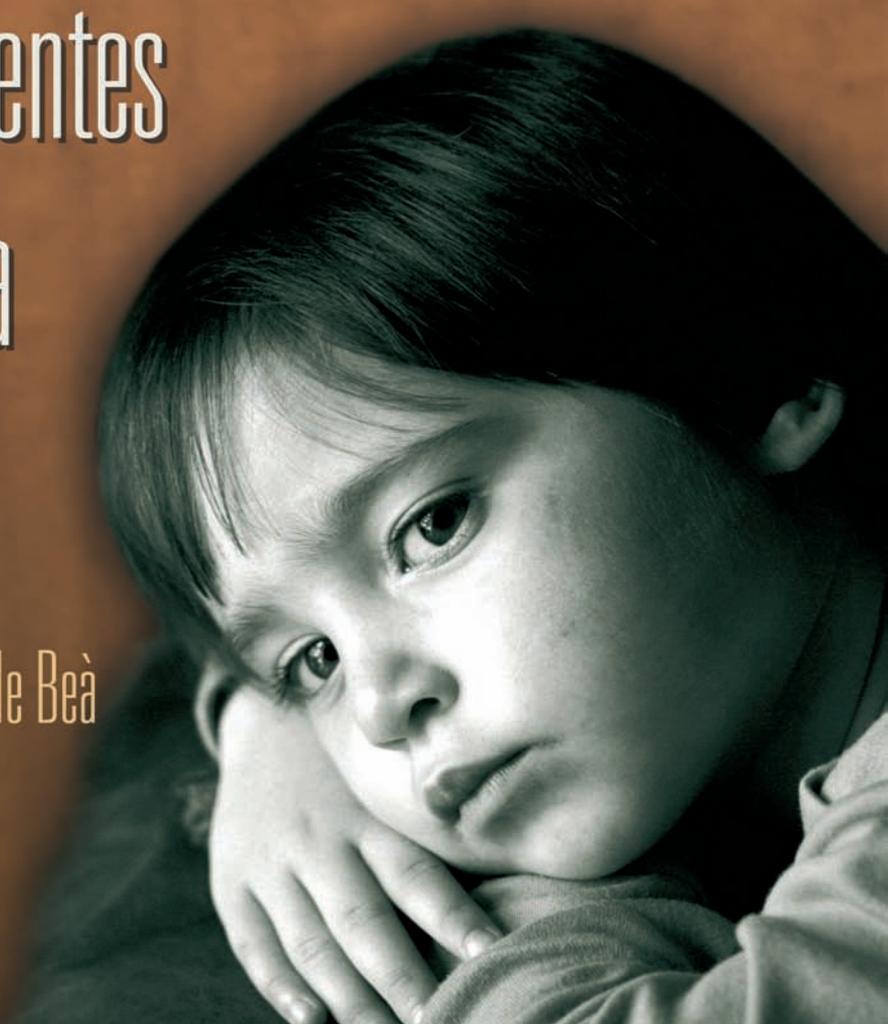


# Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia

Compiladora:  
Eulàlia Torras de Beà



• Colección Eureka - 1 •

# Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia

Compiladora: Eulàlia Torras



Fundació Eulàlia Torras de Beà  
Institut de Psiquiatria i Psicologia  
del Nen i de l'Adolescent

ediciones  
**Lectio**

Primera edición: julio de 2007

© Los autores

© Lectio Ediciones

Edita: Lectio Ediciones

C/ Violeta, 6 • 43800 Valls

Tel. 977 60 25 91 • Fax 977 61 43 57

Diseño y composición: Imatge-9, SL

Impresión: Romanyà-Valls, SA

ISBN: 978-84-96754-11-9

Depósito legal: B-34.512-2007

# Los autores

## **ROSA AGULLÓ**

Doctora en Psicología. Psicóloga clínica. Coordinadora de Docencia y profesional del CSMIJ de la Fundación ETB. Profesora asociada de la Universitat de Barcelona.

## **EULÀLIA ARIAS**

Doctora en Psicología. Profesora-Investigadora Adjunta de la Universitat Ramon Llull (FPCEE-EUIFN). Profesional de la Fundación ETB.

## **NÚRIA BEÀ**

Pediatra y psicoterapeuta (SEYPNA). Profesional del CDIAP de la Fundació ETB (coordinadora desde 1992 a 2004) y del CDIAP del CAD de Girona.

## **ANNA CAPDEVILA**

Psicóloga y logopeda de la Fundación ETB.

## **MIREIA ESCARDÍBUL**

Psicóloga clínica. Psicoterapeuta (SEYPNA). Coordinadora del CDIAP y profesional del CSMIJ de la Fundación ETB.

## **LETICIA ESCARIO**

Psicóloga. Psicoanalista titular (SEP-IPA). Organizadora de la Unidad de Adolescencia de la Fundación ETB.

## **NÚRIA FILLAT**

Psicóloga clínica. Psicoanalista (SEP-IPA). Coordinadora del CSMIJ de Gràcia de la Fundación ETB.

## **MONTSERRAT GARCÍA-MILÀ**

Psicóloga clínica. Psicoanalista (SEP-IPA). Psicoterapeuta (ACPP-AEPP). Profesional del CSMIJ de la Fundación ETB.

**MONTSERRAT GRAU**

Médico y psicoterapeuta (SEYPNA) del CSMIJ de la Fundación ETB.

**AURORA JUBANY**

Psicóloga clínica. Profesional del CDIAP y del CSMIJ de la Fundación ETB.

**ADRIÀ LÓPEZ**

Psicólogo clínico y escolar. Coordinador del CSMIJ de Montcada y Reixac de la Fundación ETB. Coordinador del Departamento de Recreación desde 1980 hasta 2004.

**FLORS LLARDÉN**

Psicóloga y psicoterapeuta (SEYPNA) del CSMIJ de la Fundació Vidal i Barraquer y del CSMIJ de la Fundación ETB.

**MA TERESA MIRÓ**

Doctora en Medicina. Psiquiatra. Psicoanalista didáctica (SEP-IPA). Profesora titular de la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona.

**ALBERT MONTANER**

Psicólogo del CSMIJ de la Fundación ETB.

**GLÒRIA SETÓ**

Psicóloga clínica. Psicoterapeuta (ACPP). Psicoanalista. Profesional del CSMIJ de la Fundación ETB.

**CONSOL TARRAGÓ**

Psicóloga clínica. Profesional del CDIAP y del CSMIJ de la Fundación ETB. Coordinadora de asistencia privada de esta Fundación.

**REMEI TARRAGÓ**

Psiquiatra. Psicoterapeuta (SEYPNA). Directora asistencial de la Fundación ETB. Profesora de la Facultat de Psicologia de la URLL. Asesora del CRE Joan Amades (ONCE).

**EULÀLIA TORRAS**

Doctora en Medicina. Psiquiatra. Psicoanalista Didáctica (SEP-IPA). Psicoterapeuta (SEYPNA). Presidenta del Patronato de la Fundación ETB.

**GLÒRIA ZEGRÍ**

Psicóloga clínica. Psicoanalista (SEP-IPA). Profesional del CSMIJ de la Fundación ETB. Profesora asesoramiento a Escuelas del Plan de Formación Permanente del ICE (Instituto Ciencias Educación de la UB).

# Índice

Introducción .....	21
<i>Eulàlia Torras</i>	
<b>Desarrollo histórico .....</b>	<b>25</b>
<b>1. La psiquiatría infanto-juvenil, sus orientaciones     teóricas y su especificidad .....</b>	<b>27</b>
<i>Eulàlia Arias</i>	
Apunte histórico: orígenes y desarrollo de la psiquiatría infantil .....	27
Período de datos aislados: desde la antigüedad hasta el inicio del siglo XIX .....	27
1800-1880: Período del predominio del interés social .....	28
1880-1920: Período de consolidación.....	29
1920-actualidad: Cristalización de la especialidad.....	30
Distintas orientaciones teóricas en psiquiatría y psicopatología del niño, el adolescente y la familia .....	31
La orientación relacional y psicodinámica o psicoanalítica.....	33
Una manera de escuchar y observar .....	33
Una manera de comprender .....	34
Una manera de ayudar a cambiar.....	34
Referencias .....	34
<b>Los factores que influyen en la evolución.....</b>	<b>37</b>
<b>2. Factores biológicos de la evolución y de sus trastornos .....</b>	<b>39</b>
<i>Núria Beà</i>	
Introducción .....	39
Clasificación de los trastornos del desarrollo de base biológica .....	39
Cuadros 1, 2 y 3 .....	40

Clasificación según el momento en que se establece el diagnóstico .....	40
Efecto sobre los padres del diagnóstico de patología.....	41
La comunicación del diagnóstico .....	43
Factores que inciden en la evolución .....	45
Factores constitucionales .....	46
Resiliencia.....	46
Trastornos que afectan a la globalidad del desarrollo.....	47
Trastornos sensoriales .....	49
Influencia de las enfermedades somáticas en la evolución .....	51
Viñeta clínica .....	52
Referencias.....	54

### **3. Factores relacionales de la evolución y de sus trastornos....** 55

*Núria Fillat*

Relación madre-bebé.....	55
Inicio del vínculo: la fantasía.....	55
El embarazo .....	55
El nacimiento .....	56
La primera separación .....	56
El primer encuentro.....	57
La relación del bebé con la madre como primera experiencia emocional .....	58
La relación del niño con su entorno .....	59
El padre .....	59
Los hermanos.....	60
Los abuelos y otros familiares.....	60
Los amigos.....	60
Funciones y actitudes parentales.....	62
Contención y tolerancia.....	63
Exigencia y fracaso .....	64
Transmisión de la organización mental y del contacto con la realidad .....	65
La comunicación .....	67
Transmisión transgeneracional .....	68
Viñeta clínica .....	69
Referencias.....	71

El diagnóstico.....	73
<b>4. El diagnóstico en psicopatología del niño y del adolescente.....</b>	<b>75</b>
<i>Montserrat Grau</i>	
Introducción.....	75
Características del diagnóstico en psicopatología del niño y del adolescente.....	75
Distintos grados de severidad de la psicopatología .....	76
Pronóstico.....	77
Indicadores de posibilidades evolutivas y de mejor pronóstico .....	77
Indicadores de pocas posibilidades evolutivas y de mal pronóstico .....	77
La primera visita .....	78
Primera visita y psicopatología .....	78
Recogida y significación de los datos .....	79
Los síntomas: valor y significado .....	81
La impresión diagnóstica.....	82
Clasificaciones diagnósticas en psicopatología del niño y del adolescente.....	82
Criterios sintomáticos frente a criterios estructurales.....	83
Fenet. Clasificación diagnóstica en psiquiatría-psicología infanto-juvenil.....	84
Cuadro 1: Fenet.....	85
Viñetas clínicas .....	95
Referencias.....	100
<b>La franja de la normalidad.....</b>	<b>101</b>
<b>5. El bebé normal desde el punto de vista psicológico.....</b>	<b>103</b>
<i>Remei Tarragó</i>	
Las etapas del desarrollo .....	103
Principales teorías del desarrollo psicológico infantil .....	104
Presupuestos básicos.....	104
Fundamento filosófico .....	104
Cómo estudian el desarrollo.....	104
Áreas de mayor impacto.....	104

Diferencias entre los tres campos de los factores del desarrollo: funciones neuropsíquicas, cognición y afectividad.....	105
Interdependencia de los tres campos del desarrollo.....	105
Desarrollo normal de la personalidad del niño: el primer año de vida.....	105
El recién nacido .....	105
Desarrollo de la prensión .....	106
Desarrollo de las posturas de locomoción.....	107
Desarrollo cognitivo y del lenguaje.....	107
Contacto, relación, diferenciación, ansiedad ante el extraño .....	108
Necesidades físicas y emocionales.....	109
Necesidades del lactante.....	110
Comportamientos aceptables .....	110
Sueño y alimentación.....	111
Cólicos idiopáticos del primer trimestre.....	114
Referencias.....	115

## **6. El niño normal desde el punto de vista psicológico.....** 117

*Anna Capdevila*

Introducción .....	117
El niño y su entorno familiar.....	119
El papel de los padres.....	119
El papel de los hermanos.....	119
El papel de los abuelos .....	120
Independencia y dificultades de separación .....	120
Hostilidad, rivalidad y desafío .....	121
Desarrollo sexual.....	122
La vida escolar del niño.....	122
Aprendizaje y dificultades del aprendizaje.....	123
Dificultades del comportamiento en la franja de la normalidad.....	124
Nuevas relaciones. La amistad .....	125
Tiempo libre, aficiones y actividades .....	125
Los cuentos.....	126
Lenguaje .....	127
Viñetas clínicas .....	127
Referencias.....	133

<b>7. La adolescencia normal desde el punto de vista psicológico</b> .....	135
<i>Leticia Escario</i>	
Introducción .....	135
Cambios, pérdidas, progresos, duelos .....	135
Tendencias regresivas.....	136
Convivencia de aspectos infantiles y aspectos adultos.....	138
Respuesta del mundo adulto .....	138
Indicadores de buen funcionamiento .....	139
Necesidad de verificarse.....	139
La intimidad .....	140
La incorporación a un grupo.....	140
Dos tendencias regresivas de signo opuesto .....	141
Dos tendencias progresivas de signo opuesto .....	141
Viñetas clínicas .....	141
Adolescencia y familia .....	144
Actitudes de freno y control .....	145
Esperanzas y proyectos .....	145
Conflicto generacional .....	146
Chantajes versus tolerancia.....	147
Orígenes del conflicto .....	148
Referencias .....	148
<b>Los padres</b> .....	151
<b>8. Nuestra tarea con los padres</b> .....	153
<i>Albert Montaner</i>	
Vicisitudes del trabajo con los padres .....	153
La participación de los padres .....	153
La empatía parental.....	154
Refuerzo a las funciones parentales.....	154
Los padres llegan a la consulta.....	155
Intuitivos y empáticos .....	155
Hundidos y desanimados .....	156
Sobreprotectores .....	157
Molestos y enfadados .....	157
La madre sobreprotege y el padre exige .....	159
Ante los acontecimientos vitales de la evolución .....	160

Uso y abuso de la guardería.....	161
Entrada en la escuela.....	162
Cambios de escuela.....	162
Nace un hermano .....	163
Pubertad y adolescencia .....	163
Viñeta clínica .....	164
Referencias.....	166
<b>9. Cuando el niño enferma .....</b>	<b>169</b>
<i>Remei Tarragó</i>	
La hospitalización .....	169
Enfermedades agudas.....	170
La hospitalización alrededor de los tres años.....	170
La hospitalización en el período de lactante.....	171
La enfermedad grave y prolongada.....	172
Intervención quirúrgica.....	172
La familia frente al niño enfermo .....	175
Duelos y pérdidas.....	175
Viñeta clínica .....	176
Referencias.....	178
<b>10. Ante factores traumáticos .....</b>	<b>179</b>
<i>Rosa Agulló</i>	
La separación de los padres.....	179
El maltrato .....	180
Padres con trastornos mentales.....	182
Viñetas clínicas .....	183
Referencias.....	187
<b>La psicopatología .....</b>	<b>189</b>
<b>11. La prematuridad.....</b>	<b>191</b>
<i>Remei Tarragó</i>	
Introducción .....	191
Problemas más frecuentes en los niños prematuros.....	192
Enfermedades respiratorias.....	192
Enfermedades cardíacas.....	193
Enfermedades infecciosas .....	193
Patología neurológica.....	193
Enfermedades digestivas.....	193
Retinopatía del prematuro .....	193
Anemia del prematuro .....	193

Principales causas de prematuridad .....	193
Ansiedades, culpas y duelos de los padres de un niño prematuro .....	195
Importancia de la valoración interdisciplinar en el acompañamiento del niño prematuro .....	196
Viñeta clínica .....	199
Referencias .....	202
<b>12. El bebé y sus trastornos.....</b>	<b>203</b>
<i>Aurora Jubany</i>	
Introducción .....	203
Trastornos de expresión funcional del bebé .....	204
Trastornos del sueño .....	204
Problemas del comer .....	205
Disfunciones digestivas: regurgitaciones, vómitos, diarreas, rumiación .....	206
Bebés hipertensos: cólicos de los primeros meses.....	207
Enfermar frecuentemente.....	207
El papel de la ansiedad .....	207
Retraso psicomotor .....	208
Apatía y somnolencia .....	208
Estimulación mutua padres-hijos empobrecida .....	208
Retraso en la evolución psicomotora .....	209
Indiferenciación .....	209
Trastornos en la relación y la comunicación: bebé silencioso, ausencia de contacto visual, desconexión.....	209
Bebé silencioso.....	209
Primeros indicios de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) .....	210
Síntomas de alerta y de alarma e indicadores de trastorno.....	211
Primer semestre.....	211
Segundo semestre.....	211
Viñetas clínicas .....	212
Referencias .....	215
<b>13. El niño y sus trastornos.....</b>	<b>217</b>
<i>Flors Llardén</i>	
Introducción .....	217
Multicausalidad.....	218

Suma de síntomas versus estructura y dinámica personal y relacional.....	219
Cuadro 1: Señales de alarma en la edad escolar.....	220
Áreas de expresión de la psicopatología .....	221
Cuadro 2: Áreas de expresión de alteraciones.....	221
La psicopatología como un continuo.....	221
Cuadros neuróticos .....	222
La ansiedad.....	222
Formas de manejo de la ansiedad .....	222
Cuadro 3: Metabolismo de la ansiedad.....	223
La regresión y el apego patológico .....	224
Problemas de aprendizaje y fracaso escolar.....	225
Dislexia.....	225
Discalculia .....	226
Rechazo escolar.....	226
Debilidad mental .....	226
Fobia escolar .....	226
Cuadros <i>borderline</i> .....	227
Trastorno del comportamiento.....	227
Cuadro 4: Características de los niños con trastornos del comportamiento.....	227
Cuadro 5: Signos de alarma de evolución <i>borderline</i> .....	228
Trastornos psicóticos .....	228
Cuadro 6: Características de la organización psicótica .....	228
Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD).	
Síndromes clínicos de tipo autístico .....	229
El niño autista.....	229
Síndrome de Kanner o trastorno autista.....	230
Síndrome de Asperger o trastorno de Asperger.....	230
Síndrome de Rett o trastorno de Rett.....	230
Síndrome de Heller o trastorno desintegrador de la infancia.....	230
Viñetas clínicas .....	232
Referencias.....	234

**14. El adolescente y sus trastornos .....** 235

*Glòria Setó*

Introducción.....	235
Trastorno por inhibición .....	236

Trastornos centrados en el cuerpo.....	237
La imagen del cuerpo.....	237
Fetichismo estético.....	239
El riesgo.....	239
Anorexia.....	240
Bulimia.....	240
El sexo.....	241
El consumo de tóxicos.....	242
Trastornos del comportamiento.....	243
El problema del actuar.....	243
El paso al acto.....	243
La fuga.....	243
Conducta psicopática.....	246
Brote psicótico.....	247
Referencias.....	249
<b>El tratamiento.....</b>	<b>251</b>
<b>15. ¿Qué es <i>tratar</i> en psicopatología del niño y del adolescente?</b> .....	<b>253</b>
<i>Eulàlia Torras</i>	
Introducción.....	253
Modalidades terapéuticas.....	254
La relación terapéutica.....	255
La indicación terapéutica: el tratamiento válido y viable.....	255
La elaboración de la intervención.....	257
La asistencia en los servicios públicos: su especificidad.....	259
Pronóstico.....	260
Según las condiciones de base.....	261
Según las posibilidades terapéuticas.....	261
Viñetas clínicas.....	263
Referencias.....	266
<b>16. Estimulación terapéutica y atención precoz.....</b>	<b>269</b>
<i>Mireia Escardíbul</i>	
¿Qué es la estimulación terapéutica y qué pacientes la necesitan?.....	269
Equipo pluridisciplinar.....	269
Profesionales que lo componen.....	269
Objetivos de trabajo comunes del equipo.....	270

El diagnóstico .....	270
El tratamiento .....	271
Características generales del tratamiento .....	271
El acuerdo terapéutico o <i>setting</i> .....	271
Aspectos internos fundamentales .....	272
Modalidades terapéuticas y sus características específicas .....	275
Individual .....	275
Padres o cuidadores del niño .....	276
Tratamiento grupal .....	276
Final del tratamiento .....	277
Viñeta clínica .....	277
Referencias .....	279
<b>17. Tratamiento por juego simbólico .....</b>	<b>281</b>
<i>Consol Tarragó</i>	
Introducción .....	281
Función del juego en el desarrollo .....	281
Etapas del juego .....	283
Juego sensorial y motor .....	283
Juego simbólico .....	284
Juego de reglas .....	284
Tratamiento por juego simbólico .....	285
Objetivos .....	285
Indicaciones .....	285
Cuadro 1: Perfil habitual de un niño candidato a tratamiento por juego simbólico .....	286
Contraindicaciones .....	287
Encuadre, marco o <i>setting</i> .....	287
Material que se utiliza .....	288
La relación entre terapeuta y niño .....	288
El juego como instrumento y a la vez como objetivo .....	289
Cuadro 2: Aspectos a tener en cuenta en el período de observación al iniciar un tratamiento por juego simbólico .....	289
Tipos de intervenciones .....	290
Cuadro 3: Tipo de intervenciones del terapeuta .....	292
Del juego al pensamiento y a la simbolización .....	292
Viñetas clínicas .....	294
Referencias .....	298

<b>18. La reeducación</b> .....	301
<i>Adrià López</i>	
Definición.....	301
Cuadro 1: Estadios en el aprendizaje .....	302
Objetivos .....	302
Cuadro 2 .....	303
Técnica y metodología .....	305
Cuadro 3 .....	305
Viñeta clínica .....	306
Trabajo con la familia y la escuela.....	308
Con la familia .....	308
Con la escuela .....	310
Referencias.....	313
<b>19. Intervenciones psicoterapéuticas cortas</b> .....	315
<i>Rosa Agulló</i>	
Introducción .....	315
Modalidades: en individual o grupo .....	316
Características de la intervención psicoterapéutica corta en grupo.....	316
Características de la intervención psicoterapéutica individual.....	317
Objetivos y funciones.....	317
Objetivo exploratorio.....	317
Función introductoria.....	318
Función terapéutica .....	318
Función de pronóstico .....	318
La indicación .....	319
Cuadro 1: Razones para indicar una intervención psicoterapéutica corta .....	319
El encuadre .....	320
La técnica.....	320
La relación terapéutica .....	321
La contención .....	321
La aportación del terapeuta .....	321
Viñeta clínica .....	322
Referencias.....	324

<b>20. Las psicoterapias</b> .....	325
<i>Montserrat García-Milà</i>	
¿Qué es la psicoterapia? .....	325
Especificidad de la psicoterapia con niños .....	327
Psicoterapia de final abierto.....	328
Psicoterapia breve: características, objetivos, focalización.....	329
Cuadro 1: Factores de indicación	
de la psicoterapia breve .....	330
Psicoterapia breve madre-bebé,	
madre/padre-hijo, padres-hijo .....	331
Psicoterapia familiar .....	333
Objetivos.....	334
Técnica.....	334
Indicaciones y contraindicaciones .....	335
Cuadro 2: Contraindicaciones	
de psicoterapia familiar .....	336
Trabajo con la familia.....	336
Cuadro 3: Diferencias entre trabajo	
con la familia y psicoterapia familiar .....	336
Viñetas clínicas .....	336
Referencias.....	340
<b>21. Tratamientos en grupo</b> .....	341
<i>Glòria Zegri</i>	
Introducción .....	341
Indicaciones .....	342
Evaluación y selección.....	342
Cuadro 1: Criterios de contraindicación	
en el niño o adolescente.....	343
Cuadro 2: Criterios de contraindicación	
en los padres .....	343
Técnica .....	344
Organización .....	344
Encuadre .....	345
Funciones del terapeuta: Cuadro 3.....	345
Evolución.....	347
Tipos de grupo según la edad .....	348
Primera infancia.....	348
Escolares .....	349
Adolescencia .....	350

Tipos de grupo según los objetivos.....	350
Psicoterapéutico.....	350
Reeducativo.....	351
Grupos “monosintomáticos”.....	352
Objetivos: Cuadro 4.....	352
Selección y organización.....	353
Grupos de padres.....	353
Cuadro 5: Objetivos.....	354
Cuadro 6: Tipos de grupos y encuadre.....	355
Viñetas clínicas.....	355
Referencias.....	357
<b>22. El seguimiento psicoterapéutico.....</b>	<b>359</b>
<i>Glòria Zegri</i>	
¿Qué es? Objetivos. Funciones.....	359
Cuadro 1: Funciones del seguimiento.....	360
Cuadro 2: Coordinaciones desde el seguimiento.....	361
Modalidades de seguimiento.....	361
Seguimiento psicoterapéutico como tratamiento psicológico.....	361
Seguimiento psicoterapéutico paralelo al tratamiento psicológico del niño o del adolescente.....	363
Cuadro 3: Aspectos a observar en las entrevistas de seguimiento paralelo al tratamiento.....	364
Seguimiento intensivo.....	364
Viñeta clínica.....	365
Referencias.....	367
<b>23. El tratamiento psicofarmacológico del niño y del adolescente.....</b>	<b>369</b>
<i>Maria Teresa Miró</i>	
Introducción.....	369
Características específicas del uso de los psicofármacos en la infancia.....	372
En cuanto a la edad.....	372
En cuanto al entorno familiar.....	372
En cuanto al entorno escolar.....	373
Indicaciones de los psicofármacos en las diferentes patologías.....	373
Neurolépticos o antipsicóticos.....	373
Antidepresivos.....	374

Psicoestimulantes .....	377
Ansiolíticos .....	378
Tratamientos combinados psicoterapéuticos y farmacológicos .....	379
Viñeta clínica .....	379
Referencias .....	381

# Introducción

En este libro<sup>1</sup> explicamos una parte importante de nuestra experiencia clínica, basada en nuestro quehacer diario en la consulta de psicología y psiquiatría de niños, adolescentes y familias, tanto pública como privada.

Nuestro enfoque es sobre todo psicodinámico y relacional, por tanto, toma constantemente en cuenta las relaciones interpersonales y las consecuentes dinámicas que están funcionando en la familia. Los padres, los hijos y las otras personas que conviven en la casa contribuyen a organizar esas dinámicas; todos ellos, no sólo participan en ellas sino que además son afectados de maneras favorables o desfavorables por las mismas. Las dinámicas familiares influyen definitivamente en la evolución normal o patológica del niño, e influyen también en el bienestar y la evolución de cada uno de los miembros de la familia.

Así, la evolución del niño y del adolescente, su salud mental o su psicopatología, se desarrollan en el tejido de las relaciones interpersonales familiares. Cada ser humano tiene sus características innatas, sus recursos y sus limitaciones; cada edad tiene sus capacidades, necesidades, problemas y crisis; de cómo el entorno responda a todo, de las dinámicas relacionales que se creen, dependerá la calidad de la evolución que el niño y el adolescente logren hacer. En este sentido, la normalidad y la psicopatología son el resultado de esta evolución del individuo. Con todo esto, se relacionan los enfoques terapéuticos que utilizamos para reconducir la evolución hacia la salud. Así, los distintos tratamientos,

<sup>1</sup> Escrito por profesionales de la Fundació Eulàlia Torras de Beà.

las distintas modalidades terapéuticas que utilizamos según cada situación clínica, aunque cada uno incide por su vía específica, tienen un objetivo común: conseguir que la evolución del paciente, que se había detenido o desviado, vuelva a activarse y se encamine hacia la salud mental.

Esto significa ayudar al paciente a desarrollar equilibrio emocional, capacidades personales y funciones psíquicas, mayor contacto con su realidad interna —sus vivencias, emociones, necesidades...— y con su realidad externa, las personas y objetos de su mundo circundante. En otras palabras, ayudar al paciente a conocer, entender y relacionarse mejor con el mundo que lo rodea, y a conocerse y relacionarse mejor consigo mismo. Como vemos, forma parte de este trabajo personal el desarrollo de *insight*. Todo esto contribuye a que pueda gestionar mejor su propia vida. En este libro explicamos estos procesos y los distintos factores que influyen en ellos y los determinan.

El lector observará que conceptos fundamentales relacionados con la evolución, las relaciones interpersonales y las dinámicas relacionales se tratan en los distintos capítulos, en la descripción de las distintas áreas y de las distintas edades, así como en las exposiciones clínicas. De la misma forma, conceptos relacionados con la gestión del tratamiento se retoman también en las distintas modalidades terapéuticas.

Así, por ejemplo, los conceptos de ansiedad, mecanismos de defensa, relación interpersonal, vínculo, relación terapéutica, interacción, estructura de la personalidad, realidad interna o mental, mundo interno, empatía, contención, transferencia, contratransferencia, aspectos sanos, *setting*, encuadre o marco, entre muchos otros, irán siendo explicados en los distintos contextos, donde se vuelven a tratar y se amplían hasta conseguir transmitir, creemos, la profundidad de su significado, completamente entroncado con la clínica.

En cuanto al tratamiento, explicamos diferentes modalidades terapéuticas que utilizamos en la clínica, pero en realidad nos centramos en aquéllas, por así decir, más sistematizadas, las que con el tiempo han recibido un nombre propio: Reeducción, Psicoterapia, Psicoterapia Breve, Estimulación Terapéutica, Grupos Terapéuticos... También describimos el tratamiento por Juego Simbólico y las Intervenciones Cortas, que utilizamos desde hace años pero que no se puede decir aún que sean “clásicos” de las baterías terapéuticas habitualmente citadas. Aun así, si creyéramos que con este listado terapéutico terminan nuestras habilidades, estaríamos dando una visión muy empobrecida de lo que son las enormes posibilidades terapéuticas de substrato relacional

y psicodinámico. En realidad, en base a la formación en psicología y psicopatología psicodinámicas, a la experiencia clínica, a una comprensión de las dinámicas relacionales y de los factores constitucionales y biológicos, en general, y a un conocimiento de la psicofarmacología, se trata de crear el tratamiento adecuado y específico para cada paciente. No me refiero solamente a que, como sabemos, cada reeducación y cada psicoterapia es diferente de las otras, a que cada grupo terapéutico tiene una especificidad muy diferenciada, y a que la relación terapéutica es siempre distinta y además evoluciona dinámicamente; me refiero a que con cada paciente organizamos el *setting* necesario y posible; nos movemos entre la investigación y creación de nuevas posibilidades y el uso de los conocimientos ya asentados y, por ello, clásicos. Según el nivel de simbolización, en el que nos podemos comunicar con nuestro paciente, buscamos el tipo y grado de nuestra participación, entre ofrecer nuestra manera de entender y verbalizar lo que vamos conociendo para que el paciente lo incorpore a su elaboración, y posiciones más orientadoras y directivas. En definitiva, buscamos la forma de que cada tratamiento sea válido y viable, o sea, aporte el máximo de beneficios dentro de las posibilidades que —entre el paciente y nosotros— tenemos. Cada tratamiento, o la mayoría de ellos, por tanto, tienen su corte singular; basándonos en esto, podemos decir que creamos un tratamiento específico para cada paciente.

El libro está organizado de la siguiente manera. En el primer capítulo se expone un apunte histórico de la especialidad y unas ideas acerca de las distintas líneas teóricas actuales, sus convergencias y divergencias. En los capítulos segundo y tercero se tratan los tan importantes factores biológicos y relacionales de la evolución, aquellos que facilitan u obstaculizan una evolución y maduración normales.

En el cuarto capítulo se habla del diagnóstico, distintas perspectivas desde las que se puede visualizar, con mayor atención a la perspectiva psicodinámica. Se consideran también las clasificaciones diagnósticas, especialmente el Fenet, elaborado en nuestra institución.

Los capítulos que siguen exponen las dos grandes áreas: la franja de la normalidad en el bebé, el niño y el adolescente (quinto, sexto y séptimo) y la área de los trastornos también en las distintas edades (desde el capítulo once hasta el catorce). Entre ambos territorios, hemos dedicado los capítulos ocho, nueve y diez al trabajo con los padres, siempre central en los distintos ámbitos de nuestro quehacer asistencial.

A continuación, sigue el amplio terreno de los tratamientos, introducida por un capítulo, el quince, sobre el concepto de *tratar* en

psiquiatría y psicología del niño, el adolescente y la familia de enfoque psicodinámico. Enseguida la descripción de los diversos tratamientos que utilizamos en las distintas edades. Se trata de diferentes modalidades psicoterapéuticas y psicopedagógicas cuya indicación, en forma de tratamiento individual o de grupo, depende de la clínica. Y, por supuesto, el capítulo sobre psicofarmacología, utilizada con una visión psicodinámica de la evolución y de la psicopatología.

Cada capítulo consta de una exposición teórica con fuertes raíces en la clínica, y de ilustraciones clínicas, que concretan y completan lo expuesto en la primera parte. Creemos que estas viñetas serán para el lector una ventana a la consulta del profesional, y que le permitirán captar la enorme complejidad de la tarea, la riqueza de las vivencias que participan en ella, así como la importancia de la articulación de la clínica con los desarrollos teóricos.

Sólo queda decir que deseamos que el lector valore, como nosotros hacemos, la enorme variedad, las amplias posibilidades y también la variada complejidad de nuestro trabajo en psiquiatría y psicología del niño, el adolescente y la familia, cuando lo entendemos desde un punto de vista psicodinámico. Esta riqueza estimula y reclama la creatividad del profesional, que enfrentado con los variados problemas de su quehacer clínico debe constantemente crear la modalidad terapéutica específica, la respuesta necesaria, el matiz concreto, de forma de diseñar, como decíamos, para cada paciente la propuesta terapéutica válida y viable.

## *DESARROLLO HISTÓRICO*

# 1. La psiquiatría infanto-juvenil, sus orientaciones teóricas y su especificidad

*Eulàlia Arias*

## APUNTE HISTÓRICO: ORÍGENES Y DESARROLLO DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL

El interés por la salud mental en las primeras etapas de la vida, así como a lo largo de todo el ciclo vital, no ha hecho más que crecer en las últimas décadas. La sociedad, principalmente a través de las familias, pide atención especializada para sus niños y adolescentes. Los profesionales sensibles a esta demanda buscan ampliar su formación. En la actualidad se detecta un aumento de las aportaciones científicas provenientes del ámbito profesional de la pediatría, la psicología y la psiquiatría infantil y juvenil.

La evolución histórica de la psiquiatría infantil es un reflejo del valor que se ha dado a la infancia a lo largo del tiempo en las distintas sociedades. Siguiendo la propuesta de distintos autores (Doménech y Corbella, 1991; Doménech y Canals, 1998), dividiremos el estudio de los orígenes y el desarrollo de la psiquiatría infantil en los cuatro períodos siguientes:

### **Período de datos aislados: desde la antigüedad hasta el inicio del siglo XIX**

A pesar de que se encuentran referencias a las enfermedades mentales en la infancia desde la antigüedad, éstas constituyen un conjunto de datos aislados que no configuran un cuerpo de conocimiento unitario hasta los albores del siglo XIX.

Dentro de estos datos encontramos referencias al trastorno que actualmente denominamos epilepsia infantil en la obra de Hipócrates (s. V aC) y Galeno (s. II dC).

De la Edad Media hay escritos que plantean el debate sobre la etiología —natural o demoníaca— de la deficiencia mental.

En el Renacimiento, aparece algún capítulo sobre psicopatología infantil en algunos libros de enfermedades de niños.

En los siglos *xvi* y *xvii* hay una gran riqueza del material psicopatológico en la obra pediátrica española, en los que se trata la deficiencia mental, la epilepsia y algunos trastornos del sueño, en especial los terrores nocturnos y el insomnio. En Suiza, destaca la obra del médico de Basilea Félix Platter (1536-1614), precursora de las clasificaciones de las enfermedades mentales, de los estudios epidemiológicos y de las reeducaciones de los retrasados mentales.

En esta época la reeducación de los sordomudos es un tema de gran interés. Destacan las experiencias pioneras del fraile benedictino Pedro Ponce de León (1520-1584), de San Francisco de Sales (1604), los métodos del médico inglés John Bulwer o del alemán Jean Conrad Ammam, entre otros.

En el siglo *xviii*, Jacobo Rodrigo Pereyra, judío portugués nacido en Extremadura y establecido en París, inventó un alfabeto de signos para poder comunicarse con una joven sordomuda con quien se casó. Posteriormente se dedicó profesionalmente a la enseñanza de los sordomudos. Su obra fue adoptada por Abbé de l'Épée cuando en 1778 fundó un centro para la enseñanza de sordomudos en París. En esta institución, el joven cirujano Jean Marc Gaspar Itard (1774-1838), se hizo cargo del tratamiento de un niño capturado en los bosques de Aveyron al que llamó Víctor. El chico tenía unos once años de edad, no hablaba, iba desnudo, andaba a gatas y parecía que no había tenido ningún contacto humano.

Los informes que el Dr. Itard transmitió al ministro del interior francés en 1801 y 1806 se consideraron un hito en la historia de la psicopatología infantil. En ellos encontramos una observación sistemática del comportamiento del niño y una actitud abierta y flexible por parte del profesional.

## **1800-1880: Período del predominio del interés social**

En el siglo *xix*, a partir de la obra de Pinel y Esquirol, aparece una nueva actitud social hacia la enfermedad mental. En Francia, los manicomios empiezan a ser instituciones de las que se espera un tratamiento. A mediados de siglo, se crearon pabellones separados para los menores que estaban en las instituciones mezclados con los adultos. En este período también crece el interés de la sociedad por los niños con deficiencias y enfermedades mentales. A principios de siglo, se habían creado las primeras

instituciones para la reeducación del lenguaje de los sordomudos y, posteriormente, aparecieron centros específicos para retrasados mentales.

En este período, hay publicaciones de psiquiatría infantil dentro de tratados amplios de psiquiatría y pediatría en Europa y los Estados Unidos. En el ámbito de la pediatría destaca la obra del inglés Charles West (1816-1898) por su valoración de los aspectos evolutivos de la psiquiatría infantil y su descripción de casos de niños con patología psicósomática y trastornos del lenguaje diagnosticados, erróneamente, de deficiencia mental (Doménech y Canals, 1998).

Los temas más tratados en esta época son la epilepsia, el retraso mental, las alteraciones afectivas (manía y depresión), las alteraciones de conducta y la delincuencia infantil.

## **1880-1920: Período de consolidación**

En estas cuatro décadas se perfila un período de plenitud para la psiquiatría infantil. Se encuentra un aumento de publicaciones de contenidos diversos en las que se usan los términos de histeria y neurosis, y las formas infantiles de demencia y esquizofrenia. Aparecen los primeros textos específicos que tratan de las enfermedades mentales en la infancia, algunos de los cuales diferencian claramente la psicopatología infantil de la del adulto y valoran la influencia de los aspectos sociales.

Se considera que, en este período, nace la psicología como ciencia: Wilhlem Wundt funda en 1879 el primer laboratorio de psicología en la ciudad alemana de Leipzig; se conoce el primer doctor en psicología, el norteamericano Stanley Hall, quien a su vez es fundador de la American Psychological Association (APA) en 1893, e impulsor de la primera revista de psicología en lengua inglesa. En Europa, se inicia la psicometría con la escala para la medición de la inteligencia de Alfred Binet (1905), que propone la distinción entre edad mental y edad cronológica, y Sigmund Freud crea el psicoanálisis, publicando en 1900, *La interpretación de los sueños*.

El inicio del psicoanálisis tiene una gran repercusión en el desarrollo de la psiquiatría infantil. Freud considera de gran importancia los antecedentes infantiles de sus pacientes adultos y se preocupa por explicar, teóricamente, la evolución emocional desde el inicio de la vida. Desde una perspectiva histórica, se sitúa el inicio del psicoanálisis de niños en 1909, con la publicación del *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*.

El primer texto de psiquiatría infantil, en castellano, se publicó en Barcelona en 1907. Era obra de August Vidal i Perera, quien ocupó la primera cátedra de psiquiatría infantil del mundo, creada por la real

orden del 28 de noviembre de 1906 para la Escuela Normal Superior de Maestros de Barcelona (Folch i Soler, 2004).

En esta época de consolidación, es importante resaltar tres aspectos sociales:

- a) la creación de los tribunales de menores;
- b) el movimiento por la higiene mental —que introducía la importancia de la prevención desde la niñez—, y
- c) el origen de las escuelas especiales para los niños con deficiencia mental.

## 1920-actualidad: Cristalización de la especialidad

En la actualidad constatamos que de forma irregular pero progresiva se ha constituido un cuerpo doctrinal, unas publicaciones periódicas y se ha creado una red amplia de asistencia psicológica y psiquiátrica para la salud mental de niños y adolescentes.

En las primeras décadas del siglo **xx** hay un aumento de los centros de orientación infantil, de las instituciones para deficientes mentales y de los recursos para la atención a los jóvenes delincuentes.

Los descubrimientos, que iban desarrollándose en el movimiento psicoanalítico, dieron un gran impulso a la psicopatología infantil. Desde esta perspectiva, se otorga un gran valor a la infancia considerando que fundamenta la personalidad del adulto. En 1920, en el Congreso de la API, la psicoanalista Helen von Hug-Hellmuth presentó un primer caso de tratamiento infantil que generó un enorme interés entre los asistentes. Posteriormente, las aportaciones de los psicoanalistas Ana Freud desde Viena, y Melanie Klein, desde Londres, contribuirán a la comprensión y al tratamiento de las alteraciones en la infancia, así como las de Donald Winnicott, René Spitz, John Bowlby y Margaret Mahler, entre otros.

El modelo conductista tiene una escasa influencia en el ámbito de la salud mental. Durante estas décadas desarrolla teorías sobre el aprendizaje sustentadas en la concepción del niño como una *tabula rasa* donde todo está por escribir. Aunque en 1952, Josephine Wolpe propone un tratamiento de desensibilización sistemática, no será hasta los años setenta cuando se introducirá el modelo conductista en ámbitos académicos primeros, y posteriormente, en la clínica, como alternativa al modelo psicoanalítico.

Por otro lado, las aportaciones de Jean Piaget sobre el desarrollo intelectual del niño y su metodología de caso único aplicada a estudios longitudinales se considerarán de enorme interés entre los profesionales de la salud mental. Tanto Piaget como Freud consideran que el niño es un ser activo desde el nacimiento y que interacciona con su entorno.

La Segunda Guerra Mundial (1939-1945) provoca una gran migración de profesionales hacia los Estados Unidos. Allí, Leo Kanner, considerado el padre de la psiquiatría infantil en los países de habla inglesa, publica sus trabajos sobre autismo infantil (1942-1944). En 1943, su compatriota, Hans Asperger, publica sus observaciones sobre psicopatía autística (Torres, Domínguez y Rodríguez, 2004).

A pesar de que en 1937 se celebró el I Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil en París, se considera que es a partir de 1945 cuando se reconocen los primeros especialistas, diferenciándose de los psiquiatras de adultos y de los pediatras.

En nuestro contexto, destaca la figura de Julián de Ajuriaguerra (1911-1993), catedrático de psiquiatría infantil de la Universidad de Ginebra, por ser considerado maestro y referente de muchos profesionales que ejercen en la actualidad.

En Europa y los Estados Unidos, a partir de los años sesenta, se empiezan a organizar las unidades de salud mental del niño y del adolescente. La perspectiva psicodinámica ejerce una gran influencia, al tiempo que la perspectiva social de Vigotsky, y la psicobiológica van también adquiriendo importancia. En esta época, crece el interés por el estudio de los factores familiares y socioculturales.

En los años setenta se desarrollan distintas aplicaciones de las técnicas de modificación de conducta y, desde una perspectiva biológica, se avanza en la terapia psicofarmacológica.

El auge de las neurociencias repercute en la psiquiatría infantil en los años noventa, por sus implicaciones etiopatogénicas y terapéuticas en determinados trastornos como el autismo infantil, la esquizofrenia, o el trastorno obsesivo compulsivo, entre otros (Torres, Domínguez y Rodríguez, 2004).

En la actualidad se constata un creciente interés por el estudio de trastornos como el déficit de atención y la hiperactividad, la ansiedad de separación, los trastornos de la alimentación y las repercusiones de los nuevos modelos de familia; y un intento —dentro del ámbito académico y profesional— de integrar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales desde las distintas orientaciones teóricas.

## **DISTINTAS ORIENTACIONES TEÓRICAS EN PSIQUIATRÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA**

Inicialmente se conciben dos grandes modelos teóricos sobre el desarrollo humano: el modelo mecanicista y el organicista. En el primero, se considera que el ser humano nace como una *tabula rasa* y serán los

estímulos del ambiente los que determinaran su evolución. En el segundo, se parte de la premisa de que *el recién nacido es activo frente al mundo que le rodea*. La orientación conductual es mecanicista, mientras que la psicoanalítica y el modelo cognitivo —dentro del cual podemos situar las aportaciones de Piaget— son organicistas. Estas dos últimas líneas teóricas explican la evolución en fases o períodos. Freud plantea el estudio del desarrollo emocional del niño en cuatro etapas (oral, anal, fálica y de latencia) y Piaget describe el desarrollo cognitivo en cuatro períodos (sensorio-motriz, pre-operatorio, operaciones concretas y operaciones formales). Las actuales teorías cognitivas o corrientes neopiagetianas intentan la síntesis con la teoría del procesamiento de la información, mientras que *las aportaciones psicoanalíticas se centran en el estudio de la interacción y de la vinculación afectiva*. En la actualidad, el desarrollo de las neurociencias está ofreciendo la posibilidad de probar, empíricamente, muchas de las hipótesis clínicas sobre la importancia del vínculo afectivo en los inicios de la vida (Zeanah, Smyke, Koga, Carlson, 2005).

**Cuadro 1. Características del modelo de la psicopatología del desarrollo**

- |   |
|---|
| a) Un enfoque <i>biopsicosocial</i> , que integre los condicionantes biológicos con los intrapsíquicos y el contexto social.  |
| b) La <i>multicausalidad</i> del enfermar psíquico infantil.  |
| c) La existencia de unas <i>estructuras psicopatológicas cambiantes</i> a lo largo del tiempo, con capacidad autorreguladora, en un juego dinámico de reversibilidades-irreversibilidades, maduraciones-dismaduraciones, organización-desorganización y todo con un criterio evolutivo-funcional en el que el tejido psíquico está en permanente situación de adaptación y progreso pero con riesgo de dismaduración o desestructuración. |
| d) La existencia de un <i>continuum</i> entre lo normal y lo patológico.  |
| e) Admite la posibilidad de <i>cronodependencia</i> de las estructuras psicopatológicas infantiles, de forma que éstas se organizan y manifiestan de distinta manera, dependiendo de la edad y del momento evolutivo. El mismo síntoma puede tener diferentes significados.   |
| f) La existencia de una <i>comorbilidad evolutiva</i> al comprobar que las organizaciones psicopatológicas suelen acompañarse a lo largo del desarrollo de otros síntomas o trastornos de diversa índole.   |
| g) Una relación de <i>continuidad y discontinuidad</i> entre las organizaciones psicopatológicas del niño y las del futuro adulto.  |
| h) La existencia de <i>diferencias individuales</i> .   |
| i) Perspectiva <i>longitudinal</i> .  |

La teorías socioculturales iniciadas por L. Vigotsky entienden que el desarrollo del conocimiento y de las competencias individuales tiene lugar a través de la orientación, el apoyo y la estructura que proporciona el contexto sociocultural. Esta perspectiva ha servido de punto de partida a la visión sociogenética de la psicopatología infantil, que enfatiza que los contextos socioculturales (familia, escuela, medio social) pueden funcionar como mecanismos etiopatogénicos del enfermar psíquico en el niño (Torres, Domínguez, Rodríguez, 2004).

En psiquiatría infantil, también encontramos la tradición biológica o modelo biomédico, que parte de la idea de que el malestar psíquico se debe a una alteración de la bioquímica del cerebro. Da mucha importancia a la predisposición genética, y propone una terapéutica basada en la administración de psicofármacos.

En la actualidad, a partir de la diversidad teórica y con el ánimo de integrar las aportaciones de los distintos modelos, varios autores proponen entender la *psicopatología del desarrollo* como un macroparadigma que aúna los criterios evolutivos con la comprensión psicobiológica y social, y las aportaciones de la experiencia clínica (Achenbach, 1990).

## LA ORIENTACIÓN RELACIONAL Y PSICODINÁMICA O PSICOANALÍTICA

A pesar de que sus inicios se remontan al siglo XIX, la orientación psicodinámica o psicoanalítica sigue evolucionando y adaptándose a los cambios sociales, a las nuevas realidades clínicas y a los distintos contextos institucionales. Mantiene una identidad propia a la vez que dialoga con las otras tradiciones psicoterapéuticas y las neurociencias.

Siguiendo la formulación de Echevarría (2004), podemos presentar la perspectiva psicoanalítica como una manera de escuchar, una manera de comprender y una manera de ayudar a cambiar.

### Una manera de escuchar y observar

Freud empieza a escuchar a las personas con enfermedades mentales de una manera nueva, sustituye los modelos basados en la sugestión y la persuasión y propone un método basado en la libertad expresiva y la no-ingerencia del terapeuta en la vida y las decisiones del paciente. Este método es el que denominó asociación libre: el paciente ha de poder decir todo aquello que le venga a la mente, sin suprimir ni censurar nada. Este método, conjuntamente con la neutralidad por parte del profesional y la estabilidad del encuadre son los elementos fundamen-

tales para la escucha analítica. Una escucha que no busca dar consejos ni explicaciones sino comprender al paciente.

## Una manera de comprender

La comprensión psicoanalítica supone la existencia de procesos psíquicos inconscientes, que forman un mundo interno que se expresa a través de la fantasía, el juego, los sueños y la transferencia. El análisis de la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente es esencial para la comprensión psicoanalítica, con independencia de si es conveniente o no interpretarlo. Se considera que la relación interpersonal pone de manifiesto aspectos de la realidad intrapsíquica que el terapeuta sensible e intuitivo puede captar. Durante el tratamiento se intenta establecer puentes entre el pasado y el presente, entre el sueño y la vigilia, entre el cuerpo y la mente, y entre el mundo interno y el mundo externo con el propósito de ayudar a integrar la vida psíquica del paciente.

## Una manera de ayudar a cambiar

El objetivo de la terapia psicodinámica no se reduce a la eliminación del síntoma, sino que pretende favorecer la maduración de la persona. Se espera que el paciente *crezca mentalmente*, que sus relaciones sean cada vez más constructivas, realistas, amorosas y basadas en la confianza. Este propósito se persigue a través de una relación basada en el interés personal y el respeto; relación en la que es muy importante que el paciente encuentre que su sufrimiento es contenido, ya que es a partir de esta contención que podrá comprender, emocionalmente, sus conflictos y desarrollar su capacidad de afrontarlos.

## REFERENCIAS

- Achenbach, Th. (1990). *Empirically Psychopathology in Children*. London: Sage Publications.
- Doménech, E y Corbella, J. (1991). Antecedentes históricos de la psiquiatría infantil. *IMP Psiquiatría*, 4, 204-208.
- Doménech, E. y Canals, J. (1998). Evolución histórica de la psiquiatría infantil. En J. Rodríguez Sacristán (Ed.) *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 145-165), Tomo I, 2a ed. Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Echevarría, R. (2004). La psicoanàlisi, una tradició terapèutica. *Aloma*, 14, 13-21.

- Folch i Soler, L. (2004). *Trastorns de conducta i de personalitat: una psicopatologia per a educadors*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Itard, J. (1997). *El petit salvatge*. València: Edicions 3 i 4.
- Rodríguez Sacristán, J. (2000). *Psicopatología infantil básica*. Madrid: Pirámide.
- Torres, A.; Domínguez, D. y Rodríguez, J. (2004). La psiquiatría infantil, hoy (I): Aspectos históricos. *Avances en Salud Mental Relacional*, 3 (2).
- Torres, A.; Domínguez, D. y Rodríguez, J. (2004). La psiquiatría infantil, hoy (II): Principales fundamentos teóricos. *Avances en Salud Mental Relacional*, 3 (3).
- Torres, A.; Domínguez, D. y Rodríguez, J. (2004). La psiquiatría infantil, hoy (III): Concepto, Objeto de estudio y Método. *Avances en Salud Mental Relacional*, 3 (4).
- Zeanah, Ch.; Smyke, A.; Koga, S. y Carlson, E. (2005). Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania. *Child Development*, 76 (5), 1015-1028.