
PSICODIAGNOSTICO Y PEDIATRIA

Enrique Jovani Roda

- Licenciado en Psicología por la Universidad Central de Madrid en junio del 71.
- Miembro de la Sociedad Española de Roschach y Técnicas Proyectivas.
- Psicólogo Orientador en: I.C.E. de la Universidad Politécnica, así como en diversos Centros Escolares.
- Psicólogo Asesor de Empresa.
- La labor de Diagnóstico y Orientación en el Colegio Squema, de Enseñanza Especial, durante varios años.
- La dedicación en la actualidad a la consulta privada en las funciones de Psicodiagnóstico y Psicoterapia de Adultos, Adolescentes y Niños.

No puedo por menos que expresar mi satisfacción al participar en esta mesa redonda con pediatras, que me ofrece la posibilidad de aportar unas observaciones recogidas a lo largo del ejercicio de mi profesión durante 12 años, siendo una parte fundamental de mi trabajo el psicodiagnóstico de niños.

Durante este tiempo ha evolucionado mi enfoque en el abordaje de la problemática infantil, haciendo saltar en añicos la concepción antigua de la persona como ser formado por compartimentos estancos, como pueden ser la Inteligencia, la Psicomotricidad, la vida Afectiva, el Carácter, el Lenguaje, la Relación social, la Vida vegetativa y somática, donde la patología de cualquiera de ellos pueda tomarse en forma aislada de tal modo que agote en sí misma la enfermedad, su etiología y sus repercusiones.

Lo que nos hemos acostumbrado a ver es el fenómeno contrario: cualquier patología de cualquier área de la persona adquiere su sentido en el contexto más amplio de la persona como organismo total.

En consecuencia la investigación psicodiagnóstica amplía el campo de visión más allá del síntoma por el que nos consulta. Pero ello no sólo en el sentido transversal de abarcar a las áreas colaterales, sino también en el sentido longitudinal a lo largo del desarrollo. Postulamos que un síntoma no aparece por generación espontánea en una etapa del desarrollo, sino como consecuencia de déficits en etapas anteriores que le sirven de base.

Esta transformación y ampliación de los esquemas y de las conceptualizaciones en el trabajo psicodiagnóstico se ha dado paulatinamente a medida que iba recogiendo y constatando una profunda sintomatología en los primeros años de vida de la población infantil que pasaba por mi consulta. Es tan abundante que, siendo imposible en el limitado marco de esta comunicación para ofrecerles una recopilación estadística, voy a limitarme a enumerar las que entiendo más significativas. Ahora bien, a esta altura creo conveniente informar de las coordenadas en que me muevo para encuadrar el tema.

He trabajado básicamente en consulta privada y en un centro de Enseñanza Especial para niños con dificultades escolares, por tanto, la población de niños a la que haré referencia se caracteriza por:

1.º Edades comprendidas entre 5 y 15 años, o sea, en su mayoría en etapa escolar de E.G.B.

2.º La sintomatología, aunque variada, se puede caracterizar por algunos denominadores comunes:

— El fundamental es un retraso escolar grave, equivalente a unos tres cursos de diferencia respecto a los niños de su edad.

— El segundo lo determina una inteligencia límite, aunque podemos hablar de una dispersión que por debajo llega a la debilidad mental y por arriba a la inteligencia normal e incluso superior.

— En tercer lugar suele ser bastante común un retraso psicomotor importante, que aparece como causa primera del retraso escolar, o al menos como causa directa.

El resto de sintomatología es muy variada: trastornos emocionales; caracteriales; psicóticos; lesiones cerebrales; problemas de lenguaje hablado; fronterizos, disléxicos; hiperkinéticos, etc.

Pues bien, de las Anámesis de estos casos enumeraré las manifestaciones patológicas que son significativas por su frecuencia:

a) En la preconcepción:

Niños no deseados, niños rechazados, con mayor o menor grado de rechazo y de conciencia del mismo por parte de los progenitores.

Niños concebidos en relaciones cupógenas.

A Niños adoptados (rechazados por sus padres auténticos).

Niños que vienen a ocupar, para los padres, el vacío por la muerte de alguna figura familiar significativa.

b) En el embarazo:

Distintas etapas de tensión, ansiedad, sobreesfuerzo de la madre.

Amenazas de aborto.

Existencia de un historial de abortos en la madre.

c) Parto:

Parto prematuro.

Partos muy prolongados, costosos, con dificultades de dilatación.

Cesáreas, forceps...

d) Alimentación:

Constituye todo un capítulo, por la cantidad y frecuencia de trastornos que presenta en estos niños. La gran mayoría los han sufrido y un número más reducido los manifiestan todavía en el momento de la consulta.

— Lactancia: Negativa a succionar o dificultad para agarrarse al pecho materno. Falta o insuficiencia de leche materna. Necesidad de pasar a la alimentación artificial por cualquier tipo de inadecuación en la lactancia materna.

— Anorexias, vómitos, diarreas, anemias, internamientos, deshidrataciones.

Detrás de estas nomenclaturas es muy importante conocer la fuerza y el dramatismo de los episodios de alimentación entre la ansiedad de la madre por llenar al niño y el esfuerzo de éste por devolver.

— Resistencias a los cambios de alimentación, sobre todo el paso a la

masticación, función en la que con frecuencia sufren años de demora.

— Negativa a incorporar determinado tipo de alimentos.

— En ocasiones, regímenes de alimentación de muy reducida variedad.

— Y con mucha frecuencia la fijación a la leche como alimento básico hasta edades escolares.

e) Alteraciones del sueño:

— Niños que cambian el día por la noche en cuanto al tiempo dedicado al sueño. Niños inquietos, que no duermen períodos prolongados.

— Niños «muy buenos» que se pasan todo el tiempo durmiendo.

— En edad más avanzada, terrores nocturnos, pesadillas. Requerimiento de la presencia de los padres para dormir.

f) Reacciones emocionales:

— Llanto continuado durante los primeros meses de vida.

— Llanto fácil ante cualquier dificultad.

— Espasmo del sollozo.

— Rabietas incontroladas, tirarse al suelo, golpearse la cabeza contra la pared.

— Distintas formas de autoagresión que ponen en peligro su integridad física e incluso su vida. Tendencia a los accidentes.

— Por el contrario: ausencia de reacciones emocionales ante el dolor físico o psíquico.

— Niños inhibidos, que rehúyen la agresión «niños buenos».

g) Dificultades de separación:

— Llantos prolongados durante meses y hasta años a la entrada en el medio escolar.

h) Desarrollo psicomotor:

— Retraso en la adquisición de cada etapa: sedestación, gateo, bipedestación.

— Regresiones, pérdida temporal de logros adquiridos, por ejemplo la bipedestación.

— Caídas frecuentes.

— Hipotonías.

— Hiperkinesias.

i) Lenguaje:

— Retraso en la adquisición del lenguaje.

— Lenguaje infantil.

— Lenguaje incomprensible.

— Lenguaje autista.

— Negativa a utilizar el lenguaje y sustitución por el gesto.

— Espasmosfemias.

j) Control de esfínteres:

— Enuresis y encopresis diurnas y nocturnas, primarias y secundarias, algunas de duración hasta edades muy avanzadas.

k) Diversas enfermedades:

— Procesos asmáticos.

— Procesos catarrales o gripales durante períodos prolongados y resistentes a tratamientos.

— Diversas alergias.

l) Hospitalizaciones de diverso grado y tipo.

ll) Con mucha frecuencia encontramos presentes diversas alteraciones emocionales del medio ambiente familiar, y sobre todo de la madre.

— Depresión postparto.

— Decaimientos e incapacidad de maternaje de la madre por enfermedad física o psíquica y sustitución total o parcial por otros familiares.

— Etapas altamente conflictivas del medio ambiente familiar.

— Enfermedad y/o muerte de familiares cercanos.

m) Dificultades de atención: Afecta a una mayoría de estos niños la dispersión de la atención, sin poderla centrar de modo prolongado en una tarea determinada.

n) Alteraciones de las funciones perceptivas.

— Sobre todo de la percepción espacial.

A partir de los datos anteriores he sacado unas conclusiones que deseo hacer observar:

1. El niño que acude a la consulta aquejado de síntomas psíquicos como puede serlo un fuerte retraso escolar, por lo general es un niño enfermo en un sentido mucho más amplio.

2. La situación de fracaso escolar no es la enfermedad en sí, tal como en la mayoría de ocasiones creen los padres. Lo que suele suceder es que la escuela, sobre todo la entrada en la E.G.B. actúa como piedra de toque o test de realidad que pone a prueba la eficacia de las funciones mentales y delata sus deficiencias. Este suele ser el propulsor que obliga a la consulta psicológica. Pero si rastreamos observamos que las deficiencias estaban presentes en la historia del niño, sólo que no habían adquirido realce suficiente para motivar la consulta.

3. La enfermedad se produjo en

una edad más temprana; en los comienzos de la vida del niño, con una florida sintomatología compuesta de reacciones emocionales, alteraciones de las funciones vitales, inhibiciones de la tendencia al desarrollo.

Las secuelas de la misma serán una personalidad deficitaria, inhibida, fijada infantilmente a etapas anteriores, dependiente, con un desarrollo limitado de las funciones y otras y una consecuencia de todo ello es el fracaso escolar.

4. A mi modo de ver el pediatra constituye el testigo de excepción en la aparición y desarrollo de estos procesos de enfermedad psíquica. Con frecuencia es algo más que testigo, es el receptor de las angustias de la madre. Su tacto y su capacidad para la empatía y detectar que detrás de síntomas resistentes al tratamiento medicamentoso puedan existir factores de orden psíquico, o la repercusión psicológica de determinadas enfermedades somáticas, es decisiva a la hora de la profilaxis de futuros trastornos psicológicos.

Para terminar, quiero reiterar mi deseo de que la comunicación entre profesionales que tratamos al mismo paciente, aunque desde perspectivas distintas, no se agote en esta mesa redonda, porque de nuestro diálogo es de donde pueden surgir aportaciones mutuas que redunden en la mayor eficacia terapéutica.