia de una a otra actividad, dificultades para organizarse el trabajo, necesidad de supervisión y de llamadas constantes de atención, dificultades para tolerar la espera y/o la demora de gratificaciones y la adopción de decisiones repentinas sin pensar en sus consecuencias. Estas y otras manifestaciones contribuyen a deteriorar su actividad social y su rendimiento escolar.

La dimensión terapéutica se concreta en la administración de metilfenidato, que ha demostrado mejorar en el niño el control y la concentración de su atención (DE PORGES, 1975), pero hoy disponemos de procedimientos de intervención más eficaces —y sobre todo más fácilmente administrables por los profesores—, como las técnicas de autoinstrucción, en las que el terapeuta puede ayudar a implantar en el niño un amplio repertorio de autoexpresiones útiles para mejorar los procesos autorregulares de su atención, y a través de éstos, el empleo de las estrategias cognitivas pertinentes para un mejor rendimiento escolar.

## EL NIÑO QUE SE AÍSLA

El aislamiento infantil puede depender de factores muy diversos: timidez, vergüenza, rebeldía, hipersensibilidad, etc. En muchos de ellos, sin embargo, hay una nota distintiva: una especial dificultad para establecer relaciones interpersonales. Esta manifestación puede ser de escasa importancia (un modo de defenderse en situaciones de conflicto) o de mucha (esquizofrenia, autismo, etc.). Es especialmente frecuente y sin connotaciones psicopatológicas entre los cinco y siete años de edad. En otros casos la reacción de aislamiento responde a factores ambientales que son difícilmente asumibles por el niño (cambio de ciudad, muerte de un progenitor, etc.). Los rasgos que caracterizan al niño aislado son: bajo nivel de actividad, comportamiento de evitación y de rechazo estimular, intolerancia a la ambigüedad y a la innovación estimular, alta emisión de respuestas negativas y tendencia al aislamiento. En el fondo subyace la dificultad para adaptarse a cualquier nueva situación. En otras situaciones es frecuente la presencia de enfermedades físicas y psíquicas entre sus familiares o la persistencia de conflictos conyugales, la incomunicación o las manifestaciones de inhibición, frialdad y aislamiento entre sus progenitores. El niño «se escapa» de estas situaciones, refugiándose en la fantasía y alimentando ensoñaciones con las que

compensar su aislamiento social. Los planteamientos terapéuticos pasan por la estimulación por parte de los padres, el desarrollo de habilidades sociales y la estabilidad en los patrones de interacción personal.

Se precisa también la presencia de comportamientos que, a pesar de su estabilidad, sean flexibles y no rígidos. La interacción con otros compañeros y con el profesor puede contribuir a la autoafirmación del niño aislado y a la ruptura con su dependencia de las fantasías compensatorias. La coincidencia de objetivos y de recompensas en la escuela y en la familia da una mayor eficacia y estabilidad a los procedimientos terapéuticos. La separación durante una corta temporada —con ocasión de las vacaciones, por ejemplo— del hogar y del aula (un campamento de verano), puede ser decisiva para el niño, que tiene que habérselas con la optimización de sus insuficientes destrezas sociales.

### EL NIÑO APÁTICO

La apatía traduce en muchos casos una simple situación de aburrimiento; en otros, por el contrario, constituye un síntoma inicial de inhibición psicológica y personal. El niño apático es, en apariencia, un niño bien adaptado, dócil, «un buen hijo». Su rendimiento escolar, sin embargo, suele ser bajo. La timidez, la inseguridad y la lentitud motora no suelen faltar. Las dificultades para despertar y levantarse, la falta de motivación y un cansancio, velado pero crónico, son manifestaciones de apatía, bajo las cuales subyace muchas veces una leve reacción depresiva. La capacidad motivadora de los profesores tiene mucho que hacer en estos niños. Lo mismo sucede con los diferentes acercamientos tendentes a estimular sus habilidades sociales y de interacción personal. En otros casos, la administración de imipramina puede contribuir a desbloquear el comportamiento apático y hacer más permeable el comportamiento infantil a las técnicas de intervención psicopedagógica.

### LA HIPERACTIVIDAD INFANTIL

Con toda probabilidad es la hiperactividad una de las alteraciones de conducta más relevantes en la infancia, aunque sólo sea por la frecuencia entre los niños de la población escolar. Las características diagnósticas del síndrome hipercinético varían mucho de unos a otros autores, aunque recientemente puede observarse una cierta coincidencia entre ellos (CANTWELL, 1975; CONRAD, 1976), probablemente debida también a la construcción y validación de inventarios de conducta para diagnosticar la hiperactividad dentro del aula (WERRY, 1970; BLUNDEN, 1974; SPRING, 1977). Las características que deben satisfacerse para hacer el diagnóstico de hiperactividad (según el DSM III), son las siguientes: correr de un lado para otro en exceso o subirse a los muebles, imposibilidad de quedarse quieto en un sitio, imposibilidad de estar sentado, exceso de movimientos durante el sueño y estar siempre «en marcha», o actuar «como si le moviese un motor». Estas características deben aparecer antes de los siete años de edad y durar al menos seis meses.

La exigencia de estos criterios es muy recomendable, pues de lo contrario el diagnóstico de hiperactividad se fundamentaría en los informes, casi siempre conjeturales, provenientes de padres y profesores que, como es sabido, tienen una tolerancia muy variable frente al nivel ajeno de actividad. El síndrome hipercinético fue descrito por primera vez por C. OUNSTED en 1955, a propósito de los niños epilépticos. Más tarde, LANFER (1957) lo popularizó. En la actualidad se enfatizan en la hiperactividad infantil dos cuestiones que, aunque no están contrapuestas, sí son relativamente independientes: la actividad motora e impulsividad y la inatención y el descenso en el rendimiento escolar. Esta dicotomía en el modo de aproximación hace que los primeros incluyan este cuadro entre las alteraciones del comportamiento, mientras que los segundos lo adscriben a las «dificultades en el aprendizaje» (LAHEY, 1979). La epidemiología del síndrome hiperactivo varía mu-

cho de unos a otros investigadores. Así, por ejemplo, MASLAND (1965) estima su aparición en el 10 por 100 de la población escolar, mientras que otros, en el condado de Montgomery, en Maryland, lo estiman en el 20 por 100. Suele afectar más a los niños que a las niñas (3/1, PAINE, 1978; 9/1, WERRY, 1978; 8-7/3-2, WERNER, 1976). En las clínicas psiquiátricas universitarias de EE.UU. se ha estimado que entre la población infantil que acude a consulta, del 50 al 65 por 100 son niños hiperactivos.

Aunque la *etiología* no es conocida, existen muchas hipótesis alternativas respecto al origen de este comportamiento: reducida excitabilidad del sistema nervioso (ROUTH, 1978); mecanismos de inhibición deficitarios del sistema nervioso (BARKLEY, 1977); procesamiento cortical de la información disminuido (MONTAGU, 1975); retraso en el desarrollo y mielinización de la corteza prefrontal con o sin disfunción diencefálica (SATTEFIELD, 1973), etcétera.

La *medicación* que tradicionalmente se ha empleado para el tratamiento de este problema ha sido el metilfenidato y las anfetaminas; sin embargo, hoy la administración de estas sustancias tiene muy restringidas indicaciones.

Desde las dos últimas décadas vienen empleándose con frecuencia los procedimientos operantes (PIHL, 1967), la administración de contingencias sociales (ALLEN, 1967), el entrenamiento en autocontrol (POLAINO-LORENTE, 1981) y la terapia cognitiva (HOPKINS, 1979 y 1981).

Acaso hoy la terapia cognitiva es la que permite albergar mejores expectativas en lo que se refiere a la terapia y solución de las dificultades en el aprendizaje relacionadas con la hiperactividad infantil. Algunas de estas investigaciones han generado resultados relevantes: la utilidad de los procedimientos autoinstructivos para demorar la velocidad de emisión de las respuestas (KAGAN, 1967), la eficacia de los programas de entrenamiento en auto-mediación cognitiva para la formación de

estrategias cognitivas correctas (MEICHENBAUM, 1971; MOORE, 1978), o el acercamiento terapéutico desde el ámbito del procesamiento, almacenamiento y recuperación de la información (RAPPOPORT, 1980). Desde esta última perspectiva se presenta como hipótesis explicativa plausible el hecho de que los niños hiperactivos codifican defectuosamente la información, al procesarla acústicamente en vez de semánticamente, como es usual entre los niños no hiperactivos. Esto llevaría parejo una utilización casi exclusiva de la memoria a corto plazo, estableciéndose huellas de memoria muy débiles que son poco eficaces a la hora de la recuperación de la información y, simultáneamente, mucho más vulnerables a la acción de las interferencias de otras posibles informaciones acaecidas durante el postprocesamiento.

De confirmarse estas hipótesis tentativas, el tratamiento psicopedagógico de la hiperactividad deberá en el futuro dirigirse a la búsqueda de un nuevo procedimiento para modificar las estrategias implicadas tanto en el procesamiento como en la recuperación de la información (POLAINO-LORENTE, 1984).

## LOS NIÑOS MALTRATADOS

Como escribe FONTANA (1984), «la violencia es una enfermedad social de proporciones epidémicas y endémicas, cada vez más arraigada en la población. En el ámbito de esta violencia, la crueldad hacia los niños y el abuso de éstos comienzan a alcanzar unas proporciones insospechadas». Una investigación epidemiológica del *National Center on Child Abuse and Neglect* (1980) estima que en EE.UU. más de un millón de niños fueron maltratados por sus padres o tutores, y más de cinco mil murieron a consecuencia de esas acciones durante ese año. Hoy, entre las causas más frecuentes de muerte infantil se encuentra, según algunos autores, la de los niños maltratados. En una publicación reciente (MAZET, 1981) se afirmaba la existencia de sesenta mil niños golpeados

en EE.UU., cuatro mil ochocientos en Canadá y cuatro mil seiscientos en Gran Bretaña. En España, SÁEZ (1982) ha encontrado que el «niño diana», candidato potencial al maltrato por parte de sus padres, es el niño con asfixia perinatal, cuyos nacimientos se estiman, para nuestro país, en 16.000 niños al año. También entre nosotros, MENDIGUCHÍA (1982) considera especialmente vulnerables al abuso por parte de sus padres a los niños «pararrayos», que suelen coincidir con los niños hipercinéticos o con disfunción cerebral mínima.

El síndrome del niño maltratado ha sido conceptualizado por GENOVARD (1982) como

«una forma corriente de abusar del niño, que aparece como una situación crítica en la que de forma no accidental se produce un daño mental o físico como consecuencia de explotación o descuido por parte de los padres, tutores, instituciones o la sociedad en general.

Los daños ocasionados por violencia física pueden producirse de muchas formas: golpes con las manos, con los pies, con instrumentos u objetos contundentes; con objetos que queman (cigarrillos encendidos, hierros que queman...); también los padres pueden propinar pellizcos, tirones de orejas, traumatismos abdominales, etc.»

OSORIO y NIETO (1981) ha definido al niño maltratado de la siguiente forma:

«Persona humana que se encuentra en el período de la vida comprendido entre el nacimiento y el principio de la pubertad, objeto de acciones u omisiones intencionales que producen lesiones físicas o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que por cualquier motivo tengan relación con ella.»

Las características de las familias en que esto sucede han sido resumidas por la *Society for the Prevention of Cruelty to Children*: bajo nivel de integración social; alta tasa de disputas matrimoniales (40 por 100) y de dificultades financieras (22 por 100); alta tasa de concepción prematrimonial (50 por 100), promedio de edades muy bajas (madre, veintiséis años; pa-

dre, treinta años); repetición de la historia en los progenitores agresores, que manifiestan un comportamiento muy estable de impulsividad y agresividad; alta tasa de divorcio; alcoholismo, y abuso de drogas.

Resulta relativamente difícil el diagnóstico médico y/o psicopedagógico de este cuadro, tanto por las dificultades inherentes al propio niño como por el deseo de unos y otros de no buscarse complicaciones. De ahí que, en la actualidad, este síndrome pueda ser identificado a través de un conjunto de predictores de sospecha, consistentes en: contradicciones en la información que suministran los padres y negativa de los mismos a proporcionar esa información; existencia de tensión familiar y de dificultades económicas, e historia de visitas anteriores a otros hospitales, como argumento simulador e indicativo de haberse preocupado por el hijo.

El examen físico de estos niños revela, sin embargo, signos de olvido general, como escasa higiene personal, malnutrición, retraimiento e irritabilidad. Con frecuencia aparecen de forma manifiesta contusiones, ligeros desgarramientos de tejidos, hematomas y residuos de lesiones anteriores mal curadas. No es infrecuente la aparición de dislocaciones y fracturas en las extremidades o en la cabeza, muy fáciles de evidenciar con el concurso de los rayos X (astillamiento de los huesos, separaciones epifisarias, fragmentaciones metafisarias, engrosamientos de la metafisis, etc.).

Entre las medidas que se aconsejan a los médicos están las siguientes: establecer la hipótesis diagnóstica, ingresar o intervenir al niño, comunicar el caso a la institución social pertinente, encargar un informe familiar al asistente social, preparar y llevar a cabo un programa de tratamiento de padres e hijos y programar el seguimiento social de esa familia.

Entre las medidas que pueden recomendarse a los profesores se encuentran las siguientes: detectar precozmente la aparición de este síndrome; facilitar la intervención del médico e intervenir en los pro-

gramas psicopedagógicos destinados a los padres e hijos (madres y niños en crisis); servir como monitores en los programas de aprendizaje de la función de padre e intervenir en los programas de rehabilitación para niños maltratados y de prevención de abusos sexuales en la infancia.

La psicoterapia conyugal y familiar puede ayudar a los agresores. En el niño pueden obtenerse buenos resultados animándole a que verbalice sus miedos, temores y traumas, así como con el empleo de psicoterapia de grupo, ludoterapia individualizada, reestructuración de la personalidad y técnicas de modificación de conducta encaminadas al moldeamiento comportamental y el aprendizaje de patrones de conducta con o sin la ayuda de la administración contingente de refuerzos positivos.

#### BIBLIOGRAFÍA

- AGRAS, W. S.; CHAPIN, N., y OLIVEAU, D. C.: «The natural history of phobia: course and prognosis». *Archives of General Psychiatry*, 26, pp. 315-317, 1972.
- AJURIAGUERRA, J. DE, y MARCELLI, D.: *Manual de psicopatología del niño*. Toray-Masson, Barcelona, 1982.
- BARKLEY, R. A.: «The effects of methylphenidate on various types of activity levels and attention in hyperkinetic children». *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, páginas 351-369, 1977.
- BARLOW, D. H.; ABEL, G. G., y BLANCHARD, E. B.: «Gender identity change in transsexuals: followup and replications». *Archives of General Psychiatry*, 1981.
- BEATTY, J.: «Identify decision making policies in the diagnosis of learning disabilities». *Journal of Learning Disabilities*, 1977.
- BLUNDEN, D., y cols.: «Validation of the Classroom Behavior Inventory». *J. of Consulting Psycholog.*, 42, pp. 84-88, 1974.
- BRYAN, T.: «Learning disabled children comprehension of nonverbal communication». *Journal of Learning Disabilities*, 1977.
- CANTWELL, D. (Ed.): *The hyperactive child: diagnosis, management, current research*. Spectrum, Nueva York, 1975.
- CASS, L. K., y THOMAS, C. B.: *Childhood pathology and later adjustment*. Wiley, Nueva York, 1979.
- CLARIZO, H. F., y MCCOY, G. F.: *Behavior Disorders in children*. Third Edition, Nueva York, 1983.
- CLARIZO, H. F., y MCCOY, G. F.: *Trastornos de la conducta en el niño*. El Manual Moderno, México, 1981.
- COHN, R.: «The neurological study of children with learning disabilities». *Exceptional Children*, 1964.
- COX, A.: *The association between emotional disorders in childhood and neurosis in adult life*. En VAN PRAAG, H. M. (Ed.): *Research in Neurosis*. Scheltema & Holkema, Utrecht, Bohn, 1977.
- FARNHAM-DIGGORY, S.: *Dificultades de aprendizaje*. Morata, Madrid, 1980.
- HOPKINS, J.: «Cognitive style in adults originally diagnosed as hyperactives». *Journal Child Psychology & Psychiatry*, 20, páginas 209-216, 1979.
- KAPLAN y cols.: *Tratado de psiquiatría*. Salvat, Barcelona, 1981.
- KELLY, E. W.: «Jr. School phobia: a review of theory and treatment». *Psychology in the Schools*, 1973.
- KOPPITZ, E. M.: *Children with learning disabilities*. Grune & Stratton, Nueva York, 1971.
- LAHEY, B. B.: *Behavior therapy with hyperactive and learning disabled children*. LAHEY, B. B. (Ed.), University Press, Nueva York, 1979.
- LAUZEL, J. P.: *L'enfant voleur*. PUF, Paris, 1966.
- MARKS, I. M.: *Cure and Care of Neuroses*. John Wiley & Sons, Nueva York, 1981.
- MAZET, PH., y HOUZEL, D.: *Psiquiatría del niño y del adolescente*, vol. I, Médico y Técnica, Barcelona 1981.
- MEICHENBAUM, D. M.: «Cognitive factors in behavior modification: Modifying what clients say to themselves. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy». Washington, D. C., septiembre, 1971.
- MICHAUX, L.: *L'enfant pervers*. PUF, Paris, 1961.
- NERON, G.: *L'enfant fugueur*. PUF, Paris, 1968.

- OUNSTED, C.: «The hyperkinetic syndrome in epileptic children». *Lancet*, 11, pp. 303-311, 1955.
- POLAINO-LORENTE, A.: «Interacción madre-hijo y autocontrol: una aproximación explicativa de ciertos tipos de hiperactividad infantil». *Análisis y Modificación de Conducta*, 7, 14, pp. 23-56, 1981.
- POLAINO-LORENTE, A.: *La evaluación de la hiperactividad infantil: una revisión crítica*. 1984.
- POLAINO-LORENTE, A.: «La psicopatología del estrés, treinta años después». *Galicia Clínica*, 5, pp. 263-281, 1985.
- QUAY, H. C., y WERRY, J. S.: *Psychopathological disorders of childhood*. (2<sup>nd</sup>. ed.), Wiley, Nueva York, 1979.
- RACHMAN, S., y HODGSON, R. J.: *Obsessions and compulsions*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey, 1980.
- RUTTER, M.; TIZARD, J., y WHITMORE, K. (Eds.): *Education, Health and Behaviour*. Longmans, Londres 1970.
- SCHWAB, J. J., y otros: *Social order and mental health*. Brunner-Mazel, Nueva York, 1979.
- SPRING, C. y otros: «Validity and norms of a hyperactivity Rating Scale». *Journal of Special Education*, 11, pp. 313-321.
- SUTTER, J. M.: *Le mensonge chez l'enfant*. PUF, Paris, 1972.
- WINNICOTT, D. W.: *De la pédiatrie à la psychanalyse: la tendance antisociale*. Payot, Paris, 1969.