



- ◆ 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)

REVISION

EL PEDIATRA ANTE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DE LA INFANCIA.

Dr. AQUILINO POLAINO LORENTE.

Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense.

INTRODUCCION.—

En la patología del adulto hay coincidencia entre muy variados autores, a la hora de estimar que el 50% aproximadamente de los pacientes que consultan al médico general, lo hacen por padecer problemas psicósomáticos o trastornos funcionales. En la patología infantil no disponemos de ninguna razón para pensar que esa estimación sea menor. Lógicamente, corresponde al pediatra afrontar y tratar de resolver esos trastornos, por ocupar naturalmente un lugar privilegiado, de vanguardia, en la solución de toda la patología infantil. Aunque habitualmente el pediatra resuelve muchos de estos problemas, no es menos cierto que en otros muchos casos se estrella ante esas dificultades. En esas circunstancias, lo común es que el pediatra envíe el paciente al psiquiatra infantil.

Una revisión de los trabajos comunicados por varios autores (Monnelly y col., 1973; Mattsson, 1979; Lewis, 1978; Jellinek, 1981; cfr. Mrazek, 1985) nos permite concluir que los principales trastornos por los que se requiere el servicio del psiquiatra infantil, a petición del pediatra, son los siguientes: determinación de los posibles factores emocionales implicados en la etiología del trastorno (30%); intervención en enfermedades físicas de tipo crónico (35%); comportamientos patológicos reactivos a la hospitalización (30%); depresión en la infancia (19%); complicaciones en enfermedades mortales durante la etapa terminal (15%); problemas comportamentales derivados del abuso de niños (8%); intentos de suicidio infantil

(14%); evaluación psicopatológica de la familia por suponer que está implicada en la enfermedad del niño (21%); evaluación diagnóstica de la familia por padecer problemas psiquiátricos (9%); y sintomatología psicopatológica de aparición simultánea a la sintomatología somática etiológicamente implicada o no con aquélla (los tantos por ciento expresados entre paréntesis corresponden a resultados parciales de las diversas poblaciones remitidas a cada uno de los psiquiatras infantiles citados en el texto).

En realidad, los datos comunicados, líneas atrás, apenas si nos permiten conocer la naturaleza de los trastornos funcionales infantiles que el pediatra debe tratar. Los datos aludidos sólo tienen un valor indicativo de las causas por las que el pediatra envía sus pacientes al psiquiatra infantil, por considerarse incompetente para resolver esos concretos problemas. Pero nada sabemos de cuál es la importancia y la frecuencia de los trastornos funcionales con los que el pediatra tiene que habérselas en su ejercicio profesional de cada día.

La Pediatría y la Psiquiatría infantil constituyen un matrimonio no siempre bien avenido, cuyas consecuencias negativas las sufren, casi siempre, los pacientes infantiles. Son muy numerosas las razones que podrían invocarse para justificar esas «desavenencias conyugales».

En primer lugar, la dificultad en la comunicación entre psiquiatras y pediatras, lo que, unido al mayor o menor distanciamiento entre ellos —cada uno trabaja en un departamento distinto—, puede con-

tribuir a entorpecer todavía más la necesaria colaboración entre ambos. La solución a esta dificultad no es fácil, aunque muchos autores consideran aconsejable la incorporación de un psiquiatra infantil en el ámbito del departamento de pediatría (Anders, 1977; Fritx y col., 1982; Jellinek, 1982).

En segundo lugar, la escasa formación del pediatra en las alteraciones psicopatológicas. En cierto modo, esta carencia en su formación es comprensible, aunque no justificable. Es comprensible porque ha sido formado casi exclusivamente para tratar enfermedades somáticas, minimizando la importancia de los factores psicológicos y psicopatológicos que, implicados o no en aquéllas, acaban siempre por moldearlas. Para el pediatra, lo que importa son los datos somáticos, la «ciencia dura» (**hard science**), con la que habitualmente se siente comprometido, de manera que, sin ella su rol de médico sería incomprensible. Esta dificultad podría resolverse si, a través de cursos de formación, el pediatra se familiarizase con algunos de los problemas psicopatológicos más frecuentes en la infancia, de forma que pudiera satisfacer precozmente las exigencias diagnósticas y terapéuticas demandadas por cada caso. Esta solución está de acuerdo con las recomendaciones de la **American Academy of Pediatrics** (1982).

Cuando esos programas de reciclaje no se imparten, antes o después se acaba por cometer errores. Algunos de esos problemas han sido comunicados por los mismos pediatras (Resnik, 1970; Lewis, 1978; Anders, 1982; Niehans, 1982; Sherman, 1982).

En tercer lugar, por la escasez de especialistas en Psiquiatría infantil, además de por la relativa insuficiencia científica de esta especialidad. Aunque en las dos últimas décadas se ha avanzado mucho en formación y diseño curricular de los psiquiatras infantiles, no obstante, la innovación de esos programas de formación no ha llegado como debiera a todos los centros de especialización. También el

psiquiatra infantil debiera esforzarse por formarse mejor, por conocer más de cerca el quehacer pediátrico, pues mientras exista esa carencia, su pericia profesional estará gravemente dificultada.

La optimización de la asistencia pediátrica exige la intervención de otros muchos profesionales, además del pediatra y el psiquiatra, que, colaborando con éstos y bajo su dirección, contribuyan a resolver las enfermedades y trastornos psicopatológicos y problemas de desajuste en la infancia. Me refiero, por ejemplo, a los psicólogos, asistentes sociales, maestros, pedagogos, etc. Muchos problemas funcionales dejan de serlo cuando se dispone de un equipo de profesionales bien integrado, en el que cada especialista, coordinadamente con sus compañeros, cumple su función. La incorporación, por ejemplo, de los pedagogos al departamento de pediatría puede ser especialmente relevante en lo que se refiere a la ocupación del tiempo libre del niño, a la continuidad de su aprendizaje escolar, a la extinción de conductas desajustadas, etc., cuestiones todas ellas que pueden reconducir y alterar el curso evolutivo de una enfermedad somática.

Desde esta perspectiva, el pediatra se presenta como el «ombudsman» del niño, al que naturalmente compete velar por la salud de éste, entendiendo el concepto de salud en su más amplio sentido (Battle, 1972; Mattsson, 1972).

## ¿QUE SON LOS TRASTORNOS FUNCIONALES EN LA INFANCIA? —

La Pediatría, como disciplina médica, también se ha tecnificado, acaso en exceso. En la actualidad, el modelo pediátrico de enfermedad resulta incomprensible sin apelar a pruebas funcionales y bioquímicas muy complejas y sofisticadas. Esto evidencia el gran desarrollo de la medicina actual, del que ciertamente debemos sentirnos orgullosos. Pero, por sí solo, este modelo no es suficiente, sino insatisfactorio. No se olvide el aforismo hipocrá-

tico según el cual «el hombre que padece una enfermedad es tan importante como la enfermedad que padece el hombre». Y, donde se dice hombre, con mayor derecho si cabe, podríamos decir niño. Sólo que en el niño —dado su natural desvalimiento— no sólo es importante él mismo, sino también su escuela, su familia, su contexto social. Y mucho me temo que la variabilidad de todos estos factores no pueda quedar registrada en las pruebas funcionales y bioquímicas que se practican al niño. Y, no obstante, están condicionando —en ocasiones de forma definitiva— la naturaleza, el curso y evolución de su enfermedad. La insuficiencia del modelo biológico de hace aproximadamente un siglo —modelo entonces mecanicista—, incapaz de dar explicación de las enfermedades, contribuyó, muy a pesar suyo, a la emergencia de lo que entonces se dio en llamar medicina psicosomática.

Hoy las alternativas a la pediatría exclusivamente biológica se conocen bajo otras denominaciones. A la patología psicosomática sucedió la patología córtico—visceral, esta vez a propuesta de los rusos. En realidad, la nueva denominación lo que venía a expresar, de un modo si se quiere más biológico (corteza cerebral—alteraciones viscerales), era prácticamente la misma idea que la patología psicosomática, manifestando que los factores psíquicos pueden condicionar y/o desencadenar alteraciones somáticas.

Mientras que esto sucedía, se concedía cada vez mayor peso a la importancia que el Sistema Nervioso Autónomo tenía en la génesis de muchos de los trastornos funcionales. En realidad, el concepto de «autonomía» con que se calificó a este subsistema nervioso ha permanecido hasta hoy, a pesar de que sea harto discutible dicha autonomía, sobre todo si se presenta como algo radicalmente enfrentado a la dimensión «voluntaria» del Sistema Nervioso Central. Hoy, a pesar de continuar vigente esta distinción, es exigible hacer ciertas matizaciones, puesto que, mediante entrenamiento, el hombre puede

influir cambiando voluntariamente el curso de las respuestas autonómicas generadas por ese subsistema (Por ejemplo, mediante relajación puede cambiarse la tasa cardiaca, la frecuencia, intensidad y latencia de muchas respuestas musculares, la secreción gástrica, etc.). En cualquier caso, aunque convenga continuar con la distinción autonomía—voluntariedad, tal distinción es revisable sobre todo por la influencia que tiene en la patología funcional; lo mismo podría decirse respecto de la dicotomía simpático—parasimpático. Sea como fuere, el hecho es que la estrecha relación existente entre Sistema Nervioso Autónomo y la patología funcional permitió acuñar el término de neurosis viscerales, término éste que confundió más que esclareció el problema y que se ha abandonado definitivamente en la década de los años setenta. Desde entonces a esta parte, nuevas denominaciones han continuado apareciendo en la saga de la evolución científica las denominaciones de estos trastornos. Así, «los desórdenes psicofisiológicos autonómicos y viscerales», recogidos por el DSM-I, la medicina conductual (**behavioral medicine**), etc.

En lo que no hay duda alguna es en que los modelos exclusivamente biológicos no tienen alcance explicativo, se han vuelto obsoletos y se muestran hoy ineficaces para justificar lo que son los trastornos funcionales infantiles. En la actualidad hay pleno acuerdo en que, para explicar los trastornos funcionales infantiles, hay que diseñar un modelo biopsicosocial que incorpore y ponga en conexión todos los factores intervinientes en la génesis de estos trastornos, de manera que se garantice hasta cierto punto la exactitud, precisión y predictibilidad de los mismos (Yates, 1975; Waggoner, 1975; Tsetlin, 1973). Esto supone que hay que tener en cuenta la vulnerabilidad específica del niño (lo que, a su vez, depende de variables genéticas y constitucionales), la dinámica familiar y las actitudes de los padres (estabilidad familiar, aceptación, rigidez, sobreprotección, rechazo, etc.), el contexto escolar, así como la intensidad, cróni-

dad y cualidad de los factores estresantes que inciden sobre el niño, además de las especificidad del proceso patológico que, a través de ellos, se origina.

Un modelo así construido tiene que ser radicalmente abierto y necesariamente interaccionista, dada la versatilidad y el número de los factores intervinientes.

Bajo esta perspectiva, los trastornos funcionales infantiles pueden darse asociados o no a una patología somática básica (asma, diabetes, hipertensión, etc.), aunque ellos mismos no coincidan con aquélla o incluso sean independientes de ella. Un trastorno funcional, en cuanto tal, no conlleva necesariamente la existencia de una alteración somática cuantificable, aunque dejado al albur, pueda llegar a suscitarla. Lo que traducen los trastornos funcionales es que se ha producido una cierta disfunción en el organismo, concediendo al término «disfunción» la máxima amplitud de significado. Quiere esto decir que un trastorno de conducta, por ejemplo, si es capaz de desajustar la funcionalidad de un organismo, aunque no exista ninguna alteración somática, puede ser incluido en el ámbito de los trastornos funcionales infantiles.

#### **HACIA UN CATALOGO DE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES INFANTILES MAS FRECUENTES. —**

En mi opinión, creo que puede ser de cierta utilidad para el pediatra tratar de realizar un elenco de los principales y más frecuentes trastornos funcionales infantiles, algo así como un catálogo, que sirva de orientación. Este intento, obviamente útil, no es fácil de realizar, ya que muchos de estos trastornos pueden estar sobreincluidos en las enfermedades somáticas a las que frecuentemente acompañan o bien, por presentarse independientemente de ellas, haberse conceptualizado como «trastornos de conducta», una entidad que conceptualmente suele presentarse hoy como radicalmente independizada.

Por otra parte, no disponemos de un riguroso y exacto criterio clínico, como sería de desear, que pueda hacer de árbitro para la inclusión-exclusión de cualquier trastorno en la patología funcional típica de la infancia. La ausencia de investigación epidemiológica en nuestro país sobre este particular dificulta todavía más la construcción de este catálogo orientativo.

De otro lado, si apelamos a las clasificaciones nosológicas hoy disponibles (especialmente el DSM-III), casi con toda certeza excluiríamos algo así como el 50% de los trastornos funcionales que llegan al pediatra. Tampoco la apelación al DSM-III contribuye a resolver este problema.

En las líneas que siguen trataré de recopilar aquellos trastornos que parecen más frecuentes o de los que, al menos, se informa con mayor frecuencia a lo ancho de la dilatada bibliografía pediátrica disponible. Es posible que algunas de las entidades aquí incluidas puedan parecer extrañas para los pediatras que sólo se dedican a la clínica. No obstante, el catálogo que aparece a continuación sólo tiene una función de orientación, subrayando la perspectiva funcional de esas entidades diagnósticas, estén o no más distantes o más cercanas a la patología estrictamente somática. Para la redacción de este catálogo me he servido en buena parte del capítulo que, redactado por Kavanaugh y Mattsson, se recoge en el segundo volumen del **Basic Handbook of Child Psychiatry** (1979). En todo caso, seguiré la sistemática y la secuencia empleadas por la CIE-8, la DSM-III y el **Group of the Advancement of Psychiatry, Committee on Child Psychiatry** (1966).

**1. Trastornos cutáneos.** Entre las entidades que más frecuentemente aparecen en la clínica, se encuentran las siguientes: neurodermatitis o dermatitis tópica, dermatitis seborréica, hiperhidrosis, psoriasis, alopecia areata, urticaria, eczema, edema angioneurótico, acné, herpes simple y ciertos tipos de verruga vulgar (Polaino Lorente, 1983).

Muchos de estos trastornos tienen un curso incidental, apareciendo y desapareciendo repentinamente. En otras ocasiones, cuando se hacen crónicos, constituyen verdaderas enfermedades. Esto quiere decir que la variable temporal, la cronopatología, resulta una variable crítica respecto de las alteraciones funcionales en la infancia. Los factores psicológicos y ambientales que más frecuentemente inciden en la aparición de estas alteraciones suelen ser los siguientes: estrés emocional intenso, reacciones súbitas e intensas de miedo, rabia y tensión emocional, fenómenos de vasodilatación capilar condicionados por la aparición de ansiedad (por ejemplo, ante exámenes), liberación de ácidos grasos libres como consecuencia del estrés, conflictos familiares, etc.

Muchas de estas manifestaciones se alivian o corrigen con el entrenamiento del sujeto en relajación o mediante aquellas estrategias capaces de extinguir la situación estresante y el conflicto que está en su base. La mediación tópica asociada a la psicoterapia han manifestado su eficacia en estos casos (Brown, 1972; Ironside, 1974).

**2. Trastornos respiratorios.** Las entidades más frecuentes aquí son el asma bronquial, la rinitis alérgica, la sinusitis crónica, el síndrome de hiperventilación y los nódulos de las cuerdas vocales.

La mayor parte de las crisis de asma bronquial se desencadenan e inician por factores ambientales de tipo emocional. Hoy se sostiene que hay un vasto conjunto de estímulos psicosociales que actúan como disparadores que ponen en marcha estas crisis. Según Davison y col. (1974), esa constelación estimular actuaría aumentando la actividad del Sistema Nervioso Autónomo y, a su través, desencadenaría la constricción de los bronquiolos y la estimulación de la secreción de mucosidades, lo que, unido a la producción de tos, llanto e hiperventilación, puede dificultar y obstruir las vías respiratorias, alterando seriamente el patrón del comportamiento respiratorio normal. Según pa-

rece, los conflictos emocionales, en este caso, alterarían también el patrón hormonal de emocionales, en este caso, alterarían también el patrón hormonal de esteroides que repercuten también sobre el aparato respiratorio. La incidencia del asma infantil se ha estimado entre el 2 y el 5% de la población (Knaapp y col., 1976).

Hoy algunos autores tratan de explicar estas crisis a través de la Psicología del Aprendizaje, más concretamente a través de un condicionamiento de tipo visceral por el cual la respuesta respiratoria quedaría condicionada a la presentación de los estímulos ambientales a que antes me he referido. Según Maher (1970), actitudes paternas como la sobreprotección, los mimos y el exceso de cuidado por la enfermedad pueden contribuir también a desencadenar estas crisis.

La aparición de nódulos en las cuerdas vocales suele producirse en el período escolar, afectando al 1% de la población (Toohil, 1975), y suele asociarse a experiencias de frustración y ansiedad.

Estos niños suelen ser hipercinéticos, agresivos e impulsivos; y cuanto más gritan, más frecuentemente aparecen estos trastornos. Las estrategias de intervención terapéutica que parecen más eficaces son la terapia familiar, la psicoterapia infantil y la terapia del lenguaje.

El síndrome de hiperventilación consiste en un estado emocional y de activación nerviosa asociado a la ansiedad, que comporta serias dificultades subjetivas para poder respirar. El cuadro clínico se acompaña de sensación de pesadez en la cabeza, sentimientos de no estar en la realidad, palpitaciones, disnea y dolor de cabeza. El responsable principal del cuadro es la alcalosis causada por la hiperventilación sostenida por el sujeto. La alcalosis respiratoria reduce el ión calcio en el plasma, lo que ocasiona una mayor excitabilidad nerviosa que se manifiesta por parestesias y temblores musculares que pueden llegar al espasmo y la tetania. Como consecuencia de la alcalosis se origina también una deficiente oxigenación del cerebro, que se manifiesta en forma de

pérdida de conciencia, dificultades de visión y sensación de estar flotando. En estos casos resulta imprescindible hacer un diagnóstico diferencial con el hipoparatiroidismo y las lesiones cerebrales. La provocación voluntaria de la hiperventilación contribuye a resolver las dificultades planteadas por el diagnóstico diferencial. El entrenamiento en relajación es, sin duda alguna, la estrategia de elección para la resolución de este cuadro (Alexander y cols., 1972; Davis, 1973).

**3. Trastornos cardiovasculares.** Entre las entidades más frecuentes se encuentran la taquicardia paroxística, la jaqueca o migraña, la hipertensión esencial, ciertos casos de hipotensión arterial, la eclampsia en los adolescentes y ciertos tipos de espasmos vasculares periféricos como la enfermedad de Raynaud y la retinopatía angioespástica. De todos ellos, la hipertensión arterial infantil es hoy la entidad que está siendo mejor estudiada. En una investigación de Stamier (1976) realizada en más de mil personas, encontró que 247 tenían una presión diastólica superior a 90 y otras 116, superior a 95, siendo más alta en general en el hombre que en la mujer y en los negros que en los blancos. Kilcoyne (1975) ha demostrado que la hipertensión en los adolescentes es mucho más frecuente de los que se pensaba, a pesar de que sea de un rango más bajo que en los adultos, y de que sea mucho más versátil que en ellos. Para Cochrane (1971) esta hipertensión funcional se produciría por una sobreactivación del simpático que conlleva un aumento en la secreción de norepinefrina y una mayor retención de sodio en los músculos de las arterias, que sensibilizaría a éstas, respondiendo con una vasoconstricción excesiva ante cualquier excitación nerviosa.

De ordinario, la hipertensión arterial en la adolescencia cursa en dos etapas: durante la primera aparecen elevaciones bruscas, frecuentes y poco duraderas, desencadenadas por estímulos ansiógenos de tipo situacional; durante la segunda, el proceso anterior se cronificaría estabili-

zándose el cuadro y produciéndose modificaciones de tipo orgánico.

Estudios experimentales realizados en animales han probado la importancia de los factores etiológicos aludidos. Bastaba con someter a los animales a prolongadas exposiciones en condiciones de hacinamiento y/o a condicionamientos de tipo evitativo para que apareciera la hipertensión arterial (Henry y cols., 1971). No obstante, no se puede descartar la concurrencia de factores biológicos de tipo predisponente en este trastorno, así como la presencia de factores hereditarios. La hipertensión juvenil es más frecuente en sujetos con una robusta constitución de tipo pícnico que se manifiesta con un comportamiento muy activo y con un gran rendimiento laboral. Algunos autores han visto en estas características psicológicas un importante factor de predisposición al padecimiento de la enfermedad.

**4: Trastornos hemáticos y linfáticos.** Entre los más frecuentes están aquí la leucocitosis y linfocitosis, la leucemia y el linfoma, además de variaciones significativas en la viscosidad de la sangre, hematocrito, tiempo de coagulación, eosinofilia, etc. La mayor parte de estos cuadros no son todavía bien conocidos. No obstante, hoy se admite que los factores psicológicos no son suficientemente importantes como para producir o desencadenar por sí solos estas alteraciones; su función se limitaría más bien a intensificar o modular estas alteraciones, una vez que ya han aparecido. En cualquier caso, el hecho fue comunicado por Seyle, quien lo describió como un fenómeno típico del síndrome general de adaptación hace ya más de treinta años. No obstante, aquí debemos ser mucho más cautelosos a pesar de que, como Mattsson (1975) ha señalado, los factores estresantes sean capaces de agravar el estado de los pacientes hemofílicos.

**5. Trastornos gastrointestinales.** En este apartado pueden incluirse la úlcera péptica, la gastritis crónica, la colitis ulcerosa, la colitis mucosa, el cardioespasmo, el colon irritable o espástico y ciertos

tipos de constipación, diarrea y enteritis, además de la hiperacidez gástrica, el síndrome ulceroso o pseudopéptico, ciertos tipos de espasmo pilórico, el megacolon, la enfermedad celiaca y, más impropriadamente, la obesidad reactiva y ciertos tipos de marasmo, vómitos y alteraciones de la salivación. Sin embargo, entre los pacientes pediátricos, los tres cuadros clínicos más frecuentes son el dolor abdominal, los vómitos y la rumiación o regurgitación voluntaria de la comida. Esta última suele ser frecuente durante los tres primeros años de la vida y casi siempre aparece condicionada como una respuesta patológica a las alteraciones en las relaciones con la madre. El cuadro es muy importante porque, de no tratarse oportunamente, puede llegar a producir la muerte, como Flanagan (1977) ha demostrado. Todo lo que contribuya a mejorar las relaciones materno-infantiles, colabora a mejorar el trastorno.

Los vómitos en la infancia constituyen, sin duda alguna, una de las principales fuentes de preocupación del pediatra, dada la enorme frecuencia con que se presentan. En muchos casos responden a una etiología somática muy concreta; en otros casos, no. En éstos últimos es donde hay que emplear los recursos psicológicos de que se disponga para identificar el cuadro clínico, distinguiéndolo de otras posibles etiologías a las que van asociados, como la migraña y las crisis epilépticas (Hammond, 1974; Reinhart, 1977).

Los dolores abdominales infantiles acompañan casi siempre a cualquier problema somático, especialmente durante los tres primeros meses de la vida. No obstante, cualquier alteración en las relaciones parentales se refleja casi siempre en forma de dolores abdominales. Se diría que el funcionamiento digestivo es uno de los barómetros más sensibles del estado emocional del niño. Apley (1975) ha dedicado una excelente monografía a este tema, informando de que cerca del 10% de la población escolar manifiesta este trastorno, siendo un poco más frecuente en las chicas (12%) que en los chi-

cos (9%). Según este autor, los factores emocionales constituyen la causa más frecuente. Según las investigaciones de Rubin y cols. (1967) la reactividad pupilar —una medida bastante fiable de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo— correlaciona con la frecuencia e intensidad de estas alteraciones.

La úlcera péptica ha sido estudiada experimentalmente en monos (Brady, 1958) y en ratas (Sawerey y col., 1956).

En estos trabajos de investigación, consideramos como clásicos, se emplearon, respectivamente, dos diseños experimentales: el aprendizaje de evitación y el conflicto de aproximación-evitación. La conclusión de ambos trabajos es coincidente: cualquier situación coactiva para el sujeto es suficiente para producir una úlcera péptica, con tal de que suscite una hiperactividad gastrointestinal. Obviamente están aquí también implicados factores de susceptibilidad y predisposición. El perfil psicológico de los niños que padecen úlcera péptica es bien conocido. Son personas necesitadas de apoyo y de afecto, con fuerte necesidades de logro que se comportan como si no precisaran de ese apoyo afectivo. Algunos de ellos se muestran muy inhibidos y con dificultades para las relaciones sociales. Hoy se piensa que este trastorno es la consecuencia de la interacción entre factores psicológicos y factores biológicos.

**6. Trastornos genito-uritarios.** Se incluyen aquí trastornos del ciclo menstrual (dismenorrea, amenorrea y síndrome de tensión premenstrual), poliuria, disuria, glicosuria sin diabetes, enuresis, aborto habitual, infertilidad masculina y femenina, vaginismo, etc. Todos ellos son bien conocidos como alteraciones psicósomáticas que afectan más importantemente a los adultos. De todas ellas, la más frecuente en la infancia es, sin duda alguna, la enuresis, alteración que puede encontrarse suficientemente desarrollada en cualquier manual de psiquiatría infantil. Esta alteración responde bien a la administración de antidepresivos como la imi-

pramina. En otros casos, se obtienen brillantes resultados con técnicas de modificación de conducta como el contracondicionamiento, el condicionamiento operante, etc.

**7. Trastornos endocrinos.** Entre los trastornos más frecuentes que pueden incluirse aquí se encuentran la diabetes, el hiper e hipotiroidismo, la enfermedad de Addison, el síndrome de Cushing, los retardos del crecimiento y el falso embarazo. En realidad, podrían incluirse aquí todas las enfermedades endocrinas, puesto que aunque como enfermedades que son no puedan considerarse como trastornos funcionales, no obstante, en ninguna de ellas están ausentes los factores psicológicos que, obviamente, contribuyen a reconfigurar y modular esos cuadros clínicos específicos.

Hecha esta salvedad, he de afirmar que los trastornos que más específicamente pueden considerarse funcionales en este apartado son la diabetes, los retardos en el desarrollo y el falso embarazo. De la diabetes ya me he ocupado en otras publicaciones, por lo que remito allí al lector interesado (Polaino Lorente, 1983, 1984).

El falso embarazo consiste en la convicción errónea que tiene una mujer de estar embarazada, en la que se hacen patentes signos y cambios físicos específicos del embarazo. El fenómeno, lógicamente, no es muy frecuente; sin embargo, Selzer (1968) ha comunicado esta alteración en una niña de seis años de edad, con amenorrea, náuseas y vómitos matutinos, abombamiento abdominal, etc. Algunos autores (Brown, 1971) han comunicado algunos procedimientos para inducir falso embarazo en ratas y perros y, según parece, la reducción de la producción de aminas podría explicar las alteraciones concomitantes que se producen en la secreción de hormonas como la prolactina, la hormona luteinizante y la hormona folículoestimulante. Otros autores señalan una posible vinculación entre estas alteraciones hormonales y el padecimiento de depresión. En estos casos siempre es aconsejable la obligada consulta con el ginecó-

logo y, una vez confirmado el diagnóstico de falso embarazo, su remisión a psiquiatra.

Los retrasos en el desarrollo son típicos de los niños de baja estatura. En estos casos hay que descartar previamente, antes de hablar de trastornos funcionales, otras posibilidades como tipo de nutrición, alteraciones de la absorción y el metabolismo, predisposiciones hereditarias, hipopituitarismo, etc. Paradójicamente, algunos de los niños que se quejan de este problema comienzan a crecer cuando se hospitalizan y se les separa de la familia, como han demostrado Powell y col. (1967). En esos casos el posible trastorno suele estar vinculado a la privación emocional por parte de los progenitores. No parece sino que el afecto fuese necesario para el crecimiento.

En otros casos el crecimiento y el desarrollo son absolutamente normales; lo que acontece es que el paciente se percibe erróneamente como más bajo de lo que es normal para su edad. Si se minimiza y desprecia este conflicto psicológico, es muy probable que el sujeto desarrolle posteriormente un comportamiento neurótico que puede llegar a ser grave por lo que supone de aislamiento, dificultad para el rendimiento escolar, evitación de las relaciones sociales, etc. La psicoterapia individual y familiar son, en este caso, los procedimientos con los que se obtienen mejores resultados.

Nada de particular tiene que las enfermedades endocrinas se acompañen siempre de trastornos funcionales. No se olvide la gran vinculación existente entre la hipófisis (glándula que controla la mayor parte de las funciones endocrinas) y el sistema límbico (porción del Sistema Nervioso Central fuertemente implicada en los procesos emocionales). Por eso parece conveniente aconsejar la supervisión y consulta por el psiquiatra infantil de todos los niños que padecen enfermedades endocrinas.

**8.- Trastornos sensoriales y nerviosos.** En esta categoría se incluyen enfermedades psiquiátricas clásicas como la neuraste-

nia, la epilepsia idiopática, la narcolepsia, el vértigo de Menière, la hiperactividad, los episodios febriles recurrentes, etc. Las migrañas y cefaleas tienen también aquí cabida, según algunos autores. Entre las alteraciones sensoriales más frecuentes se encuentra el glaucoma, la keratitis, el blefaroespasma, ciertos tipos de ambliopía y la hipoacusia.

La epilepsia es una enfermedad que hoy es atendida especialmente por los neurólogos, aunque, por la frecuencia con que en ella se dan la alteraciones comportamentales, puede y debe, en muchos casos, ser remitida al psiquiatra infantil. Su prevalencia es muy alta, habiéndose estimado por Pless (1973) en 5,4 por cada 1.000 habitantes. El 80% de los niños la padece en forma de Gran mal, aunque también es muy frecuente el Pequeño mal, entre los tres y los quince años (Lester, 1970).

El trastorno funcional más frecuente es, sin duda alguna, la migraña, estimándose que la padece el 80% de la población infantil. En las cefaleas de tensión y en la jaqueca, el estrés constituye el factor etiopatogénico más relevante (Schiller, 1975). En estos casos el estrés produce, a través del Sistema Nervioso Autónomo, una vasoconstricción de las arterias cerebrales, seguida de una brusca vasodilatación, lo que determina la aparición de la jaqueca. En otras circunstancias, la contracción crónica de los músculos estriados del cráneo y la región cervical contribuyen a potenciar los cambios vasculares que desencadenan esta crisis.

En otros casos las causas hay que buscarlas en el excesivo consumo de estimulantes y sustancias tóxicas como el tabaco. En muchos pacientes migrañosos, el primer ataque comenzó antes de la pubertad (Dalsgaard-Nielsen, 1969). Otras veces, los dolores de cabeza apenas si son algo más que un síntoma neurótico de conversión que el joven paciente aprende a utilizar para obtener alguna ventaja (faltar a clase, etc.). En cada caso habrá que explorar cuidadosamente al paciente y pensar en la posibilidad de un trastorno

funcional, únicamente en aquéllos en que la exploración no manifieste ningún dato que justifique esa alteración. Las técnicas de relajación y la psicoterapia han conseguido brillantes resultados terapéuticos.

La ambliopía está intensamente vinculada a los conflictos psicológicos. Kalthoff (1968) encontró en la población clínica estudiada una incidencia de ambliopía psicógena cinco veces mayor en los jóvenes menores de quince años de edad que en las personas mayores de esa edad. En la mayor parte de los jóvenes que padecían esta alteración pudo evidenciarse la presencia de trastornos psiquiátricos.

La hipoacusia puede ser también un trastorno funcional, pero dada su importancia para el aprendizaje escolar —se estima que el 26% de los «retrasos escolares» se debe a esta causa— conviene descartar cualquier alteración auditiva que la justifique. Se estima que el 0,9% de los niños en edad escolar padece este trastorno (Pless, 1973).

**9. Trastornos músculo-esqueléticos.** En esta categoría se incluyen la artritis reumatoide, el bruxismo, la tortícolis, muy diversas mialgias y el dolor de espalda. El 5% de la población infantil puede ser candidato a la enfermedad artrítica, pudiendo comenzar ésta a la edad de dos años y siendo más común en los chicos que en las chicas (Geist, 1966). En el reumatismo infantil, al igual que sucede en los adultos, los factores psicológicos están siempre presentes. Adviértase que la enfermedad reumática origina en quien la padece una enorme dificultad para la adaptación constituyendo en muchos casos una enfermedad que muy tempranamente resulta incapacitante (McArney, 1974). En cambio hoy existe acuerdo en invalidar el viejo constructo psicoanalítico conceptualizado como «personalidad reumática». De hecho, no existe un perfil psicológico específico del enfermo reumático, lo que no obsta para que la intervención psicológica produzca una mayor o menor mejoría en el paciente.

La tortícolis o contracción espasmódica de los músculos del cuello, especialmente

el esternocleidomastoideo, frecuentemente se asocia a estados de intensa tensión nerviosa y a malas posturas durante el sueño. En su fase inicial puede aliviarse a través de relajación y de ejercicios de rehabilitación. Cuando se cronifica puede llegar a ser un problema grave, exigiendo entonces la puesta en marcha de un programa específico de rehabilitación.

Los dolores de espalda son también muy frecuentes, especialmente antes, durante y después de la adolescencia. En ocasiones se asocian a la mala posición del alumno durante el aprendizaje, ocasionada por la inadecuación entre la altura de la silla y la de la mesa. Otras veces están más relacionados con la falta de ejercicio físico y el abandono por parte del adolescente, a través de su marcha gibosa, del tono postural. El ejercicio físico es aquí un elemento terapéutico imprescindible, así como los hábitos motores y la postura que se adopte durante el trabajo.

Hemos visto hasta aquí un elenco de los principales trastornos funcionales que más frecuentemente se manifiestan en las consultas pediátricas. Veamos a continuación algunos de los procedimientos de que puede valerse el pediatra para resolver estos problemas.

### **¿QUE PUEDE HACER EL PEDIATRA ANTE LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DEL NIÑO?**

Ante los trastornos funcionales infantiles, los pediatras han de tomar decisiones terapéuticas importantes, algunas de las cuales pueden ellos mismos llevar a cabo, aunque en caso de duda lo más oportuno es remitir el paciente al especialista.

A continuación sintetizo las principales estrategias y consejos que creo oportuno hacer a los pediatras para que puedan ser eficaces como terapéuticos de los trastornos funcionales infantiles, sin sobrepasar el marco específico de su especialidad y sin ingerencias en el ámbito de la Psiquiatría infantil. Estoy persuadido de que la puesta en marcha de estas estrategias contribuirá a mejorar la asistencia pediá-

trica, a la vez que puede ayudar a establecer la necesaria cabeza de puente con los especialistas en Psiquiatría.

1. La promoción de cursos de formación y reciclaje en el ámbito de los trastornos funcionales infantiles. Estos cursos no tienen por qué ser ni muy prolongados ni muy especializados. Bastaría con que se organizaran anualmente, con un cierto carácter monográfico. En mi opinión, creo que no deben tratarse, en cada uno de esos cursos, más de dos o tres trastornos funcionales. Su duración no tiene que exceder más de dos o tres días. Naturalmente, su objetivo primordial es la enseñanza e identificación de problemas diagnósticos y estrategias de intervención terapéutica. Es decir, han de ser enormemente prácticos, si tenemos la pretensión de que sean eficaces. Este reciclaje mínimo supondría un procedimiento eficaz, no sólo para la optimización de la pediatría, sino también para producir un cierto alivio y descongestionar las excesivamente cargadas consultas de Psiquiatría infantil. Algo análogo a lo que aquí se aconseja ha sucedido con los médicos generales, que han recibido entrenamiento para la detección precoz y eventual tratamiento farmacológico de las depresiones leves.

2. El pediatra podría esforzarse por ser más sensible respecto de los problemas y conflictos infantiles que son exponentes de un desajuste familiar o/y escolar. La nueva sensibilidad que aquí se está sugiriendo comporta un cierto entrenamiento en la exploración de la familia del paciente (especialmente de la Dinámica familiar), así como de la personalidad del niño y de su conducta en la escuela, datos éstos últimos que pueden y deben ser recabados al maestro. Para llevar a cabo este modo de trabajar, sería muy aconsejable la incorporación a los servicios de Pediatría de algún psicólogo especialmente entrenado en el diagnóstico y tratamiento comportamental de las dificultades infantiles. Con este esfuerzo el pediatra podría lograr aquello que también le corresponde por su profesión: la promoción de la

salud psíquica y del normal desarrollo de la personalidad de sus jóvenes pacientes. Para facilitar su tarea debería servirse de asistentes sociales y de alguna enfermera que haya recibido un entrenamiento especial en relación a estos problemas.

3. En aquellas unidades hospitalarias en que hayan ingresados niños enfermos crónicos, es muy conveniente la incorporación de un educador o un pedagogo que se encargue específicamente del aprendizaje de los pacientes. Cualquier clínica infantil, si pretendemos que no se produzca efectos iatrógenos, como por ejemplo el hospitalismo, ha de procurar reproducir en lo posible el contexto natural propio de la infancia. En ese contexto la escuela resulta irrenunciable, pues constituye y representa para el niño lo que el trabajo profesional para el hombre adulto. En Estados Unidos esta práctica comienza a estar muy extendida. En nuestro país, según la información recibida, hay dos clínicas infantiles en que se están dando los primeros pasos para implantar estos programas pedagógicos que, lógicamente, tienen también un alcance terapéutico.

4. Como hemos visto líneas atrás, en muchos de los trastornos funcionales pediátricos se aconsejaba el empleo de técnicas de relajación. Ello es así porque, por sí mismas, estas técnicas contribuyen a disminuir la ansiedad y la intensidad de los conflictos emocionales, propiciando una mejoría significativa de los trastornos funcionales. Su importancia es grande, porque constituyen en la práctica el denominador común de muchas de las estrategias de intervención que, conocidas bajo la denominación de «técnicas de modificación de conducta», vienen aplicándose, sistemática y específicamente para el tratamiento de los trastornos funcionales, con un éxito indiscutible.

El pediatra haría muy bien en aprender estos programas de relajación, así como su diseño y aplicación específicas a cada uno de los problemas que, en concreto, se le presentan. Su aprendizaje inicial —me atrevería a asegurar— no tiene por qué exceder más allá de dos o tres días, si se

imparte de forma intensiva. Por otra parte, su aplicación ampliaría el ámbito de la investigación pediátrica, donde muchas de estas técnicas no han llegado a aplicarse como debieran, precisamente porque quienes las conocen, no trabajan en ese ámbito y quienes trabajan en ese ámbito, los pediatras, no las conocen.

5. Aunque cualquier médico, por conatural exigencia de su profesión, tiene un cierto entrenamiento espontáneo en psicoterapia práctica, no obstante, también para esto habría de recibir el pediatra un entrenamiento relativamente específico. La psicoterapia de apoyo, la ludoterapia, etc. son procedimientos de intervención terapéutica tan eficaces como fáciles de aprender. Si el pediatra los conociese y los aplicase, además de mejorar sus resultados terapéuticos, muy probablemente dejaría de ver con cierta extrañeza —con la extrañeza que producen el distanciamiento y la ignorancia— los procedimientos que tradicionalmente emplean los psiquiatras infantiles.

6. Estas prácticas comunes y mínimas para la buena formación de un pediatra podrían incrementarse y enriquecerse si se estableciera un profundo y fecundo diálogo entre la Pediatría y la Psiquiatría. Esta colaboración sería tanto más fácil cuanto mayor cercanía profesional existiera entre ellos. El autor de estas líneas reta al pediatra lector de esta colaboración a que haga lo que sigue: incorpórese un psiquiatra infantil a un servicio de Pediatría durante sólo seis meses. Organícese un curso de entrenamiento de que el psiquiatra supervise, en la práctica, el aprendizaje de los pediatras a lo largo de todo ese mes en que se impartió ese curso de entrenamiento. Durante esos seis meses, los pediatras del servicio han podido asistir a seis diferentes cursos, aprendiendo en cada uno de ellos las técnicas oportunas y poniéndolas en práctica con el asesoramiento y supervisión del psiquiatra infantil. Permítase a éste abandonar, después de seis meses, ese concreto servicio de Pediatría e investigúese a continuación lo que sigue: número de

pacientes que ahora son remitidos al departamento de Psiquiatría, número de psicofármacos que ahora se recetan, duración de la evolución de los trastornos funcionales infantiles, etc.

Estoy persuadido de que, si se llevara a la práctica lo que aquí se ha expuesto como un reto, es muy posible que mejorase mucho el nivel de asistencia pediátrica en la misma medida en que se acortaría la evolución de los trastornos funcionales infantiles. El lector tiene la última palabra en la respuesta a este reto; sólo el futuro dará o no la razón al autor de estas líneas.

#### BIBLIOGRAFIA.-

- ALEXANDER AB, MIKLICH DR and HERSHKOFF H: The immediate Effects of Systematic Relaxation Training of Peak Expiratory Flow Rates in Asthmatic Children. *Psychosomatic Medicine*, 34, 5, 355-394, 1972.
- ANDERS TF: Child Psychiatry and Pediatrics: the state of the relationship. *Pediatrics*, 60, 616-620, 1977.
- ANDERS TF, NIEHANS M: Promoting the alliance between pediatrics and child psychiatry. *Psychiat. Clin. North Amer.* 5, 241-258, 1982.
- American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health: Pediatrics and Psychosocial aspects of Child and Family Health. *Pediatrics*, 70, 126-127, 1982.
- APLEY J: *The Child with Abdominal Pains*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1975.
- BATTLE CU: The Role of the Pediatrician as Ombudsman in the Health Care of the Young Handicapped Child. *Pediatrics*, 50, 916-922, 1972.
- BRADY JV: Ulcers in Executive monkeys. *Scientific American*, 199, 95-100, 1958.
- BRADY JV, PORTER RV, CONRAD DG, MASON JW: Avoidance behavior and the development of gastroduodenal ulcers. *J. Expert. Anal. Behavior*, 1, 69-72, 1958.
- BROWN DG: Stress as a precipitant Factor of Eczema. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 321-327, 1972.
- BROWN D, BARGLOW P: Pseudocyesis-A Paradigm for Psychophysiological Interactions. *Archives of General Psychiatry*, 24, 221-229, 1971.
- COCHRANE R: High Blood pressure as a psychosomatic disorder: A selective review. *Brit. Journ. of Soc. and Clin. Psych.* 10, 61, 1971.
- DALSGAARD-NIELSEN T: Some Aspects of the Epidemiology of Migraine in Denmark, in Cochrane, A.L. (Ed), *Background to Migraine*, Thirth Migraine Symposium, pp.11-17, Springer-Verlag, New York, 1979.
- DAVIS MH: Relaxation Training Facilitated by Biofeedback Apparatus as a supplemental Treatment in Bronchial Asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 121-128, 1973.
- DAVISON GG, NEALE JM: *Psicología de la Conducta Anormal: Enfoque clínico experimental*, México: Limusa, 1980.
- FLANAGAN CH: Rmination in Infancy-Past and Present. *Journal of American Academic of Child Psychiatry*, 16, 140-149, 1977.
- FRITZ GK, BERGMAN AS: *Consultation liaison training for child psychiatrist: results of a survey*. Unpublished manuscript, 1982.
- GEIST H: *The Psychological Aspects of Rheumatoid Arthritis*, p. 82, Charles C. Thomas, Springfield, Ill, 1966.
- Hammond J: The late sequelae of recurrent vomiting of Childhood. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 16, 15-22, 1974.
- HENRY JP, STEPHENS PM, AEXLROD J, MILLER RA: Effects of Psychosocial stimulation of the enzymes involved in the biosynthesis and metabolism of noradrenaline and adrenaline. *Psychosom. Med.* 23, 227-237, 1971.
- IRONSIDE W: Eczema, Darkly Mirror on the Mind. *Australian Journal of Dermatology*, 15, 5-9, 1974.
- JELLINEK MS: The present status of Child Psychiatry in Pediatrics. *New. Engl. J. Med.* 306, 1227-1230, 1982.
- KNAPP PH, MATHE AA, VACHON L: Psychosomatic aspect of Bronchial Asthma. In E.N. Weiss, M.S. Segal (Eds): *Bronchial Asthma Boston: Little Brown and Co.* 1976.
- KILCOYNE MM: Adolescent Hypertension. *The American Journal of Medicine*, 58, 735-739, 1975.
- KALTHOFF H: Psychogene Amblyopie Bei Kindern. *Medizinische Monatsschrift*, 22, 255-258, 1968.
- LESTER B: *Biological Rythms in Psychiatry and Medicine*, p. 37, U.S. Department of Health, Education and Welfare, National Institute of Mental Health, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1970.
- LEWIS M: Childs Psychiatrics Consultation in Pediatrics. *Pediatrics*, 62, 359-364, 1978.
- MAHER B: *Principios de Psicopatología*. Madrid. Ed. del Castillo, 1970.
- MATTSONA: Long term Phisical Illness in Children: A Challenge to Psychosocial Adaptation. *Pediatrics*, 50, 801-811, 1972.
- NATTSON A: Psychologic Aspect of Childhood Asthma. *Pediatric Clinic of North America*, 22, 1, 77-88, 1975.
- McANARNEY ER: Psychological Problems of Children with Chronic Juvenile Arthritis. *Pediatrics*, 53, 523-528, 1974.
- MONNELLY EP, IAZITO BM, STEWART MA: Psychiatric Consultation in a Children's hospital. *Amer. J. Psychiat*, 130, 789-790, 1975.
- MRAZEK DA: Effects of hospitalization on early child development. In Emde R and Harmon, R. (eds), *Continuities and Discontinuities in development*, pp 211-225. Plennun, New York.
- PLESS JB: Teaching of Chronic Illness in Childhood and Adolescence in Clark, D.W. and Williams, T.H. (Eds) *Teaching of Chronic Illness and Aging*, p. 71, Department of Health, Education and Welfare, Publication N° 75-876. National Institute of Health, U.S. Government Printing Office, Washington D.C., 1973.
- POLAINO LORENTE A: *Psicología Patológica*, Volúmenes 1 y 2. Ed. Unviersidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, 1983.
- POLAINO LORENTE A: Psicosis maniaco-depresiva y diabetes: algunos critrios sobre la pertinencia del empleo terapéutico de las sales de litio. *Galicia Clinica*, LV, 11, 583-594, 1983.
- POLAINO LORENTE A, VIDAL A: Algunas notas sobre la asistencia médico-oedagógica a los niños diabéticos. *Galicia Clinica*, 5, 263-274, 1984.
- POWELL GF, BRASEL SA, BLIZZARD RM: Emotional Deprivation and Growth Retardation, Simulating Iidipathic Hypopituitarism, I. Clinical Evaluation of the Syndrome. II. Endrocrinologic Evaluation of the Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 276, 1281-1284, 1967.
- REINHART JB, EVANS SL, McFADDEN DL: Ciclic Vomiting in Children: Seen Throught the Psychiatrist's Eye. *Pediatrics*, 59, 371-377, 1977.
- RESNIK HLP: Suicide Attempt by a 10-year-old after Quaduple amputations. *J. Amer. Med. Assn.* 212, 1211-1211, 1970.
- RUBIN L, BARBERO G, SIBINGA SM: Pupillary Reactivity in Children with Recurrent Abdominal Pain. *Psychosomatic Medicine*, 29, 111-120, 1967.

SAWRE WK, WEIZT JD: An experimental Method of producing gastric ulcers: Role of psychological factors in the production of gastric ulcers in the rat. *J. of Comparat and physiol. Psychol.*, 49, 457-461, 1956.

SCHILLER F: The Migraine Tradition. *Bull. of Hist. of Medicine*, 49, 1-19, 1975.

SELZER JG: Pseudocyesis in a Six-year-old Girl. *J. of the American Academy of Child Psychiatry*, 7, 693-720, 1968.

STAMIER J: Hypertension Screening on one Million Americans. *J. of The American Medical Association*, 235, 2299-2306, 1976.

TOOHILL RJ: The Psychosomatic Aspects in Children with

Vocals Nodules. *Archives of Otolaryngology*, 101, 591-595, 1975.

TSTELIN ML: *Automation Theory and Modeling of Biological System*. pp. 131-132, Academic Press, New York, 1973.

WAGGONER PE: Idols of the Model of Brings Home the Bacon in Venrberg, J.F. (Eds.) *Physiological Adaptation to the Enviroment*, pp. 547-557, Text Education Publishers, New York, 1975.

YATES EF: On the Mathematical Modeling of Biological System: A Qualified «Pro» in Vernberg, J.R. (Ed.). *Physiological Adaptation to the Enviroment*, pp. 539-546, Text Educational Publishers, New York, 1975.