

Alfonso Correa Del Río
Editor

ACOMPañANDO

en el

CAMINO

de la

CRianza

de 0 a 10 años

La aventura/artes/tarea
de ser padres en el
siglo XXI

Unidad de Salud Mental Infantil

Departamento de Pediatría Clínica Alemana de Santiago

Acompañando en el camino de la crianza de 0 a 10 años
La aventura/artetarea de ser padres en el siglo XXI

© 2024, Alfonso Correa Del Río

Primera edición
Abril 2024
Santiago, Chile

ISBN: 978-956-6187-03-5
Registro de Propiedad Intelectual: 2024-A-2904

Dirección Editorial: Alfonso Correa Del Río
Revisión y corrección: Carolina Lorca Arrau y Pedro Maino Swinburn
Diseño y diagramación: Camila Correa Harnecker
Ilustraciones: se mantendrá el anonimato para respetar la privacidad de niños y niñas que autorizaron su dibujo



acorrea@alemana.cl | editorialalviento@gmail.com
www.alviento.cl

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida, mediante cualquier sistema, sin la expresa autorización del editor.

Patrocinadores:



Asociación de Médicos Clínica
Alemana de Santiago (AMCA)
Con aporte en financiamiento vía
concurso de fondos en la categoría
de proyectos de vocación humanista



ACOMPañANDO

en el

CAMINO

de la

CRIANZA

de 0 a 10 años

La aventura/artetarea
de ser padres en el siglo XXI

Alfonso Correa Del Río (Ed.)



Unidad de Salud Mental Infantil
Departamento de Pediatría Clínica Alemana de Santiago

Contenido

§

Prólogo	7
La aventura/artes/tarea de ser padres en el siglo XXI	9
DESARROLLO INTEGRAL Y CRIANZA	
1. Desarrollo Integral y salud mental	19
2. Parentalidad ¿qué es ser un –suficientemente– buen padre en la actualidad?	27
3. Temperamento ¿qué debemos saber como madres y padres?	39
4. Vínculo Seguro, base para un desarrollo sano	47
5. Modulación sensorial	57
6. Supervisión de salud infantil	65
7. Comunicación y lenguaje	77
8. Comunicación emocional ¿cómo acoger las emociones?	87
9. Período de pataletas ¿qué aporta esta conducta?	95
10. La empatía y su desarrollo	105
11. Desarrollo del sentido espiritual	115
12. Habilidades Sociales ¿cómo estimularlas?	127
13. Naturaleza ¿Qué importancia tiene que lleve a mi hija al parque?	137
14. Enseñar sexualidad ¿cuánto, qué, cómo y por qué?	145
15. Favoreciendo una identidad Integrada	161
HÁBITOS	
16. Hábitos y Rutinas ¿es necesario tenerlas?	173
17. Higiene del sueño ¿por qué es importante dormir bien y cómo lograrlo?	181
18. Importancia de la libertad de movimiento	191
19. El juego en la infancia	201
20. El dibujo y los niños	209
21. Promoviendo una conducta alimentaria infantil saludable	217
22. Ideas guía en el proceso de dejar los pañales	229
23. Hábitos de estudio ¿cómo apoyar el desarrollo de la autonomía?	237
24. Pantallas: ¿herramienta o riesgo?	245
25. Rol de las mascotas en el desarrollo infantil	257

DESAFÍOS QUE PUEDEN APARECER EN LA CRIANZA

26. Estrés normales del ciclo vital	267
27. Enfermedades y accidentes comunes	275
28. Duelo: ¿se puede aprender de la muerte y pérdidas?	283
29. Separación conyugal ¿qué acuerdos deben lograr los padres?	293
30. Neurodiversidad, la hermosa variabilidad de nuestras carreteras cerebrales	303
31. Apoyando al niño con Déficit Atencional	313
32. ¿Cómo ayudar al niño con Epilepsia?	323
33. Comprendiendo al niño con Autismo (TEA)	335
34. Acompañando al niño con enfermedad física	347
35. Entendiendo la ansiedad	357
36. Bullying y CyberBullying	367

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

37. Todos somos vulnerables	381
38. Resiliencia ¿cómo potenciarla?	389
39. Epigenética ¿es verdad que el ambiente influye en la biología?	399
40. Cuidado de los padres durante la etapa perinatal	409
41. Factores protectores de la depresión en niños y niñas	417
42. Prevención de la conducta suicida ¿Qué podemos hacer como padres?	425
43. Prevención del abuso sexual, una responsabilidad de todos	435
44. Redes de apoyo, ¿cuándo y con quién?	445
45. Relación padres-escuela, ¿cómo cumplir una labor colaborativa?	453
46. ¿Cuándo acudir a consulta de salud mental?	463
47. Educando en el agradecimiento	471

Epílogo	485
Autores	487
Palabras clave	491

Prólogo

§

Este libro es un regalo para todos. Cada uno de nosotros necesita relacionarse con otros para desarrollarse. En nuestro rol de padres, tíos, abuelos, cuidadores, amigos, profesionales de la salud, profesores, etc., tenemos múltiples interacciones y posibilidades de contribuir a que esas relaciones sean más nutritivas y respetuosas. Y todos tenemos dudas de cómo hacerlo. Este libro nos muestra –desde lo teórico, práctico, cotidiano y profundo– formas más saludables en la compleja tarea de la crianza y del acompañamiento en el desarrollo de niños y niñas de 0-10 años. La tarea de promover valores, modelar conductas y hábitos, y dar estrategias para afrontar la vida nos involucra a todos directa o indirectamente. No hay mejor momento para contribuir en esto que los primeros años de vida de una persona. Como adultos, tenemos una nueva oportunidad de reflexionar y adquirir herramientas para nuestra propia vida y la de quienes nos rodean.

Cada vez hay más evidencia en estudios sobre longevidad y felicidad de que el factor más importante para nuestro bienestar son nuestras relaciones sociales. El sentido de pertenencia, conexión, respeto, aceptación, confianza y apoyo en nuestras relaciones es algo que tenemos que cultivar activa y conscientemente. Y este libro nos guía en cómo contribuir a que nuestros niños aprendan estas características de las relaciones nutritivas, desarrollando competencias como la identificación de sus emociones, la libertad para expresarlas y aprender a regularlas; desarrollar la empatía, compasión y gratitud; el respeto por ellos mismos y por otros, incluyendo la naturaleza y los animales, dándole

igual importancia al logro de ciertos hitos del desarrollo y hábitos como la alimentación y el sueño. Nos ayuda también a saber cómo enfrentar los desafíos actuales que puedan aparecer en la crianza.

En este libro se siente el respeto. Desde cómo surge la necesidad de escribirlo —valorando y validando las preguntas de los padres—, respondiendo generosamente desde el conocimiento y la experiencia, entregando opciones de herramientas concretas para resolver esas dudas y poder actuar, y respetando a los niños/as como seres únicos e irrepetibles, cada uno con su proceso individual de desarrollo, sus riquezas y sus desafíos. Se percibe también el respeto de la vulnerabilidad de cada uno y la idea de que las limitaciones pueden ser oportunidades de aceptación y aprendizaje, que se puede pedir ayuda y darse el espacio de no ser perfectos centrándose en el deber hacer, sino abriéndose a ser. Y también, en este libro se respeta el misterio que habita en cada uno y en las relaciones que establecemos, donde la crianza es tanto una tarea como un arte y una aventura.

Agradezco profundamente la oportunidad de leer este libro que nos invita a reflexionar sobre nuestra propia crianza, valorar los aspectos positivos, considerar lo que nos gustaría aprender de lo que no fue tan bueno, pensando en cómo podemos contribuir a nuestro bienestar y al de las generaciones futuras desde nuestro rol personal y profesional, para aportar a que nuestra sociedad sea más respetuosa, empática, sana y feliz.

Mis más sinceras felicitaciones a los autores y al editor.

Nathalie Colomer Chauveau
Médico Familiar de Adultos
Jefe de Unidad de Medicina Familiar
Departamento de Medicina Interna
Clínica Alemana de Santiago



La aventura/arte/tarea de ser padres en el siglo XXI

Iniciando el camino

§

¿Qué motivó a hacer este libro?

El equipo de Salud Mental Infantil de Clínica Alemana, junto con profesionales del área que trabajan o han trabajado en este centro particular de salud, han estado motivados permanentemente por aportar a la sociedad, más allá de su trabajo entre cuatro paredes, participando constantemente en capacitaciones, siendo docentes dentro y fuera de las aulas universitarias y buscando cómo contribuir en la prevención de problemas de salud mental.

El trabajo constante con niños, niñas y adultos a cargo de su cuidado hace evidente la importancia de trabajar en la prevención. Los resultados son claramente más eficientes, más constructivos y más agradecidos. En el trabajo de prevención y promoción de la salud, todos son una parte activa y comprometida. No es una labor exclusiva del especialista, es una tarea conjunta. Padres, profesores, profesionales de la salud, agentes sociales y cada niño o niña en particular tienen la responsabilidad y también la posibilidad de sentirse orgullosos de lo que logren en colaboración. Es por esto que necesitamos “acompañarnos en el camino de la crianza”. Acompañar y ser acompañados.

¿Para quién es este libro?

Este libro es una guía para padres, creada a través de sus preguntas y de lo que los especialistas que las responden han percibido como las dudas principales de padres y cuidadores. Como sociedad, todos tenemos esta responsabilidad, todos aportamos algo en el camino, el mismo niño o niña, y cada adulto que lo acompaña. Es por eso que este libro es para abuelos, tíos, profesores, familiares, cuidadores no familiares, para los que participan del apoyo a los padres y para médicos de diversas especialidades que deben ejercer una labor psicoeducativa. Es decir, para todos los que quieran acompañar en el camino del desarrollo para ser mejores personas.

¿Cómo nace el libro?

Nace de la relación que se ha ido construyendo con los niños y niñas con los que interactuamos. Nace especialmente de lo que expresan sus dibujos, donde nos plantean las temáticas que les preocupan. Nace de las preguntas que padres y madres se hacen sobre su labor y de la necesidad de hacer una reflexión conjunta sobre cómo podemos aportar constructivamente en la crianza. Por eso este libro incluye dibujos de niños, no como adorno: son el centro del contenido del libro. Las preguntas de los padres son las que articulan el contenido y es posible que sean más importantes que las respuestas aquí planteadas.

Según la experiencia de varios años de atención clínica y de participación en charlas y seminarios, los distintos profesionales han ido reuniendo las preguntas de los padres y, especialmente para la edición de este libro, se realizó una encuesta abierta donde se recogieron en forma explícita 562 preguntas sobre crianza y salud mental infantil, de las que se seleccionaron algunas que conforman la mayor parte de lo que aquí presentamos.

¿Qué me aportará distinto a otras guías para padres?

Nuestra motivación es entregar una oportunidad más para acceder a la salud mental: una alternativa pensada con amor, fraguada con esmero, llena de experiencia compartida, estudio, sonrisas, traspasos, momentos de dolor y de disfrute. Sobre todo, desde la mirada atenta a las necesidades de niños y niñas.

Por mucho que trabajemos con *medicina basada en la evidencia* y con sustento científico a la labor psicológica, no sabemos —no podemos ni pretendemos— predecir los efectos que este libro tendrá. Asumimos el riesgo de no esperar resultados específicos; sin embargo, desde ya, el solo hecho de haber trabajado en la redacción de estos capí-

tulos nos ha aportado como equipo profesional dedicado a esta área, nos ha vinculado entre nosotros y nos ha conectado con un interés genuino de gratuidad. Más allá de nuestro quehacer científico, lo que nos moviliza es la esperanza en que sea cada vez menos necesario que padres y niños/as nos consulten. Esperamos cultivar la construcción de una sociedad donde se ocupen las herramientas que como seres humanos tenemos para relacionarnos con aquellos que están en sus primeros años de vida y que lo hagamos siendo buenos modelos para esos niñas y niños.

Participaron en este libro, escribiendo los 47 capítulos, 43 profesionales dedicados a la atención clínica infantojuvenil (incluidos los padres y sus hermanos): psicólogos, médicos (psiquiatras infantiles y de la adolescencia, pediatras, neurólogos, nutriólogos y médicos familiares), terapeutas ocupacionales, psicopedagoga, trabajadora social y fonoaudióloga, que están en permanente formación y capacitación. Ellos plasman en sus palabras la experiencia, que generosamente entregan al lector para construir juntos aquellas bases que guían nuestra atención y nuestro quehacer con los hijos. Pero no bastan los conocimientos ni la sola experiencia transmitida de generación en generación, necesitamos reflexionar y estar permanentemente atentos a los cambios que nos demanda la forma de vivir actual. Los contenidos teóricos, enriquecidos con la experiencia compartida se exponen aquí y pueden ser un punto de partida para este aprendizaje constante.

¿Cambia en algo con la pandemia declarada el 2020?

A fines de la segunda década del siglo XXI, nos hemos contactado, en Chile y en el mundo, de manera más o menos sincrónica, con una situación sanitaria que nos ayudó a tomar mayor conciencia de la fragilidad que tenemos como seres humanos, junto a la mayor conciencia de la crisis climática y de la organización actual de los sistemas políticos y sociales. Nos cuesta darnos cuenta de que nos necesitamos unos a otros y, aun sabiendo que el trabajo colaborativo siempre ha estado presente como impulso evolutivo de la especie, solemos con frecuencia caer en el individualismo.

El querer ser mejores padres es un signo de la necesidad de mejores relaciones, de escucharse con otros adultos para aprender de ellos cómo enseñar a los de menor edad a relacionarse mejor y de mejorar nuestra empatía con lo que viven niñas y niños. Es un circuito de relación en colaboración. El reconocernos frágiles nos impulsa a buscar esa relación que enriquece la experiencia humana. De ahí que realizar este libro responde a la necesidad de fortalecer las relaciones.

Buscamos ser mejores padres, no solo para que la “descendencia” sea mejor o para que podamos contribuir a una mejor sociedad. Queremos ser mejores padres porque

sentimos el impulso a relacionarnos de mejor manera y estamos dispuestos a aprender reconociendo nuestra ignorancia. Todos podemos aprender y eso comienza con la humildad de reconocernos necesitados. Requerimos de la comunidad para mejorar la crianza, recibir aportes de la familia extendida (ver capítulo 2, Parentalidad), de los colegios (capítulo 39) y de otras redes sociales (capítulo 40). Necesitamos saber cómo actuar frente a situaciones normales de la vida y frente a situaciones difíciles (capítulos 25 al 32). Abuelos, padres, hijos, todos queremos relacionarnos mejor, una relación movida por el deseo de entrega al otro, una entrega gratuita, que no espera recibir nada a cambio.

Esta búsqueda por ser mejores padres se ha acentuado en este período de mayor incertidumbre: reconocemos la necesidad de apoyo y lo buscamos con mayor esmero. Bienvenido sea que tengamos la oportunidad de colaboración en este sentido.

¿Se respetará en este libro el lenguaje inclusivo? (Aclaración sobre el uso del lenguaje en este libro)

Con la finalidad de simplificar la escritura y lectura, en este libro se hablará muchas veces en genérico hablando de “hijos” o “hijos e hijas”, y también de “padres” o “padres y madres”, pretendiendo incorporar a todos. Al hablar de hijos en genérico, se incluye a aquellas personas de género fluido, género no-binario y cualquier otro tipo de identidad de género. Igualmente, al decir “padres y madres”, refiriéndose a quienes están a cargo del proceso de crianza, se incluye además a quienes se sientan pertenecientes al género masculino como “padres” o femenino como “madres”, a adultos no binarios o a personas sin lazo de consanguinidad que, ya sea por vía legal o de facto, ejercen este rol.

Esperamos realmente incluir a *todos*...aunque podríamos decir *todes*, pero, como esta palabra aún no está masificada como parte del vocabulario inclusivo, el editor considera que igualmente este término podría excluir a algunas personas, por lo que se optó por el genérico, aceptado oficialmente. No obstante aquello, en algunos capítulos, respetando la redacción del autor, se usarán distintas formas de expresión. Pedimos que se entienda que la intención es inclusiva y respetuosa de la diversidad.

¿Por qué si hablan de inclusión y dicen que respetan a las personas las encasillan con diagnósticos?

Si bien al realizar un diagnóstico (*trastorno, inmadurez, déficit, condición*) se corre el riesgo de encasillar o etiquetar, el encasillamiento ocurre por la actitud que se toma

frente al diagnóstico, no por el diagnóstico en sí. Un diagnóstico es una “forma de resumir en pocas palabras algunos aspectos de lo que uno observa en el otro que me orientan para decidir lo que se puede hacer para lograr un mejor estado de salud”¹, no define a la persona ni exige determinadas medidas, ni menos busca calificar o descalificar al otro en su valor como persona. Por tanto, es el uso que se le da lo que puede discriminar, así como puede discriminarse sin necesidad de hacer diagnósticos o independiente de la presencia de estos. Es más, el no ayudar a asumir algunas condiciones del desarrollo o de necesidad de ayuda, puede favorecer la negación y la no aceptación de la particularidad de cada uno. Nos caracterizamos por diferenciarnos unos de otros y en eso radica el respeto que nos tenemos, pues nos diferenciamos por nuestras virtudes y también por nuestras limitaciones², reconociendo además muchos aspectos en que nos parecemos o que podemos tener una esencia común que compartimos.

Dicho lo anterior, en los capítulos en general el énfasis no estará en el diagnóstico, sino en reconocer nuestras características propias, con sus dificultades y fortalezas, poniéndonos tanto en el lugar de los niños como de los adultos involucrados en la crianza.

¿Por qué intentar ser una obra artística?

Un libro de contenido puede tener diversos niveles de acercamiento. Un nivel es el del conocimiento (datos), un siguiente nivel el de la experiencia (aplicación práctica) y un tercer nivel, de la experiencia compartida y co-construida con el lector... Pero podemos intentar acceder más allá, a un cuarto nivel, dejando espacio a lo que no dominamos ni podemos acceder a conocer con la racionalidad. Para conectar con el cuarto nivel, una de las vías es el arte. Con este se logra un mejor acercamiento a la persona en forma completa, con más posibilidad de llegar a la esencia de lo que somos, especialmente si es un libro que pretende aportar en la relación entre personas, acercándose a cada uno en forma integral.

Si bien este libro –Guía para padres– está escrito en prosa y tiene muchos consejos prácticos, es también una obra artística que busca acompañar: *Acompañando en el Camino de la Crianza*, en aquella relación en que los adultos participan –son partícipes– del desarrollo de niños y niñas.

Como documento científico, está escrito por profesionales del área de la salud mental que aportan su conocimiento y experiencia, con base en la evidencia y reflexión. Como obra artística, lo presentado en este libro está abierto a aquello que no es asimi-

1 Definición del editor.

2 Ver capítulo 37, “Todos somos vulnerables”.

lable solo desde la razón: a aquello que se construye en conjunto entre el observador y lo observado, y entre distintos observadores. Está abierta a la intuición, ya que en la relación entre personas habita el misterio, lo que no se puede explicar con palabras, ni siquiera con analogías o metáforas. En la entrega de madres a hijos y de hijos a madres, así como en cualquier relación entre dos seres que se encuentran, hay mucho más que lo que podemos ver, estudiar o sentir. Si hablamos de la vida y queremos que la vida tenga sentido, especialmente en la relación padres-madres/hijos-hijas, debemos reconocer que la ciencia por sí sola no puede llegar al fondo de la cuestión. Así, este libro se abre al misterio de la vida y de la relación, centrándose en los vínculos de adultos que acompañan a niños en sus primeros años de vida.

¿Y a través de qué se abre al misterio? ¿Dónde está su arte? Nace de la relación que se ha ido construyendo con los niños y especialmente de la expresión de estos en sus dibujos: nace de las preguntas que se han hecho padres y madres y de cómo han sido escogidos los temas, en el cariño puesto en las palabras y la redacción que realizó cada uno de los autores, en las ilustraciones que lo acompañan y en el amor con que se diseñaron y diagramaron estas páginas. En cada paso dado está la apertura a algo que no dominamos, algo que va más allá, una sincronía, una simetría, algo de armonía e, incluso, algo de eternidad.

Sin ser la primera ni última palabra y pudiendo tener muchos errores, este libro busca acercarse a los ideales platónicos: busca ser bello, bueno y verdadero. Cada uno está llamado a aquello, escribiendo con su propia vida un camino que hoy los niños y niñas nos invitan a recorrer.

El editor

LA MAMÁ y la
hija



DESARROLLO INTEGRAL Y CRIANZA



01

Desarrollo integral y salud mental

¿Qué necesitamos para favorecer la salud mental?

§

ALFONSO CORREA DEL RÍO

Psiquiatra infantil y del adolescente



Estar sano mentalmente requiere reconocernos como seres integrales, con un cuerpo, una mente y un espíritu en armonía. No significa perfección; incluye potencialidades y limitaciones; y da frutos a partir de la relación con otros y con el entorno.

¿Qué es desarrollo?

Cuando hablamos de desarrollo del niño, nos referimos a más que la suma de los procesos integrados que conforman el crecimiento de cada persona. Existe una integridad que, independiente de las dificultades en una o varias áreas de un niño en particular, da forma a cada persona en su individualidad. Se ha hecho la analogía de que una persona es un nudo de una red de interacciones, es decir, todo lo que le rodea de alguna forma influye en lo que es de una manera específica y particular, conformando a cada uno como un ser único e irrepetible.

El desarrollo incluye aspectos variados, algunos de los cuales revisaremos a lo largo de este libro: temperamento, vínculo, psicomotricidad, salud física, lenguaje, emociones, sexualidad y habilidades sociales, son comúnmente abordados en muchos manuales, pero no de forma integrada. Incluimos aquí, además, el desarrollo de la empatía, la modulación sensorial, el desarrollo espiritual y otros, buscando una visión más completa que nos permita comprender mejor quiénes somos verdaderamente, cómo nos vamos formando y conocernos a nosotros mismos en la relación con nuestro entorno.

¿Qué es salud mental?

Salud Mental, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), es *“un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”*. Cabe destacar que se refiere a un *potencial*, es decir, por un lado, hace ver que las capacidades no siempre se manifiestan y que pueden desarrollarse mucho más de lo que aparecen; y, por otro, lleva implícito que las capacidades no son ilimitadas, es decir, que es sano mentalmente captar y reconocer que existe un determinado potencial y no otro, que hay un potencial real que no necesariamente cumplirá todos nuestros deseos o aspiraciones. Es importante destacar, además, que la definición de Salud Mental propuesta por la OMS incluye el *aporte a la comunidad*, en otras palabras, que la salud mental no es un logro o vivencia individual, sino una experiencia colectiva, vivida en conjunto, en la medida en que nos relacionamos y aportamos unos a otros.

La definición de Salud Mental en Chile, por parte del Ministerio de Salud (2017), es la siguiente:

"La capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común".

Aquí observamos que para estar sano mentalmente es necesaria esa integración de factores individuales, relacionales y colectivos, y que es esa misma integración la que aporta a la salud, es decir, independiente de que nuestras capacidades sean muchas o pocas, el que las conozcamos y que las integremos a las necesidades de otros es lo que nos definirá como sanos mentalmente.

¿Cuál es el factor más importante que se debe cuidar en la salud mental de un niño?

Para resumirlo en pocas palabras y en conceptos clave, destaco primero el *respeto por el otro*, el respeto por la individualidad del niño que va a nacer y, acompañando este concepto, es indispensable para aportar a la salud mental del niño la conciencia de *necesidad de relación* e integración con él.

Es decir, si nacemos ya respetados como individuos, podremos desarrollarnos como estamos llamados a ser y avanzar en el conocimiento de nosotros mismos. Solo así podremos encontrarnos con otros, distintos entre sí. En esa relación de personas, en esa reciprocidad continua, surge la salud mental.

¿Qué puedo hacer o cómo puedo guiar a mis hijos para que sean niños, niñas y jóvenes sanos mentalmente?

A partir de los dos conceptos anteriores –y sin duda el lector podrá destacar otros–, tanto los acuerdos como padres, el amor como pareja (u otros ejemplos de amor si no hay una pareja de padres) y la entrega desinteresada y gratuita a los hijos, serán un motor para la salud mental. Se trata de la creación de un espacio en donde cada hijo e hija pueda desarrollar sus capacidades, valorarse a sí mismo, sentirse apreciado por los demás y avanzar con autonomía, pero nunca olvidando que camina junto a otros y sobre un camino que los sostiene.

Independiente de las patologías, problemas, dificultades, tropiezos o errores que tenga, podrá ser sano mentalmente e ir desarrollando empatía, tolerancia a la frustración, asertividad, adquisición de sentido, autonomía y aceptación de limitaciones.

A lo largo de estos capítulos podremos escuchar, desde la voz de distintos especialistas –ante todo personas, la mayoría padres o madres–, la importancia del proceso de vinculación, los rasgos del temperamento con los que se nace, la distribución de los roles como padres, el desarrollo del lenguaje (tan especialmente humano), el aprendizaje del buen encauzamiento de las emociones, las relaciones sociales, la sexualidad, el desarrollo sano de cada uno de los hábitos y el enfrentamiento de dificultades tanto del ambiente externo como de algunas condiciones biológicas que puedan aparecer. Ello nos dará algunas luces para comprender cómo guiar y acompañar adecuadamente.

Si revisamos el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 realizado en Chile, observamos que los principales factores protectores demostradamente beneficiosos están fuertemente influidos y potenciados por un buen funcionamiento como padres o cuidadores principales (tabla 1-1). La mayoría de estos temas se abordará en este libro en sus respectivos capítulos.

Psicológicos	Sociales
Comportamiento materno seguro durante el embarazo	Empoderamiento y sentido de apropiación y responsabilidad social de los miembros de la comunidad
Apego positivo y vinculación temprana	Integración de minorías étnicas
Estimulación cognitiva temprana	Participación social
Buena crianza de los hijos	Responsabilidad social y tolerancia
Interacción positiva entre padres e hijos	Servicios sociales
Sentimientos de seguridad	Apoyo social y redes comunitarias
Sentimientos de dominio y control	Alfabetización
Crecimiento socioemocional	Apoyo social a familiares y amigos
Interacciones interpersonales positivas	Promoción de la salud mental en escuelas y lugares de trabajo
Adaptabilidad	Comportamiento pro social
Autonomía	Habilidades de resolución de problemas
Autoestima	Habilidades para la vida
Capacidad de lidiar con el estrés	Habilidad para enfrentar la adversidad
Ejercicio físico	

Tabla 1-1. Factores protectores de la salud mental según la evidencia acumulada (MINSAL, 2017)

¿Cómo se desarrolla lo que se desarrolla?

El ser humano nace –ya en sus primeros minutos de vida– como un cúmulo de funciones, aparatos y sistemas, dentro de un conjunto de relaciones íntimamente ligadas: entre humanos, con otras especies, otros seres vivos y con el ambiente en general. Al parecer la *relación* es algo esencial que nos constituye: somos *seres en relación*. Cada experiencia y cada conocimiento científico hace evidente esta relación: por ejemplo, nos habitan y nos componen millones de bacterias que nos regalan protección y armonización, especialmente en el intestino y en la piel. Desde que nacemos, el primer abrazo y sostén nos impulsa a interrelacionarnos, Iniciamos la alimentación abrazados. Este sistema relacional potencia nuevas funciones hasta el día de nuestra muerte y deja huella en otros, incluso después de ella.

Y la sociedad, ¿qué rol cumple?

Existe una responsabilidad no solo de los padres. El sistema escolar, las políticas públicas y el sistema de salud deben colaborar para favorecer este desarrollo sano. Destaco en este contexto –aunque en estos tiempos aún sea políticamente incorrecto–, que los *derechos humanos* no son la máxima aspiración de armonía en una sociedad. Invito a enfocarnos en los *deberes humanos*, ya que es mucho más probable que por esta vía avancemos en una crianza pro salud mental, porque el *enfoque de derechos* usualmente lleva a pensar más en los derechos propios que en los derechos de los demás. Ello nos lleva a *esperar recibir* y a estar pensando mayoritariamente en lo que otros tienen que hacer, más que en lo que uno mismo puede hacer, esperando siempre *que nos den* en actitud pasiva, heteroresponsabilizadora y victimizada. En cambio, al enfocarse en una crianza en los deberes humanos, estaremos centrados en lo que uno mismo puede hacer, focalizando más en el *dar*, pensando en el bien del otro más que de uno mismo, con mayor autoresponsabilización y compromiso, por ejemplo, con el deber de respetar al otro. Esto nos puede llevar a similares definiciones (por ejemplo “Deber de respetar al otro”, en vez de “Derecho a ser respetado”), pero poniendo el foco en la entrega y no en estar esperando recibir el fruto de lo que los demás debieran hacer.

Hay otra responsabilidad de la sociedad actual, relacionada con la anterior, que nos ha marcado y guiado hacia la competitividad y la sobreautoexigencia: la *sobrelaboración del poder*, que pone el “*poder más*” como ideal a alcanzar y que nos lleva a la insatisfacción constante deseando siempre más (tener más, saber más, dominar más). Este ideal de poder, de poder *hacer más, ganar más e influir más*, nos ha dificultado la aceptación de las limitaciones o incapacidades propias y las de los demás. Con esta

visión, difícilmente aceptaremos las incompetencias esperables de un niño o de un anciano, no aceptaremos las enfermedades que nos limitan, no aceptaremos los límites normales de nuestro cuerpo o nuestra mente y difícilmente aceptaremos al que tiene menos recursos o al menos *eficiente*.

El estímulo constante en la propaganda, e incluso en la venta de productos para la “autoayuda” o como propuesta espiritual, es a ser capaces de más y de sentirnos superpoderosos u omnipotentes. Congruente con el lícito deseo de ser más competentes, todos caemos en esta trampa, ya que no nos ayuda a aceptar las limitaciones propias del existir, con las que conviviremos constantemente y nos aleja de la comprensión de que solo integrándonos nos acercamos a la felicidad. Buscamos que la tecnología nos supla todas aquellas limitaciones, se nos ofrece un mundo de posibilidades infinitas, a veces con buenas intenciones, pero impulsándonos a la *no aceptación* y al constante deseo de más, por tanto, a la infelicidad.

Si como sociedad, construida desde lo que cada uno aporta, somos conscientes de las limitaciones y las aceptamos, cambiaremos esta visión del ideal de poder y nos contactaremos con la realidad de lo que somos: con fortalezas y debilidades. Con esto, probablemente la competitividad disminuya y aumente la colaboración, se reduzca el esperar recibir siempre más y nos podamos concentrar en el dar, núcleo de una relación sana y centro de una paternidad y maternidad amorosa. Los invitamos a seguir adentrándose en los capítulos de este libro.

Lectura recomendada



Ministerio de salud (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*.



Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Salud Mental*.



Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas contra el cambio climático*.

Bibliografía

- Ministerio de salud (2017) *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas contra el cambio climático*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud Mental*. Recuperado de https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response?gclid=CjwKCAiAvdCrBhBREiWAX6-6UjCwITaxwIeWiM1IemvB-pEnLxrEopXRA7c9pdyLLgoSqfInhqbQeiBocJXIQavD_BwE

Parentalidad

¿Qué es ser un –suficientemente–
buen padre y madre en la actualidad?

§

VALERIE JEANNERET MURDOCH

Psiquiatra infantil y del adolescente

Terapeuta familiar



Algunas preguntas para explorar la coparentalidad

¿Quiénes son los principales cuidadores que participan en la vida de tu hijo/a?

¿Cuáles son las mayores diferencias de opinión que tú y tu compañero/a tienen sobre qué funciona mejor para tu hijo/a?

¿De qué manera crees que estas diferencias pueden afectar a tu hijo?

¿Tienes problemas para confiar en tu compañero/a en el manejo de situaciones específicas?

¿Con qué frecuencia sientes que tu compañero/a no te apoya como padre/madre?

¿Con qué frecuencia le dices a tu hijo/a cosas que critican la parentalidad de tu compañero/a?

Dadme mejores padres y os daré un mundo mejor

Aldous Huxley³

¿Cómo saber en qué etapa familiar estoy y cuáles son sus desafíos?

Así como los miembros de la familia van desarrollándose y pasando de lactante, pre-escolar, escolar, adolescente y adulto, la familia también pasa por etapas y cada una de ellas tiene desafíos particulares.

De las etapas descritas por Carter y McGoldrick (1989), destacamos aquí que en la etapa de *la unión de las familias: la nueva pareja*, la tarea emocional fundamental es el compromiso con el nuevo sistema, formando el sistema marital y la reestructuración de las relaciones con la familia extendida y con los amigos. En la etapa siguiente, la de *la familia con los hijos pequeños*, la tarea emocional es la aceptación de los nuevos miembros de la familia y se requiere: a) el ajuste del sistema marital para dejar espacio a al/los niño/s, b) la conjunción entre las tareas de crianza, financieras y familiares, y c) reajuste de las relaciones con la familia extensa para incluir los roles de los padres y los abuelos. Luego vendrá la etapa con niños adolescentes con todas las adaptaciones que ello requiere, por ejemplo, aceptar cada vez una mayor autonomía de los hijos, el replanteamiento de la vida conyugal y la preocupación de hacerse cargo de la generación mayor.

¿Cuáles son las capacidades parentales para fomentar un desarrollo sano?

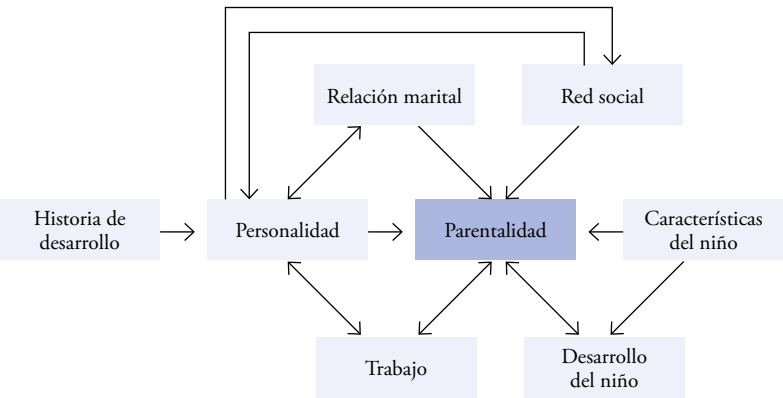
Un aspecto crucial de la parentalidad es la capacidad de establecer con el hijo un apego seguro: proporcionar un refugio, una base segura para la exploración y una fuente de tranquilidad en momentos de angustia. Otras tareas de los padres consisten en proporcionar estimulación adecuada, orientación, normas, estructura, estrategias de resolución de problemas y promover la relación con sus pares.

3 Aldous Leonard Huxley (1864-1963). Escritor y filósofo, autor de la novela *Un mundo feliz*, 1932.

La parentalidad posee componentes cognitivos (reconocimiento y valoración), emocionales (afecto) y pragmáticos (sociabilización), y se pueden dividir en:

- Protectora o nutricia: proteger y nutrir emocionalmente.
- Normativa: enseñarle límites, normas, a respetar y ser respetado.

En el esquema 2-1 podemos ver los diversos factores que influyen en cómo ejercemos la parentalidad:



Esquema 2-1. Modelo procesal de los determinantes de la parentalidad (Belsky, 1984)

Las Capacidades Parentales que promueven el desarrollo según K. Lyons Ruth son:

- La capacidad de construir un vínculo seguro.
- La capacidad de regular la ansiedad del hijo, poder calmarlo, contenerlo y animarlo a enfrentar los conflictos.
- La capacidad de tolerar la dependencia temprana y la autonomía creciente del hijo.
- Anticipar las situaciones de peligro y sensación de desamparo del hijo.
- Tener la ternura y firmeza justa.
- Valorar la infancia y tolerar su asertividad.

Cuanto más seguros se sienten los progenitores en su capacidad para ser padres/madres, menor es el estrés y mejores los comportamientos parentales y las conductas infantiles⁴.

4 Vázquez N, Ramos P, Molina MC, Artazcoz L. (2016).

¿Es posible poner límites saludables sin caer en el castigo o amenazas? ¿Qué estilos parentales existen?

Partimos de la premisa que los padres y cuidadores tratan de hacer las cosas de la mejor forma posible para sus hijos y para ellos mismos. Todos los padres son diferentes, tienen historias, valores y estresores diferentes, por lo tanto, estilos de crianza distintos.

Estilo de crianza es el conjunto de actitudes, estrategias y formas en que contenemos, calmamos, enseñamos y ponemos límites a nuestros hijos. Se pueden dividir en distintas categorías, aquí hablaremos de cuatro estilos con sus beneficios y riesgos (ver tabla 2-2).

Estilo de crianza	Características	Consecuencias
Autoritario	Nivel elevado de exigencia. Abundantes normas y más castigos que premios. Las normas son rígidas, no se negocian. Suelen tener poca expresión de afecto y primar las críticas, gritos e insultos.	Suelen ser niños obedientes y responsables. A veces hostiles y rebeldes, de baja autoestima y confianza en ellos mismos. Se le ha asociado a más síntomas depresivos.
Sobreprotector	Nivel bajo de exigencia, pocas normas y aplicación inconsistente. Padres expresan frecuentemente su afecto y les conceden todos los deseos. Se justifican y perdonan todos los errores sin que haya consecuencias por ellos. Buscan evitar todo sufrimiento o responsabilidad del niño, además que no se exponga a ningún peligro o situación riesgosa.	Suelen ser niños más ansiosos, miedosos, dependientes y con poca tolerancia a la frustración.
Permisivo	Nivel bajo de exigencia, no hay normas claras o son inconsistentes, demasiada flexibilidad en horarios y rutinas. Delegan a otros la educación de los hijos. Prima una actitud de indiferencia sin premios ni castigos.	Suelen ser niños con confianza en ellos mismos y poco malestar psicológico, poco perseverantes y más problemas de conducta y consumo de sustancias.
Asertivo/ Democrático	Nivel alto de exigencia, normas claras y adecuadas a la edad con uso razonable de premios y consecuencias. Alto nivel de expresión de afecto, de elogios y reconocimiento. Lo que se describe como inadecuado es la conducta y no el niño.	Favorece individuos con confianza en sí mismos, buena actitud y rendimiento escolar, escasos problemas de conducta, buena salud mental en general.

Tabla 2-2. Estilos de crianza, características y consecuencias

¿Qué pasa si como papás tenemos estilos de crianza distintos?

Para el adecuado desarrollo del niño no solo es importante que cada padre/cuidador lo haga bien, sino que sea un trabajo coordinado. Una *buen coparentalidad* es aquella en la que los adultos están de acuerdo en cómo se debe criar al niño, cooperan en la realización de objetivos compartidos y demuestran apoyo mutuo y compromiso en la crianza de su hijo.

Tipos de Coparentalidad (McHale *et al*, 2002)

- Familias centradas en el infante: los padres están comprometidos con el niño, pero no entre ellos. No hay ni antagonismo ni afecto o cooperación entre ellos.
- Familias competitivas: ambos padres están comprometidos con el niño, pero el antagonismo es predominante y no hay calidez entre los padres.
- Familias con exclusión: ni antagonismo de los padres, ni tampoco calidez y cooperación. Uno de los padres está comprometido, el otro está desconectado.
- Padres cohesionados-centrados en el niño/ Padres a cargo: en ambos tipos se observan conexiones cálidas y cooperativas entre los padres. Estos estilos son los que se asocian a mejores resultados en la salud mental de sus hijos.

¿Influye cómo nos criaron? ¿Cómo no repetir los patrones disfuncionales de generaciones pasadas respecto a la crianza?

En la antigüedad, los padres tenían muchos hijos, pero la vida familiar no estaba organizada en torno a las necesidades de los niños. Esto sin duda ha cambiado en la familia occidental moderna, donde es frecuente que gire en función de los hijos y su futuro.

La Convención de los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989) ha influido en el cambio de paradigma. Aparecen conceptos como el interés superior del niño y el niño como sujeto de derecho, colocando a los niños en igualdad de condiciones respecto a los derechos humanos de los adultos.

Los estilos parentales con los que fueron educados los adultos en su infancia se encuentran obsoletos, en franco descrédito y ya no les sirven para educar a sus hijos (Aguilar Ramos, 2002)

En términos generales, los adultos de hoy probablemente han sido educados desde otro paradigma, en donde el niño/adolescente era visto como alguien que debía ser obediente, dependiente y servil. El respeto y obediencia a los adultos era sin condiciones,

ellos tenían siempre la última palabra y no se les podía cuestionar. Era una época en la que prevalecía aún un modelo educativo parental rígido, sin concesiones, autoritario.

El paradigma era: el niño se porta bien si quiere o si le conviene, por tanto, se le castigaba si no lo hacía. Hoy, gracias al aporte de la neurobiología, sabemos que si el niño puede portarse bien va elegir hacerlo. Y si no lo hace es porque hay algo que se lo impide o, dicho de otra forma, las demandas no están equiparadas con sus habilidades, por ejemplo, por escasa capacidad de solucionar problemas, flexibilidad, tolerancia a la frustración o de autorregularse (Greene, 2014).

Cuando nos convertimos en padres, traemos con nosotros temas de nuestro propio pasado que influyen en cómo criamos a nuestros hijos. Pérdidas, traumas, situaciones emocionales significativas y los problemas irresueltos con nuestros padres, afectan directamente la forma en que experimentamos e interactuamos con nuestros hijos. Recomendamos hacerse las preguntas planteadas en la tabla 2-4. Por ejemplo, si tu (su) madre se iba sin despedirse, porque no quería soportar los llantos, tu sensación de confianza podría estar disminuida en momentos de separación. La situación podría haber sido más estresante si el adulto a cargo insistía en que no lloraras. Si no había algún adulto atento cariñoso que te consolara escuchándote, empatizando con tus sentimientos y dándote alguna sensación de estar conectado y comprenderte, es probable que no pudieses procesar adecuadamente tu sufrimiento emocional. Luego, al convertirse en padre o madre, las experiencias de separación pueden gatillar sensación de abandono y hacerte sentir incómodo al dejar a tus hijos. Tal incomodidad podría ser percibida por sus niños y crear una sensación de incomodidad en ellos, incrementando su angustia, y, por tanto, elevar más aún tu incomodidad al dejarlos. Estar conectado con las propias emociones respecto al ser padres puede allanar el camino para resolver estos asuntos pendientes.

Conviene estar atento al tipo de enseñanza y relación que tuvimos con nuestros padres y cuidadores, ya que muchas veces actuaremos de manera automática repitiendo estos patrones con nuestros hijos. ¿Cómo me acompañaban cuando yo me sentía triste, rabioso o inseguro? ¿Cómo estas experiencias influyen en la comodidad con que apoyo a mi hijo en su pena, rabia, miedo o frustración? (Lafrance, 2020).

Convertirse en padre/madre activa las representaciones de la coparentalidad que uno ha experimentado. La comprensión de la experiencia personal de cada uno de los padres de la coparentalidad vivida en la infancia, ayuda a reflexionar sobre los propios comportamientos parentales y dificultades en la propia coparentalidad. En la tabla 2-3 se especifican las preguntas que podrían realizarse respecto a esto.

Preguntas a realizarse sobre la propia niñez	Preguntas adicionales propuestas por M. Keren
¿Qué me gustaba hacer a la edad de mi hijo? ¿Cuáles eran mis inseguridades y miedos?	¿Qué recuerdas respecto a la forma en que tus padres fueron contigo? ¿Trabajaban unidos como un equipo o esto no sucedía?
¿Cómo era la relación con mis padres? ¿A quién le contaba mis problemas?	¿Cuánto respeto y apoyo mutuo observaste en ellos? ¿Cuántas críticas mutuas escuchaste?
¿Cuál era la actitud de esa persona que hacía que yo confiara? ¿Qué actitud de los adultos no me gustaba o incluso dañaba?	¿Cómo crees que estas experiencias impactan la forma en que trabajas con tu pareja para criar a tu hijo/a?

Tabla 2-3. Preguntas a realizarse sobre transgeneracionalidad

Si se observa que se están repitiendo patrones alterados de crianza a pesar de intentar corregirlos, se recomienda consultar con algún especialista, para trabajar las propias secuelas personales y así lograr mejorar la relación con los hijos, el vínculo y los patrones de crianza.

¿Qué es ser una familia monoparental y cuáles son sus desafíos para que los niños se desarrollen bien?

El cambio social en la definición del concepto de familia se refleja en la creciente frecuencia y legitimación de la monoparentalidad tanto entre mujeres como entre hombres. La encuesta Casen del 2017 refleja que el 73,4% de las familias chilenas son monoparentales. Tanto madres como padres desarrollan una preocupación parental primaria y son capaces de cuidar a sus bebés y desarrollar apegos seguros hacia ellos.

Las familias monoparentales se presentan en una variedad de perfiles. Existen dos grandes categorías de familias monoparentales: las que deciden tener un hijo, no relacionado con ninguna relación romántica, y aquellos que se convierten en padres solteros después de no haber encontrado una pareja lo suficientemente buena para toda la vida.

Estos dos grupos reflejan actitudes psicológicas muy diferentes: la maternidad soltera por elección minimiza el papel del padre en el desarrollo futuro del niño, en oposición a la paternidad monoparental para aquellos que hubieran preferido concebir y criar al niño en el contexto de una relación romántica.

La monoparentalidad puede ser un factor de riesgo para la salud mental de los padres. Estudios poblacionales han revelado el doble de frecuencia de ansiedad, trastorno por abuso de sustancia, depresión mayor y postparto entre las madres solteras que entre

las con pareja. Esto se explica principalmente por las dificultades económicas y la falta de apoyo social. Las madres solteras adolescentes se encuentran en particular riesgo de desarrollar problemas de salud mental.

Las familias monoparentales de padres suelen verse en padres divorciados. En general tienen mayor bienestar económico que el grupo de familias monoparentales de madres, sin embargo, ven afectado su satisfacción con el trabajo y sus ingresos en comparación a los con pareja.

En el caso de padres divorciados, la paternidad con custodia única es ejercida la mayoría de las veces por las madres. Aun así, las crecientes tasas de divorcio, combinadas con los roles cambiantes de los padres en la crianza de sus hijos, han llevado a un número creciente de padres dispuestos a asumir y ganar la custodia de sus hijos en tribunales. Resolver la experiencia emocional involucrada en la separación y el divorcio a menudo lleva meses, incluso años. Durante este tiempo, el padre custodio ve afectado su bienestar y situación económica. No es sorprendente que los padres estén más irritables e insensibles en las interacciones con sus hijos durante ese tiempo. Los primeros dos años después del divorcio son los más difíciles, luego la mayoría de los padres con custodia refieren sentirse más felices y funcionar mejor que antes del divorcio.

Los desafíos de la custodia compartida se abordan con mayor profundidad en el capítulo 29, sobre separación conyugal.

¿Y cuando los abuelos viven en casa?

Las familias extensas, extendidas o multigeneracionales son familias en que conviven en una misma casa al menos 3 generaciones. Habitualmente padres, hijos y abuelos.

Un hogar multigeneracional presenta ventajas, pero también desafíos. Suele haber mayor apoyo en el cuidado de los más pequeños, colaboración en las tareas del hogar, consejos respecto a la crianza y apoyo emocional.

Los desafíos suelen estar en conciliar las demandas de miembros de edades muy dispares, como un lactante que llora o un adolescente que quiere escuchar fuerte música con un anciano que quiera tranquilidad. Otra dificultad es la de constituir un equipo parental donde los abuelos no desautoricen a los padres ni los padres a los abuelos. Los abuelos presentes en la casa pueden aportar en varias cosas: otorgan variabilidad y riqueza en las interacciones cotidianas, oportunidad para la generosidad y experimentar de cerca el que los niños tomen conciencia de la fragilidad del otro. Aportan también espacios de juego, de ocio y otra forma de ver la vida.

“Los míos, los tuyos y los nuestros”. ¿Qué significa ser una familia ensamblada? ¿A qué hay que estar atentos?

El término *familia ensamblada* es utilizado para referirse a familias en las que alguno de los miembros de la pareja tiene hijos de una relación previa, por lo que en ella conviven relaciones formadas por lazos sanguíneos y no sanguíneos (Cáceres, 2019).

Uno de los desafíos más grandes de estas familias es construir una *parentalidad ensamblada*, que es el ejercicio coordinado de las tareas parentales entre padres/madres y padrastros/madrastras. La parentalidad ensamblada reconoce y articula las funciones parentales que corresponden a los padres biológicos, en interacción con las funciones parentales asumidas por los miembros de la pareja ensamblada que tienen vínculos no sanguíneos con los hijos/as de sus parejas.

Una adecuada parentalidad ensamblada debería permitir la participación de ambos miembros de la pareja en el cumplimiento de las funciones normativas, nutritivas y materiales respecto de los hijos que aporta cada uno a la relación.

El logro de la parentalidad ensamblada constituye uno de los factores fundamentales de éxito de las parejas ensambladas. El buen ejercicio de la parentalidad, en las parejas ensambladas, está íntimamente relacionado con la satisfacción marital y con la estabilidad del vínculo.

Implica un mayor estrés parental que para los padres biológicos, siendo las madrastras quienes experimentan niveles especialmente altos de estrés parental (Shapiro, 2014).

¿Familia homoparental? ¿Es bueno para los niños?

En la actualidad aún hay prejuicios respecto al ejercicio de la parentalidad. No existen pruebas de que las personas homosexuales estén menos capacitadas para ser madres o padres, ni tampoco que las niñas y niños que se crían con personas homosexuales se diferencien en forma negativa de los que se han criado con heterosexuales.

Estudios en hijos criados por parejas del mismo sexo concluyen que la *calidad* de la parentalidad y las relaciones familiares es más importante para el bienestar de los niños que la estructura familiar en sí misma (APA, 2012).

Los niños adoptados por padres/madres gays y lesbianas mostraron buen funcionamiento no solo en la primera infancia, sino a lo largo del tiempo. Los padres/madres mostraron capacidad en sus roles de crianza y satisfacción en sus relaciones de pareja a través del tiempo, sin diferencias por tipo de familia (Farr, 2017). Estudios de hijos nacidos de parejas de lesbianas y gays, no han encontrado diferencias respecto a los hi-

jos de parejas heterosexuales con respecto al desarrollo de género, autoestima, bienestar emocional y desarrollo social.

Una recurrida inquietud a la hora de pensar las familias homoparentales, dice relación con el tema de la identificación con el rol femenino y masculino. Los niños que crecen en familias homoparentales no ven perturbada su identidad de género, el reconocimiento de roles ni su orientación sexual. La homosexualidad no es algo que se imita o que se contagia.

La literatura refiere que el sufrimiento que han experimentado niños criados en familias homoparentales no guarda relación con la calidad de los vínculos y cuidado que tuvieron de sus padres, sino con reacciones hostiles y discriminatorias del entorno.

¿Y las familias con hijos con necesidades especiales?

Descubrir que tu hijo recién nacido no es el bebé sano o “normotípico” esperado, sino que tiene alguna condición o necesidad que lo hace diferente, es una fuente importante de angustia para los padres, hermanos y familia. Un hijo con una enfermedad o condición crónica desafía la relación como padres y pareja, la relación entre los hermanos, la disposición emocional de los padres con los otros hijos, demanda tiempo personal y social, tiene implicancias económicas, afecta la relación con la familia extensa y la sociedad. Por otro lado, también hay evidencia de que puede tener un efecto positivo, generándose, ante esta situación, oportunidades para el desarrollo personal y social que no habrían surgido de otra manera.

Para profundizar sobre los desafíos de ser padres de niños o niñas con necesidades diferentes le sugerimos seguir leyendo en los capítulos 30 al 34.

La crianza de los hijos es un desafío constante que nos obliga a recorrer nuestra historia, enfrentarnos a incertidumbres y a nuestras vulnerabilidades, pero también es una oportunidad para aprender, crecer y hasta sorprendernos de la fuerza que llevamos dentro.

Lectura recomendada



American Psychological Association. (s.f.). *Lesbian and Gay Parenting*. Recuperado de <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/parenting>

Bibliografía

- American Psychological Association. (s.f.). *Lesbian and Gay Parenting*. Recuperado de <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/parenting>
- Cáceres, C. (2019). Honrar la complejidad de las parejas ensambladas. Un mapa comprensivo y una propuesta terapéutica. *Revista de Familias y Terapias*, 46, 83-106.
- Farr, R.H. (2017). Does parental sexual orientation matter? A longitudinal follow-up of adoptive families with school-age children. *Dev Psychol.* 53, (2), 252-264.
- Greene, R.W. (2014). *The explosive child: A new approach for understanding and parenting easily frustrated, chronically inflexible children*. HarperCollins.
- Hollins, S., Woodward, S. y Hollins, K. (2010). Parenting an infant with a disability. En S. Tyano, M. Keren, H. Herrman y J. Cox (Eds.), *World Psychiatric Association evidence and experience in psychiatry. Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry* (301-309). Wiley Blackwell.
- Lafrance, A. y Miller A (2020). *What to Say to Kids When Nothing Seems to Work. A Practical Guide for Parents and Caregivers*. Routledge.
- McHale, J. P. y Fivaz-Depeursinge, E. (2010). Principles of effective co-parenting and its assessment in infancy and early childhood. En S. Tyano, M. Keren, H. Herrman y J. Cox (Eds.), *World Psychiatric Association evidence and experience in psychiatry. Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry* 357-371). Wiley Blackwell.
- Tyano, S. y Keren, M. (2010). Single parenthood: its impact on parenting the infant. En S. Tyano, M. Keren, H. Herrman y J. Cox (Eds.), *World Psychiatric Association evidence and experience in psychiatry. Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry* (31-37). Wiley Blackwell.
- Shapiro, D. (2014). El estrés de la parentalidad ensamblada: roles de género, calidad de la relación marital y creencias sobre los roles de género. *Family Process*, 53, (1), 1-15.
- Siegel, D. y Hartzell, M. (2003). *Parenting from the Inside Out: how a deeper self-understanding can help you raise children who thrive*. New York: Jeremy Tarcher/Putman. Penguin Putman.

03

Temperamento

¿Qué debemos saber como madres y padres?

§

MACARENA ROMERO JIMÉNEZ

Psicóloga clínica perinatal e infantojuvenil

ÁNGELA GONZÁLEZ CANO

Psiquiatra infantil y del adolescente



No existen temperamentos buenos ni malos, sino que cada característica que compone el temperamento de una persona tiene tanto fortalezas como desafíos.

¿Qué es el temperamento?

El temperamento se refiere a las características innatas de una persona que influyen en la forma en que responde al entorno y se relaciona con los demás. Estas características tienden a ser estables a lo largo del tiempo y son consideradas como parte de la naturaleza biológica de un individuo, estando influenciadas por factores genéticos.

Se manifiesta en la forma en que una persona responde a estímulos, su nivel de actividad, la intensidad de sus reacciones emocionales y su adaptabilidad.

El temperamento infantil es un aspecto relevante de conocer, ya que nos permite comprender la manera de reaccionar de nuestros hijos frente a estímulos externos. Así podemos entender mejor sus reacciones al entorno y ayudarlos a modularlas.

¿Es lo mismo temperamento y personalidad?

El temperamento no es lo mismo que la personalidad. El temperamento tiene un carácter biológico con origen genético y es reconocible desde el momento del nacimiento. En cambio, la personalidad tiene un carácter evolutivo, es decir, se desarrolla a lo largo de la vida, a través de las experiencias con otros y los aprendizajes. La personalidad se desarrolla y se consolida en la adolescencia tardía y/o a inicios de la etapa adulta.

¿Cómo se expresa el temperamento en mi hijo/a? ¿Cuáles son sus características?

El temperamento se expresa a través del comportamiento y las respuestas emocionales de una persona. En la tabla 3-1 mostramos las características y cómo se expresa.

Característica	¿A qué se refiere?	¿Cómo se expresa?
Emotividad	Se refiere a la intensidad de las respuestas emocionales de una persona.	Algunas personas pueden experimentar y expresar emociones de manera más intensa y visible que otras.
Sociabilidad	Indica la preferencia y sensación de comodidad de una persona en situaciones sociales.	Algunas personas tienen un temperamento más extrovertido y se sienten más cómodas en situaciones sociales, interactuando con varias personas, mientras que otras pueden tener un temperamento más introvertido y prefieren ambientes más tranquilos.
Actividad	Se refiere al nivel de energía y actividad física-motora de una persona.	Algunas personas tienen un temperamento más activo y enérgico, mientras que otras pueden ser más calmadas y reservadas.
Adaptabilidad	Hace referencia a la facilidad con la que una persona se ajusta a los cambios o situaciones nuevas.	Algunas personas tienen un temperamento más adaptable y se sienten más cómodas con el cambio, mientras que otras pueden ser más resistentes o necesitan más tiempo para adaptarse.
Ritmo biológico	Incluye aspectos como la regularidad en patrones de sueño, alimentación y otros ritmos corporales.	Algunas personas tienen un temperamento más predecible y estable en términos de sus patrones biológicos, mientras que otras pueden ser menos regulares.
Responsividad	Es la sensibilidad ante estímulos físicos como el ruido, la luz, la temperatura, el tacto, los olores o el movimiento.	Algunas personas se muestran más sensibles a estímulos que otras. Se observa el nivel de estimulación que necesita una persona para dar una respuesta frente a un estímulo.
Distractibilidad	Tendencia a desviarse de lo que está haciendo como resultado de ruidos o interrupciones.	Hay personas que tienden a distraerse más fácilmente que otras.
Persistencia	Capacidad para continuar con una actividad pese a los obstáculos o distractores externos.	Hay personas más persistentes que otras.

Tabla 3-1. Características del temperamento

¿Puede cambiar el temperamento?

Si bien el temperamento tiende a ser estable a lo largo del tiempo, puede presentar algunos cambios o variaciones en función de la madurez en los niños/as y de las experiencias de vida.

Las experiencias, el entorno y las interacciones con otros pueden influir en cómo se expresan ciertas características del temperamento. Por ejemplo, un niño/a puede mostrarse más extrovertido en su contexto familiar, con personas en las que confía, y más tímido e introvertido con personas que no le generan confianza, aunque en general su temperamento pueda definirse como más introvertido.

Por otro lado, observamos que las experiencias de aprendizaje también pueden generar cambios en las características del temperamento de una persona. Por ejemplo, un adolescente que se ha mostrado en su niñez más intenso en su expresión emocional de la rabia, puede aprender a expresarla de forma más serena.

A pesar de todo esto, es importante considerar que, a pesar que el temperamento puede presentar ciertas variaciones en algunos aspectos de sus características, su núcleo tiende a ser estable.

¿Existen temperamentos buenos y otros malos?

No existen temperamentos buenos ni malos, sino que cada característica que compone el temperamento de una persona tiene tanto fortalezas como desafíos.

Es importante considerar que el temperamento es único para cada individuo, sus características interactúan entre sí, creando combinaciones muy variadas que contribuyen a lo que será la personalidad. Es por esto que reconocemos que hay distintos tipos de temperamentos que conforman un universo diverso de personas.

Todas las variaciones de temperamentos son normales y pueden tener ventajas y desventajas dependiendo del contexto donde se expresen. Lo que puede ser beneficioso en una situación, puede no serlo en otra. Por ejemplo, un niño más tranquilo y reflexivo puede destacarse en un contexto que requiera concentración, mientras que otro niño con temperamento más enérgico y extrovertido puede destacar en entornos sociales y expresivos.

Por otro lado, es importante reconocer que en la relación con otros también podemos sentir mayor comodidad o facilidad de comunicación con personas que tienen determinadas características de temperamento que con otras. Por ejemplo, para una madre puede serle más fácil compartir hobbies con un hijo/a que es tan enérgico como ella, que con el otro hijo/a que no lo es.

Lo importante es comprender y aceptar las características de temperamento de uno mismo y de los demás, y aprender a manejarlas de manera efectiva en diferentes

contextos. Además, la adaptabilidad y la capacidad de relacionarnos adecuadamente con los demás, independiente de las diferencias de temperamento, son habilidades importantes en la vida cotidiana.

En la medida que reconocemos y valoramos las características del temperamento de nuestro hijo/a, podemos potenciarlo/a y fortalecer una autoestima positiva. Por el contrario, si nos relacionamos con sus características de temperamento catalogándolas como “malas”, podemos afectar el desarrollo de sus fortalezas y su autoconcepto.

En este sentido, proponemos no hablar de temperamentos buenos o malos, y tampoco de fáciles y difíciles en sí mismos, sino más bien reflexionar y reconocer por qué esa característica del temperamento del otro se me hace fácil o difícil a mí en ese momento, identificar de qué manera esas características pueden contribuir a las fortalezas individuales del otro y cómo pueden gestionarse para expresarse adaptativamente.

¿En qué debemos cambiar nuestra actitud o estilo como padres según el temperamento del hijo/a?

El conocimiento del temperamento de los niños/as nos permite trabajar con ellos/as desde su propia forma de ser, sin necesariamente intentar cambiarla. Se puede anticipar y entender la reacción de un niño frente a un determinado estímulo.

Según el temperamento del niño, es posible aplicar distintas estrategias de crianza⁵. Por ejemplo, en el caso de niños con características de temperamento tales como mayor distractibilidad, mayor intensidad para vivir las emociones y mayor actividad, puede ser necesario un abordaje más directivo desde las figuras cuidadoras, que los orienten con límites claros y les permitan anticipar situaciones. Y, por otra parte, en el caso de los niños más introvertidos y pasivos, puede beneficiar que se les incentive a explorar situaciones nuevas y la forma de acercamiento de los padres hacia los hijos/as debe ser más suave, cauta y cuidadosa aunque la disciplina parental debe ser igualmente consecuente y firme que en niños más activos.

5 Ver capítulos: 2, "Parentalidad"; 5, "Modulación sensorial"; y 9, "Período de pataletas".

Lectura recomendada



Ato Lozano, E., Galián Conesa, M.D., y Huéscar Hernández, E. (2007). Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia: una revisión. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 23, (1), 33-40.

Punset, S. (2008). *¿Por qué somos lo que somos?* Editorial Aguilar.

Sarris, S. (2016). *Temperamento, Carácter y personalidad*. Ediciones internacionales universitarias.



The Great Schools Editorial Team (2021). *El temperamento de tu hijo: 9 rasgos básicos a considerar*.

Bibliografía

Sepúlveda, J. E. (2019). Temperamento. En Almonte, C. y Montt, M. E. *Psicopatología Infantil y de Adolescencia* (3era Edición, pp. 59-66). Mediterráneo.

Pelaz Antolín, A. (2012). Temperamento, carácter y psicopatología. Un estudio preliminar de casos y controles. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*. 29, (4), 23-27.

Cornellà, J. (2010). ¿Qué es el temperamento? *Anales de pediatría continuada*. 8, (5), 231-236.

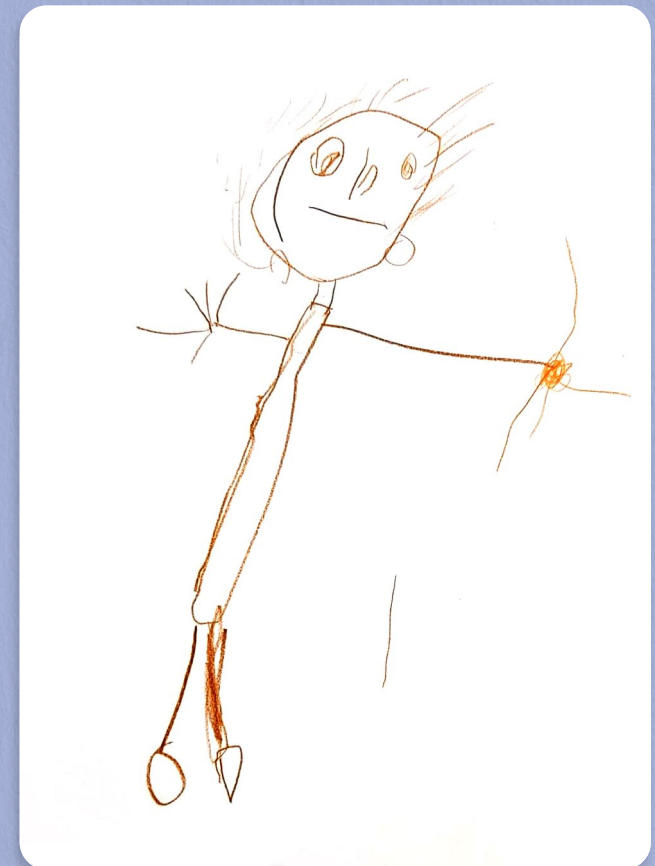
Vínculo seguro

Base para un desarrollo sano

§

MIREYA SEPÚLVEDA MAGGIOLO

Psicóloga clínica y de la salud



Cuando nos convertimos en padres, escuchamos frecuentemente hablar sobre el vínculo y el apego. Sin duda esto ha significado un avance al considerar que, **desde que nacemos, establecemos relaciones significativas que nos proveen la posibilidad de vivir.**

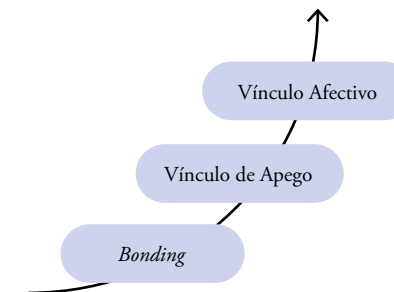
Actualmente, se destaca el hecho que bebés y niños pequeños son activos en buscar este contacto estrecho con un adulto, quien cumple esta función al entrar en sintonía con el bebé y entregar lo necesario para la sobrevivencia (como alimento, abrigo, protección, amor y contención). Es por esto que la salud mental perinatal se instaló como una especialidad de la psiquiatría y psicología que busca generar espacios de psicoeducación e intervención, ya que lo que sucede en esta primera etapa es crucial para el futuro.

¿Qué diferencia hay entre *bonding*, vínculo de apego y vínculo afectivo?

El vínculo de apego se refiere a esa relación estrecha con un cuidador principal que desarrollamos todos los seres humanos.

El *bonding* corresponde al contacto piel a piel entre la madre y su hijo, que se produce inmediatamente después del parto. El bebé está en un estado de alerta tranquila y la madre puede cobijar a su hijo, olerlo, mirarlo, tocarlo. Es significativo que en esta instancia el recién nacido tenga su primera experiencia con el pecho de la madre, que pueda entrar en contacto con el pezón, mama y cuerpo materno.

Finalmente, el vínculo afectivo se refiere a las relaciones que se van estableciendo con diversas personas, que pueden o no ser significativas, pero que no tienen la particularidad del vínculo de apego que permite al cuidador principal responder a las necesidades en momentos de estrés.



Esquema 4-1.

¿Qué es el vínculo de apego?

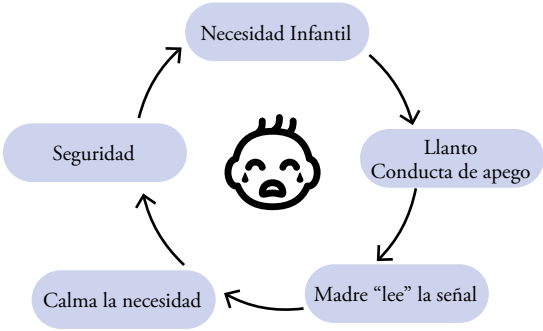
Según J. Bowlby y M. Ainsworth, se refiere a la relación emocional estrecha que se establece entre dos personas, la que es sostenida en el tiempo y se caracteriza por el deseo mutuo de mantener proximidad. Además plantean que el bebé pequeño, desde que nace, tiene la motivación primaria de apegarse, ya que esto le permite la supervivencia física y emocional; por lo tanto es una capacidad con la que se nace.

Recordemos que, en la especie humana, cada uno nace dependiendo del cuidado de otro para sobrevivir, ya que, a diferencia de otros mamíferos, no contamos con capacidades que nos permitan ser autónomos en ese momento. El bebé pequeño va a desplegar conductas de apego como el llanto, la sonrisa y alzar los brazos, entre otras, para buscar la respuesta de su cuidador. Por eso es importante que los bebés sean atendidos en sus necesidades y no basarse en creencias erróneas como aquellas que afirman que si lloran lo hacen por “maña” o que les hace bien llorar y hay que dejarlos. Lamentablemente esas creencias estimulan que los bebés sean tratados como un adulto y que frente a esas conductas solo hay que poner límites. Desde las propuestas de la psicología y las neurociencias, esa visión es totalmente errónea.

¿Cómo se construye el vínculo de apego seguro?

El vínculo de apego se construye principalmente durante el primer año de vida, instancia donde el adulto que toma el rol de cuidado establece una relación de mutualidad, es decir, se van entrelazando la necesidad que expresa el bebé con la respuesta sensible del adulto, retroalimentándose ambos en esta relación. Transcurrido este tiempo, se entiende que el vínculo de apego se ha establecido como un *patrón relacional* y desde esta relación significativa se irán articulando las demás interacciones.

Es importante saber que, para que se construya un vínculo de apego seguro, es relevante que el adulto significativo pueda *estar disponible emocional y físicamente para responder a las necesidades.* Veámoslo en un ejemplo: bebé de dos meses de edad comienza a llorar por hambre. El adulto significativo interpreta ese llanto como hambre –mi bebé debe tener hambre, así que lo alimentaré–, lo cual implica por parte del adulto dar una respuesta sensible y que esté en sintonía con esa necesidad. La madre toma a su hijo, le habla con voz amable, le dice: ¿tiene hambre mi guaguita, por eso estabas llorando? Todo esto acompañado de una disposición corporal que contiene y acoge. La madre lo amamanta y el bebé deja de llorar, calmando su necesidad y luego se duerme en sus brazos. En el esquema 4-2 podemos ver esta secuencia, simplificada.



Esquema 4-2. Circuito de relación madre-hijo

En este ejemplo vemos que la disponibilidad del adulto es importante, porque responde de un modo cálido, conteniendo, lo toma en sus brazos, por lo que no basta con atender a la necesidad de hambre, sino que también se acompaña de una corporalidad y voz que contiene. Estas interacciones se dan muchas veces a lo largo del día, por lo tanto, quien cumpla el rol de cuidador principal debe contar con el tiempo suficiente para estar presente. En esta etapa de la vida, la cantidad –y no solo la calidad– son importantes. El considerar esto ha servido de argumento para extender el postnatal, ya que esta función tan relevante para la salud física y emocional del bebé debe protegerse y asegurarse. Por supuesto que hay momentos en los que no es posible que esta relación se dé tal cual como lo ejemplificamos, lo que no implica que se cause un trauma o algo similar. *Lo importante para el bebé es que pueda confiar que, ante su necesidad, existirá ese otro significativo que dé una respuesta sensible.*

El vínculo seguro tiene una *función biológica protectora* que permite de algún modo “inmunizar” al bebé frente a efectos posteriores provenientes del estrés, situaciones complejas o traumáticas.

¿Con qué herramientas o capacidades cuentan los padres para poder vincularse con su hijo?

Recordemos que contamos con capacidades y cualidades humanas que nos permiten entrar en sintonía con nuestro hijo. Hace ya muchos años, el pediatra y psicoanalista inglés D. Winnicott observó en las madres, hacia final del embarazo y primeras semanas de vida, una disposición que llamó “*Preocupación maternal primaria*” (Winnicott, 1958), la cual permite que la madre comience a identificarse con su hijo incluso desde

antes de nacer, lo que va a ir posibilitando que la madre entre en sincronía con sus expresiones y necesidades.

La primera función reguladora entre la madre y el bebé tiene lugar a nivel *no verbal*: ella lo regula, principalmente, a través de su rostro, su voz y tono, al tocarlo y al cantarle. La madre va moldeando sus respuestas según esta sintonía relacional que se establece entre ambos, va interpretando los estados emocionales de su hijo y le devuelve un significado.

La neurobiología también ha ido confirmando lo observado por Winnicott y otros autores, explicitando que el cerebro de las madres cambia durante el período perinatal y eso permite que las funciones de disponibilidad emocional, sintonía emocional, lectura de las necesidades de su hijo, etc., se asienten también en cambios hormonales, neuroquímicos, anatómicos y funcionales.

Desde un punto de vista cotidiano y concreto, el vínculo seguro se favorece en la medida que los padres reconocen las necesidades de sus hijos y pueden ir respondiendo a ellas. Esto debe hacerse de manera atinada y considerando lo que el propio hijo pone de sí mismo. El ser coherentes en la respuesta del adulto es otro elemento fundamental, ya que es necesario que el bebé confíe y pueda generar cierta capacidad predictiva de la respuesta del adulto, lo que le va dando seguridad.

¿Qué aspectos ayudan para formar un vínculo seguro?

El poder responder en los momentos de estrés o tensión es sin duda la principal función del vínculo de apego, ya que es en esos momentos en que el bebé pequeño se siente indefenso y requiere de la presencia de la madre o el padre. Esta respuesta debe ser sensible y oportuna, razón por la cual se despliegan en el adulto funciones como la mentalización que, en términos sencillos, permite identificar las necesidades del bebé, leerlas dentro de un contexto, darles un significado y así poder otorgar una respuesta sensible.

Un aspecto importante en los bebés y niños pequeños es la función de contención, la cual se da de tres maneras muy claras: una es el contacto físico, el solo hecho de ser sostenido calma; la mirada es una manera muy potente de entrar en sintonía con un bebé y transmitirle confianza, la mirada es capaz de sostener y transmitir presencia; y, finalmente, las vocalizaciones, que a través de la voz y entonación entregan calma al bebé pequeño.

Antiguamente se pensaba que los padres eran quienes modelaban y estructuraban determinado repertorio de conductas en sus hijos; ahora, por el contrario, podemos afirmar que es el bebé el que contribuye desde los primeros momentos a esta interac-

ción. Los bebés nacen con algo más que reflejos innatos, ya que poseen un sin número de complejas habilidades psicológicas y sociales desde el nacimiento. Estas capacidades socioafectivas les permiten orientarse, comunicar y preferir la interacción con otro ser humano específico y este otro significativo será quien cumpla la función de cuidado y regulación del estrés.

¿La lactancia materna favorece el vínculo de apego seguro?

Efectivamente, la lactancia materna favorece no solo el vínculo de apego, sino que también tiene muchos beneficios que deben ser incorporados y considerados por los padres.

El acto de amamantar permite que el bebé entre en contacto con el cuerpo de su madre y que esta, por su parte, pueda sentir a su hijo cerca, lo pueda acurrucar, acariciar, hablar y mirar. En general, las madres que amamantan se toman el tiempo necesario y de manera intencionada para estar con su hijo. Debemos reconocer que, como mamíferos, los seres humanos contamos con la posibilidad de alimentar a nuestros bebés y esto permite una serie de hechos que son relevantes, como la activación de oxitocina, una hormona que contribuye a que nos vinculemos y experimentemos el amor en el encuentro con el otro, lo cual es un factor protector para la salud mental de la madre.

En el caso de las madres que deciden no amamantar o que no pueden hacerlo, también pueden propiciar en el momento de la alimentación, un espacio vincular especialmente dedicado y en sintonía con su hijo.

Es importante no enjuiciar a quien no desee o no pueda amamantar, pero esto no nos tiene que hacer relativizar lo beneficiosa que es la lactancia materna.

¿Qué se puede hacer desde el embarazo para tener un vínculo seguro con el hijo?

Pensemos que el embarazo es una etapa donde la mujer vivencia no solo cambios físicos, sino que también en su psiquismo y cerebro, por lo tanto, pueden surgir de manera espontánea acciones o ideas que promueven este vínculo. Recordemos que los bebés pueden escuchar tempranamente, por lo que reconocen la voz materna y de sus cercanos. El poder hablarle y contarle sobre lo que estamos viviendo o sintiendo, así como también cantarles, contarles historias e ir relatando lo que está sucediendo ayuda positivamente.

¿Qué sucede si durante el embarazo la madre siente pena, rabia, miedo u otra emoción? ¿Eso le hace mal a su hijo?

Es frecuente pensar que las emociones de la madre puedan afectar al bebé en gestación, lo cual aumenta la presión o sensación de culpa en las madres. Por lo que es importante considerar y validar que ella pueda estar viviendo y posiblemente vivirá diversas situaciones que generen emociones variadas. Lo relevante es analizar si esto se enmarca dentro de lo esperado o estaría siendo indicador de alguna dificultad. Por esto, es necesario ofrecer espacios a las madres para poder expresar sus vivencias y que puedan referir si aparece alguna preocupación mayor o síntoma, como aumento de ansiedad o angustia. En caso que sean procesos emocionales esperables, lo que se sugiere es no tener temor a dar espacio a esa expresión: la madre puede ir verbalizando y hablándole a su hijo sobre cómo se siente, poniendo palabras a lo vivido, generando un “diálogo interno” con su hijo, relatando lo que está viviendo.

Si la madre está viviendo una situación de mayor dificultad o complejidad, es importante plantearlo en los controles de seguimiento prenatal o buscar ayuda a un profesional de la salud mental.

¿Es recomendable dejar llorar a un recién nacido o bebé pequeño?

Pensemos en un recién nacido. Lo más probable es que al nacer lllore, ya que ha perdido la continuidad que conocía: comienza a respirar, hay un ambiente que tiene una temperatura distinta, siente la fuerza de gravedad, siente hambre y quiere volver a esa sensación de estar contenido en el vientre materno. El llanto aparece como una manera de comunicación entre el bebé y su ambiente, dando cuenta de las diversas necesidades y tensiones que aparecen⁶. Además, el llanto de un bebé nos muestra que el llamado hacia nosotros se hará notar y nos convoca de manera rápida, siendo nosotros mismos quienes tendemos a responder pronto, ya que desde nuestro interior sabemos que el bebé tiene una incomodidad que lo hace sentir mal. Lamentablemente, se han hecho lecturas equivocadas que no toman en cuenta las características de los bebés en relación a las causas de llorar, señalando que esta sería una forma de manipular o porque es *excesivamente apegado* a la mamá o al papá. Hay que ser claros y señalar que esos argumentos son creencias que confunden y pueden llevar a afectar la respuesta de manera atingente.

⁶ Ver capítulo 8, "Comunicación emocional".

Es importante considerar que la madre o cuidador principal, al estar abocada a su rol de cuidado, sobre todo los primeros seis meses, tenga un mayor cansancio o incluso se sienta agobiada. Por ello, es fundamental que esta cuente con un soporte emocional y pueda compartir roles de cuidado y crianza con su pareja u otro adulto significativo. Así podrá estar disponible y atender de manera sensible ante el llanto u otras necesidades del bebé, ya que en eso la madre —o cuidador principal— no es reemplazable.

El llanto del bebé, en cualquier otra etapa del desarrollo, debe ser atendido de manera oportuna y sensible, ya que es una condición importante para el desarrollo del vínculo de apego seguro. Esto es una premisa básica que nos invita a comprender que los *buenos tratos* son parte fundamental de un desarrollo sano.

Si yo no tuve vínculo seguro con mis padres, ¿cómo podría evitar repetir este patrón?

Esta es una preocupación de muchos padres que refieren haber vivido experiencias adversas en su infancia. El solo hecho de reconocer que eso sucedió y el tener la intención de no repetir ese patrón nos habla de adultos que han tomado conciencia de la situación y que quisieran tener una relación distinta con sus hijos/as, ya que saben y reconocen lo nocivo que es para la salud un vínculo inseguro. Ese primer paso es fundamental, ya que pueden apelar a sus propias vivencias y recuerdos, conectando con ese niño interior que no fue contenido, leído y regulado por el adulto. Si lo vivido en la infancia ha dejado huellas profundas, se sugiere realizar un acompañamiento en salud mental, ya que se pueden repetir patrones que están enquistados en nuestras experiencias vinculares tempranas, las cuales incluso pueden permanecer de manera inconsciente en nuestro psiquismo.

Considerar que el rol de cuidado es algo importante, da luces de que lo que debemos proveer es justamente el resguardo de las necesidades, tanto del adulto que no ha sido atendido o contenido, como del bebé que recién comienza su formación.

¿Qué se puede concluir sobre el apego?

El apego se refiere a esa relación estrecha con un cuidador principal que desarrollamos todos los seres humanos y que comienza incluso desde antes de nacer, durante el embarazo.

Es necesario para nuestra supervivencia, pues asegura los cuidados que necesitamos para poder vivir. Es el deseo de mantener proximidad con otro ser humano que

pueda cuidarme y al que pueda cuidar. Para esto, el bebé es un ser activo que utiliza todos sus recursos para lograrlo. A través de la experiencia cotidiana de los primeros meses se logra construir un patrón que se organiza al final del primer año.

Bibliografía

Ainsworth, M.D.S. *et al.* (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Erlbaum.
Bowlby, J. (1998). El apego y la pérdida 1. *El apego*. Paidós.
Jové, R. (2009). *La crianza feliz. Cómo cuidar y entender a tu hijo de 0 a 6 años*. Esfera Libros.
Winnicott, D. (1999). Preocupación maternal primaria (1956). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (405-412). Editorial Paidós.

05

Modulación sensorial
¿Cada hijo/a tiene su propio patrón?

§

LORENA VARGAS BECERRA

Terapeuta ocupacional



Poner atención al patrón sensorial de los niños/as y al que cada uno tiene nos ayuda a ser más empáticos hacia los desafíos que cada uno enfrenta y más comprensivos y pacientes con las reacciones que tenemos.

¿Qué es modulación sensorial?

Cuando los niños se enfrentan cotidianamente a cualquier estímulo del ambiente, pudiendo ser este de carácter visual (como los globos en una fiesta), auditivo (el ladrido de un perro), táctil (la arena de la playa) o de movimiento (subirse a un columpio), el sistema nervioso central comienza inmediatamente a trabajar. Dependiendo del estímulo y del contexto, deberá efectuar algunos ajustes para que podamos responder a ellos adecuadamente. Por ejemplo, si la educadora está hablando despacio, aumentará el nivel de alerta, enfocará la atención en ella usando otros sistemas o se acercará y podrá escuchar mejor; por el contrario, si aumenta el tono de voz, se tapan los oídos, se alejará, bajará la mirada disminuyendo la cantidad de estímulos o pedirá que baje la voz. Entonces, ciertamente no veremos lo que hace el cerebro internamente, pero sí observaremos las conductas de los niños y aprenderemos a mirar qué hace y cómo lo hace, sabremos cómo funciona su cerebro y cómo está modulando.

Cuando llamas a tu hijo y te mira, cuando le das una comida muy caliente y la sopla para enfriar, cuando se sube a un scooter y se impulsa por primera vez o se tapa la vista cuando le cae un rayo de sol justo en su rostro, se producen respuestas esperables y adecuadas: a ellas les llamamos respuestas adaptativas. Por el contrario, si ves que tu hijo no responde cuando lo llamas o se tapa los oídos y grita asustado, llora y se enoja con un plato de comida que a él le pareció caliente estando solo tibio o necesita mucho condimento para que le agrade; si no sabe cómo subirse a un scooter, se cae con frecuencia o simplemente no le interesa; si llora exageradamente cuando llega el sol en su rostro o por el contrario, se fascina mirando los rayos de luz, es probable que estemos frente a un problema de modulación sensorial. A partir de esa mayor comprensión de lo que le pasa, tanto los padres como los especialistas lo podremos ayudar.

¿Qué cambia en mi actitud como padre al conocer el patrón sensorial de un hijo?

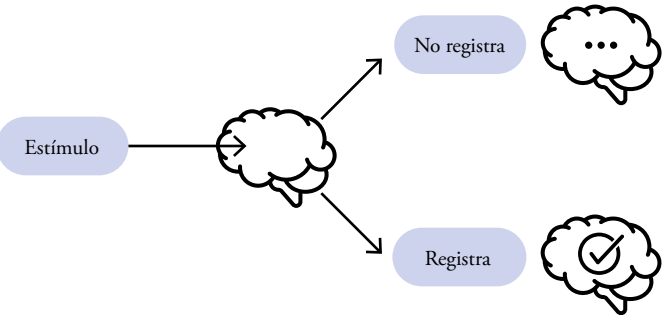
Poner atención al patrón sensorial de los niños y al que cada uno tiene, especialmente cuando estos están alterados, impulsará a los padres a buscar información y educarse sobre las alteraciones sensoriales que afectan a su hijo, podrán ser más empáticos ha-

cia los desafíos que estos enfrentan –con menos propensión a juzgar sus conductas, especialmente cuando estas no cumplen con expectativas sociales convencionales– y más comprensivos y pacientes con las reacciones y comportamientos que estos presentan, al entender que están influenciados por la forma en que cada uno procesa la información sensorial. En base a esto, los padres pueden implementar estrategias de manejo que le ayuden al niño/a a sobrellevar sus dificultades, lo que puede variar desde hacer ajustes en el entorno hasta adaptar rutinas y actividades para minimizar los desencadenantes de respuestas sensoriales desadaptativas.

Es siempre importante tener en cuenta que cada niño es diferente, por lo que las reacciones y actitudes tanto de l@s niñ@s como de los padres variará de caso en caso.

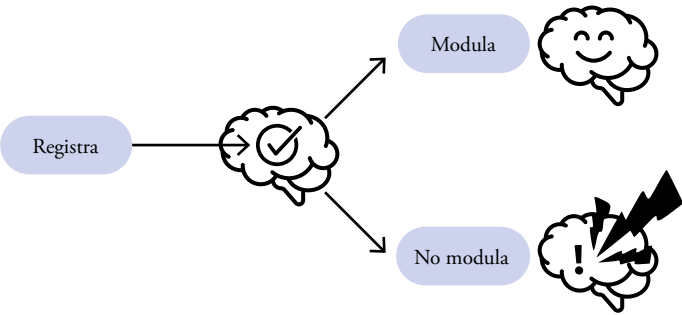
¿Qué ocurre en el cerebro frente a la recepción de algún estímulo sensorial?

El cerebro recibe el estímulo y pueden suceder dos cosas: que lo registre o no lo registre, lo que va a depender de su nivel de alerta.



Si no lo registra, probablemente no va a responder al estímulo. Así, no responderá cuando lo llaman, se caerá con frecuencia y no percibirá dolor, puede tener la ropa mal puesta y no se dará cuenta, andará con la cara y manos sucias y no le molestará, puede que muerda juguetes, que sea más lento en la ejecución de actividades cotidianas o escolares, y probablemente presente un bajo tono muscular.

Si lo registra, pueden suceder dos cosas: que lo module o no lo module.



Si lo modula, significa que su cerebro reguló adecuadamente, facilitó algunos mensajes neuronales con el objetivo de producir una mejor respuesta o percepción o inhibió otros para reducir el exceso de respuesta, es decir, da una respuesta adaptativa que facilita su compromiso en ocupaciones satisfactorias y significativas para su ocupación.

Si no modula, se debe a que el niño tiene una respuesta exageradamente intensa a cierta información sensorial. Secundario a esto, evitará o rechazará ciertos estímulos y puede mostrar comportamientos de evitación o de defensa. De allí que los desórdenes en la modulación sensorial puedan entorpecer severamente las ocupaciones diarias, rutinas, conducta y roles de los niños.

Si mi hijo es muy sensible a los ruidos, ¿significa que tiene alguna patología?

No necesariamente. Ser sensible a los ruidos puede ser una característica normal del perfil sensorial de un niño. Algunos niños pueden ser más sensibles a ciertos estímulos sensoriales –incluyendo el sonido– debido a una variedad de factores: genéticos, ambientales o alguna experiencia previa negativa, como una alarma de incendio, choque o una fuerte discusión. Sin embargo, si la sensibilidad que presenta interfiere significativamente en la capacidad del niño para realizar sus actividades cotidianas (actividades familiares, escolares o de desempeño social), puede ser indicador de que requiere de apoyos adicionales.

¿Se puede modificar la hipersensibilidad sensorial?

Sí, la hipersensibilidad sensorial puede ser modificada en diversos grados a través de terapia de integración sensorial, la cual trabajará con el niño para ayudarlo en algunos

casos a adaptarse, procesar, organizar y responder adecuadamente a la información sensorial que lo interfiere y/o a efectuar adaptaciones de su entorno para reducir la exposición a estímulos que pueden ser abrumadores o desagradables para el niño. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el proceso de modificación de la hipersensibilidad sensorial puede llevar tiempo y esfuerzo, y los resultados pueden variar de un niño a otro.

Si mi hijo no quiere que lo toquen, ¿es algo de su naturaleza biológica o es aprendido?

La respuesta frente al ser tocado en un niño, puede variar dependiendo de la edad del niño, su historia de vida y de su perfil sensorial. Algunos niños nacen con una mayor sensibilidad táctil, lo que puede hacer que cierto tipo de contacto físico sea incómodo y hasta doloroso para ellos. Sin embargo, la hipersensibilidad táctil puede ser el resultado de experiencias previas que han llevado al niño a asociar el contacto físico con dolor, incomodidad o sensación de vulnerabilidad.

Si mi hijo presenta características relacionadas con dificultades de modulación sensorial, ¿significa que presenta un Trastorno de Procesamiento Sensorial?

No necesariamente. Determinar cuándo los signos de dificultades de modulación sensorial pasan a ser considerados un Trastorno de Procesamiento Sensorial es un proceso que involucra varios aspectos:

- Frecuencia de las dificultades sensoriales observadas.
- Grado de afectación de la vida cotidiana del niño: interferencia en la participación en actividades de juego, escolares, sociales y familiares.
- Cantidad de situaciones o contextos en los que se manifiestan las dificultades.
- Coherencia de la descripción de las dificultades con la evaluación completa que incluye entrevista a los padres, observaciones del comportamiento del niño y pruebas estandarizadas para evaluar respuestas sensoriales.

¿Si mi hijo presenta dificultades de modulación sensorial, ¿las tendrá de adulto?

Las dificultades de modulación sensorial observadas en la niñez pueden permanecer en la vida adulta y son frecuentemente observadas en la población como características propias de cada persona. La forma y el impacto en que se manifiestan puede variar según la edad y la vida diaria de cada persona.

En los adultos, las dificultades de modulación sensorial pueden no ser tan visibles como en los niños, ya que los adultos en general ya han desarrollado estrategias de afrontamiento para manejar estas dificultades a lo largo de los años. Algunos adultos pueden haber aprendido a evitar ciertos estímulos o situaciones que les resultan incómodos, mientras que otros pueden haber encontrado formas de autoregulación para lidiar con las respuestas sensoriales sin que lleguen a ser consideradas un trastorno, como trabajar en forma independiente o desde el hogar, evitar centros comerciales o de alta afluencia de público en los horarios más concurridos, evitar algunos medios de transporte o usar organizadores visuales, entre otros.

¿Cómo saber si mi hijo presenta una modulación sensorial normal?

Un niño con una modulación sensorial normal o “típica” es descrita como aquella en la que la mayoría de los niños procesan y responden a las señales sensoriales del entorno de una manera generalmente esperada y funcional. Un perfil típico varía según la cultura y la edad, pero, en términos generales, es aquel en que su modulación le permite funcionar de manera efectiva en su entorno.

Es importante tener en cuenta que el estilo de modulación sensorial puede variar considerablemente entre las personas y que lo que es “típico” para unos puede no serlo para otros. Algunos niños y adultos pueden tener ciertas preferencias sensoriales que no se ajustan completamente al perfil típico, pero eso no necesariamente indica un trastorno de procesamiento sensorial. Solo cuando las dificultades sensoriales interfieren significativamente con la vida diaria y su funcionamiento se pueden considerar como un trastorno.

Lectura recomendada



Dunn, W. (2016). *El Perfil Sensorial 2: Modelo basado en los puntos fuertes para la evaluación e intervención*. Pearson.

Bibliografía

- Ayres, A.J. (1998). *La integración sensorial y el niño. Guía para el cuidado del niño en el hogar*. Trillas.
- Kranowitz, C. (2020). *El Niño Desincronizado: Reconociendo y Afrontando el Trastorno del Procesamiento Sensorial*. Future Horizons.
- Miller, L.J. (2014). *Sensational Kids: Hope and Help for Children with Sensory Processing Disorder (SPD)*. TarcherPerigee.
- Dalgliesh, C. (2013). *The Sensory Child Gets Organized: Proven Systems for Rigid, Anxious, or Distracted kids*. Simon & Schuster.
- Dunn, W. (2016). *El Perfil Sensorial 2: Modelo basado en los puntos fuertes para la evaluación e intervención*. Pearson. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/309846007_Perfil_Sensorial_2_WINNIE_DUNN_Pearson
- Voss, A. (2015). *Conociendo las Señales Sensoriales de su Niño: Manteniéndolo Real. Manteniéndolo Sencillo. Manteniéndolo Sensorial*. CreateSpace Independent Publishing Platform.

o6

Supervisión de salud infantil

¿Por qué es importante?

§

LUISA SCHONHAUT BERMAN

Pediatra, doctor en metodología de la investigación biomédica y salud pública

PAULA ROJAS BUSTOS

Pediatra, diplomada en intervención temprana



La supervisión de salud es un acto y concepto ampliamente reconocido en el mundo y se caracteriza por ser un reflejo de las políticas socio-sanitarias de cada país. El propósito de este capítulo es repasar brevemente la historia, significado, estructura y evidencia con respecto a la relevancia de la supervisión de salud infantil. Es importante recalcar que, si bien existen ítems básicos de abordaje, el máximo provecho del encuentro se consigue en la medida que los padres participen, pregunten y nutran a los profesionales con sus propias experiencias.

¿Qué necesito saber como padre o madre sobre el control de salud?

La supervisión de salud o control sano está orientado a vigilar y apoyar el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, desde el período de recién nacidos hasta la adolescencia.

- La supervisión de salud se basa en los principios de prevención, promoción, detección y tratamiento oportuno de diversas enfermedades y/o condiciones que puedan impedir que las niñas y los niños logren su máximo potencial de crecimiento y desarrollo, tanto físico como emocional.
- En Chile existe una normativa técnica que rige la estructura del control sano, con contenidos que deben ser revisados en el encuentro.
- Existen grupos especiales de niños, por ejemplo, los nacidos prematuros o con condiciones crónicas como el Síndrome de Down, que cuentan con sus propias cartillas de supervisión de salud, de acuerdo a los riesgos específicos.
- Todos los temas relacionados con la crianza pueden ser tratados en el control de salud. Hacer una lista de preguntas puede ser de gran ayuda: los profesionales proponemos en base a la evidencia científica para acompañar a las familias en este proceso, adecuándose a sus expectativas y realidades.

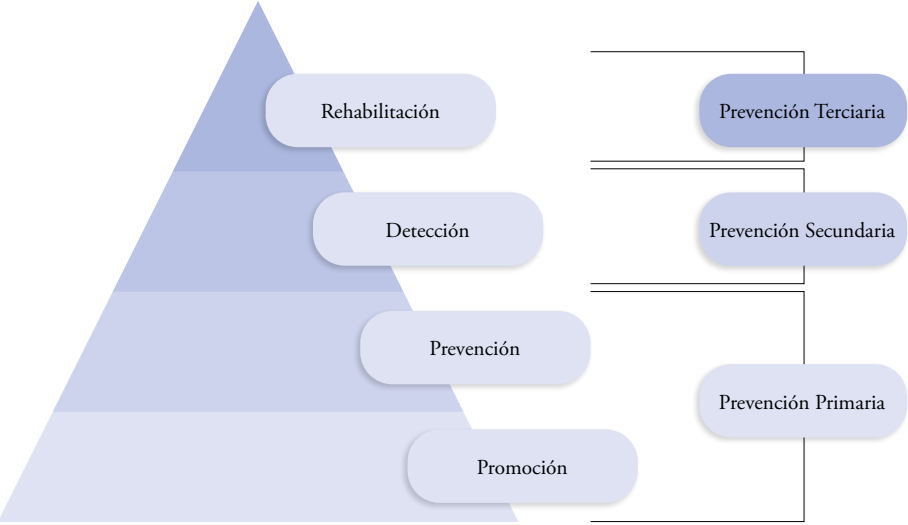
¿Cuál es el propósito del control sano?

La supervisión de salud o control de niño/a sano es uno de los procesos más clásicos de la actividad pediátrica. El propósito de esta actividad se resume en el esquema 7-1:

1. Prevención primaria: incluye la promoción del crecimiento y desarrollo integral del niño/a, mediante la educación en estilos de vida saludables y apoyo a la crianza, además de prevenir de prevenir accidentes y enfermedades, a través de intervenciones específicas, como la suplementación y las vacunas.
2. Prevención secundaria: corresponde a la aplicación de pruebas diagnósticas en sujetos aparentemente sanos, para distinguir aquellos que probablemente estén enfermos de los que probablemente no lo están. Esta actividad se conoce como

“cribado” y permite la detección temprana de ciertas enfermedades o condiciones antes de que les provoquen algún daño o secuela (Ascunce, 2015).

3. Prevención terciaria: se refiere a la rehabilitación de condiciones que son pesquisadas.



Esquema 7-1. Ejes de la supervisión de salud o control del niño/a

En el control sano intervienen distintos profesionales: el pediatra, médico familiar o enfermera son los ejes de esta actividad, apoyados en situaciones específicas por el resto del equipo de salud, como kinesiólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional y otras especialidades médicas conforme sea la necesidad de evaluación o intervención. Los padres y educadores tienen un rol central en la supervisión de salud infantil, formando alianzas en cada uno de los niveles de prevención (MINSAL, 2021).

Algunas sociedades pediátricas recomiendan visitar al pediatra durante el tercer trimestre del embarazo para conocerlo en forma previa al nacimiento del bebé (Yogman, 2018). Gracias a la relación de confianza que se genera, muchas veces el pediatra adquiere un rol de médico de cabecera del grupo familiar. No es de extrañar que muchos de los que hoy se desempeñan en el área infantil fueran influidos por las propias experiencias de la infancia o adolescencia, momento en el que la figura de su médico –enfermera/o o encargado de monitorear su salud– dejó una marca especial que influyó en la decisión vocacional.

Esta relación no es improvisada. En muchos países se cuenta con textos o guías de apoyo parental que permiten facilitar y entender cada proceso por edades. En Estados Unidos, la Academia Americana de Pediatría (AAP) desarrolló un libro pediátrico dirigido a las familias y cuenta con capítulos en los que incluso dedica explicaciones a los abuelos que pueden notar diferencias con respecto a cómo criaron a sus hijos, buscando que el desarrollo y crecimiento involucre a la familia completa (Altmann, 2019).

¿Qué es la supervisión de salud o control de niño sano?

El acto de cuidar al niño viene desde las sociedades más antiguas como una tarea delegada históricamente a las mujeres, chamanes o brujos de muchos grupos culturales; un ejemplo a nivel latinoamericano lo constituyen las *Tlamatlquiticitl* o parteras de la época prehispánica que daban cuidados y consejos a las mujeres en cuanto se confirmaba el embarazo. Una vez producido el nacimiento, la partera, además de atender el alumbramiento, tenía por costumbre dar palabras de bienvenida y suerte basadas en el *Tonalamatl* o libro de los destinos, donde, basado en el potencial desarrollo que el pequeño podría alcanzar, se destinaba su tarea en la tierra de los vivos. Se educaba en lactancia a todas –incluidas a las mujeres de linaje real– y se invocaba al *Ixtlilton* considerado un pediatra mitológico que velaba el sueño de los niños y aconsejaba sobre la educación, crianza y curación de los males infantiles en su templo (Martínez, 2006). Estas formas de cuidado infantil se replican en cada cultura, por lo que no es raro ver incluso imágenes o relatos sobre la postura en el porteo o sistemas de contención de lactantes entregadas por las machis a las mujeres.

Los orígenes de la pediatría moderna se sientan en la Europa central durante la segunda mitad del siglo XIX, como intermedio entre la obstetricia y la medicina de adultos, para enfocarse en el completo cuidado de los niños, quienes hasta ese entonces eran vistos como adultos en miniatura (Schonhaut, 2023).

En nuestro país, la historia se inicia con la fundación de las “Gotas de leche”, institución creada en 1911, donde médicos y benefactores buscaron proteger a los niños de la desnutrición y altas tasas de mortalidad infantil de la época. En estos dispensarios de salud, se evaluaba a los bebés, se educaba a las madres, se realizaban convenciones, además de publicar recomendaciones y normativas para sistematizar cuidados y pautas de crianza. Ejemplo de ello fueron las “Cartillas de Puericultura” de la Cruz Roja Chilena (Schonhaut, 2008). Sin duda, a lo largo de estos más de 100 años, las recomendaciones en relación a crianza se han ido adaptando a los cambios sociales, educacionales y culturales de la población.

En la actualidad existen guías de sociedades científicas americanas, europeas y nacionales que cumplen con objetivos similares, todas centradas en el cuidado de los niños y sus familias, a las que los pediatras en ejercicio adscribimos como fuente de orientación y atención en forma estandarizada.

En Chile existe el programa Chile Crece Contigo que es intersectorial. El año 2014, el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) publicó la “Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud”. Esta norma fue posteriormente actualizada, siendo considerada la referencia del control de niño sano en nuestro país (MINSAL, 2021).

¿Cómo elegir con quién hacer el control de salud?

Muchas de las familias realizan los controles en los centros de salud correspondientes a su domicilio, mientras que otras, a través del sistema de libre elección, realizan las atenciones privadas con pediatras recomendados por amigos y familiares. Algunas de las preguntas que se deberían resolver en este camino son:

- ¿El lugar de los controles es de fácil acceso? ¿Me acomoda el horario de atención?
- ¿Mi sistema de salud cubre las prestaciones o puedo acceder en forma particular?
- En el caso de algunas creencias familiares, ¿conoce de mis costumbres culturales y religiosas propias?
- ¿Cómo funciona su contacto en caso de urgencias? ¿Cómo me puedo comunicar con mi pediatra en caso de tener alguna duda?

Ya sea se realice en el ámbito público o privado la estructura del control sano está estandarizada tanto para niños “típicos” como para niños/as de determinadas poblaciones que cuentan con necesidades especiales de evaluación (curvas de desarrollo propias) e intervención especial, como son los prematuros, pacientes con síndrome de Down o parálisis cerebral, entre otros.

¿Qué se evalúa en el control de salud? (ver resumen en el esquema 7-2)

Historia del niño y familia (anamnesis remota / actual)

Cuando hablamos de anamnesis nos referimos a la historia general del niño y su familia; antecedentes sociales, demográficos, familiares históricos y costumbres:

antecedentes de enfermedades en la familia y expectativas en relación a distintos aspectos relacionados con la salud y el desarrollo.

En esta etapa de la entrevista se conocen hábitos, rutinas, cuidados y formas de alimentación además de conocer en qué etapa de su desarrollo está el niño/a y cuáles son las dudas que pueden tener los padres o tutores. Se contemplan en la entrevista los aspectos relacionados con la adaptación de la madre y la familia en el proceso del nacimiento del hijo/a.

A través de este acto médico se conoce la realidad social, los hábitos y la salud familiar, y se identifican los factores de riesgo para el desarrollo de ciertas enfermedades.

Examen físico general y segmentario

Desde el momento en que el niño/a ingresa a la consulta, el profesional evalúa la actitud corporal, cómo se establece el contacto con sus cuidadores y cómo se relaciona con el entrevistador. Mientras se realiza la entrevista, el profesional pone atención en el comportamiento del pequeño/a: muchos bebés sonríen, golpean la mesa, intentan tomar objetos o exploran visualmente el entorno, mientras que otros se muestran muy tímidos o lloran permanentemente. El observar cómo los padres o cuidadores contienen la situación es un elemento central del examen y también una oportunidad de modelaje desde el profesional.

El examen segmentario consta de cada segmento corporal, realizando una descripción anatómica y funcional. El propósito de esta evaluación es la detección de enfermedades físicas que muchas veces son pesquisadas solo a través del ojo experto. Al respecto, es importante tener presente que los padres observan mucho a sus hijos y también los comparan con otros niños, por lo que muchas veces son ellos los que detectan precozmente alguna situación atípica o anomalía en sus hijos. Por eso es muy importante conversar con los especialistas y mostrarles las preocupaciones.

Evaluación nutricional

El niño/a en la consulta es pesado y medido en su longitud y perímetro cefálico. Posteriormente, sus mediciones son llevadas a una tabla para conocer en qué punto se sitúa comparado con niños de su edad y, paralelamente, se construye una curva para conocer cómo es su patrón de crecimiento, procedimiento denominado “antropometría”. Este patrón se analiza con relación a las tallas de los padres y hermanos, y se analiza cómo es la calidad y cantidad de alimentación del niño. La pesquisa de desviaciones en la curva de crecimiento o diferencias importantes en

relación con las expectativas según las características familiares, suelen despertar alertas que indican la necesidad de una intervención.

Vigilancia y cribado del desarrollo psicomotor

Cuando el profesional de salud observa al niño y pregunta por el cumplimiento de ciertos logros y por la preocupación de los padres, está realizando una vigilancia del desarrollo infantil. En recién nacidos y lactantes pequeños se evalúa la presencia o desaparición de reflejos propios de la edad, y se observan algunos hitos, como es el sostén de la cabeza, la sonrisa social, la sedestación (es decir, si se sienta) o el giro, por dar algunos ejemplos. Esta vigilancia se complementa con el cribado del desarrollo psicomotor, en el que, a través de la aplicación de instrumentos de evaluación ya sea por un profesional o mediante encuestas a los padres, se identifican aquellos niños/as que no siguen el patrón de desarrollo esperado para la edad. Esta es una de las actividades de prevención y pesquisa temprana que ha demostrado alto impacto en el futuro de los pequeños/as. Cada vez se están incorporando más instrumentos que evalúan otros aspectos como, por ejemplo, el desarrollo socioemocional y bienestar infantil.

Detección de enfermedades a edades específicas

La definición de “normalidad” de los niños/as se basa en criterios clínicos y estadísticos, y va modificándose acorde a la edad y desarrollo de los diferentes órganos y sistemas corporales, los que tienen distintos momentos de expresión.

Dado que muchas enfermedades de la infancia son posibles de pesquisar en etapas tempranas, previo a que generen un daño, y considerando que hay intervenciones costo/efectivas demostradas, se han desarrollado guías con recomendaciones de evaluaciones específicas a edades determinadas. Así, por ejemplo, en los recién nacidos se realiza pesquisa de enfermedades metabólicas y problemas auditivos, a la edad de 3 meses se recomienda evaluación de displasia de caderas y a los 4 años evaluación visual y auditiva (MINSAL, 2021). En niños con condiciones de salud especiales, hay calendarios específicos de exámenes preventivos de acuerdo con los riesgos conocidos.

Vacunas

Las inmunizaciones o vacunas son productos con lo que se inoculan los niños a distintas edades, para prevenir el desarrollo de enfermedades infecciosas graves. La administración de vacunas ha sido la mejor herramienta en la prevención de las enfermedades infectocontagiosas, tanto a nivel individual como poblacional. En Chile, el año 1979 se

creó el Programa Nacional de Inmunizaciones, con gran impacto en la salud y sobrevivencia de los niños/as (Valenzuela 2020). Si bien las vacunas pueden tener reacciones adversas, estas generalmente son menores y no justifican la suspensión de las inmunizaciones (Wilhelm 2019).

Cada región, de acuerdo a su realidad epidemiológica, recomienda un esquema de vacunación adaptado. En el mundo globalizado, las recomendaciones se han ido ampliando, incorporando vacunas extraprogramáticas. Es importante revisar los riesgos e indicaciones específicas al planificar un viaje a otras localidades.

Educación en estilos de vida saludable y guías anticipatorias

Al finalizar la supervisión de salud, la profesional entrega las indicaciones propias de cada edad, considerando a su vez las preocupaciones de los padres. El control sano se cierra luego de responder las dudas planteadas, se establece un plan de trabajo familiar y se comenta lo que se espera que ocurra en el desarrollo y crecimiento del niño/a, lo que se conoce como guía anticipatoria.

Prevención primaria	Ejemplo
Detección de condiciones de riesgo de desarrollo de patologías	Pregunta por hábitos Alimentación Sueño Actividad física Uso de pantallas Uso sustancias
Aplicación de cuestionarios o baterías que permiten detectar dificultades en forma oportuna	Antropometría o Evaluación nutricional Evaluación del desarrollo psicomotor Evaluación del desarrollo socioemocional Evaluación del riesgo de accidentes Detección de depresión postparto
Indicación de vacunas o suplementos	Vacunas del programa Nacional de Inmunizaciones Vacunas complementarias Indicación de vitamina D o hierro
Apoyo en el proceso de crianza y parentalidad	Consejería y educación en distintos aspectos, de acuerdo con la edad de los niños y riesgos individuales. Lactancia materna Alimentación saludable Hábitos de sueño Estimulación temprana

Prevención secundaria	Ejemplo
Pesquisa de patologías a edades específicas para prevenir que provoquen daño o secuelas	Examen físico completo Cribado de enfermedades metabólicas en recién nacidos (en Chile se pesquisa hipotiroidismo congénito y fenilketonuria) Cribado auditivo en recién nacido Estudio de caderas a los 3 meses Evaluación visual y auditiva a la edad de 4 años Control dental
Pesquisa de patologías en grupos específicos	Se han desarrollado guías de seguimiento para grupos específicos acorde a los riesgos demostrados
Prevención terciaria	Ejemplo
Derivación oportuna, tratamiento y rehabilitación de las condiciones pesquisadas para evitar las secuelas	Terapias con fonoaudiólogo, kinesiólogo, terapeuta ocupacional en niños en que se pesquisa retraso del desarrollo Derivación a salud mental de las madres en que se pesquisa depresión posparto Tratamiento de displasia de caderas

Esquema 7-2. Actividades preventivas en el control del niño sano

¿Con qué frecuencia deben realizarse los controles de salud?

La frecuencia de los controles es variable y responde a las necesidades de cada país y realidad. Lo ideal es acordarlo con el profesional tratante, de acuerdo con sus recomendaciones y las necesidades de la familia. La evidencia muestra que, más allá de la frecuencia de los controles, es importante considerar la estructura y objetivos de estos, ya que es lo que genera un real impacto en la atención de salud infantil (Schonhaut, 2016). En algunos casos, los períodos entre controles pueden variar –como ha sido el caso de la pandemia–, priorizando “controles críticos”, como aquellos en que corresponde indicar vacunas o realizar tamizajes de desarrollo.

Lectura recomendada



Ministerio de Salud de Chile. (2021). *Programa Nacional de Salud de la Infancia. Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud* 2da edición.

Bibliografía

Ascunce Elizaga, N. (2015). Cribado: para qué y cómo. *Anales Sis San Navarra*, 38, (1), 5-7.

Altmann, T. y Hill, D. (2019). *Caring for Your Baby and Young Child: Birth to Age 5*, 7th ed. *American Academy of Pediatrics*.

Committee on practice and ambulatory medicine; Bright Futures periodicity schedule workgroup (2019). Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics*, 143 (3), e20183971.

Gallegos-Martínez, J. (2006). Una joya preciosa: significado del cuidado del niño en México. *Texto contexto - enferm*, 15(spe), 146-151. Recuperado de <https://www.scielo.br/tce/a/QG5HRFFCMCMfgCTVMcvHrx/>

Ministerio de Salud de Chile. (2021). *Programa Nacional de Salud de la Infancia. Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud* 2da edición. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/Cap%C3%ADtulo-3.pdf>

Schonhaut, L., Chávez Zúñiga, P. y Vargas, N. (2023). Los inicios de la cátedra de pediatría en Chile y la fundación de hospitales de niños. *Andes pediátr*, 94, (1), 112-118.

Schonhaut L. (2008). Cartilla de puericultura de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev Chil Pediatr*, 79, (1), 85-89.

Schonhaut, L. y Salinas, P. (2016). Evidencias y desafíos de la supervisión de salud del niño en el siglo XXI. *Contacto Científico*, 6, (6), 32-36.

Valenzuela, M.T. (2020). Importancia de las vacunas en salud pública: hitos y nuevos desafíos. *Rev Med Clin Condes*, 31, (3-4), 233-239.

Wilhelm, J. et al. (2019). Posición del Comité Consultivo de Inmunizaciones de la Sociedad Chilena de Infectología en relación a los cuestionamientos de las vacunas y su obligatoriedad. *Rev Chil Pediatr*, 90, (5), 559-562.

Yogman, M., Lavin, A. y Cohen, G. (2018). Committee on psychosocial aspects of child and family health. The Prenatal Visit. *Pediatrics*, 142, (1): e20181218.

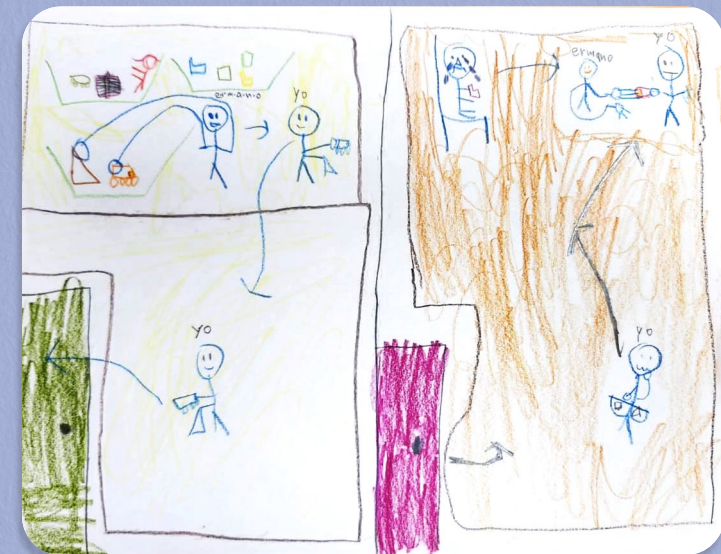
Comunicación y lenguaje

¿A qué prestar atención?

§

ANDREA VENEGAS CASTRO

Fonoaudióloga



La comunicación y el lenguaje son herramientas que permiten a niñas y niños interactuar con su entorno de manera eficiente, segura, enriquecedora y, por sobre todo, gozosa. Esta herramienta será la que le permitirá generar el desarrollo de habilidades sociales, emocionales, motoras y cognitivas, entre otras, ya que a través de ellas el resto de las personas nos entregarán las oportunidades de aprendizaje necesarias para su enriquecimiento durante la infancia.

¿Qué es comunicación?

¿Qué diferencia hay entre comunicación, lenguaje y habla?

La comunicación es la capacidad que tenemos de intercambiar información con otros a través de lenguaje verbal y/o no verbal en un contexto determinado. El lenguaje no verbal se refiere a los gestos, postura corporal, cercanía con el otro y todas las variables que no necesariamente tienen una carga lingüística o acompañan a esta en el mensaje. El lenguaje verbal se refiere formalmente a componentes lingüísticos de palabras (semántica o léxico), frases y oraciones (morfosintaxis) y la estructura de las palabras en relación a las sílabas y su mantención en palabras simples o complejas (fonología). El habla es la capacidad de los niños y niñas de producir los sonidos aislados (letras) con un ritmo y velocidad eficientes.

Por lo tanto, la comunicación incorpora el uso eficiente de la totalidad de los componentes, incluyendo de manera dinámica a las distintas personas (interlocutores) y contextos.

¿Cuándo comienza el lenguaje?

¿Cuáles son los hitos del desarrollo normal?

La comunicación comienza desde antes del nacimiento. Desde antes del parto el feto escucha sonidos tanto internos de la madre como externos, y reacciona a ellos. Los precursores del lenguaje verbal se comienzan a desarrollar desde los primeros meses de vida. Siempre el componente comprensivo lingüístico se desarrolla antes que el expresivo, por lo que un niño de 2 años puede comprender mucho más de lo que es capaz de hablar. En la tabla 7-1 podemos ver los hitos en el desarrollo del lenguaje.

Edad	Habilidades Lingüísticas
0-3 meses	Reacciona a sonidos, balbucea, emite sonidos guturales, muestra preferencia por la voz humana.
4-6 meses	Comienza a imitar sonidos, rítmicamente balbucea, emite sonidos de consonantes repetitivas (p, b, m).
7-12 meses	Comienza a entender palabras simples, utiliza gestos, dice palabras sencillas (mamá, papá), comprende el “no”.
12-18 meses	Comprende y sigue órdenes simples, tiene un vocabulario de 5-20 palabras, combina dos palabras.
18-24 meses	Conoce partes del cuerpo, usa frases cortas de 2-3 palabras, usa pronombres personales, responde preguntas simples.
2-3 años	Usa frases más complejas (3-4 palabras), tiene un vocabulario de 200-1000 palabras, utiliza plurales y posesivos, responde preguntas ¿qué?, ¿dónde? y ¿quién?
3-4 años	Habla con frases más largas y complejas, utiliza oraciones gramaticalmente más correctas, cuenta historias simples, utiliza correctamente pronombres, comprende y sigue instrucciones más complejas.
4-5 años	Habla de manera más clara y entendible, tiene un vocabulario más extenso, utiliza oraciones más complejas y gramaticalmente correctas, utiliza el tiempo pasado correctamente.

Tabla 7-1. Hitos en el desarrollo del lenguaje (Hoff, 2013)

¿Cómo estimular el lenguaje en nuestros hijos?

Existen formas de estimular y desarrollar la comunicación y el lenguaje en niñas y niños desde muy temprano, de forma natural y significativa. La forma natural de aprendizaje del niño y niña es el juego⁷, por ende, es este el que nos permitirá generar las oportunidades de desarrollo en nuestras hijas e hijos de las habilidades comunicativas y de lenguaje. Por otro lado, es importantísimo recordar que nos comunicamos porque somos seres sociales y requerimos manifestar al otro alguna necesidad, muy básica cuando somos pequeños, como pedir algo, y muy compleja cuando crecemos, como manifestar nuestro sentir. Por lo tanto, recordemos siempre que ayudamos a nuestros hijos e hijas a desarrollar su comunicación en la medida que interactuamos en el día a día con ellos y generamos espacios de disfrute que mantengan el interés en nosotros por sobre los objetos y pantallas.

7 Ver capítulo 19, "El juego en la infancia".

Estimular el lenguaje a través del juego es una forma divertida y efectiva de fomentar el desarrollo comunicativo y lingüístico de los niños y niñas. En la tabla 7-2 se muestran algunas formas en las que puedes estimular el lenguaje a través de este:

Tipo de juego	Beneficios
Juegos de roles	Fomentar el juego de roles con disfraces y accesorios que permitan a los niños interpretar diferentes personajes y situaciones les brinda la oportunidad de practicar habilidades lingüísticas al imitar conversaciones y situaciones de la vida real. En caso de niños preverbales, podemos utilizar títeres o muñecos para modelar conversaciones muy simples o palabras aisladas, enfatizando la entonación y gesticulación para que sean más significativas para ellos.
Juegos de palabras	Juegos como adivinanzas, palabras encadenadas o juegos de asociación de palabras pueden ayudar a expandir el vocabulario y a fomentar la creatividad verbal de los niños.
Juegos de mesa	Juegos de mesa que requieran seguir instrucciones, comunicarse con otros jugadores y discutir estrategias pueden ser excelentes para fomentar el uso del lenguaje. Pueden ser muy útiles juegos como el Scrabble, Pictionary o juegos de trivia.
Juegos de construcción y diseño	Fomentar el juego con bloques de construcción, rompecabezas y juguetes de diseño. Al hablar sobre los colores, formas y tamaños de las piezas, los niños pueden aprender nuevos conceptos lingüísticos y desarrollar habilidades de descripción.
Juegos de narración de cuentos	Animar a los niños a crear y contar historias propias. Esto no solo fomenta la creatividad, sino que también les ayuda a mejorar su capacidad para estructurar narrativas y expresarse de manera coherente.
Juegos de asociación de imágenes y palabras	Juegos que implican emparejar imágenes con palabras o frases pueden ayudar a mejorar la comprensión auditiva y visual de los niños, así como a fortalecer su vocabulario.
Juegos al aire libre	Actividades al aire libre como juegos de escondite, carreras de relevos o búsqueda del tesoro pueden fomentar la comunicación entre los niños y mejorar sus habilidades para seguir instrucciones y describir objetos o lugares. Así como también habilidades de disfrute social.

Tabla 7-2. Formas de estimular el lenguaje a través del juego

Al integrar el juego en la rutina diaria de los niños, se les brinda la oportunidad de practicar y mejorar sus habilidades lingüísticas de una manera divertida y natural. Asegúrate de participar activamente en el juego y de proporcionar un entorno de apoyo que enriquezca y fomente una comunicación abierta y positiva.

¿Existen otras herramientas importantes para estimular el desarrollo sano del habla o lenguaje?

Tenemos otra manera de fomentar y apoyar el desarrollo del lenguaje en nuestros hijos, especialmente en relación a su capacidad de articular los sonidos del habla de manera eficiente. La relación entre el desarrollo del lenguaje y la alimentación en los niños pequeños puede ser compleja y multifacética. Aquí hay algunas formas en las que estos dos aspectos pueden relacionarse:

- Desarrollo oral: la alimentación puede influir en el desarrollo oral de un niño desde edades muy tempranas. La succión, la masticación y la deglución son habilidades orales que se desarrollan a una edad temprana y están estrechamente relacionadas con el desarrollo del habla y el lenguaje. La capacidad de mover la lengua y los músculos faciales de manera coordinada durante la alimentación puede sentar las bases para una articulación clara y una producción de sonidos adecuada al hablar.
- Habilidades motoras orales: la coordinación y el control de los músculos orales que se utilizan durante la alimentación también son importantes para la producción de sonidos del habla. El desarrollo de habilidades motoras orales a través de la alimentación puede facilitar la articulación clara y precisa de sonidos y palabras, ya que favorece directamente la capacidad de programar movimientos desde los más simples a los más complejos.
- Exploración sensorial: la alimentación temprana también puede contribuir a la exploración sensorial y a la ampliación del repertorio de sabores y texturas. Esta exposición a diferentes experiencias sensoriales puede enriquecer el desarrollo del lenguaje, al aumentar la conciencia de los sonidos y las palabras asociados con diferentes alimentos y experiencias. Recordemos que nuestra boca es infinitamente específica y eficiente al posicionarse para producir sonidos al hablar.

¿Cuáles son los signos de alerta de alteración del desarrollo del lenguaje?

Debemos saber cuándo alertarnos si este desarrollo no se genera de la forma que esperamos. Es natural que nos preocupemos y que esto nos ayude a estar atentos a algunas señales (ver tabla 7-3) que podrían indicar la necesidad de una evaluación más profunda por parte de un especialista en el desarrollo infantil.

Ausencia o baja presencia de balbuceo o sonidos prelingüísticos como sonidos vocálicos o guturales hasta los 12 meses.
Ausencia de gestos comunicativos como señalar, sonreír, seguir con la mirada, agitar la mano o hacer ademanes hasta a los 12 meses.
Falta de habilidades comunicativas, como seguir instrucciones simples –ven, toma– a los 18 meses.
No pronunciar palabras simples, como <i>mamá, papá, agua, pan</i> , a los 12-18 meses, donde además deberíamos tener un repertorio aproximado de 10 palabras.
Incapacidad o baja frecuencia en la capacidad para combinar palabras en frases de dos palabras – <i>mamá, más, tuto, papá</i> –, aunque estas no sean perfectamente pronunciadas hasta los 24 meses.
Dificultades para comprender instrucciones sencillas o para seguir rutinas básicas a los 2-3 años.
Pronunciación ininteligible para personas fuera del círculo familiar a los 3 años.
Capacidad disminuida o ausente de realizar oraciones, utilizando verbos hasta los 30-36 meses.

Tabla 7-3. Señales de alerta en el desarrollo del lenguaje

Frente a estas señales es importante considerar siempre la consulta a un profesional y saber que los niños tienen la infinita capacidad de aprender y desarrollar las habilidades que necesitamos con una estimulación específica y oportuna.

¿Los trastornos de lenguajes pueden ser genéticos?
¿Cuáles son sus causas?

Los trastornos en el desarrollo del lenguaje pueden tener distintas causas: genéticas, orgánicas no genéticas y ambientales. La falta de estimulación puede retrasar el desarrollo del lenguaje en forma leve o entorpecer la evolución de un trastorno del neurodesarrollo de origen biológico. Estos últimos pueden tener una intensidad variable, desde dificultades muy leves y transitorias (maduracionales), hasta muy severas.

Hasta hace pocos años se hablaba de trastornos específicos de lenguaje, pensando que solo involucraban a este; sin embargo, en la actualidad la información nos hace concluir que los trastornos del lenguajes son secundarios a muchos factores y coexisten con otras dificultades en el desarrollo, que pueden afectar la psicomotricidad y otras funciones cognitivas como la memoria y la atención, la regulación emocional, entre otros.

**¿Qué se hace si ya está con la especialista y el colegio presiona?
¿O si los compañeros molestan?**

Es importante generar confianza entre el especialista y la familia así como también la comunicación entre los distintos agentes involucrados en el entorno de los niños. Esto favorecerá que tanto el colegio/jardín como las familias/cuidadores y equipo terapéutico utilicen estrategias que apoyen el proceso.

**¿Cuándo puede ver pantallas un niño que tiene trastorno
en el lenguaje? ¿Nunca?, ¿Después de los 5 años?**

Es importante consensuar que el uso de pantallas no es recomendado en niños y niñas, desde el punto de vista de la comunicación. Si bien podríamos pensar que nos permiten aprendizajes, debemos recordar que en el desarrollo de ella es de naturaleza social; por lo tanto, si se usan pantallas por períodos breves de tiempo, deben ser compartidas, guiadas y orientadas por un cuidador con el fin de que sea una instancia significativa de estimulación⁸.

**¿Hay características especiales en el desarrollo del lenguaje
en los niños con trastorno por déficit atencional?**

Como hemos hablado más arriba, la adquisición de la comunicación y el lenguaje requiere de habilidades base para generarse. En el caso de niños con Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad del pre escolar, estas habilidades pueden estar interferidas e impactar en el desarrollo comunicativo. En el caso de niños en edad escolar que tienen lenguaje verbal, puede existir interferencia en habilidades comunicativas (como por ejemplo la impulsividad, el cambio abrupto de tópico de la conversación, error en la espera de turnos o exceso de lenguaje gestual), en el uso del lenguaje en contextos distintos, atendiendo a la información que este nos entrega (por ejemplo, atingencia del mensaje que se quiere entregar, si es oportuno o no a la situación) y en las dinámicas que se generan en el intercambio con el otro (distanciamiento, aceptación, reciprocidad). Además, los niños/as con Déficit Atencional tienen mayor prevalencia de coexistencia con algún trastorno del desarrollo del lenguaje, propio de algún factor biológico común que está a la base de ambas dificultades.

8 Complementar con capítulo 24, "Pantallas".

Reflexiones finales

La comunicación y el lenguaje juegan un rol fundamental en la sociedad, siendo pilares esenciales para el desarrollo humano, la interacción social y el progreso en todas las áreas de la vida.

El lenguaje no es simplemente un medio de comunicación, sino una herramienta fundamental para la creación y la comprensión de la realidad, ya que no solo describe el mundo, sino que lo co-crea. Es a través del lenguaje que interpretamos nuestra experiencia y damos sentido a lo que percibimos.

Lectura recomendada

Borzone, A.M. y Rosemberg, C. (2001). *¿Qué aprenden los niños cuando aprenden a hablar?* Editorial Aique.

Gleason, J.B. y Bernstein Ratner, N. (2022). *The Development of Language* (Tenth edition). Plural Publishing, inc.

Bibliografía

Nelson, K. (2007). *Language in cognitive development: The emergence of the mediated mind*. Cambridge University Press.

Hoff, E. (2013). *Language Development* (5th ed.). Cengage Learning.

Owens, R.E. (2017). *Language Development: An Introduction* (9th ed.). Pearson.

Comunicación emocional

¿Cómo acoger las emociones?

§

ALFONSO CORREA DEL RÍO

Psiquiatra infantil y del adolescente



Ser como un recipiente, con la amplitud y profundidad suficiente (como un cuenco que permite dar cabida y forma a la emoción del otro) será una de las mejores vías a través de las cuales el hijo/a podrá administrar adecuadamente sus emociones.

¿Son todas las emociones sanas?

Las emociones son parte de la vida, es más, son las que guían gran parte de nuestras decisiones, aunque pongamos todo el esfuerzo racional para encauzarlas apropiadamente. Así, podemos entender las emociones como una fuente de energía, que impulsan a hacer algo, como una forma de darle un curso apropiado es nuestro razonamiento, con sus motivaciones, análisis, proyectos o metas.

Habitualmente se habla de emociones positivas y negativas, pero una visión más acertada, según nuestro parecer, dice que todas las emociones pueden ser reconocidas como positivas para nuestro desarrollo y procesos de adaptación: es decir, todas son constructivas, sean agradables o desagradables. Así, tanto la rabia, la pena y el miedo, generalmente desagradables, son emociones que nos movilizan a alguna conducta que promueve la resolución del conflicto si esta es bien encauzada, y todas están puestas al servicio de una mejor relación con el entorno.

La rabia, por ejemplo, sirve para ayudar al otro a notar qué me está pasando a llevar y mantener la distancia apropiada cuando sea necesaria. La pena es útil para acercar a las personas, genera un deseo intuitivo de ayudar y acompañar en aquel que la percibe en el otro. Y el miedo entrega información al cuerpo para evitar riesgos innecesarios o para tomar medidas de defensa o solicitud de ayuda. Por tanto, las emociones sí son sanas, son parte constitutiva de nuestra existencia y nos ayudan en el desarrollo de la salud mental (con sus elementos individuales y colectivos). Si dejamos que las emociones crezcan sin respetarlas, expresarlas o encauzarlas adecuadamente, claro que pueden hacer daño, tanto a uno mismo como a los demás.

¿Cómo encauzarlas?

Una analogía que resulta útil en la comprensión de las emociones es la metáfora del agua, especialmente de la lluvia: pensar en cómo esta llega sin esperarla, cae al suelo, se reúne por la ladera de un río y cómo se encauza por las quebradas, alimentando un torrente desde distintos afluentes para llegar a alimentar una extensa zona de terrenos fértiles y otros no tan fértiles en su recorrido, para finalmente desembocar en el mar. Si la pena o la rabia son intensas y prolongadas, sin duda todo se mojará, escurrirá rá-

pido por las laderas y, si no son encauzadas, si se cambia inapropiadamente el curso, si se represan en donde generen exceso de presión, puede producir aluviones, avalanchas y definitivamente no servirán para el cultivo de nada. Sigamos la analogía y pregun-
témonos pensando en nuestras propias rabias, penas y miedos como padres y madres: ¿cuáles son las quebradas que nos ayudan a encauzarla? ¿Cuáles son nuestras represas y en qué lugar las ponemos? ¿Cuándo es bueno poner represas y cuándo no? Ahora, pensando en las rabias, penas y miedos de nuestros hijos e hijas: ¿cómo les ayudo a encauzar el agua que escurre apresuradamente? ¿Cuándo corresponde ayudarles y cuándo pueden hacerlo por ellos mismos? ¿En qué medida acepto sin negar que está lloviendo y actúo concordante con ello? Frente a mis propias frustraciones, ¿cómo les muestro a ellos que encauzo esa emoción?

¿Cómo ayudar a los niños a reconocer sus emociones y trabajar aquellas que más les dificulta comunicar?

En la crianza esto se enseña tanto con el ejemplo –sin palabras–, con la forma en que recepciono las emociones del otro y también con el diálogo sobre las herramientas que existen para expresarlas apropiadamente. Y surgirá en forma espontáneamente sana cuando hemos tenido un vínculo seguro⁹, cuando logramos relaciones de confianza y respeto, y cuando vamos alimentando una construcción sana de la personalidad.

¿Qué herramientas se necesitan?
¿Cómo gestionarlas y enseñarles cómo gestionarlas?

Si bien es importante que cada uno como adulto sepa manejar sus propias emociones, el no saber hacerlo a la perfección no implica que no pueda ayudar a los hijos a hacerlo de buena forma.

Una de las herramientas consiste en poder tolerar las emociones desagradables del hijo o hija. Si un hijo tiene pena, las herramientas necesarias son: 1) aceptar que tiene pena, acercarme a comprenderle, aunque no sepa exactamente sus causas; 2) recibir esa pena sin angustiarme, dando espacio para que esa emoción se exprese y así ponerle palabras a lo que se siente, esencialmente escuchar lo que el otro pueda decir.

El ser como un recipiente, con la amplitud y profundidad suficiente, como un cuenco que permite dar cabida y forma a la emoción del hijo, será una de las mejores vías a través de las cuales el menor podrá administrar adecuadamente sus emociones.

9 Ver capítulo 4, "Vínculo seguro".

En la tabla 9-1 se especifica el beneficio e ideas para una adecuada canalización de las emociones básicas del ser humano:

Emoción	Beneficio	Ideas para canalizar sanamente	Riesgo ante la mala canalización
Rabia	Hacer ver al otro que me está pasando a llevar. Respetar espacios.	No guardarla, evaluar el momento más adecuado de expresar, uso de voz más firme, con respeto, sin agresión.	Agresión hacia sí mismo o los demás. Acumulación y Somatización.
Pena	Acercar, ser acogido, ser apoyado.	No ocultarla. Mostrarla con llanto, lagrimeo, ojos vidriosos, enlentecimiento general.	Somatización, transformación en rabia y no resolución.
Alegría	Acercar, disfrutar.	Sonreír, disfrutar, aumento de la alerta y la atención.	Pasar a llevar al otro asumiendo que el otro siente lo mismo. No compartir ese regalo de bienestar.
Miedo	Tomar precauciones. Arrancar o defenderse. Guardar distancia.	Tomar conciencia de la emoción, modularlo con otras informaciones, actuar luego de analizar.	Exponerse a riesgos excesivos. Limitación, inhibición excesiva o bloqueo.
Amor	Acercar, sentirse validado.	Aumento de la atención al otro, agradecimiento.	Desencuentro.

Tabla 9-1. Beneficios y riesgo en la canalización de cada emoción básica

¿Cómo acoger las emociones del otro?

Tener una actitud receptiva-acogedora implica hacer un silencio interior que permita recibir al otro tal cual es, especialmente cuando hablamos de su estado emocional.

A partir de esta receptividad, podemos generar simbólicamente un recipiente o cuenco que, como decíamos en la respuesta anterior, le da cabida y forma a la emoción del hijo.

Podemos resumir lo más importante en los siguientes tres puntos:

- 1. Estar medianamente en calma, sin una carga muy intensa de emociones propias que no estén elaboradas, asumidas o integradas apropiadamente.
- 2. Tener una actitud de receptividad, sin mayores prejuicios sobre lo que el otro pueda pensar o sentir, ni prejuicios sobre las motivaciones del otro. Tampoco anticipar un análisis de lo que el otro siente a partir de su conducta.

3. Se requiere de una actitud empática (profundizar sobre esto en capítulo 10) la que comienza a partir del reconocimiento de que no podemos acceder totalmente a sentir lo mismo que el otro, aunque lo conozcamos bien (como una madre podría conocer a su hijo).

**¿Cuáles son los límites de la expresión de emociones?
¿Hasta qué punto es saludable expresarlas?**

El objetivo es ser asertivos, es decir, expresar las emociones de una forma constructiva, tanto para uno mismo como para los demás. Será constructiva en función de si permite afrontar una dificultad de la mejor manera posible, encauzando la emoción, dándole un curso favorable. Expresarla, pero eligiendo el momento y la forma que sea más apropiada. Asertividad implica la medida justa de lo que corresponde, no por exceso, que sería agresividad ni por carencia o hipoasertividad, que implicaría una inhibición o bloqueo en la expresión emocional.

**¿Cómo y desde qué edad trabajar las emociones
para que estas se expresen sanamente?**

Desde la etapa fetal se desarrolla el ámbito emocional del ser humano. El sistema nervioso y la mente en general ya en la etapa fetal recibe información proveniente del medio en el que se encuentra (aferencias). Especialmente se conoce la reactividad del feto a la información auditiva, la que, ya sea del interior del cuerpo de la madre (latidos cardíacos, respiración, movimientos gastrointestinales, vibraciones de su voz) o del exterior (ruidos, música, voz del padre u otros) impacta en él y comienza a modular las respuestas tanto motoras como emocionales. El feto recibe también información hormonal y de sustancias que viajan por el torrente sanguíneo materno (por ejemplo, cortisol y adrenalina), que tienen relación con las emociones que experimenta la madre y la forma en que ella las modula. Esto también tendrá una influencia en la emocionalidad del feto y en el desarrollo de la modulación que de estas realice a futuro. Por lo tanto, las emociones, moduladas desde la interacción con sus figuras de apego principal, se comienzan a trabajar desde el mismo embarazo. Será una tarea constante con una potente influencia, mayor mientras más pequeño sea el bebé.

**¿Qué reacciones como padres perjudican y
cuáles ayudan al desarrollo emocional?**

Lo que perjudica	Lo que ayuda
• Dar respuestas inmediatas irreflexivas (reacción impulsiva) • Sobreracionalizar las emociones (creer que con razones dejaremos de sentir) • Buscar anular la emoción (bloquearla o negarla)	• Aceptar y validar la emoción • Dar tiempo de escucha atenta • Guiar o utilizar la emoción en algo constructivo (revisar de qué me sirve la emoción)

**¿Cómo normalizar el sentir rabia y pena?
El piloto automático quiere que nuestros hijos no las sientan
y eso creo que les genera un daño al no tolerar frustraciones**

Efectivamente, la tendencia natural es que intentemos evitar las emociones desagradables, tanto en nosotros mismos como en las personas cercanas, más si es un niño a cargo nuestro. Pero es labor de cada uno ayudar a comprender que, como hemos repetido más de una vez, es normal tener momentos de rabia y pena, y no solo normal, sino incluso parte de la vida e impulso para afrontar ciertas dificultades y encontrar soluciones. Es necesario tomar conciencia de que no podemos hacer todo lo que nos proponemos, no podemos tener todo lo que deseamos ni tendremos las cosas por siempre, muchas son pasajeras. La pena por las pérdidas (ver capítulo 28, duelo) será una emoción que necesariamente nos acompañará y que nos educa en nuestra existencia, ayudándonos a aceptar los límites de la realidad (independiente de nuestras creencias y de que pueda “existir” algo distinto a la realidad del mundo¹⁰). De tal manera que las emociones desagradables nos ayudan a aprender a tolerar la frustración. Si como padres hemos avanzado en este camino, el ser un buen modelo será la principal vía a través de la cual nuestros hijos también avanzarán en esa línea. Se sentirán con derecho a sentir emociones desagradables, a poder comunicarlas, a ser escuchados con respeto y empáticamente, y podremos en definitiva encauzarlas mejor en armonía con nuestra racionalización. Es decir, lo que pensemos sobre la emoción no será para luchar contra ella, sino que apoyará la forma de darle un sentido apropiado.

10 Ver capítulo 11, "Desarrollo del sentido espiritual".

¿Cómo desarrollar la tolerancia a la frustración?

Esta cognición está asociada a la aceptación de la rabia y será mayormente abordada en el capítulo 9, dedicado a las pataletas.

¿Es malo “permitir” que una guagua llore al intentar “enseñar” una rutina (ej: hora de dormir)?

El caso específico de la higiene del sueño se revisará más a fondo en el capítulo 17. Coherente con lo que se ha dicho aquí, el sentir rabia y pena en una situación de frustración no es negativo, pero exponer a otro a emociones desagradables a propósito es una cosa distinta. No se trata de evitar a toda costa que el otro sienta pena o que se frustre, incluso siendo un pequeño recién nacido. Debe intentar calmarlo y que el adulto haga un esfuerzo para acoger apropiadamente esa emoción desagradable que el otro tiene. El adulto no debiera sentirse culpable si el recién nacido tiene que esperar un minuto para que le dé de comer, para que lo acompañe o para que lo muden, pero tampoco debe exponerse sádicamente a que sienta el malestar más tiempo “para que aprenda”.

Lectura recomendada

Busquera, R. *et al.* (2012). *Cómo educar las emociones. La inteligencia emocional en la infancia y adolescencia*. Esplugues de Llobregat (Barcelona) Hospital Sant Joan de Déu.

Cardemil, A. (2019). *Vitaminas para el desarrollo socioemocional de los niños*. Ediciones B.

Período de pataletas

¿Qué aporta esta conducta?

§

SONIA CASTRO MEDINA

Psicóloga clínica infantojuvenil

Terapeuta grupal



Las pataletas son una gran oportunidad que tienen los padres de enseñarle a sus hijos a manejar las múltiples frustraciones que tendrán a lo largo de la vida. Los adultos significativos tienen una gran incidencia, tanto positiva como negativa en este proceso.

No existe un recetario específico para el manejo de las pataletas, pero sí es importante destacar que mantener normas o límites ante determinadas conductas favorece al adecuado desarrollo del niño. La crianza positiva y el vínculo afectivo entre padres e hijos fortalece emocionalmente al niño y le permite desenvolverse con seguridad y autonomía en el mundo que lo rodea.

Si se logra un equilibrio entre norma y contención, se construirá esta relación con paciencia, respeto y afecto, favoreciendo la autorregulación y el desarrollo sano del niño.

¿Qué son las pataletas o rabietas?

Son manifestaciones emocionales intensas que tienen como base un sentimiento de frustración. Estas aparecen en los niños entre el segundo y cuarto año de vida. Son expresiones esperadas en este período del desarrollo y pueden durar hasta alrededor de los 5 años, desapareciendo en forma progresiva.

La manifestación de las pataletas infantiles depende en gran medida del temperamento de cada niño. Se caracterizan por ser reacciones descontroladas no planificadas, originadas por rabia, confusión, temor, angustia o alguna otra emoción intensa. Las pataletas son parte del desarrollo normal de los niños, como una forma de rebelarse contra la autoridad de los padres y reclamar su individualidad. Son también una forma de buscar seguridad y claridad en las normas que rigen el entorno. En esta etapa los niños están descubriendo su voluntad, su posibilidad de oponerse y ver la reacción que esta provoca afuera. Buscan seguridad en relación a la firmeza de las reglas de funcionamiento del mundo y, a la vez, descubrir que ellos pueden provocar cambios en su ambiente.

En esta etapa los niños comienzan a explorar y aprender los límites. Por eso empiezan a manifestar conductas que antes no existían en ellos, como no tolerar el control externo, los límites y las reglas. Además, los niños adquieren mayor autonomía, por lo que luchan activamente en forma más exigente y desafiante. Están en una pugna entre independencia y dependencia, por lo cual este período resulta clave para el crecimiento y desarrollo.

¿Por qué se originan?

Las pataletas se originan como la forma en que un niño pequeño expresa frustración ante sus limitaciones porque no pudo o no lo dejaron hacer lo que él quería. La frustración, el cansancio y el hambre son las causas más comunes de las pataletas. Durante estas, es posible que los niños griten, den golpes, se tiren por el suelo, lancen objetos y pataleen.

En ocasiones estas reacciones son más conscientes y se transforman en una forma de llamar la atención de los padres, al querer algo que tiene su hermano, los celos, la búsqueda por obtener alguna recompensa, la incapacidad para esperar o simplemente querer poner a prueba su autonomía.

Cuando un niño quiere salir a jugar a la plaza y encuentra su pelota desinflada, esto se interpone con sus expectativas y va expresar su malestar con los recursos que tiene a esa edad. Debido a que no tiene el vocabulario ni la reflexividad para expresar sus sentimientos racionalmente, lo hará a través de una rabieta.

¿Qué aportan las pataletas en el desarrollo humano?

Este período es una etapa esperada y necesaria en el desarrollo humano, ya que es indicador de que el niño está evolucionando hacia la autonomía y aprendiendo a visualizarse como un ser diferente de sus padres. Que los padres estén informados de su existencia es importante, ya que la deben manejar en forma adecuada, evitando que se favorezcan los comportamientos desafiantes, y logrando así promover la autonomía y el adecuado manejo de las emociones en el hijo, siendo estas parte de las principales virtudes que aporta este período en el desarrollo humano.

Los padres, para evitar que esta etapa se transforme en un problema, deben estar en conocimiento de cómo afrontarlas de manera eficiente, eficaz y respetuosa, sin alarmarse por la aparición de esta conducta y entendiendo que es una forma más evolucionada de expresar su rabia y estrés ante una frustración que no surge como un intento de manipulación desde el niño. Este proceso requiere tiempo y paciencia para que el niño lo vaya modulando adecuadamente. Los padres son los principales agentes de cambio en sus hijos por lo que es necesario que sean buenos modelos ante sus pataletas.

Cuando los niños son pequeños aún no saben cómo regular y expresar adecuadamente sus emociones; estas aparecen de manera espontánea, sin que intervengan decisiones conscientes, lo que hace más difícil mantener el control de sí mismos. A un niño aún le cuesta pensar antes de actuar o anticiparse a las consecuencias de su conducta y no están preparados para actuar de acuerdo a las normas establecidas. En este período todavía no son capaces de soportar la frustración ante los retrasos o negativas del ambiente, pero sí pueden detectar estas frustraciones y saber que ellos pueden influir en ellas, por lo que no es raro que el niño pueda apelar a cualquier medio para lograr su objetivo. Inicialmente los niños tienden a expresar su emoción –ya sea de frustración, rabia, miedo o angustia– gritando, llorando, golpeando, mordiendo o tirándose al suelo, siendo una conducta que requiere de guía y manejo de parte de los padres para no reaccionar descontroladamente, de manera similar a cómo lo hace el niño. Solo así será factible que se instale en este una conducta adaptativa.

En esta etapa de rabietas, los niños tienen la oportunidad de aprender a gestionar adecuadamente todas sus emociones¹¹ lo que contribuirá a un adecuado desarrollo.

11 Ver capítulo 8, "Comunicación emocional".

Si los padres contribuyen con una buena gestión de la rabia, ayudarán a que los hijos logren usar esta emoción para frenar y poner límites ante una situación dañina, ya sea pidiendo que dejen de hacer eso que produce dolor, o bien alejándose de la situación con el objetivo de protegerse.

¿Qué diferencia una rabia y frustración normal de una pataleta?

Inicialmente podría pensarse que son emociones iguales, pero no lo son. Si bien pueden tener algunas similitudes, encontramos también muchas diferencias.

La rabia es una emoción potente que moviliza y energiza para responder ante una situación de daño, siendo una emoción primaria, instintiva, primitiva y compartida con otras especies de animales. Por otro lado, la frustración aparece cuando no se cumplen las expectativas, siendo una emoción más elaborada. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la rabia puede aparecer en forma encubierta o camuflada como respuesta emocional a la frustración. Por este motivo, muchas veces se confunden ambas emociones.

La rabia aparece cuando percibes que hay una situación de daño o injusticia. Es una emoción a menudo vista como negativa, ya que es muy movilizadora y enérgica, llegando en algunas ocasiones a ser destructiva. Si logramos distinguirla de la frustración, podemos lograr que estas emociones sean expresadas en forma equilibrada, de modo que cumplan el objetivo básico que tienen todas las emociones humanas: ser indispensables para la sobrevivencia y adaptación humana.

En el caso de la pataleta –entendiendo que es un proceso transitorio de aprendizaje–, la rabia y la frustración descontrolan la conducta que aún no es manejable por el menor. Aparece la rabieta como un arrebato emocional violento, por lo general en respuesta a la frustración.

¿Qué quieren lograr los niños a través de las pataletas?

Un niño –en el período normal de rabietas– no es consciente cabalmente de lo que espera lograr, no es que el niño elija tener una rabieta, no es un acto voluntario. Sí podemos referirnos a lo que *necesita* lograr con ella.

El niño necesita seguridad, con la rabieta podrá experimentar qué tan seguro es el límite que le está poniendo el adulto o las circunstancias. Podrá saber qué tan seguro es el ambiente en el que se encuentra, no es solo desafiar los límites o expresar la frustración. Mediante esta conducta, en la interacción con el adulto, se genera un espacio donde el niño logra conocer paulatinamente qué se espera de él, así como cuánto es capaz él de influir en el entorno.

¿Cuándo debemos preocuparnos de las pataletas?

Las pataletas se inician en algunos niños alrededor de los 18 meses de edad y empeoran entre los dos y tres años. Luego disminuyen rápidamente entre los cuatro y cinco años. Después de este período no deben volver a presentarse.

En las siguientes situaciones la rabieta deja de ser normal y pasa a ser un síntoma de algo mayor, como un problema expresado en esta conducta:

- Mantención después de los 4 a 5 años.
- Empeoramiento progresivo.
- Daño del niño a sí mismo o a otros durante estos episodios.
- Deterioro significativo de las relaciones con cualquier miembro de la familia, de su aprendizaje escolar o su relación con otros niños.
- Baja importante en su estado de ánimo.

También es importante evaluar el manejo que se está teniendo como padres frente a las pataletas o rabietas. Si frecuentemente se tienden a cambiar los límites o se permite que el niño no cumpla sus responsabilidades (es decir, si habiendo dicho que *no* a algo, por la rabieta dicen *sí*, o sí al niño se le libera de recoger sus juguetes *gracias* a la rabieta), existirá un riesgo elevado de convertir esta conducta en un problema. Otra señal de alarma es que los padres modifiquen sus hábitos de vida solo para evitar las pataletas; se deja de salir con amigos, se evita recibir visitas o salir de compras, teniendo como motivo principal el miedo a que el niño pueda tener esta reacción descontrolada. También son signos de alerta la frecuencia de los episodios (tres veces o más al día), la duración (de más de una hora en forma repetida) y también si las pataletas aparecen en el colegio y no solo en el ámbito del hogar.

Es importante considerar que las pataletas suelen ser más intensas y frecuentes en niños de temperamento difícil, niños que presentan depresión, niños con trastorno de modulación sensorial, trastorno por déficit de atención (TDAH), trastorno oposicionista desafiante o trastorno bipolar. Todos estos casos requerirán de algún apoyo profesional para su buen manejo.

¿Cómo enfrentarlas adecuadamente?

El buen manejo de los padres en este período es clave. Es muy importante saber qué significan las pataletas y por qué suceden. Además, ambos padres y todos los adultos

involucrados en la crianza deben estar alineados en la actitud que van a tener con su hijo/hija y la forma en cómo van a reaccionar ante estas situaciones difíciles.

Aplicando una actitud consistente se logran buenos resultados en la formación de los hijos, por lo que se hace indispensable que los padres pongan límites claros a estos y los cumplan y mantengan en el tiempo. Debe existir una autoridad coherente y sistemática que se debe entregar con firmeza y cariño (A. Lyford-Pike, 1998).

Si sucede que los padres o cuidadores ceden ante las rabietas, los hijos pueden identificar los mecanismos para desafiar las reglas de la familia, lo que puede llevar, por un lado, a perder autoridad y por otro, aún más profundo, a que el hijo/hija se sienta más inseguro/a. En ciertas ocasiones, los niños pasan a sentirse responsables de decisiones para las que no están preparados. Los efectos que se generan en consecuencia de la manera en que los padres enfrenten este período con sus hijos son muy relevantes, ya que es posible prevenir futuros problemas emocionales (L. Shapiro, 2002). Saber manejar este período contribuye a que los niños y niñas logren un adecuado autocontrol emocional, aprendiendo a tener reacciones emocionales equilibradas a futuro, lo que implica capacidad de autodominio (C. Sandino, 2005).

¿Cómo afrontar las pataletas?

Las pataletas son esperables en este período evolutivo, por lo que es necesario afrontarlas con templanza. En la tabla 13-1 se incluye un listado de recomendaciones que requieren ser sistemáticas y consecuentes, en acuerdo entre ambos padres. Solo de esta manera podrán incidir apropiadamente en el desarrollo de niños y niñas.

Antes de la pataleta	
Ofrecer elecciones limitadas para disminuir la oposición	Considerando que el niño descubrió que podía decidir por sí solo, se puede estimular el desarrollo de la autonomía haciéndole elegir entre dos alternativas limitadas que son definidas por los padres. Por ejemplo: “quieres ordenar tus juguetes antes o después de comer”, siendo claro el mensaje de que, de todas formas, deberá ordenar sus juguetes, pero puede elegir entre dos alternativas autónomamente.
Evitar una situación	Si sabemos que alguna situación o evento los frustra en forma desmedida, lo mejor será evitarla hasta que esté preparado para enfrentarla de otra manera. Esto es especialmente recomendado en situaciones en que la pataleta significa un riesgo de la integridad física del niño/niña o que el lugar donde se encuentren sea inadecuado. En estas situaciones se debe llevar a un lugar más apropiado, en forma calmada pero firme, sin agresión.

Saber ceder en situaciones especiales	Debe cederse, si existe el convencimiento constructivo y reflexionado de que corresponde aquello. Por ejemplo: si el niño hace una pataleta porque no quiere ponerse un abrigo, al reflexionar sobre la situación me doy cuenta que es posible que no tenga frío o que el que tiene frío o aprehensión es uno y no él. Por tanto, la norma que estoy poniendo y ante la que el niño se está descontrolado no es imprescindible ni importante. En esos casos estaría bien ceder. Lo importante es que la forma de ceder no sea implícita sino explícita, dando las razones de ello. En esos casos no se estaría siendo inconsistente.
---------------------------------------	--

Iniciada la pataleta	
Ofrecer alternativas de modo de desviar la atención con algo agradable para el niño	Cuando está comenzando o antes de iniciada la pataleta, puede ser útil esta medida. Ofrecer alternativas no solo lo calma, sino que además se le están enseñando formas de calmarse a futuro. No se trata de negar la emoción ni de evitarla, sino de no mantener la atención en ella, cambiando el foco hacia algo que sí está permitido hacer y que puede ser más agradable. La finalidad es flexibilizar el pensamiento y las alternativas de acción. Por ejemplo, el niño está en la cocina y toma la caja de fósforos para jugar. Frente a eso se le puede quitar los fósforos, decir que “eso no” e inmediatamente ofrecerle un juguete u otro objeto que sí pueda usar.
Explicar que lo comprendemos	Antes de desencadenada totalmente la pataleta, si está en condiciones de escuchar, podemos mostrarle que entendemos lo que le pasa, usando frases cortas y simples. Esto ayudará a que el niño comprenda, acepte y, posteriormente, exprese de mejor manera sus propias emociones.
Empatizar y acoger emocionalmente considerando la etapa que se está viviendo	Esta es la oportunidad como padres de lograr ser un buen modelo de expresión de las frustraciones. Los padres no deben perder el control ante sus hijos, sí ponerse a la altura física de ellos y mantener un tono de voz tranquilo y acogedor, ya que la finalidad no es intimidar ni provocarlos aun más.
Ofrecer contención	Se puede realizar mediante un abrazo y acompañamiento, solo en el caso de que el adulto esté tranquilo y con cuidado de no reforzar la conducta no deseada. Idealmente contenerlo cuando esté en una condición mínimamente receptiva, que sienta físicamente que se le comprende en su malestar, aunque eso no significa que se le dará la satisfacción de todos sus deseos.
Evitar explicaciones largas	Dar explicaciones en medio de la crisis generalmente es contraproducente, ya que es un momento de frustración en donde el niño no está receptivo para razonar.

Después de la pataleta	
Cumplir lo pactado	Si se aplica una consecuencia por la pataleta, se debe cumplir lo pactado en forma firme y segura, pero amorosa y tranquilamente, sin agregar descalificaciones ni descarga de rabias adicionales o frustraciones propias.
Conductas reparatorias, aceptar el perdón	Si después de la pataleta –o fruto de la acogida– pide perdón, esto se debe aceptar positivamente, manifestándole confianza en que poco a poco sabrá reaccionar mejor. Así se refuerza positivamente su capacidad de volver a calmarse y pensar sobre lo ocurrido, evitando focalizarse en el descontrol y caer en las amenazas –lo que aumentaría el estrés y el malestar–, sino en la posibilidad de tomar conciencia de su frustración y poder calmarse.
Aplicar un refuerzo positivo	Ante aquellos comportamientos adecuados que estaban siendo difíciles de lograr, es bueno felicitar e incluso premiar, en algunas ocasiones, para afianzar y consolidar la conducta. Se trata de proporcionar algún tipo de recompensa o reconocimiento para propiciar que se repita el comportamiento deseado por parte del niño. La capacidad de calmarse después de una pataleta también se recomienda felicitar, ya que pone el foco en la conducta apropiada.

Tabla 13-1. Recomendaciones en torno a pataletas

¿Es propicio este período para desarrollar la tolerancia a la frustración?

Es fundamental enseñar a nuestros hijos a tolerar la frustración desde pequeños, a afrontar esas situaciones en que no consiguen lo que quieren, aunque eso signifique una pataleta. Ese malestar es pasajero y será mucho más tolerable en esas circunstancias, comparado con el que puede sentir cuando se enfrente a los futuros “no” y a otros obstáculos de la vida.

Durante la infancia, los niños son egocéntricos (por naturaleza evolutiva), no saben esperar (no tienen aún desarrollado el concepto del tiempo) y les cuesta mucho pensar en los demás y sus necesidades. Cuando el niño no gestiona ni sabe manejar la frustración, esta se acumula y refuerza la rabia y la ira. Siente el impulso de atacar, franquear el obstáculo o de escapar. Cada niño y cada persona reacciona de manera distinta ante esta situación.

Cuando un niño presenta baja tolerancia a la frustración, en parte se puede deber a los aprendizajes que haya tenido y en parte a su carácter, por lo que es fundamental tener claro como padres que la frustración es normal y que los niños tienen que aprender a gestionarla y esto se enseña principalmente en este período evolutivo de pataletas.

Si el niño consigue siempre o casi siempre lo que quiere cuando lo pide, si tras una rabietta obtiene lo que deseaba o se libra de lo que no quería, o si le evitamos cualquier tipo de frustración (porque nos da pena verlo pasarlo mal, porque no queremos que sufra o por no tolerar su descontrol), no le estamos enseñando a manejar sus emociones ni sus conductas.

Para recordar

- Las normas y límites son fundamentales y han de cumplirse con tranquilidad, pero con firmeza.
- El límite, aunque frustre, es necesario.
- Debemos aprender a gestionar las pataletas cuando se produzcan.
- No ceder a la rabietta por el solo hecho de evitar que se produzcan.
- La frustración es inevitable en la vida, y si los pequeños no aprenden a manejarla y aceptarla, en su vida adulta les costará mucho más.

Videos recomendados



Clínica Alemana (2022). *Rabietas en niños: ¿Por qué se producen y cómo contenerlos?*



Guerrero R. (2022). *La regla de las cuatro erres para criar a los niños sin castigos.*



Guerrero R. (2020). *Poner límites a los niños sin castigos, un desafío para los padres en la cuarentena y siempre.*

Bibliografía

Álvarez, M. (2002). *Nadie nos enseña a ser padres. Manual de apoyo para padres y educadores.* Ediciones UC.
Lyford-Pike, A. (1998). *Ternura y Firmeza con los hijos.* Ediciones UC. Recuperado de <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-humani-mundial/psicologia-infantil/lyford-pike-ternura-y-firmeza-con-los-hijos/8688099>
Sandino, C. (2005). *Inteligencia emocional para padres.* Planeta.
Shapiro, L. (2002). *La Salud emocional de los niños.* Ed. EDAF.

La empatía y su desarrollo

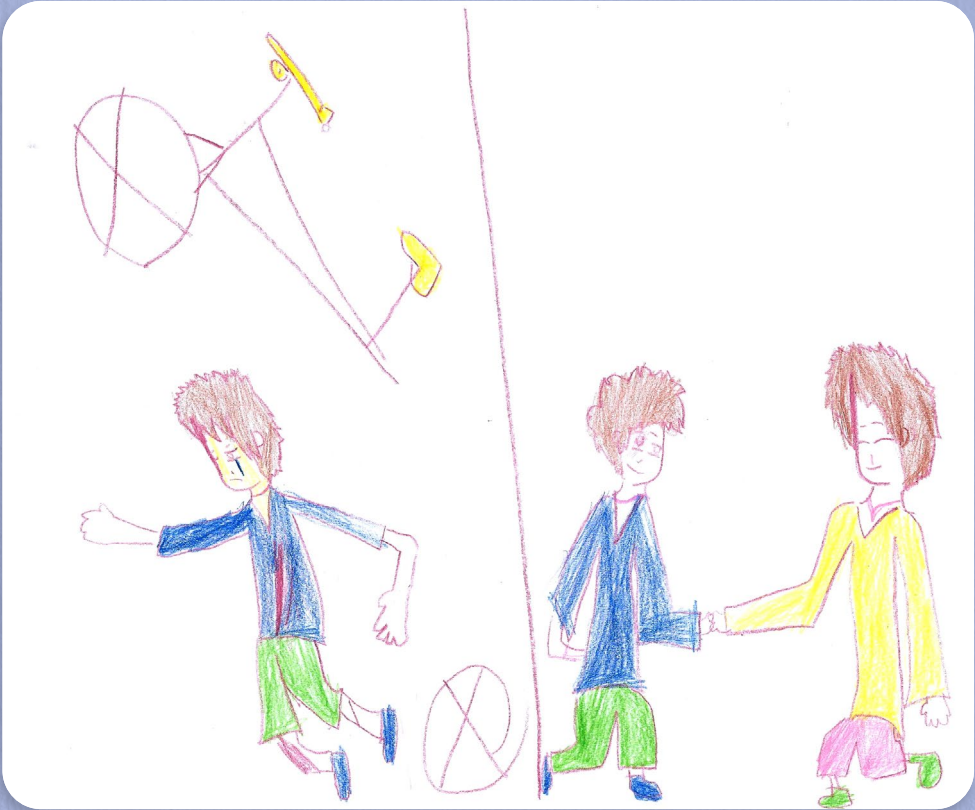


CARLOS SILVA JIMÉNEZ

Psiquiatra infantil y del adolescente

FRANCISCO JAUME GUAZZINI

Psicólogo clínico infantil



La empatía en sí misma no sería una emoción o un sentimiento, sino una especie de “puente” que nos permite comprender e interpretar las emociones y los sentimientos de otras personas y, de esta forma, conectarnos con ellas.

¿Qué es la empatía?

La empatía es un concepto ampliamente utilizado, tanto en el lenguaje cotidiano como en contextos de investigación en el ámbito de la psicología, psiquiatría y salud mental en general. Así, es posible encontrar un conjunto de definiciones en relación a ella, enfatizando, por ejemplo, en la experiencia compartida: “la capacidad de compartir el mundo interno de pensamientos y sentimientos de otra persona” (Henrik, 2012); o poniendo el énfasis en la sintonía con un/a otro/a: «nos permite sintonizar con cómo otra persona se está sintiendo, o con lo que puede estar pensando” (Baron-Cohen, 2004).

Es importante comprender la empatía como una función, un proceso, con componentes biológicos, psicológicos y sociales que es propia de los seres humanos (aunque no exclusiva de nosotros). En ese sentido, la empatía en sí misma no sería una emoción o un sentimiento, sino una especie de “puente” que nos permite comprender e interpretar las emociones y los sentimientos de otras personas y, de esta forma, conectarnos con ellas.

Desde el punto de vista científico, se ha hecho la distinción entre la empatía afectiva o emocional y la empatía cognitiva (González-Liencres, 2013). La *empatía afectiva* se refiere a cuando sentimos lo que la otra persona está experimentando, por ejemplo si vemos a alguien llorar y se nos llenan los ojos de lágrimas, o si vemos a alguien reír y sentimos su alegría. En este sentido, la empatía afectiva ocurre automáticamente, no como un ejercicio voluntario o intencional. La empatía afectiva ayuda a representar los estados mentales de otras personas desde lo somático, sensorial y motor (Eslinger, 2021).

Por otra parte, la *empatía cognitiva* dice relación con nuestra capacidad de comprender desde la racionalización cómo se debe sentir otra persona en una situación dada, aunque nosotros no la hayamos vivido. Por ejemplo, podemos racionalmente comprender que debe ser muy terrible vivir una guerra o sufrir un accidente grave, aun sin haber experimentado estas situaciones. Esta comprensión parte desde lo racional y puede o no evocar emociones y sentimientos, por lo que ocurre entonces desde el “ponernos en el lugar del otro” como un ejercicio intencional o voluntario.

Ahora, más allá de la distinción de empatía afectiva (respuesta emocional ante la emocionalidad de otro/a) o cognitiva (toma de perspectiva sobre el estado del otro/a), cabe destacar que ambas son esenciales para definir la empatía y, en la gran mayoría de los casos, coexisten simultáneamente (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004).

¿Cómo compatibilizar el empatizar con la implementación de normas y la tolerancia a la frustración?

Frecuentemente padres, madres y cuidadores señalan las dificultades que experimentan al buscar compatibilizar un trato empático con el establecer e implementar límites, normas y rutinas. Horarios para comer, acostarse o utilizar videojuegos suelen ser temas frecuentes. En este sentido podemos considerar que el apego seguro, la empatía, poner límites y enfrentar la frustración de los hijos son aspectos de un mismo asunto. En la tabla 10-1 pueden ver algunas recomendaciones.

Acción	Consecuencia
Escucharlo/a, tomar en cuenta su perspectiva acorde a la edad y mostrarle que sus emociones son comprendidas en relación a los límites.	Le hará sentirse escuchado y considerado.
Distinga lo esencial de lo accesorio. Muestre flexibilidad cuando sea posible. Los límites y rutinas permiten la organización de la vida cotidiana, y flexibilizar cuando sea posible le ayuda a los niños y niñas a adherir de forma más fluida a dinámicas que no puedan ser de otra forma. Por ejemplo, permitirle aplazar 10 minutos la hora de acostarse si está en medio de un juego, le mostrará que usted lo/la “ve”, que conecta con su estado interno y que lo/la trata empáticamente.	Esto le ayudará a él o ella a ser empático/a con usted cuando usted requiera que se retiren de un lugar en ese momento y no en otro, por ejemplo, salir de la casa en la mañana, cuando muchas veces el tiempo apremia y esos 10 minutos marcan una gran diferencia.
Explique las razones de los límites y reglas del funcionamiento familiar existentes. Evite razones del tipo “se hace así porque yo digo” o “no, porque no”. Tampoco es necesario explicarlo mil veces; luego de un par de veces, le puede decir que ya le ha explicado las razones y que entiende que puede ser desagradable tener que dejar de jugar. Entonces, muéstrele que usted está ahí para ayudarlo a lidiar con ese desagrado.	Al explicarle no solo está transmitiéndole información, está también mostrándole que usted la/lo considera un ser humano con capacidad de entender y tomar decisiones.
Explicite de antemano qué pasará si se cumplen o no los acuerdos. Que las consecuencias posibles estén claras. Ninguna consecuencia debe tener componentes de agresividad ni violencia. Por supuesto, es clave cumplir los compromisos (consecuencias y promesas) y de no ser posible, conversarlo con anticipación. En otras palabras, explicitar que se entiende la frustración que pueden experimentar (en un lenguaje acorde a la edad) y que se está ahí con ellos/as para lidiar con eso, los hará sentirse contenidos, los ayudará a regularse y esto potenciará la alianza, la credibilidad y la comunicación.	Si se cumplen, se avanza en la confianza y en la credibilidad en la palabra, e incluso pueden asignarse ciertos beneficios (consecuencias positivas) asociadas a los cumplimientos. Privar de beneficios generará frustración en nuestros hijos/as, pero, en la medida que estas consecuencias estén previamente conversadas y que se les apoye en resolver la frustración que estas generen, se les estará ayudando a comprender que sus acciones tienen consecuencias, sin asociarlas a que sus padres no empatizan con ellos.

Tabla 10-1. Recomendaciones para poner límites empáticamente

¿Cómo desarrollar esta capacidad?

Si alguien nos pregunta de sorpresa ¿qué estás pensando?, probablemente no tardemos tanto en responder; pero si alguien nos preguntase ¿qué estás sintiendo en este momento?, el ejercicio quizás no nos sea tan familiar. Cuando pensamos en el desarrollo de la empatía, es importante en primer lugar que practiquemos el desarrollo de nuestra propia consciencia (propiocepción) afectiva, ya que estar más atentos y familiarizados con cómo nos sentimos, nos permitirá ser más precisos a la hora de comprender e interpretar las emociones de los demás (Mul, 2018).

Podemos comenzar a hacer este ejercicio cuando atravesamos situaciones específicas que nos generen una emoción intensa; por ejemplo si extravió un objeto importante para mí ¿cómo me siento? O si consigo una meta que costó trabajo lograr, ¿cómo me hace sentir eso? Además, en segundo lugar podemos preguntarnos: ¿cómo esto que ocurrió influye en nuestra predisposición general del día? Una vez que podamos identificar claramente qué situaciones nos generan qué sentimientos, podemos preguntarnos en momentos aleatorios del día: ¿cómo me estoy sintiendo? Y si nos sentimos alegres, frustrados, temerosos, etc., podemos reflexionar sobre qué nos pasó que nos estamos sintiendo así. De esta forma, mejorar nuestra autoconsciencia afectiva, nos permitirá estar más conscientes al mismo tiempo de cómo se está sintiendo la persona que tenemos al frente (Thompson, 2019).

Ahora, respecto de la empatía cognitiva, al ser un ejercicio intencionado o voluntario, requiere que hagamos un esfuerzo por “imaginarnos” cómo se debe estar sintiendo la otra persona. Esto implica detenernos a realizar la pregunta: “si yo estuviera en esa situación, ¿cómo me sentiría?”. Este componente de la empatía cognitiva es lo que llamamos la *toma de perspectiva* (Reniers, 2022).

En resumen, como para el desarrollo de cualquier capacidad, se requiere del entrenamiento de habilidades a través de ejercicios que, en este caso, consistiría en realizar las preguntas: ¿cómo me estoy sintiendo en este momento? (que nos ayudará a desarrollar la empatía afectiva) y ¿cómo me sentiría yo si estuviera en el lugar de esa persona? (para la empatía cognitiva).

¿Cómo pueden los padres trabajarla en casa?
¿Cómo enseñar a ser empático?

Existen distintas formas de fomentar la empatía según la etapa del desarrollo en la que se encuentren nuestros hijos.

En primer lugar, cabe señalar que desde el nacimiento en adelante es muy importante el fomento de un apego seguro. Si bien esto se profundiza en el capítulo referente a ello¹², lo principal en relación al apego es la capacidad que tengan los cuidadores para calmar estados de estrés en sus hijos e hijas. Desde el nacimiento en adelante las personas experimentamos necesidades básicas (hambre, sueño, cariño, atención) y, en la medida en que nuestros cuidadores logren satisfacer estas necesidades, van a favorecer el desarrollo de experiencias de seguridad y confianza en distintas situaciones (Speidel, 2023). Será esta seguridad y confianza la que nos permitirá a lo largo del ciclo vital relacionarnos de manera atenta y empática con los demás (Xu, 2022), ya que si siento seguridad en mí mismo y enfrento a priori las situaciones como si no fuesen amenazantes, esto me permite tener la calma para prestar atención a cómo se están sintiendo las personas alrededor nuestro. En otras palabras, a través del desarrollo de un apego seguro fomentamos la capacidad de autoregulación emocional de nuestros hijos, lo que les facilita empatizar con otros (Thompson, 2019).

Otra arista del mismo punto en este proceso de regulación del estrés de los niños y niñas, es la capacidad para identificar sus estados específicos y resonar con ellos (empatizar). Es relevante, ya que nos permitirá comprender cómo ayudarles. Si siento o pienso que tiene vergüenza haré cosas para ayudarle a empoderarse, no para exponerlo o burlarme y que su vergüenza se incremente. Si me parece que tiene frío, no buscaré darle consuelo, sino abrigo y así sucesivamente. En este sentido, empatizar con ellos requiere de funciones como la mentalización y la función reflexiva (claves en el marco de las dinámicas de apego) y, por lo tanto, fomentar distintos aspectos de la sensibilidad parental es una piedra angular para comenzar a enseñarle a nuestros hijos a ser empáticos (Abraham, 2018).

Ahora, continuando con las siguientes etapas del desarrollo en los niños, conocer las propias emociones contribuye a conocer las de los demás y así a empatizar con ellos. Este proceso comienza, en primer lugar, por validar las emociones de los niños y alentarlos a expresarlas¹³. Cuando los padres permiten que sus hijos demuestren sus emociones, validan sus sentimientos y les muestran cómo lidiar con emociones estresantes de manera constructiva, ayudarán a sus hijos a expresar y regularlas de manera adecuada (Spinrad, 2018). Se ha visto, por ejemplo, que madres que fomentan la expresión emocional de sus hijos al año y medio de vida, favorecían mayores niveles de empatía cuando estos eran evaluados a los dos años (Taylor, 2013).

12 Ver capítulo 4, "Vínculo seguro".

13 Ver capítulo 8, "Comunicación emocional".

A medida que van creciendo y se refina el uso del lenguaje, otra forma de fomentar la autoconsciencia y autoregulación emocional, y por lo tanto la empatía, es ayudarlos a poner en palabras lo que están sintiendo. El mismo ejercicio propuesto para los padres anteriormente –preguntarse, ¿cómo me estoy sintiendo en este momento?– es válido para ayudar a nuestros hijos a poner en palabras sus sentimientos; preguntarles cotidianamente cómo se sienten, qué los hizo sentir así y cómo pueden expresar ese sentimiento, es una forma de ayudarlos a gestionar adecuadamente sus emociones. Se ha visto que cuando los padres hablan de las emociones con sus hijos, estos muestran mayores niveles de empatía (Brownell, 2013).

La empatía, además, es un elemento que junto con otros como la simpatía, favorece conductas como la cooperación y el altruismo, y estas, junto con otras conductas, configuran lo que se conoce en general como *conductas prosociales*. En relación a lo mencionado anteriormente, niños con mayor nivel de conocimiento emocional presentan mayores niveles de empatía, simpatía y conductas prosociales (Eggum, 2011). Visto de otra forma, favorecer las conductas prosociales también es una forma de fomentar la empatía y viceversa. En este sentido, las conductas prosociales son algo que se puede observar desde muy temprano en la vida de las personas, incluso antes de los dos años de vida (Warneken, 2009), por lo que la oportunidad de los padres para fomentar la empatía consiste en reforzar positivamente a sus hijos e hijas cuando estos manifiesten estas conductas de cooperación o ayuda a otros, ya sea mediante palabras o gestos de aliento (Bower, 2016). Cabe destacar aquí que es importante que estos refuerzos positivos no sean materiales (comprarles cosas o juguetes), ya que esto disminuiría la motivación intrínseca para presentar conductas prosociales (Warneken, 2008).

Por último, durante la etapa escolar (entre los seis años y el inicio de la pubertad) se puede profundizar en la elaboración verbal de las emociones. A medida que los niños van creciendo su experiencia emocional se vuelve más compleja (Romani-Sponchiado, 2022), lo que va de la mano con un mayor desarrollo cognitivo y, por lo tanto, lingüístico, por lo que a las conversaciones basadas en las preguntas anteriores sobre cómo se sienten, qué los hace sentir así, etc., se pueden agregar preguntas que favorezcan la toma de perspectiva del punto de vista de un otro, fomentando así la empatía cognitiva. Por ejemplo, si se observa una situación ficticia (en una película) o real (algo que le haya pasado a otro niño), podemos preguntarles: ¿cómo te sentirías si te hubiese pasado eso?, y a partir de ahí estimularlo a realizar esta pregunta por sí mismo en distintas situaciones.

Cabe destacar que, finalmente, el aprendizaje vicario (a través de la observación del ejemplo) es una forma muy poderosa de educar a los hijos y, en este sentido, ver que los padres se involucran en actividades prosociales (por ejemplo, un voluntariado) y que

son empáticos con ellos y con otras personas (niños y adultos), es la manera más clara de fomentar la empatía en nuestros hijos (Strayer, 1989).

En la tabla 10-2 resumimos las ideas centrales de lo anteriormente expuesto, como consejos prácticos a los padres para enseñar a los hijos/as a ser empáticos.

Conectar con nuestras propias emociones fomenta nuestra capacidad empática.
Validar las emociones de nuestros hijos e hijas los ayuda a ser empáticos.
Hablar de las emociones con nuestros hijos fomenta su empatía.
Fomentar la empatía favorece conductas como el respeto y el altruismo.

Tabla 10-2. Consejos prácticos para desarrollar la empatía

¿Cómo contribuye la empatía a la vida en sociedad?

Los humanos somos seres eminentemente sociales. Esto significa que hemos evolucionado como especie para generar un entramado social muy complejo y rico en matices, pero que, por lo mismo, representa múltiples dificultades a la hora de sostenerse de manera armónica (Tomasello, 2014).

Las conductas que contribuyen a sostener el entramado social son las ya mencionadas conductas prosociales, dentro de las que se encuentran la cooperación y el altruismo, pero también el mutualismo y la reciprocidad (West, 2007). Estas conductas, que se pueden observar en la relación entre individuos, están ancladas en procesos que se experimentan de manera subjetiva, como los de empatizar (identificar las emociones del otro), simpatizar (conmoverse con su sufrimiento), compadecerse (buscar el bien del otro), etc. (Decety, 2010).

Si bien estas conductas se pueden observar en gran parte del reino animal, en general se han conservado en la evolución para sostener grupos emparentados genéticamente y, a través de ellas, favorecer la transmisión de los propios genes a la siguiente generación (Lahvis, 2017). En el caso de los humanos, existe la particularidad de que estas conductas prosociales se circunscriben a lo que se ha denominado el “sesgo de grupo” (Molenberghs, 2013), es decir, se tiende a ser más empático con quienes considero miembros de “mi” grupo. El sentido de pertenencia a un grupo determinado cualquiera (étnico, religioso, deportivo, académico, etc.) se relaciona con varias aristas, algunas simples como la familiaridad (qué tan frecuentemente veo a una persona) o las características físicas (si tienen mi mismo color de piel, altura, color de pelo, etc.) (Yang, 2022) y otras más complejas que involucran conceptos abstractos como las preferencias políticas o ciertas características culturales (Kranton, 2020).

Es en el segundo grupo de elementos (abstractos) donde la empatía, tanto cognitiva como afectiva, juega un rol crucial en la idea de sociedad que queremos construir y habitar. Uno de los elementos claves para una sociedad armónica dice relación con el respeto a un otro o alguien distinto a mí. Pero, ¿cómo definimos quién es distinto? ¿En qué sentido esa persona es distinta de mí? Y, más importante aún, ¿qué significa que sea distinto? En la medida que veamos las diferencias como amenazas es muy difícil que podamos empatizar con un otro. Como comentábamos anteriormente, es posible desarrollar la empatía cognitiva utilizando la toma de perspectiva como un acto consciente y voluntario, donde hacemos el esfuerzo de imaginar cómo nos sentiríamos si estuviésemos atravesando la situación de otro. Este ejercicio nos acerca a identificarnos con ese otro y, por lo tanto, aumenta nuestra predisposición a sentir simpatía, compasión y, en última instancia, a comportarnos de una manera que contribuya a una sociedad más armónica y respetuosa.

Lectura recomendada



Cinco consejos para cultivar la empatía. (s.f.). Harvard.

Díaz, M. P. y Correa, A. (2021). Empatía una experiencia virtuosa. Editorial Al Viento.



La ciencia de la empatía (s.f.). Naciones Unidas.

La empatía en los niños, educar en valores. (s.f.).

Bibliografía

Abraham, E. et al. (2018). Empathy networks in the parental brain and their long-term effects on children's stress reactivity and behavior adaptation. *Neuropsychologia*. 31, 116(Pt A), 75-85. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2017.04.015. Epub 2017 Apr 13. PMID: 28412510.

Baron-Cohen, S. y Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disord*. 34, (2), 163-75. doi: 10.1023/b:ja-dd.0000022607.19833.00. PMID: 15162935.

Bower, A.A. y Casas, J.F. (2016). What parents do when children are good: Parent reports of strategies for reinforcing early childhood prosocial behaviors. *J Child Fam Stud*. 25, (4), 1310-1324. doi: 10.1007/s10826-015-0293-5.

Brownell, C.A. et al. (2013). Socialization of Early Prosocial Behavior: Parents' Talk about Emotions is Associated with Sharing and Helping in Toddlers. *Infancy*. 1, (18), 91-119. doi: 10.1111/j.1532-7078.2012.00125.x. Epub 2012 Apr 26. PMID: 23264753; PMCID: PMC3524590.

Decety, J. y Michalska, K.J. (2010). Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Dev Sci*. 13, (6), 886-899. doi: 10.1111/j.1467-7687.2009.00940.x. PMID: 20977559.

Eggum, N.D. et al. (2011). Emotion understanding, theory of mind, and prosocial orientation: Relations over time in early childhood. *J Posit Psychol*. 6, (1), 4-16. doi: 10.1080/17439760.2010.536776. Epub 2011 Feb 10. PMID: 22518196; PMCID: PMC3328349.

Eslinger, P.J. et al. (2021). The neuroscience of social feelings: mechanisms of adaptive social functioning. *Neurosci Biobehav Rev*. 128, 592-620. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.05.028. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34089764; PMCID: PMC8388127.

Gonzalez-Liencres, C., Shamay-Tsoory, S.G. y Brüne, M. (2013). Towards a neuroscience of empathy: ontogeny, phylogeny, brain mechanisms, context and psychopathology. *Neurosci Biobehav Rev.* 37, (8), 1537-1548. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.05.001. Epub 2013 May 13. PMID: 23680700.

Henrik, W. (2012). Social Cognitive Neuroscience of Empathy: Concepts, Circuits, and Genes. *Emotion Rev.* 4, 9-17. doi: 10.1177/1754073911421379.

Kranton, R., et al. (2020). Deconstructing bias in social preferences reveals groupy and not-groupy behavior. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1, 117, (35), 21185-21193. doi: 10.1073/pnas.1918952117. Epub 2020 Aug 18. PMID: 32817487; PMCID: PMC7474652.

Lahvis, G.P. (2017). Social Reward and Empathy as Proximal Contributions to Altruism: The Camaraderie Effect. *Curr Top Behav Neurosci.* 30, 127-157. doi: 10.1007/7854_2016_449. PMID: 27600591; PMCID: PMC5675738.

Molenberghs, P. (2013). The neuroscience of in-group bias. *Neurosci Biobehav Rev.* 37, (8), 1530-6. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.06.002. Epub 2013 Jun 14. PMID: 23769813.

Mul, C.L. et al. (2018). The Feeling of Me Feeling for You: Interoception, Alexithymia and Empathy in Autism. *J Autism Dev Disord.* 48, (9), 2953-2967. doi: 10.1007/s10803-018-3564-3. PMID: 29644587.

Reniers LEP, R., Abu-Akel, A. y Seara-Cardoso, A. (2022). Editorial: Cognitive Empathy and Perspective Taking: Understanding the Mechanisms of Normal and Abnormal Experiences and Abilities. *Front Psychiatry.* 2, (13), 945258. doi: 10.3389/fpsy.2022.945258. PMID: 35722573; PMCID: PMC9201905.

Romani-Sponchiado, A. et al. (2022). Emotional face expressions recognition in childhood: developmental markers, age and sex effect. *Cogn Process.* 23, (3), 467-477. doi: 10.1007/s10339-022-01086-1. Epub 2022 Apr 1. PMID: 35362838.

Shamay-Tsoory, S.G. (2022). Inter-brain plasticity underlies empathic learning in social interactions. *Front Psychol. Nov* 10, 13, 951248. doi: 10.3389/fpsyg.2022.951248. PMID: 36438315; PMCID: PMC9685330.

Speidel, R. et al. (2023). Latent classes in preschoolers' internal working models of attachment and emotional security: Roles of family risk. *Dev Psychopathol.* 35, (3), 1552-1569. doi: 10.1017/S0954579422000293. Epub 2022 Apr 8. PMID: 35393923; PMCID: PMC9547040.

Spinrad, T.L. y Gal, D.E. (2018). Fostering prosocial behavior and empathy in young children. *Curr Opin Psychol.* 20, 40-44. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.08.004. Epub 2017 Aug 9. PMID: 28830005.

Strayer, J. y Roberts, W. (1989). Children's empathy and role taking: Child and parental factors, and relations to prosocial behavior. *J Applied Dev Psych.* 10, (2), 227-239. doi: 10.1016/0193-3973(89)90006-3.

Taylor, Z.E. et al. (2013). The relations of ego-resiliency and emotion socialization to the development of empathy and prosocial behavior across early childhood. *Emotion.* 13, (5), 822-831. doi: 10.1037/a0032894. PMID: 24098930; PMCID: PMC4314208.

Thompson, N.M., Uusberg, A., Gross, J.J. y Chakrabarti, B. (2019). Empathy and emotion regulation: An integrative account. *Prog Brain Res.* 247, 273-304. doi: 10.1016/bs.pbr.2019.03.024. Epub 2019 May 10. PMID: 31196438.

Tomasello, M. (2015). The ultra-social animal. *Eur J Soc Psychol.* 44, (3), 187-194. doi: 10.1002/ejsp. Epub 2014 Apr 10. PMID: 25641998; PMCID: PMC4302252.

Warneken, F. y Tomasello, M. (2008). Extrinsic rewards undermine altruistic tendencies in 20-month-olds. *Dev Psychol.* 44, (6), 1785-1788. doi: 10.1037/a0013860. PMID: 18999339.

Warneken, F. y Tomasello, M. (2009). The roots of human altruism. *Br J Psychol.* 100,(Pt 3), 455-471. doi: 10.1348/000712608X379061. Epub 2008 Dec 5. PMID: 19063815.

West, S.A., Griffin, A.S. y Gardner, A. (2007). Social semantics: altruism, cooperation, mutualism, strong reciprocity and group selection. *J Evol Biol.* 20, (2), 415-432. doi: 10.1111/j.1420-9101.2006.01258.x. PMID: 17305808.

Xu, X. et al. (2022). The Relationship between Empathy and Attachment in Children and Adolescents: Three-Level Meta-Analyses. *Int J Environ Res Public Health.* 19, (3), 1391. doi: 10.3390/ijerph19031391. PMID: 35162410; PMCID: PMC8835466.

Yang, D. et al. (2022). Skin Color and Attractiveness Modulate Empathy for Pain: An Event-Related Potential Study. *Front Psychol. Jan* 4, 12, 780633. doi: 10.3389/fpsyg.2021.780633. PMID: 35058849; PMCID: PMC8763853.

II

Desarrollo del sentido espiritual
“Algún día nos encontraremos frente a frente
como espíritus en el infinito”

§

SERGIO CANALS LAMBARRI

Psiquiatra infantil y del adolescente



Siguiendo al filósofo Agamben, la infancia es posibilidad y potencia.

Su espíritu es potencia y realidad. Es un ser en movimiento.

El infante es su propia potencia y “vive su propia posibilidad en la realidad”. Está abierto al mundo y a la “posibilidad casi infinita de mundos posibles”. Desde que es una nueva célula viva humana después de la fecundación es ya futurizo. Está abierto a la posibilidad de descubrir y desarrollar su naturaleza material y espiritual. De aprehender una realidad espiritual, su ser espiritual, guiados amorosamente por su padre y madre a través de la familia en un contexto sociocultural e histórico.

¿Cómo “ven” los niños el espíritu?

Le pregunté a un niño de casi 10 años por el espíritu. Después de una breve reflexión, y con una cara iluminada, exclamó “¡Es un fantasma!”. Los niños disfrutaban con los disfraces de fantasmas. El niño se refería probablemente a algo externo que ya dejó la realidad de este mundo y que existe en una vida espectral. De esta forma los fantasmas son mostrados en relatos, imágenes y películas, alimentando la fantasía y la imaginación de niños y adultos como parte de una *industria* fantasmática. El espíritu como un *producto* fantasma. Pero siguen representando, más bien encarnando, algo que anida en lo más profundo de los fundamentos del ser humano. El deseo y las creencias en otra vida, en otra realidad, más allá de la muerte.

¿De qué hablamos al referirnos a la dimensión espiritual del ser humano?

El poeta romántico idealista alemán Friedrich Hölderlin, nos arroja de lleno al mundo espiritual, anudándolo a la contemplación y el gozo de la belleza frente a la vida y la naturaleza:

"No se oculta a los hombres el ser del Espíritu,
y tal como la vida, la que los hombres encontraron
así el día de la vida, la mañana de la vida,
como riqueza son las altas horas del Espíritu.
Que así de soberbia la Naturaleza se muestre
es para que el hombre contemple semejante gozo,
y, al día a la vida se confíe,
anudando así su lazo con el Espíritu".

Desde la cultura oriental, el Tao Te Ching (el camino o el sentido), libro de enseñanzas filosóficas religiosas del siglo VI a.C., atribuido al maestro espiritual oriental Lao-Tse, nos habla sobre lo intangible de la vida y el desarrollo del sentido espiritual: “Se le mira, y no se le ve: su nombre es Esencia. Se le intenta escuchar, pero no se le oye: Su nombre es Sutíl. Se le intenta coger, pero no se le siente: su nombre es Pequeño”.

¿Qué nos dice la cultura de hoy sobre la espiritualidad?

Avasallados por el culto a la dimensión material tecnológica y el positivismo lógico racional extremo de esta época, donde el silencio contemplativo se bate en retirada, el espíritu huye espantado de la acción productiva permanente y del ruido digital. Ya no hay tiempo para una pausa contemplativa ni para el silencio como puertas espirituales. Hasta el amor y la sexualidad han sido finalmente desfondadas de una realidad espiritual que es relegada solo a la dimensión de las religiones. Ya no se habla del *espíritu familiar*, y casi nunca del *espíritu de la persona*, salvo que ya esté muerta. En ese momento se le describe con una característica que sí es valorada social y culturalmente con algunas de estas aseveraciones: “era una persona muy espiritual” o “tenía una gran espiritualidad”.

Lo espiritual y la espiritualidad en general se utilizan para denominar la existencia y/o vínculo con una realidad esencial y vital que no percibimos directamente. Implica un campo cultural de significados y sentido que hace referencia a los secretos y misterios de lo que está más allá de lo material y sensible físicamente.

Nuestra dimensión espiritual es aquella de donde emana la capacidad de intuir, de imaginar, de lograr ver más allá de las apariencias, de experimentar lo infinito y de poder encontrar sentido y valor a lo que hacemos y vivimos. Se desarrolla en lo más íntimo de nuestra vida. En nuestra interioridad (Sánchez, 2011).

El filósofo contemporáneo Byung-Chul Han (2015) nos recuerda que “espíritu significa originalmente inquietud o conmoción muy profunda”. Se requiere “valor y arrojo” para dotar la vida de su esencia espiritual. Se da y encuentra especialmente en la búsqueda creativa de la belleza, el bien y lo extraordinario. El espíritu se cuela y fulgura en los intersticios de la realidad. Allí donde la naturaleza resplandece habitada por Dios y los dioses habitan el Espíritu y los espíritus.

¿Cómo “nace” y se ha manifestado la espiritualidad en la historia del ser humano?

Contempla una mirada de la historia del ser humano y del desarrollo de su magnífica humanidad. El psicólogo evolutivo Robin Dunbar de su libro *La Odisea de la Humanidad* nos sugiere creativamente:

Millones de años atrás, observemos un homínido agachado frente a alguien como él tratando de entender su muerte. Toma su cuchillo de sílex, y emitiendo un murmullo gutural golpea la parte occipital del cráneo y en un rítmico balanceo ritual introduce sus dedos en la cabeza logrando sacar restos del cerebro que engulle lentamente...Siente entonces que una extraña energía se apodera de él mientras adquiere una fuerza nueva...El ánima (alma-espíritu) del muerto ya estaba en él y lo acompañaría...él vive en su cuerpo y le permitirá luchar mejor y enfrentarse al temor y la ansiedad que le producen la soledad y los misterios insondables de la naturaleza...Terminó de cortarle la cabeza y se la llevó como trofeo...El muerto (su espíritu) seguía viviendo en el cazador...La vida ya no era la muerte (Dunbar, 2007).

En otro momento, el autor nos hace visualizar alrededor de setenta mil años atrás a un Cromañón que habita en el territorio de la Europa actual, enterrando a sus muertos con conchas marinas y cráneos pintados como símbolo de fuente de vida. Así volvería a nacer la nueva vida desde su madre.

Muerte y fertilidad femenina asociadas al misterio terrible e inquietante de la muerte y la posibilidad misteriosa de la resurrección, ya sea espiritual, en “cuerpo y alma”, o en la reencarnación. La presencia de los rituales de embalsamamiento de los cadáveres para permitirles un viaje para habitar en la “otra vida”, fueron prácticas habituales desde hace miles de años atrás en oriente y occidente.

“Cada una de las tribus que se han encontrado tienen una forma de creencia espiritual y la mayoría tienen alguna concepción de la vida de ultratumba” (Dunbar, 2007). Somos la única especie animal que tiene alguna religión y cree (experimenta y vive) ser parte de un mundo y realidad paralela “invisible” que elude a la percepción física.

¿Hay diferencias entre el sentimiento subjetivo espiritual y las prácticas religiosas?

Podemos distinguir entre la religiosidad intrínseca —o la vivencia subjetiva espiritual, la espiritualidad misma—, sujeta a la percepción de la existencia de un ser superior, a la percepción de lo numinoso o misterio, y de que existe algo más allá de los sentidos; y la extrínseca o religiosidad asociada a la formalidad y prácticas de los cultos religiosos con sus costumbres dogmas de fe, creencias, principios y valores. Por ejemplo, la religión cristiana católica, como profesión de fe, en las oraciones enseñadas a los niños afirma “creo en el Espíritu Santo”.

¿En el ser humano, dónde “habita” el espíritu?

Podemos reconocer en el varón y la mujer dos realidades nucleares que no están separadas ni superpuestas. La primera material, perceptible a través de los sentidos y la experiencia sensorial, representada por un territorio cuantitativo y sujeto a las leyes físicas, donde “habitan” y viven el cuerpo y el cerebro en su dimensión material entrópica, finita y mortal. La segunda sutil, cualitativa, no perceptible a través de los sentidos, donde reconocemos los planos de la mente y el alma subsumida en el espíritu y su realidad trascendente.

Desde este punto de vista, el ser humano como persona espiritual material en desarrollo, no es la suma de todas estas dimensiones, sino el flujo dinámico de una sola unidad más allá de lo anterior, todo mente, todo cerebro (como mente “encarnada”), todo cuerpo, todo alma, todo materia y todo espíritu. De alguna manera, según el filósofo y teólogo español Zubiri, el alma *es* corpórea, y el cuerpo *es* anímico. Es materia espiritualizada y espíritu materializado. El ser humano vive su humanidad a través de un cuerpo material anímico espiritual, organizado vitalmente en su existencia. Finalmente, su *ser* primero y último aparece como un misterio que acontece, se vive y *de-vela* (se descubre y se oculta) permanentemente.

Escapando del reduccionismo biológico, es necesario aclarar que no existe un lugar en el cerebro donde se asiente el espíritu (como se afirma que en la zona del “claustró” cerebral, habita la conciencia), ni que pesa “23 gramos” (como se intentó probar pesando a las personas inmediatamente fallecidas). El espíritu no se destruye. A diferencia del cerebro, no se enferma en un niño o una niña con cualquiera enfermedad. Sigue siendo el mismo espíritu eterno de alguien sano. Solo en la metáfora existe la “enfermedad del espíritu”, por ejemplo, cultural.

¿Cuál es el sentido y significado de la palabra espíritu?

En su origen, la palabra espíritu viene del latín *spiritus* y del griego *pneuma* (aire) y se refieren a un “ser inmaterial y dotado de razón”. Respecto al concepto de alma (racional en la concepción griega), significa “soplo, hálito, aliento, aire finísimo. Principio generador, esencia o sustancia”. En el alemán, encontramos la palabra *see*, que significa “morada de difuntos”, y también *seel*, como “perteneciente al mar”.

Quizás los conceptos más reconocidos tienen sus orígenes en las palabras latinas *ánima* y la griega *psiché*, que hacen referencia al “principio que da forma activa y organiza el dinamismo organizado biológico, sensitivo e intelectual de la vida”. Otras acep-

ciones más cercanas se refieren al alma como una “sustancia espiritual e inmortal de los seres humanos. El principio de vida del hombre. El aliento de vida”.

De allí que la frase cotidiana “estoy desanimado” haga referencia a la falta del alma, de impulso vital.

Al considerar lo ya descrito, queda claro la primacía del espíritu sobre el alma cuando se habla también de esta como coprincipio espiritual del ser o del cuerpo. El espíritu en el hombre deviene alma no como espíritu puro, sino encarnado en el cuerpo como forma de la materia. De esta forma se expresa el espíritu en la persona.

Para los griegos como Platón, el alma infinita era considerada una prisionera a liberar del cuerpo potencialmente corrupto y finito, figura recogida posteriormente por el cristianismo católico en su vertiente griega platónica. Mientras, en la vertiente semítica, no se concibe un cuerpo si no está integrado al alma y viceversa. En la concepción judeo-cristiana se refieren al hombre cuerpo-alma en la medida que su existencia se abre hacia Dios, hacia valores absolutos y se entiende a partir de ellos.

¿El espíritu está siempre ligado a lo sagrado?

El teólogo y filósofo alemán Rudolf Otto define lo sagrado como una especie de asombro, espanto y admiración ante la realidad del universo, del mundo y sus fenómenos naturales, lo que se ha traducido en la creación de mundos con sentidos míticos y simbólicos, animistas (dotar de vida y espíritu lo inanimado) y llenos también de muchos dioses que adorar. En la india se reconoce la presencia de cerca de 35 millones de dioses en la naturaleza. Hoy se puede hablar de los *dioses* como el dinero, la ciencia, la técnica y muchos otros *dioses digitales*.

Al respecto de la realidad digital actual, aumentada hasta un metaverso delirante y a su espíritu, el filósofo Eric Sadin habla provocativamente de “una nueva condición dual que ha emergido entrelazando espíritus humanos y ‘maquínicos’ digitales”.

Es en este campo de realidades y sentido, donde acontece y deviene la aparición de la espiritualidad, representada por la búsqueda incesante personal y social de lo absoluto, de un sentido espiritual que dé finalmente respuesta al misterio de la vida finita, la existencia y del universo, a través de la presencia de una realidad invisible (sagrada), más allá y anterior a la materialidad sensorial (o también como parte de ella misma).

Vale la pena mencionar en este momento dos desarrollos filosóficos posmodernos sobre la espiritualidad que buscan alejarse totalmente de lo religioso.

Robert Solomon, filósofo norteamericano, se esfuerza por definir una espiritualidad que llama “para escépticos”, donde no se contempla creer en un dios o Dios como fundamento, ni menos en las religiones con sus teologías, “moralismos” de la fe, ni una

propuesta de trascendencia más allá de la vida (no sé lo que queda después de esto, fuera de la materia, la ciencia y la economía).

Por su parte, el filósofo francés Luc Ferry plantea una “espiritualidad laica”, a partir del reconocimiento de una trascendencia basada en el poder del amor, junto a la presencia de valores como la libertad, la verdad, la belleza y la justicia. Vencer el temor a la muerte a través de un contacto irremplazable con el presente.

¿Cómo educar el desarrollo espiritual?

Respecto al desarrollo espiritual en sí y la educación, el informe de la Oficina para los Estándares Educativos de Inglaterra, lo definió de la siguiente manera:

"El desarrollo espiritual es el desarrollo del elemento no-material del ser humano que nos anima y sostiene y que, dependiendo de nuestro punto de vista, acaba o continua en alguna forma cuando nos morimos. Algunas personas, podrían denominarlo, como el desarrollo del alma; otros como el desarrollo de la personalidad o el carácter".

Benson lo considera una dinámica esencial del desarrollo humano que comprende, entre otros aspectos, la emergencia de la búsqueda de significado, la conexión con los demás y con lo sagrado, el propósito y sentido de la vida y la ayuda a los otros.

Desde 1995, el desarrollo espiritual es reconocido por la American Conselling Association como “una dinámica inherente a la evolución humana desde el nacimiento hasta la muerte”.

¿Existe la “inteligencia espiritual”?

Dana Zohar, especialista en psicología y teología en la Universidad de Harvard, define la inteligencia espiritual como:

"la inteligencia con que enfrentamos y resolvemos problemas de significados y valores; la inteligencia con que ponemos nuestros actos y nuestras vidas en un contexto más amplio más rico y significativo; la inteligencia con que podemos determinar que un curso de acción o un camino vital es más valioso que otro (se refiere al descubrimiento y construcción del sentido). Es la base de lo intelectual y la inteligencia emocional social). La inteligencia espiritual, es nuestra inteligencia primordial" (Zohar, 2000).

Al respecto, es necesario advertir como también legítima la afirmación de quienes creen que el espíritu no es más que otra de las ficciones narrativas creadas por el ser humano para permitir su desarrollo evolutivo, cultural y social (como plantea el historiador Yuval Noah Harari¹⁴).

¿Cómo se desarrolla la espiritualidad en el infante?

La espiritualidad se despliega como parte de su desarrollo global a través de su realidad, el entorno y su mundo, como una sola realidad total lanzada hacia lo absoluto en una espiritualización infinita.

Las investigaciones de la doctora en Psicología del Desarrollo Rebecca Nye de la Universidad de Cambridge, después de un estudio sobre la espiritualidad con niños entre 6 y 11 años durante tres años de investigación, planteó lo siguiente (Nye, 1984):

- Entre los 4 y 6 años son capaces de darse cuenta de que hay algo más allá de lo perceptible a través de los sentidos producto de una evolución y desarrollo del cerebro mental y corporal “innata”.
- Los niños, con un alto grado de interés y entendimiento espiritual natural, reconocieron características sagradas en relación con su medio, los demás, y con ellos mismos muchas veces identificadas con (un) Dios.
- Los niños manifiestan su espiritualidad en forma implícita o expresada verbalmente.

En la medida que se desarrollan, tienden a distanciarse o reprimir su vida espiritual privilegiando miradas materialistas en torno a los valores legitimados socioculturalmente, mientras que las formas *adecuadas* son encaminadas y guiadas familiar e institucionalmente.

Concluyó que el desarrollo del concepto de la existencia de un dios sigue más bien el desarrollo cognitivo emocional de forma congruente con el desarrollo general, más que ser subsidiario del clima del entorno y la enseñanza religiosa. Su manifestación dependería más de la edad que de la orientación religiosa.

Respecto a la psicología religiosa evolutiva, Harms en 1944, realizó un importante estudio sobre la concepción de Dios en el niño, distinguiendo tres estadios (tabla 11-1):

14 Yuval Noah Harari (nacido en Israel, 1976). Historiador y escritor. Autor de *Sapiens, de animales a dioses* (2011), *Homo Deus, una breve historia del mañana* (2015) y *21 lecciones para el siglo XXI* (2018).

Estadio de la fábula (3 a 6 años)	El niño concibe a Dios como padre de todos, con una figura humana de un viejo que vive en el cielo.
Estadio Realista (7 a 12 años)	Los niños elaboran la concepción de Dios a través de símbolos y cultos religiosos.
Estadio Individualista (adolescencia)	Según su maduración individual, tienen concepciones de Dios diversificadas.

Tabla 11-1. Estadios concepción de Dios según Harms (Serano, 1986).

Por su parte, Deonchy, en 1964, estudió la idea de Dios entre los 7 y 16 años y describió tres fases (tabla 11-2):

Fase atributiva (8 a 10 años)	El niño piensa en Dios por los datos atributivos suministrados por la catequización escolar y la familia.
Fase de personalización (niños de 11-13, y niñas de 11-14)	Donde aparece un polo objetual y no de la relación vivida con él. Es un Dios (alguien) con características humanas, personalizado.
Fase de interiorización (niños de 14-16 y niñas de 15 -16 años)	Ya no es un ser lejano y abstracto, sino que su presencia tiene sentido en las actividades cotidianas.

Tabla 11-2. Estadios concepción de Dios según Deonchy (Serrano, 1986).

En general, la concepción y aparición de un Dios sería parte del desarrollo espiritual de lo sagrado natural, asociado al desarrollo cognitivo emocional social y a la enseñanza religiosa familiar y educativa, permeada por diferentes contextos históricos y culturales.

Habría, eso sí, que evaluar cómo ha influenciado en los últimos 20 años la multiculturalidad y globalización con el desarrollo vertiginoso de la realidad digital en las religiones y las percepciones, creencias y fe en un Dios o los dioses. ¿Un dios virtual digital y digitalizado?

¿Corresponde el desarrollo espiritual a la educación de la “interioridad”? ¿Cuáles son los caminos prácticos de esa educación?

La interioridad “es la capacidad que todos tenemos de mirar hacia dentro, de vivenciar nuestro mundo vital interno, de *ser* y crecer como personas, de ser lo que somos en la profundidad de uno mismo” (Alonso, 2011). Estaría dirigida a aprender a *ser* desde nosotros mismos y las otras personas.

Este mundo interior es imposible de desarrollar si no es en medio del encuentro primero y vincular relacional amoroso con el padre y la madre en la familia (o con

quien ejerza estos roles), y luego con otras personas, organizaciones y las comunidades, atravesado y permeado por la realidad del entorno natural, del mundo y del universo. Las conversaciones familiares, las reflexiones compartidas, estimuladas por la lectura, películas, juegos digitales, la práctica de actividades educativas, artísticas y estéticas, la meditación y también la oración y la participación en actividades sociales amorosas, serán muy importantes para el niño. Si en la familia (y después en el colegio) existe un clima y conductas que expliciten y practiquen estas dimensiones, el niño las incorporará a través de sus experiencias y el aprendizaje, asimilando y acomodando según Piaget (en la asimilación, transforma lo nuevo a lo que ya existía y en la acomodación modifica lo existente a la incorporación de lo nuevo).

De esta manera, *mirar al interior* permite a la vez *mirar al exterior* y ver y vivir mejor lo que está afuera. A su vez, mirar y vivir profundamente lo exterior, permite mirar y vivir en profundidad el mundo externo en una transformación permanente.

¿Qué consecuencias tiene una mayor conciencia del desarrollo espiritual?

El educar e impulsar el desarrollo espiritual permite ayudar en forma permanente a develar la realidad de este mundo con su cara interior y exterior. En la medida que se descubre, se oculta algo nuevo (descubre y oculta nuevamente), para de esta manera descubrirlo nuevamente. En esto consiste el encuentro permanente con el misterio del ser humano, el mundo y el universo.

Recordemos que la infancia es el lugar para descubrir la interioridad de uno mismo y del otro, que nos acompaña hasta la muerte. En nuestro interior yace el misterio y el origen de la vida, de los otros y del universo como un solo todo.

Insistamos. El niño es potencialidad, posibilidad y apertura. Un ser futurizo en medio de una vida llena de alegrías y dolores. La espiritualidad, como fuente poderosa y primaria de sentido, los hará más resilientes.

La práctica de la atención, la contemplación, el silencio creativo, la imaginación, la intuición, el pensamiento crítico y las relaciones empáticas pueden ser incentivadas y educadas desde edades muy tempranas en la búsqueda de la verdad, el bien y la belleza. Es importante que en la infancia se permita el encuentro con experiencias extraordinarias, lo que el niño practica habitualmente a través del juego, lecturas, el cine y el mundo audiovisual, pero que también se logra con su presencia en lugares considerados sagrados (iglesias, cementerios, etc.) y en territorios donde la naturaleza se muestra en toda su belleza y esplendor. Estos caminos son estériles si no van acompañados de una educación en valores primarios espirituales y absolutos, como es el de la vida humana

en todas sus dimensiones, desde el inicio hasta el fin en su dignidad inherente; el respeto amoroso por la otra persona en sus diferencias y su también dignidad absoluta; la importancia de la vida en comunidad y la búsqueda del bien personal y común; el respeto y cuidado de la naturaleza y los animales; el amor gratuito; la práctica de la no violencia, de la honestidad, la bondad, la compasión y el perdón.

Respecto a la educación y práctica religiosa –como gran reserva de la espiritualidad en el mundo–, que incorpora la creencia en un Dios o dioses, no deben ser olvidadas. Serán fundamentales en el ámbito espiritual si la familia lo considera de esta manera.

Por último, recordemos que en la adolescencia y la adultez esta educación espiritual, puesta en tela de juicio crítico reflexivo de forma necesaria y normal en estas etapas, permanecerá y estará dirigida –como una base– para un discernimiento futuro libre y autónomo de personalización y humanización, más pleno y feliz frente a las dificultades, dolores y dificultades habituales de la vida.

No cabe duda del anhelo profundo de espiritualidad del ser humano nacido en las experiencias de asombro frente a lo extraordinario de la vida y las experiencias amorosas, que resuenan en la eternidad.

Lectura recomendada



Alonso Sánchez, A. (2011). *Pedagogía de la Interioridad, aprender a ser desde uno mismo*. Editorial Narcea.



Zohar, D. y Marshall, I. (2000). *La inteligencia espiritual, la inteligencia que permite ser creativos, tener valores y fe*. Plaza y Janés Editores S.A.

Bibliografía

Dunbar, R. (2007). *La Odisea de la Humanidad*. Editorial Crítica.
Han, Byun-Chul. (2015). *La salvación de lo bello*. Herder.
Hölderlin, F. (1994). *Poemas de la locura*. Editorial Hiperión.
Nye, R. (2019). *La espiritualidad infantil: en qué consiste y cómo enriquecerla*. Distribuciones Agapea - Libros Urgentes.
Nye, W.Ch. (1984). The development of the concept of god in children, *The Journal of Genetic Psychology*, 145, 137-142.
Serrano, J.M. (1986). La concepción de Dios en el niño: un estudio correlacional. *Rev. Española de Pedagogía*. Recuperado de <https://reunir.unir.net/handle/123456789/7585>
Zohar, D. y Marshall, I. (2000). *La inteligencia espiritual, la inteligencia que permite ser creativos, tener valores y fe*. Plaza y Janés Editores S.A. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Public/Zohar/zohar,%20danah%20-%20inteligencia%20espiritual.pdf>

Habilidades sociales
¿Cómo estimularlas?



SONIA CASTRO MEDINA

Psicóloga clínica infantojuvenil

Terapeuta grupal



Existe un principio básico en nuestro camino,
todos vivimos en una humanidad compartida:

“Estamos compartiendo un mismo viaje existencial,
y simplemente nacemos por la voluntad y acciones de otros seres
humanos (...) nadie vive aislado ni separado de los otros ya que
somos seres relacionales; que anhelamos tener momentos
de encuentro y conexión. Y sin distinción, todos,
deseamos lo mismo, ser felices, tener y recibir amor,
encontrar la paz y un propósito de vida”.

(Araya, 2019)

¿Qué son las habilidades sociales? ¿Para qué sirven?

Las habilidades sociales corresponden a una variedad de comportamientos que permiten ser eficaces en situaciones de interacción social. Son destrezas que permiten relacionarse con las demás personas y el mundo que nos rodea, un conjunto de conductas que, en un contexto interpersonal, permiten expresar sentimientos, deseos y opiniones acorde a la situación, y nos permiten resolver problemas (Valdivia *et al.*, 2020). Son patrones de comportamientos que nos permiten interactuar y relacionarnos con los demás de manera efectiva y satisfactoria: nos ayudan a resolver una situación social de manera exitosa, pedir ayuda cuando la necesitamos, darnos a conocer y, en general, facilitan que cada uno logre ser escuchado, respetado y aceptado en la sociedad.

Dentro de las habilidades sociales, es fundamental el desarrollo de la asertividad, entendida como un estilo de comunicación abierto y desenvuelto, donde se es capaz de expresar directamente lo que pensamos o sentimos, y somos capaces de defender con decisión y firmeza nuestras opiniones y derechos, sin atropellar los derechos de los otros (Opazo, 2004). Por esta razón, nos hacen mejorar nuestras relaciones interpersonales, sentirnos bien y compatibilizar nuestros objetivos con los de los demás en una construcción conjunta.

Las habilidades sociales son posibles de enseñar y aprender.
Se pueden potenciar y desarrollar día a día, con la práctica.

Es decir, las habilidades sociales permiten que niños y niñas se puedan desenvolver de manera segura, opinar acorde a la situación, integrarse en un grupo de forma correcta e interactuar con asertividad, usando estrategias adecuadas para desenvolverse en la relación con otros, expresando emociones tanto agradables como desagradables, pudiendo decir “no” si es necesario, y defender sus derechos y puntos de vista sin que esto ocasione conflictos con el resto de las personas.

¿Qué rol ocupa la empatía en las habilidades sociales?

La competencia social para lograr relaciones sanas, además del desarrollo de la asertividad, requiere de otra gran habilidad imprescindible: la empatía. Esta consiste en la capacidad de reconocer las emociones de otros, captar y decodificar todas las señales que manifiestan los demás¹⁵. Permite ponerse en el lugar del otro, como un radar social que les ayuda a los niños a responder en forma conectada y asertiva ante los otros (C. Sandino, 2003). No se trata de sentir como los demás sienten, sino de poder reconocer y tomar conciencia de que el otro puede sentir distinto: “Mirar directamente a los ojos abre la puerta de acceso a la empatía” (Daniel Goleman, 1996).

Quien no comprende una mirada
tampoco comprenderá una larga explicación
(proverbio árabe)

La empatía se construye sobre la toma de conciencia de sí mismo, de modo que al estar conectados con el propio mundo interno se logra una mayor capacidad para conectarse con el mundo interno del otro. Esta capacidad es básica para lograr un adecuado manejo socioemocional. Sumado a esto, la empatía ayuda a comprender lo comunicado por el otro y a discernir e identificar de mejor manera cuando se entrega un mensaje contradictorio entre lo verbal y lo no verbal.

Poner en práctica estas habilidades es útil tanto para aprender a expresarse como para comprender a los demás en los distintos contextos (familia, trabajo o en la calle). Para vivir en sociedad es fundamental tener en cuenta las necesidades e intereses del otro, y con ello, ante un problema, avanzar hacia la solución más satisfactoria para todos, siendo solidarios.

¿Qué tipo de habilidades sociales existen?

Se puede hablar de dos tipos de habilidades sociales: las básicas y las complejas, las que se muestran en la tabla 12-1.

Habilidades sociales básicas	Habilidades sociales complejas
• Escuchar. Oír no es lo mismo que escuchar. Solo cuando somos capaces de atender en forma activa, cercana y empática a quien tenemos enfrente, damos forma a ese primer escalón de nuestras interacciones sociales. Esta dimensión, por muy básica que nos parezca, es algo en lo que solemos fallar en muchos casos. • Iniciar una conversación. Por curioso que nos resulte, saber generar una correcta apertura en una conversación dice siempre mucho de nosotros. Requiere soltura, cortesía, cercanía, positividad y dotes comunicativas para no parecer amenazante o inseguro, sino todo lo contrario. • Formular una pregunta. Saber preguntar es saber reclamar y hacer uso también de una adecuada asertividad. Esta competencia social es de las primeras cosas que se enseñan a los niños en las salas de clases y la que más puede ayudarnos en nuestro día a día, en casi cualquier contexto. • Dar las gracias. ¿Has conocido a alguien que no es capaz de dar las gracias? Saber reconocer al otro es una dinámica básica en cualquier relación personal o profesional. Es civismo y es respeto. No olvidemos nunca este gran tributo de las habilidades sociales. • Presentarse y presentar a otras personas. Lo hacemos en nuestros contextos de amistad, de familia y también en el ámbito laboral o académico. Permite introducirnos o introducir a otros en el contexto social. • Concertar citas. La capacidad de situar un evento en el futuro con otras personas es una habilidad muy útil a la hora de manejar la vida cotidiana en relación con los demás. Desde pedir hora en el médico hasta quedar con un cliente para cerrar una venta, son acciones necesarias y útiles.	• Empatía. Capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona. • Inteligencia emocional. Es la habilidad social de una persona para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones (Salovey y Mayer, 1990). • Asertividad. Es la habilidad para ser claros, francos y directos, diciendo lo que se quiere decir sin herir los sentimientos de los demás ni menospreciar la valía de los otros, sino defendiendo sus derechos como persona. • Capacidad de comunicar sentimientos y emociones. Poder manifestar ante las demás personas nuestros sentimientos de una manera correcta, ya sean agradables o desagradables. • Capacidad de definir un problema y evaluar soluciones. Es decir, la habilidad de una persona para analizar una situación, teniendo en cuenta los elementos objetivos. Asimismo, los sentimientos y necesidades de cada uno. • Negociación. Capacidad de comunicación dirigida a la búsqueda de una solución que resulte satisfactoria para todas las partes. • Modulación de la expresión emocional. Habilidad de adecuar la expresión de nuestras emociones según el contexto. • Capacidad de disculparse. Ser conscientes de los errores cometidos y reconocerlos. • Reconocimiento y defensa de los derechos propios y de los demás. Habilidad de ser consciente de nuestros derechos y los de los demás y defenderlos de una manera adecuada.

Tabla 12-1. Habilidades sociales (Sanchez, 2023. Vasquez, 2021)

15 Ver capítulo 10, "La empatía y su desarrollo".

Es importante tener en cuenta qué es lo esperado o normativo en los niños en relación al desarrollo de sus habilidades sociales, con el fin de poder detectar las posibles dificultades, considerando que pueden ser corregidas a tiempo.

¿Por qué a algunos niños les es difícil desarrollar sus habilidades sociales?

Según Sanchez (2023), “las habilidades sociales, como todo comportamiento, están íntimamente relacionadas con las características personales de cada individuo. De esta forma, el comportamiento social de cada persona se va armando desde la infancia a partir de su relación con el entorno familiar y social”.

A lo largo de la vida vamos moldeando nuestra forma de pensar, sentir y de actuar. En este sentido, los padres juegan un rol fundamental en el desarrollo de las habilidades sociales, pues, en primera instancia, son quienes les enseñan a “ser” y a “comportarse”. Los padres y las figuras significativas de la infancia son quienes nos enseñan a sentir seguridad, confianza en nosotros mismos, a expresarnos adecuadamente, a ser comprensivos, respetuosos y asertivos.

Por consiguiente, si el entorno que modela a los niños y niñas tiene un comportamiento social adecuado, será un referente que los guíe hacia el fin óptimo. Sin embargo, padres más tímidos o poco sociables podrían afectar negativamente el desarrollo social del niño. Así también la condición de neurodivergencia puede dificultar el desarrollo de estas habilidades.

La diversidad en el desarrollo del cerebro humano da lugar a diferencias en la cognición, el aprendizaje y el comportamiento. Aproximadamente, uno de cada cinco individuos es neurodivergente¹⁶ (su cerebro funciona de forma diferente a lo que se considera estándar o típico). En estos niños/as, como es el caso de aquellos del espectro autista –que presentan dificultades en la comunicación con el otro, en la distinción entre engaño, mentira y verdad, y les es más difícil empatizar–, presentan serias dificultades en sus habilidades sociales, en la comunicación no verbal, guardar los turnos de palabra y en interesarse y entender los estados emocionales en ellos mismos y en los

demás. Es así que el aprendizaje de las habilidades sociales supone para ellos el desarrollo de una gran estrategia para lograr poner sus potencialidades y habilidades al servicio de sus áreas más débiles. Por ejemplo, poner lo cognitivo al servicio de lo emocional, de modo que entiendan lo que es más adecuado hacer en ciertas situaciones, que de forma intuitiva les es más difícil.

¿Qué consecuencias tiene el mal desarrollo de las habilidades sociales?

Al presentar dificultades en sus habilidades sociales, se puede afectar en forma significativa su estado ánimo, sintiéndose insatisfechos, tristes e inseguros, con frustración, rabia y sensación de rechazo e incompetencia. Además, existe el riesgo de estar más propensos a manifestar depresión, ansiedad y aislamiento.

¿Qué técnicas existen que permitan desarrollar las habilidades sociales en los niños y niñas?

Para fomentar y reforzar las habilidades sociales de los hijos, existen algunas técnicas efectivas que nos pueden ayudar. Según Montañez (2022) “la mejor manera de fomentar las habilidades sociales consiste en permitir que los niños interactúen con otros niños”. Los niños aprenden a través de la experiencia, con la observación, imitación y ensayo, así que es importante que tengan la oportunidad de jugar y socializar con otros niños en un entorno seguro y positivo.

Hay diferentes formas en que los padres pueden ayudar a mejorar las habilidades sociales de sus niños. Algunos consejos útiles para desarrollar las habilidades sociales en casa los presentamos en la tabla 12-2.

16 Ver capítulo 30, “Neurodiversidad”.

1. Enseñar las formas adecuadas e inadecuadas de interactuar.
2. Dar ayuda en situaciones sociales que son difíciles para su hijo.
3. No dejar a su hijo ante situaciones que no pueda manejar, para ello le ayudamos.
4. No evitar momentos de socialización, porque así le estamos enseñando a evitar esos momentos.
5. Enseñar mediante el juego y la práctica.
6. Identificar qué habilidades sociales le cuestan a su hijo y enseñarle a afrontarlas.
7. Identificar ejemplos y situaciones donde podemos enseñar esta habilidad. ¿Qué habilidades puedo enseñar a mi hijo para que pueda afrontar situaciones?
8. Anímelo a que hable. Aproveche cada oportunidad para conversar con su hijo, ya que de esta forma podrá estimular su capacidad de dialogar y de expresarse. Es importante que escuche atentamente lo que tiene que decir y le dé la oportunidad de responder a sus preguntas.
9. Juegue con ellos. Los juegos son un buen medio para fomentar el desarrollo social de los niños. Mediante el juego se permitirá interactuar con ellos y ver cómo se relaciona con los demás. También es una oportunidad para enseñarle valores como el respeto y la cooperación.
10. Integrarlo en actividades extraescolares o deportivas. Estas actividades son un buen lugar para que los niños socialicen y hagan amigos. Si su hijo está interesado en alguna actividad en particular, inscribalo y anímelo a que asista a las clases.
11. Fomentar las relaciones con la familia y los amigos. Encuentre oportunidades para que su hijo interactúe con otros niños y adultos, ya sea en reuniones familiares o invitando a los amigos de su hijo a casa. La estimulación de las relaciones sociales le ayudará a sentirse más seguro y confiado al hablar e interactuar con otros.
12. Lea libros y cuentos para aprender las emociones y cómo gestionarlas.
13. Hablar de los propios sentimientos. A veces los niños no saben cómo expresar lo que sienten. Hablar con su hijo sobre sus emociones le ayudará a comprender mejor lo que está pasando por su mente y a lidiar de forma adecuada con ellas. También será una oportunidad para que le cuente sus problemas y le pida consejo.
14. Ser un modelo para ellos. Ya que los hijos imitan lo que hacemos los padres y no lo que decimos.

Tabla 12-2. Cómo estimular habilidades sociales en los hijos (adaptado de Montañez, 2022)

¿Cuáles son los aportes de la *terapia de grupo*, como estrategia de intervención?

La terapia grupal es una gran herramienta que fomenta el desarrollo de las habilidades sociales. Esta es considerada una estrategia de intervención psicológica que permite solucionar en forma grupal –mediante el uso de recursos terapéuticos– dificultades emocionales que afectan directamente el desempeño social. La terapia de grupo es una herramienta muy eficaz si es utilizada oportunamente ante la falta de habilidades sociales: bajo control de impulsos, timidez, baja autoestima y mal manejo de las emociones.

Con esta estrategia se da la oportunidad para que los niños exploren, descubran, aprendan y se comuniquen entre sí en un ambiente seguro y estimulante. “El objetivo central es ayudar a sus participantes, en forma contenida y guiada, a lograr un cambio en dirección de un normal desarrollo socioemocional” (Vinogradov, 1989).

La terapia de grupo proporciona una instancia importante de socialización y de desarrollo personal, dando la posibilidad al niño de relacionarse con otros de su misma edad, facilitando y reorganizando el sentido de sí mismo y de los otros a través de la interacción social, al incorporar la visión de los miembros del grupo y de los terapeutas, entregando un espacio protegido y guiado, lo más parecido a los espacios del colegio.

Los objetivos terapéuticos dependen de la problemática que presenten los individuos, así como de las necesidades, objetivos personales y etapas evolutivas en que se encuentran los participantes. En la tabla 12-3 se explicitan los objetivos de esta terapia.

Fomentar un positivo y adecuado contacto consigo mismo. Esto permite desarrollar la identidad personal, mejorar la autoimagen y la autoestima. Se logra mediante la clarificación de emociones, su expresión satisfactoria, disminución de mecanismos defensivos inadecuados, control de impulsos, la evaluación de los recursos internos, y ponerse metas a partir de la reflexión y conocimiento de sí mismo. También se busca que el niño tome conciencia de sus dificultades, de manera que pueda posteriormente hacerse cargo de ellas y mejorarlas.
Auto-exposición. El trabajo en grupo permite que el niño se auto exponga honesta y verdaderamente, logrando de este modo interacciones reales y profundas con los demás. En un espacio de vulnerabilidad protegida.
Estimular una buena relación con los otros. Desarrollar habilidades de comunicación y relaciones interpersonales, alcanzar mayor seguridad y asertividad para enfrentar situaciones sociales. Se busca que el niño aprenda a escuchar, tomar la perspectiva del otro y enfrentar conflictos. También se potencia el desarrollo moral, es decir, se busca que el niño logre conocer y respetar las normas sociales y que se identifique con un sistema de creencias y valores.

Tabla 12-3. Objetivos de la terapia de grupo

¿Cuál es la forma de trabajo en terapia de grupo?

En este espacio se considera al niño/a como un agente activo de su desarrollo, por lo tanto, las experiencias propias son la pauta de su crecimiento. Los terapeutas cumplen la tarea de ser facilitadores o guías del encuentro entre la percepción de sí mismo y el mundo que lo rodea.

Se usará el método de la exploración dirigida, donde las terapeutas presentan las experiencias que sean significativas para los individuos, considerando su nivel de desarrollo y experiencias previas en forma sistemática y organizada, con flexibilidad o libertad para que el individuo pueda descubrirlo por sí mismo. “El grupo es un microcosmos seguro del

mundo exterior, y con la orientación del terapeuta y límites claros, el niño en efecto puede encontrarse a sí mismo entre los demás” (Oaklander, 2008).

Los terapeutas deben ser flexibles, calidos y preocuparse de generar un clima que de confianza y respeto, evitando juzgar o criticar. Siempre evitando la perspectiva del déficit, valorando en todo momento lo que tiene cada uno.

Por lo tanto, se trata de un método que es activo, participativo y de *auto-descubrimiento guiado*, lo que facilita el cambio terapéutico. Es un espacio de vulnerabilidad, en que los participantes podrán realizar el ejercicio de honestidad, asumir riesgos y enfrentar el temor a ser dañados (Araya, 2019). Por un lado, descubren que no son los únicos a los les pasan esas cosas, sintiéndose comprendidos, acompañados y reflejados entre sí, lo que permite que se atrevan a mostrarse como seres humanos, sensibles, con fortalezas y debilidades.

Lectura recomendada	
Gil, S. (2020). <i>Habilidades sociales</i> . Flamboyant.	Siegel, D. (2019). <i>Disciplina sin lágrimas</i> . Penguin Random House Grupo Editorial.
Moorjani, A. y DeMuro, A. (2019). <i>Amor: un cuento sobre quien eres en verdad</i> . Gaia ediciones.	 Montañez, V. (2022). <i>Actividades para trabajar las habilidades sociales en infantil</i> .

Bibliografía

Araya, C. A. (2019). *Humanidad Compartida*. Editorial Desclee De Brouwer.

Goleman, D. (1996). *La Inteligencia emocional*. Editorial Vergara.

Montañez, V. (2022). *Actividades para trabajar las habilidades sociales en infantil*. Recuperado de <https://www.tuconducta.com/autismo-infantil/actividades-para-trabajar-habilidades-sociales-en-infantil>

Oaklander, V. (2008). *El Tesoro Escondido, la vida interior de niños y adolescentes / Terapia infanto-juvenil*. Editorial Cuatro Vientos.

Opazo, R. (2004). *Biblioterapia para el Desarrollo Asertivo*. Ediciones ICPSI.

Salavera, C. y Usán P. (2021). Relationship between Social Skills and Happiness: Differences by Gender. *Int J Environ Res Public Health*. 18, (15), 7929.

Salovey, P. y Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, cognition and Personality*, 9, (3), 185-211.

Sandino, C. (2005). *Inteligencia emocional para padres*. Planeta.

Sanchez, G. (2023). *¿Qué son las habilidades sociales?* Recuperado de <https://lamenteesmaravillosa.com/que-son-las-habilidades-sociales/>

Vinogradov, S. y Yalom, I. (1989). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. Paidós.

Valdivia, J.B. et al. (2020). Relación entre autoestima y asertividad en estudiantes universitarios. *Tlatemoani: revista académica de investigación*, 11, (34), 1-26. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7597012>

Vasquez, D. (2021). *Habilidades sociales*. Recuperado de https://es.slideshare.net/lady_hg/habilidades-sociales-250361924

Naturaleza

¿Qué importancia tiene que lleve a mi hija al parque?

§

ALFONSO CORREA DEL RÍO

Psiquiatra infantil y del adolescente



“La terapia forestal y otras terapias de la naturaleza son la manera más práctica de reducir nuestros niveles de estrés y aumentar la relajación en el mundo moderno. Después de todo, nuestros cuerpos están adaptados a la naturaleza.

Creo que la naturaleza puede ser de gran ayuda para reducir la carga que recae sobre los servicios de salud en todo el mundo. Espero con mi investigación seguir contribuyendo a la divulgación de la terapia de la naturaleza”.

(Miyazaki, 2018)

¿Qué es lo que hace que la relación con la naturaleza sea importante?

Si miramos atentamente los dibujos realizados por los niños, la gran mayoría incluye árboles, montañas, nubes y sol. Por alguna razón que no pretendemos fundamentar aquí, la naturaleza cumple un rol fundamental: es con lo que nos relacionamos y la sentimos parte de nosotros. Nos comunica y le comunicamos permanentemente.

Así como tener un vínculo estrecho persistente con otro ser humano es trascendental, el generar oportunidades de relación con el entorno que nos rodea es también indispensable. Así como nos reconocemos en la relación con el otro, también nos reconocemos a nosotros mismos en la relación con la naturaleza, nos sirve de espejo que favorece la construcción de nuestra identidad. Así como nos descubrimos en el otro, nos descubrimos en la naturaleza. Se puede postular que ese vínculo está desde antes que tomemos conciencia de ello y que experimentar esa relación y cultivarla nos dará elementos no solo para favorecer el conocimiento de nosotros mismos, sino para reconocernos parte de ese todo más amplio.

El ser humano surge de la naturaleza, es naturaleza, y llevamos más del 99,9% de nuestra existencia como especie, insertos totalmente en el entorno natural (Miyasaki, 2018). El llevar a niños y niñas al parque es un símbolo de esa unión que nos trasciende, porque facilita la experiencia de unidad con lo que nos rodea y ayuda a la toma de conciencia de ello: que el mundo no soy solo yo. Nos ayuda a evitar el egocentrismo que muchas veces nos inunda.

Las moléculas de aire que inspiramos fueron parte de otras cosas (vivas o no), la piel que se nos descama alimenta a otros seres vivos o pasa a ser parte del ambiente. La interrelación con el ambiente —querámoslo o no— es permanente e intensa, por lo que ser conscientes de aquello ayudará a nuestros hijos en su desarrollo sano y armónico.

¿Qué es lo que físicamente sustenta la relación cuerpo-ambiente?

Aunque existen otras muchas perspectivas para responder esta pregunta —desde la astrofísica, la física nuclear, la filosofía y la biología evolutiva—, como médico describo aquí dos aspectos que sustentan la estrecha relación entre nuestro cuerpo y el ambiente, y que son una muestra de que no podemos vernos como seres separados de nuestro entorno:

- Desde la ciencia de la bioquímica, física y estadística se sabe que todos nuestros átomos pasan a ser parte de otra cosa, distinta a nuestro cuerpo, cada alrededor de 9 años (sí, incluso los átomos de los huesos y de cada uno de los órganos de nuestro cuerpo).
- Del total de células que nos constituyen, solo el 43% son *nuestras*. El resto son bacterias (organismos unicelulares, cuya célula es más pequeña y sin núcleo ni organelos, como sí los tienen la mayoría de las demás células de nuestro cuerpo). Esas millones de bacterias están principalmente en el tracto digestivo y en la piel, intercambiándose permanentemente con el exterior. Las bacterias y la microbiota¹⁷ en general de nuestro intestino, conviven la mayor parte del tiempo en armonía y nos ayudan en la digestión, regulan la absorción, la motilidad intestinal e incluso participan en la expresión génica de las células humanas¹⁸. Un adulto está constituido por 30 billones de células “propias” y 40 billones de células bacterianas (Sender, 2016), aunque ni siquiera podemos asegurar que las llamadas células “propias” son *propias* (intercambian sus componentes continuamente con el ambiente) y tampoco podemos decir que las bacterias no son nuestras (están principalmente en nuestras “entrañas”). Seguramente esto nos descoloca e intranquiliza, pero hay que explicar que, como recién se dijo, las células bacterianas son bastante más pequeñas: en promedio unas 10 veces de menor longitud (equivalente a un volumen en unas 1000 veces menor a la célula promedio del cuerpo humano). Eso hace que el volumen total de las bacterias en nuestro cuerpo sea bastante menor que el resto del cuerpo, pesando entre todas ellas alrededor de 1,2 kg en una persona de 75 kg.

¿Qué podemos aprender de la naturaleza?

Al sabernos tan íntimamente relacionados con nuestro entorno –intercambiando microorganismos que nos ayudan a regularnos y átomos que se renuevan constantemente– se nos entrega un mensaje de interdependencia, de conexión, y nos invita a tener una actitud más humilde. Si como padres reconocemos esta realidad, nuestra forma de acercarnos a ella cambia y cambia también la forma de acercarnos a nuestros hijos. Si nuestros hijos crecen con ese modelo y tienen experiencias de vínculo respetuoso con lo que nos rodea, las posibilidades de encontrar armonía

17 *Microbiota*: conjunto de microorganismos que habitan en un organismo multicelular.

18 Ver capítulo 39, “Epigenética”.

son mayores. Si se crece con una actitud de agradecimiento¹⁹, también aquello nos aportará un mejor estado de salud mental.

Sin ser expertos en el tema, como atisbo de lo que la naturaleza nos entrega y recibiendo la experiencia transmitida por los propios niños y niñas, podemos decir que del contacto con la naturaleza se recibe energía, tranquilidad, sensación de inmensidad, armonía y paz, y que la atenta observación de la naturaleza estimula a la entrega y la gratitud, entre otros. Podrán asentir o disentir de esto, pero probablemente sean valores que la gran mayoría quisiera que sus hijos tengan.

Estudios realizados por Miyazaki (2018) muestran cómo el darse tiempo de *contacto consciente* y tranquilo, en un ambiente natural como un bosque (“Baños curativos de bosque”) tiene claros efectos en la fisiología del cuerpo. Reduce el estrés, modifica la secreción de cortisol, aumenta la actividad del sistema parasimpático (dando estabilidad con el sistema simpático) y fortalece el sistema inmunológico. Estos simples efectos cumplen un importante rol en medicina preventiva.

La actividad al aire libre estimula la creatividad, el lazo afectivo y la psicomotricidad²⁰. El observar, estar atento y *ser parte* de los ritmos de la naturaleza es algo que desde tiempos ancestrales se ha destacado como positivo y signo de sabiduría. En los inicios de la especie humana, desde hace unos 200.000 años, en el período de los cazadores recolectores, antes del inicio de la agricultura, probablemente el respeto por el *orden natural* era seguido más cabalmente, con conocimiento del curso de los ríos, de las etapas de floración y fruto, de las migraciones de animales, de las etapas de precipitaciones y sequías, etc. Luego, el sedentarismo y la aparición de los primeros asentamientos humanos hicieron más difícil la armonía con el entorno (Harari, 2015). De ahí la importancia de ser conscientes de este estrecho vínculo con la naturaleza y de contemplar lo que nos enseña.

¿Cómo crear espacios para que mis hijos sientan la bondad de la naturaleza en su desarrollo? ¿Cómo encontrar el lugar apropiado en medio de la ciudad?

Como padres podemos dar ejemplo al dedicar tiempo a la naturaleza, aunque sea en el cuidado de una planta en un macetero o de observar cómo esta crece y cambia. Podemos dar testimonio al ser conscientes del cemento que nos rodea, de mirar las nubes y montañas de lejos –si no se puede de cerca–, de contemplar y aceptar los cam-

19 Ver capítulo 42, “Educando en el agradecimiento”.

20 Ver capítulo 18, “Importancia de la libertad de movimiento”.

bios con las estaciones del año, del tiempo que tarda un tomate en crecer y madurar, la maleza que crece entre la berma y las veredas, e incluso de la forma en que escurre el agua al borde del camino, si no se puede contemplar un riachuelo en una quebrada.

Aun en la ciudad estamos llenos de *naturaleza*, de tal manera que ser conscientes del entorno con el que interactuamos es posible también en las zonas urbanas, aunque para lograr armonía en esa relación se requiere de un mayor esfuerzo. Muchos aspectos de la intervención humana tienden a alterar la armonía, porque no están guiados por el bien común, sino por el individualismo, en forma egocéntrica y competitiva, creyéndonos como seres humanos el centro de todo. Podemos hipotetizar que no es lo no-natural lo que rompe la armonía de lo natural, sino aquello que no es construido desde la sintonía generosa y descentrada de lo natural. Si nuestra relación con la naturaleza se guía por el antropocentrismo, nos aleja de la armonía y, por tanto, nos aleja de la salud mental.

La experiencia de caminar por un bosque nativo, abrazar un árbol o mirar las estrellas ayudan en la comprensión de lo que somos, conectándonos en forma más directa con nuestra esencia, acercándonos a la integración cuerpo-mente-espíritu²¹. Sea caminando en una plaza, descansando bajo el follaje de un árbol, mirando cómo las ramas se dejan mover con el viento o la experiencia de acampar en una montaña, en un valle, observar una puesta de sol o un amanecer, nos puede facilitar esa paz que requerimos.

La mirada contemplativa se educa y forma con este tipo de experiencias, facilitando una actitud receptiva y agradecida, lo que se podrá recrear en las relaciones interpersonales desde el vínculo con los hijos e hijas.

Tanto la crianza como la contemplación de la naturaleza son acciones en las que se conjugan dos movimientos: la receptividad y la creatividad. Se recibe el amor o entrega del otro y aquello invita a la creación de algo nuevo, tanto en el que da como en el que recibe.

¿Cómo no dejarse llevar por otras actividades más “atractivas”?

Cuando no se da la oportunidad de tener espacios conscientes del medio en el que nos encontramos, se restringe nuestra mirada. Lo que observamos participa en la construcción de la imagen de nosotros mismos, cual espejo que nos entrega una mirada parcial de la realidad. Con ello no solo se construye una imagen, si no que nos construimos realmente

21 Ver capítulo 11, “Desarrollo del sentido espiritual”.

en una interrelación. “*Vemos lo que somos*”, nos dicen algunos neurocientíficos y *somos lo que vemos*, es otra perspectiva de lo mismo. De tal manera que *dejarnos llevar por lo que sea que nos pongan en frente* es un riesgo. Es importante ser conscientes de frente a qué *nos ponemos*, de tal forma de ser gestores de nuestra propia construcción. Pensemos entonces dónde queremos estar, en qué entorno y frente a qué es mejor desarrollarse. Seamos conscientes de si es mayoritariamente frente a un paisaje natural —de milenios de existencia—, un paisaje creado por el hombre o una pantalla con un contenido determinado.

Solía pensar que los principales problemas ambientales mundiales eran la pérdida de biodiversidad, el colapso de los ecosistemas y el cambio climático. Pensé que con 30 años de buena ciencia podríamos abordar estos problemas, pero estaba equivocado. Los principales problemas ambientales son el egoísmo, la codicia y la apatía, y para hacer frente a los mismos, precisamos una transformación espiritual y cultural. Y nosotros, los científicos, no sabemos cómo hacerlo.

(Speth²² en Miyazaki, 2018)

En los tiempos actuales, una amenaza de la que todos hablan es la *pantalla*²³, la que nos ofrece tal magnitud de estímulos que no logramos tomar consciencia de ello. Entre videos, chat, juegos online, información, rutas, pagos y otras múltiples aplicaciones, resulta tan atractiva y con tantos estímulos de recompensa inmediatos tan eficazmente estudiados por programadores y por el mercado, que cuesta darse cuenta de lo deshumanizadora que puede ser, en una *relación sin relación* o con el predominio de una *relación sesgada*. Si solo recibimos y entregamos información digital o si predominantemente nos relacionamos por esta vía, se nos restringe la mirada, por mucho que se miren videos de crecimiento espiritual o se interactúe dando opiniones y reflexiones. Esta mirada estimula una relación parcial con el entorno, que puede confundir y que cambia la forma de relación con él. Es posible que tengamos que adaptarnos a este cambio, pero a lo menos es importante ser conscientes de ello y decidir si realmente es lo que necesitamos—conviene—corresponde.

Al estar convencidos —padres y otros adultos que participan de la crianza— de estas influencias, con mayor probabilidad se encuentra un equilibrio en el uso de la pantalla, identificándola como una herramienta más y nunca la única ni la prioritaria, y menos aún como un fin en sí misma.

22 James Gustave (Gus) Speth (nacido el 4 de marzo de 1942): abogado ambientalista estadounidense. Cofundador del Consejo de Defensa de los Recursos Naturales.

23 Ver capítulo 24, “Pantallas”.

Lo mismo vale para otras actividades que nos alejan de la conciencia de la naturaleza y del entorno del que somos parte, como son el uso de drogas que, al igual que el exceso de pantallas, ofrecen una estimulación exagerada y parcial, desconectando al ser tanto del entorno como de sí mismo.

La naturaleza ofrece una posibilidad de reconexión (O’Grady, 2015) con aquello que nos lleva a nuestro centro, a nuestra esencia. Necesitamos vivirlo y dar testimonio de ello a nuestros hijos.

¿La naturaleza nos moldea o nosotros moldeamos la naturaleza?

Somos naturaleza, no nos olvidemos. Somos parte, no el centro ni el dueño ni el dominador. Miles son los ejemplos de personas con esta actitud humilde con el entorno. Cierro estas palabras (para que el lector pueda seguir luego su propia reflexión) con el testimonio dado por el pintor Paul Cezanne (Han, 2015) quien explica que en sus pinturas buscaba plasmar aquello que se sentía llamado a retratar, tal como le llegaba desde la naturaleza, no en base a lo que él podía ser. Contrario a lo que explican algunas corrientes psicológicas que ponen en el centro la proyección del hombre sobre lo observado, aquí el hombre, el artista, se ofrece como un recipiente vacío, receptivo, como mediador limpio y puro. ¿Podremos fortalecer esta actitud?

Lectura recomendada

Han, Byun-Chul. (2019). *Loa a la tierra, un viaje al jardín*. Herder.



Selhub, E. M. y Logan, A. C. (2015). *El poder curativo de la naturaleza*. RBA. Ebook

Bibliografía

Han, Byun-Chul. (2015). *La salvación de lo bello*. Herder.
Harari, Y.N. (2015). *Sapiens, de animales a dioses, breve historia de la humanidad*. Debate.
Miyazaki, Y. (2018). *Shinrin-Yoku Baños curativos de bosque*. Blume.
O’Grady, M.A. y Meinecke, I. (2015). Silence: because what’s missing is too absent to ignore. *Journal of Societal and Cultural Research* 1 (1) , pp. 1-25. Recuperado de <https://lmeinecke.com/downloads/articles/oGradyMeinecke--SilenceTooAbsentToIgnore.pdf>
Sender, R. et al. (2016). Revised estimates for the number of human and bacteria cells in the body. *PLoS Biol*, 14(8):e1002533. doi: 10.1371/journal.pbio.1002533.

Enseñar sexualidad

¿Cuándo, qué, cómo y, sobre todo, por qué?

§

MARIANA LABBÉ TORRES

Psiquiatra infantil y del adolescente



Aprendemos de sexualidad y afectividad desde que nacemos, desde el contacto piel a piel con nuestros padres, desde cómo nos cuidan, nos hablan, nos sostienen, nos tratan.

¿Por qué hablar sobre sexualidad con nuestros hijos?

Hablar de sexualidad con nuestros hijos puede ser una experiencia incómoda, pero evitar el tema y depositar esa responsabilidad en el colegio y los pares es claramente insuficiente y colocará a nuestros hijos en riesgo. Son varios los problemas que pueden surgir ante una escasa, nula o incorrecta educación sexual. En cambio, hablar estos temas con naturalidad y confianza, desde la infancia, incluyendo aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de la sexualidad, podría contribuir a la prevención de determinados problemas, como también al desarrollo de una sexualidad sana, responsable y satisfactoria. Según la postura que adoptemos como padres, nuestros hijos irán sintiendo que la sexualidad puede ser algo peligroso o algo valioso.

La idea de este capítulo es entregar información a los padres para que les ayude abordar estas temáticas con la extensión, el respeto, el lenguaje y la profundidad apropiada. El capítulo está enfocado especialmente a la infancia, no tanto a la adolescencia.

¿Qué es el período edípico y por qué es una gran oportunidad hablar de sexualidad antes de la adolescencia?

Según la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud, hay etapas en el desarrollo humano: oral, anal, edípica y de latencia. En el *período edípico* (entre los 3 y 6 años), el hijo puede tener un sentimiento inconsciente de admiración y amor absoluto hacia la madre y una vivencia de competencia con el padre, mientras que la hija deseará al padre y competirá con la madre. Este período edípico coincide con la etapa fálica, donde la zona erógena está predominantemente en los genitales, por lo que los niños naturalmente tenderán a explorar estas zonas. Al término de esta etapa se resuelve el conflicto edípico y se reprime. Pero el hecho de que esté reprimido no significa que no quede una parte en nuestra mente. Por lo tanto, si se genera una cercanía con el padre o la madre de manera inapropiada, ya sea por un contacto físico o por una comunicación verbal, se puede activar angustia frente a la sensación de incesto (algo inconsciente), surgiendo la incomodidad y el deseo de distanciarse. En el *período de*

latencia (entre los 6 y 10 años de edad) puede haber *pulsiones*²⁴ sexuales, pero están en segundo plano.

La defensa psíquica frente a la amenaza de incesto se activa más en la pubertad: por esto, para los adolescentes resulta extremadamente incómodo abordar temas sexuales con sus padres. Esto no es así antes de la pubertad. La mirada más asexual de los niños favorece que se pueda dialogar sobre educación sexual con menos incomodidad. Por ello, educar sobre sexualidad en la etapa preescolar y prepuberal es una gran oportunidad para los padres.

¿Qué es educación sexual integral?

Una sexualidad integral abarca muchas áreas: el cuerpo, la relación con nuestro cuerpo, la autoestima, el autocuidado, el género, las identidades de género, las orientaciones del deseo, la expresión de género, modelos de masculinidad y feminidad (estereotipos de género), conductas eróticas, la reproducción, el consentimiento sexual, la ética, el placer, incluso la espiritualidad. Involucra el cómo se expresan y experimentan los pensamientos, sentimientos, comportamientos y las relaciones interpersonales. Comprende temas como la empatía, la mentalización de los estados del otro y los propios, el respeto y el buen trato, el saber comunicar necesidades y expresar emociones, saber colocar límites asertivamente a uno mismo y a los otros, respetar las formas de ser y vivir, mientras estas también respeten a los otros. Definitivamente, es más que aspectos genitales y el coito. Comprender lo anterior es importante para tener bienestar individual y colectivo. Saber sobre sexualidad es un derecho de los niños y niñas, como tener derecho a aprender, a leer y escribir.

¿Quién debe encargarse de educar estos temas?

Por todo lo que menciono en el párrafo anterior, es imposible que sea una asignatura específica en los colegios. Debe estar dentro del currículum escolar de una forma transversal en las distintas asignaturas y como parte de los protocolos de convivencia. Los padres no pueden hacerse cargo solos de la educación sexual de sus hijos, no tenemos como padres los conocimientos suficientes acerca de un tema tan complejo.

Por otra parte, hay cosas que es difícil que se puedan experimentar y aprender en el colegio, como la noción de intimidad, proximidad y placer que puede darse a través de las caricias, besos y abrazos entre padres e hijos desde que nacen. Los padres cum-

²⁴ *Deseo, impulso*: energía psíquica profunda que dirige la acción hacia un fin.

plen una labor fundamental, porque para que los niños y adolescentes internalicen la información y experiencias, elaboren las ideas y conceptos de temas que pueden causar alta intensidad emocional, se necesita un vínculo cercano y seguro. Por eso los padres, así como sus compañeros y amigos, son muy importantes. Puede ser difícil lograr este tipo de vínculo con los profesores. Por otro lado, este aprendizaje no se dará con “la charla”, sino que con un diálogo regular y siendo el modelo que intenta ser coherente con lo que comunicamos. Un niño y adolescente incorporará conocimientos y habilidades cuando lo hable, lo comparta, lo piense, lo discuta y lo elabore con sus pares y referentes generacionales.

Muchas veces como padres nos da miedo que los colegios aborden estos temas, creen que van a adelantar a sus hijos en su despertar sexual, que van a generar más curiosidad y, con ello, comenzarán con conductas sexualizadas. Sin embargo, múltiples investigaciones muestran lo contrario.

¿Por qué educar sobre sexualidad?

La información protege y educar sobre sexualidad a los niños disminuye múltiples riesgos y promueve la salud y el bienestar (tabla 14-1).

En el pasado, los padres frecuentemente se centraban en transmitir algunas indicaciones restrictivas o normativas sobre la sexualidad. Es un tema con el que como sociedad aún estamos en deuda. Si nos enfocamos solo en la prevención, no estaremos favoreciendo la inteligencia emocional y sexual.

¿Cómo se aprende de sexualidad?

Primero, tenemos que saber que educar no solo consiste en transmitir información, ya que se educa mucho más desde el ejemplo y desde las experiencias que tengamos en la vida y en nuestras relaciones.

Aprendemos de sexualidad y afectividad desde que nacemos, desde el contacto piel a piel con nuestros padres, desde cómo nos cuidan, nos hablan, nos sostienen, nos tratan. Cómo los padres ayuden a los niños a transitar los diferentes estados emocionales, tendrá un impacto en su autoestima, autorregulación, autocuidado. No se enseñan los distintos temas por separados, está todo integrado²⁵.

La sexualidad de los niños se comienza a formar con las primeras interacciones cercanas corporales entre padres e hijos. Ese primer período va a preparar la piel y todos los sentidos del niño para que después sea capaz de poder sensualizar sus relaciones y, en la adultez, tener capacidad para disfrutar del erotismo sexual. Esta primera relación de piel con piel, este regaloneo no sexualizado, genera en los niños experiencias de agrado y placer: en los abrazos, los besos, el contacto físico, ser acurrucado, sentirse visto y amado, y el sentir la seguridad de que hay un otro disponible para calmar y tranquilizar de manera sincrónica y asertiva. Todo esto va a desarrollar en los niños un vínculo seguro. Si esa interacción se da de manera estable y predecible, los niños aprenderán cosas importantes como los límites, la importancia del respeto por el espacio personal del otro, el otro como un sujeto con emociones y sensaciones que son diferentes a lo que otra persona puede experimentar, la capacidad de mentalizar al otro y a sí mismo²⁶.

Existen numerosas experiencias cotidianas que promueven el desarrollo de un vínculo seguro y de la inteligencia emocional, que es la base de una sexualidad inteligente. La interacción respetuosa cotidiana con los hijos será un punto de partida. Por ejemplo, cuidar los ritmos de comida, sueño e higiene del niño; evitar tener un lenguaje hipercrítico frente o hacia los hijos/as; cuidar de no hablar de los cuerpos de los demás ni del propio; respetar la diversidad; no menospreciar lo que puede estar sintiendo un niño, validando sus emociones; poner atención en cómo el hijo reacciona cuando el adulto le hace cosquillas, le da abrazo o hace un chiste; los diálogos cotidianos sobre los efectos que tienen sus acciones en los demás²⁷; el respetar los espacios personales de los demás; brindar herramientas para manejar esas emociones, etc. Con todas estas actitudes estamos favoreciendo tanto el desarrollo de esas mismas actitudes como en una

25 Ver capítulo 15, “Favoreciendo una identidad integrada”.
26 *Mentalizar*: capacidad de percibir e interpretar, tanto nuestro propio comportamiento, como el comportamiento de otros, en términos de estados mentales, intenciones, deseos, necesidades, sentimientos.
27 Ver capítulo 10, “La empatía y su desarrollo”.

Disminución de riesgos de:	Promoción de salud y bienestar:
Relaciones sexuales prematuras: se posponga el inicio de la vida sexual activa.	Favorece el vínculo seguro. Favorece la inclusión. Previene el bullying.
Embarazo no planificado, no deseado, que puede afectar la salud física y mental de las afectadas, así como limitar sus oportunidades de desarrollo personal y profesional. Además de tener mucho más riesgo de generar un vínculo inseguro con el bebé, lo que tiene un gran impacto en el bienestar de la madre e hijo.	Relaciones más empáticas y respetuosas con los otros, se entiende al otro como un sujeto con derechos y deberes que puede tener deseos, pensamientos y emociones distintos a los propios. El otro no se ve como un objeto que se puede utilizar para satisfacer las necesidades individuales.
Enfermedades de transmisión sexual (ITS), que pueden provocar complicaciones graves en la salud, como infertilidad, cáncer e incluso la muerte.	Se busca el consentimiento, el permiso del otro, si se va a ingresar a su espacio personal, se está más atento a lo que el otro puede necesitar. Hay más asertividad para brindar consentimiento y poner límites.
Relaciones sexualmente abusivas, sin el pleno consentimiento de ambas partes, lo que puede resultar en violencia, abuso o coerción.	Mayor autocuidado, como cuidado del otro. Es mucho más que solo prevenir de abusos sexuales, embarazo o ITS. Permite que se resuelvan los conflictos de manera más asertiva, las relaciones interpersonales sean más placenteras.
Falta de comprensión del propio cuerpo y de la diversidad sexual, que puede generar inseguridad, baja autoestima, vergüenza o culpa.	Aumenta el conocimiento de sí mismos, mejor autoestima, amor propio y autocompasión. Mayor auto aceptación sobre el cuerpo y la diversidad de cuerpos.
Reproducir estereotipos y roles de género que promueven la desigualdad, la discriminación y la violencia de género.	Favorece una actitud positiva, saludable y responsable hacia su cuerpo y su propia sexualidad.
Falta de placer, comunicación y confianza durante las relaciones sexuales en la vida adulta, que puede afectar la calidad de vida y el bienestar emocional de una persona.	Favorece la educación no sexista, donde cada persona se siente aceptada y donde se le dan todas las posibilidades para que pueda desarrollarse y aprender, independientemente de su sexo y género.
Al disminuir todo lo anterior, previene de trauma, lo que, a su vez, previene de otras concurrencias en salud mental: ansiedad, depresión, suicidio, trastornos alimentarios, abuso de sustancias.	En resumen: aumenta la inteligencia emocional y sexual, lo que favorece un bienestar individual y social.

Tabla 14-1. Beneficios de educar sobre sexualidad

sexualidad sana, con la incorporación de valores como el respeto, honestidad, empatía y reflexividad.

Como padres tenemos que revisar cuáles son nuestros propios valores sexuales, ¿cómo nos sentimos con la desnudez en la casa? ¿Qué pensamos sobre la anticoncepción en la adolescencia? ¿Cuáles son nuestros estereotipos de género? Los niños aprenderán los valores según lo que observen y escuchen, según la cultura en la que están inmersos.

¿En qué momento hablar de estos temas con los niños?

Distintos estudios han demostrado que mantener conversaciones frecuentes entre padres e hijos favorece el desarrollo cognitivo y afectivo de los niños, y que estos tienden hacia una sexualidad más saludable y segura. Por lo tanto, hay que involucrarse y hablar de estos temas. Esto ayuda a tu hija o hijo a internalizar ciertos valores e información relevante. Mantener conversaciones regulares, como diálogos espontáneos y naturales, envía el mensaje que estos temas son importantes y que se está disponible para hablarlos. La vida cotidiana nos da muchas oportunidades para hablar sobre la sexualidad y las relaciones. Por ejemplo, experiencias de familiares o amigos, el anuncio de un embarazo en un conocido, una pareja caminando en la calle, una canción, una película, un libro.

¿Cómo conversar con un niño sobre sexualidad?

Los niños escolares deben saber, entre otras cosas, en qué consisten las relaciones sexuales, la fecundación, cómo nacen los bebés y qué tuvieron que hacer los padres para poder tener un hijo. Sin necesidad de entrar en detalles, los padres deben estar atentos a escuchar otras preguntas que los niños nos hacen.

Si no sabemos cómo responder frente una pregunta que nos hacen, podemos decirle: no lo sé, pero lo averiguaré (es importante responderles, no entrar en una conducta evitativa con esa respuesta). Los niños nos pueden hacer preguntas sencillas como ¿me puedo casar contigo?, hasta unas más complejas, sobre todo cuando son más grandes: ¿qué es un condón? ¿Cómo sé cuándo estoy preparado para tener sexo? ¿Qué es un pedófilo?

¿Cómo te sentirías como padre/madre respondiendo a estas preguntas? No saques conclusiones apresuradas sobre el porqué preguntan lo que preguntan. Puedes decirles: ¿Qué es lo que ya sabes sobre el tema? O ¿qué has escuchado sobre esto?

Muchos padres refieren: “les hablaré cuando les surja la curiosidad y pregunten”, pero puede que existan niños que nunca pregunten del tema. Por esto es importante hablar sobre el cuerpo, la reproducción y otros temas, aunque los niños no lo pregunten. Las primeras conversaciones sobre sexualidad van a depender de la edad del niño y su nivel de comprensión (no todos los niños se desarrollan al mismo ritmo). No es necesario dar mucho detalle o emplear términos demasiado técnicos. Lo importante es contestar, ser claros, hablar con lenguaje sencillo, honesto y adecuado a cada niño. Por ejemplo, si un niño/a de 4 a 5 años pregunta “¿qué es un nacimiento?”, podríamos decir: “es cuando una guagua o bebé sale del cuerpo de la mamá”. Si uno de 6-7 años pregunta lo mismo, podríamos agregar detalles y expresar algo así como: “después de 9 meses de crecer dentro del útero de la mamá, la guagua o bebé sale por su vagina”. También podemos iniciar la conversación nosotros, con preguntas como: ¿qué sabes tú sobre cómo nacen los bebés?; ¿hay algo más que quieres saber?; ¿qué te generó esta pregunta?; ¿hay algo de lo que te conté que no se entienda o alguna palabra que me quieras preguntar? Así mismo podemos hablar de otros temas: ¿qué te parece la actitud de ese hombre en la película?; ¿qué te parece la letra de la canción?; ¿cómo se sentiría ese niño o esa persona con tal situación?; y aprovechamos de entregar valores: “no se habla de los cuerpos de los otros”; “hay que agradecer tener piernas para correr, saltar, brazos para abrazar, manos para crear”; “has notado que somos diferentes, tenemos diferente color de piel, altura, tamaño corporal. Está bien ser diferentes, esto enriquece al mundo, lo hace más entretenido”.

La forma más sencilla de comenzar a hablar de sexualidad es utilizar los nombres apropiados para nombrar las partes del cuerpo. Esto ayuda a los niños a aprender y aceptar su propio cuerpo y el de los demás. Se puede mencionar cuando los estamos vistiendo o bañando: “este es tu pene, esos son tus testículos”; “esta es la vulva”; “hiciste caca!!!, eso sale por el ano, que está entremedio de los glúteos”. Las palabras vagas o ambiguas para referirse a los genitales no deberían utilizarse: “abajo”, “el sapito”, “el pipí”. Está demostrado que hablar de las partes íntimas por sus nombres previene el abuso sexual. Los apelativos hacen que los niños tengan la sensación de que nunca hay que hablar sobre esas partes del cuerpo²⁸.

Para algunas personas puede dar vergüenza hablar de las partes íntimas pero, mientras más temprano lo hagamos, más natural lo van a tomar los niños. La idea es que se pueda hablar de las partes íntimas al igual que hablamos del resto del cuerpo. Las partes privadas son el ano, los glúteos, los pechos, la boca. Se incluye para los niños el

28 Ver capítulo 43, “Prevención del abuso sexual”.

pene y los testículos; y para las niñas, la vulva y la vagina. Se debe enseñar que su cuerpo les pertenece.

Otro momento relacionado con la educación sobre sexualidad es el proceso de aprender a ir al baño, entre los 2 a 5 años, de sacarse los pañales y comenzar a limpiarse solos, ya que es un espacio de relación del niño/a con su propio cuerpo²⁹. Si notamos que un niño de 4 a 5 años comienza a manifestar pudor o siente vergüenza (por ejemplo, querer que la puerta del baño esté cerrada cuando van a defecar), es importante nombrar la emoción que puede estar sintiendo: “da vergüenza a veces que nos vean en el wc”, reforzar el concepto de intimidad y respetar su intimidad, mientras sepamos que están seguros: “tranquilo/a, voy a cerrar la puerta, cualquier cosa me puedes llamar, estaré acá afuera”.

¿Cómo se desarrolla la identidad³⁰ y rol de género³¹?

Entre los dos y los tres años, los niños empiezan a reconocer si son hombre o mujer, y van a ser capaces de clasificar a los niños como los que tienen pene y a las niñas como las que tienen vulva y vagina. Hay que ayudarlos en este proceso de diferenciación y reconocimiento de las diferencias sexuales. Los libros sobre el cuerpo humano para niños ayudan a lo anterior. A los escolares hay que explicarles sobre la menstruación antes de la menarquia, que va a cambiar su voz, que van a salir vellos, que van a crecer las mamas o los testículos.

Hay que tener presente que los infantes no nacen con un rol de género definido, sino que aprenden a ser niños o niñas experimentando el mundo y observando a la gente a su alrededor. Imitan la conducta que consideran apropiada para su género. Por esto, al ver que padre y madre cumplen con diversas labores, ayuda a los niños a entender que los hombres pueden asumir tareas domésticas y las mujeres actividades fuera de la casa. Con esto podemos ir favoreciendo una “educación no sexista”, con la conciencia profunda de que debería existir igualdad de género y de derechos para todas las personas, invitándolos a reflexionar sobre los estereotipos de género en la publicidad, televisión, libros, películas. También a través de la ropa que se les compra, los juguetes, los juegos. Tengamos cuidado en lo que les decimos a los niños, ya que está internalizado en la cultura el sexismo y el machismo: “los niños no lloran”; “eso es para niñas, los niños no se pintan las uñas ni juegan con muñecas”; “qué linda la niña, es una princesa, ¿vas a ser

modelo cuando seas grande?”; “si comes así, ningún niño te va a querer”. Tener consciencia de esto es fundamental para generar respeto por la diversidad y que los niños sean libres de soñar e imaginar que pueden ser lo que son.

¿Qué otras cosas debemos enseñar?

A partir de los tres años se puede educar sobre cuáles son las partes privadas (recordar incluir la propia boca y la del otro), lo que significa el acto de mostrar las partes privadas a otros y que otros lo vean, qué es la intimidad, por qué no hay que andar mostrando estas partes y que tampoco se le pueden tocar a otros sus partes, ni ellos dejar que se las toquen. Un niño de dos a tres años puede no entender las consecuencias, pero necesariamente debe saber qué es lo apropiado y qué no lo es. No es necesario caer en grandes explicaciones, incluso se puede mencionar si preguntan mucho: “quizás ahora no comprendas tanto, pero más grande vas a entenderlo mejor, es parte de respetar los espacios personales de los demás”, “¿tienes curiosidad al respecto, qué quieres saber sobre las partes privadas de otros”. Se les debe enseñar la diferencia entre lo público y lo que es privado. Las normas sociales y los límites corporales.

A muchos niños les encanta ser regalados por sus padres, ser acariciados, pero necesitan aprender qué tipo de contactos están permitidos y cuáles no, especialmente por parte de los adultos. Es importante comenzar a dialogar sobre qué tipos de tocamientos están bien y cuáles no. Por ejemplo, si un niño toca los pechos de la madre, se le puede decir: “te da curiosidad tocarme los pechos, son blanditos, pero no puedes tocarme los pechos sin pedir permiso, son mis partes íntimas, como yo no voy y te toco el pene, hay que respetar las partes íntimas”; “los padres se dan besos en la boca, porque son pololos, yo te doy besos en la mejilla, en tu cabeza, en tus manos, no en la boca”; “miremos este libro, es sobre el cuerpo humano, así son los genitales de los hombres y de las mujeres, mira ese es el útero, ahí estuviste tú por 9 meses”. Un niño que sabe sobre el cuerpo humano tendrá menos curiosidad por explorarlo en un par. También es importante, nombrar algunas excepciones, por ejemplo: “mamá o papá te pueden ver el pene y los glúteos cuando te ayudamos a limpiarte o secarte, pero cuando aprendas a hacerlo, lo harás tú”; “el pediatra quiere examinar cómo está tu pene, yo estaré contigo, quiere ver que todo esté bien con tus testículos y con el prepucio, que es la piel que cubre el pene”.

Más grande, a los 5 años aproximadamente, se puede comenzar hablar del consentimiento en un sentido amplio, sobre todo cuando en el contexto cotidiano se traspasan algunos límites. Se les puede decir: “si yo te digo quieres un pan y tú me dices que no, no puedo obligarte a comer pan y meterlo a tu boca a la fuerza”; “siempre se debe pedir

29 Ver capítulo 22, “Ideas guía en el proceso de dejar los pañales”.

30 *Identidad de género*: conciencia de ser de un determinado sexo, sentirse hombre, mujer u otro.

31 *Rol de género*: conjunto de características y conductas atribuidas socialmente a un determinado género.

permiso si quieres tocar a otra persona, se llama consentimiento”; “no puedes ir y tocarle el abdomen a tu profesora o ponerle crema a una persona en la cara, sin pedir permiso”; “no puedes obligar a tu hermano a jugar contigo”.

A los 7 a 8 años, según la capacidad de comprensión de cada niño, se puede decir: “tocar o mirar las partes privadas de otro no es algo a lo que puedas dar consentimiento a la edad que tienes, los niños no pueden dar ese consentimiento, los adultos saben que no estás en edad de dar el consentimiento al respecto”.

A los 8 y 9 años, ya se podría hablar directamente de lo que es el abuso sexual. Y ya en la pubertad (desde alrededor de los 10 años), la educación sobre el consentimiento debe ser más profunda. El consentimiento sexual es mucho más que aceptar o no tener sexo, es una cuestión de comunicación y de asegurarse de que todas las actividades (besos, caricias, uso de condón, etc.) estén consentidas mutuamente. Por esto se recomienda a los adolescentes no tener sexo casual, porque es importante conocerse, vincularse, para tener una comunicación que te asegure que hay un entendimiento mutuo y seguro. Hay que enseñar que, si no estamos seguros de lo que siente o desea el otro, siempre podemos preguntar y que si la respuesta no nos deja seguros es mejor parar. Es un acuerdo que no puede ser otorgado por personas intoxicadas o incapacitadas por drogas o alcohol, dormidas o inconscientes. Si alguien acepta una actividad bajo presión de intimidación o amenaza, eso no se considera consentimiento. La actividad sexual sin consentimiento se considera abuso, violación o agresión sexual. El consentimiento tiene las siguientes características: se da libremente y darlo una vez no significa que se esté dando consentimiento para actividades futuras³².

Puede ocurrir que entre niños de la misma edad se toquen o miren partes íntimas en forma espontánea, no planificada, sin sentir presión por hacerlo. Es común o parte del desarrollo, pero esto no significa que no hay que hacer nada, sino que es una oportunidad para validar que es normal tener curiosidad sobre su cuerpo y el del otro, pero que no es adecuado a la edad de ellos. No entrar en pánico ni castigar al respecto, ya que los niños podrían asociar a la sexualidad como algo malo. Hay que reforzar lo privado de lo público y que sus partes íntimas solo la pueden tocar y ver ellos durante la infancia.

¿Con qué otras conductas estar alertas?

Hay cosas que quedan fuera de la exploración sexual entre niños. Estos no son juegos, como por ejemplo: besar genitales o que se generen forcejeos, amenaza, agresión. A los niños les genera emociones displacenteras: rabia, angustia, culpa, vergüenza. Esto

32 Ver link para video explicativo en la lectura recomendada: “consentimiento sexual, explicado en una taza de té”.

se puede dar entre niños con diferencia de edades, pero también entre niños de la misma edad, donde uno se siente con poder sobre el otro. Estos casos pueden constituir un abuso sexual y afectar la seguridad y el bienestar del niño. Incluso puede que el niño que está abusando esté o haya experimentado algún tipo trauma sexual o abuso hacia él mismo. Entonces, es mejor consultar con un especialista.

¿Qué actitud tomar ante la masturbación?

Es necesario evitar enojarse o escandalizarse en general por actitudes, comportamientos o comentarios sobre sexualidad que hagan los niños, ya que puede gatillar vergüenza, miedo y ansiedad. Los niños tienen curiosidad y, si no sienten seguridad para abordar sus preguntas o dudas con los padres, buscarán resolverlas de otras maneras, lo que los puede poner en riesgo.

Sobre la masturbación hay que tener presente que es totalmente normal que los niños y niñas se toquen sus genitales. Forma parte del desarrollo y no es bueno avergonzarlos. Lo que sí es conveniente es darles a entender que esto se hace en privado, ya sea en la pieza o en el baño, y no cuando se está viendo televisión o cuando están todos reunidos en la sala de estar. Se les puede decir: “tocarte es algo privado y eso tienes que hacerlo en tu intimidad”. Hay que tener presente que durante la niñez no son capaces de internalizar las reglas, por lo tanto, hay que estarlas repitiendo constantemente.

¿Qué ocurre con la información por medios digitales?

Actualmente, existen muchos medios para que los niños y adolescentes se informen por su cuenta y, por lo mismo, corren grandes riesgos de encontrarse con material perjudicial. Esto hace aún más grande el desafío para los padres y exige más atención, supervisión y cercanía. Frente a carencia de vigilancia y guía en una educación sexual apropiada, es fácil hipotetizar que los chicos tendrán mucho más riesgo a exponerse a la sexualidad en los medios electrónicos, lo que puede tener efectos muy negativos, por ejemplo: más riesgo de grooming, abuso sexual, adicción a pornografía y otros. No solo hay que educar sobre cómo ocupar los medios digitales, sino que hay que controlar y supervisar. No supongamos que tienen la capacidad de autorregularse al respecto³³.

Investigaciones muestran que los niños, a partir de los 7 años, pueden llegar accidentalmente a ver pornografía por internet. A los 11 años lo pueden buscar

33 Ver capítulo 24, “Pantallas”.

intencionadamente. Una investigación mostró que el 80% de los niños a los que se les regala un celular a las 2 semanas ya ha visto pornografía. Los colegios no necesariamente tocan el tema de la pornografía y sus riesgos. Por lo tanto, hay que hablarlo en la casa. No existe ningún estudio que muestre que hablar de estos temas haga que los niños aceleren esta conducta, al contrario, la posterga y cuida de los riesgos. La pornografía puede hiper-sexualizar al niño y al adolescente, al buscar obsesivamente en la masturbación una forma de canalizar sus malestares o hacerlos adictos a la estimulación sexual (descontextualizada del amor y la entrega). Además, esto puede generar problemas sobre las creencias de qué esperar en la sexualidad (dominancia, sumisión, agresividad, etc.). Si los educamos sobre el alcohol, el tabaquismo, de cuidarse en la calle, es crítico enseñar también sobre los riesgos de internet. La era digital tiene muchos beneficios, pero también muchos peligros.

¿Qué es y por qué ocurre la hipersexualización?

Tenemos que aumentar la conciencia sobre este problema, visualizarlo, porque es importante dismantelar y desafiar el marketing que usa la adultificación de los niños, sobre todo con las niñas, para venderles de todo (libros, cremas, juguetes, películas, ropa, etc.). Hay una violencia simbólica, que se minimiza y normaliza, pero que es muy dañina para toda la sociedad. Los niños fácilmente caen seducidos por este marketing, que es creado por adultos y que, generación tras generación, lo han normalizado como parte de la cultura. Tenemos que proteger que los niños sean objetos y sujetos de consumo, donde lo que importa es lo externo, la apariencia, el accesorio, la ropa. Esto es agresivo y genera enfermedad mental, incluso el estado debería actuar al respecto. ¿Cuántas niñas, adolescentes y adultas no se quieren meter a una piscina en el verano para no sacarse la polera y que otros vean su cuerpo? Niñas que se mueren de calor, pero prefieren no sacarse el polerón.

Los niños comienzan a tener actitudes sexualizadas, se adultizan, por ejemplo: niñas de 7 años con peto y mini, maquilladas, que hablan de querer pololear, tener pareja, ponen el foco en cómo se ven, hacen poses y toman actitudes sexis cuando bailan, cantan o se toman fotos (selfies). Esto expone a los niños a más riesgo de abuso sexual y también puede afectar la salud mental. Hay más riesgo de trastornos de alimentación, depresión y ansiedad, porque se genera la creencia negativa de “no soy suficiente” (buscando más “me gusta”). El internet puede influir en esto y afectar en el desarrollo de una identidad saludable. Los adultos en casa también tenemos responsabilidad. Los

énfasis que hacemos sobre la imagen corporal como fuente principal de autovaloración es frecuente y eso acrecienta las consecuencias negativas³⁴.

Una mujer que crece sintiéndose insuficiente corporalmente, ¿cómo creen que se relacionará con una pareja? ¿Cómo será su elección de pareja? ¿Sabrá poner límites asertivos o sentirá que se lo merece por no ser suficiente? ¿Creerá que puede merecer algo mejor o aceptará lo que venga? ¿Cómo será su gratificación sexual durante una relación sexual en la adultez?

Hay diferencia entre ser sexualizados y expresar una sexualidad saludable, porque somos seres sexualizados desde que nacemos hasta nuestra muerte, pero lo expresamos de maneras diferentes según el ciclo vital en el que estemos. Prediquemos con el ejemplo, ya que lo que hacemos (cómo nos relacionamos, nuestras conductas y acciones) resuena en nuestros hijos/as más fuerte que lo que decimos. Salgamos de la charla de lo que se debe o no hacer, invitemos a reflexionar, a tener un pensamiento crítico, cuestionando el mundo en el que vivimos.

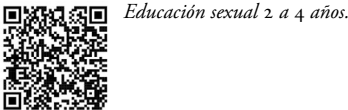
Si logramos que los niños internalicen lo aquí expuesto durante la infancia, será mucho más probable que tengan una sexualidad sana, responsable y gratificante durante su adultez. Hay diferentes libros para ir hablando y reflexionando con los hijos, aquí se recomiendan varios. No hay recetas únicas, depende de cada familia, niño y su contexto.

34 Ver capítulo 21, “Promoviendo una conducta alimentaria infantil saludable”.

Lectura recomendada

Capponi, R. (2019). *Sexualidad sana: Qué y cómo enseñar a los hijos*. Editorial Pehoe.

Clínica Alemana, Centro de Adolescencia. (2019). *Adolescencia - Respuestas Para Padres*. Editorial Catalonia.



Educación sexual 2 a 4 años.

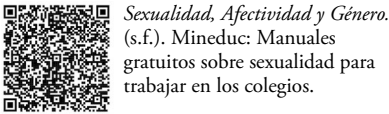
Huneus, A. (2021). *Sexo Inteligente, Manual para Adolescentes*. Editorial Vergara.

Jarpa, R. (2022). *Cómo educar a niñas y niños sexualmente inteligentes*. Editorial Urano.

Fonoinfancia, se puede llamar para hacer consultas sobre sexualidad y primera infancia

Fundación “No se habla del cuerpo de los otros”

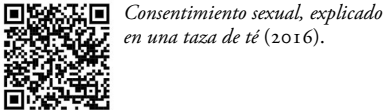
Fundación CESI.



Sexualidad, Afectividad y Género. (s.f.). Mineduc: Manuales gratuitos sobre sexualidad para trabajar en los colegios.

Libros para niños

Brian, R. (2021). *El consentimiento, para niños y niñas*. Editorial Océano.



Consentimiento sexual, explicado en una taza de té (2016).

Czanrny, M., Urbas, A. y Reiman. (2018). *Los secretos de Julieta*. Editorial Nazhira - Chicosnet.

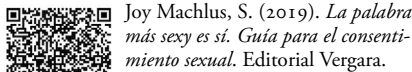
Gaudes, B. (2020). *Shhh! Loreto, esto es un secreto*. Editorial Cuatro Tuercas.

Sanders, J. (2017). *Let's talk about body boundaries, consent and respect*. Editorial Educate2empower.

Serrano, L. (2021). *Tu cuerpo es tuyo*. Editorial Nubeocho.

Stine, Y. (2021). *¡Hola consentimiento!* Editorial Liana.

Jackson, V. (2013). *Mi cuerpo es un regalo*. Editorial B de Block.



Joy Machlus, S. (2019). *La palabra más sexy es sí. Guía para el consentimiento sexual*. Editorial Vergara.

Martín Araya, P. (2014). *Marta no da besos*. Editorial Cuatro Tuercas.

Maturana, A. (2019). *Secreto*. Editorial Fondo Cultura Económica.

Ngozi Adichie, C. (2019). *Todos deberíamos ser feministas* (ilustrado, para niños). Editorial Beascoa.

Olid, B. y Vanda, M. (2018). *¡Estela, grita muy fuerte!* Editorial Fineo.

Parr, T. (2005). *Está bien ser diferente*. Editorial Serres.

Pascual Martí, E. (2016). *Clara y su sombra*. Editorial Uranito.

Profamilia. (2015). *¡Mi cuerpo es mío!* Editorial Juventud.

Libro para adolescentes

De Ugarte, N. (2019). *Ni calladitas, ni perfectas*. Editorial Montena.

Favoreciendo una identidad integrada
“Me valoro y confío”



ALFONSO CORREA DEL RÍO

Psiquiatra infantil y del adolescente



En la medida de que un recién nacido es valorado, visto y, por tanto, respetado en su ser, comenzará el camino hacia la seguridad en sí mismo.

La estima de sí mismo integra las fortalezas y debilidades, y solo me puedo valorar en la medida en que acepto aquello que no me gusta y logro convivir con ello.

¿Cómo se integran los diversos aspectos del desarrollo?

Todos los temas anteriores están fuertemente relacionados. Si leemos los conceptos, ideas y elaboración de estos, vemos que la separación es arbitraria y analítica, es decir, separa para poder hablar de cada aspecto, aunque claramente el lector y el mismo escritor debe integrarlos.

La persona hace la síntesis. Desde niños nos desarrollamos integradamente, no por partes, somos una unidad: desde el comienzo como un todo y como un todo relacionado íntimamente con el exterior, tanto como se nos muestra en el capítulo 13 sobre la relación con la naturaleza o en el capítulo 4, al hablar de vínculo afectivo en los primeros meses de vida: sensorialidad, motricidad, lenguaje, alimentación, crecimiento físico —y todos los demás aspectos del desarrollo—, llevan implícita la experiencia relacional que nos caracteriza.

Durante el desarrollo, más que integrar la tarea es *no desintegrar*. Si como adultos que nos relacionamos con niños y niñas nos acercamos a ellos viéndolos con este prisma, desde una actitud dispuesta a aprender de ellos, descubriremos que se favorecerá esta continuidad en el ser integrados. “Nacemos amorosos”, han concluido con convicción algunos biólogos³⁵, filósofos³⁶ y psiquiatras³⁷. Si tomamos en serio esta aseveración —no como un mero ideal romántico—, probablemente se enriquezca el conocimiento del otro (niño o niña) y de nosotros mismos como adultos. Si como padres observamos a nuestros hijos, nos encontraremos en ellos con esa parte amorosa de nosotros mismos y en ello está la integración.

¿Cómo se construye la visión de sí mismo?

La identidad es lo que da una visión de lo que cada uno es, una imagen, una aproximación a lo que somos. El inicio de la construcción de la identidad está centrado en la relación con el otro. En la relación del feto con su madre y luego —desde el nacimien-

35 Por ejemplo, Humberto Maturana (Santiago, Chile, 1928-2021), biólogo, Premio Nacional de Ciencias.

36 Por ejemplo, Byun Chul Han (Seoul, Corea del sur, 1959), filósofo coreano-alemán.

37 Por ejemplo, Ibone Olza (Lovaina, España, 1970), psiquiatra infantil y del adolescente.

to— con la persona que será la figura de apego principal, comenzará el reconocimiento de las propias características, construidas o reconocidas desde la relación³⁸.

El recién nacido se va conociendo a sí mismo a partir de lo reflejado principalmente por el adulto con el que se genere el apego principal. Luego se va enriqueciendo y diversificando con todas las demás relaciones. Tanto lo que se trae biológicamente al nacer como la relación y el otro van constituyendo lo que cada uno es. En esta trilogía están las bases de nuestra identidad. Siempre en construcción dialógica, dialéctica, interrelacionada. Nunca independiente ni aislada. Incluso con influencia funcional y estructural del ambiente hacia la expresión genética³⁹ y viceversa.

Entonces, los padres no somos los que formamos en forma unilateral los que al hijo ni el hijo trae prediseñada su identidad. Son ambos aspectos los que la construyen y, por sobre todo, la relación que entre ellos se genere. En esa relación también los padres seguimos construyendo lo que somos, gracias al otro, al hijo/a, que es distinto a mí.

El niño/a va desarrollando todos sus aspectos de forma asincrónica (en unos momentos con más focalización en un aspecto y otros períodos en otros), comienza a abrir su red de relaciones y aumentar sus experiencias, tomando de ellas mayor conocimiento de lo que él es. Vamos integrando lo que observamos (modelos y reflejos) y descubriendo lo que somos, es decir, en dos movimientos: el de construir cosas nuevas y el de develar lo que ya estaba en nosotros, pero que estaba oculto.

La visión que los demás tengan de mí y lo que escucho sobre lo que los demás observan en mí es poco a poco internalizado con un mayor o menor filtro y tiende a marcar parte de mi visión sobre mí mismo. Por esto son tan importantes las verbalizaciones que se hacen sobre el otro y sobre el mundo en general. Como *seres-en-relación*, necesitamos el reflejo de los demás, qué ven los demás en mí y qué veo de mí en los demás. También la visión que los demás tienen del mundo influye en la visión que yo creo del mundo desde mi perspectiva, la que se va cotejando continuamente. Esto no es un tema solo de la adolescencia, sino que comienza desde el momento mismo de nuestra gestación, primero en la relación con padres u otros adultos, después con los hermanos y luego con pares, redes virtuales y la sociedad en general.

38 Ver capítulo 4, "Vínculo seguro".

39 Ver capítulo 34, "Epigenética".

¿Cómo ayudar a construir la identidad autónomamente desde pequeños?

Necesitamos que nos miren como un ser distinto al otro, con nuestra propia identidad. Al mismo tiempo, requerimos compañía, que no nos dejen solos. Creemos en autonomía a través de la relación con el otro. El ser seres relacionales no atenta contra la autonomía. Somos seres interdependientes, nos necesitamos, dependemos unos de otros; sin embargo, este proceso se inserta desde la vivencia de cada uno, donde se irá formando la conciencia de sí y armando su escala de valores, reflexionando sobre lo que debe hacer y tomando decisiones. En la medida en que se nos ha ayudado a relacionarnos y a entregarnos desde nosotros mismos, cada uno va construyendo su identidad, lo que siente que le constituye y desde dónde se mueve hacia el otro y hacia el medio ambiente en general.

Si desde recién nacido —o incluso antes— se establece una relación que contempla y observa al otro, respetándolo en su esencia, se favorecerá que esa identidad se construya autónomamente y no en base a las expectativas o frustraciones de los padres ni de la sociedad, sino desde lo que cada uno es.

Si los hijos van creciendo y cambiando, y uno como padre y madre también va transformándose, ¿cómo se logra la continuidad del sentido de ser uno mismo?

Aquí hay una cuota de misterio que hay que reconocer y aceptar, pero claramente el encadenamiento de hechos, vivencias y relaciones ayudan a esta continuidad. Las formas y contenidos propios de aquella parte de la realidad que analiza la ciencia son un aspecto de la realidad. El fondo, que apunta a la parte que es *consciente de lo que observa*, es lo que somos en profundidad. Es decir, la identidad más profunda es aquello que somos: vida, conciencia con forma de persona (Martínez Lozano, 2022)⁴⁰ que, como todas las formas en el mundo, va cambiando, pero con una esencia que permanece. No hay que temer cambiar ni que los hijos cambien, seguirán siendo siempre hijos e hijas, aunque no los bebés del comienzo. Les gustarán distintas cosas, las formas de entretenerse a los 3 años serán muy distintas que a los 8 y los deseos de abrirse al mundo a los 8 serán muy distintos que a los 17. Sin embargo, la esencia de la identidad, la esencia de lo que son, así como del lazo que une la relación padres/hijo se mantendrá intacta.

40 Martínez Lozano, Enrique. Psicoterapeuta, sociólogo y teólogo español, nacido en 1950.

¿Qué es la autoestima?

Es la valoración que cada uno va construyendo sobre sí mismo; valorarse no es lo mismo que creer que no tenemos limitaciones ni que somos el mejor en una o muchas cosas. La estima de sí mismo integra las fortalezas y debilidades, y solo me puedo valorar en la medida en que acepto aquello que no me gusta y logro convivir con ello, en caso de que no se pueda cambiar o de que trabaje por transformarlo luego de aceptarlo. La autoestima es una construcción de una imagen de sí mismo que mientras más cercana sea a la verdad, mejor.

La expresión emocional ¿Cómo impacta en el desarrollo de la autoestima?

Si tengo oportunidades para expresar y mostrar adecuadamente lo que siento, es más probable que pueda establecer una relación sana con el otro, por lo que la receptividad del otro también será más coherente con lo que me pasa y con lo que soy. Así, mi autoconocimiento y el conocimiento del otro será mayor, más verdadero. Las emociones, cuando logran armonizarse con la razón y con la consciencia del cuerpo, nos permitirán construir una identidad consolidada y una buena autoestima.

¿Cómo hacerlos sentir seguros de sí mismos?⁴¹

En la medida de que un recién nacido es valorado, visto y, por tanto, respetado en su ser, comenzará el camino hacia la seguridad en sí mismo. A partir de esta forma de relacionarse se generará el vínculo seguro⁴². Necesitamos de un entorno que nos dé seguridad (*ambiente seguro*). Algunos elementos que nos ayudarán como padres para apoyar a los hijos en este proceso son:

1. Ser consecuentes como padres, cumplir lo que se dice y con ello dar una estructura o soporte que les permite a los hijos avanzar: si se cumplen la palabra, se genera una coherencia entre la palabra y la acción que da seguridad y ayuda a sentirse respetado.

41 Ver capítulo 35, "Entendiendo la ansiedad".

42 Ver capítulo 2, "Parentalidad".

2. Acuerdos como padres: si bien es esperable y deseable que haya diferencias entre las formas de llevar la tarea de ser padres, son necesarios los acuerdos que den una guía más clara a los hijos.
3. Padres que asumen sus errores: eso genera en los hijos la noción de que también se pueden equivocar y de que observan a adultos que pueden volver a pensar y mejorar.
4. Padres que escuchan y logran flexibilizar.
5. Asumir las incertidumbres que no son modificables: mientras los hijos aprenden a tolerar que hay cosas impredecibles, aumenta la seguridad, ya que no requieren una estabilidad precisa para sentirse seguros.

¿Cómo favorecer una adecuada autoestima en las distintas etapas del desarrollo? ¿Cómo reforzarla?

Usualmente nos confundimos como padres y creemos que, para que un hijo se quiera a sí mismo, debemos hacer creer que es el mejor: el más bello, el más veloz, el más inteligente. Hay una diferencia importante entre querer y valorar al otro, y hacer creer que es el mejor. Uno puede decir: "eres muy bello", "eres muy inteligente", "te quiero mucho", "te entrego toda mi atención en este momento", pero decir "eres el mejor" conlleva el riesgo de estimular la competencia, de hacer creer algo que realmente no es ni será, de potenciar la frustración por el no cumplimiento de expectativas del otro, creadas en uno mismo. Es decir, potenciamos el hacerse esclavos de tener que ser más que los demás. Ese es el riesgo, no un hecho, porque maravillosamente, por mucho que sean frases habituales, el niño o niña logra la gran mayoría de las veces pasar por alto esos comentarios que evidentemente no son ciertos. En la tabla 15-1 aportamos una lista de actitudes de los padres que favorecen una autoestima sana.

Escucha
Validación del otro
Valoración de lo positivo realista
Declaración de la gratuidad en la entrega
Aceptación de las limitaciones propias y del otro
Pedir la opinión en aspectos sobre lo que pueden elegir
Cumplir con lo que se les promete
Respeto
Confianza
Aceptación

Tabla 15-1. Actitudes de los padres favorecedores de autoestima sana en los hijos/as

¿Cómo criar niños con alta autoestima, seguros y que sean firmes en sus decisiones y convicciones de lo que está bien y mal, aun cuando el entorno los moleste?

La autoestima no implica valorarse por sobre los demás, significa valorarse en su alta dignidad, como la de cualquier otro. No es un tema cuantificable de mayor o menor autoestima ni de mayor o menor valor en comparación con otro. El valor de cada persona es inherente a la condición de ser. No es transable, no es medible, no es comparable.

Al sentirse valorados, escuchados, respetados, con derecho a opinión y encaminados hacia hacerse cargo de las consecuencias de sus actos, se van a sentir cada vez más seguros. La seguridad en sí mismos no implica necesariamente el no dudar o no equivocarse. Siempre dudaremos en la vida y debe respetarse nuestro derecho a equivocarnos y también a cambiar de opinión (siendo niños, adolescentes o adultos) y a ser flexibles. Una cosa es dejarse llevar por otros transgrediendo los propios valores y otra es la legítima opción de ceder o cambiar de opinión.

Educar para que hijos e hijas tengan una sana autoestima y sean seguros de sí mismos no está enfocado en que puedan imponerse ante los demás, sino para que sean fieles a sí mismos, reflexionen y no necesiten impresionar, agradar o parecer generosos para ser aceptados superficialmente.

La valoración que los hijos hacen del bien y del mal se irá construyendo poco a poco. Es una tarea constante. Nuestra coherencia en los mensajes, nuestro modelo de escala de valores, junto con el impulso innato hacia vincularse (establecer *relación*) y valorar al otro, serán la base sobre la cual se desarrolla la conducta moral.

Lectura recomendada

Correa, A. (2009). *Niños seguros, niños sanos*, Clínica Alemana de Santiago.

Conferencia de Enrique Martínez Lozano. *Dolor, sufrimiento y espiritualidad*. En canal de YouTube de Bibliotecas de Navarra

Bibliografía

Martínez Lozano, E. (2022). *Profundidad Humana, Fraternidad Universal. La Espiritualidad No-Dual*. Editorial Desclée De Brouwer.



HÁBITOS



Hábitos y rutinas

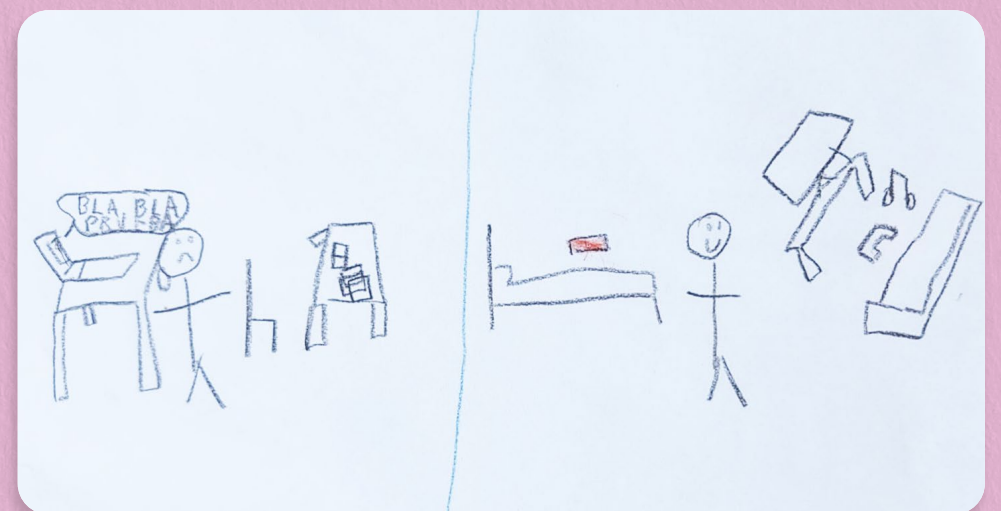
¿Son necesarias?

§

ANITA YURI BLANCH

PEDRO VALENZUELA PÉREZ

Terapeutas ocupacionales



La estabilidad y consistencia en las rutinas ayuda a los niños a anticipar qué sucederá cada día, prepararse para ello, comprender y sentirse seguros en su mundo.

¿Por qué seguimos rutinas?

Desde niños se nos enseña que hay que lavarse los dientes después de cada comida, que todos los días hay que comer frutas y verduras, que debemos dormir cierta cantidad de horas, que hay que hacer las tareas, etc. A los adultos hoy en día se nos insta a mantener estilos de vida saludables, realizar actividad física de manera regular, comer bien y un número determinado de comidas al día, beber cierta cantidad de agua, dormir y descansar bien. Todas estas actividades apuntan a generar cambios en nuestro quehacer cotidiano, de manera de poder realizar estas actividades de manera regular durante toda la vida.

La implementación de un cambio de estilo de vida o de un aprendizaje nuevo en los niños, como lavarse los dientes, implica seguir rutinas de manera cotidiana y a través de ellas crear hábitos.

La investigación observacional indica que las personas que gozan de buena salud adoptan conductas de salud muy rutinarias. Por ejemplo, hacen ejercicio de manera constante, comen los mismos alimentos y no se saltan comidas.

En el caso de los niños, las rutinas son muy importantes. Una rutina a la hora de acostarse se asocia con un mejor funcionamiento familiar y hábitos de sueño saludables. Las rutinas familiares se han relacionado con el desarrollo de habilidades sociales y el éxito académico, y se ha identificado que el cumplimiento de rutinas familiares es importante para la resiliencia⁴³ familiar en tiempos de crisis.

¿Qué diferencia existe entre hábito y rutina?

Hábitos y *rutinas* no significan lo mismo. Los hábitos están asociados a una señal, por ejemplo, lavarse las manos después de ir al baño es un hábito, porque el lavado de manos está asociado con el hecho de ir al baño. Al igual que una rutina, un hábito requiere poco pensamiento consciente. Sin embargo, después de una ausencia prolongada de la señal, el hábito de un individuo puede desaparecer. Una rutina no depende de una señal.

⁴³ Ver capítulo 38, "Resiliencia".

¿Qué son las rutinas?

Las rutinas son secuencias regulares y predecibles de actividades o comportamientos que se repiten en el día a día. Proporcionan una organización, ya que suelen ocurrir de manera regular y en un orden específico en el día.

Todos los seres humanos tenemos y necesitamos rutinas. Se suele escuchar que son necesarias para los niños porque los ayuda a organizarse y bajar niveles de estrés, pero estas también son importantes y beneficiosas para los adultos y contribuyen en la salud mental de las personas. Si bien son necesarias para todas las personas, ellas cambian y cumplen una importancia diferente dependiendo de la etapa del ciclo vital en la que nos encontremos.

¿Qué rol cumplen las rutinas?

Durante la infancia, la estabilidad y consistencia en las rutinas son muy importantes. Que estas sean predecibles y consistentes ayuda a los niños a anticipar qué sucederá cada día, prepararse para ello, comprender y sentirse seguros en su mundo. Esto se traduce en confianza y regulación, ya que las rutinas entregan una sensación de seguridad y estabilidad. Los niños pequeños comprenden los acontecimientos y aprenden lo que se espera de ellos, a medida en que las rutinas hacen que su entorno sea más predecible.

Es también durante las rutinas que los niños aprenden y perfeccionan habilidades básicas y complejas que los ayudan a desempeñarse en su mundo, por ejemplo, la importancia de lavarse las manos, los dientes, aprender sobre la higiene personal, comer, vestirse y hasta relacionarse con pares. Las rutinas entregan repetición y es con la repetición que nace la experiencia que perfecciona y asienta los aprendizajes y el sentido de logro.

¿Cómo cambia la necesidad de rutinas según la edad?

A lo largo del ciclo vital, las rutinas continúan siendo de importancia para los niños y adolescentes, aunque su relevancia en lo cotidiano es diferente. Hay que considerar que los adolescentes están más preparados para aceptar cambios y se puede permitir mayor flexibilidad en sus rutinas, ya que a medida que van creciendo adquieren mayor seguridad y estabilidad emocional y que lo vivido durante la infancia temprana les ayudó a establecer una base sólida. Con el pasar de los años, los niños van desarrollando habilidades para lidiar con el cambio y la incertidumbre.

Cuando los niños crecen experimentan muchos cambios físicos y emocionales que se acompañan de un aumento en los desafíos escolares, sociales y un aumento de las demandas del entorno. La autonomía y la autoorganización va cumpliendo un rol fundamental. A medida que los adolescentes asumen más responsabilidades, las rutinas les ayudan a desarrollar autodisciplina. De a poco, comienzan a establecer y crear sus propias rutinas entre tareas escolares, responsabilidades en el hogar y actividades placenteras de tiempo libre. Las rutinas los ayudan a gestionar el tiempo de manera eficiente y sobrellevar el aumento de demandas, disminuyendo el estrés y sobrecarga. Las rutinas brindan momentos de calma y previsibilidad en el día. Estos momentos de tranquilidad pueden ser especialmente importantes en la adolescencia, cuando los jóvenes enfrentan desafíos emocionales diversos.

¿Qué pasa si mi hijo está demasiado apegado a rutinas?

Las rutinas son importantes por todo lo que hemos mencionado a lo largo de este capítulo, nos entregan sobre todo estabilidad y estructura y nos permiten anticipar las demandas de cada tarea, pero efectivamente hay niños que son muy apegados a ellas, mostrando comportamientos más “rígidos”. Estos comportamientos de “seguir al pie de la letra” determinada rutina, por ejemplo, hacer las tareas diarias siempre de la misma manera, irnos siempre por el mismo camino al colegio, tener desafíos para dormir si no se sigue la rutina establecida, etc., puede estar indicándonos que nuestro hijo muestra otros tipos de desafíos y, por consiguiente, requiere de apoyos en su desarrollo.

Los niños y niñas muy apegados a las rutinas pueden tener una exploración más cautelosa y poco variada del entorno, tienden a requerir más apoyos que otros niños para adaptarse a situaciones nuevas y para regularse frente a los cambios. En ocasiones, los niños que tienen dificultad para planificar los pasos de tareas nuevas o les es difícil organizarse para responder de manera adecuada a los requerimientos de las actividades cotidianas, tienden a querer realizar las mismas rutinas.

Cuando los niños muestran marcada ansiedad ante los cambios de la rutina cotidiana⁴⁴, suele ser necesario introducir de manera gradual y respetuosa pequeños cambios diarios. Podemos también implementar momentos en las rutinas que sean “flexibles” —en la medida en que el niño lo tolere—, que nos entreguen variaciones durante la semana y sobre todo fomentar la autonomía, permitiendo que los niños tomen decisiones cotidianas (ej.: qué color de polera usar o qué libro leer antes de dormir), ya que esto los

⁴⁴ Ver capítulo 35, "Entendiendo la ansiedad".

ayuda a ir desarrollando sensación de confianza y control, lo que buscan muchas veces aferrándose a rutinas “inamovibles”. También es importante intentar descubrir si esa falta de flexibilidad es por la presencia de alguna dificultad o falta de destreza de alguna habilidad específica, por ejemplo: algún niño que no le gusta cambiarse las zapatillas porque las que usa le quedan más sueltas que las otras o estas tienen velcro y las otras no, etc.

Los niños que requieren de estructura y entornos predecibles se benefician de los *anticipadores* en la rutina. Con esto nos referimos a que sepan qué esperar de determinada situación, saber cuándo sucederá y qué se espera de ellos. Es poder establecer expectativas, por ejemplo, cuando hay un control médico, explicarle qué sucederá, permitirle ensayar, recrear y visualizar en libros, cuentos o por medio de imágenes lo que significa ir a determinado doctor. El anticipar implica que se preparen mentalmente a lo que viene y las próximas actividades. También es importante para algunos niños que se les prepare para las transiciones, para esto los padres pueden usar un temporizador o un “aviso de 3 minutos” a fin de preparar a los niños para un cambio de actividad.

Los niños con el tiempo aprenden a anticipar los cambios en las rutinas y, poco a poco, se vuelven más independientes en ellas, a medida que aprenden lo que implica cada rutina. Si las rutinas son predecibles, tienen señales claras que indican la transición y los momentos de esparcimiento y tiempo libre. Las rutinas también ayudarán a reducir las conductas desafiantes.

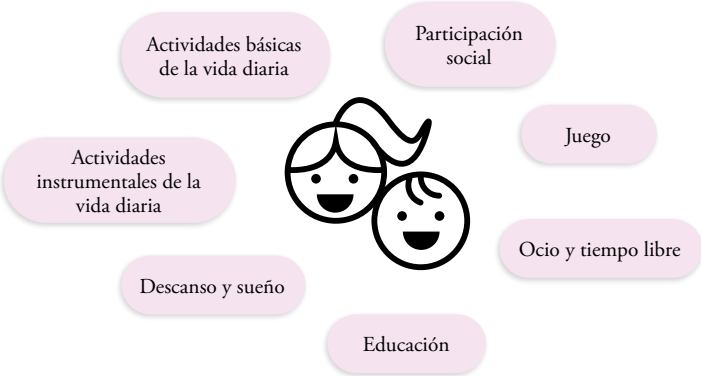
¿Cuánto se demora en cambiar un determinado hábito?

“Formar una rutina puede llevar mucho tiempo y varía mucho entre personas. Existen pocas investigaciones experimentales sobre rutinas (...) y se estudia con mayor frecuencia la formación de hábitos” (Arlinghaus, 2018). En el mismo artículo se señala un estudio realizado en el Reino Unido que examinó cuánto tiempo les toma a los adultos formar un hábito relacionado con un la dieta alimentaria o la actividad física que no practicaban previamente. “Los comportamientos fueron realizados por una única vez durante el día (p. ej., comer una fruta en el almuerzo, beber un vaso de agua después del desayuno, hacer 50 abdominales después del café de la mañana y caminar durante 10 minutos después del desayuno). En promedio, pasaron 66 días antes de que los hábitos se volvieran automáticos para los participantes”, se observa en el estudio. “Las conductas de actividad física se tardaron 1,5 veces más en volverse automáticas que comer o beber”. De esto se puede hipotetizar que los hábitos más complejos tomen mucho más tiempo. “Además de las posibles diferencias entre los

tipos de comportamiento, el tiempo para formar un hábito varió considerablemente entre los individuos” (la formación de hábitos osciló entre 18 y 254 días).

¿Cuál es el valor del ocio?

Dentro de las áreas de ocupación del tiempo se pueden distinguir las que se presentan en el esquema 16-1. El ocio es el tiempo libre fuera de las obligaciones académicas (ir al colegio, hacer tareas, talleres extra programáticos, clases particulares, etc.) y responsabilidades familiares. En estos momentos los niños escogen actividades de acuerdo a sus intereses y motivación, porque el ocio es un espacio sin estructura definida, donde la elección de la persona de qué hacer con su tiempo es lo esencial.



Esquema 16-1. Áreas de ocupación del tiempo

Desde la perspectiva del desarrollo infantil los beneficios son muchos y significativos para el crecimiento. El ocio cumple un rol fundamental en el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo, disminuye el estrés permitiendo que se relajen y mejore su bienestar, y fomenta y promueve la creatividad y la curiosidad.

Es en momentos de ocio que los niños pueden, por medio del juego libre, expresar emociones y aprender a encauzarlas apropiadamente. Es también en el tiempo libre que surgen muchas actividades sociales, donde aprenden a compartir, cooperar y resolver conflictos junto a otros.

Pero sobre todo el ocio fomenta la autonomía, brinda a los niños la oportunidad de tomar decisiones y gestionar su propio tiempo y actividades. Por esto, es importante que los adultos derribemos el mito sobre la concepción negativa del ocio como “pérdida de tiempo”. El poder escoger qué hacer en momentos de ocio, además de aportar en su desarrollo, los vuelve agentes activos. Los momentos de ocio pueden darse de manera

aislada o en interacción con otros. No está establecido en forma rígida qué se debe hacer en un momento de ocio, pero no necesariamente significa hacer algo o tener una finalidad predeterminada, incluso es apropiado inculcar momentos de *pausa* en el quehacer constante, ya que en la medida en que no aprendemos a tolerar las pausas (momentos sin una actividad ni finalidad específica), generamos la sensación desagradable de *aburrimiento* y potenciamos la intolerancia a este. En la medida en que desarrollamos la valoración de las pausas, de estas surgirá algo constructivo. El rol de los adultos es fomentar que los niños mantengan un equilibrio entre las obligaciones cotidianas –las cuales enseñan sobre la importancia de la responsabilidad y cumplir con las tareas asignadas–, tener actividades de ocio positivas que apoyen el desarrollo personal de nuestros hijos y momentos de pausa. Hay otros tipos de actividades que los niños tienden a escoger en su tiempo libre que, al hacerlas en exceso, tienen un impacto negativo en su desarrollo, por ejemplo, el exceso de pantallas (videojuegos, contenido en internet sin control parental, redes sociales sin supervisión)⁴⁵.

Bibliografía

Arlinghaus, K.R. y Johnston, C.A. (2018). The Importance of Creating Habits and Routine. *Am J Lifestyle Med*, 13, (2), 142-144. doi: 10.1177/1559827618818044. PMID: 30800018; PMCID: PMC6378489.

Creating Routines for Love and Learning. (2010). Recuperado de <https://www.zerotothree.org/resource/creating-routines-for-love-and-learning/>

Lally, P. et al. (2009). *How are habits formed: Modelling habit formation in the real world*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejsp.674>

Siegel, D. J. y Payne Bryson, T. (2018). *La Disciplina Sin Lágrimas*. Editorial B de Bolsillo.

Tsabary, S. (2019). *Padres Conscientes, Hijos Felices*. Editorial B de Bolsillo.

45 Ver capítulo 24, "Pantallas".

Higiene del sueño

¿Por qué es importante dormir bien y cómo lograrlo?

§

VERÓNICA BURÓN KLOSE

Neuropediatra



Los niños con mal dormir tienden a mantener las hormonas del estrés (cortisol) y glucosa en sangre elevadas durante la noche, lo que se relacionaría con mayor predisposición a diabetes, obesidad y enfermedades cardíacas a futuro, si se mantiene la carencia en horas de sueño de manera persistente.

¿Qué es el sueño?

El sueño es un proceso fisiológico reversible de desconexión y falta de respuesta al medio ambiente. No es un proceso pasivo, porque es muy importante para el desarrollo del cerebro. Esto explica por qué los bebés pasan más de la mitad del tiempo durmiendo.

El sueño está encargado de la mantención y conservación de la energía cerebral. Tiene múltiples funciones: endocrinas (por ejemplo, en la producción de la hormona del crecimiento), regulación de la inmunidad y en procesos cognitivos (como la consolidación de la memoria y aprendizaje).

¿Qué es un buen dormir?

Un buen dormir es aquel que es reparador, es decir, que le permite al niño adaptarse a las demandas individuales, sociales y ambientales, y que promueve el bienestar físico y mental. Para ello, debe ocurrir en el momento adecuado y tener una eficiencia y duración suficiente que le permita una alerta sostenida durante las horas de vigilia. La duración adecuada va a ser diferente según la etapa del desarrollo (tabla 18-1).

¿Qué es higiene del sueño?

Se trata de tener las rutinas, los horarios y la cantidad de sueño suficiente para que este sea reparador. La duración y la regularidad del ciclo sueño-vigilia son los factores más importantes para que un niño tenga un sueño reparador y de calidad.

Significa tener un ambiente adecuado, que no sea bullicioso, con la temperatura adecuada, que sea seguro, así como también tener rutinas diarias que promuevan un sueño constante e ininterrumpido. Los niños con rutinas de sueño consistentes se acuestan más temprano, demoran menos en dormirse, tienen un menor número y duración de despertares nocturnos y duermen más horas en 24 horas.

¿Cuántas son las horas adecuadas de sueño según la edad?

La cantidad de sueño que necesita un niño varía según la edad, pero también hay cierta variabilidad entre un niño y otro. Las recomendaciones no se basan solamente en encuestas poblacionales de cuánto duermen, sino también en estudios neuropsicológicos que evalúan la cantidad de sueño necesaria para un óptimo funcionamiento. Recomendaciones de sueño (tabla 18-1).

Edad	Horas recomendadas	Horas que podrían ser apropiadas	No recomendado
0 a 3 meses	14 a 17	11 a 19	Menos de 11 - Más de 19
4 a 11 meses	12 a 15	10 a 18	Menos de 10 - Más de 18
1 a 2 años	11 a 14	9 a 16	Menos de 9 - Más de 16
3 a 5 años	10 a 13	8 a 14	Menos de 8 - Más de 14
6 a 13 años	9 a 11	7 a 12	Menos de 7 - Más de 12
14 a 17 años	8 a 10	7 a 11	Menos de 7 - Más de 11
18 a 25 años	7 a 9	6 a 11	Menos de 6 - Más de 11
26 a 64 años	7 a 9	6 a 10	Menos de 6 - Más de 10
Mayor de 64 años	7 a 8	5 a 9	Menos de 5 - Más de 9

Tabla 18-1. Requerimientos de sueño según edad (adaptado de Mindel, 2018)

¿Cómo afecta un mal dormir la salud mental de los niños?

La falta de sueño puede tener consecuencias devastadoras en el estado de ánimo y el rendimiento del niño. Afecta el estado emocional, el ánimo y las conductas. La forma de manifestarse va a ser distinta según la edad y etapa de desarrollo del niño. En el lactante, la falta de sueño se puede manifestar con irritabilidad, se ponen más demandantes.

Los niños cansados no necesariamente actúan como “cansados”, por el contrario, mientras luchan contra su impulso de dormir, pueden volverse hiperactivos. El hecho de que un niño se levante solo en la mañana no significa necesariamente que esté completamente descansado. Tenemos relojes internos muy fuertes, por lo que algunos niños se despiertan a la misma hora sin importar a qué hora se acostaron. Los adolescentes muestran somnolencia y sensación de baja energía.

El déficit de sueño produce una baja en la atención sostenida, especialmente en tareas monótonas a las que van a demorar más en reaccionar, en la toma de decisiones y la comisión de más errores. Además, van a manifestar dificultades en la memoria, pues

esta se consolida en el sueño. Esto puede manifestarse con síntomas muy similares a los de un niño con déficit atencional y llevar a una baja en el rendimiento escolar. Un mal dormir también aumenta el riesgo de accidentes, pues está más torpe e impulsivo.

La falta de sueño crónico puede simular un estado ansioso o depresivo. Por otro lado, hay una relación bidireccional entre los estados de ánimo y sueño. Por ejemplo, si el niño está ansioso, esto afecta al sueño y, si duerme poco, se pone más ansioso.

¿Qué problemas se producen al no respetar las horas de sueño?

Además de las consecuencias a nivel de salud mental del mal dormir, la falta de sueño también tiene repercusiones en la salud física.

La hormona del crecimiento se secreta principalmente durante el sueño profundo, por lo que, al disminuir su producción, puede afectar el crecimiento del niño.

Los niños con mal dormir tienden a mantener las hormonas del estrés (cortisol) y glucosa en sangre elevadas durante la noche, lo que se relacionaría con mayor predisposición a diabetes, obesidad y enfermedades cardíacas a futuro, si se mantiene la carencia en horas de sueño de manera persistente.

Hay varios factores que favorecen la obesidad en los niños que duermen mal. Ya desde muy temprano en la infancia, cuando el bebé llora, por ejemplo, la técnica utilizada para calmarlo es darle una mamadera, con lo que se favorece el hábito de comer en la noche. La hormona de la “saciedad”, la leptina, que hace que dejemos de comer cuando hemos comido lo suficiente, ante la falta de sueño aparentemente disminuye su producción, lo que aumenta la posibilidad de sobrepeso y obesidad. Cuando el niño está cansado, aumenta el antojo por alimentos ricos en grasas y carbohidratos, y además tienden a ser más sedentarios, por lo que queman menos calorías.

La falta de sueño afecta además el sistema inmune, por lo que van a tener mayor propensión a infecciones.

¿Cómo puedo yo proveer las mejores condiciones para una higiene correcta del sueño?

Desde muy pequeño es importante ir fomentando buenas rutinas y hábitos de sueño acordes a las necesidades de su edad, con horarios definidos y sin grandes cambios entre los días escolares y fines de semana. Hay que tener presente las rutinas del uso diurno y nocturno de su cama, por ejemplo, si el niño la utiliza para muchas actividades –como hacer tareas, comer, ver televisión–, va a dificultar que después se duerma en la cama; por tanto se recomienda que se reserve el uso de la cama para dormir.

Es importante que en el día el niño realice actividad física, idealmente pase algunas horas al aire libre, haga deporte, salga a jugar al patio o ande en bicicleta.

También evitar el uso excesivo de pantalla⁴⁶, especialmente en la hora antes de acostarse. Por un lado, las pantallas interfieren con la producción de melatonina y, por otra parte, el contenido observado agita al niño, no quiere acostarse y en los escolares mayores el uso del celular para socializar genera que no lo apaguen hasta altas horas de la noche.

También es importante que no ingieran bebidas cola ni energéticas en la tarde.

Además, hay que generar un adecuado ambiente de sueño en el que haya una temperatura agradable, no muy calurosa, oscurecer la pieza y que no sea muy ruidoso. En los lactantes, hay que asegurarse que sea un ambiente seguro, colchón firme, evitar almohadas mullidas y que la cuna cumpla con las recomendaciones de la distancia entre los barrotes para que no pase la cabeza.

Tips para dormir toda la noche en las distintas etapas del desarrollo.

Hay que ir educando al niño desde temprana edad para lograr que duerma toda la noche y pueda sentirse seguro en su cama. Para ello, lo más importante es la consistencia.

Idealmente tiene que haber una secuencia definida, que vaya anticipando al niño a que va a dormir, por ejemplo: baño-cena-bajar la actividad-cuento.

La rutina de leerle el cuento, por ejemplo, debe hacerse idealmente en el lugar donde va a dormir, en su dormitorio. Esta no debiese durar más de 15 minutos (más larga si se incluye el baño) y hay que anticipar al niño que serán solo uno o dos cuentos, según su longitud, para que no comience a negociar por más.

Es importante evitar las asociaciones inflexibles del quedarse dormido con alguna otra conducta que lo hagan dependiente en forma extrema de aquello, por ejemplo, acariciando la oreja o el pelo de la mamá. Si se produce esta asociación rígida, va a ser cada vez más difícil que aprenda a conciliar solo y, si despierta en medio de la noche –todos lo hacemos– el niño va a necesitar de estas mismas asociaciones para volver a dormirse y va a llamar a la mamá.

46 Ver capítulo 24, "Pantallas".

Prácticas para un sueño saludable

- Tener un horario y rutina al acostarse establecido: adecuado a su edad y a las rutinas del hogar
- Los horarios de acostarse y levantarse deben ser aproximadamente similares en los días de semana y fin de semana
- La hora antes de acostarse debe ser tranquila. Evitar actividades de alta energía, ejercicio extenuante, estimulantes (como ver TV, videojuegos) justo antes de acostarse
- Que no se acueste con hambre. Colación liviana. Evitar comidas pesadas 1-2 horas antes de acostarse
- Evitar productos que contengan cafeína las horas antes de acostarse: bebidas cola, energizantes, café, té, chocolate
- Asegurarse de que su niño juegue al aire libre y haga ejercicio todos los días
- Horario regular para actividades diurnas y nocturnas
- Dormitorio tranquilo y oscuro. Una luz tenue es aceptable si su niño tiene miedos
- En la mañana, abrir cortinas para que entre luz
- Temperatura de dormitorio agradable (18 a 21 grados)
- Evitar usar el dormitorio/cama para castigos (*time out*)
- NO tener televisores en el dormitorio. El niño puede desarrollar una necesidad de uso de TV si este está en el dormitorio para dormirse. Es difícil controlar
- Uso de refuerzos positivos si ha logrado alguna meta, como no levantarse en la noche
- No favorecer conductas inapropiadas o gananciales al irse a la cama
- Si el escolar mayor o adolescente duerme siesta, esta no debe ser superior a 45 minutos

¿Cuándo es necesario sacar a los niños de la cama de los padres?

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que los bebés compartan pieza con los padres, pero que no compartan cama, pues esto aumentaría el riesgo de síndrome de muerte súbita por sofocación y el riesgo que el bebé se caiga de la cama. La literatura muestra que un porcentaje de lactantes y preescolares siguen compartiendo cama con sus papás, siendo muy ocasional después de los 8 años. Algunos estudios muestran que el *colecto* se asocia a una menor eficiencia de sueño, se duermen más tarde y despiertan más veces en la noche. También se ha visto que el prolongar el tiempo de *colecto* (especialmente si es por comodidad de los padres o por algún otra razón que no

esté centrada en el bienestar del niño) se relaciona con mayores problemas emocionales y mayor ansiedad. El niño se va haciendo más dependiente e inseguro.

No hay problema si en forma excepcional el niño duerme con sus padres.

¿Cómo lograr que duerma solo, sin leche materna?

Esto, como lo decíamos con anterioridad, en un tipo de asociación al sueño. Lo importante es prevenir. Ya alrededor de los 6 meses o antes hay que fomentar que se duerma en la cunita. Si está con lactancia materna, se recomienda dar pecho y poner en la cuna cuando se esté quedando dormido, pero aún despierto. Si cada vez que el bebé llora, se lo pone al pecho usando esta práctica como “consolador”, los espacios de tiempo entre una alimentación y otra van a ser cada vez más cortos, despertando más veces en la noche, pues no va a tener el hambre suficiente como para tomar un volumen adecuado, por lo que va a pedir *papa* nuevamente en un intervalo de tiempo más corto.

Esta práctica frecuentemente conlleva a que el bebé duerma en la cama matrimonial. Por esto es importante ir alargando paulatinamente el tiempo entre cada alimentación, acorde a la edad y necesidades del bebé, tanto de día como de noche. Se puede distraer por un rato dando otras alternativas de consuelo, por ejemplo con el chupete que también debe ser sin excesos, no como única alternativa ni en remplazo de la relación afectiva padres-hijos. Hay que recordar que en los primeros meses de vida no es infrecuente que los bebés tengan cólicos, alergias alimentarias o reflujo gastroesofágico, lo que puede favorecer despertares nocturnos más frecuentes. Inicialmente, ante cualquier cambio producto del crecimiento en la interacción va a existir una resistencia, por eso es importante la consistencia de los padres, especialmente en este período.

Si un niño necesita pocas horas de sueño para recuperarse (menos de 8), ¿está mal?

Lo primero es ver cuáles son los requerimientos según edad. Quizás para un grupo de adolescentes baste con 8 horas, pues hay una variabilidad interpersonal, pero un preescolar requiere más horas de sueño. Si duerme 8 horas o menos hay que asegurarse de que con eso logra que sea un sueño reponedor. Hay que evaluar si tiene una buena rutina, si tiene horarios establecidos para dormirse y si al día siguiente está de buen humor y no anda somnoliento. Una manera de ver cuánto es efectivamente la cantidad de sueño que requiere, es, por ejemplo, en vacaciones, acostándolo todos los días a un horario estable y adecuado, ver a qué hora se despierta por sí mismo al día siguiente, sin despertarlo, evaluando cuántas horas necesita para amanecer bien. Hay

niños que tienen un “reloj biológico” de despertar a la misma hora, independiente del horario en que se acostaron, por lo que hay que asegurarse que tuvo la oportunidad de dormir lo necesario, acostándolo a una hora prudente para que cumpla con sus requerimientos.

Viendo todas estas variables, si el niño igual duerme 8 horas, puede ser que en ese caso individual sea suficiente esa cantidad de sueño.

¿Un niño/a de 5 años debería hacer siesta en la tarde?

La mayoría de los niños mayores de cinco años no duerme siesta. Existe un tiempo de siesta que estadísticamente se relaciona con la edad del niño (ver tabla 18-2). Muchas veces cuando persiste la necesidad de siesta después de los 5 años es porque no está durmiendo lo suficiente en la noche y traslada ese déficit a un horario diurno. Si un niño de 5 años requiere de una siesta, hay que revisar si está durmiendo lo suficiente, si ronca, tiene despertares o se desvela durante la noche. Si requiere siesta, esta debe ser corta y en un horario adecuado que no altere el sueño nocturno.

Edad	Tiempo de siesta
1 mes	3,5 horas al día.
12 meses	2 horas al día.
18 meses	1 hora al día.
3 años	50% de los niños no hacen siesta.
8 años	Solo 5% de los niños hacen siesta.
Mayores 10 años	Hacer siesta puede ser signo de falta de sueño nocturno.

Tabla 18-2. Requerimientos de siesta según edad.

El consumo de melatonina en niños, ¿tiene consecuencias a corto y largo plazo?

La melatonina es una hormona producida por la glándula pineal en el cerebro, cuyo gatillante principal para su producción es la oscuridad, produciendo esa necesidad imperiosa de irse a acostar; es decir, es importante en la conciliación del sueño.

Aunque el rango de seguridad de la melatonina es amplio, las sociedades de sueño no recomiendan su uso en lactantes ni menores de 3 años sanos, pues los problemas son de conducta o higiene del sueño. En caso de usarse, en preescolares la dosis recomendada es de 1 a 2 mg.

Algunos estudios en humanos y animales han mostrado una relación de uso prolongado en niños y pubertad precoz.

En general, la recomendación es que el niño debe aprender a conciliar el sueño por sí mismo, sin necesidad de apoyo farmacológico, para lo que hay que insistir en la higiene de sueño. Dejar el eventual uso de melatonina para esos períodos de desajuste, como coadyuvante para restablecer la rutina.

Lectura recomendada

Mindell, J. y Owens, J. (2015, Third Edición). *A Clinical Guide to Pediatric Sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems*. LWW.

Bibliografía

Lunsford-Avery, J. *et al.* (2021). Behavioral Treatment of Insomnia and Sleep Disturbances in School-Aged Children and Adolescents; *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 30, (1) 101-116. doi:10.1016/j.chc.2020.08.006.

Mindell, J. y Williamson, A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond; *Sleep Med Rev*, 40, 93-108.

Owens, J. y Moore, M. (2017). Insomnia in Infants and Young Children. *Pediatr Ann.* 46, (9), 321-326.

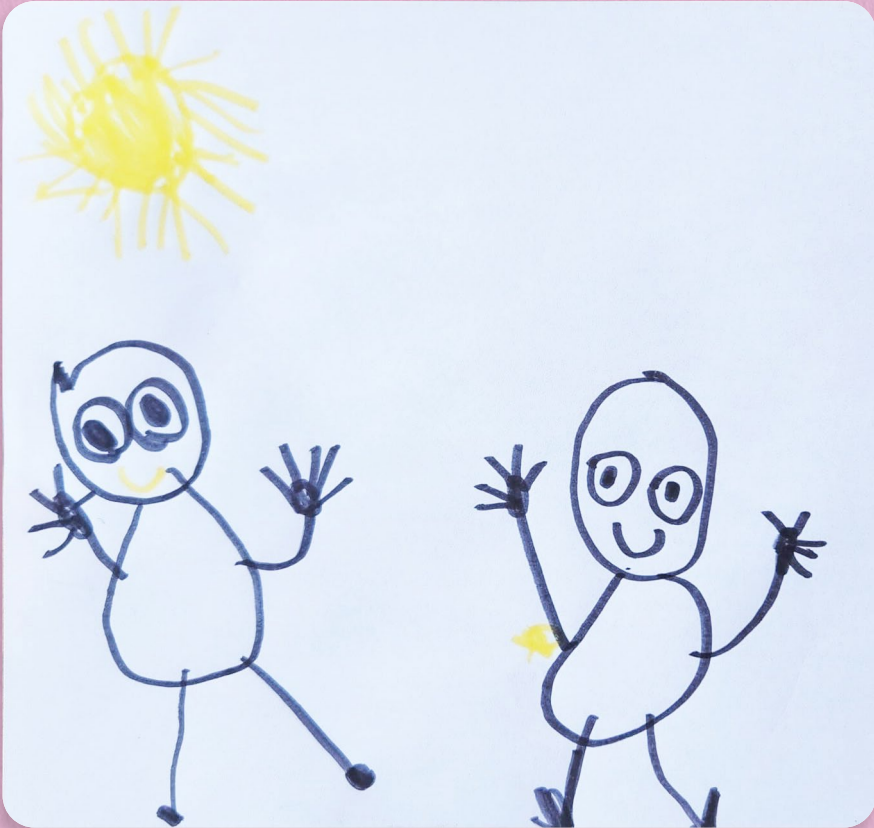
Shalini Paruthi, S. *et al.* (2016). Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine on the Recommended Amount of Sleep for Healthy Children: Methodology and Discussion: *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12, (11).

Importancia de la libertad de movimiento
¿Cómo influye el desarrollo psicomotor en la salud mental de los niños?

§

ALEJANDRA BRETÓN MOLL

Psicóloga clínica



La libertad de movimiento en la primera infancia es esencial para el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los niños. Al permitir que los niños pequeños exploren y experimenten con su entorno de manera independiente, se desarrollan habilidades importantes y valiosas que les servirán a lo largo de toda su vida.

Al permitirles explorar, probar y sentir, vamos contribuyendo al desarrollo de su voluntad, a la consciencia de sus propios límites corporales y los de los demás, desarrollándose así también la capacidad de ser empáticos y tener una sensación interna y externa de armonía y autoestima positiva.

¿Qué es libertad de movimiento?

La libertad de movimiento se refiere a permitir que los bebés y los niños pequeños exploren y experimenten con su entorno físico, sin restricciones innecesarias. Aunque puede parecer peligroso permitir que los niños pequeños se muevan libremente, hay numerosos beneficios para su desarrollo físico, cognitivo y emocional. Los límites deben existir, el cuidado del espacio físico y el acompañamiento adulto son fundamentales, sin embargo, podemos intencionar un espacio motor libre en su beneficio.

Estar atentos, desde una perspectiva de observación más que intervención, nos permitirá dar mayor libertad a que nuestros hijos se muevan desde muy pequeños. Dejarlos en el suelo activará la exploración del mundo que lo rodea de manera natural e innata. Esto les brindará ir construyendo el conocimiento de sus propios límites corporales e irán experimentando sensación de éxito y regocijo por metas conquistadas por sí mismos. Son los inicios de la estimulación de la tan famosa autonomía. A la vez, como padres, podremos detener algunas sobreintervenciones innecesarias que coartan sus procesos.

¿Qué relevancia tiene el movimiento en el desarrollo sano y de calidad?

No hay psiquismo, ni siquiera al inicio, sin actividad
Iolanda Vives, 2004

En la naturaleza humana, el movimiento implica una acción, un cambio de posición, un desplazamiento. Esta posibilidad existe desde nuestra gestación, somos producto de movimientos. El movimiento produce reacciones, es decir, posee una dimensión progresiva y vinculante con el medio y con las demás personas.

Al ser padres, por tanto, se vuelve tremendamente relevante que hagamos consciencia de que estos aspectos propios del ser humano están presentes desde el inicio de su desarrollo, marcarán las primeras y futuras experiencias, e irán configurando el mundo interno y externo de nuestros hijos.

En primer lugar, la libertad de movimiento ayuda a desarrollar la coordinación y el equilibrio. Los bebés aprenden a controlar su cuerpo y a moverse de manera autónoma, a través de la exploración y la experimentación. Cuando los niños pequeños tienen la libertad de gatear, caminar y correr, desarrollan una comprensión más profunda de su cuerpo y de cómo se mueve este en el espacio. Podemos observar en ellos una exploración científica temprana: acciones como empujar, tomar y desplazar, y conceptos como velocidad, fuerza y flexibilidad (propia y de los objetos con los que interactúa).

Además, fomenta la curiosidad y la exploración, bases de lo que pueden ser el interés y motivación que tengan para el aprendizaje que les espera, por ejemplo, en su escolarización. Cuando los niños pequeños tienen acceso a un ambiente seguro y estimulante, tienen la oportunidad de incrementar su seguridad personal, autovalía y creatividad. La seguridad genera el marco estable para atreverme y motivarme a aprender más y a continuar adquiriendo teorías del funcionamiento del mundo que vengo conociendo. Vamos desarrollando nuestra capacidad para descubrir cosas nuevas, para resolver problemas a través de diversas vías y adquirir seguridad en la toma de decisiones.

¿Qué relación tiene con el desarrollo cognitivo y emocional?

La libertad de movimiento tiene beneficios para el desarrollo cognitivo. Desde su nacimiento hasta los dos años, aprenden mejor a través de experiencias prácticas y exploración activa. Cuando se les permite moverse libremente, pueden experimentar con diferentes objetos y materiales, y descubrir científicamente cómo estos funcionan. A través de estas pruebas de ensayo y error, se estimula el pensamiento lógico: amplían su comprensión de causa y efecto. Hacia los seis o siete años se logra la madurez sensorio-motriz, aunque en posteriores estadios del desarrollo también tendrá relevancia la promoción del movimiento libre.

También es fundamental para el desarrollo emocional. Cuando los niños pequeños tienen la libertad de moverse y explorar de manera independiente, se sienten más seguros y cómodos en su entorno. Esto les ayuda a desarrollar su autoestima y la confianza en sí mismos y en los demás. Alrededor de los diez meses ya podemos percibir ciertos indicios de habilidades sociales. La cooperación y la empatía son fundamentales para desenvolvernó en este mundo y esto se gesta en la interacción con otros niños mientras se mueven, se topan, se apoyan uno en otro y desarrollan así un juego motor conjunto.

¿Cómo podemos ayudar como padres?

La siguiente definición de psicomotricidad, nos puede servir como padres para replicar en casa este modelo integrado:

“La psicomotricidad es una disciplina que, basándose en una concepción integral del ser humano, se ocupa de la interacción que se establece entre el conocimiento, la emoción, el cuerpo y el movimiento y de su importancia para el desarrollo de la persona, así como de su capacidad para expresarse y relacionarse”.

(Rodríguez, 2004)

Encontramos hoy en diversos contextos esta práctica de la libertad del movimiento abordada por psicomotricistas. Se ofrecen tanto terapias individuales como grupales. La psicomotricidad se ha ganado un espacio en la educación formal, ya que saltan a la vista sus beneficios. La dificultad en Chile es la implementación por parte de cada establecimiento que aún no tiene el seguimiento, supervisión e investigación necesarias.

Si pensamos en un bebé recién nacido, son sus primeros vínculos y el ambiente (la disposición del espacio, temperatura, resguardo de elementos adecuados) los que lo proveerán de seguridad y de las condiciones básicas necesarias para que se desarrolle con naturalidad. Para que su movilidad se logre con libertad, espontaneidad y autonomía, requiere que sus padres hagan conciencia de los beneficios de esta disposición. Por ello la necesidad de capacitarse en este modelo.

Premisa básica es el respeto por los ritmos individuales, no hay uno igual a otro. Los ritmos personales serán afectados a través del vínculo y por el ambiente en el cual se den. Por ejemplo, en un lactante de 4 meses no hablamos de más de 10 a 20 min de tolerancia al suelo y quizás partamos inclusive con menos. Un cuidador puede mostrar un mundo de apertura y posibilidades, pero también uno lleno de intervenciones y coartación. No es extraño que no toleremos dejar al bebé en el suelo porque “está sucio”, “se puede hacer daño” o porque ansiosamente queremos que vayan conquistando las posturas “sentado”, “gateo” para que finalmente camine lo más rápido posible.

¿Cómo influye la libertad de movimiento en la salud mental de los niños?

No tendremos la misma experiencia si somos hijos de padres/cuidadores que respetan los tiempos y ritmos que su bebé demora en llegar a juntar sus manos en la línea media o a girarse de lado a lado y más tarde lograr la posición sentado, que serlo de quienes van directamente a sentarlo o que le toman las manitos y forzosamente lo hacen aplaudir. El tiempo que prima en el segundo caso es el del adulto, quien impacientemente espera que ese niño conquiste logros como si le perteneciera. Estas conductas, en las que todos incurrimos sin ser conscientes de ello, transforman el desarrollo de esa criatura en una especie de trofeo personal mermando la sensación de posibilidad de logro: “yo no podría hacer esto solito o por mí mismo”. En esta misma línea nos encontramos en consulta con padres muy orgullosos señalando que su hijo ha sido muy precoz para todo: “caminó a los 9 meses de edad”, “habla perfectamente desde temprana edad” y no logran comprender por qué, si era tan hábil, años después, a los 3-4 años, ese mismo niño se cae con frecuencia y se accidenta; es impulsivo pasando a llevar a otros pares o no logra reflexionar acerca de sus actos. Necesariamente hay que detenerse en la historia del movimiento *autónomo y libre* de ese niño/niña en particular, para visualizar qué pudo haber quedado inconcluso y así, de manera terapéutica, reactivar experiencias quizás más regresivas –como envolver, acunar, mecer, entre otras–, para que el niño/a pueda completar o repetir sensaciones, emociones, imágenes del desarrollo que pudieron quedar inconclusas.

Con el libre movimiento, poco a poco el niño irá conquistando la experiencia y la satisfacción interna será cada vez más evidente. Vemos así pequeños que buscan la independencia del progenitor a través de gestos y disposición corporal que comunica: “déjame, que quiero estar en el suelo”. De acuerdo al espacio brindado es que irá asegurándose y aprendiendo a disfrutar de su autonomía corporal y mental.

Para esta activación mental y corporal del infante, es fundamental ser parte vinculante a través de la disposición del propio cuerpo (como padres y/o cuidadores). A veces, estar cerca y atentos basta. Otras, hablar y/o tararear, poner nuestra voz, emitir sonidos armónicos al bebé será beneficioso y los recibirá como actos de contención, compañía y participación. Por lo tanto, vamos forjando vínculo y la calidad y cualidad serán fundamentales para su activación y motivación hacia la exploración. Ambos, bebé y cuidador, deben sentirse cómodos, interesados y a gusto, generar ambientes cargados de seguridad, positividad y placer que entregarán al niño/a infinitas herramientas. Los beneficios que adquieren son, sin duda, el fortalecimiento de su musculatura, articulaciones, coordinación y equilibrio corporal, favoreciendo entonces su salud física y mental general.

¿En qué más le ayuda esto al niño/niña?

Si en la rutina de nuestro día a día incorporamos espacios y tiempos diseñados para que el niño/a pueda moverse en libertad, veremos cómo mejora o se regulan sus necesidades básicas: sueño y vigilia, alimentación y regulación del sistema digestivo. Esto apoyará una rutina estable y armónica que va de la mano con sus necesidades y ritmos personales.

Esta práctica favorece el desarrollo de la consciencia del niño de sí mismo y de su entorno. En los propios límites corporales, y desde esa observación en acción, nace el respeto y empatía por el otro: voy conociendo cómo me puedo desenvolver en un ambiente en el que hay más seres que me limitan y afectan y *yo a ellos*⁴⁷. En la medida que conocemos nuestro cuerpo y los alcances de sus movimientos, vamos configurando un yo psíquico integrado al corporal y consciente de la acción social. Si desde pequeños somos hábiles reconociendo nuestros propios límites, naturalmente reconoceremos el actuar y los límites de los demás.

¿Es bueno el refuerzo o premiar a los hijos por sus logros?

Lo que con mis propios recursos voy descubriendo y conquistando me llena de satisfacción y conocimiento personal. Dichas experiencias con el tiempo son aprendizajes internalizados en profundidad, con certeza, eficacia y, por sobre todo, con mucha satisfacción intrínseca.

La estrategia del “refuerzo positivo/premio” en cada conquista o logro puede funcionarnos en cierta medida, pero también puede llegar a ser peligrosa si se torna en la única estrategia constante en el tiempo. Es necesario observar y cautelar las formas en que le expresamos a los pequeños nuestra gratificación a propósito de sus logros, ya que podemos instalar en nuestros niños la asociación directa entre los logros personales y la búsqueda incesante de aprobación y/o gratificación del adulto significativo. Si estoy siempre pendiente de satisfacer al otro, dejo de fortalecer mi propia voluntad y fuerza personal.

Si no desarrollo esta capacidad de experimentar intrínsecamente mis conquistas, me costará más tolerar caídas y frustraciones. El aprender a tolerar las experiencias que no me resultan como esperaba o en los tiempos que me había propuesto, se pone en juego ya desde los primeros años de vida y, en particular, a través de nuestro cuerpo y movimiento. La importancia del fortalecimiento de la autonomía, voluntad y tolerancia

47 Ver capítulo 10, “La empatía y su desarrollo”.

a la frustración van de la mano. Los adultos a cargo tenemos una gran responsabilidad y labor educativa hacia nuestros niños. De ahí la invitación a ser padres conscientes, reflexivos y conocedores expertos del desarrollo de nuestros hijos, ocupándonos sutilmente desde la observación hacia la acción/intervención.

¿Qué aspectos debemos trabajar como padres para ser buenos ejemplos a imitar para los hijos?

Trabajar mis propias limitaciones y vacíos como padre/madre y/o cuidador es un continuo aprendizaje; necesitamos tomar consciencia de nuestra capacidad de espera, de tolerancia de la frustración, de respeto de nuestros propios ritmos y de los tiempos de los demás. Es clave ser pacientes y disponer de templanza y juicio de la realidad en la que nos insertamos cotidianamente. No podemos pedir a nuestros hijos aquello que nosotros no hemos despertado ni trabajado en nosotros mismos. La imitación es la base del aprendizaje y, si cuando somos padres por primera vez, somos conscientes de esto, habremos de trabajar en paralelo nuestra propia congruencia, nuestra propia capacidad de espera ante los logros. Vamos construyendo así, desde lo más interno, el modelo de identificación que realmente somos para ellos⁴⁸.

Hay veces en las cuales queremos esconder o solapar ciertas conductas o incluso ideas que no queremos transmitir a los hijos. Debemos ser muy cuidadosos porque ellos logran imitar e identificarse no solo desde lo que verbalizamos, sino que también desde nuestros actos y lo que pueden intuitivamente captar. Aquello que no se dice ni se ve directamente, aquello que forma parte intrínseca de nosotros y que muchas veces nos reflejan nuestros propios hijos. Somos espejos para ellos y ellos nos espejan a su vez.

Podemos percibir cómo en la adolescencia los jóvenes observan atentamente cualquier contradicción o incongruencia en sus padres y nos lo hacen notar. Son fervientes guardianes de lo que les hemos transmitido y están alertas a que seamos consecuentes en nuestra acción.

La incongruencia como modelo genera ambivalencia emocional en nuestros hijos. Pedirles que solo imiten nuestro *ideal* no es posible. El ser consecuentes —entre quién somos, cómo actuamos y qué pedimos a los demás— es fundamental para el modelo de identificación que podamos ser. Es decir, desde el nacimiento de nuestro bebé, somos parte de sus experiencias y aprendizajes. El trabajo de *desidealizar*, tanto al hijo que deseábamos como a nosotros mismos siendo padres de ellos, nos entrega la posibilidad

de optar por una paternidad y maternidad más sana, abierta a la comunicación y al conocimiento afectivo real y concreto de nuestros hijos.

Sostener a través del tiempo y en los diversos escenarios que nos pone la vida actitudes de fuerza de voluntad y trabajo para la adquisición de logros, aporta a la salud y formación tanto física como mental de nuestros hijos. Seamos modelos asertivos en cuanto a las autoexigencias y a lo que pedimos a otros, seamos cariñosos y caritativos con nosotros mismos. Valoremos los procesos más que las metas y logros. De este modo, el niño/a comprenderá que la espera, la paciencia y la tolerancia a la frustración serán habilidades que irán conquistando a través del tiempo y les servirán como sanos recursos para su desarrollo identitario.

¿Y si nos equivocamos?

Obviamente nos vamos a equivocar. La importancia está en el proceso, no en la meta, en el trabajo que hagamos para ser mejores padres, más íntegros y activos observadores de su crecimiento. La buena noticia es que tratándose de la infancia, siempre existe la posibilidad de reparar. Esta etapa del desarrollo es rica en flexibilidad y cambios. Por esta razón es que no debemos quedarnos esperando a que nos llamen del colegio comunicándonos que nuestro hijo posee dificultades socioafectivas, sobreadaptación, inmadurez para relacionarse o que no tolera frustraciones ni tiempos de espera.

Entendamos el desarrollo madurativo como un proceso, en el cual hay avances, retrocesos, bloqueos, saltos, omisiones, conquistas, logros inmediatos, etc. Esto hace que no podamos ser padres *perfectos*. La motivación de reflexionar y hacer este ejercicio de continuo autoanálisis acerca de nuestras prácticas e intervenciones nos lleva a poner el acento en el proceso y no en la meta. Es un camino constante de aprendizaje, un trabajo no finito. A fin de cuentas, ser padres es una postura y manera de ser, de estar en esta vida y cómo nos vinculamos con nuestros hijos. La esperanza y la voluntad juegan papeles fundamentales a la hora de poner en marcha el descubrimiento y la exploración. La voluntad se forja a través del tiempo y nos determina, nos dispone a iniciar y perseverar en actividades autónomas, a tolerar el que no nos salgan las cosas como las queríamos. La constancia y la veracidad con la cual abordemos vincularmente a nuestros hijos determinará fuertemente su capacidad de confiar en sí mismos y en el mundo que los acoge y rodea.

48 Ver capítulo 15, "Favoreciendo una identidad integrada".

Bibliografía

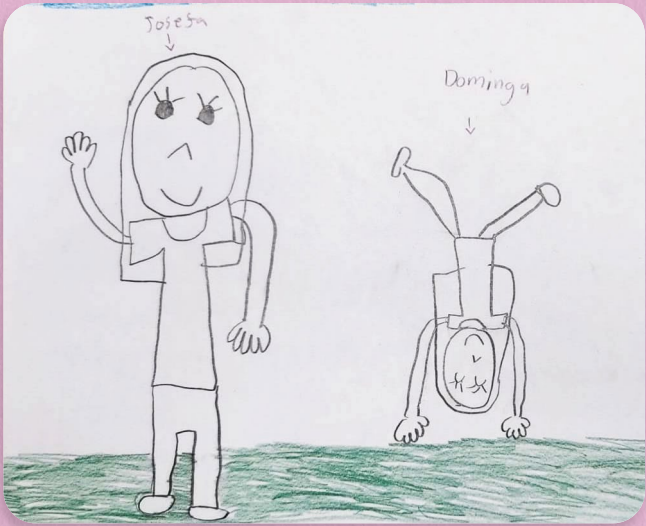
Aucouturier, B. y Mendel, G. (2004). *Por qué los niños y las niñas se mueven tanto*. Graó ediciones.
Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de la acción y la práctica psicomotriz*. Biblioteca de Infantil, Graó ediciones.
David, M. y Appell, G. (2010). *Lóczy, una insólita atención personal*. Octaedro ediciones.
Gutman, L. (2003). *La maternidad y el encuentro con nuestra propia sombra*. Editorial Paidós.
Rodríguez, J.A. (2004). *La práctica psicomotriz en el tratamiento psíquico*. Octedro ediciones.

El juego en la infancia

§

MIREYA SEPÚLVEDA MAGGIOLO

Psicóloga clínica y de la salud



El juego es una actividad fundamental que contribuye al desarrollo social y personal del niño, posibilitando la expresión y comunicación de sentimientos. Nos permite explorar y descubrir, por lo que no es solo diversión, sino que también es un modo de aprendizaje, desde nuestro cuerpo hasta las normas sociales.

¿Qué rol cumple el juego?

Si hay algo que caracteriza a la infancia es el juego y es que esta actividad, tan propia de bebés, niños y niñas, permite un sin número de acciones. Jugar es algo más complejo y profundo de lo que a veces se piensa. Es por esto que en este capítulo quisiéramos transmitir la relevancia que tiene y acercar a los padres a tener encuentros lúdicos con sus hijos. Es importante que padres y todos quienes nos vinculamos con la infancia tengamos presente el rol fundamental del juego y podamos promover espacios donde este se pueda dar.

El juego es una actividad natural y espontánea que refleja la etapa evolutiva en que se encuentra un niño (Gruss, 2017), por lo que en cualquier lugar donde nos encontremos con niños vamos a observar que ellos van a intentar desplegar un juego, con lo que sea que cuenten. Así se ha dado a lo largo de la historia, siendo el juego, desde el punto de vista de la salud mental, un indicador a considerar para poder conocer cómo es cada niño en particular.

¿Es importante el juego para el desarrollo?

Ciertamente es relevante y cumple una función crucial en el desarrollo, por lo que quisiéramos transmitirles la relevancia de fomentar el juego, ya que este no es un tiempo perdido, como a veces algunos pudiesen entender, sino que, por el contrario, permite el desarrollo desde lo cognitivo hasta lo emocional. Una gran dificultad que observamos en la actualidad es que el tiempo destinado al juego es cada vez menor.

Como consideración general, los adultos debiésemos otorgar espacios seguros para que los niños de manera espontánea puedan ir generando el juego. El juego espontáneo es relevante ya que “cumple una función primordial en el complejo proceso de conformación de la persona y en el desarrollo de la actividad mental, es decir del pensamiento” (Gruss, 2017, 15).

Si observamos el desarrollo, el juego comienza desde muy pequeños y tiene directa relación con el propio cuerpo y con el cuerpo de la madre, padre o de su cuidador principal. Es desde este primer momento de encuentro que se irán desplegando y

complejizando diversas maneras de jugar, relacionándose con el desarrollo psicomotor, emocional cognitivo y social.

Hay distintas propuestas para categorizar y entender el desarrollo del juego. Independiente de la que usemos, lo que es importante destacar es que la presencia del juego es algo significativo, por lo tanto, la ausencia nos tiene que dar una señal de alerta.

Algunas de las habilidades que sabemos se pueden ir desarrollando a partir de la actividad lúdica son el de poder conocer su propio cuerpo, sus capacidades y el espacio que lo rodea a partir de la exploración y el movimiento, y así poder desafiarse, investigar y entender el mundo, establecer relaciones causales y poder expresar sus vivencias, entre otras.

¿Qué aporta en la motivación y la creatividad?

Esto es algo relevante. Hay que considerar que el juego comienza desde muy pequeños, ya que permite a los niños/as explorar e investigar el mundo que les rodea. Van iniciando así acciones lúdicas que se entrelazan con aspectos cognitivos, emocionales y físicos. Para los niños, el jugar es una acción que les permite sentirse protagonistas y desde ahí son ellos mismos los que van haciendo diversas propuestas. Esto claramente está relacionado con la motivación y creatividad, ya que son ellos quienes, al ser curiosos por lo que los rodea, comienzan a articular y planificar un juego. Por lo tanto, la curiosidad sería un factor base para jugar, que se va complementando con que el niño pueda ir tomando decisiones, contribuyendo a que se sienta entusiasmado y, por lo tanto, vaya creciendo la motivación con esta acción.

Al ser una creación propia, el juego tiene un alto valor emocional e incluso entrega seguridad al niño, ya que se siente gestor de su propuesta lúdica. Justamente esto permite que los niños realicen juegos que son desafiantes para ellos en sus diversos aspectos y perseveren en esta acción. Por ejemplo, podemos ver a un niño pequeño intentando apilar una torre con objetos y puede estar concentrado en esta actividad que en un comienzo es muy difícil para él. La motivación por conocer aporta en que se mantenga en esta actividad y no se frustre. También se observa esto al ver a un niño de cinco años construyendo una casa—guardia con cajas y material reciclado, teniendo que lograr armar todo de manera tal que no se desarme.

Es importante que los adultos seamos pacientes y no les entreguemos ayuda si no la necesita, sino que estar disponibles para que ellos mismos nos vayan guiando en caso de que sí podamos aportar.

Muchos padres se preguntan por qué su hijo hace repetidamente el mismo juego. La repetición que se da en el juego cumple un rol trascendental: da la posibilidad que se desarrolle la atención necesaria para la rememoración de las acciones y para desarrollar

la inteligencia práctica, permitiendo que el niño vaya anticipando las acciones, otorgándole seguridad (Aucouturier, 2005).

En niños que ya están en una etapa donde predomina el juego simbólico, vemos cómo la creatividad se da en su máxima expresión. Los niños pueden tomar aspectos de la realidad y luego ir plasmando ideas y acciones en el juego, lo que es percibido por ellos como algo muy relevante y por eso pueden pasar mucho tiempo en esa actividad.

¿Cómo se va desarrollando el juego y cómo fomentarlo?

De acuerdo a la edad del bebé, niño o niña, veremos que el juego va adquiriendo distintas características y también permite diversas funciones. En un comienzo, el juego es principalmente corporal, es decir, el bebé pequeño juega con su cuerpo y el de sus padres (tabla 19-1). La exploración y el juego estarán estrechamente vinculados, ya que el bebé, motivado por conocer, investigará activamente las diversas partes de su cuerpo y el del otro. Esto la mayoría de las veces es acompañado por parte del adulto con alguna canción o alguna frase: “de quién es esta piernita tan linda”, “me voy a comer este dedito tan rico”. Lo anterior es lo que se conoce como Juegos de Crianza, concepto propuesto por D. Calmels, psicomotricista argentino. Otro ejemplo cotidiano es cuando la madre o el padre sienta a su hijo en la falda, lo mece, le toma sus manitos y juega a moverlo perdiendo el equilibrio y a encontrarlo nuevamente.

Los padres, al hacer mención a las distintas partes del cuerpo, ayudamos a través del lenguaje a ir nombrando y dar una aproximación a la corporalidad. Esto sucede de manera clara en los momentos de baño y de muda: el bebé puede explorar y mover su propio cuerpo, juega con sus manitos, se toma sus pies y se los lleva a la boca.

Luego, en la medida que el bebé comience a poder voltearse, sentarse, gatear y desplazarse, veremos cómo el movimiento tiene un rol protagónico. La posibilidad del movimiento libre es relevante para el desarrollo de aspectos psicomotores en el niño⁴⁹. El conocer cómo su cuerpo comienza a organizarse en un movimiento intencionado, permitirá que se pueda ir acercando a objetos y esto le dará una sensación de “ser capaz”.

Otro juego que está muy presente y que marca un hito significativo es el conocido con el nombre “Está, no está”, que se da principalmente entre los 9 y los 18 meses de edad del niño y coincide con el logro de la *permanencia del objeto*⁵⁰, base del pensamiento simbólico, necesario para la abstracción en el lenguaje. El juego del “Está, no está” pone en el lenguaje lo que se está experimentando frente a un otro significativo. Este

49 Ver capítulo 18, “Importancia de la libertad de movimiento”.

50 O *permanencia objetiva*: noción de que un objeto existe y permanece, aunque no lo perciba.

juego se puede realizar con la propia cara del niño o escondiendo un objeto, pudiendo ver cómo el niño pequeño disfruta del alternar entre la ausencia y el reencuentro, incluyendo un componente emocional (potenciador del aprendizaje), ya que el niño puede, por ejemplo, encontrar a su madre y confiar en que existe aunque no la vea (capacidad de abstracción).

En la medida que los niños crecen, observaremos el juego simbólico que permite representar a través del juego actividades de la vida diaria, la cual ellos mismos van narrando, conjugándose aspectos de la realidad con los de su creatividad e imaginación. Para esto, los niños usan paralelamente objetos que encuentran en su mismo entorno, casa, colegio e incluso ellos mismos pueden fabricar (juego de construcción).

Rango de edad	Tipo de juego	Ejemplo	Beneficio
0 a 2 años	Juego corporal, funcional o sensorio-motriz	Exploración con el cuerpo, dejar caer objetos, alcanzar un objeto con otro, mover un sonajero, gatear, correr saltar.	Promueve el desarrollo sensorial, coordinación motriz gruesa y fina, permanencia del objeto y reconocimiento causa-efecto.
1,5 a 6 años	Juego simbólico	Simulación de situaciones y representación de personajes o roles. Inicialmente individual, luego colectivo.	Aumenta comprensión y asimilación de lo que observa, escucha y siente. Desarrolla creatividad, capacidad de narrar, imaginación, fantasía y relación con otros
1 a 12 años	Juego de construcción	Apilar y alinear objetos para formar caminos, torres, puentes. Al ser más grandes, crear una casita con sábanas y sillas, un refugio o un escondite.	Promueve la creatividad, motricidad fina, solución de problemas y la ubicación témporo-espacial. Desarrolla colaboración y noción del bien común.
6 a 12 años	Juego cooperativo o de reglas	Juegos de reglas, trabajo en equipo para la consecución de una meta.	Respetar normas, esperar turnos, desarrollar tolerancia a la frustración, respeto al otro, trabajo en equipo, aceptación y valoración de diferencias.

Tabla 19-1. Tipos de juego según edad

¿Qué tipos de juego existen?

Los tipos de juegos y sus diversas características se expresan con mayor claridad según las etapas del desarrollo en donde se encuentra el niño (ver tabla 19-1). Esta no es una clasificación rígida, sino más bien dinámica. Revisaremos algunos que nos

parecen interesantes ya que mantienen la premisa de que el niño es el protagonista y pueden involucrar aspectos psicomotores, movimiento, pensamiento, creatividad, afectividad, social, etc.

En el *juego sensorio-motriz*, que se da en los bebés y niños pequeños hasta los 2 años aproximadamente, donde está muy presente la relación del juego y movimiento, el niño explora con su cuerpo, el de su madre, y luego en los objetos.

El *juego simbólico*, que aparece desde el año y medio en adelante, también es fundamental porque permite al niño reflejar el conocimiento de la realidad y de lo que lo rodea. El niño va incluyendo lo que ve en su vida cotidiana y, en la medida que crece, va agregando emociones más diversas y más complejas. Por lo tanto, en la medida que el niño es más grande no solo expresa lo cotidiano, sino que también va incluyendo sus propias narraciones y su propia fantasía. Por ejemplo, podemos ver cuando juegan a “la familia” y van incorporando aspectos nuevos que no tienen que ver directamente con la realidad objetiva, pero sí con cómo ellos van percibiendo que suceden las cosas; por lo tanto, el niño a través del juego puede fantasear y, en consecuencia, crear otra realidad.

El *juego de construcción* es aquel donde los niños más pequeños juegan a apilar objetos, realizan torres y disfrutan al destruirlas. Luego esta construcción se va complejizando y pueden realizar formas más elaboradas, como hacer una casita, un refugio, un escondite. Generalmente estos juegos ya van incluyendo a otros niños para hacer construcciones colectivas, donde varios niños se tienen que unir para un bien común.

El *juego cooperativo* se dará en niños de más de seis años aproximadamente, ya que pueden incluir y entender reglas necesarias para que este se desarrolle. Esto es un gran paso en el desarrollo, ya que comienzan a valorar el trabajo en equipo para la consecución de una meta. Lo importante es enseñarles en estas instancias que todos somos distintos y quizás algunos van a tener destrezas físicas, otros cognitivas o manuales, etc.

¿Qué juegos fomentan la interacción social saludable?

En este punto, podemos considerar de manera general que los juegos en los que está involucrada la cooperación más que la competencia serán un buen escenario para que la interacción social se pueda dar de manera saludable. Cuando los niños tienen entre 3 y 6 años aproximadamente, tienden a ser más competitivos, en el sentido que perciben que se valora el resultado. Es común escuchar el “yo gané” y esto debemos tomarlo con precaución, ya que, aunque todo niño quiere sentir que hace bien algo, nosotros debemos ir mostrando el valor que tiene el proceso más que el resultado. También como padres debemos ir modelando en ellos un juego sin trampas, ya que a veces los niños están tan focalizados en ganar que recurren a estrategias que no

consideran los valores que debiesen estar implícitos en todo juego, tales como usar estrategias para engañar a mi compañero de juego.

Los juegos de roles, por ejemplo cuando los niños juegan al educador-alumno es una instancia que implica ponerse de acuerdo en quién toma cada rol. Ahí uno puede guiarlos y decirles que pueden ir cambiando los roles para que todos puedan vivir la experiencia de personificar a otros. También los juegos de mesa permiten desarrollar habilidades sociales, ya que los niños aprenden a establecer relaciones con sus compañeros de juegos, en los que hay que seguir las reglas, respetar su turno y estar atentos a lo que hacen los otros niños para generar una estrategia según las reglas que les da el juego.

Bibliografía

Aucouturier, B. (2005). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Editorial GRAÓ.
Gruss, L. y Rosenberg, F. (2017). *Los niños y el juego*. Ediciones Continente.
Herrero, T., López, M. y Pecci, M. (2010). *El juego infantil y su metodología*. Grado superior. Mc Graw Hill.

El dibujo y los niños

§

ALEJANDRA BRETÓN MOLL

Psicóloga clínica



El dibujo es un espacio para poder permanecer en aquella libertad que se nos va restringiendo a través del crecimiento y la instalación de la vergüenza.

¿Cuál es el valor del dibujo en los niños a lo largo de su desarrollo?

El dibujo en los niños es una forma agradable y placentera de expresión no verbal. Siendo espontáneo y libre, el niño logra expresar lo que está ocurriendo en su mundo interno. Expresa percepciones, interpretaciones que él mismo va configurando de la realidad que lo circunda. Por su potencialidad, es una herramienta fundamental para procesar, elaborar y comunicar emociones, percepciones y/ o experiencias. A través del grafismo canalizan ideas, pensamientos, asociaciones afectivas, sensaciones físicas, etc. Es una poderosa herramienta en sí misma, sin siquiera analizarla o interpretarla. La invitación es hacer consciencia de su importancia en un contexto donde las imágenes entregadas y previamente generadas ganan cada vez mayor terreno. La fantasía e imaginación se han delimitado al tener constantes estímulos preelaborados que se ofrecen por muchos medios a los niños/as: dibujos animados 24 horas al día los 7 días de la semana, libros digitalizados, pantallas y sus juegos⁵¹.

Cuando un hijo/a toma la iniciativa de dibujar, dispongamos tiempo a ello, estimulemos esa actividad, que idealmente fuese cotidiana. El adulto, en una disposición a observar más que a intervenir, puede sorprenderse. Detenernos un segundo y preguntarle al niño/a qué dibujó, qué está pasando en esa escena o pedirle que nos relate una historia a partir de sus imágenes, nos puede dar acceso a un mundo de información presente en ellos, tanto consciente como más profundo hacia el inconsciente. Los dibujos, como primeras producciones propias de un yo en formación –y que muchas veces son entregados como regalos hacia sus figuras de cuidado y amor–, son grandes tesoros que debemos saber atender y dar lugar. Por ejemplo, no solo pedir su relato es signo de interés, sino que pegarlo además por un tiempo en la pared, de modo que se sienta orgulloso de una creación personal. Esto, a su vez, va fortaleciendo su autoestima y autoeficacia. Tomar en cuenta su producción, sea regalo o no, es importante, son refuerzos positivos que traerán una sensación de logro. Le estará brindando un espacio yoico (estructura), además de sensación de seguridad y autoestima positiva (“soy interesante, hago cosas bien y bonitas”).

51 Ver capítulo 24, "Pantallas".

Los grafismos pueden ser considerados comunicadores emocionales de su mundo interno. También nos hablan acerca de su desarrollo cognitivo y son importantes estimuladores de la creatividad. Todos los procesos cognitivos que ocurren en dicha instancia estarán fortaleciendo y estimulando la imaginación, la planificación y la ejecución: diseñamos un proceso y la creación es el resultado. Lograr concretizar una idea o imagen en el papel la personaliza y la hace real.

En infinitas instancias coartamos el desarrollo creativo de nuestros hijo/as. Muchas veces nos encontramos escondiendo los plumones o las témperas para no manchar la alfombra o no tener que cambiarlos tantas veces de ropa al día. Pues bien, si estamos criando, es fundamental dejar de lado esas preocupaciones y disponer un espacio en el cual esta actividad pueda ocurrir. Intencionar y pretender que el desarrollo de un niño/a sea sano requiere hacer ciertas renunciaciones hacia nuestros ideales como adultos.

¿Cómo el dibujo logra ser una fuente de estimulación de la observación y comprensión del entorno para los niños?

Desde que nacemos, vamos huellando nuestro aparato mental a través de los sentidos: imágenes, olores y sonidos son por excelencia los primeros estímulos que nos marcan. Vamos luego incorporando el campo visual. Es decir, nacemos mucho más cuerpo que mente, la cual se irá desarrollando y enriqueciendo a través de los cuidados que recibamos, las experiencias que tengamos conforme vamos creciendo.

La huella mental o “*huella mnémica*”, fue descrita por uno de los pensadores más importante de la psicología, Freud. En términos muy simplificados y generales, considero que el aparato psíquico se va constituyendo a partir de las experiencias de satisfacción –asociadas a lo placentero– y de las que no lo son. Es decir, vamos constituyéndonos a partir de un cúmulo de memorias e imágenes mentales, no necesariamente reales, que quedan como marca tras las experiencias vividas. Planteó la existencia de diferentes capas en las que almacenamos las imágenes de lo vivido disponiendo de algunas directamente en nuestra consciencia y otras que se sepultan en las profundidades inconscientes del psiquismo humano.

Así, con experiencias pasadas y presentes vamos construyendo un mundo complejo y rico en representaciones mentales que será único e irrepetible. De igual manera, la maravillosa capacidad humana para aprender puede ser ampliada constantemente. Todo el tiempo vamos construyendo, interpretando y asociando imágenes y/o sensaciones a símbolos. Vamos relacionando y desarrollando un mundo construido entre las sensaciones e imágenes mnémicas. Esto se va complejizando y ampliando con el tiempo en el desarrollo de un niño/a. No podemos dejar de mencionar la calidad vincular que

posea ese niño/a. Sentirse seguros a través de vínculos primarios constantes, predecibles, amorosos y contenedores permitirá lograr aún mayor riqueza cognitiva y emocional.

Cuando ya hemos alcanzado ciertas habilidades motrices, tanto gruesas como finas, somos capaces de tomar lápices –crayones gruesos idealmente– y comenzamos a aventurar, plasmando aquello que hemos percibido. En sus inicios, unas rayas pueden estar representando algo y esas mismas rayas, minutos más tarde, otra cosa o situación. Vamos desarrollando la capacidad simbólica y apegándonos a la realidad, intentando plasmar aquello que veo o siento en un dibujo. Además, el grafismo tiene el poder comunicativo respecto de lo que estoy viviendo: ejemplo de manifestaciones rabiosas e impulsivas, son trazos y rayas firmes, con alta presión del lápiz, muchas veces rasgan la hoja. Pero no siempre representará dicho estado emocional, ya que siendo más pequeño/a ese niño/a tiene menos control de su motricidad e impulsos y no necesariamente está rabioso. Por ello, es fundamental pedir un relato, también entender aquellos dibujos dentro del contexto y etapa del ciclo vital en el que se encuentren. A cierta edad se espera expansividad y autocentramiento, entonces encontramos dibujos enormes, que ocupan toda la hoja e incluso salen de los límites de ella. Pero ya más grandes no lo esperamos así, por lo que se podría pensar en que ese niño/a presenta alguna dificultad que manifiesta a través de sus trazos expansivos: dificultad con sus límites corporales, comportamentales, de asumir normas u otras.

¿Cuáles son las características que se pueden observar en el dibujo y el acto de dibujar?

En la tabla 20-1 podemos ver detalladamente lo que se puede describir tanto en relación al acto de dibujar como al dibujo en sí.

- Disposición actitudinal (aceptación, rechazo, resistencia, interés, dilación, etc.)
- Usos: sensorial, exploratorio, manejo instrumental del material (hoja, lápiz, etc.)
- Colocación del cuerpo en relación al soporte de la escritura (posición, postura y actitud postural)
- Relación que establece el niño con la hoja en cuanto al espacio (ocupación y uso)
- Mantención y focalización de la atención (en el instrumento, en el soporte, en la producción gráfica)
- Postura y posición (cambios de posición y cambios posturales, puntos de apoyo del cuerpo)
- Tiempo (rituales introductorios, preparación, inicio, realización, conclusión, cierre)
- Organización práxica (tarea secuencial, la inicia y termina, omite o distorsiona)
- Tono muscular (aumentado, disminuido)
- Ritmo de ejecución, pausas, intervalos
- Presión y localización en la toma del lápiz

- Calidad del trazo (irregular, discontinuo, fuertemente marcado, débil, remarcado)
- Reiteraciones (correcciones, borraduras, tachaduras)
- Predomina el dibujo (líneas) o la pintura (mancha color)
- Tamaño-proporciones
- Distribución espacial
- Desbordes del trazo sobre los márgenes o límites del papel
- Insistencias, repeticiones, omisiones
- Detalles significativos
- Complejidad de la representación gráfica
- Elementos culturales
- Coordinación viso-manual
- Esquemas referenciales que usa
- Relato que desarrolla sobre su dibujo y que acompaña verbalmente en la producción
- Nombre, firma, fecha, dedicatoria

Tabla 20-1. Observaciones generales para atender en las producciones gráficas

¿Qué hacer para no encasillar su creatividad y percepciones en cánones preestablecidos?

Al comienzo observaremos exploraciones como manchas o rayas sin mucho control ni calidad formal. No aguantamos nuestra “cualidad de ser profesores” y tendemos entonces a “enseñar” cómo hacer un círculo, un corazón o una flor. Además, intervinimos señalando al niño el color que corresponde para pintar un árbol, antes incluso de haber pedido una verbalización acerca de la percepción del árbol que tiene en su mente. Dependiendo de la edad, toleremos que los árboles tengan hojas moradas o rosas, ya que seguro, si somos fervientes observadores de la naturaleza, encontraremos alguna época del año en donde sí aparezcan de esa manera. Mientras más pequeños de edad, el niño/a está menos apegado a las normas y al “deber ser”, es decir, tiene mayor libertad para expresarse en todo sentido. El grafismo es un espacio para poder permanecer en aquella libertad que se nos va restringiendo a través del crecimiento y la instalación de la vergüenza.

Como padres, educadores o cuidadores de niños en desarrollo, permitamos que esta creatividad se despliegue y confiemos que el niño irá apegándose poco a poco, de manera natural y espontánea, a la realidad observada o incluso a la deseada. Existe tanta diferencia entre un niño que es intervenido constantemente en su espacio creativo, señalándole: “¡Ya ensuciaste! ¿Por qué usaste estos lápices si sabes que son prohibidos para ti?” y/o “¡fíjate bien! ¡El mar es azul, no rojo! ¡Las piernas y los brazos no están pegadas a la cabeza! ¡La cabeza no te quedó redonda!”. Si un erudito del arte y dibujo técnico

humano nos escuchara dichas expresiones, nos preguntaría: “¿existe un ser humano que tenga la cabeza redonda y las extremidades simétricas?”.

Comprender que el grafismo es una vía de comunicación y desarrollo brinda la posibilidad de entregar herramientas a nuestros hijos/os para crecer sanamente. Si bien el desarrollo motriz primero es grueso y luego fino, ya a muy temprana edad (aproximadamente nueve meses) vemos que ya son parte de sus habilidades la pinza, el tomar un juguete con precisión y tocar alguna parte específica de su cuerpo o de algunos objetos.

Frente a un niño que nos dice: “hazme tú un caballo porque yo no sé”, o si se frustra e inicia una pataleta por no sentirse capaz, hay adultos que sí tienen la habilidad del dibujo desarrollada, rápidamente van a cumplir ese deseo. Otros dirán: “yo tampoco sé dibujar un caballo, mejor dibujemos una estrella”. La invitación es a tomar esa oportunidad para estimular su desarrollo creativo, atreverse a equivocarse y enmendar sin caer en gran frustración, en un contexto amoroso y vinculante: “¿Qué te parece si lo intentamos juntos?”, y abrirse a indagar en las imágenes mentales con las que cuenta el niño/a. Por ejemplo, preguntarle por cómo imagina que son las diferentes partes del cuerpo, cuántas patas tienen, cómo es su cola, orejas, etc. El niño irá ampliando su repertorio cognitivo de manera acompañada y segura, así lo animamos para que se atreva a rayar, explorar y comunicar. Hay chicos que lo harán de forma espontánea y desprejuiciada, hay otros más autocríticos y hay los que sencillamente no lo van a intentar por temor a equivocarse.

Vamos así accediendo al carácter que esté desarrollando y podemos vislumbrar qué aspectos serían importantes de modelar, por ejemplo: que se atreva a equivocarse, que ponga más cuidado, que no hay una sola forma de dibujar lo planificado, que valoramos la creatividad, que se puede enmendar, que en la medida que practique va adquiriendo mayor experticia y, sobre todo, que es una tarea que sin duda es positiva y estimuladora del desarrollo cognitivo y psíquico integral.

¿Existen diferencias entre el dibujo con lápiz y papel y el dibujo digital?

En el mundo tecnologizado de hoy, nos encontramos con niños que te dicen que no saben dibujar o escribir a mano, pero que sí lo logran con una pantalla o tablet. La dificultad que esto genera es que el niño no involucra su propio cuerpo en esa actividad, limitando la fuente de estimulación para la realización de la producción gráfica. Además, limita la exploración y el esfuerzo por irse perfeccionando, ya que una inteligencia artificial le entrega un producto terminado, perfecto, finito. Pierde así la cualidad subjetiva, el sello personal y comunicativo desde lo más profundo. Perdemos

también el ejercicio de lidiar con la frustración cayendo en una competencia desigual. Si en el mundo moderno de antaño luchábamos contra el analfabetismo, hoy estamos adormeciendo las habilidades y posibilidades de estimular la motricidad fina.

Por ello es tan importante atenerse a las sugerencias de cuánto tiempo pueden pasar los niños frente a las pantallas⁵², sin que ello merme su potencial y crecimiento en todo sentido. Incentivar a que no dejen de ocupar su propio cuerpo en la adquisición de habilidades de diferentes formas. Comprender e interiorizar que el desarrollo y crecimiento está poderosamente marcado por la imitación, por nuestras figuras de identificación y por la calidad vincular con la que nuestros hijos puedan contar, ya sea con nosotros, los padres, como con el cuidado que tengamos al elegir con quienes los dejamos a cargo.

Bibliografía

Calmels, D. (2014). *El cuerpo en la escritura*. Editorial Biblos.
Calmels, D. y Lesbegueris, M. (2013). *Juegos en el papel*. Ediciones Puerto Creativo.
Antezana, L. (2003). Primeros trazos infantiles: Una aproximación al inconsciente Barrios. *Revista de difusión científica Universidad La Rioja*. 14. Dialnet.
Siquier de Ocampo, M., García Arzeno, M. y Grassano, E. (2003). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Ediciones Nueva Visión.
García Arzeno, M. E. (2003). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Ediciones Nueva Visión.
Rodulfo, M. (1993) *El niño del dibujo*. Editorial Paidós.
Freud, S. (1920-1922). *Obras Completas: Más allá del principio de placer*. Tomo XVIII. Amorrortu ediciones.
Freud, S. (1923-1925). *Obras Completas: El yo y el ello y otras obras*. Tomo XIX. Amorrortu ediciones.

52 Ver capítulo 24, "Pantallas".

Promoviendo una conducta
alimentaria infantil saludable

§

FRANCISCO JAUME-GUAZZINI & JORGE BUSTAMANTE LOYOLA

Psicólogos clínicos

ELIZABETH YAÑEZ COSTA & VIVIAN RYBERTT VERGARA

Pediatras nutriólogas infantil y adolescentes

VALERIE JEANNERET MURDOCH

Psiquiatra infantil y del adolescente



En el estilo de alimentación perceptiva las responsabilidades son divididas durante el proceso: los padres/madres/cuidadores deciden qué ofrecen, cuándo y dónde, y el niño decide qué y cuánto come (entre lo que le ofrecen).

¿Qué entendemos por conducta alimentaria saludable?

La alimentación saludable es aquella que nos entrega una variedad y cantidad suficiente de alimentos para asegurar un óptimo estado de salud física y mental. Es la que nos permite conectarnos con nuestras señales de hambre y saciedad, escuchar las necesidades de nuestro cuerpo, disfrutar los alimentos y relacionarnos con nuestro entorno.

Desde un punto de vista relacional y emocional, una alimentación saludable es un espacio de interacción flexible y satisfactorio, lúdico inclusive, con momentos de pausa, exploración y disfrute. Puede ser útil para los padres considerar que el apetito de los bebés, niños y niñas es variable, y que pueden existir rechazos pasajeros sin consecuencias para su salud (Palau, 2016). No obstante, es fundamental conocer y mantenerse comunicados con los profesionales que acompañan en la supervisión del crecimiento y desarrollo de su hijo/a, para detectar si estas conductas dejan de ser adaptativas e intervenir para su mejoría, así como para estar adecuadamente informados sobre el estado nutricional de su hijo/a, ya que un niño o niña con un peso normal puede tener una conducta alimentaria muy poco saludable y, por el contrario, puede haber niños o niñas sanos/as constitucionalmente que estén un poco bajo o sobre la curva.

¿Cuándo es mucho y cuándo es muy poco? ¿Por qué no tiene hambre?

La cantidad de alimentos que los niños reciban en cada comida va a depender de su propia autorregulación en función de sus señales de hambre/saciedad. El apetito es variable y está sujeto a las necesidades nutricionales y metabólicas, las cuales cambian con la edad, preferencias alimentarias, factores genéticos y procesos neurocognitivos. Por ejemplo, la velocidad de crecimiento y las necesidades de energía disminuyen a partir de los 11 a 15 meses, por lo que es esperable que el apetito también.

Dado que el apetito y las necesidades varían, y que los niños tienen la capacidad de autorregular su ingesta, no debemos esperar que sea igual en todos/as los/las niños/as. Y antes de preguntarnos “¿por qué no tiene hambre?”, debemos preguntarnos: ¿no tiene hambre, o no come lo que yo creo que TIENE que comer? Si un niño va bien en su

propia curva de crecimiento, recibiendo alimentos de buena calidad, quiere decir que está comiendo lo suficiente; por el contrario –como se describe más adelante en este capítulo– si hay una alimentación insuficiente y compromiso nutricional y/o de crecimiento, o significativos niveles de estrés y tensión en el proceso, entonces estamos frente a una posible dificultad alimentaria que debe ser evaluada por el pediatra para descartar una causa orgánica o bien si se trata de un trastorno alimentario.

¿Qué es la alimentación perceptiva?

Los hábitos son fundamentales para favorecer una ingesta variada y suficiente de alimentos, así como también ser consistentes en el estilo de alimentación. En relación a esto, la *alimentación perceptiva* es el estilo que se asocia a un desarrollo normal de la conducta alimentaria y prevención de dificultades en alimentación. Consiste en las conductas y prácticas de los padres y la familia que proporcionan la estimulación y el apoyo emocional necesario para una alimentación que permita el crecimiento y desarrollo saludable del niño o niña. Se orienta a estimular que desarrollen autorregulación y promueve un positivo desarrollo cognitivo y socioemocional. En este estilo, las responsabilidades son divididas durante el proceso: los padres/madres/cuidadores deciden qué ofrecen, cuándo y dónde, y el niño decide qué y cuánto come.

1. Mantener expectativas realistas en relación con la alimentación, evitando la esperanza permanente de que coma todo y en el tiempo esperado.
2. Establecer rutinas, horarios y lugar donde se come. Según el contexto familiar, se sugiere realizar 4 comidas diarias y, al menos una de ellas, en familia.
3. Crear un entorno de alimentación cómodo, agradable, cariñoso y sin distracciones ni pantallas. Utilizar silla con apoyo de pies y utensilios adecuados a la edad.
4. Permitir que aparezcan señales de hambre manteniendo tiempos de alimentación y no ofrecer alimentos entre comidas.
5. Ofrecer una variedad suficiente de alimentos acorde al tamaño y edad, determinadas por saciedad del niño y proporcionalidad de porciones en relación con otros miembros de la familia. Considerar que se puede llevar una alimentación vegetariana desde el inicio de la alimentación complementaria, pero debe ser asesorado por un profesional, ya que requiere de planificación y suplementación.
6. Respetar los tiempos y cantidades de comida pidiéndole que vaya comiendo de a poco y en porciones pequeñas, y permitiendo que lo haga progresivamente sin ayuda.
7. Entender las señales de saciedad del niño, sin presionar ni obligar a terminar ni perseguir.

Tabla 21-1. Los principios claves de la alimentación perceptiva

¿A qué períodos o procesos estar especialmente atentos?

1. *Introducción de consistencias grumosas o molidas con tenedor.* Esto no debe retrasarse más allá de los 9 meses, momento en que el sistema oromotor está preparado para manejar estas consistencias en la boca, así como la lengua ya puede hacer movimientos de lateralización. No es necesario que tenga dientes, la mandíbula tiene la fuerza suficiente para triturar los alimentos. Si se mantienen las papillas tipo sopa más allá de esta etapa, será más difícil que después aprendan las habilidades masticatorias y pueden desarrollarse dificultades alimentarias.
2. *Neofobias.* Estas consisten en el rechazo a comer un sabor, textura o consistencia de un alimento que el niño o niña desconoce –es decir, algo nuevo–. Se trata de un fenómeno fisiológico muy frecuente que forma parte del desarrollo normal, en que el rechazo es principalmente visual (por el aspecto del alimento). Las neofobias ocurren alrededor de los 18 meses de edad, disminuyendo gradualmente después. Es fundamental seguir ofreciendo los alimentos rechazados 15 veces o más –pero no obligando–, para que se vayan familiarizando y ya no “desconfíen” del alimento.

¿Existe una relación entre la alimentación y la afectividad o regulación emocional?

Es importante comprender que alrededor de la alimentación se instala el eje de interacción más precoz entre un niño/a, su madre y su padre. *Es un espacio de intercambio relacional-emocional privilegiado*, dentro del cual es muy útil promover la tranquilidad, el disfrute y la curiosidad para permitir que este espacio vaya facilitando la regulación emocional que se establece entre el niño/a y quienes lo alimentan. Respetar los ritmos de interacción y sincronía en la alimentación es fundamental (Palau, 2016).

Desde un punto de vista emocional y de interacción, los bebés y niños/as pequeños pueden mostrar una aparente ausencia de interés o rechazo en relación a la comida, la cual podría, entre otras causas, relacionarse con elementos afectivos instalados en los espacios de alimentación. Cuando los espacios de alimentación son forzados o cuando se comienza a instalar progresivamente un ambiente de tensión, frustración, inclusive ansiedad anticipatoria, se pueden generar conductas de rechazo de la alimentación, en las cuales lo rechazado aparentemente es el alimento, pero lo que se puede estar rechazando en “segundo plano” o en una dimensión más profunda son los afectos de angustia, ansiedad y estrés, y las dinámicas poco saludables instaladas en los espacios y procesos de alimentación.

¿Cuáles son los signos de alerta de una conducta alimentaria problemática?

Si bien la conducta alimentaria infantil puede presentar variaciones a lo largo del tiempo –y entre niños y niñas– que debemos entender y respetar, existen también signos de alerta de que podemos estar frente a un problema de salud y en cuyo caso es importante consultar a un especialista (ver Tabla 21-2).

Dificultad o dolor al tragar, tos o atoro al alimentarse.	Síntomas digestivos como diarrea, vómitos, sangre en deposiciones.
Dificultad importante en la transición a diferentes textura y consistencia de alimentos, rechazo por texturas, color, aspecto, olor.	Dieta muy restringida en cantidad y variedad, lo que puede determinar déficits nutricionales y de micronutrientes importantes.
Mal incremento ponderoestatural, lo que deberá ser objetivado por el pediatra.	Fijación con la ingesta de algún alimento (selectividad extrema).
Presencia de una condición médica simultánea, donde inicialmente se aceptaba la alimentación, para luego instalarse un estrés progresivo que termina en un rechazo alimentario.	La dinámica de alimentación deja de ser voluntaria, con rechazo sistemático de los alimentos e inclusive de los espacios de alimentación (ej, sentarse en la silla donde le dan de comer o dirigirse al comedor).
Historia de un evento traumático como gatillante.	Ausencia de reciprocidad social en las interacciones alimentarias (no hay contacto visual ni sonrisa).
Presencia de estrés y dificultad para mantener un estado de calma durante el proceso alimentario, ya sea a nivel del niño o niña, o también a nivel familiar.	Preferencia por evitar asistir a lugares y actividades sociales con tal de evitar exponerse a comer en dichos espacios.

Tabla 21-2. Signos de alerta de conducta alimentaria problemática.

Frente a la presencia de algunas condiciones o situaciones como las descritas, debe ser el pediatra (u otro profesional especialista en conducta alimentaria) quien evalúe y derive a quien corresponda, pudiendo ser a un médico especialista según sospecha de patología orgánica o a un equipo multidisciplinario especializado en trastornos de alimentación infantil, habitualmente compuesto por profesionales de la nutriología, psicología, fonoaudiología, terapia ocupacional, nutrición y/o psiquiatría.

Es importante tener en cuenta que los trastornos alimentarios son enfermedades serias y frecuentes que pueden aparecer desde los primeros meses y años de vida, y que afectan el desarrollo infantil tanto física como emocionalmente (razón por la cual es cla-

ve trabajar tanto en su prevención como en su detección precoz y resolución). Se trata de una de las alteraciones de conducta más comunes que llevan a los padres y madres de bebés y niños/as pequeños a consultar por atenciones en los sistemas de salud primarios. De hecho, entre 2 y 4 de cada 10 padres de niños pequeños reportan que sus hijos/as presentan problemas de alimentación, siendo conductas comunes el rechazo, la alimentación lenta, la alimentación selectiva y el vómito (Zero to Three; 2016).

¿Cuáles son las dificultades alimentarias más frecuentes?

El niño o la niña que no come

Es una consulta habitual, muchas veces con padres angustiados y otros derivados por el pediatra. Hay que evaluar si es selectivo (o sea solo come ciertos alimentos específicos), si no tiene apetito, si tiene susto de atorarse, ahogarse o vomitar, y si hay gatillantes específicos y aspectos sensoriales, ambientales y/o vinculares involucrados. Es importante dar una historia del desarrollo, antecedentes mórbidos y familiares lo más completos posibles. El doctor descartará enfermedades sistémicas y psiquiátricas. El diagnóstico puede ser tan variado como un “picky eater” (niños/as muy selectivos/as para comer), trastorno ansioso, depresión, trastorno de la integración sensorial, espectro autista, reactivo al ambiente, secundario a fármacos –como por ejemplo los psicoestimulantes– o algún trastorno de la conducta alimentaria como el Trastorno evitativo restrictivo de la ingesta alimentaria (ARFID) o anorexia nerviosa.

El niño o la niña que come mucho

No es inhabitual que lleguen padres sintiéndose muy culpables y frustrados, algunos incluso desmoralizados. Hay niños que no quieren hablar del tema porque ya han tenido suficientes “fracasos” al respecto, lo que afecta su autoestima y en algunos casos su sociabilidad. Hay que hacer una buena historia del desarrollo y recabar antecedentes del niño y sus familiares, descartar enfermedades endocrinas primarias o secundarias a la sobreingesta, y, según el caso, enfermedades genéticas o de otras áreas. Se requiere hablar honestamente sobre los hábitos y la razón de estos, e indagar en síntomas psiquiátricos en el niño y familiares (hay estudios que han encontrado más síntomas y trastornos depresivos y ansiosos en madres de niños con obesidad).

Las causas pueden ser variadas: van desde el desconocimiento, dietas restrictivas que generan mayor “ansiedad” o deseo por comer los alimentos prohibidos, malos hábitos, síntomas y trastornos ansiosos y depresivos, trastorno por atracones, trastorno por déficit atencional, ARFID y a veces cuadros reactivos a conflictos ambientales o familiares como separación, duelos, etc.

¿Cómo puedo prevenir un trastorno alimentario en mi hijo o hija?

La etiología de los trastornos alimentarios es multicausal y en ella juegan un rol diversos factores, incluyendo aspectos hereditarios, del período perinatal, de la crianza, personalidad y estresores a lo largo de la vida. Si bien algunos de ellos no los podemos cambiar, sí podemos disminuir los factores de riesgo y aumentar los de protección de manera de disminuir la probabilidad de su ocurrencia (tabla 21-3).

Factores de Protección	Factores de Riesgo
<i>Empatía y flexibilidad:</i> comprender que el apetito de los bebés y niños/as pequeños puede ser variable y que existen rechazos pasajeros. Intentar mantener una relación de apertura, flexible y satisfactoria alrededor de la alimentación, con una actitud de disponibilidad afectiva y lúdica, sobre todo los minutos antes, durante y después de los espacios de alimentación. Actitudes coherentes y sincronizadas entre los cuidadores a cargo de estos espacios pueden constituir otro factor de protección (Palau, 2016).	<i>Rasgos de personalidad perfeccionistas, obsesivos e impulsivos:</i> los niños y niñas muy autoexigentes tienen más riesgo que la figura o alimentación se vuelva una obsesión. Por ese motivo, hay que acompañarlos y mostrarles que los errores no son fracasos, sino oportunidades para aprender, enseñarles a ser más autocompasivos y estar atentos si estos rasgos se acentúan. Respecto a los más impulsivos, estos están en mayor riesgo de usar la comida como mecanismo de gratificación excesiva o tener atracones. Hay que ayudarles a crear estrategias para parar, respirar y pensar en las consecuencias de sus actos.
<i>Rutinas organizadas:</i> establecer rutinas cotidianas suficientemente –pero no excesivamente– estructuradas en relación a la alimentación, que incluyan lugares, horarios y personas que participen en el proceso de manera de aportar predictibilidad y estabilidad.	<i>Comida para calmarse, premio o castigo:</i> no es recomendable usar la comida como medio para calmar o distraer. Ayúdele a su hijo o hija desde pequeño/a a ir identificando sus emociones, ponerles palabras y buscar formas de calmarse diferentes a comer. Por ejemplo, hay niños que comen porque están tristes, ansiosos frustrados, cansados, enrabitados o simplemente aburridos. Les puede ayudar conversar de lo que les aqueja, jugar con un amigo, salir a andar en bicicleta, darse un baño de tina, etc.
<i>Identifique gustos personales:</i> para los niños con ingesta limitada, es positivo identificar ciertos alimentos que les gusten, ya sea por su sabor, apariencia u otra razón, y ponerlos a su disposición, tanto como plato único como en compañía de otro alimento no favorito con cierta frecuencia. Esto los conectará con experiencias de disfrute y placer en la alimentación y estimulará a continuar explorando nuevas sensaciones.	<i>Dietas restrictivas.</i> el uso de dietas restrictivas sin supervisión profesional se desaconseja. Estas aumentan de manera importante el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y en la mayoría de los casos terminan en un aumento de peso, insatisfacción corporal y frustración. Tampoco se aconseja tener alimentos prohibidos o hablar de alimentos buenos y malos, más bien de alimentos que comemos de manera más frecuente (verduras, frutas, cereales integrales) y otros que comemos ocasionalmente (como galletas, tortas, pasteles, etc.).

Factores de protección	Factores de riesgo
<i>Autonomía:</i> estimular el desarrollo de la autonomía según la etapa de desarrollo, de manera que su hijo o hija se sienta más seguro y confiado de lo que es capaz, incluyendo el explorar nuevos alimentos y/o regular su impulsividad en relación a ello.	<i>Creencias-expectativas familiares respecto a la figura y alimentos:</i> es una experiencia muy dolorosa para un hijo ver que su cuerpo no cumple con las expectativas de sus padres. Muchas veces esto da inicio a un sentimiento de insatisfacción corporal que puede durar toda la vida. Por lo tanto, explore cuáles son sus propias expectativas respecto al físico de sus hijos, qué valor asigna usted a la delgadez o gordura, ¿tiene temas con su propio cuerpo y comida? Es importante estar consciente de ello en el ejercicio de la parentalidad y si es necesario trabajar con un profesional de manera de evitar transmitir ansiedades o creencias erróneas a su hijo/a.
<i>Autoestima, diversidad y autocuidado:</i> evitar comentarios, sobrenombres y burlas respecto al aspecto físico. Muestre valor por la diversidad de figuras, portes, colores, etnias, estilos, etc. Enseñe que cada cuerpo es diferente y valioso por eso, y sea un ejemplo sobre cómo la comida y la actividad física son parte del autocuidado y disfrute.	<i>Forzar-obligar:</i> no es conveniente –además de poco saludable– forzar los espacios de alimentación, obligando a comer más allá de la saciedad, castigar y/o retirar el afecto cuando el bebé o niño/a no se alimenta adecuadamente.
<i>Comidas familiares:</i> intencionar la realización de instancias de alimentación familiar en donde prime un ambiente de comunicación, afecto, entendimiento y disfrute, tanto en relación a los alimentos como al encuentro familiar mismo.	<i>Fat Talk o “conversación respecto a la gordura”:</i> se ha asociado a trastornos alimentarios. Muchos niños y niñas comienzan a preocuparse cada vez a edades más tempranas sobre su cuerpo y si este cumple o no los estándares que la sociedad y familia espera de ellos. En relación a esto, es importante tener en cuenta que los hábitos alimentarios de los niños y niñas están en gran parte determinados por los de los padres y madres, y en ese contexto es importante promover la idea de que el cuerpo es valioso porque es parte de quienes somos, y por lo que nos permite hacer –incluyendo el vivir– y no por cómo luce. Se recomienda no hablar de la apariencia física de otros (“mira que linda está tu amiga con ese vestido” o “qué bien se ve tu prima ahora que está más flaca”). Tampoco hable mal de su propio cuerpo (“mira lo gorda y cerda que llegué del verano”).
<i>Pensamiento crítico hacia los medios y hacia lógicas autoritarias en la alimentación:</i> cuestione la asociación entre ciertas figuras corporales y alegría y felicidad. Esto hará que disminuya su influencia y reduzca la internalización de estos mensajes. Así mismo, evite sucumbir y dudar acerca de los beneficios del buen trato, a partir de mensajes y consejos presentes en la cultura que lo/la estimulen a educar en la alimentación “con mano dura”.	

Tabla 21-3. Factores protectores y de riesgo de un trastorno alimentario

¿Qué hacer cuando “comer es un estrés”?

En muchas oportunidades, madres, padres, cuidadores y niños y niñas indican que el momento de comer es un estrés tanto a nivel individual como familiar. Señalan “haberlo intentado todo” en busca de la solución. A menudo se encuentran dentro del recuento: ser “buena onda”, duros, castigar, premiar, hablar, jugar, “no pescar”, obligar o permitirlo todo. En este capítulo hemos intentado proveer de una pauta simple para enmarcar un significado –una descripción– de conducta alimentaria saludable, así como proporcionar indicadores de alerta que sugerimos deben movilizar a consultar con especialistas, además de explicitar factores de riesgo y de protección en pos de una experiencia alimentaria infantil saludable. Sin embargo, antes de finalizar el capítulo nos parece importante una última reflexión respecto a la conducta alimentaria en el marco de este libro sobre crianza y parentalidad.

A lo largo de los diferentes capítulos –y de manera más o menos explícita– será posible ver una mirada sobre el desarrollo infantil en donde el modo de ejercer la parentalidad constituye un factor muy importante, aunque por cierto no el único⁵³. Se verá que las acciones que los cuidadores realizan para ayudar en la regulación del estrés de sus niños y niñas –las dinámicas de apego– son cruciales para que ellos y ellas se desarrollen saludablemente (bio-psico-socialmente), desplieguen sus habilidades en los diferentes ámbitos y disfruten su vida. Las dinámicas de vínculo de apego seguro, empatía, sensibilidad parental, mentalización y sincronía diádica (desarrollados en otros capítulos) son relevantes y se ponen en juego tanto en los momentos de estrés en general como cuando es el proceso alimentario el ámbito de estrés en cuestión.

Entonces –y sin perder de vista lo expuesto en este capítulo–, si su niño o niña rechaza o evita comer o se paraliza en ese momento, o si, por el contrario, busca comer vorazmente en todo lugar y momento desplegándose en ambos casos estrés en él/ella y usted, vaya más allá de la conducta visible y de sus propias expectativas en relación a lo que “debería” comer y pregúntese: ¿qué le pasa? ¿Qué está sintiendo? ¿Será algo sensorial... asco? ¿Será algo emocional... miedo? ¿Rabia? ¿Frustración? ¿Será que se siente presionada? ¿Será que necesita de la atención y el tiempo que le doy en ese momento? ¿Qué está pensando? ¿Qué necesidad está satisfaciendo con esa conducta? ¿Cuál será su intención?

Intente genuinamente ponerse en su lugar, entender su experiencia en curso y hacer acciones para ayudarla/o. Actúe de manera *sensible*, brindándole lo que usted cree que necesita para sentirse mejor, sea en el momento mismo de alimentarse o

incluso fuera de él. Muéstrole que usted está ahí no para obligar, no para presionar ni castigar, no para tildar de manipulador/a o mañoso/a, sino para entenderlo/ay avanzar juntos tanto en lo alimentario como más allá de ello. Que si bien es necesario alimentarse y que hay una organización de la vida diaria que lo considera de manera importante, usted quiere entenderlo/a para ayudarlo a resolver lo que haya que resolver, tanto para lograr alimentarse y/o controlarse en la ingesta como para establecer una dinámica de disfrute y exploración en estos espacios. Ponga su propia intención e intente con toda su voluntad *estar con él/ella, ser con él/ella* en ese proceso, conectados, sincronizados, no en su contra ni desconsiderando la existencia de alguna dificultad o necesidad de cualquier tipo que pueda estar afectando su proceso alimentario.

Al abordar el proceso alimentario de manera sensible, empática y sincrónica no solo será más probable que usted logre facilitar la calma y aumentar las opciones de resolución del problema, favoreciendo su conducta exploratoria hacia nuevos alimentos y aumentando la ingesta y/o el autocontrol en relación al comer. Aunque en principio no lo parezca, en esta compleja situación usted tiene una oportunidad que va más allá del proceso de comer. Al identificar y resolver la necesidad o factor estresante presente en el proceso alimentario –o expresado a través de él–, usted estará potenciando un sistema vincular –de apego– y con ello beneficiando el despliegue de las habilidades de autorregulación y afrontamiento al estrés de su hijo/a, de su seguridad y confianza en sí mismo/a, en usted y en el mundo, y fomentando su desarrollo saludable en el presente y futuro al corto, mediano y largo plazo.

53 Ver capítulos 1 al 15, sobre parentalidad, temperamento, vínculo, modulación sensorial, desarrollo integral y otros.

Videos recomendados



Jaume, F. (2019) *¿Cómo potenciar el desarrollo emocional de mi hijo/a?* Canal de YouTube, Clínica Almena de Santiago.



Rybertt, V. *¿Cómo fomentar el consumo de frutas y verduras en niños/las?*

Bibliografía

- Fonagy, P. y Target, M. (1997). Apego y la función reflexiva: su rol en la autoorganización. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Lecannelier, F. (2016). *AMAR: hacia un cuidado respetuoso de apego en la infancia*. B DE BOOKS.
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e intersubjetividad: influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Segunda parte: la teoría del apego*. LOM.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., y Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & human development*, 4, (1), 107-124.
- Pascual Palau, S. (2016). *Sufrimiento emocional perinatal compartido: Estrés en el bebé. Efectos de los mecanismos de adaptación y defensa primarios, vulnerabilidad psicosomática y psicopatológica*. [Universitat de Valencia]. <http://hdl.handle.net/10550/54015>
- Siegel, D.J., (2012). *The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are*, 2nd ed. Guilford Press.
- Tronick, E.Z., (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American psychologist*, 44, (2), 112-119. doi. org/10.1037/0003-066X.44.2.112
- Zeegers, M.A., Colonnese, C., Stams, G. J. J., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143, (12), 1245.
- Zero to Three (Organization) (Ed.). (2005). DC:0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (Rev. ed). *Zero To Three*.
- Zero to Three (Organization) (Ed.). (2016). DC: 0-5: diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. *Zero to Three*.

22

Ideas guía en el proceso de dejar los pañales

§

ALEJANDRA BRETÓN MOLL

Psicóloga clínica



El control de esfínteres no se trata de un “adiestramiento”. No basta con saber y aprender, debemos lograr que el niño/a se involucre, es decir, que *quiera*, ya que todo su ser está implicado. Atendemos a un ejercicio de *voluntad y control* del propio cuerpo, por eso dejar los pañales es un proceso del desarrollo fundamental y constitutivo de cada niño o niña.

¿Es necesario esperar el momento fisiológicamente posible?

Esperar el momento fisiológicamente posible es fundamental. No podemos exigir al niño/a lo que aún no es capaz de lograr, se requiere cierta maduración fisiológica para aprender a controlar los esfínteres. Necesitamos observar el desarrollo de su motricidad corporal general, los avances en su autonomía, nivel de lenguaje y comunicación.

¿Qué nos hace pensar específicamente que están listos para comenzar?

Existen varios signos o indicadores que nos ayudan a identificar el momento apropiado de maduración para adquirir un adecuado control. Ver tabla 22-1.

Observar cierta consciencia de que <i>se hizo</i> (caca u orina) o que <i>quiere hacer</i> .	Esto lo puede expresar a través del lenguaje oral, con señas y también con expresiones no verbales que aluden a que se da cuenta de lo que está ocurriendo.
Adquisición de otras habilidades motoras relacionadas.	El niño puede mantenerse de pie solo y se le puede cambiar en esa posición. Ya logra sacarse y/o ponerse los calcetines autónomamente, así como subir escaleras intercalando un pie y otro para cada escalón.
Busca un lugar privado o “escondite” para hacerse.	Esto traduce que naturalmente requiere de esa privacidad, en una acción que conlleva un olor y sonidos especiales que, de algún modo, ha percibido como “vergonzosos”.

Tabla 22-1. Indicadores de madurez

Estos son algunos indicadores, usted puede encontrar otros diferentes a estos en su hijo/a. Lo importante es que la capacidad neurobiológica comienza a manifestarse en la conducta del niño/a y, entonces, al observar estas manifestaciones, sabemos que es hora de motivarlos a practicar. Los adultos solo nos limitamos a completar o *acompañar* un aprendizaje que ya se viene gestando hace varios meses y que durará varios más. Es fundamental que en este ámbito predomine un marco de *tranquilidad*

y *orgullo*, y no de conflicto y frustración. También es importante comprender que puede implicar avances y retrocesos, lo que es natural.

¿Qué ocurre emocionalmente en el niño/a en relación al control de esfínter?

Para el niño, es un momento emocional marcado por la exigencia, el control y la voluntad. El proceso que ocurre en él, junto a cómo sus cuidadores convivan con ello, producirá frustraciones, logros y éxitos. La experiencia de placer psicofisiológica también está presente, por lo que es importante poner atención a cómo experimente este proceso nuestro hijo/a. Debemos estar atentos para apoyarlo y sostenerlo en sus momentos de frustración, así como reforzar las sensaciones placenteras que experimente.

El niño comienza a diferenciar sus propias sensaciones corporales y, por lo tanto, ser más consciente de un cuerpo despierto, activo y propio. Hay niños que expresarán directamente “Tengo ganas”, lo que nos muestra que están ocurriendo experiencias de carácter constitutivo de un *yó*. En estas experiencias cotidianas, que son parte de las necesidades primarias de nuestros hijos, es que el niño/a experimenta el control de su corporalidad. Al tener la sensación de necesidad y, junto con ello, la posibilidad de retener (aguantar/controlar) es que comienza a experimentar placer. Dicho regocijo proviene de poder aliviarse a sí mismo habiendo controlado el proceso y teniendo la experiencia personal grata de bienestar físico y psíquico producto de ello.

Estas sensaciones son tan importantes, subjetivamente hablando, que las perciben como logros personales que los enorgullecen. Son sensaciones íntimas muy intensas que a su vez implican sentimientos de pérdida: por tener que desprender y expulsar sus productos corporales (caca y pipí). Por esto, es posible que notemos preocupación y ansiedad al respecto. Es común observar en los pequeños el temor al escusado, a “dejar ir” ese producto interno por un hoyo o tubo (alcantarillado) que misteriosamente se los lleva “quizás dónde”.

En este maravilloso proceso del desarrollo del niño/a se ponen en juego una serie de aprendizajes y conquistas que los enorgullecen y también frustran. Tienen que ser capaces de aguantar, de avisar, de desplazarse, de sacarse la ropa autónomamente, *achuntarle* al orinal, vencer temores fantasmáticos (imaginarios), entre otros desafíos.

¿Cómo acompañar este proceso como padres?

Es importante mostrar a nuestros hijos que el proceso de dejar de usar pañales es una manifestación de que están creciendo, coherente con la edad que van teniendo. Por la etapa del desarrollo en la que se encuentran, es atingente mostrarles imágenes adecuadas, leer cuentos sobre el tema, tomándolo con naturalidad y respeto. Intentar dejar lo más fuera posible las sensaciones o manifestaciones de “asco” que puedan surgir en nosotros.

Este período nos permite además educar acerca de cómo funciona el sistema alimenticio en los seres humanos, es decir, de dónde provienen estos “productos”. Es una oportunidad para que el niño comience a asociar la alimentación saludable, rica en fibras, frutas y verduras crudas, que los ayudan a crecer y fortalecerse, con el proceso de digestión y evacuación. Por ejemplo, “De lo que has comido, tu cuerpo se queda con todo lo que te ayuda a crecer, ser inteligente y fuerte, y también hay partes de esa comida que sobran o el cuerpo ya no la necesita, entonces, la expulsa fuera”.

¿Qué aspectos debemos cuidar en este acompañamiento?

En este proceso hay muchas emociones en juego. Debemos estar atentos a las diversas emociones que irán surgiendo y usted lo observará experimentar todas ellas. De este modo podremos apoyar y securizarlos cuando estén temerosos y preocupados al respecto, para reforzar aquellos momentos en donde prima el orgullo y el placer. De esta manera, el niño asumirá su control de esfínter con mayor convicción y voluntad.

Háblele en su lenguaje, explique lo que puede ocurrir, sobre todo *escuche* sus preguntas y todo lo que quiera expresar, ya que están dando un gran paso en el *conocimiento de sí mismos*.

Debemos cuidar y respetar los propios *ritmos de los niños*. Esto, a través de darles el tiempo necesario (no andar apurándolos), no ser exigentes ni negar sus emociones. Ser muy cautelosos de no terminar este período en confrontación y peleas.

Para que el dejar los pañales cumpla positivamente con estos objetivos, puntualizamos en la tabla 22-2 algunas recomendaciones concretas.

Hay niños que funcionan bien con “pelela”, otros directamente en el wc con un adaptador o rodela. Vea cuál le motiva más a su hijo.
Si es pelela, debe ser bien estable, cómoda y de fácil lavado posterior (porque lo haremos muchas veces).
Sentar al niño varias veces sistemáticamente durante el día (cada 1 o 2 horas al principio, para después ir distanciándolo), pero no forzarlo a estar mucho tiempo sentado.
Intentar pesquisar sus horarios fisiológicos y hacer coincidir esos horarios con las sentadas. Generalmente unos 30 minutos después de cada comida
No esperar obtener <i>productos</i> (que haga caca y pipí) en las primeras sentadas.
No evaluar como negativo si se hacen en los pantalones, tener paciencia y cambiarlos con dulzura, explicándoles nuevamente en lo que están y qué se espera de ellos.
Para incentivar, se puede utilizar un sistema de premios, muy sencillos como stickers o caritas felices que coleccionen en su misma pelela y puedan ir observando cómo avanzan en el proceso en la medida que hay más.
No utilizar reforzamiento negativo: carita triste por no hacer.
Tener mucha, pero mucha, paciencia.

Tabla 22-2. Cuestiones prácticas a cuidar

¿Qué puede pasar si el aprendizaje es demasiado precoz?

Si el aprendizaje es reñido y con sometimiento, pueden aparecer trastornos emocionales, agitación motora, aumentar el oposicionismo normal de esta edad, dificultades para dormir u otros. Si se adelanta el proceso a una edad en que biológicamente no se está preparado para ello, es posible que, aunque se logre un control con sobre esfuerzo, este sea solo parcial, con sobrecarga de contenido emocional y puede existir posteriormente un retroceso en el mismo control de esfínteres y mayor dificultad para volver a adquirirlo.

Cuando es muy precoz –por haber sido exigidos por sus padres– pueden generar importantes inseguridades, terminar en un desconocimiento del propio cuerpo y, por lo mismo, necesitar siempre de un ser externo (mi papá, mamá, abuela, nana, etc.) que resuelva las cosas por mí. Hay que recordar que se pone en juego la experiencia de su propio cuerpo, la voluntad de un sí mismo, el orgullo personal y la capacidad autónoma en cuanto a la conquista de la conducta y también la frustración del ensayo y error.

¿Qué nivel de variabilidad puede haber en el logro del control de esfínter?

Existe un alto nivel de variabilidad en la maduración biológica necesaria para la adquisición de este logro. Tanto para el control del esfínter anal como del esfínter urinario, puede ir entre los 2 y 4 años de edad en el día, y hasta los 5 años o un poco más (a veces se prolonga bastante más), en el caso del control urinario de la noche. En la mayoría de los niños/as el control de la eliminación de deposiciones antecede al control de la eliminación de orina. En el caso del esfínter anal, algunos niños “pueden ser condicionados a reconocer el deseo de defecación y sentarse en el baño alrededor del año de edad, pero el logro será más eficiente y mantenido en el tiempo si se inicia su aprendizaje después del año y medio” (Correa, 2019). Por otro lado, la toma de conciencia de tener la vejiga llena “comienza entre los 18 y 30 meses de edad” y “entre los 4 y 5 años logra iniciar la micción con la vejiga ocupada parcialmente e interrumpe a voluntad el flujo de orina”. A los cinco años el 95% de los niños/as ha logrado el control en la noche.

Dadas estas diferencias de un niño/a a otro/a, es esencial la actitud observadora respetuosa de los padres para captar cuándo ayudarlos en el proceso y no apurarlos *contra* su biología.

¿Cuándo consultar al especialista?

Cuando como padres/madres tenemos mucha dificultad para saber leer las necesidades de nuestro hijo, si tenemos mucha ansiedad sobre el tema, hemos sido castigadores o ejercido mucha presión sobre nuestro hijo, entonces es mejor consultar y pedir acompañamiento para guiar de mejor manera este proceso. Si existe mucha tensión en el niño/a sobre el tema, que se prolonga, intensifica o se ha afectado otras áreas como el sueño y la alimentación, o si se ha generado alguna patología (un trastorno ansioso, un trastorno oposicionista u otro), también será necesario un acompañamiento del especialista⁵⁴.

¿Es más inteligente mi hijo porque controló antes?

No, el proceso de dejar los pañales –y la maduración neurobiológica necesaria para ello– no está directamente relacionado con el nivel de inteligencia del niño o niña.

54 Ver capítulo 46, “¿Cuándo acudir a consulta de salud mental?”.

Muchos aspectos del desarrollo evolucionan en forma diferenciada unos de otros. Un niño con bajo nivel cognitivo podría tener un aprendizaje precoz de esta función y un niño con alto nivel de inteligencia racional, podría demorarse más en adquirirla.

Permitirle a un niño que realice el máximo de experiencias por sí mismo, y escuchar y respetar lo que siente, no es lo mismo que dejar que haga cualquier cosa.

No es sano que sintamos culpa cuando los delimitamos y frustramos. Los límites, prohibiciones y frustraciones, cuando la realidad los exige, son necesarios, permiten a nuestros hijos canalizar las energías, desarrollar la inteligencia y el imaginario, el pensamiento simbólico, la empatía y respeto por los demás.

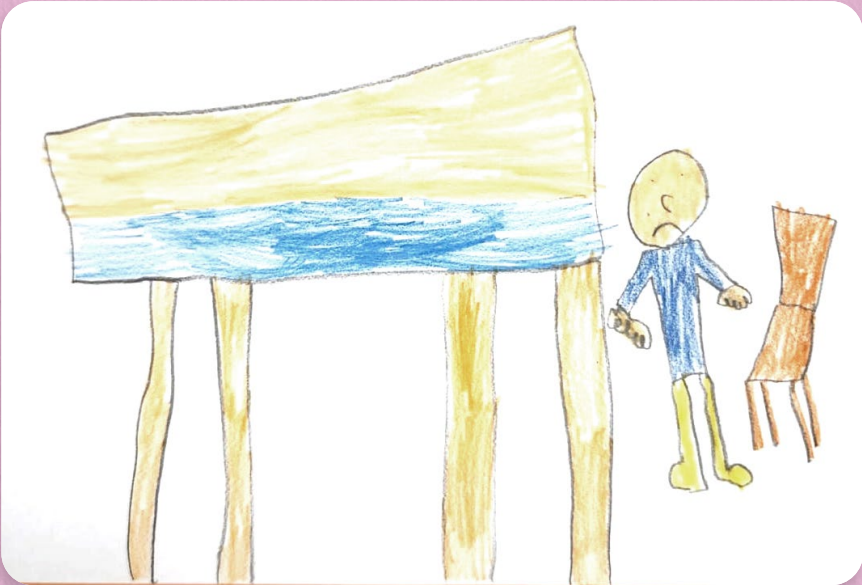
Bibliografía

De Truchis, C. (2010). *El despertar al mundo de tu bebé. El niño como protagonista de su propio desarrollo*. Ediciones Oniro.
Correa, A. (2019). Trastorno del control de esfínter, en C. Almonte y M.E. Montt. *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 607-619). Mediterráneo.

Hábitos de estudio
¿Cómo apoyar el desarrollo de la autonomía?

KAREEN PORTUGUEIZ GUILOFF

Psicopedagoga



Si comenzamos desde pequeños a desarrollar autonomía en nuestros hijos, aceptando que dentro del proceso de aprendizaje los niños pueden y van a equivocarse, estaremos contribuyendo a crear los futuros hábitos de estudio. Debemos ir reforzando sus esfuerzos por hacer las cosas para ir fortaleciendo sus habilidades y la confianza en sí mismos.

El desempeño y éxito académico es uno de los temas más relevantes para los padres, todos queremos que a nuestros hijos les vaya bien en el colegio. Por ende tratamos de ayudarlos en todo lo que podemos, y es así como muchas veces tratando de ayudar a que saquen buenas calificaciones, olvidamos que lo importante no es la calificación por sí misma, sino el proceso de aprendizaje. Por lo tanto, cuando les hacemos las tareas o leemos los libros, estamos lejos de enseñarles el valor del esfuerzo y la autonomía en cumplir sus deberes. Estamos mandando el mensaje erróneo, el cual prioriza la calificación por sobre el proceso.

¿Cómo apoyar y al mismo tiempo no perjudicar el desarrollo de autonomía?

La autonomía se desarrolla de a poco y desde que los niños son pequeños con cosas simples como vestirse o comer solos, etc. No queremos que nuestros hijos nos pidan que los vistamos a los 10 años de edad. Si aplicamos entonces el concepto de autonomía en el aprendizaje, tampoco deberíamos hacerles las tareas o leer los libros que da el colegio, ya que claramente el objetivo es que lo lean los niños y no sus padres.

En definitiva, estudiar y aprender debería ser en primer lugar un interés por saber y descubrir nuestro entorno social y natural.

Junto con ayudar al niño o joven en el desarrollo de su autonomía, enfoquémonos más en el proceso de aprendizaje que en los resultados –también importantes, pero secundarios al proceso–, lo que finalmente contribuirá a su desarrollo integral. Al reforzar el proceso y el esfuerzo que hace el niño en esto, estaremos reconociendo sus capacidades, lo cual le dará confianza y lo motivará a seguir adelante.

Las tareas que da el colegio deben estar enfocadas a reforzar contenidos tratados en clase, practicar y afiatar conocimiento, por lo tanto, es evidente que deben ser realizadas por los niños, ya que es a ellos a quién están dirigidas. Cuando las realizan los padres, no se estará cumpliendo el objetivo y el niño no accederá al aprendizaje en su totalidad.

Explicar claramente a los hijos lo que se espera de ellos y cuáles son sus responsabilidades no es contrario a respetar su autonomía, son las bases a partir de las que el hijo/a irá generando sus propias ideas y conductas. Los padres debemos dejar espacio

y tiempo a nuestros hijos para crecer y desarrollar su sana autonomía, lo que será finalmente un entrenamiento para que en el futuro ese niño o niña logre ser autónomo en sus quehaceres de adulto.

¿Qué es la autonomía y para qué nos sirve?

Autonomía proviene del vocablo latín *auto* que significa “uno mismo” y *nomos* que quiere decir “norma”: por tanto, autonomía es la capacidad que tiene una persona o entidad de establecer sus propias normas y regirse por ellas a la hora de tomar decisiones⁵⁵.

La filosofía y la psicología evolutiva definen autonomía como la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. Tener autonomía implica no solo ser capaz de hacer lo que uno cree que se debe hacer, sino también ser capaz de analizar lo que creemos que debemos hacer. Somos autónomos cuando somos razonables y consideramos qué debemos hacer con todos los datos a nuestra disposición⁵⁶.

Si damos la oportunidad a un niño/a de ser autónomo/a, también le estamos ayudando a ser responsable, a tener mayor seguridad en sí mismo, a tener fuerza de voluntad, a ser disciplinado y estar conforme consigo mismo, aspectos todos importantísimos para que un niño/a crezca feliz.

¿Desde cuándo y cómo podemos ir desarrollando autonomía en los niños?

En la medida que se da espacio para que ellos se expresen y se les escuche se está favoreciendo el desarrollo de la autonomía. Luego, cuando dan sus primeros pasos y aprenden a controlar esfínteres, se da un gran salto en este proceso. Así, acorde a las capacidades y refuerzo de los pequeños avances en su rutina diaria –como vestirse, lavarse los dientes, peinarse, ordenar sus juguetes y su ropa–, se sigue fortaleciendo la capacidad del propio niño para ir haciéndose cargo de sí mismo.

Dejando que el niño haga pequeñas cosas de acuerdo a su edad, que ponga la mesa, que barra, que haga su cama y reforzando y motivando a dichas actividades, el niño no solo se sentirá útil y validado, sino que tomará la iniciativa y reproducirá estos aprendizajes también en otras áreas como el estudio.

55 Compendio Diccionario Larousse-Free Dictionary-Concepto definición, 2014.

56 Modelo de desarrollo económico de Navarra MODERNA. España.

A medida que va creciendo, hay que ir dando más responsabilidades sin temor a que se equivoque, ya que es normal y beneficioso para el proceso de aprendizaje. Al motivar estos avances en el niño, estaremos pavimentando el camino para la autonomía escolar, la cual es tan importante para los padres y los mismos niños.

¿Cómo debería ser la rutina de estudio al llegar a casa?

En relación al quehacer escolar, los niños al llegar a casa deberían tener al menos una hora de descanso, comer algo y distraerse. No olvidemos que han estado muchas horas fuera de su hogar y se necesita un momento de adaptación a ese cambio de ambiente. Luego del descanso, ya estarán en condiciones de comenzar con las tareas.

Es recomendable que las tareas escolares sean realizadas en períodos de no más de media hora, seguidos por un descanso también de media hora, es decir, ir intercalando tareas y descanso.

¿Cuáles son los beneficios de una rutina en casa?

- Aumenta el período de concentración, ya que si los tiempos de estudio son de menor duración serán más efectivos, sobre todo si están seguidos de períodos de descanso, lo cual motiva a los niños.
- Relaja el ambiente de estudio en la casa, ya que tanto los padres como el niño/a sabrán anticipadamente los tiempos permitidos para cada actividad, lo que debería disminuir los conflictos en relación a la ejecución de las tareas.

¿Qué aspectos debo tomar en cuenta para que la rutina/hábito de estudio sea efectiva?

Para que la rutina de estudio sea efectiva y perdure en el tiempo debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Ser confeccionada en conjunto con el niño, considerando sus intereses y motivaciones (ver tabla 23-1). Así, si a un niño le gusta mucho andar en bicicleta entonces debemos poner en el descanso un espacio para que ande en ella. De esta forma estaremos tomando en cuenta sus intereses y le será más fácil cumplir con la rutina, ya que en ella hay actividades que son de su pleno interés.
- Tomar en cuenta las dificultades particulares del niño/a en su colegio, ya que es aconsejable destinar cierto tiempo a repasar las asignaturas que le son más difíciles.

- Tomar en cuenta las características individuales del niño, por ejemplo, si es muy inquieto o muy pasivo, adecuar la rutina a esas características.

Descansar una hora después de llegar del colegio, esto incluye que coma, tome once o té, en lo posible comida saludable que incluya proteína (leche, queso , jamón, huevo).
Repaso de alguna asignatura, previamente acordado con el niño.
Descanso, tiempo de esparcimiento y agrado para el niño. Si hay buen clima, jugar idealmente al aire libre, en jardín o plazas.
Nuevo período de estudio o realización de tareas del colegio.
Descanso, tiempo compartido con familia.

Tabla 23-1. Ejemplo de rutina

Indicadores de competencia (MODERNA, s.f.)

Un niño/a es autónomo y responsable sí:

- Realiza sus tareas normales sin que haya que recordárselo en todo momento.
- Ha adquirido hábitos personales (asearse, vestirse, atarse los zapatos, comer) en función de la edad que tenga.
- Puede razonar lo que debe hacer.
- Presenta fuerza de voluntad en la ejecución de las tareas.
- Se plantea nuevos retos y objetivos.
- No demanda sobreprotección.
- No echa la culpa a los demás ni busca excusas sistemáticamente.
- Es capaz de elegir entre diferentes alternativas.
- Puede jugar, hacer sus deberes y estudiar a solas sin problemas.
- Puede tomar decisiones distintas de las que otros toman en el grupo en que se mueve (amigos, familia, etc.) que sean para él o ella adecuadas, aunque sean diferentes de la opinión de los demás.
- Respeta y reconoce los límites establecidos por los padres, aunque en ocasiones pueda discutirlos o incluso llegar a una negociación (de acuerdo con la edad del hijo/a).
- Puede concentrar su atención en tareas complicadas (dependiendo de su edad) durante cierto tiempo, sin llegar a situaciones de frustración y abandono.
- Lleva a cabo lo que dice y en lo que se compromete.
- Reconoce sus errores sin necesidad de justificaciones.

¿Qué cuidados tener para no generar aversión al estudio?

La aversión al estudio en la mayoría de los casos se produce cuando el estudio:

- Es aburrido o de poco interés para el niño.
- Requiere un esfuerzo adicional al que él o ella está acostumbrado/a a hacer.
- Corresponde a una materia monótona o poco atractiva para el niño/a (ejemplo aprender algo de memoria que no tenga sentido especial para el niño).
- Corresponde a una materia difícil y que el niño/a no entiende.

Para evitar la aversión, debería haber una conversación con los niños antes del momento de no querer estudiar para saber cuál de las razones anteriormente mencionadas pudiese estarle afectando y tratar de ayudar, ya sea explicando que en ocasiones debemos hacer cosas aburridas o poco atractivas, o ayudándole a entender aquella materia que le cuesta más. De esta forma sentirá apoyo y bajará la sensación de aversión hacia el estudio, se sentirá más comprendido, más competente en lo que le costaba y más a gusto con el estudio.

Además, hay que agregar que en niños pequeños es adecuado incentivar con pequeños refuerzos positivos (concretos o palabras cariñosas) sus esfuerzos, incluso cuando hacen alguna tarea que no les gusta.

Conclusiones

Siempre hay que tomar en consideración los intereses y dificultades de los niños. La rutina de estudio después del colegio debería estar organizada en bloques de no más de media hora, intercalando estudio y descanso, y en los descansos debería realizar actividades de su interés. De esta forma, la rutina u horario de estudio será significativo para el niño/a y será más probable que lo cumpla y logre un adecuado desarrollo de autonomía y un buen proceso de aprendizaje escolar.

Lectura recomendada



Fundación CADAH. (2006). *Técnicas de estudio: estrategias básicas para tener éxito en el ámbito académico los alumnos con tdah.*



Sánchez, I. y Casal, S. (2016). *El desarrollo de la autonomía mediante técnicas de aprendizaje.* Universidad de Olavide.



Fundación CADAH. (s/f). *Cómo desarrollar la autonomía y los hábitos de estudio en los niños con tdah.*



Vega, A. (2017). *Autonomía y responsabilidad en los niños en sus estudios.*

Bibliografía

Modelo de desarrollo de la Universidad de Navarra MODERNA (s.f.). *Autonomía y responsabilidad.* Recuperado de https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/51352/AUTONOMIA_Y_RESPONSABILIDAD.pdf/34e7a-foa-341e-47eb-b7a6-5b44a2c56a4e

Pantallas
¿Herramienta o riesgo?

§

PABLO ESPOZ LAZO

ROXANA AGUILERA ESPÍNDOLA

Psiquiatras infantiles y del adolescente



Las pantallas, así como los medios digitales, han llegado a incorporarse a la vida cotidiana de las personas y, en ese sentido, incluso ya son parte sustancial de la vida de los llamados “nativos digitales”. Como suele suceder en todos los procesos históricos tecnológicos, desde la invención de la rueda en adelante, es importante reconocer su uso y no dejar de incorporarlo por el mero sesgo o prejuicio. En este capítulo hemos tratado de analizar desde la evidencia los pros y contras del uso de estas herramientas, reconocer cómo funcionan y qué influencias producen para tomar una decisión abierta e informada sobre cómo aprovecharlas sin que dominen o interfieran en el normal desarrollo de nuestros hijos e hijas.

El uso saludable de pantallas es una de las preguntas más frecuentes realizadas por los padres de niños/as tanto en la consulta psiquiátrica como pediátrica. Para saber cómo enfrentarlas, responderemos algunas dudas planteadas que dan origen a este capítulo.

¿Cómo le enseño a mi hijo a convivir con las pantallas e internet?

Las pantallas, las redes sociales y los videojuegos son parte del mundo en que vivimos, pero no necesariamente por existir debemos exponerlos tempranamente a ellos sin tener la información suficiente como adultos de los riesgos que implica su exposición. Es por eso que, para enseñarles a convivir con las pantallas, somos nosotros los que primero debemos saber manejarlas. Si eso no es así, es muy difícil que podamos enseñar algo que desconocemos. Lamentablemente, la tecnología avanza más rápido de lo que podemos reflexionar y es por eso que debemos estar siempre muy atentos y alertas, y acompañar a nuestros hijos en esta exposición acelerada. Los niños no deberían estar nunca solos frente a las pantallas y solo deberían tener un acceso controlado y establecido.

¿A qué le llamamos “pantallas”?

Le llamamos pantalla a todo elemento que, a través de la emisión de un haz de luz, generan imágenes estáticas o en movimiento, que incluso hoy pueden ser interactivas.

Este tipo de tecnología la podemos encontrar en diferentes herramientas, como smartphones, televisores, computadores, tablets (también en refrigeradores, autos o lavadoras inteligentes).

Entonces se hace importante diferenciar la “pantalla” –como un objeto de las aplicaciones– del contenido que encontramos al interior de ellas. Porque no es lo mismo ver en pantalla un video educativo o asistir a una clase que interactuar en un chat o videojuego. Desde aquí entonces es importante hacer la diferencia entre pantalla, medio y medio digital (tabla 24-1).

Pantalla	Superficie blanca, plana y lisa, de material textil o plástico, sobre la que se proyecta o emite material visual o audiovisual para ser observado.
Medios	Sistema técnico que sirve para informar a los miembros de una comunidad determinada.
Medios Digitales	Sistemas de comunicación de información que habitualmente usan tecnología digital y que usualmente se acompañan de interactividad.

Tabla 24-1. Definición de conceptos (Fuente: Oxford)

Así, la Academia Americana de Pediatría prefiere utilizar el concepto “*Medio Digital*” (Reid Chassiakos, 2016) para reunir tanto a la pantalla como a su contenido y en ese sentido determina normas o recomendaciones de uso para los *medios* en general y no solo de las pantallas.

¿Qué efectos tienen las pantallas y/o medios digitales en los niños, niñas y adolescentes?

El mundo digital es hoy, para los preescolares, escolares y adolescentes, un mundo nativo y cotidiano. Ellos nacen y se desarrollan cercanos a pantallas y distintas herramientas tecnológicas que, en una mirada rápida, podrían ser vistas como beneficiosas para adentrarse en esta nueva era. Es cierto que muchas de estas nuevas tecnologías favorecen algunos desarrollos educativos y acercan ciertas distancias sociales, pero hay que determinar cuál es el riesgo versus el beneficio de su uso.

Distintos estudios se han enfocado en el efecto de pantallas y medios digitales en los niños (Domingues-Montanari, 2017), lo que resumimos en la tabla 24-2. Lo primero a destacar son los efectos sobre el desarrollo psicomotor en lactantes expuestos a pantallas y medios digitales. Los niveles de desarrollo motor, lenguaje y cognitivos se ven interferidos por estos aparatos, ya que los niños/as aprenden y ponen a prueba el mundo a través de la experiencia no solo visual, sino más bien de un amplio repertorio sensorial que incluye lo propioceptivo, táctil, olfativo, gusto, vestibular y auditivo, propios de la relación consigo mismo y con el otro⁵⁷. Al estar estos elementos restringidos –o técnicamente ausentes en las pantallas–, disminuye el potencial sensorial para el desarrollo psicomotor y puede incluso empujar un desarrollo disarmónico (Hutton, 2020).

Con respecto al lenguaje, está bien documentado que existe una correlación entre el tiempo de uso de pantallas, la edad de inicio de este uso y el retraso en la adquisición de lenguaje. Para niños entre 15 y 48 meses, se determinó que existe un factor de cuatro veces más retraso en el desarrollo de lenguaje si utilizaban pantallas dos horas al día. Y si el comienzo era antes de los 12 meses, este factor subía a seis veces más (Guellai, 2022).

57 Ver capítulo 5, "Modulación sensorial".

En la edad escolar, podemos ver que el uso de medios digitales determina una fórmula social distinta y contemporánea que corresponde a una *interacción digital*. Lo pudimos presenciar en la pandemia, cuando el recurso online –ya sea educativo o lúdico– permitió a los niños, niñas y adolescentes mantenerse conectados con sus pares. Aumenta el uso del juego online y los videojuegos colaborativos, ya que ofrecen una interacción social digital (Flisher, 2010). Sin embargo, distintos estudios han mostrado el riesgo en el uso de medios digitales para interactuar ya que modifica la interacción social persona a persona, poniéndolos en una perspectiva virtual distinta, eventualmente sobreexpuesta y sin medir potenciales abusos de la información entregada. Existe una correlación entre el menor dominio de habilidades sociales y el mayor tiempo de uso de juegos online, por lo que estas prácticas predisponen tanto el desarrollo social como los trastornos vinculados al uso de medios digitales (Hygen, 2020). Además, podemos sospechar un riesgo aun mayor a nivel del mundo real, ya que no es posible verificar quién está detrás de la pantalla, lo que compromete a nuestros niños y los expone de manera indiferenciada a personas que no son quienes realmente dicen ser.

El compromiso de funciones cerebrales fundamentales como la atención, la capacidad ejecutiva y la mentalización también nos alarma (Santos, 2022). Incluso, existen sospechas de que el sobreuso de la comunicación a través de pantalla compromete el reconocimiento facial y la capacidad de leer e interpretar emociones e intenciones (función social pragmática del lenguaje)⁵⁸, lo que repercute en la capacidad mentalizadora de los niños y determina distintos roles sociales para ellos, dificultándoles la lectura emocional de otros para comunicarse mejor (Skalická, 2019).

Hasta alrededor de los 10 o 12 años los niños/as entienden el mundo aún en forma concreta, por lo que el contenido al que están expuestos lo asimilan como parte del mundo real. Puede existir confusión respecto a lo que se ve y cómo esto se integra a la realidad, propiciando conductas repetitivas, compulsivas o agresivas si la exposición ha sido a un contenido inadecuado.

Los juegos en modalidad digital ofrecen un estímulo importante en el sistema de recompensa del cerebro, fundamentalmente mediado por dosis altas de dopamina –un neurotransmisor encargado de la satisfacción– que decae rápidamente al dejar de utilizarse y, por lo tanto, genera un comportamiento de demanda del juego que termina siendo adictivo. Además, muchos de estos juegos utilizan un sistema de recompensas basado en el neuromarketing que intenta mantener enganchado al jugador la mayor cantidad de tiempo posible para que este consuma en el interior del juego los elementos de compra. Inicia generalmente con una versión gratuita que ofrece muchas opciones de *jugabilidad*

58 Ver capítulo 7, "Comunicación y lenguaje".

(versiones *Freemium*), pero que luego requiere la compra de determinados elementos para poder avanzar. Es aquí donde el jugador, sobre todo en edad escolar, se introduce en el juego y determina una conducta adictiva. Este tipo de conducta se ha podido vincular de manera directa e indirecta a otro tipo de trastornos concomitantes que afectan distintas funciones del niño, niña o adolescente como por ejemplo trastornos del sueño, trastornos ansiosos y fóbicos e incluso trastornos de conducta alimentaria.

Por último, está largamente documentado el impacto que produce en la infancia y la adolescencia el tiempo de exposición a pantallas con relación al sedentarismo, que puede conducir directamente al desarrollo de enfermedades metabólicas como la obesidad infantil y sus consecuencias (Fang, 2019). Los mecanismos de este fenómeno son variados: adolescentes que consumen más horas de pantalla tienen una ingesta calórica mayor con menor consumo de frutas y vegetales, están más expuestos a publicidad relacionada con comida y disminuyen sus horas de sueño que colabora con el sistema de saciedad (Robinson, 2017).

Ámbito afectado	Causas y Consecuencias
Desarrollo psicomotor	Restricción de estímulos variados e integrados. Disminuye el potencial sensorial y puede existir un desarrollo disarmónico.
Adquisición del lenguaje	4 veces más retraso si utilizan pantallas 2 horas al día a niños de 15 a 48 meses y seis veces más retraso si se utilizan antes del año de edad.
Regulación emocional	En pre-escolares el exceso de pantallas puede causar irritabilidad, agresividad.
Interacción Social	La exposición a pantallas reduce la cantidad y tiempo de interacción humana directa. Se prioriza la interacción digital con menos habilidades de interacción directa y mayor exposición a riesgos con exposición indiferenciada: <i>sexting</i> , <i>ciberbullying</i> y <i>grooming</i> .
Funciones ejecutivas: atención, resolución de problemas	Disminución de la focalización de la atención y la capacidad de síntesis. Dificultades de aprendizaje. Disminución de la capacidad de espera.
Mentalización, empatía, interpretación de emociones e intencionalidad	Compromiso en el reconocimiento facial y de la capacidad de leer e interpretar emociones e intenciones del otro.
Dependencia o adicción	El juego virtual tiene un alto riesgo de generar dependencia por el gran estímulo al sistema de recompensa mediado por dopamina. Crecimiento del <i>neuromarketing</i> y consumismo.
Sueño, trastornos ansiosos y depresivos.	La conducta adictiva se relaciona con una mayor prevalencia de estos trastornos, menos horas de sueño (con menor consolidación de la memoria), menor resolución de temas emocionales.
Sedentarismo y sobrepeso	A mayor número de horas de pantalla, mayor ingesta alimentaria con mayor contenido calórico y mayor exposición a publicidad de comida.
Problemas visuales	Sequedad del ojo e irritación (ojos rojos), mayor riesgo de desarrollar miopía.

Tabla 24-2. Efectos del uso de pantallas en niños/as

¿Qué tiempo es prudente estar expuesto a las pantallas y medios digitales?

La Academia Americana de Pediatría y la Academia Americana de Psiquiatría Infantil tiene publicadas recomendaciones del uso y acercamiento a estas tecnologías con el fin de favorecer su uso adecuado, de manera consciente y enriquecedora, no demonizándolas a priori, ya que sabemos pueden cumplir con ciertos roles benéficos como los educativos o incluso los sociales. Pero es importante determinar normas de uso, en cuanto a tiempo de uso y calidad del uso. El análisis de una encuesta internacional (*International Children’s Accelerometry Database*) entre los años 1997 y 2009 indicó que, si bien existían las guías para el uso de pantallas, dos tercios de los niños no cumplían con estas recomendaciones (Atkin, 2014). En la tabla 24-3 se plantean los horarios de uso de medios según rango de edad (tabla 24-3).

Rango de edad	Recomendación
Menores de 18 meses	No deben tener ninguna exposición en lo absoluto a pantallas o medios digitales, salvo que se trate de video chats que busquen acercarlos a sus figuras significativas en situaciones particulares.
Entre los 18 y 24 meses	Se deben seleccionar contenidos de alta calidad educativa que deben ser vistos en compañía de los padres para guiar la selección del material visto, estimular otros sentidos al momento de estar expuestos y poder buscar cierta aplicación con el mundo en vivo. En jardín infantil, no exponer a pantallas.
Entre los 2 y 5 años	El tiempo de uso de pantallas de todo tipo fuera de las educativas debe estar limitado a 1 hora al día. Se sugiere el acompañamiento de los padres o adultos responsables para guiarlos en lo que están viendo y en su aplicación con el mundo en vivo. El tiempo en fines de semana se puede ampliar a no más de 3 horas.
Sobre los 6 años	Se debe empujar a que el niño tenga hábitos saludables y limitar actividades que tengan que ver con el uso de medios digitales sin un horario definido. Debe limitarse a menos de 2 horas al día y en colegio, máximo dos sesiones de 45 minutos
Se deben apagar los medios durante horas de comidas o de reunión familiar.	
Se recomienda aprender sobre el control parental en los distintos dispositivos y usarlos activamente.	
Evitar el uso de pantallas o medios como relajantes o como “chupetes”.	
Apagar pantallas o medios al menos 60 minutos previos a la hora de dormir.	
Si desconocemos de qué se trata un programa, un video, un videojuego o una aplicación, es mejor que nuestro hijo no esté expuesto a ello.	

Tabla 24-3. Recomendación de uso de los medios según edad (Fuente: Screen Time and Children, AACAP, 2020)

¿Existen algunos beneficios del uso de medios digitales?

Definitivamente podemos apreciar que existen diferencias entre observar un video en un teléfono celular o tablet que nos enseñe cómo es el ciclo de crecimiento de una flor, a mirar videos aleatorios de gente haciendo actos peligrosos o simplemente burdos.

Es importante reconocer que existen algunas ventajas educativas, didácticas, sociales y también lúdicas de los medios digitales en la actualidad que fueron especialmente útiles durante la pandemia de COVID-19, pues permitieron a muchos niños, niñas y adolescentes no rezagar algunos de sus aprendizajes y desarrollo.

Cuando se decide usar pantallas, se debe poner el foco en cómo usarlas. Aquí es donde se hace importante la diferencia entre la “pantalla” y el “medio digital”, pues en sí la pantalla como aparato tendrá sus repercusiones y el contenido dentro de ella tendrá otros. Si bien la evidencia sostiene que el uso de pantallas –en especial en la dimensión de “tiempo de uso”– atenta contra el normal desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, existen estudios que han podido demostrar que algunos contenidos podrían favorecer algunas funciones cognitivas, es decir, son *contenido-dependientes* (Domingues-Montanari, 2017).

Por ejemplo, algunos estudios demuestran que el uso de videojuegos basados en acción que incluyan habilidades pro sociales mejora las habilidades de atención visual (Green 2003). A su vez, juegos en que los personajes requieran colaborar y ayudarse entre sí, favorecen un aumento en la conducta social (Gentile 2009). Algunos programas específicos de TV mejoran el rendimiento de la adquisición del conocimiento de números y palabras. Un estudio mostró que ver “Dora la Exploradora” en una población de habla inglesa aumentó el dominio de palabras en 13,3 palabras (a los 30 meses de edad) en comparación con el grupo que no lo veía; al contrario, cuando veían “Teletubbies” se podía apreciar una carga negativa en la adquisición de vocabulario (Linebarger, 2005). También en el mismo estudio se comprobó que las mejoras en el lenguaje determinadas por ver “Plaza Sésamo” eran mayores para niños en edad escolar que en los preescolares o lactantes.

En cuanto a habilidades sociales, ya expusimos algunos de los riesgos; sin embargo, la Academia Americana de Pediatría, en uno de sus últimos reportes, informó que el uso de algunos medios digitales, en particular de Redes Sociales en la población adolescente, podría fomentar el desarrollo de algunas habilidades, como por ejemplo la adquisición de nuevas amistades con gustos afines. Además, mejora la creatividad, el intercambio de ideas y el desempeño con materias tecnológicas (O’Keefe, 2011). El uso de blogs o foros desde las escuelas ha potenciado el intercambio de ideas y así también el acceso a información como el aprendizaje de otras lenguas o materias relacionadas con la salud,

incluida la educación sexual (Borja, 2005). Sin embargo, hay que considerar el riesgo secundario de hostigamiento digital o ciberbullying.

En suma, los efectos positivos serán realmente positivos considerando que el uso de medios digitales sea supervisado y acompañado por un adulto responsable, sea reducido en el tiempo y acorde a las recomendaciones según la edad del niño/a. El desarrollo de habilidades digitales no es estrictamente necesaria en niños menores de 12 años, ya que la mejor preparación para el mundo on-line es el mundo off-line.

¿Cómo manejar el tema en casa?

El uso de dispositivos tecnológicos debe encontrarse dentro de las conversaciones que tenemos con nuestros hijos/as desde temprana edad e ir creando un entendimiento paulatino sobre su uso, el propósito del acceso a programas de televisión, videojuegos e internet. Se deben establecer reglas individualizadas a cada contexto en casa, intentando seguir las recomendaciones de horario antes mencionadas, además de evitar que menores de 12 años tengan su propio celular y/o tablet, no tener televisión en la pieza y evitar el uso de las pantallas para calmar, a la hora de las comidas y 30-60 minutos antes de ir a dormir. Idealmente, que el uso esté establecido dentro de una rutina en casa. Que la exposición sea siempre acompañada por uno de los padres o el adulto cuidador.

El acompañamiento del uso de los medios digitales parece ser significativo a la hora de evaluar sus potencialidades. Un estudio (Singer, 1994) mostró que preescolares que veían “Barney y sus amigos” en compañía de un adulto que los guiaba, adquirirían un promedio de 3,5 palabras versus 1 palabra en el grupo que veía el mismo programa pero sin acompañamiento de un mayor. Cuando los padres acompañan el uso de los medios digitales y refuerzan aquellos elementos que intrínsecamente estos medios carecen, se pueden lograr importantes avances con su uso. Por ejemplo, en materia educacional, cuando los padres comparten tiempo didáctico de pantallas con sus hijos y preguntan, comentan o explican el contenido expuesto, se puede favorecer la relación vincular.

¿Cómo controlar el uso de pantallas sin quedar como el malo o mala de la película?

Para controlar el uso sin quedar como la “mala de la película” debe existir siempre una relación de confianza y una adecuada comunicación con nuestros hijos. Al explicarles que la restricción tiene que ver con el cuidado y la preocupación que sentimos por ellos y qué es lo que nos moviliza a restringir el uso, ellos podrán comprenderlo de mejor manera. Por otro lado, debe facilitarse el uso adecuado del tiempo libre con juegos acordes

a cada edad, contacto con la naturaleza y la realización de deportes y otras actividades extra-programáticas que generan satisfacción y mejoran el desarrollo y la socialización.

¿Cómo se puede evitar cuando todo el resto de los amigos están pegados al celular?

Es importante tener una conversación con nuestros hijos/as sobre las razones que tenemos como adultos para no exponerlos al uso del celular u otras pantallas, y que esto tiene que ver con el cuidado que les damos respecto a su salud física y mental. Para poder facilitar esta tarea me parece importante tener conversaciones con otros padres y amigo/as de nuestros hijos/as para trabajar esta temática en conjunto como comunidad.

Recomendaciones prácticas para padres y madres

- Ser conscientes del uso de pantallas por nuestros hijos e hijas en las siguientes dimensiones:
 - a. Tiempo de uso.
 - b. Contenido al que se encuentran expuestos.
 - c. Objetivos de utilización (Recreación, estudios, colaborativo).
- Definir aparato y contenido en uso según edad de desarrollo.
- Favorecer el acompañamiento del uso de pantallas y medios digitales.
- Estar informados y atentos al desempeño de niños, niñas y adolescentes en cuanto al uso de Medios Digitales, en particular Redes Sociales.
- Evitar el uso de pantallas en la habitación.
- Evitar el uso de pantallas a la hora de comer.

Lectura recomendada



American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (actualizado 2020). *El tiempo frente a la pantallas y los niños*.

Para niños

- Ried, T. (2018). *Aki y Trinuka Sin Pantallas*. Editorial Nueva Patris. Fundación Vínculo.
- MacDonell, P. (2017). “Tek” *El niño moderno de las cavernas*. Ed. Océano/Travesía..
- Alemagna, B. (2016). *Un gran día de nada*. Combel Editorial.
- De Kemmeter, P. (2017). *Papá está conectado*. Ediciones SM.
- Valle García, N. y Wiarciejka, M. (2020). *El oso que se volvió goloso el día que levantó la mirada del móvil*. Independiente.
- Childs Howard, B. (2023). *Paula y el exceso de tiempo en la pantalla*. B&H Publishing.

Para padres

- Perez Stephens, C. (2022). *Secuestrados por las pantallas*. Ed. Zig-Zag.
- Bonaga, Cristina y Turiel, H. (2013). *Mamá quiero ser Youtuber*. Ed. Temas de Hoy.
- Tisseron, S. (2016). *Guía de Supervivencia para Adictos a las Pantallas*. Ediciones SM.
- L. Kutscher, M. (2018). *Niños Conectados*. Ed. Mensajero.
- Desmurget, M. (2022). *La fábrica de cretinos digitales*. Ed. Booket.
- Zabala, M. (2021). *Ser padres en la era digital*. Plataforma Editorial.
- Heitner, D. (2019). *Guiar a los niños en la era digital*. Editorial Paidós.
- L’Ecuyer, C. (2012). *Educación en el Asombro*. Plataforma Editorial.

Bibliografía

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (actualizado 2020). *El tiempo frente a la pantallas y los niños*. Recuperado de https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Children-And-Watching-rv-054.aspx

Atkin, A.J. et al. (2014). International Children’s Accelerometry Database (ICAD) Collaborators. Prevalence and correlates of screen time in youth: An international perspective. *Am. J. Prev. Med.*, 47, 803–807.

Borja, R.R. (2005). ‘Blogs’ catching on as tool for instruction: Teachers use interactive Web pages to hone writing skills. *Educ Week*, 14. Disponible en: <http://www.iapsych.com/edblogs.pdf> [accessed 4 Jul 2016].

Council on communications and media (2016). Media and Young Minds. *Pediatrics*, 138, (5): e20162591. doi:10.1542/peds.2016-2591.

Council on communications and media (2016). Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics*, 138, (5): e20162592. doi:10.1542/peds.2016-2592.

Domingues-Montanari, S. (2017). Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53, (4), 333–338. <https://doi.org/10.1111/jpc.13462>

Fang, K., Mu, M., Liu, K., y He, Y. (2019). Screen time and childhood overweight/obesity: A systematic review and meta-analysis. *Child: care, health and development*, 45, (5), 744–753.

Fisher G. (2010). Getting plugged in: An overview of Internet Addiction. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, (10), 557–559.

Gentile, D.A. et al. (2009). The effects of prosocial video games on prosocial behaviors: International evidence from correlational, longitudinal, and experimental studies. *Pers. Soc. Psychol. Bull.*, 35, 752–763.

Green, C.S. y Bavelier, D. (2003). Action video game modifies visual selective attention. *Nature*, 423, 534–537.

Guellai, B., et al. (2022). Effects of screen exposure on young children’s cognitive development: A review. *Frontiers in Psychology*, 13, 923370.

Hutton, J. S. et al. (2020). Associations Between Screen-Based Media Use and Brain White Matter Integrity in Preschool-Aged Children. *JAMA Pediatrics*, 174, (1), e193869. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3869>

Hygen, B. W. et al. (2020). Time spent gaming and social competence in children: Reciprocal effects across childhood. *Child development*, 91, (3), 861–875.

Linebarger, D.L. y Walker, D. (2005). Infants’ and toddlers’ television viewing and language outcomes. *Am. Behav. Sci.*, 46, 1–22.

- O'Keefe, G.S. y Clarke-Pearson, K. (2011). The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics* 127, 800-804.
- Reid Chassiakos, *et al.* (2016). Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics*, 138, (5). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2593>.
- Robinson, T.N. *et al.* (2017). Screen Media Exposure and obesity in children and adolescents. *Pediatrics*, 140 (Supplement_2), S97-S101.
- Santos, R.M.S., *et al.* (2022). The Association between Screen Time and Attention in Children: A Systematic Review. *Dev Neuropsychol*, 47, (4), 175-192. doi: 10.1080/87565641.2022.2064863. Epub 2022; Apr 17. PMID: 35430923.
- Singh, S. y Balhara, Y.P.S. (2021). "Screen-time" for children and adolescents in COVID-19 times: Need to have the contextually informed perspective. *Indian J Psychiatry*, 63, (2), 192-195. doi:10.4103/
- Singer, J.L. y Singer D.G. (1994). 'Barney & Friends' As Education and Entertainment: Phase 2. *Can Children Learn Through Preschool Exposure to 'Barney & Friends'? Progress Report submitted to Connection Public Television*. New Haven, CT: Yale University Family Television Research and Consultation Center.
- Skalická, V. *et al.* (2019). Screen time and the development of emotion understanding from age 4 to age 8: A community study. *British Journal of Developmental Psychology*, 37, (3), 427-443.

25

Rol de las mascotas en el desarrollo infantil

§

ANAMARÍA DÁVILA DEL SOLAR

Psicóloga clínica infantojuvenil



Hay varios aspectos que conviene considerar al momento de evaluar la factibilidad de incorporar una mascota a la familia.

Estos tienen que ver con las características del entorno donde habita la familia, con las edades y características de los niños y con las de la mascota. La idea es considerar estas variables intentando garantizar el bienestar y la protección tanto de la mascota como de todos los miembros de la familia.

¿Qué rol cumplen las mascotas en el desarrollo de un niño?

Tener una mascota en la familia es una oportunidad para que los niños puedan establecer un vínculo estable y seguro con *un otro*, a través del cual se ponen en práctica una serie de valores, destrezas y características personales. Ayuda a desarrollar el sentido de cuidar y proteger a otro, así como también permite estimular el sentido de la responsabilidad, del compromiso y del establecimiento de rutinas. Asimismo, la oportunidad de convivir diariamente con una mascota favorece el desarrollo y la expresión de sentimientos y emociones, especialmente del amor, afecto y ternura. Los niños suelen sentirse protegidos, acompañados y queridos por sus mascotas, lo que contribuye al desarrollo de su autoestima y de la seguridad en sí mismos.

Por otra parte, la interacción con una mascota puede contribuir en forma importante al desarrollo de las funciones de regulación emocional⁵⁹. El niño puede ir reconociendo las emociones que experimenta al jugar con su mascota, al sentirse acompañado por ella, al ver que su mascota no hace lo que él quiere o rompe alguno de sus juguetes. No solo descubrirá si el comportamiento de su mascota lo hace sentirse feliz, calmado, enojado o asustado, sino que irá reconociendo cómo tranquilizarse y cómo regular la expresión de esas emociones. A su vez, podrá también ir reconociendo, anticipando y respetando las necesidades y reacciones de su mascota, aspectos que favorecen el desarrollo de la autoregulación, de la empatía y de la compasión hacia otros⁶⁰. La posibilidad de interactuar con su mascota en un contexto protegido contribuye a que el organismo del niño secrete aquellas hormonas que se relacionan con sentimientos de felicidad, calma y seguridad, contribuyendo a aliviar el estrés y las emociones displacenteras.

La interacción con una mascota también contribuye al desarrollo psicomotor de los niños⁶¹, al favorecimiento de la creatividad y al desarrollo de las funciones ejecutivas como la planificación y la organización. Al jugar o pasear a su mascota, el niño no solo irá desplegando una actividad física que contribuye a su desarrollo psicomotor, sino

59 Ver capítulo 8, "Comunicación emocional".

60 Ver capítulo 10, "La empatía y su desarrollo".

61 Ver capítulo 18, "Importancia de la libertad de movimiento".

que tendrá que ejercitar funciones de anticipación, organización y planificación de sus acciones, aspectos que le serán de gran utilidad en otras áreas de su vida.

¿Cuál es la mejor edad para tener una mascota?

Habitualmente, la petición de incorporar una mascota a la vida familiar surge cuando los niños están en edad preescolar o escolar temprana, pero muchas veces son los padres quienes toman la decisión de tener un perro o un gato incluso antes de que lleguen los hijos. Por ello, más que pensar en cuál es la edad más conveniente para tener una mascota, es importante plantearse qué aspectos conviene tener presentes al momento de tomar la decisión.

Si hay un niño muy pequeño, es importante tener en cuenta las medidas sanitarias necesarias para asegurar su bienestar: mantener vacunas al día, desparasitar frecuentemente y evaluar posibles alergias. De igual modo, hay que asegurar la supervisión permanente de un adulto, de manera de monitorear la interacción entre la mascota y el niño para evitar que puedan hacerse daño.

Si se trata de niños mayores, la decisión respecto de si tener o no una mascota y/o de qué tipo de mascota incorporar puede ser una excelente oportunidad para ejercitar las diferentes funciones que están implícitas en la “toma de decisiones”: análisis de las diferentes variables a considerar, pros y contras de cada una de las opciones, consideración de los diferentes puntos de vista de los miembros de la familia, reflexión respecto de las responsabilidades que se deberán asumir y de quiénes podrán cumplirlas, entre otras (ver tabla 25-1).

Aspectos a considerar	Análisis de ventajas y desventajas
Consideración de los diferentes puntos de vista de los miembros de la familia	Revisar si hay acuerdo
¿Qué responsabilidades se deberán asumir?	¿Las conocemos? ¿Qué necesitará la mascota para su bienestar?
¿Quiénes cumplirán las responsabilidades?	¿Hay realmente quién las cumpla? ¿Se turnarán o se repartirán funciones?
¿Qué características tiene el ambiente donde estará la mascota?	¿Hay o necesita patio? ¿Se podrá mantener sin perderse? ¿Tendrá el alimento y espacio necesario?
¿Qué tipo de mascota es la que pensamos incorporar al hogar?	Aclarar el sentido que se le quiere dar a esta experiencia
¿Cuáles son los riesgos o desventajas de tener una mascota?	¿Cómo se pueden minimizar esos riesgos?

Tabla 25-1. Grilla de toma de decisión para tener una mascota

¿Qué elementos considerar para decidir si se adquiere o no una mascota?

Es importante que los adultos sean capaces de evaluar en forma realista cuáles son las ventajas y desventajas de incorporar una mascota a la vida familiar. Habitualmente los niños piden traer una mascota al hogar pensando solo en los beneficios emocionales que les traerá y tienden a minimizar las dificultades o complicaciones que también están asociadas al cuidado de ella. Por tanto, es responsabilidad de los padres la decisión final, ya que puede ser mucho más doloroso y frustrante para un niño encariñarse con un animalito y a corto plazo tener que regalarlo porque ensucia la casa o el departamento, o porque no hay quién lo cuide.

Los niños son capaces de entender razones y, aunque se enojen, se frustren o sientan que es injusto privarlos de una mascota, esta situación también puede ayudar a su desarrollo, estimulando la tolerancia a la frustración y haciéndoles ver la importancia de tomar decisiones con responsabilidad.

Hay varios aspectos que conviene considerar al momento de evaluar la factibilidad de incorporar una mascota a la familia. Estos tienen que ver con las características del entorno donde habita la familia, con las edades y características de los niños y con las de la mascota. La idea es considerar estas variables intentando garantizar el bienestar y la protección tanto de la mascota como de todos los miembros de la familia.

El tipo de mascota que se decida tener también debería ser motivo de análisis y reflexión, considerando el espacio donde se vive, las demandas de cuidado que exige y el sentido que se quiera dar a la experiencia de incorporarla a la vida familiar. Por ello, es importante evaluar cuáles son los cuidados que cada tipo de mascota exige, para poder evaluar responsablemente y con objetividad si el grupo familiar está en condiciones de asumirlos. No es lo mismo asumir el cuidado de un perrito, un gato, un hámster, un acuario, tortugas, canario, etc.

¿Cómo repartir las funciones de cuidado de una mascota?

Cuidar a una mascota ayuda a desarrollar el sentido de la responsabilidad, pero los adultos no deben depositarla totalmente en los niños. Ellos son predominantemente egocéntricos, por lo que no están preparados para hacerse cargo de otro. Aun cuando muchos niños se comprometen a cuidar la mascota como parte de la “negociación” que se lleva a cabo con sus padres para tomar la decisión de adquirirla, es probable que a través del tiempo puedan descuidarla y desmotivarse. Por eso, es fundamental que los adultos sean cuidadosos con las verbalizaciones que hacen respecto de los

roles, funciones y responsabilidades que a los niños les corresponden, ya que muchas veces los pequeños se ven muy afectados por la muerte o enfermedad de su mascota, debido a que se sienten culpables por haberse despreocupado de ellas o por no haber sido suficientemente rigurosos en su cuidado. Es por esto que, siendo una oportunidad para favorecer y ejercitar el sentido de la responsabilidad, hay que supervisar, guiar y complementar los cuidados que el niño otorga.

Si se decide delegar funciones de cuidado de la mascota en los niños, es conveniente explicitar con claridad qué se espera de ellos, describiendo con precisión las tareas que a cada uno le corresponde, el horario y la frecuencia asociada a cada función. Cuidar de un animalito implica labores relacionadas con la higiene (baño, cepillado, recolección de deposiciones), alimentación, esparcimiento (paseo, juego) y salud (control veterinario). Sin embargo, independientemente de que se definan con claridad, es necesario y conveniente que los adultos supervisen, recuerden, monitoreen y modelen estas acciones para asegurar el cuidado de la mascota y para favorecer el compromiso de los niños.

Los niños pequeños, por las características de su desarrollo cognitivo, emocional y social, son egocéntricos y autorreferentes, por lo tanto, fácilmente pueden sentirse responsables y/o culpables si algo malo le ocurre a su mascota. Por ello, la asignación de tareas y responsabilidades debe estar siempre mediada y supervisada por los adultos.

¿Puede una mascota reemplazar a un hermano (o reemplazar la relación con otros niños) en la función de socialización?

Una mascota nunca podrá reemplazar a un hermano, pero sí ayuda al desarrollo de algunas habilidades sociales y afectivas como la empatía, el cuidado por el otro, la ternura y la protección. Sin embargo, las relaciones fraternas incluyen una serie de otras experiencias que no se darán en la relación con una mascota, por lo que es difícil pensar que la incorporación de una mascota a una familia con un hijo único pudiera tener una función compensatoria.

Si bien el crecer con una mascota no reemplazará la experiencia de tener un hermano o hermana, sí proveerá la posibilidad de desarrollar un vínculo significativo con otro que, en alguna medida, puede cumplir la función de un “par”. La experiencia de acompañarse e interactuar con una mascota en un espacio lúdico –paseándola o jugando con ella– no solo es gratificante, sino que también sienta las bases de la reciprocidad y la cooperación. Al mismo tiempo, facilita el desarrollo de la empatía y del respeto por el otro, a la vez que estimula el reconocimiento y expresión de emociones.

¿Cómo elaborar el duelo por la muerte de una mascota?

La muerte de una mascota suele ser el primer enfrentamiento de un niño con la experiencia de la muerte. Es por ello que muchas veces, asociada a la muerte de su perrito o gatito, el niño puede comenzar a presentar angustia o preocupación en relación a la posibilidad de que sus padres o algún ser querido pudiera fallecer. A veces los adultos –en un intento por evitarle una pena o un dolor al niño– ocultan el hecho de la muerte de la mascota, diciéndole al niño que esta se perdió o que la regalaron. Es preferible transparentar la información, pues la incertidumbre, la poca claridad y el ocultamiento suelen generar confusión y desconfianza en los niños. Permitirles vivir el duelo, participar en un rito de despedida y favorecer la expresión genuina de las emociones asociadas a la muerte, sin duda contribuyen no solo al desarrollo emocional de los niños, sino también a fortalecer el vínculo con sus padres y a desarrollar en estos aquellos recursos de contención que fortalecerán el vínculo con sus hijos.

A su vez, el proceso de acompañar a los niños en la elaboración del duelo por la muerte de su mascota permite a los padres reflexionar en torno a cómo abordar con sus hijos temáticas relacionadas con la espiritualidad y con las creencias religiosas⁶² en la crianza de sus hijos.

Lectura recomendada



Chia, S. (s.f.). *Beneficios de las mascotas y animales a la salud mental*.

Diez, M. (2022). *En mi corazón*. Autoedición. ISBN 9789564108018

Máximo N. (2023). Menos estrés, más salud mental... estos son los beneficios de tener una mascota. *Nathional Geographic*. Recuperado de https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/menos-estres-mas-salud-mental-estos-son-los-beneficios-de-tener-una-mascota-_15181



Merino, V. (2021). *Beneficios y ventajas que reportan los animales domésticos en el hogar. Nuestros amigos peludos*. Universidad de Jaén, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Schencke, C. y Farkas, C. (2012). Estudio de la vinculación que tienen los niños y niñas escolares con sus perros y los efectos socioemocionales de este vínculo. *Summa Psicológica* UST. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974428>



Sociedad Argentina de Pediatría (2020). *Consensos niños y mascotas*.

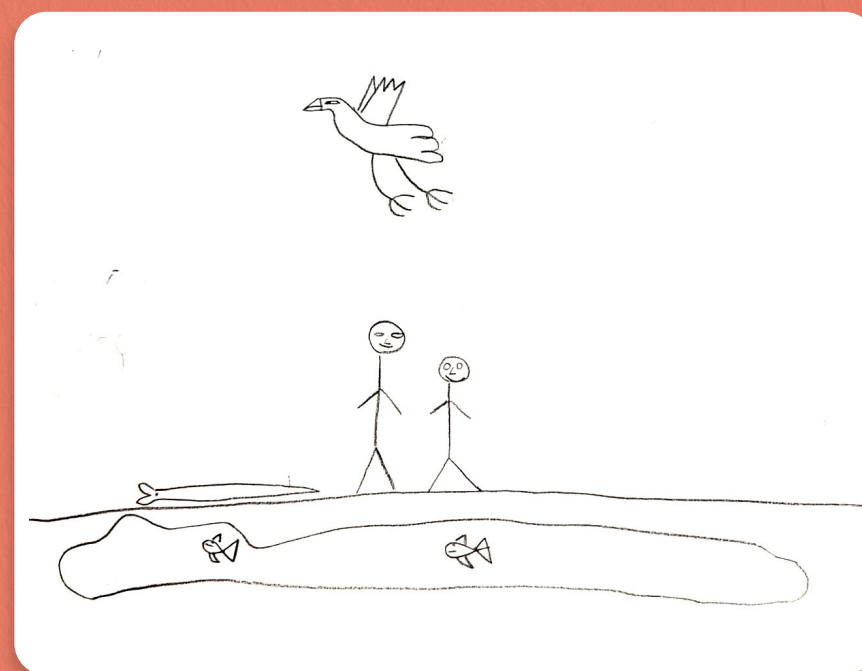
Bibliografía

Davila, A. (2011). *Mamá quiero una mascota*. Recuperado de <https://www.clinicaalemana.cl/articulos/detalle/2011/mama-quiero-una-mascota>
Viviani, P. (2022). *Los beneficios de vivir con animales*. Recuperado de <https://www.clinicaalemana.cl/articulos/detalle/2022/beneficios-de-convivir-con-animales>

62 Ver capítulo 11, "Desarrollo del sentido espiritual".



DESAFÍOS QUE PUEDEN APARECER EN LA CRIANZA



Estresores normales del ciclo vital

§

BELÉN ZERÁN RUIZ-CLAVIJO

CONSTANZA OSORIO MARTINI

Psicólogas clínicas infantojuveniles

ALFONSO CORREA DEL RÍO

Psiquiatra infantil y del adolescente



Al aceptar una crisis inevitable seguramente la dificultad de adaptarse igual dolerá, sentiremos pena, angustia, incertidumbre, rabia o una mezcla de ellas, pero será mucho más llevadera que si nos resistimos a ella. Nos desgastaremos menos, podremos pedir y recibir más fácilmente ayuda y no se dañará nuestra relación con el otro.

¿Es normal tener momentos de crisis?

Como hemos revisado en los capítulos anteriores, el solo hecho de crecer y el desarrollo implica cambios y los cambios exigen una adaptación, así como el mismo proceso de adaptación implica cambios. Estos con frecuencia son vividos con tensión. Se debe dedicar un monto de atención importante en esta adaptación. Mente y cuerpo en general dedican un alto nivel de actividad en esa reestructuración, donde está involucrada tanto la visión de sí mismo como la visión del mundo, las ideas, conceptos e incluso la postura corporal, la mirada y la actitud.

La adaptación se desarrolla paso a paso, a veces es necesario un cambio brusco ante lo que se genera un desequilibrio –algunos aspectos cambian más rápido que otros– y eso genera tensión. Este proceso se acompaña con cambios en el nivel de actividad de neurotransmisores (encargados de la comunicación neuronal) y hormonas. Adrenalina en el proceso agudo y cortisol en el crónico, son los más conocidos. Ambos facilitan mecanismos que pueden ser transitoriamente funcionales y adaptativos, pero en exceso pueden facilitar un daño.

Cuando la reacción aguda o crónica son vividas en forma desequilibrada, disarmónica, desconectada de los demás niveles de funcionamiento de la persona, pueden producir un daño. La sumatoria de los pequeños daños es vivida como estrés, con una emoción desagradable predominante, sea de dolor o angustia. Esta reacción o respuesta aún es parte del proceso de adaptación y NO es sinónimo de patología, puede ser normal. Es esperable que en períodos de cambio acelerado tengamos/sintamos estrés (aunque algunos definen el estrés ya como una reacción anormal). Si el estrés se prolonga o es muy intenso o vivido muy en solitario, podrá llegar a constituir patología.

¿Qué es crisis?

Es un *estado temporal* de desorganización y pérdida del equilibrio físico, psicológico, social y/o espiritual ante una situación que experimentamos como amenazante. Las crisis se generan, además, porque las herramientas que comúnmente utilizamos para afrontar situaciones complejas en nuestras vidas no nos ayudan a resolver este estado de desajuste.

Es importante señalar que, cuando una situación se vive como una crisis, aparece la *tensión*, la cual exige un cambio y, a su vez, intenta impedir que dicho cambio se genere.

El estrés que desencadena la crisis puede ser un acontecimiento externo (por ejemplo un terremoto) o interno (anticiparse al resultado de un examen médico), ser un solo hecho catastrófico o una acumulación de acontecimientos menos graves.

¿Cuáles son las principales crisis en la etapa de la infancia?
(De la Revilla, 2021)

Existen dos tipos de crisis: *normativas*, es decir aquellas que son parte de los cambios propios de las etapas del ciclo vital, cuya resolución ayudará a pasar de una fase (hito) a otra. En segundo lugar se encuentran las *no-normativas*, que refieren a aquellas crisis que son producto de acontecimientos inesperados.

En este capítulo nos centraremos en las primeras, donde es importante saber que no solo pueden darse a nivel individual, sino también a nivel familiar (padres), es decir, situaciones de estrés y amenaza que todas las familias afrontan al igual que el individuo, como fases evolutivas. Conocerlas es necesario para comprender las transiciones o acontecimientos vitales que se espera ocurran a lo largo del desarrollo familiar:

Crisis normativas individuales	Crisis normativas familiares (parentales)
• Nacer, comenzar a relacionarse. • Período de oposicionismo. • Compartir con otros. • Rendir y aprender. • Conocerse a sí mismos.	• Matrimonio. • Nacimiento del primer hijo. • Período de oposicionismo de los hijos. • Entrada de los hijos al colegio. • No cumplimiento de expectativas en los hijos. • Inicio pubertad, aislamiento y segundo oposicionismo. • Salida de la casa de los padres.

¿Cómo vivir estas crisis para que no dañen la salud mental?

- Saber que existen, tener algún conocimiento previo para poder anticiparse.
- Reconocerlas cuando las estemos viviendo, para no teñir todo con ese aspecto en crisis.
- Identificar las redes de apoyo que tenemos (familiares, amigos, colegio, trabajo, etc.).
- Apoyarse en la red de apoyo. Ser capaz de pedir ayuda si es necesario.

- Potenciar la comunicación familiar sin juicios, con el fin de conocerse y desarrollar la confianza no solo ante momentos de crisis, sino como parte de la rutina.
- Integrarlas y evaluar qué se puede aprender.
- Saber que la duración de la crisis es limitada en el tiempo.

¿Es necesario tener que sufrir en estas crisis?

En este punto es crucial citar y entender lo que muchos han dicho en este sentido desde distintas disciplinas, técnicas, filosóficas y espirituales: el dolor es parte de la vida, las crisis hay que vivirlas; sin embargo, el hacer resistencia a ellas, el no aceptarlas, el creer que no debieran ser vividas es lo que hace sufrirlas. Es decir, cuando el dolor –propio de una situación que es inevitable– se acepta, no se sufre, porque no hay resistencia, no hay guerra. El aceptarlas seguramente al igual que la dificultad de adaptarse se sentirá, dolerá, sentiremos pena, angustia, incertidumbre, rabia o una mezcla de ellas, pero será mucho más llevadero, nos desgastaremos menos, podremos pedir y aceptar más fácilmente ayuda y no se dañará nuestra relación con el otro, al contrario, creceremos todos.

Socialmente intentamos defendernos, resistir, negar, disociar, reprimir o evitar.

Tener en cuenta que, el problema no es sentir el afecto, el problema es intentar escapar del sentir, lo que hace que no estemos presentes.

Si bien las crisis normativas son esperadas, no es fácil resolverlas.
¿Qué tengo que tomar en cuenta para “superar estas crisis”?

Tal como señalamos, una crisis implica una posibilidad de cambio, de adaptación, razón por la cual es fundamental conocer desde las voces de los actores involucrados, desde donde están viviendo la crisis y la tensión cómo la explican, cómo la entienden y la manera de nombrarla y de ubicarse, tanto frente a la situación como frente a las alternativas/soluciones (Valencia, 2020).

Así mismo, las familias intentan volver a cómo eran antes de la crisis, por lo que es clave reflexionar, conversar sobre los recursos que como familia tienen y si estos ayudarán en la resolución de la crisis o es necesario desarrollar otras formas de avanzar y crecer como familia e individuos.

¿Cómo enfrento el paso de niño a adolescente? ¿Cómo logro que sea responsable y disciplinado sin que termine odiándonos?

La adolescencia es una etapa de muchos cambios, donde sus hijos están transitando hacia la adultez. Sin embargo, aún no son adultos y, a su vez, ya no son niños, haciendo aún más difícil saber cómo vincularse con ellos.

Mantener la estructura familiar, los valores que han intentado promover, conversar sobre si como padres han sido consistentes entre lo que dicen que hay que hacer (lo correcto) y sus acciones. Para los niños y adolescentes es muy importante ver a los adultos alineados –lo que digo se relaciona con lo que hago– y, cuando esto no es así, mostrarlo, dialogar sobre ello, asumir el error y repararlo. Esto, a su vez, enseña que todos cometemos errores y la importancia de resolver para avanzar.

No se trata de enfrentar, si no de afrontar, acompañar. Cuando hablamos de acompañar nos referimos a caminar al lado del otro, ni más adelante ni más atrás. No es algo fácil de hacer, pero la comunicación, el evitar dar por sabido todo o anticiparse a lo que el niño o adolescente pueda estar experimentando es clave, porque las dudas y apreciaciones que podamos tener solo pueden ser resueltas si abrimos un espacio de diálogo con ellos, donde se sientan seguros, en confianza.

Una tarea importante como padres en estos períodos de cambios es saber ser flexibles, no creer que las soluciones que antes eran útiles seguirán siendo útiles siempre. Los niños crecen, cambian sus necesidades y nosotros también crecemos, cambia nuestra visión de la vida, nuestras prioridades y nuestro ritmo, nos hacemos más viejos, perdemos capacidades y adquirimos otras. Entonces, la tarea de pasar a ser responsable es conjunta, no es solo del hijo y tampoco es solo de los padres para “hacer que el hijo lo logre”.

La *responsabilidad* surge desde la construcción de sentirse un agente que actúa en el mundo, es un valor del ser humano, donde este debe hacerse cargo de las tareas propias del rol que ocupa dentro de la sociedad. Promueve que el que está comenzando su adolescencia avance hacia un pensamiento reflexivo, crítico, donde la toma de decisiones se oriente a las consecuencias para él y para los demás, es decir, que evalúe las implicancias de sus actos. Por ejemplo, realizar esta acción, ¿me ayudará a superarme? ¿Me pasará a llevar? ¿Pasaré a llevar a los otros? (Escudero, 2018).

Es muy importante no confundir el establecer conductas responsables mediante el autoritarismo, castigos o medidas correctivas desde el miedo (confundida a veces con el respeto). La incorporación del sentido de la responsabilidad se da de manera paulatina al establecer una rutina y deberes claros para toda la familia, que sean consistentes, predecibles, flexibles cuando sea necesario y dentro de espacios de diálogo donde estos cambios sean comprendidos, evitando la imposición, porque esta invita a potenciar la

actitud pasiva del adolescente, limitando su posibilidad de empoderarse ante el mundo y generando sentimientos de rabia y oposición al no tener claro el porqué de este “deber impuesto”.

¿Qué podemos hacer cuando las expectativas que tenemos para nuestros hijos son diferentes a la de ellos?

Este es un punto clave, dialogar como padres sobre cuáles son las expectativas que tenemos como familia y para cada uno de los integrantes de la misma, no solo para nuestros hijos, sino también en la pareja y en nosotros mismos.

Para esto pueden preguntarse, ¿lo que queremos ayudar a lograr en él es real, viable según sus características e intereses, lo estoy acompañando o voy a un ritmo diferente al de él?

Si nos damos cuenta que vamos a un ritmo diferente, a pesar de ambos querer cosas similares para él, o que estamos tan centrados en estas expectativas que no hemos podido conocer cuáles son sus intereses en el presente y a futuro, es probable que en la relación nuevamente aparezca la *tensión*.

Hablar de la tensión en momentos adecuados, donde ninguno de sienta amenazado por la conversación, interesarse por lo que a sus hijos los motiva, respetarlos y darles seguridad aminora y facilita la resolución de la crisis, fortaleciendo el vínculo entre ustedes y su hijo.

Bibliografía

- Blaauboer, M. y Mulder, C.H. (2010). Gender differences in the impact of family background on leaving the parental home. *J Hous Built Environ*, 25, (1), 53-71.
- De la Revilla, A.L. y Fleitas, C.L. (2021). Enfoque familiar de los problemas psicosociales. Atención familiar: ciclo vital familiar. En Martín Zurro, A., Cano, J.F. (ed.). *Atención primaria conceptos, organización y práctica clínica*. Elsevier.
- Escudero, L., Velasco, E. y Palmera, J. (2018). La responsabilidad como valor esencial durante la formación escolar. *Cultura. Educación y Sociedad*, 9, (3), 493-498. DOI: <http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.9.3.2018.58>
- Estremero, J. y García Bianchi, X. (2003). *Familia y ciclo vital familiar. Manual para la salud de la mujer*. 1era ed. Fundación MF, 19, 19-21.
- Rapoport, R. (1963). Normal crises, family structure and mental health. *Fam. Process*, 2, (1), 68-80.
- Valencia, S.M. (2020). Crisis familiares: una oportunidad para transitar de la catástrofe y el caos, al despliegue de capacidades para el cambio. *Diversitas*, 16, (1), 169-180. <https://doi.org/10.15332/22563067.4115>

Enfermedades y accidentes comunes

Hablar, leer, jugar, contar y cantar

§

PATRICIA SALINAS AGUILAR

Pediatra, jefe de Pediatría ambulatoria



Tener las herramientas para afrontar las enfermedades y accidentes comunes y saber cómo acompañar a niños y niñas en este proceso, aporta seguridad y mejora la forma de canalizar la ansiedad que necesariamente conllevan estas situaciones.

En un mundo ideal, los niños no tendrían que poner un pie en un hospital o clínica, pero lo real es que muchos deben hacerlo. Esto nos lleva a preguntarnos qué hacer y cómo actuar para prevenirlo. Una de las labores del pediatra en la educación a padres es estimular un desarrollo sano, donde hablar, leer, jugar, contar y cantar, son algunas de las actividades esenciales. Para afrontar apropiadamente las enfermedades comunes, tener esta base en la relación padres-hijos ayuda a tomar las decisiones apropiadas.

Existe una relación entre emoción y salud que se ha hecho cada vez más evidente. Las emociones desagradables pueden llegar a disminuir las defensas y predisponer a enfermedades. Las emociones agradables aumentan nuestras defensas y, en consecuencia, pueden funcionar como prevención.

¿Cuáles son las enfermedades más comunes en los niños hoy?

Las enfermedades más comunes en la infancia son las infecciones que son rápidamente transmitidas de un niño a otro por vía oral, en la mayoría de los casos virales. También pueden ser bacterianas, como la amigdalitis, la bronquitis o la neumonía.

Las enfermedades exantemáticas se manifiestan en la piel como erupciones cutáneas. Nos referimos a la varicela, el sarampión, la rubéola y otras (también conocidas como “pestes”).

Las infecciones urinarias son muy comunes en niños y adolescentes, al igual que la otitis, resfrío común, rotavirus, enfermedad de manos, pies y boca, entre otras.

Al asistir a un control, el pediatra es quien debe detectar de qué enfermedad se trata y prescribir los exámenes y/o el tratamiento correspondiente.

¿Cuándo tendrá mi hijo su primer resfrío? Y, ¿Cómo puedo protegerlo para que no se enferme?

A medida que los hijos/as crecen tendrán contacto con más personas y objetos, y, por mucho que los padres intenten protegerlos, es inevitable que los pequeños se enfermen. Esto será parte de su crecimiento. Sabemos que la lactancia materna es de

gran ayuda para disminuir su frecuencia. Poco a poco, los padres van aprendiendo y tomarán con más calma las enfermedades propias de cada edad y estación del año. Sabemos que el sistema inmunológico se va desarrollando paulatinamente y que hacia los siete u ocho años, los niños se enfermarán menos.

¿Prevenir es proteger?

La prevención será uno de los mejores sistemas para proteger la salud de toda la familia, incluyendo hábitos de higiene, cuidado dental, una buena alimentación, lavarse las manos, cepillarse los dientes, beber agua, aumentar la ingesta de frutas y verduras (que debe ser al menos la mitad de lo que comen, ya que les aportará los nutrientes y vitaminas necesarias) y hacer deporte de manera habitual. Podemos revisar la importancia y más detalles del control de salud en el capítulo 6: "Supervisión de salud infantil". En esta instancia se desarrollarán actividades especialmente destinadas a la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades. También nos permiten conocer sobre los calendarios de vacunación, la prevención de enfermedades estacionales y las recomendaciones respecto a la higiene en casa, los juegos recomendados y la alimentación. Otro aspecto importante es la vacunación: estar con el calendario al día (después de la existencia del agua potable, las vacunas son lo que más ha salvado vidas).

¿Cuáles son las consultas más habituales al pediatra y las inquietudes que surgen respecto a la alimentación de nuestros hijos?

Algunas de las consultas más comunes son:

- Conjuntivitis: es muy molesta para los bebés y los niños, ya que se trata de una inflamación de la membrana ocular que produce picazón y dolor en los ojos. Las causas pueden ser variadas y el tratamiento debe ser indicado por el pediatra.
- Cólicos: son comunes en recién nacidos y hasta los 3 meses, y se presentan con llanto inconsolable. Aunque no se puede confirmar la causa, algunas medidas vespertinas, como evitar bebidas gaseosas y cafeína, sacar al bebé a pasear y aplicar técnicas de relajación, pueden aliviar los síntomas.
- Resfriado común: se produce por virus que se instalan en la vía respiratoria superior y los síntomas incluyen congestión y coriza (secreción nasal), entre otros. Por ser viral, solo requiere medidas de soporte (paracetamol, aseo nasal, buena hidratación, etc.)

- Dolor de oídos: debe ser examinado por el médico, quien determinará si se trata de una otitis externa (por ejemplo, por nadar en la piscina) o una otitis media aguda que requerirá tratamiento con antibióticos.
- Enfermedades exantemáticas: "las pestes" se presentan con erupciones en la piel, muchas de las cuales son prevenibles actualmente gracias a las vacunas.
- Infección urinaria: puede presentarse como fiebre sin foco. En lactantes y niños mayores, los síntomas incluyen molestias urinarias y el médico pediatra será quien indique el tratamiento después de realizar un examen de orina.

¿Y qué hacemos si la enfermedad no es leve o se prolonga?

En caso de enfrentar una enfermedad grave, crónica o con secuelas, toda la familia se verá afectada y deberá hacer frente a un futuro lleno de incertidumbre⁶³. La noticia es inesperada y cada persona manifestará sus sentimientos de manera diferente. No existen reacciones buenas o malas, pero padre y madre (o adultos a cargo) deben participar en las decisiones. No existe una manera perfecta de afrontar la situación de tener un hijo enfermo y las reacciones más comunes son la tristeza, el miedo, la incredulidad, la negación, la ansiedad, la rabia y la culpabilidad. Es importante pedir ayuda a profesionales especializados y conversar con otros padres que estén pasando por lo mismo.

Los niños también necesitan palabras de consuelo y ánimo en momentos difíciles:

- "Aquí estoy para ti, para lo que necesites".
- "¿En qué puedo ayudarte?".
- "Entiendo que te sientes mal. Lloro todo lo que necesites".
- "Mañana verás las cosas de distinta manera".
- "Tranquilo, todo estará bien".
- "No siempre será así".
- "Nunca olvides que te quiero y que siempre te querré, pase lo que pase".
- "Sé que te duele, pero vamos a ayudarte".
- "Te escucho".
- "Tranquilo, todo va a estar bien, lo solucionaremos juntos".

63 Ver capítulo 34, "Acompañando a un niño con enfermedad física".

¿Cómo hablarles e informarles a los niños sobre una enfermedad grave o crónica en casa?

A medida que los niños crecen, serán capaces de entender y asumir responsabilidades en el cuidado de su enfermedad. Los niños son intuitivos y se dan cuenta cuando algo no anda bien, aunque no lo digan. Por eso es mejor hablar con la verdad de la situación y utilizar un lenguaje adecuado a su edad. Mantener la rutina en la medida de lo posible ayudará tanto al niño como a la familia.

En caso de enfermedad grave o crónica pasarán muchas cosas y preocupaciones, pero el niño –en general– es muy valiente y luchará contra esto. Se podrá recuperar y necesitará unos padres sanos, así que los padres deben cuidarse de sí mismos y buscar redes de apoyo⁶⁴.

¿Qué debo hacer ante la presencia de fiebre?

Se considera fiebre a la temperatura axilar sobre 38°C. Cuando la temperatura es entre 37,5 °C y 38 °C se considera subfebril. En esos casos, debe revisarse temperatura ambiental y sobreabrigo como posibles causas.

Si tiene un bebé menor de 3 meses con fiebre, siempre se debe consultar. Para otras edades, si la fiebre es de difícil manejo o se acompaña de manchas en la piel, dificultad para respirar, decaimiento excesivo, convulsión o rigidez de cuello, se debe ir a urgencias.

Una de las tareas principales para los padres es enseñar a los niños a cuidarse, en la tabla 27-1 se muestran algunos tips al respecto:

Enseñanzas al niño/niña para prevenir infecciones respiratorias virales
1. No compartir vaso o cubiertos con otros compañeros.
2. Aprender a sonarse la nariz siempre que lo necesiten.
3. Taparse la boca al toser.
4. No desabrigarse y evitar cambios bruscos de temperatura.
5. Identificar lo que sienten y decirle a un adulto si se sienten mal.

Tabla 27-1.

¿Cómo prevenir los accidentes en casa?

Los niños son curiosos y están en movimiento continuo a partir de los 8 meses. La seguridad depende principalmente de los padres, por lo que se deben eliminar los ries-

64 Ver capítulos 40, "Cuidado de los padres durante la etapa perinatal" y 44, "Redes de apoyo".

gos y peligros en el hogar. Necesitan una casa segura. Los accidentes más frecuentes son quemaduras, cortes, caídas, descargas eléctricas, asfixia, ingesta de medicamentos y sustancias tóxicas.

En relación con las caídas, para evitarlas es importante mantener el piso libre de obstáculos, evitar superficies mojadas y utilizar pegatinas antideslizantes en la tina. En la tabla 27-2 se destacan las principales medidas que se pueden tomar.

Precauciones de los padres para evitar caídas y golpes en los niños/niñas
1. Usar vallas protectoras en las escaleras y colocarlas correctamente.
2. Instalar sistemas de seguridad para niños en las ventanas y balcones.
3. Colocar cunas, sillas y camas lejos de las ventanas.
4. No dejar nunca a un niño solo en un lugar alto como una cama, sofá o mudador.
5. No usar andadores.
6. Siempre usar silla para niños y cinturón de seguridad como sistema de retención en automóvil, en la silla de comer, en el coche de paseo y si lo llevas al supermercado, usa un carro que tenga una silla infantil con arnés. Nunca dejar solo.
7. Usar topes para muebles con esquinas y cantos agudos.
8. Colocar protectores de enchufes eléctricos, cerrar puertas y cajones peligrosos y asegurarse de que los productos químicos y los medicamentos estén fuera del alcance de tu hijo.
9. Si se tiene una piscina en casa debe tener rejas o un sistema de seguridad que evite la caída de niños o riesgos por ahogamiento.

Tabla 27-2.

Ser padre puede ser una tarea difícil, especialmente cuando se trata de la salud de tu hijo. Aquí hay algunos consejos pediátricos importantes que pueden ayudarte a mantener a tu hijo sano y feliz:

- Mantén las citas con el pediatra: los chequeos regulares son importantes para asegurarse de que tu hijo esté creciendo y desarrollándose adecuadamente. Tu pediatra también puede proporcionarte consejos específicos sobre la nutrición, el sueño y otros temas importantes para la salud de tu hijo.
- Lava las manos: es importante enseñarle a tu hijo a lavarse las manos cuando corresponda para prevenir enfermedades. Lávate las manos también antes de tocar a tu bebé o preparar su comida, después de mudarlo y antes de comer.
- Vacunas: asegúrate de que tu hijo reciba todas las vacunas necesarias según el calendario de vacunación recomendado. Las vacunas son una de las mejores maneras de proteger a tu hijo de algunas enfermedades.

- Nutrición⁶⁵: proporciona una dieta saludable y variada para tu hijo. Asegúrate de que su dieta incluya una variedad de frutas, verduras, granos enteros y proteínas saludables.
- Sueño: es importante que tu hijo duerma lo suficiente y en un ambiente tranquilo⁶⁶. Asegúrate de que su cuna o cama esté libre de objetos peligrosos como almohadas y mantas sueltas. Solo usar sábana bajera con elásticos.
- Ejercicio: fomenta la actividad física en tu hijo desde una edad temprana. Esto puede incluir caminar, correr, andar en bicicleta y jugar en el parque. En la práctica deportiva se tienen que tomar medidas de seguridad adecuada.
- Tiempo de pantalla⁶⁷: los menores de 2 años no deben pasar ningún tiempo frente a la pantalla. Aunque digan que son videos, programas o aplicaciones especialmente diseñados para niños muy pequeños, no mejoran en nada su desarrollo. En los mayores de 2 años limita el tiempo de pantalla de tu hijo, incluyendo televisión, teléfonos móviles y tablets. Demasiado tiempo de pantalla puede afectar negativamente el desarrollo y la salud de tu hijo.
- No fumar: asegúrate de que tu hogar y automóvil estén libres de humo de tabaco.
- Mantén la calma: es normal sentirse abrumado como padre, pero trata de mantener la calma en situaciones estresantes. Los niños pueden sentir el estrés de sus padres y esto puede afectar su bienestar emocional.

Es importante recordar que cada niño es diferente y puede tener necesidades distintas. Si los padres tienen dudas o preocupaciones específicas sobre sus hijos, siempre es recomendable consultar con un pediatra para una orientación y asesoramiento personalizados.

Lectura recomendada



Observatorio FAROS. (s.f.). *Consejos de salud*. Hospital Sant Joan de Déu.



Escrito por pediatras, pensado para la familia. (s.f.)

Bibliografía

Quezada, A. y Martínez, D. (2018). *Pediatría ambulatoria*. Editorial Mediterráneo.
Meneghello, J. (2013). *Pediatría*. Editorial médica Panamericana.
Marcdante, K. (ed). (2023). *Nelson. Pediatría esencial, 9ª edición*. Editorial Elsevier.
Salinas, P. (1997). *Cuidando a tu hijo*. Zigzag.

65 Ver capítulo 21, "Promoviendo una conducta alimentaria infantil saludable".
66 Ver capítulo 17, "Higiene del sueño".
67 Ver capítulo 24, "Pantallas".

Duelo: ¿se puede aprender de la muerte y pérdidas?



MIREYA SEPÚLVEDA MAGGIOLO

Psicóloga clínica y de la salud

ANTONIA OLIVARI LUENGO

Psiquiatra infantil y del adolescente



Frente a la muerte los niños pueden vivenciar diversas emociones, entre las más comunes la tristeza, rabia, preocupación, miedo y angustia. Por esto, los adultos debemos saber que es normal vivir estas emociones y validarlas, explicándoles que es posible sentirlas.

Muchas veces esta es la pregunta que aparece cuando vivimos la muerte de un ser querido e intentamos encontrar alguna señal de esperanza para transitar por ese dolor. Al pensar en bebés y niños que han experimentado la muerte de un familiar, aparece una emoción profunda de tristeza y preguntas como: ¿por qué están viviendo algo tan difícil? ¿Cómo podemos acompañarlos y ayudarlos? Sin embargo, la muerte es una certeza para todos los seres humanos, es parte de la vida no solo humana, sino que de todo lo vivo.

Resulta significativo que aprendamos a convivir con la muerte y así podamos acompañar a nuestros niños cuando nos hagan preguntas, vivan la muerte de un familiar o de una mascota.

¿Cómo entienden la muerte los niños?

Así como muchos otros temas, la muerte y su comprensión está vinculada al desarrollo cognitivo y emocional de los seres humanos. Los bebés y niños menores de dos años entienden la muerte de una manera muy distinta a los adultos. Ante la muerte de alguien cercano vivencian esa ausencia, ese no estar y no ver a esa persona, pero no es claro por cuánto tiempo lo tienen en su memoria y recuerdo. Lo relevante a esta edad es que pueden percibir que algo del ambiente y lo cotidiano cambió, por eso hay que procurar mantener la rutina y cuidados del día a día.

Los niños entre dos a cinco años, que ya tienen lenguaje, viven la muerte desde la lógica del pensamiento concreto, intentando comprender qué le sucedió o dónde está, por lo que hacen preguntas que apuntan a eso. A esta edad la muerte no se connota como algo irreversible, más bien tienden a pensar que esa persona está transitoriamente de otra forma. Por ejemplo: “está dormido” o “se fue a otro lugar”, pero podría volver, ya que no se entiende lo finito e irreversible. Por esto es importante no insistir en este tipo de explicaciones que pueden confundirlo.

Luego de los 5 años, gracias al desarrollo cognitivo, los niños comienzan a entender que la muerte implica el “no estar más”, es decir, van comprendiendo la irreversibilidad de la muerte, lo cual puede causarles gran preocupación o angustia, ya que es un misterio que los mismos adultos tampoco logramos entender con la razón.

¿Cómo les afecta la muerte de un familiar y ser querido?

Los niños pueden vivenciar diversas emociones, entre las más comunes la tristeza, rabia, preocupación, miedo y angustia. Por esto, los adultos debemos saber que es normal vivir estas emociones y validarlas, explicándoles que es posible sentirlas. Puede ser negativo el intentar “hacer como que no pasó nada” y tapar el dolor que sienten. Algunos niños pueden verbalizar lo que sienten y piensan, pero otros no entienden bien qué es lo que sienten, por eso es importante que los adultos podamos acompañar sin tener temor a estas vivencias, intentando hacer una lectura atenta de lo que los hijos/hijas están sintiendo.

El pensamiento de los niños se llena de preguntas y, dado que pueden fantasear, es posible que ellos mismos comiencen a hacer hipótesis sobre la muerte, cuestionándose sobre lo que sucede después, si existe algún lugar en concreto donde vayamos después de la muerte, si existe el cielo, etc.

También es común que se presenten cambios en su conducta: algunos se muestran más inhibidos y retraídos, y otros aumentan su nivel de actividad, buscando hacer muchas cosas, lo que les permite no pensar tanto.

Lo importante es estar disponibles y observar lo que les está pasando para acompañarlos de un modo cálido, dando espacio a la emoción, intentando dar consuelo y comprensión⁶⁸.

¿Qué podemos decir o no decir en relación a la muerte?

Esta es una pregunta muy frecuente, ya que el no saber qué es lo mejor genera mucha inseguridad. La premisa básica es siempre hablar con la verdad, siendo importante que esa información esté en sintonía con el desarrollo del niño. Dar grandes explicaciones que implican un mayor nivel de abstracción puede ser algo confuso para los niños, por lo que un buen abordaje implica el cotejar primero qué es lo que entiende o piensa el niño y entregarle respuestas en relación a ello.

Algunas ideas básicas consisten en no decir algo que luego el niño pueda percibir como falso, por ejemplo, decirles que su ser querido está durmiendo, ya que puede pensar que podrá posteriormente despertar o, si lo asume en sí mismo, tener temor a dormir por miedo a morir. Hay que considerar que las respuestas deben ir en relación a las características de ese niño en particular y sobre todo importa el establecer una relación cálida y cercana con el adulto que lo contiene.

68 Revisar capítulo 8, "Comunicación emocional".

Además, como adultos debemos asumir que no siempre podremos dar certeza de todo, lo que obviamente nos genera a todos cierta ansiedad o preocupación.

Irvin Yalom (2021), en su libro *Mirar al sol*, nos habla de la ansiedad a la muerte que es inherente al ser humano, señalando que es un tema que en distintas etapas de la vida nos generará preguntas, temor, etc. Esto nos recuerda que la muerte es un tema difícil para todos, por lo que dar contención emocional, estar presente físicamente para abrazar y simplemente estar, es algo significativo.

¿La espiritualidad o religión puede ayudar?

En relación a la espiritualidad o religión que cada quien profese, es posible dar respuestas que apunten en esa dimensión. Eso es algo muy personal y de cada familia. Se ha visto que la espiritualidad es un factor protector para vivir experiencias difíciles tales como la muerte de un ser querido, destacando el hacer ritos y acciones que permitan hacer una despedida. Es por esto que se sugiere que los niños, independientes de su edad asistan a los ritos que se realicen (velorios, funerales, misas, encuentros familiares), pero se deben tener ciertas consideraciones:

- Anticipar lo que va a suceder, explicar de manera concreta lo que puede pasar. Por ejemplo, que hayan muchas personas, que algunas estén llorando y que se pueden acercar a ellos y querer abrazarlo.
- Si ya tienen lenguaje, puede conversar y que el niño o la niña den su opinión sobre si quiere participar, o qué necesita para hacerlo tranquilo.
- Escoger qué parte del rito es significativo y más amable para los niños. Por ejemplo en el caso de realizar un entierro, suele pasar que es una imagen difícil para un niño, ya que se imagina concretamente que su ser querido está bajo tierra, por lo que un momento tranquilo y más cuidado puede ser el velorio o la misa.
- Que estén acompañados de un adulto que pueda contener e ir explicando lo que va sucediendo en caso de considerarlo apropiado.
- Hacer con los niños alguna actividad en concreto, como un dibujo o dejar algún recuerdo significativo. También ayuda el tener alguna fotografía y que se hable sobre la muerte, dando espacio a las preguntas y a expresar sus pensamientos y emociones.
- Considerar que finalmente son los adultos los que evalúan qué instancias son las más adecuadas para ese niño o niña en particular, tomando en cuenta que este también requiere despedirse y no ser excluido de todo lo que ocurre a su alrededor.

¿Cuáles son las etapas normales del duelo?

Actualmente se entiende el duelo de una manera dinámica, es decir, no hay una sola ruta o dirección, ya que hay que considerar variables personales y particulares de cada niño. A modo educativo, sirve conocer las cinco fases del duelo propuesta por Kluber Ross (2006)⁶⁹, las cuales son: negación, rabia, negociación, tristeza-depresión y aceptación. R. Neimeyer (2015)⁷⁰ señala que hay que considerar el cómo ocurrió la muerte, en qué momento del ciclo vital y el cambio que eso provoca en las relaciones, entre otros.

Siempre recordar también que cada uno vive el duelo de manera única y personal, por lo que no es necesario “pasar” por todas estas etapas ni en esa secuencia. Lo importante es considerar que hay una afectación en la vida de los bebés y niños que sufren la muerte de un ser querido y significativo, por lo que hay que dar espacios a que surjan y se expresen diversas emociones y tiene que haber alguien disponible para contenerlos.

¿Qué es un duelo no normativo?

Se habla de duelo no normativo o patológico cuando aparecen síntomas de tal intensidad que afectan la estabilidad emocional del niño o la niña y su desarrollo. Es importante considerar que hay un primer tiempo donde se esperan que aparezcan vivencias y cambios en los niños, así como también en los adultos. Hay autores que explican las fases del duelo de manera cronológica, pero con los niños corresponde pensar el duelo como algo dinámico y, en la medida en que vayan creciendo, el duelo va a ir presentando diversos matices. Por lo tanto, no hay una sola posible evolución del duelo, más bien se transita acorde al vínculo con la persona fallecida, las características personales, red de apoyo, edad, etc.

Si a pesar de todo este acompañamiento el niño se mantiene profundamente triste y no logra retornar a sus actividades habituales (ir al colegio, disfrutar jugando o salir con los amigos), es recomendable consultar a un profesional de salud mental⁷¹.

Un niño que queda sin papá o mamá, ¿puede desarrollarse de manera sana?

La experiencia de muerte de los padres es algo extremadamente difícil; todos podemos imaginarnos que esa vivencia implica un gran dolor. Sin embargo, aunque se

produzca un quiebre en la biografía de ese niño, sí es posible continuar con un desarrollo sano. Un factor que hay que considerar es el vínculo previo que tenía ese niño con el padre fallecido. En el caso que el vínculo haya sido seguro, se vivirá una gran pérdida, pero esa seguridad en el vínculo se puede transferir a otras relaciones. De todas maneras, si para el niño y la familia es muy compleja esta situación, se sugiere recibir apoyo de un profesional de la salud mental que los pueda acompañar en el proceso y evaluar si requiere algún otro apoyo.

En el caso de los bebés que viven la muerte de alguno de sus padres o de su figura vincular significativa, debemos tener especial atención, ya que ese bebé va a vivir una pérdida a nivel emocional, pero por sobre todo quedará un vacío en relación a quién lo contenía y lo regulaba en momentos de tensión y estrés. En este caso, es importante que ese bebé cuente con un adulto que pueda cumplir con ese rol tan significativo. Aunque no tengan lenguaje verbal a esa edad, los bebés mostrarán lo afectados que están en su conducta o en alguna expresión somática.

Es importante mencionar que el ser humano tiene una enorme capacidad para sobreponerse a situaciones difíciles y eso va a depender de sus propios recursos, y de manera muy importante de lo que los adultos o su medio social inmediato pueda hacer.

¿Cómo vivir el dolor?

No hay una sola forma de vivir el dolor, sino múltiples y tampoco hay una mejor que otra. Tanto los niños como los adultos pueden vivirlo y actuarlo de diversas maneras. Algunos se pueden sentir muy tristes y apagados, sin poder realizar las actividades cotidianas, pero otros pueden necesitar de muchas actividades, incluso más de las habituales, para sentirse útiles o no recordar tanto. También estas emociones puedan variar día a día o dentro del mismo día: en momentos con mucha rabia y otros con profunda tristeza. Es muy importante permitir que se expresen todas estas emociones: llorar si tiene pena, estar en la cama si está desanimado, jugar activamente si lo necesita.

En el caso de la rabia, lo importante es explicar que la expresión de la rabia tiene que ser sin dañarse a sí mismo ni a otros. Se le puede proponer actividades como tomar un cojín con mucha fuerza y apretarlo, rayar una hoja, hacer agujeros con un lápiz en un cartón, gritar en una almohada o poner la música a todo volumen. Se debe explicar claramente que tener estas emociones y estar confundido está bien y a todos nos pasa. Nunca minimizar las emociones con frases del tipo “no llores más, ya está bueno, ya es suficiente”. Los niños más pequeños que no logran expresar verbalmente lo que les ocurre con claridad, pueden dibujar lo que están sintiendo o lo que ocurrió. Es recomendable incentivar esto y después apoyarlos comentando el dibujo

69 Elisabeth Kübler Ross psiquiatra suizo-estadounidense (1926-2004).

70 Robert Neimeyer, profesor del departamento de psicología de la University of Memphis.

71 Ver capítulo 46, “¿Cuándo acudir a consulta de salud mental?”.

y así ayudarlos a comprender y expresar las emociones que están sintiendo. Se les debe explicar también que esos sentimientos no durarán para siempre y que en algún momento dejarán de ser tan intensos.

Por otra parte, si bien hay ser cuidadoso y no sobre-involucrar a los niños con nuestra propia tristeza y rabia, tampoco hay que esconder estas emociones y mostrarse como si no hubiese pasado nada, ya que aquello puede llevar a los niños a sentirse aún más confundidos al no comprender por qué ellos están tan tristes y nadie más lo está. Es importante hablar con los hijos/hijas sobre lo que está ocurriendo y que los adultos podemos compartir similares sentimientos.

¿Qué hacer en casos de duelo?

El duelo habitualmente es una situación familiar, no únicamente del niño. Muchas veces los adultos están muy afectados y no comprenden fácilmente sus propias emociones, por lo que pueden no estar del todo disponibles para darse cuenta de lo que les está pasando a los niños. Se deben buscar espacios para acompañarlos y solicitar ayuda a amigos y familiares significativos que puedan apoyarlos en esos momentos. Como ya lo mencionamos, se debe ayudar al niño/niña a identificar y expresar de la mejor manera las emociones intensas y cambiantes que está teniendo.

Una de las emociones que puede aparecer es la culpa. El niño puede creer que las cosas pudieron haber sido distintas si hubiera dicho o hecho algo diferente. Se le debe aclarar que esto no es así, que él no es el culpable de esa muerte. Y que, si bien no se puede cambiar lo que ocurrió, sí se puede hablar de lo sucedido y probablemente eso lo hará sentir mejor.

Se le debe permitir hacer todas las preguntas que necesite, incluso si ellas nos entristecen, ya que puede ser una oportunidad de expresar las emociones en conjunto. Probablemente no tendremos todas las respuestas que el niño necesite y está bien decirle que no las tenemos, pero el solo hecho de realizarlas y ser escuchado con atención lo puede aliviar.

Hay que evitar que esa muerte sea un tema tabú y que el niño no pueda hablar de ello, aunque lo necesite. Por ejemplo, el recordar con el niño momentos vividos con esa persona le permitirá entender que él estará siempre en esos recuerdos y que no tiene por qué olvidarle, ni él ni el resto de la familia. Los recuerdos de lo vivido no se pierden por el hecho de que la persona ya no esté. Explicarle también que, en la medida que el tiempo pase, el echar de menos será menos doloroso y que en momentos significativos como cumpleaños y fiestas, deseará compartirlas con esa persona especial que ya no está y puede sentirse nuevamente triste.

¿Cómo abordo el miedo de los niños frente a la muerte de un ser querido?

Lo principal es validar esta emoción, dándole espacio o cabida, y explicarle que es normal lo que está sintiendo. Y posteriormente –poco a poco–, ir mostrándole por qué no es probable que eso mismo le suceda a él o a otro familiar. Por ejemplo, si es una enfermedad relacionada con la vejez no debería ocurrirle a alguien joven, o si es un accidente, explicar por qué no es probable que se repita. La tarea como adultos es acompañar al niño/niña en este proceso, siempre estar disponible para escuchar lo que quiera decir o preguntar, no esperar que se comporte de cierta manera o que deje de tener miedo en un período que el adulto considera apropiado, sino permitirle ir avanzando a su propio ritmo.

Lectura recomendada



Parque del Recuerdo. (s.f.) *Abrazos Infinitos, contigo en el recuerdo.*

Haas, C. (2004). *Más allá del gran río*. Editorial Juventud.

Durant, A. y Gliori, D. (2004). *Para siempre*. Timun Mas Infantil.

Elisa, R. y Osuna, R. (2017). *¿No es fácil, pequeña ardilla!* Editorial Lectorum Pubns.

Llenas, A. (2015). *Vacio*. Bárbara Fiore Editora.

Mundy, M. y Alley, R.W. (2001). *Cuando estoy triste: ante la pérdida de un ser querido*. Ediciones San Pablo.

Jeffers, O. (2010). *El corazón y la botella*. Ediciones Fondo de Cultura Económica.

Treckentrup, B. (2015). *El árbol de los recuerdos*. NubeOcho Ediciones.

Valdivia, P. (2010). *Es así*. Ediciones Fondo de Cultura Económica.

Bibliografía

Neimeyer, R. (2015). *Aprender de la pérdida*. Ed Booket.
Kluber Ross, E. (2016). *Sobre el duelo y dolor*. Ediciones luciérnaga.
Yalom, I. (2021). *Mirar al sol*. Ed Booket.

Separación conyugal

¿Qué acuerdos deben lograr los padres?

§

FRANCISCA ITURRA ENEI

Psicóloga clínica infantojuvenil

ALFONSO CORREA DEL RÍO

Psiquiatra infantil y del adolescente



Existe un compromiso hacia el hijo/a y ese compromiso implica que van a seguir preocupados de su mantención física (de su alimentación, vestimenta), de su estado emocional (estar atentos a cómo el niño se siente, expresarle cuidado, atención, compañía), así como de su bienestar social (que mantenga sus amistades, que siga asistiendo al colegio).

¿Qué entendemos por separación?

Para ayudar a comprender el funcionamiento del sistema familiar, debemos saber que este se subdivide teóricamente en distintos subsistemas. Uno de ellos es el *conyugal*, que se limita a la relación entre la pareja en cuanto a su lazo afectivo y sexual. El subsistema parental, integrado por los adultos involucrados en la crianza, si bien generalmente involucra a las mismas personas que el subsistema conyugal, es la relación que establecen estos en su función como padres. Es importante esta diferencia porque la separación involucra el quiebre o cese de la relación conyugal o de pareja, pero no de la función como padres, la que debe ser comprendida y trabajada en forma aparte, especialmente porque es posible que a pesar de la separación, se logre una adecuada funcionalidad en los acuerdos como padres. Otros subsistemas dentro del funcionamiento familiar son el *parentofilial*, que corresponde a la relación que como padres o cada padre por separado establece con sus hijos, y el subsistema *fraterno*, que corresponde a la relación entre los hermanos. Estos pueden seguir siendo funcionales e incluso fortalecerse o cumplir un rol protector ante la separación de pareja.

¿De qué manera afecta a los niños la separación de los padres?

La forma en cómo afecta depende de variados factores, entre los que se destaca la edad, las características del desarrollo de personalidad en cada uno de los hijos y el estado emocional en el momento en que se informan. Influye también la historia previa en la vida familiar, el nivel de tensión percibido por los hijos, la historia de sobreinvolucramiento o de ocultamiento del conflicto conyugal para los demás integrantes de la familia, el estilo de resolución de problemas habitual en la familia (será más perjudicial si es de negación o de enfrentamiento con violencia sea verbal o física).

Al existir una amplitud de variables a considerar al momento de calificar cómo afecta a los niños la separación de los padres, es importante señalar que, cuando el sistema conyugal deja de tener el deseo y necesidad de permanecer juntos, ya sea que ambos o solo uno de sus miembros experimente este deseo, el hijo percibe un cambio, uno que no ha sido expresado y dicho con palabras. Creer que el hijo no se ha dado cuenta de absolutamente nada, en la gran mayoría de los casos, es parte de las fantasías de los padres.

Si bien el hijo puede no ser consciente de la decisión de los padres, vale decir que se le haya dicho, puede percibir tensión, cambios de ánimo, evitación de actividades conjuntas, etc. De este modo, el explicarle a un niño la decisión de los padres siempre va a implicar un alivio de algo no dicho, aun cuando este alivio de la tensión, involucre pasar por un estado de negación, de tristeza o de protesta del por qué los padres se separan.

¿Cómo hablar sobre la separación conyugal con mi hijo/a?

Es recomendable no hablar de la decisión de separación si no está claro que se separarán. Debe diferenciarse el estado de “juego de separación” de una decisión acordada y definida. En la primera la pareja no ha tomado una postura clara, sino que reacciona impulsivamente ante situaciones puntuales de crisis producto de mal manejo de las emociones u otra causa (es frecuente que en estos casos dicen que se separan muchas veces y al día siguiente vuelven a estar juntos como si nada hubiese pasado). Esa situación solo generará incertidumbre y desconfianza en el hijo, aumentando la impredecibilidad. En el caso de la “decisión de separación”, la pareja ya ha reflexionado sobre el tema. En las etapas previas, es decir, en el proceso de decisión, se recomienda no involucrar a los hijos.

Cuando la decisión está tomada, se recomienda hablar en un espacio de tranquilidad, de escucha y de receptividad de lo que el hijo pueda sentir. Si las condiciones de comunicación en este ámbito entre los padres son aceptables, se recomienda dar espacio conjunto con los hijos, además de un espacio de cada padre con cada hijo/a.

Se aconseja ser claros y decirles a los hijos que los padres ya no seguirán juntos y que prefieren vivir cada uno en un espacio diferente. Es importante dejar en claro al hijo que no se arrepienten de haberse casado, de haberlos tenido a él/ella/ellos, aun cuando separarse sea una decisión muy difícil. Es importante decirles a los hijos que no se arrepienten haber vivido junto al otro progenitor, de haber formado juntos una familia y que el haberlo tenido a él o ella los hace inmensamente felices a ambos, los hace tan felices que ambos quieren pasar tiempo con él o ella, seguir cuidándolos y acompañándolos en su desarrollo. Hay que decirles también que podrá seguir construyendo una relación positiva con su padre y madre por separado.

¿Cuánta antelación es recomendada para informar una separación?

¿Hay que hacerlo antes de que uno de los padres deje el hogar?

Deben considerarse las características particulares de cada caso: situación emocional en la que se encuentran los padres, edad del niño, cambios a los que estarán expuestos (por ejemplo, cambio de ciudad de residencia o cambio en las personas con las que

se compartirá el hogar). Si no es una situación especial y no estarán expuestos a más cambios que el hecho de que uno de los padres deja la casa donde habita el niño/a, lo razonable es informar a los hijos con una a tres semanas de anticipación a que se concrete el hecho. Si alguno deja el hogar y no está decidida la separación no se informa como tal, se informa como proceso de reflexión sobre lo que los padres creen que será mejor.

¿Cómo se debe informar? ¿Ambos padres juntos?

¿En un lugar neutro?

Idealmente debe lograrse un acuerdo previo, por lo menos en cuanto a buscar juntos como padres lo que puede ser mejor para los hijos. Como hemos descrito previamente, es importante separar el análisis de lo que ocurre en el rol conyugal de lo que sucede en cuanto a lo parental (los padres aunque se separen seguirán siendo padres). Por tanto, la decisión de cómo conversarlo, qué lugar será el más apropiado, si en la casa que siempre han vivido, en una plaza o en casa de algún otro familiar, debe ser acordado entre los padres, pensando en el bien de los hijos y no en su propia conveniencia, ni para lograr un determinado objetivo personal ni para dejar mal al excónyuge, ni menos para demostrarle al otro que soy yo el que tengo la razón, etc. Es decir, debe evitarse, desde este momento de la entrega de la información, que el hijo/a se sienta expuesto a un *conflicto de lealtades* y en *triangulación*. En el conflicto de lealtad, el niño o niña se verá expuesto a creer que debe decidir si le da la razón a uno u otro de los adultos involucrados, sintiendo que, si es leal a uno de ellos, necesariamente estará siendo desleal con el otro, por lo que el nivel de tensión al que estará expuesto/a es muy alto. En general, en los casos que ocurre un conflicto de lealtad, el niño vive intensos sentimientos de culpa si siente que no está siendo leal al progenitor que espera esa alianza de su parte. Dichos sentimientos de culpa se tienden a expresar a veces en síntomas como fobias, temores nocturnos, resurgimientos de miedos que ya estaban superados. En la triangulación, el niño o niña se siente involucrado en un conflicto que no es de él, que deben resolver otros, por lo que la tensión no solo está en que no está preparado para resolverlo, sino que en que no le corresponde ni podrá resolverlo porque es tarea de otros. Se ha observado que los casos de niños que son sometidos a triangulaciones de parte de los padres, tienden a hacer síntomas de tipo psicossomático (dolores de estómago recurrentes, cefaleas, agudizaciones de alergias) o crisis conductuales, dado que experimentan un alto grado de tensión que se canaliza por la vía corporal, a través de síntomas o de crisis conductuales.

El daño que estas dos situaciones puede causar en todos los miembros de la familia es muy elevado, por lo que se recomienda que el proceso de separación —ya sea que se inicie desde uno de los progenitores o si la idea surge de ambos— sea acompañado por un profesional experto que les permita ver el modo en que están actuando y los efectos que dicho actuar puede tener sobre sus hijos.

¿Cómo ayudar a los niños a enfrentar de modo saludable la separación de los padres?

La psicoanalista francesa Françoise Dolto habló de “humanizar” la separación de los padres y con ello quiere decir explicársela a los niños con palabras. Enfatiza que es muy dañino para los padres guardársela para sí mismos, ya que esto se transforma en angustia inexplicable, que finalmente se expresa en su estado de ánimo. Muchas veces se expresa como depresión, la que el niño observa como debilitamiento de su padre/ madre, el cual no es capaz de comprender. Resulta entonces muy confuso para el hijo, dado que vive y observa una realidad, ve cierta tensión entre los padres que, sin embargo, no se le explica con palabras. Vale decir, vive una realidad de la cual no se habla, pero el hijo sabe lo que ocurre y, sin embargo, se le oculta.

Se recomienda antes de hablar con el hijo, que los padres hayan asistido a hablar con un tercero, como un psicólogo de parejas, con la finalidad de decir lo que les ha sucedido frente a la presencia de un otro neutro, ayudándolos a movilizar afectos e ideas en torno a la separación. Abrir un espacio que les permita expresar su discrepancia en presencia de un otro, ayuda a la pareja a darse cuenta y reconocer lo insatisfactorio de su relación interpersonal y así madurar la decisión. Una vez que esa decisión se encuentra bien pensada, lo que involucra trabajar en los afectos y conflictos que ella genera, es entonces el momento propicio para anunciar a los hijos la decisión de separarse. Sabemos que este trabajo previo de madurar la decisión, acompañado de un especialista, no siempre se da; sin embargo, aun cuando la separación de hecho ya haya ocurrido, es aconsejable que los cónyuges sean acompañados por un especialista con el fin de elaborar la separación, bajar los niveles de excitación (ira, frustración, celos, etc.) que genera la pérdida, para no traspasar dicha excitación a los hijos. Este es un principio fundamental: a los hijos se les debe expresar con palabras verdaderas la decisión de los padres de separarse, pero no traspasar la emocionalidad que ello provoca al progenitor, ya que ello implicaría que el hijo se está haciendo cargo de una emoción que no es propia.

Los padres deben explicar al niño que existe un compromiso hacia el hijo y que ese compromiso con él o ella implica que van a seguir preocupados de su mantención física (de su alimentación, vestimenta), de su estado emocional (estar atentos a cómo el niño

se siente, expresarle cuidado, atención, compañía), así como de su bienestar social (que mantenga sus amistades, que siga asistiendo ojalá al colegio). Es importante que los padres dejen en claro el compromiso que tienen con los hijos en sus distintos planos, dado que muchas veces los niños se encuentran en una etapa del desarrollo en que tienen un pensamiento concreto y han aprendido en distintos contextos sociales —dado que otros familiares se hayan separado o compañeros de colegio que lo hayan vivido— que los padres separados son sinónimo de catástrofe o de una amenaza inminente.

Para ello, la psicoanalista Françoise Dolto plantea que es necesario mantener ciertas continuidades en la vida de un niño para que la separación sea vivida de la mejor manera posible, como se muestra en la tabla 29-1. Se trata de la continuidad del cuerpo, la continuidad de la afectividad y la continuidad social.

Continuidad	Descripción
Cuerpo	Se refiere a que el cuerpo del niño se construyó en determinado espacio material, con ambos padres que estaban allí presentes. Cuando uno de los progenitores hace abandono junto al hijo del hogar común, el niño deja de reencontrarse con su cuerpo, vale decir, con sus referentes espaciales y temporales, ya que unos dependen de otros. Ese niño vive de manera más compleja la separación, dado que es despojado de sus referentes espaciales y, mientras más corta edad tenga, más complejo será adaptarse a un nuevo espacio. Por el contrario, cuando uno de los progenitores sale del hogar, el niño tiene la posibilidad de permanecer en el espacio en el que los padres han estado unidos, así se mantiene la continuidad y el tránsito hacia el divorcio se cumple mucho mejor para él. De no ser así, como su cuerpo se identifica con la casa que habita, el niño va a conocer dos niveles de desestructuración: el nivel espacial, que repercute en el cuerpo, y el nivel de la afectividad, con disociación de sentimientos.
Afectividad	Al niño se debe explicitar que la decisión de separarse es de los padres y que no tiene absoluta relación con el niño. Muchas veces los niños pequeños, al tener un marcado pensamiento egocéntrico dada la etapa del desarrollo que transitan, tienden a depositar en ellos mismos o su comportamiento las razones por las cuales los padres se separaron. Es fundamental decirles que se les seguirá queriendo, cuidando y acompañando en su crecimiento.
Social	Entendiendo que muchas veces una separación implica cambios para la familia, es importante que los cambios de colegio o de casa no sean todos al mismo tiempo de haberse comunicado la decisión de separación. Idealmente, dejar un período para que el niño pueda procesar esta nueva manera de funcionar de su familia, donde debe existir un patrón o regularidad de tiempo que pasa con cada uno de sus padres. Una vez que se adapte a ese modo podrían introducirse nuevos cambios, como, por ejemplo, cambiar de barrio o de colegio. No obstante, Dolto sugiere que los niños hasta los 8 años, idealmente debieran mantener una continuidad social (barrio y colegio) al momento que los padres se separan.

Tabla 29-1. Continuidades necesarias para vivir adecuadamente la separación de los padres

Consideraciones a tener en cuenta antes, durante y después de la separación conyugal

Algunos autores (Tejedor, Molina y Vásquez, 2013) plantean que existe una fase de predivorcio, también llamada *divorcio emocional*, donde ambos –o uno de ellos– han experimentado que sus expectativas no se han cumplido, cayendo en un estado de desilusión, de desafecto, llegando incluso a la desesperanza. Esto lleva consigo un deterioro en la relación y un aumento de la tensión entre cónyuges, lo que se expresa desde estados de ansiedad, ambivalencia, baja autoestima, inadecuación y desesperación, expresándose a nivel familiar a partir de la búsqueda de consejo en la red de apoyo, ilusión de que todo está bien, intentos por recuperar el afecto del cónyuge, llantos, evitación.

Si la pareja o alguno de sus miembros busca finalmente la separación, entonces se entra en la fase de divorcio, la que presenta varias dimensiones a tomar en cuenta (tabla 29-2).

Dimensión	Características
Dimensión legal	Comienza cuando cualquiera de las partes inicia los trámites legales con el fin de disolver el vínculo de matrimonio. Generalmente esta fase va acompañada con una consulta a un abogado por cada una de las partes, a fin de que asesore en el proceso. Es esperado que en esta fase surjan sentimientos depresivos frente a la separación, autocompasión e indefensión. En algunos casos surge el alivio dado un proceso de tensión previo.
Dimensión económica	Comienza con el reparto de los bienes y la búsqueda de resguardos que procuren la subsistencia de ambos cónyuges y de sus hijos. Es esperado que en esta etapa surjan sentimientos de rabia, frustración, venganza y ambivalencia, buscando poner cese al proceso de separación, deseando un acercamiento o arreglos económicos y sobre el cuidado personal de los hijos en común. En muchas ocasiones implica que uno de los miembros de la pareja parental deba ingresar o reingresar al mundo laboral, con toda la carga emocional que ello conlleva.
Dimensión coparental	Esta dimensión es una de las más complejas de abordar, relacionada con el tiempo a permanecer con los hijos en común y lleva consigo la expresión de sentimientos de incertidumbre y búsqueda de apoyo en familiares y amigos.
Dimensión social	Tiene relación con toda la reestructuración funcional y relacional ante las redes de apoyo, vale decir, amigos, familia, colegio, etc. Para la gran mayoría de los miembros de la pareja, esta dimensión del divorcio implica sobrellevar un proceso de pérdida de amistades y lealtades que creían férreas, desencadenando procesos depresivos y de pérdida de redes de apoyo.
Dimensión psíquica o postdivorcio	Se caracteriza por ser una etapa donde se logra un equilibrio. La persona logra recuperar su autoestima y la autonomía, la que en ocasiones va acompañada de encontrar una nueva pareja, encontrarse cómodo con el nuevo grupo social y estilo de vida. Implica que los padres puedan transmitir a los hijos una aceptación del divorcio, así como la continuación de su rol como padres.

Tabla 29-2. Dimensiones del divorcio o separación

¿En qué tener más cuidado cuando se vive separado, estando ya estables en esa situación?

Podemos dar algunas recomendaciones sobre los acuerdos básicos que se deben tener para ser funcionales en beneficio del desarrollo sano de los hijos, a fin de evitar efectos negativos de la ruptura conyugal. Es importante tener en cuenta que no existe un discurso predeterminado que evite el dolor o sufrimiento en los hijos, pero, a pesar de ello, es posible plantear desde el punto de vista psicológico algunos temas a considerar para que el proceso sea vivido de la mejor manera posible:

- Ser claros en la expresión de que a lo que se pone fin es al vínculo de la pareja, pero no al de padres. Ser enfáticos en que el afecto de los padres a los hijos se mantiene y asegurar el contacto con los padres. En los casos en que la separación es contenciosa –donde existen medidas de protección judicial respecto de los hijos– es complejo asegurar el contacto con cada uno de los padres, toda vez que ello pueda implicar un riesgo para el hijo. En dichos casos, el proceso de separación debe ser acompañado por un profesional experto en la materia, a fin de minimizar los daños en los hijos y resguardar su salud mental.
- No mantener una situación ficticia de pareja, dado que los niños no se ven beneficiados por ella. Serían partícipes de algo falso, una realidad que les miente día a día, generando problemáticas afectivas y relacionales a mediano y largo plazo.
- No dar espacio a manifestaciones dramáticas y victimistas de la separación, dado que ello tiene un efecto perjudicial en la vivencia de ruptura de parte de los hijos, pudiendo incluso hacerlos sentir culpables del estado de sus padres.
- Presentar la ruptura como una decisión conjunta, comunicada al niño por ambos padres. El involucrar a los hijos en temáticas que se circunscriben a la pareja lleva a los hijos a tener alianzas con uno de los progenitores y a rivalizar con el otro (*conflicto de lealtades*), lo que en definitiva lo aleja del rol de hijo, experimentando sentimientos de confusión y falta de protección.
- El hijo debe ser informado de la decisión de separación cuando ya está tomada, nunca antes, con explicaciones generales, sin entrar en detalles que corresponden al ámbito de pareja. A medida que pase el tiempo, se pudiese entregar más información, conforme las preguntas que vaya planteando el niño, dado que muchos malestares del niño pueden tener relación con preguntas que no fueron resueltas.
- Los conflictos de fondo respecto de la ruptura no deben ser traspasados al hijo. Esto no significa mentir, sino dar una explicación lo más próxima a la realidad,

sin caer en detalles de situaciones o diálogos entre las partes, los cuales pudiesen ser nocivos para el hijo.

- Ser claros con el hijo en relación al tema práctico de quién se irá de la casa, con quién va a vivir, cómo se va a relacionar con cada uno de sus padres (frecuencia, lugar).
- Explicar que la decisión de separarse tiene que ver con aspectos de los padres y no tienen absoluta relación con los hijos. Manifestar que son los padres, como adultos, quienes han evaluado la situación y que piensan que es lo mejor que pueden hacer frente a lo que han vivido.

Lectura recomendada

Cardemil, A. (2015). *Separarse con niños pequeños, cómo seguir nutriendo tras la ruptura*. Ediciones B.

Bibliografía

Dolto, F. (2011). *Cuando los padres se separan*. Paidós.
Tejedor, A., Molina, A. y Vázquez, N. (2013). *PIVIP Programa de Intervención para víctimas de Interferencias Parentales*. Giuntieos Psicología Jurídica.

Neurodiversidad

La hermosa variabilidad en nuestras carreteras cerebrales

§

MARÍA JOSÉ CHANÁ FERRADA

Psiquiatra infantil y del adolescente



La diversidad expone a los niños a diferentes formas de pensar y vivir, fomentando la tolerancia, flexibilidad y apertura mental. Esto no solo fortalece sus habilidades sociales, sino que también les proporciona herramientas para abordar la diversidad de la vida de manera más compasiva.

¿Cómo comprender a qué corresponden estos conceptos?

El cerebro tiene miles de conexiones, las que pueden ser contundentes, con grandes cantidades de neuronas, y otras muy sutiles. Todas las conexiones son importantes e interactúan entre sí.

Después de trabajar con pacientes neurodiferentes y sus familiares, es claro que la comprensión de los términos neurodivergencia y neurodiversidad resulta difícil. La metáfora nos ayudará a acercarnos a su comprensión. Podemos comparar al cerebro con una gran carretera que comunica de Arica a Punta Arenas: las personas neurotípicas tienden a tomar las grandes avenidas, que con frecuencia son más rápidas y concurridas, mientras que las personas neurodivergentes también usan las carreteras, pero muchas veces no van por las grandes avenidas y pueden tomar las caleteras o pequeñas calles locales.

Estas dos alternativas llegan al mismo punto final, pero las vistas, las paradas y el estrés del viaje de cada uno son absolutamente distintos, generando una percepción totalmente diferente del mismo viaje tanto para el que lo recorre como para los que acompañan.

¿Cómo se definen neurodivergencia, neurodiversidad e inclusión?

La *neurodivergencia* es un término que se refiere a la variación natural en el funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso, que puede ser diferente a lo que se considera «neurotípico» o «normal». Las personas neurodivergentes pueden procesar, interpretar y responder a la información de manera distinta a lo que se espera de la mayoría de las personas.

La *neurodiversidad*, tiene un enfoque más social-inclusivo y se refiere a la idea de que las diferencias neurológicas y cognitivas son una parte natural de la diversidad humana.

Neurodivergencia y neurodiversidad abarcan una amplia variedad de trastornos del neurodesarrollo y de la salud mental, como el autismo, el trastorno por déficit atencional, la dislexia, el trastorno del procesamiento sensorial, la depresión, la ansiedad excesiva, entre otros.

Es importante tener en cuenta que la neurodivergencia no es una enfermedad o un trastorno que deba ser «curado», sino simplemente una variación natural en la forma en

que el cerebro funciona. Las personas neurodivergentes tienen habilidades y fortalezas únicas que pueden ser valoradas y apreciadas.

La neurodiversidad y la neurodivergencia son términos relacionados, pero no son exactamente lo mismo. Neurodiversidad se refiere a la variabilidad natural en el funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso, lo que significa que cada persona tiene una forma única de procesar información y de interactuar con el mundo. Por tanto, la neurodiversidad reconoce que esta diversidad es una parte natural de la variabilidad humana.

Inclusión, por otro lado, se refiere a la práctica de incorporar a todos los niños, independientemente de sus diferencias, en la vida cotidiana y las actividades escolares y comunitarias. Inclusión y diversidad son elementos centrales para la salud mental infantil y familiar.

¿Cómo podemos mejorar la inclusión en la neurodivergencia siendo padres?

Conociendo estos conceptos, ¿cómo los utilizamos y los llevamos a acciones concretas en nuestra vida? ¿Cómo fomentamos el bienestar y la salud mental en nuestra familia?

Experimentar inclusión en diversidades permite a todos los niños sentirse valorados y aceptados por quienes realmente son, lo que mejora su autoestima, disminuye el estigma social y las actitudes negativas hacia las diferencias.

Algunas acciones específicas que pueden ayudar:

- Aprender sobre la neurodiversidad: los padres pueden educarse sobre la neurodiversidad para comprender y explicar a la familia. Este nuevo conocimiento adquirido debe entregarse en un ambiente honesto y abierto donde se puedan escuchar las dudas, reconocer y respetar las diferencias de todos los miembros de la familia.
- Proporcionar apoyo y recursos como comunidad: los padres y adultos circundantes pueden proporcionar apoyo y recursos, charlas y educación en el recinto escolar y fomentar y facilitar el uso de recursos inclusivos como tecnología de asistencia, por ejemplo, el uso de teclados, software de lectura o de dictados para los niños que tengan dificultades en la lecto-escritura o ceguera. En el caso de presencia de niños con hipersensibilidad auditiva, se pueden promover distintos tipos de celebración, mediante aplausos silentes o fiestas silenciosas donde cada niño lleva sus propios audífonos con el volumen de música que ellos toleran.
- Incentivar las amistades y relaciones inclusivas en la comunidad: los padres pueden promover actividades sociales que sean inclusivas y respetuosas de la

neurodiversidad, buscando opciones donde el espacio físico no sea una limitante, donde haya una sala de tranquilidad (para evitar sobre estimulación sensorial). Si se va a usar humo o espuma, por ejemplo, avisar previamente para que las personas que no quieran estar puedan salir.

- En lo concreto, la tarea de cada uno es celebrar la diversidad, hablar sobre la inclusión, enseñar sobre el poder de las palabras y cómo construimos realidades con ellas, fomentar amistades inclusivas y ser un modelo a seguir.

Si tengo un hijo neurodivergente, ¿cómo puedo mejorar la inclusión?

El centro de la tarea como padres de un niño con neurodivergencia es la misma que de todos los demás: mejorar el conocimiento sobre la neurodiversidad, trabajar en conjunto con la comunidad y buscar relaciones y amistades inclusivas que fortalezcan la red de apoyo.

Además, se incluye lo siguiente:

- Aceptar a su hijo tal como es: los padres pueden aceptar a su hijo neurodivergente tal como es y valorar sus fortalezas y habilidades. Fomentar la autoestima de su hijo neurodivergente enfatizando sus fortalezas y logros, y celebrándolos.
- Ser voceros de la neurodiversidad, entregando información y educando a la comunidad. Debe buscarse la forma más apropiada según el momento cultural e histórico, de manera de mejorar como sociedad, avanzando en forma segura.
- Comunicación fluida en el colegio: los padres pueden trabajar junto con el equipo de educadores en la escuela de su hijo para asegurarse de que sus necesidades estén siendo atendidas y que tengan acceso a recursos y apoyo adecuados. Actualmente se puede solicitar el ingreso al Programa de Integración Escolar (si es que fuera necesario) o al Programa de Convivencia Escolar, que promueve las buenas prácticas comunitarias. Si el colegio en particular no cuenta con un programa oficial de integración (PIE), igualmente muchos establecimientos educacionales en Chile logran organizar un apoyo individualizado con adecuaciones curriculares y espacios de flexibilidad acorde a las necesidades de cada niño⁷².

Estas son solo algunas de las acciones que los padres pueden tomar para mejorar la inclusión de la neurodivergencia en los niños. Cada familia y situación es única,

⁷² Ver capítulo 45, "Relación padres-escuela".

por lo que es importante ser proactivo y encontrar lo que funciona mejor para su hijo y su familia.

¿Cómo educar a los niños el respeto y la tolerancia de la diversidad?

Como especialista en el bienestar emocional de los niños, quiero enfocarme en algo clave: el ejemplo de los padres. Imagina a los padres como «modelos a seguir». Los niños aprenden mucho observando cómo actúan sus padres. Si los padres muestran respeto y aceptación hacia las diferencias, los niños lo imitarán. Modelar comportamientos amables, hablar sobre la importancia de tratar a todos con respeto y celebrar nuestras diferencias, envía un mensaje poderoso. En lugar de usar términos técnicos, destaco cómo el comportamiento de los padres es una lección viva sobre respeto y tolerancia que los niños absorben. Es una manera coherente y consistente de enseñarles sobre la diversidad y la aceptación.

¿Por qué nos incomoda la discapacidad y la neurodivergencia?

En general, la discapacidad y la neurodivergencia tienden a ser silenciadas porque incomodan o porque no sabemos cómo hablar de ellas, lo cual invisibiliza el problema y disminuye la dignidad de las personas con discapacidad física y/o mental.

Cabe destacar algo esencial: a menudo evitamos hablar sobre discapacidad y neurodivergencia porque nos cuesta asumir nuestras propias diferencias o porque no sabemos cómo abordar el tema. Esta evitación contribuye a invisibilizar el problema y afecta la dignidad de las personas con discapacidad. La incomodidad puede surgir por falta de comprensión, dificultad para aceptar las debilidades o miedo a lo desconocido. Al comenzar a hablar sobre estos temas con los niños, estamos construyendo puentes hacia la inclusión. Los invito a ser una familia que desafía este silencio, convirtiéndose en agentes de cambio. Al educar a los niños sobre la diversidad, contribuimos a construir una sociedad más inclusiva y respetuosa.

¿Cómo ayuda la inclusión y diversidad en la salud mental de los niños?

Creo importante destacar cómo la inclusión y diversidad generan beneficios significativos tanto para los niños como para sus familias⁷³. En entornos inclusivos, los

⁷³ Ver capítulo 33, "Comprendiendo al niño con autismo".

niños desarrollan una autoestima más fuerte al sentirse aceptados y valorados por lo que son, independiente de sus características. Esta aceptación contribuye a reducir el estrés y la ansiedad, creando un espacio emocionalmente seguro.

Además, la diversidad expone a los niños a diferentes formas de pensar y vivir, fomentando la tolerancia, flexibilidad y apertura mental. Esto no solo fortalece sus habilidades sociales, sino que también les proporciona herramientas para abordar la diversidad de la vida de manera más compasiva⁷⁴.

Para las familias, el beneficio radica en la construcción de vínculos más fuertes y solidarios. La aceptación de la diversidad enriquece las relaciones familiares, promoviendo la comunicación abierta y la comprensión mutua. Al ser agentes activos de inclusión, las familias no solo contribuyen al bienestar de sus hijos, sino que también participan en la creación de comunidades más unidas y saludables.

En el contexto de la inclusión y diversidad, consideremos el siguiente ejemplo: los abuelos con Alzheimer. En una familia inclusiva, los niños pueden aprender a comprender y aceptar las diferencias cognitivas de sus abuelos. En lugar de sentirse confundidos o asustados por los cambios en el comportamiento de ellos, se les enseña a mostrar empatía y paciencia. La inclusión también implica adaptarse a las necesidades cambiantes de los abuelos con Alzheimer. Esto podría implicar modificar actividades familiares para que todos puedan participar de manera significativa. Los niños aprenden a valorar la riqueza de las experiencias compartidas, incluso cuando estas experiencias son diferentes debido a las condiciones de salud de los abuelos. Se facilita también la aceptación de las propias limitaciones⁷⁵ y del ciclo de la vida.

Este enfoque no solo beneficia a los niños, al promover la empatía y la comprensión, sino que también ofrece un apoyo vital a los familiares que cuidan de los abuelos con Alzheimer. Se fortalecen los lazos familiares al abordar juntos los desafíos y al celebrar la conexión emocional más allá de las limitaciones físicas o cognitivas.

Además, la diversidad de experiencias en la familia enriquece a cada miembro. Los niños aprenden lecciones valiosas de resiliencia y adaptabilidad al enfrentar las complejidades de la vida. Los padres y abuelos, a su vez, se benefician de la perspectiva fresca y la alegría inquebrantable de los niños. La diversidad dentro de la familia se convierte así en un intercambio mutuo de conocimientos y experiencias, creando un ambiente en el que cada miembro aporta algo único y valioso.

⁷⁴ Ver capítulo 47, "Educando en el agradecimiento".

⁷⁵ Ver capítulo 37, "Todos somos vulnerables".

El reconocer que somos diferentes,
¿en qué ayuda a hermanos y compañeros de curso?

Reconocer y aceptar nuestras diferencias no solo fortalece los lazos familiares y las relaciones en el aula, sino que también crea un ambiente donde cada individuo es valorado por lo que aporta. Esta forma de comprender la diversidad también nutre un sentido de comunidad donde cada persona se siente parte integral del grupo.

La discapacidad, desde la perspectiva social dice que las limitaciones no son algo de la persona, sino de cómo interactúa con su entorno. Se trata de cómo la sociedad puede influir en la participación de quienes tienen discapacidad. Es importante entender que el entorno y las actitudes sociales afectan mucho a los niños con discapacidad. Abrazar la inclusión y brindar apoyo marca una gran diferencia en la calidad de vida, ya que genera un ambiente amoroso y constructivo en los espacios sociales.

En una sociedad inclusiva, si una persona ciega quiere cruzar la calle y no hay señales sonoras ni información en Braille, sería un desafío. Pero imaginemos semáforos con señales audibles y Braille en los cruces, facilitando que la persona ciega se mueva con seguridad. Además, en un entorno inclusivo, una persona sorda podría notar un timbre en una casa mediante luces o vibraciones, permitiéndole participar plenamente en interacciones cotidianas. Estos pequeños cambios hacen que todos puedan ser parte activa de la comunidad.

Imagina a Juan, un niño autista, en su aula. La luz intensa y los ruidos fuertes lo abruman, pero en una escuela inclusiva Juan tiene orejeras de protección y acceso a una sala de tranquilidad. Así, puede ajustar su entorno según sus necesidades, sentirse más cómodo y participar como todos los demás.

Imagina a Marta, una niña con dislexia en su clase. Siempre fue más lenta que sus compañeros al leer y escribir, y al cursar cuarto básico, aún no logra la lectura ni escritura fluida. Ahora imaginemos a Marta utilizando un software de lectura, que le lee los textos en voz alta, y uno de escritura, que corrige automáticamente los errores ortográficos. Aunque Marta ha enfrentado desafíos en su ritmo de aprendizaje, estas herramientas adaptadas le brindan el apoyo necesario para mejorar sus habilidades y contribuir a su éxito académico sin hacerla sentir dependiente o «floja».

Imagina a Tomás, quien tiene síndrome de Tourette. A veces sus tics fónicos pueden causar malentendidos y burlas en clase. En una sociedad inclusiva, todos conocen sobre el Tourette. Los compañeros y el profesor comprenden que esos son solo tics y colaboran para crear un ambiente donde Tomás se sienta aceptado. Pequeños ajustes, como permitirle sentarse en un lugar estratégico o tener momentos de pausa, demues-

tran comprensión. La inclusión no solo ayuda a Tomás a sentirse más cómodo, sino que también fomenta la empatía y hace del aula un lugar mejor para todos.

Lectura recomendada	
Asociación Internacional de Autismo (Autism Speaks). https://www.autismspeaks.org/	Siegel, D. J., y Bryson, T. P. (2016). <i>El cerebro del niño: 12 estrategias revolucionarias para cultivar la mente en desarrollo de tu hijo</i> . Editorial Norma.
Moret, J. (2021). <i>La música que llevamos adentro</i> . Seix Barral.	Understood.org. https://www.understood.org/
Price, D. (s/f). <i>Unmasking Autism: Discovering the New Faces of Neurodiversity</i> . Random House.	

Bibliografía

Armstrong, T. (2012). *Neurodiversity in the Classroom: Strength-Based Strategies to Help Students with Special Needs Succeed in School and Life*. Editorial ASCD.

Armstrong, T. (2010). *Neurodiversity: Discovering the Extraordinary Gifts of Autism, ADHD, Dyslexia, and Other Brain Differences*. Editorial Da Capo Lifelong Books.

Armstrong, T. (2011). *The Power of Neurodiversity: Unleashing the Advantages of Your Differently Wired Brain*. Editorial Da Capo Lifelong Books.

Grandin, T. y Panek, R. (2013). *The Autistic Brain: Thinking Across the Spectrum*. Editorial Houghton Mifflin Harcourt.

Silberman, S. (2015). *Neurotribes: The Legacy of Autism and the Future of Neurodiversity*. Editorial Avery.

Apoyando al niño con déficit atencional e hiperactividad

Una dificultad en la regulación de las funciones ejecutivas,
la conducta y emociones

§

PAULA ROTHHAMMER ACHONDO PH.D

Psicóloga clínica infantojuvenil



Uno de los grandes desafíos que tenemos los padres y madres de niños con TDAH es entender que su desarrollo probablemente va a ir a un paso algo distinto que sus pares, a veces en la regulación emocional, otras en la conducta o en los aprendizajes. Dado lo anterior, es importante ir estimulando para ayudar a que avancen, pero siempre respetando su propio ritmo de crecimiento y desarrollo, muchas veces adecuando la crianza a sus necesidades y otras exigiendo un poco más. Quizás lo más significativo para ayudarlos a avanzar sea procurar que vivan en un ambiente libre de estrés y críticas, donde el niño o niña pueda crecer con seguridad y confianza en sí mismo.

El Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) es una condición del neurodesarrollo que afecta a niños y niñas desde la edad preescolar. Se estima que un 5% de la población infantil y adolescente puede presentar esta condición. Tiende a ser altamente estresante para las familias y para quien lo presenta, y es común que padres soliciten apoyo para poder manejar las conductas difíciles de sus hijos e hijas. Este capítulo intentará dar información comprensible respecto de qué es el TDAH y cuáles son algunas de las dificultades de base que pueden presentar niños y niñas, además de dar algunas ideas para que padres, madres y/o cuidadores/as puedan contribuir a una mayor regulación en sus hijos e hijas.

¿Cuándo la inquietud y desconcentración es normal y cuándo no?

La inquietud motora, la impulsividad y la hiperactividad son aspectos normales del desarrollo. Muchos hemos vivido distintos grados de intensidad de estas características durante nuestro desarrollo. Si preguntamos entre nuestros familiares y amigos, seguro que más de alguno nos dirá que cumplen con estas características, sin nunca haber sido diagnosticado. Esto es porque no estamos hablando de aspectos poco frecuentes o inusuales del desarrollo, sino que de características bastante típicas.

Entonces, ¿cuándo es un problema? Se considera un problema cuando la presencia de impulsividad, hiperactividad y/o dificultad para focalizar la atención desorganizan o desregulan la conducta y/o las emociones, impactando la vida de quien lo presenta y de los adultos que lo rodean. Por ejemplo, cuando nuestro hijo o hija se para y se sienta en la sala de clases, pese a que su profesor o profesora le solicita que por favor no lo haga; cuando comienza algo y no logra terminarlo cambiando rápidamente de actividad sin finalizar la anterior; cuando interrumpe, insiste y no logra detener su conducta; cuando pareciera no escuchar las instrucciones del adulto o cuando no logra cumplirlas, porque se le olvidan o porque requieren mucho esfuerzo.

Para saber si mi hijo o hija tiene TDAH no basta con presentar hiperactividad, impulsividad o dificultad atencional (como ya se señaló, estas características son comunes en el desarrollo), sino que se requiere además que estas características se conjuguen de determinada manera durante el desarrollo y que signifiquen un problema de adapta-

ción con el entorno, es decir, cuando la vida del niño o niña se le hace más difícil en el colegio y en la casa.

Esto se puede observar cuando:

- No logra seguir las reglas en el colegio.
- Por su dificultad atencional, no logra aprender suficiente en clases.
- Sus relaciones con compañeros o adultos se ven afectadas: por ejemplo, cuando tiene dificultades con amigos porque no respeta las reglas del juego, cuando le llaman continuamente la atención en la sala de clases o porque no logra quedarse quieto o quieta.
- Los padres tienen que insistir demasiado para que se cumplan las instrucciones, a veces con retos o castigos.
- Pese a no tener dificultades en el aprendizaje, no logra hacer su tarea o evita el estudio en casa.
- En definitiva, cuando muchas tareas, instrucciones, metas o situaciones que vive un niño o niña en el día a día se hacen más difíciles de cumplir, o cuando la crianza para los padres se hace más difícil y estresante.

Cuando las características de déficit atencional, hiperactividad e impulsividad pasan de ser rasgos típicos a una condición que afecta el desarrollo, se habla de TDAH y se requiere un abordaje terapéutico específico.

¿Qué es el TDAH?

Hoy sabemos que el déficit atencional con hiperactividad es una condición del neurodesarrollo que se caracteriza por tres síntomas centrales. *Hiperactividad*, que es la dificultad para mantenerse quieto; *impulsividad*, que es la dificultad para inhibir o parar la conducta que está en marcha; y la *dificultad atencional* que es aquella en que no se logra focalizar la atención en una sola tarea de manera sostenida. Existen tres presentaciones: un grupo tiene solo síntomas asociados a la dificultad atencional; un segundo grupo presenta las tres características: hiperactividad, impulsividad y dificultad atencional; y un tercer grupo que presenta solo impulsividad, el que es más prevalente en niños preescolares. Ahora bien, estas son las características centrales del TDAH, sin embargo, los niños y niñas pueden presentar otras características como dificultad para regular las emociones (específicamente la irritabilidad), mayor nivel de ansiedad, oposición y desafío, e impedimentos en la puesta en marcha de las *funcio-*

nes ejecutivas. Lo anterior hace que esta condición del neurodesarrollo sea altamente heterogénea.

¿Qué son las funciones ejecutivas?

Las funciones ejecutivas son habilidades cognitivas que ponemos en marcha para lograr metas y objetivos. Dentro de estas están las capacidades para memorizar, organizar, planificar, iniciar una actividad y regular las emociones. Cosas como ordenar la pieza, hacer un ejercicio de matemática, leer un libro, seguir una instrucción o tener que esperar el turno, dependen de la regulación de estas funciones cognitivas.

En personas con TDAH, la puesta en marcha de las funciones ejecutivas va a depender fuertemente de la motivación y del contexto. Muchos padres se preguntan: cómo mi hijo va a tener déficit atencional si está horas jugando con *legos*, pintando, viendo televisión o jugando videojuegos; o cómo, si sabe todas las canciones que le gustan o los jugadores de un equipo de fútbol. Bueno, esto es porque ante un contexto de alta motivación, como un interés particular o una situación muy entretenida, los niños con TDAH tienden a desplegar de mejor manera su función ejecutiva, logrando memorizar, concentrarse, quedarse quietos o inhibir su impulsividad.

El problema del TDAH surge cuando los niños tienen que enfrentar tareas de baja motivación y alto esfuerzo, donde no hay percepción de consecuencias positivas o refuerzos inmediatos, es decir, ante tareas aburridas, difíciles o que requieren mucho trabajo para mantener la atención. Algunos ejemplos pueden ser la lectura, porque los libros tienen “muchas páginas” o letra chica; las tareas, porque son “largas y aburridas”; o cuando tienen que esperar por mucho tiempo en un ambiente con poco estímulo.

La capacidad de regular o autorregular las funciones ejecutivas no es algo que dependa de la voluntad de los niños o niñas. Tiene una base neurobiológica, es decir, hay una dificultad de base constitucional, que está fuertemente ligada a la genética, que hace que estas funciones no puedan desplegarse de la misma manera que en niños o niñas sin esta condición.

¿Qué son las comorbilidades en TDAH?

Es muy común encontrar otras dificultades asociadas al TDAH, llamadas comorbilidades. Las más frecuentes son: trastornos del lenguaje, dificultades en la integración sensorial, trastornos específicos del aprendizaje y dificultad en la regulación de las emociones. También pueden estar asociadas dificultades en la regulación de conduc-

ta, como oposición o desafío. No todos los que presentan TDAH presentan comorbilidades, pero se da con mucha frecuencia.

¿Cuáles son las fortalezas de los niños con TDAH?

Las personas con TDAH describen grandes fortalezas asociadas a la condición, aunque por supuesto que varían de una persona a otra. Dentro de estas, la creatividad es una de las más importantes y de las que más se ha hablado. También se describe que, ante tareas de alta motivación, se puede llegar a tener un alto nivel de energía, actitud positiva y habilidad para tomar riesgos, todo lo cual ayuda a terminar con rapidez y eficacia lo que se emprende. A su vez, muchos tienen la capacidad de poder focalizarse de manera intensa en lo que les gusta, con un *hiperfoco* hacia aquellas tareas de alta motivación, que los lleva a poder regular sus funciones ejecutivas pudiendo incluso hacer varias cosas al mismo tiempo, pensar rápido, ser analíticos y tener buena memoria, logrando actividades con gran éxito. También suelen ser más abiertos a conocer otras personas y más empáticos. Es importante señalar que las fortalezas no anulan los aspectos difíciles del TDAH. Sin embargo, hay que tener presente que su capacidad de hiperfoco, creatividad, energía y empatía suelen ser grandes potencialidades que hay que apoyar y estimular tanto en el colegio como en casa. Considerando estas, se pueden realizar programas de intervención en estos lugares para ayudar a los niños y niñas a tener una alta percepción de competencia y autoestima, compensando con esto el impacto de las dificultades.

¿Cómo podemos ayudar a la regulación de las conductas y emociones de un niño o niña con TDAH?

El abordaje va a depender de cuántos síntomas tenga el niño/a y cuál sea la severidad de estos. Aunque es un diagnóstico con características definidas, si hay algo que sabemos los y las que atendemos a niños y niñas con TDAH es que es sumamente heterogéneo y que los que presentan esta condición tienen distintas manifestaciones. Lo primero que debiéramos hacer cuando notamos que un hijo o hija presenta algunas características es acudir a un especialista en TDAH, que trabaje en equipo y que sepa derivar a otros miembros en caso de requerirlo. Este puede ser un psicólogo/a, neurólogo/a o psiquiatra.

¿Qué esperar de una primera entrevista con el especialista?

El diagnóstico de TDAH es principalmente clínico, es decir, se realiza a través de la observación del desarrollo, la conducta y las características del niño. Cada especia-

lista pondrá atención en aspectos distintos, pero todos complementarios. Neurólogo y psiquiatra harán un completo chequeo de las distintas áreas del desarrollo, de las características asociadas a TDAH y de otras condiciones que podrían estar afectando la salud física y emocional de los niños. Además pedirán exámenes e indicarán tratamiento farmacológico si es necesario. El psicólogo pondrá mayor énfasis en el desarrollo emocional, desarrollo social, en la autoestima y en las conductas. Ofrecerá apoyo y orientación a los padres en el manejo y herramientas para ayudar a regular la conducta y emociones de los niños, y podrá apoyarlos individualmente si están atravesando algún problema. El neurólogo, psiquiatra o psicólogo, en el caso de que se necesite, realizará derivaciones a otros especialistas, como terapeuta ocupacional, psicopedagoga o fonoaudiólogo.

¿Todos los niños con TDAH necesitan tomar algún medicamento?

El tratamiento para TDAH es integral e incluye el manejo farmacológico, aunque no todos los niños requieren necesariamente iniciar este tratamiento apenas se realiza el diagnóstico. Mucho va a depender de la severidad de los síntomas y de cómo estos están afectando el desarrollo. En casos leves, se puede comenzar con medias ambientales y manejo parental; en casos moderados o severos, lo más probable es que se sugiera tratamiento farmacológico sumado a herramientas parentales.

La mayoría de los niños responden bien al tratamiento farmacológico, es decir, logran una mayor regulación de la conducta y de las emociones, disminuyen los síntomas de TDAH, lo que los hace sentir más seguros, logrando estar más conectados en la sala de clases, en el juego y en seguir reglas. El fármaco apunta a que los niños puedan poner en marcha de mejor manera sus funciones ejecutivas, logrando atender por más tiempo y llegar de mejor manera a las metas que se proponen ellos mismos y las que le proponen profesores y padres, es decir, que puedan guiar su atención de mejor manera hacia donde se propongan, según su propia motivación y teniendo un mejor control sobre sí mismo. No es el medicamento el que decide dónde el niño pondrá la atención, sino el mismo niño. Esto, en muchos casos, mejora las relaciones sociales con adultos y con pares, y sin duda mejora la autoestima y autoimagen de los niños.

Si bien muchos estudios indican que el tratamiento farmacológico es el más efectivo para regular la sintomatología asociada a TDAH, se sugiere siempre a los padres apoyarse en herramientas específicas para manejar las conductas difíciles y para estimular positivamente el desarrollo emocional y la autoestima. La mejor estrategia terapéutica es combinar tratamiento farmacológico y herramientas parentales. Así, procuramos que en la trayectoria del desarrollo de un niño y niña con TDAH no se agreguen otras condiciones como:

trastorno oposicionista desafiante, depresión o trastornos por ansiedad, los tres cuadros más frecuentes que aparecen cuando no ha habido un abordaje terapéutico adecuado.

¿Qué herramientas podría ocupar para comenzar a ayudar a mi hijo o hija con TDAH?

Cuando hablamos de medidas ambientales, lo que estamos tratando de lograr es la regulación a través de estrategias no farmacológicas. Hay muchas cosas que se pueden conseguir si adecuamos la crianza a las necesidades de los niños.

- Para aumentar la memoria de trabajo, podemos utilizar recordatorios, alarmas, calendarios y juegos. Podemos ser creativos utilizando los medios que tengamos al alcance para estimular la memoria según las necesidades de cada hijo o hija.
- Para disminuir la evitación hacia las actividades que les generan una mayor demanda y esfuerzo atencional, se sugiere hacer que las actividades sean más cortas, entretenidas y en formatos que no generan aburrimiento; agrandar las letras de las guías, trabajar con elementos audiovisuales, utilizar colores, imágenes y parcelar el tiempo de estudio. Todas estas estrategias pueden ayudar a lograr atención y mantenerla por un período mayor de tiempo.
- Dar refuerzos positivos ayuda mucho, ya que la espera y la falta de motivación aumenta la dificultad de regulación de la atención, la hiperactividad y el control de impulsos. Cuando los niños anticipan que algo va a ser largo, tedioso y aburrido, o bien cuando se sienten poco competentes o desanimados, les cuesta muchísimo más regularse. Un refuerzo es una consecuencia positiva que aumenta la motivación, la sensación de ser competente, la satisfacción y la autoestima. Un niño/a motivado y contento logra de mejor manera quedarse quieto, seguir instrucciones, aprender y concentrarse.

¿Cuándo y cómo podemos poner refuerzos o consecuencias positivas?

Toda vez que señalamos que lo hicieron bien, es un refuerzo. Esto se puede hacer con palabras de felicitaciones, conversando de sus logros o dando algunos premios en reconocimiento al esfuerzo. Los niñas y niños con TDAH tienen más probabilidades que otros niños de no lograr lo que se proponen, les cuesta más seguir reglas, por lo que se pueden equivocar más, pueden verse metidos en más problemas, pueden no estudiar

y tener malas notas. Entonces, necesitan más refuerzos y consecuencias positivas que los demás para poder regular lo que les es difícil y lograr metas.

Muchos padres se preguntan cómo voy a dar consecuencias positivas si no siguen las instrucciones: a veces el problema está en que le están exigiendo mucho, la meta es muy alta. Una buena estrategia es poner metas más pequeñas o intermedias y reforzar paso a paso, por pequeños logros. Luego ir avanzando gradualmente hacia el logro de la meta total. Cuando exigimos mucho, nunca llegan a la meta, entonces nunca llega el refuerzo positivo; cuando exigimos menos, sí lo logran y reciben una consecuencia positiva que los anima a seguir adelante, desde una sensación de competencia y logro.

Entonces, ¿cómo saber cuánto exigir?

Los niños con TDAH pueden ser más inmaduros en varias áreas, sobre todo en las ejecutivas y en la regulación emocional. Esta inmadurez puede ser disarmónica, es decir, tener áreas en las que se es más inmaduro, en otras estar en el promedio esperado y en otras estar por sobre lo que se espera para la edad. Cuando queremos ayudar a que un niño avance en algo que le está siendo difícil, debemos plantearnos la posibilidad de que, bajo esa conducta difícil, exista un problema de madurez, por lo que va a ser necesario que vayamos exigiendo gradualmente.

¿Cómo saber entonces cuánto exigir? Podemos establecer una línea base, es decir, observar lo mínimo que puede lograr de la tarea que le estamos pidiendo y luego ir avanzando de a poco, reforzando siempre. Por ejemplo, si queremos que nuestro hijo o hija pueda estar sentado/a mientras come, pero no lo logra, ya que solo dura dos minutos y luego se para, podríamos alargar el período de tiempo gradualmente hasta que sí lo haga, reforzando por metas pequeñas. Primero dos minutos, luego cuatro, seis y así hasta llegar a lo que se espera. Si exijo la meta completa, nunca va a recibir un refuerzo y estará en falta. Si le exijo de a poco y voy avanzando gradualmente, entonces recibirá refuerzos inmediatos que lo o la animarán a continuar y llegar a la meta. Esto ayuda a su percepción de competencia y a su autoestima, porque en vez de criticar y retar por no lograr la meta total, estamos reforzando positivamente por logros, aunque sean más pequeños.

¿Cómo nos coordinamos con el colegio?

La coordinación con el colegio es muy importante⁷⁶. Dada la alta prevalencia de esta condición en la población escolar, los colegios tienen bastante experiencia y proto-

⁷⁶ Ver capítulo 45, "Relación padres-escuela".

colos para atender las necesidades de los niños. Habitualmente, para que los colegios comiencen a aplicar estos protocolos, necesitan conocer el diagnóstico y para esto es necesario que el especialista emita un certificado al colegio con las recomendaciones. Estas pueden ser generales, es decir, que se aplican a la gran mayoría de los niños con TDAH y otras específicas al desarrollo de cada niño o niña según las características y necesidades individuales. En caso de ser necesario, el especialista puede reunirse con el equipo del colegio, que habitualmente lo componen psicólogas/os, orientadoras/es, profesor/a jefe y coordinador/a de la unidad técnico pedagógica. El objetivo es poder acordar intervenciones y hacer seguimiento de que estas se vayan cumpliendo. Una correcta coordinación hace más eficiente que las sugerencias y recomendaciones del especialista se puedan ejecutar y se puedan mantener el tiempo que sea necesario.

¿Cuál es la trayectoria del TDAH?

Las investigaciones han ido señalando que el TDAH está lejos de ser una condición estable a lo largo de la vida. Si bien la mayoría de las personas diagnosticadas en la niñez presentan características observables en la adolescencia y en la adultez, estas tienden a cambiar. Siendo la impulsividad y la inatención más estables que la hiperactividad, esta última tiende a disminuir a medida que avanza el crecimiento. Se plantea que en menos de un 10% de los casos ocurre una remisión total de síntomas hacia la adultez. Interesantes también son los estudios que han demostrado que un 60% de los niños con TDAH tipo combinado, es decir, que presentan hiperactividad, impulsividad y dificultad atencional, van cambiando o fluctuando el curso de sus síntomas, pudiendo haber incluso períodos en los que remiten y otros en los que vuelven a aparecer. Se sugiere que esto podría ser el resultado de las mayores o menores exigencias y demandas a las que un niño está expuesto en los distintos momentos de su vida, así como también a la vulnerabilidad genética que subyace al TDAH.

Lectura recomendada

Abotitz, F y Carrasco, X. (2011). <i>Déficit Atencional: desafíos y fronteras</i> . Editorial Universidad Católica.	Bauermeister, J.J. y Barkley, R.A. (2014, 3ª ed). <i>Hiperactivo, Impulsivo, Distruido ¿Me conoces?, Guía acerca del déficit atencional para padres, maestros y profesionales</i> . Editorial Guilford Press.
Barkley, R.A. y Abad, G. (2011). <i>Niños hiperactivos: Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Guía completa del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)</i> . Editorial Paidós.	

¿Cómo ayudar al niño con epilepsia?
Un camino de aprendizaje para recorrer juntos

§

VIVIANA VENEGAS SILVA

Neuropediatra

Centro avanzado de epilepsia Clínica Alemana



La mayoría de los casos pediátricos con epilepsia no presentan mayores problemas asociados al diagnóstico y pueden hacer una vida normal sin restricciones. Esto es muy importante de saber, ya que muchas veces se limita al niño de participar en actividades propias de la edad, como campamentos scout, pijamadas, salidas a casas de amigos e incluso se le excluye de excursiones escolares o viajes familiares por el solo hecho de tener el diagnóstico de epilepsia.

Nuestro hijo ha sido diagnosticado de epilepsia y estamos muy preocupados, las emociones nos inundan, la sorpresa, la culpa, el miedo y la tristeza. Queremos de verdad entender esta misteriosa enfermedad, para poder ayudarlo en su bienestar.

Este relato nos suena conocido, es lo que nos cuentan los padres luego de vivir la devastadora experiencia de ver a su hijo con una crisis convulsiva. Es la dramática percepción que tienen de un riesgo inminente de muerte y que en ocasiones puede resultar traumático para quien lo presencia. Frente al diagnóstico de epilepsia, los padres suelen experimentar una reacción de duelo, que refleja una sensación de pérdida, tanto de la salud como de la seguridad, por lo que se requiere acompañamiento y educación para poder superarlo. La epilepsia es una enfermedad que ha sido descrita desde tiempos muy remotos. Hipócrates (siglo IV a.C.) tuvo una primera aproximación científica de la epilepsia, eliminando concepciones previas sobrenaturales y definiendo que las crisis se originaban en el cerebro. Sin embargo, el desconocimiento se mantuvo por siglos y muchas obras pictóricas de la Edad Media, que destacaron pasajes bíblicos que daban cuenta de las crisis, mantuvieron en el inconsciente colectivo, el origen místico o divino, principalmente por no lograr explicar su naturaleza (Kaculini, 2021). Con el avance del conocimiento, se han podido derribar mitos y falsas creencias, las cuales se mantienen en algunos contextos culturales, lo que hace que pacientes y familias oculten el diagnóstico. Trataremos de acercar los principales y más actuales conceptos de la epilepsia, para que padres y cuidadores puedan ampliar su visión y así poder conversar con los hijos con seguridad sobre lo que les pasa. De esta forma, ellos también podrán comunicarse mejor con su familia, amigos y compañeros.

¿Qué es la epilepsia y por qué se produce?

La epilepsia se define como una enfermedad neurológica que se caracteriza por la presencia de crisis epilépticas recurrentes. Esto refleja una predisposición personal, que es consecuencia de una alteración de la actividad eléctrica en el cerebro. En las personas con epilepsia, existe un estado anormal de excitabilidad eléctrica aumentada en

las células del cerebro, las que se llaman neuronas. Este estado de hiperexcitabilidad neuronal genera descargas eléctricas anormales y, dependiendo de la zona del cerebro donde se producen, la persona puede presentar diferentes síntomas. Por ejemplo, si estas descargas eléctricas anormales se producen en una zona del cerebro con una función motora, se pueden observar *crisis epilépticas convulsivas*. Podría entonces haber otras manifestaciones distintas cuando las descargas anormales ocurren en otras zonas cerebrales, como *crisis epilépticas cognitivas*, que se caracterizan por un deterioro del lenguaje, alucinaciones o distorsiones de la percepción sensorial; *crisis epilépticas emocionales*, con síntomas de ansiedad, miedo, alegría; o *crisis epilépticas sensoriales* con centelleos visuales, percepción de olores, sensaciones auditivas, hormigueo en la piel u otros síntomas. Las crisis pueden ir acompañadas de una alteración de la conciencia o puede mantenerse preservada, lo que significa que la persona, al estar consciente durante la crisis, puede recordar todo lo que sintió. Además, las causas por las cuales se originan las diferentes crisis epilépticas pueden ser muy diversas. Se han descrito *alteraciones estructurales* del cerebro (tumores, anomalías congénitas del desarrollo cerebral o lesiones vasculares, entre otras) y *alteraciones funcionales*, como ocurre en muchas epilepsias genéticas que presentan una anormalidad en el intercambio de iones en las membranas celulares de las neuronas, alterando así la excitabilidad eléctrica. De esta forma podemos concluir que la epilepsia es una enfermedad compleja, que tiene diversas causas y diferentes manifestaciones clínicas. Podemos decir entonces con certeza que no hay una persona con epilepsia igual a otra. En este sentido, su hijo o hija es único, por lo que no trate de buscar similitudes con otros casos de personas con epilepsia que conozca.

¿Cómo se diagnostica la epilepsia?

El elemento esencial para plantear el diagnóstico de epilepsia es la historia de presentación de las crisis epilépticas. Este diagnóstico se puede complementar con la realización de un electroencefalograma (EEG) y una resonancia magnética cerebral (RM). El EEG es un examen que permite obtener un registro de la actividad eléctrica del cerebro, la cual es obtenida a través de electrodos colocados en el cuero cabelludo del paciente, los cuales captan las diferencias de potencial eléctrico y son traducidos a un registro digital de la actividad cerebral en una pantalla. No siempre es posible visualizar anormalidades en un EEG de rutina. Hay distintos tipos de EEG que podrían ser necesarios para mejorar la sensibilidad del estudio. La RM es un estudio de imagen cerebral que permite observar la anatomía y de esta forma ver si existe alguna anormalidad estructural que nos ayude a entender el origen de las crisis. Es posible que, en

un paciente con epilepsia, ambos exámenes resulten normales, lo que no descarta el diagnóstico. Existen otros estudios que podrían ser necesarios para descubrir la causa de la epilepsia, pero su indicación se evalúa caso a caso.

¿Cómo se trata la epilepsia?

Como no existe un diagnóstico de epilepsia que sea común para todos los pacientes, la aproximación terapéutica también puede variar. Los objetivos del tratamiento apuntan al control de las crisis y al manejo de todas las condiciones médicas y psicosociales que pudieran acompañar el diagnóstico de epilepsia. Se ha establecido que la calidad de vida de las personas con epilepsia está fuertemente condicionada por la libertad de crisis, por lo que esto constituye la meta prioritaria del tratamiento. La selección de medicamentos anti crisis (MAC) se evalúa ponderando diferentes factores. Los medicamentos no son capaces de abordar todas las causas de la epilepsia, porque no tienen un real efecto antiepiléptico, sino que ejercen su efecto a través de distintos mecanismos que buscan restablecer el equilibrio eléctrico para evitar la presentación de las descargas eléctricas anormales. Idealmente se recomienda la monoterapia (usar un solo medicamento) y en el mínimo número de tomas diarias para favorecer una mejor tolerancia y adherencia a las indicaciones, tanto del menor como de su familia. Los estudios dicen que mantener un tratamiento crónico es difícil en cualquier condición crónica y en particular en epilepsia se describen muchas recaídas de crisis por falta de seguimiento de indicaciones. Por esta razón, se aconseja usar pastilleros, alarmas y horarios preestablecidos que permitan llevar el tratamiento lo más disciplinado posible. En ocasiones, es necesario asociar medicamentos anti crisis en biterapia o triterapia para alcanzar un control adecuado de las crisis. Existen más de 20 alternativas disponibles con diferentes mecanismos de acción y la selección se relaciona con el tipo de epilepsia, la edad del paciente y el acceso/disponibilidad, entre otros factores.

El pronóstico de la epilepsia estará especialmente relacionado con la diversidad etiológica (causa). Es importante mencionar que en casi el 70% de las personas con epilepsia, las crisis lograrán ser controladas con los medicamentos anti crisis. Entre estos casos se cuentan la mayoría de los pacientes pediátricos con epilepsia, que en general presentan epilepsias relacionadas con el desarrollo que en su mayoría son de buen pronóstico. En ausencia de lesión cerebral y con remisión total de crisis con tratamiento, se puede plantear la suspensión de la terapia en un plazo que puede variar entre los 2 a 5 años. En un 30% de las personas con epilepsia, el tratamiento con medicamentos anti crisis pudiera no ser suficiente y, a pesar de usar diferentes opciones y asociaciones de medicamentos, el paciente puede continuar presentando crisis. Esta evolución des-

favorable es conocida como *epilepsia fármaco resistente* o *epilepsia refractaria*. En estos casos, que son poco frecuentes y son más complejos, se requiere una evaluación más especializada de su epilepsia para poder valorar otras alternativas de tratamiento no farmacológico, como puede ser la *dieta cetogénica* o una cirugía de epilepsia. La medicina avanza vertiginosamente y se están investigando muchas otras nuevas opciones terapéuticas que son muy prometedoras, en particular para estos pacientes con epilepsias de difícil manejo que, si bien son poco frecuentes, requieren mucho acompañamiento y apoyo social.

¿Cómo se entiende la epilepsia en la actualidad?

Es muy importante que los padres aprendan de esta enfermedad para poder entender la complejidad del diagnóstico y del tratamiento. Internacionalmente se ha establecido una clasificación de los diferentes tipos de *crisis de epilepsia*, que se refiere a la manifestación clínica que percibe el paciente y/o el testigo de las crisis. Clasificar el tipo de crisis puede ser un ejercicio complejo, especialmente si el paciente inicia la crisis sin un testigo o los testigos no dan un relato claro, como ocurre por ejemplo cuando los testigos son hermanos pequeños. Poder clasificar el tipo de crisis en base a la descripción del evento, es muy importante porque ayuda a definir en qué parte del cerebro podría estar ocurriendo la descarga epiléptica. Si durante la crisis presentó actividad motora o sensorial consistentemente lateralizada a una parte del cuerpo o bien si presentó síntomas en ambos lados del cuerpo, es una información relevante. Los médicos insistentemente les preguntarán por el detalle de las crisis, por lo que resulta muy útil llevar un registro, idealmente escrito, de todo lo experimentado por el paciente y lo visto por los testigos.

Por otro lado, también existe otra clasificación, donde los expertos hablan de *síndromes de epilepsia*, que es una categoría superior de diagnóstico médico de la epilepsia. Se puede hacer un diagnóstico de síndrome cuando en un paciente confluye la presencia de un tipo particular de crisis, recurrente, estereotipada o muy parecida entre una y otra crisis, que sucede en una edad de inicio característica, con un EEG más o menos típico, un examen neurológico y estudio de RM específico y donde se puede describir un pronóstico con el tratamiento predecible. En ocasiones, la estrategia del médico para seleccionar el medicamento anti crisis que utilizará será según el tipo de crisis que presenta el paciente (nivel básico de diagnóstico), pero los esfuerzos deben ir encaminados a lograr el diagnóstico de tercer nivel, llamado el diagnóstico del síndrome. El diagnosticar lo que se llama un síndrome de epilepsia permite al médico, para cada caso en particular, ofrecer la mejor alternativa de tratamiento descrita para ese síndrome

que presenta el paciente. A pesar de los esfuerzos, en ocasiones, no es un ejercicio fácil el poder caracterizar a un paciente en un síndrome, incluso pudieran ser necesarios muchos estudios adicionales que no siempre son accesibles (Zuberi, 2022; Specchio 2022).

¿De qué depende el éxito del tratamiento?

El éxito terapéutico estará condicionado principalmente por la causa de la epilepsia, la severidad de la alteración electroencefalográfica, la edad del paciente, la presencia de otras condiciones médicas asociadas y de una elección adecuada del tratamiento según el síndrome que padezca el menor.

¿Puede la epilepsia afectar el desarrollo de mi hijo?

Los pacientes que presentan síndromes de epilepsia autolimitados, es decir, sin factores de riesgo y que constituyen la mayoría de los casos pediátricos con epilepsia, no presentan mayores problemas asociados al diagnóstico y pueden hacer una vida normal sin restricciones. Esto es muy importante de saber, ya que muchas veces se limita al niño de participar en actividades propias de la edad, como campamentos scout, pijamadas, salidas a casas de amigos e incluso se le excluye de excursiones escolares o viajes familiares por el solo hecho de tener el diagnóstico de epilepsia. Existen, por otro lado, algunos pacientes con síndromes de epilepsia de etiologías específicas, donde la causa de la epilepsia puede asociarse a otras condiciones como la discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista o trastornos psiquiátricos. En estos casos, que son menos frecuentes, la causa de la epilepsia condiciona por una parte la presencia de crisis epilépticas y también esta misma causa puede condicionar otras limitaciones en el desarrollo que también requieren ser atendidas.

¿Existe riesgo de daño cerebral cada vez que mi hijo presenta una crisis?

La mayoría de las crisis epilépticas son autolimitadas, es decir, duran menos de 5 minutos. Existen mecanismos cerebrales que permiten que las crisis cesen espontáneamente, sin ningún riesgo para el niño. Sin embargo, a pesar de que su médico seleccione la mejor alternativa de medicamentos anti crisis, existe riesgo de recaída, lo que no debe ser motivo de alarma, si las crisis son autolimitadas. El riesgo de daño cerebral se ha establecido experimentalmente cuando las crisis son prolongadas, es decir, cuando los mecanismos de autocontrol no logran detener la crisis y se prolongan

por más de 15 minutos de actividad epiléptica. Por esta razón, su médico puede haberle indicado el uso de medicinas de rescate de uso domiciliario, para poder yugular las crisis y así evitar que se prolonguen. Se habla de “estado convulsivo” o “estatus” cuando la crisis epiléptica convulsiva se extiende más de 30 minutos, la cual es una situación grave que, aparte de condicionar riesgo de daño cerebral, puede poner en riesgo la vida del paciente. En pacientes que presentan crisis convulsivas, es prudente aprender a usar medicinas de rescate domiciliaria (Samanta, 2021).

¿Deberá mi hijo tomar MAC toda la vida?

La duración del tratamiento estará condicionada por el diagnóstico del síndrome de epilepsia. Hay pacientes con síndromes de epilepsia que son dependientes de la edad, por lo que pasada cierta edad puede liberarse el tratamiento con MAC, sin mayor riesgo de recaída. Sin embargo, en algunos pacientes con ciertas epilepsias, por ejemplo, aquellos casos con lesiones estructurales con alta asociación a epilepsia, puede ser necesario un tratamiento de por vida. En los casos menos frecuentes de encefalopatías epilépticas, en ocasiones requieren politerapia por largo tiempo, además de alternativas no farmacológicas.

¿Los medicamentos producen efectos adversos?

Los medicamentos anti crisis pueden producir efectos adversos de intensidad y severidad muy variable. Es bueno conversar los potenciales efectos indeseados cada vez que se introduce algún medicamento anti crisis, cuando se modifican dosis o se asocia un nuevo medicamento al esquema en uso. Esto permitirá estar preparados y poder valorar en su justa medida los cambios. Algunos fármacos pueden presentar toxicidad sistémica y requerirán el control de exámenes de sangre; otros, es posible que afecten la conducta o el funcionamiento neuropsicológico, lo que puede reflejarse en las interacciones sociales y logros académicos.

¿Puede hacer deportes?

Los niños y adolescentes con epilepsia pueden y deben hacer actividad deportiva no solo por los beneficios de tener hábitos saludables, sino porque se ha reportado una menor recurrencia de crisis en aquellos pacientes con epilepsia que practican deportes versus aquellos que no lo practican.

¿Puede tener una escolaridad normal?

La mayoría de los pacientes pediátricos con epilepsia presentan un desarrollo escolar normal. En ocasiones, por efecto de los medicamentos o por el tipo de epilepsia que presentan, pudiera ser necesario solicitar apoyos escolares para promover un mejor aprendizaje. Por esta razón, es muy necesario realizar una evaluación neurocognitiva para valorar posibles déficits. El 30% de los niños escolares con epilepsia presentan además un Trastorno por Déficit Atencional. Asimismo, la epilepsia puede coexistir con otros problemas del neurodesarrollo como Trastornos del Aprendizaje, Trastornos de Lenguaje o Trastorno del Espectro Autista, que su neurólogo evaluará e indicará lo necesario para facilitar su evolución escolar (Venegas, 2020).

¿Tiene riesgo de tener otras enfermedades?

Se ha visto que las personas con epilepsia asocian con mayor frecuencia trastornos de ansiedad y depresión, y que se pueden presentar como reactivos al diagnóstico o como comorbilidad propia de la epilepsia. Luego del diagnóstico de epilepsia, ocurren cambios en el sistema familiar, con un aumento de la dependencia, con exceso de celo en los cuidados, impacto en la relación con los hermanos y una sobreprotección que limita el desarrollo de los niños. El acompañamiento familiar durante el proceso diagnóstico permite lograr un mejor empoderamiento del paciente y su familia, resolver todas las preguntas y así evitar problemas de conducta asociados a la crianza, ya que es un riesgo para la salud mental del paciente y su familia. Además, el uso crónico de algunos MAC puede generar efectos sistémicos que deben ser evaluado según el medicamento anticrisis usado, como por ejemplo la función tiroidea, el ciclo ovulatorio en adolescentes o la mineralización ósea.

¿La epilepsia es una condición contagiosa?

La epilepsia no es producida por ningún agente infeccioso, por lo que el contacto con una persona con epilepsia no tiene riesgo de contagio. Muy por el contrario, la participación social y la inclusión mejoran la calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean.

¿Cómo promover la inclusión de un niño con epilepsia?

El mejor estado en el día a día de una persona con epilepsia es vivir sin temor a presentar crisis en el colegio o durante una actividad social. Enfatizar en una buena

adherencia al tratamiento es esencial. Si la epilepsia está controlada, el niño o adolescente puede hacer una vida normal. Se promueve el desarrollo de una autonomía progresiva en la medida que el niño crece y se transforma en un adolescente. A nivel escolar y en particular con los más pequeños, se recomienda transmitir a otros padres las características particulares de la epilepsia de su hijo, lo que permitirá que los otros padres y miembros de la comunidad adquieran confianza y pierdan el temor de manejar una potencial crisis. El socializar los cuidados en el entorno más cercano facilitará la participación y el apoyo en caso necesario.

¿Por qué hay tanto prejuicio?

La mayoría de las veces se produce por el llamado *estigma de la epilepsia*. Esto se remonta a épocas muy antiguas, cuando se le atribuía a la epilepsia un origen sobrenatural, incluso se entendía como una maldición o castigo de los dioses. En la medida que la evolución de la humanidad y el desarrollo del conocimiento han permitido descartar estas creencias, se ha ido avanzando en el reconocimiento de la vulnerabilidad y de los derechos humanos de las personas con epilepsia. La mayoría de los pacientes, en especial los adolescentes, tienen una vivencia de la enfermedad en soledad, por lo que es importante acompañarlos, responder sus inquietudes, educar en conductas de autocuidado y no mantener el diagnóstico oculto. Se ha estimulado en los últimos 20 años a adherir a la campaña internacional de *Sacar a la epilepsia de las sombras*, ya que muchas personas ocultan el diagnóstico propio o el de sus hijos para que no sean discriminados. Las falsas creencias deben eliminarse desde el propio paciente y su entorno más cercano. La epilepsia es una enfermedad muy prevalente, ya que casi el 1% de las personas presenta epilepsia, por lo que la lucha contra el estigma debe partir desde la propia familia, amigos, escuela y comunidad (Carrizosa, 2009).

	Recomendaciones	Cuidados
Alimentación	Horarios ordenados y alimentación saludable.	No realizar ayunos prolongados.
Sueño	Dormir el número de horas según edad y rutinas bien establecidas.	Evitar falta de sueño y trasnoches.
Deportes	Puede practicar deportes recreativos y competitivos según preferencia.	Evitar paracaidismo, nadar en solitario en ríos o mar, box, buceo.
Recreación	Preferir actividades recreativas al aire libre, pueden jugar con pantallas en forma moderada.	Evitar largas jornadas frente a pantallas, especialmente si sufre fotosensibilidad.
Estudios	La mayoría puede realizar escolaridad normal. Evaluar límites en exigencia académica.	Solicitar evaluación diferenciada en caso de requerirlo.
Emociones y Afectividad	Mantener red de amigos y participación social acorde a edad.	Evitar conflictos y estrés emocional.
Toma de medicamentos	Usar pastillero, alarmas, recordatorios.	No saltar dosis.

Tabla 32-1. Recomendaciones y Cuidados en Epilepsia

Lectura recomendada



Centro de Extensión Clínica
Alemana, material educativo sobre
epilepsia



Epilepsy Foundation,
información sobre epilepsia



Liga Comunitat, de la Liga Chilena
contra la epilepsia



Liga Internacional contra la epilepsia

M. Rocheford, D. (2010). *Mami, Me Siento Rara! La Experiencia de una niña con epilepsia*. Green Swing, an imprint of Wyatt-MacKenzie. ISBN-13 978-1936214136.

Beauchard, D. (2019). *Epiléptico. El ascenso del Gran Mal*. Edit Salamandra Graphic. ISBN-13 978-8416131488.

Gallego Hernando, M. (2017). *El diario de Jorge*. Editorial Círculo Rojo. Abril 4. ISBN-13 978-8491606994.

Bibliografía

- Carrizosa Moog, J. (2009). Estigma en epilepsia. *Iatreia*, 22, (3), 246-255. Recuperado 29 octubre 2023 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So121-07932009000300006&lng=en&tlng=es
- Kaculini C.M., Tate-Looney, A.J. y Seifi A. (2021). The History of Epilepsy: From Ancient Mystery to Modern Misconception. *Cureus*, 13, (3), e13953. Doi: 10.7759/cureus.13953. PMID: 33880289; PMCID: PMC8051941.
- Samanta D. (2021). Rescue therapies for seizure emergencies: current and future landscape. *Neurol Sci*, 42, (10), 4017-4027. Doi: 10.1007/s10072-021-05468-9. Epub 2021 Jul 16. PMID: 34269935; PMCID: PMC8448953.
- Specchio, N. *et al.* (2022). International League Against Epilepsy classification and definition of epilepsy syndromes with onset in childhood: Position paper by the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. *Epilepsia*, 63, 1398-1442. <https://doi.org/10.1111/epi.17241>
- Venegas, V., De Pablo, J.M., y Olbrich, C. (2020). Características clínicas del trastorno de déficit atencional e hiperactividad en epilepsia. *Medicina*, 80, (Supl. 2), 58-62. Recuperado 29 de octubre de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So025-76802020000200013&lng=es&tlng=es
- Zuberi, S.M. *et al.* (2022). ILAE classification and definition of epilepsy syndromes with onset in neonates and infants: Position statement by the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. *Epilepsia*, 63, 1349-1397. <https://doi.org/10.1111/epi.17239>

Comprendiendo al niño con autismo

§

MARCELA CASTILLO FRANZOY

Otorrinolaringóloga

Madre de Benjamín, adolescente feliz con autismo no verbal

ALFONSO CORREA DEL RÍO

Psiquiatra infantil y del adolescente



El tratamiento no busca cambiarlos, busca potenciar la mejor versión de sí mismos, facilitando que establezca asociaciones entre sus pensamientos, ideas, vivencias y acciones. El objetivo es que logren una mejor integración de sí mismos y con su entorno. Busca darles alegrías y evitar la frustración de no ser comprendidos, pero manteniendo esas características mágicas y únicas de las personas con autismo.

¿Qué son los trastornos del espectro autista?

Los trastornos del espectro autista (TEA) son una condición de neurodiversidad caracterizada principalmente por dificultades comunicativas, problemas en la interacción recíproca con sus pares y por presentar intereses y conductas restringidas (escasas o con baja amplitud o variabilidad) o estereotipadas (sin un sentido o utilidad definidos), con un estilo de pensamiento más rígido y estructurado, y con una gran interferencia sensorial.

Las dificultades comunicativas incluyen el aspecto verbal (lingüístico) –que pueden ir desde la ausencia total de lenguaje verbal hasta leves alteraciones– y la presencia de diferencias en el nivel pragmático de la comunicación, es decir, que se evidencian principalmente en el *lenguaje no-verbal* (movimiento de manos, gesticulación, contacto visual) y en los aspectos *paraverbales* (aquellos que “acompañan” al lenguaje verbal, es decir, principalmente la entonación, ritmo, volumen de la voz, respeto de turnos y otros). Así, un niño con un autismo moderado generalmente presenta lenguaje, pero este se caracteriza por una morfosintaxis distinta a la usada en su círculo de relaciones, tener escasas inflexiones de voz, volumen no acorde a la distancia en que se encuentra con el receptor y escaso contacto visual. El contenido de su discurso se centra en temas de su interés, con poca consideración de los intereses del interlocutor o sin tomar clara conciencia de estos.

A las dificultades en las habilidades pragmáticas de la comunicación, subyacen similares características que explican las dificultades en la relación social. Existe un estilo de funcionamiento cerebral con mayor conectividad local que a distancia, asociativa, lo que se evidencia por ejemplo en la capacidad de análisis exhaustivo de algo en concreto, pero con dificultad para integrar una información con otras obtenidas previamente. Tanto las emociones como las relaciones interpersonales y las habilidades pragmáticas requieren de un nivel de integración de la información mayor, por lo que aquellas funciones necesitan de una particular forma de organización de las conexiones neuronales.

Existen distintos grados de intensidad de las dificultades presentadas por lo que se ha dado el nombre de *espectro autista*, así como también se podría decir que existe un

espectro en las personas *neurotípicas*⁷⁷ (que no están dentro del trastorno del espectro autista), en el que algunas se podrían ubicar cercanas al “estilo de ser”⁷⁸ de un niño con autismo.

¿Es una condición o un trastorno?

Cada día estamos más convencidos de que es una condición que los acompaña en cada momento de la vida. En los casos de mejor desempeño —en nuestra *sociedad neurotípica*⁷⁹—, logran utilizar muchas herramientas sociales, y mantener una interacción y ser independientes. La inserción laboral puede ser favorecida por esta mirada neurodiversa, con muy buenas capacidades en sus sentidos y de concentrarse en los detalles. Al ver el autismo como una *condición* del desarrollo, se ayuda a esa aceptación y valoración. De todos modos, independiente de que se le llame *trastorno*, debemos aprender a valorar y respetar a todas las personas con alguna dificultad a la que se le atribuya el nombre de *trastorno*, cualquiera sea.

¿Qué causa los “trastornos” del espectro autista?

Las causas son biológicas, es decir, si bien las circunstancias relacionales pueden modificar fuertemente la forma de presentación de la condición y pueden atenuar la sintomatología u optimizar en el tiempo el modo de funcionamiento, la causa originaria es de base biológica, ya sea genética o por alguna otra circunstancia que llevó a una determinada forma de organización de los circuitos neuronales en las etapas tempranas del desarrollo embrionario y fetal.

¿Qué signos se muestran precozmente para poder detectarlos a tiempo?

Los síntomas iniciales, durante el primer año de vida, están dados por la interacción recíproca, la falta de interés en el otro, no mirar a los ojos o la falta de comprensión de que existe un otro. Luego, en el segundo año, destacan el no buscar el juego interactivo y el no hablar en los momentos del desarrollo que corresponden. Con cierta

77 *Neurotípico*: referido al estilo habitual o más frecuente de organización del funcionamiento encefálico (cerebro, cerebelo y tronco encefálico).

78 TEA no es en estricto rigor un “estilo de ser”, pero aquí se usó para simplificar el razonamiento llevado a cabo.

79 Dicho así, sociedad neurotípica, ya que se privilegia en forma excesiva el patrón más común, subvalorando a las minorías.

frecuencia se observa que niños con autismo severo o moderado, pero con un buen nivel cognitivo, no hablan nada a los 2 o 3 años, pero abruptamente comienzan a hablar en forma muy fluida y con un léxico muy extenso. Esto se explica porque el niño tiene el repertorio de lenguaje, pero no lo usa, pues previamente no le encontraba sentido a usarlo, lo que se entiende por su dificultad para la toma de conciencia de la existencia del otro como alguien válido para comunicarle algo.

Otras características que se pueden observar precozmente son: tener movimientos estereotipados, caminar en punta de pies, la interferencia sensorial por híper o hipo-registro⁸⁰, molestia de que lo toquen o a algunos ruidos específicos y no siempre en forma consistente. Pareciera que no comprenden, pero a veces nos sorprenden; no logran o no se muestran interesados en imitar; se fijan más en los detalles que en el todo; a veces pareciera que no escuchan; en fin, muchas características que se dan en diversos grados y que se conjugan de forma diferente en cada niño o niña.

¿Qué valor tienen los test estandarizados para hacer el diagnóstico?

Ha generado mucha controversia en los últimos años el sobreuso que se les ha dado a algunos test, a pesar de que el acuerdo científico sigue siendo que el diagnóstico debe ser en base a un análisis clínico realizado por el especialista (revisión de historia clínica, historia del desarrollo, examen mental y análisis de evaluaciones realizadas en el caso que las tenga). Además, hay que destacar que esos test no siempre son realizados por personas adecuadamente capacitadas ni con la experiencia clínica necesaria. El test conocido como ADOS-2 fue generado para poder hacer estudios y publicaciones, y tener un parámetro objetivo de comparación, no para reemplazar el diagnóstico clínico ni menos para hacer screening en la población.

¿Qué busca el tratamiento? ¿Cambiarlos?

El tratamiento busca entregar herramientas de comunicación, de imitación, de comprensión del lenguaje no verbal, de adaptación a los sentidos, de manejo de la sobrerreacción sensorial y para lograr una mejor interacción, por ejemplo en un juego recíproco con sus pares. No busca cambiarlos, busca potenciar la mejor versión de sí mismos, facilitando que establezca asociaciones entre sus pensamientos, ideas, vivencias y acciones. El objetivo es que logren una mejor integración de sí mismos y con su entorno. Busca darles alegrías y evitar la frustración de no ser comprendidos,

80 Ver capítulo 5, “Modulación sensorial”.

pero manteniendo esas características mágicas y únicas de las personas con TEA. Es por eso que el enfoque no está puesto solo en la persona con TEA, sino en su entorno, para que los acepte y valore, tal como todos merecemos ser valorados, independiente de nuestra condición y “sin condiciones”.

¿Debo cambiar mis expectativas sobre su desarrollo a futuro? ¿Podrá ser independiente?

Dado que hay diferentes grados, en algunos casos las expectativas deben seguir muy altas, confiando que pueden lograr grandes cosas, con momentos más o menos desafiante. En los casos más complejos, como los niños no verbales o con conductas agresivas y muy desreguladas, la familia debe adaptarse para apoyarlos en esos malos días, pero también a vivir y disfrutar las diferencias, ya que se abre la forma de ver el mundo y la existencia. Podemos estar muy orgullosos de los logros y avances (y muchas veces debemos asumir que es un paso a paso, con pasos mucho más pequeños de los que estamos acostumbrados), y ver con alegría todo lo que ellos hacen mucho mejor que nosotros, los neurotípicos, que en ocasiones nos perdemos el color u olor de una flor, un nuevo sabor, un cambio de textura, el sonido de los pájaros o una linda melodía.

¿Cómo hablarle a mi hijo o hija de su compañero o pariente con autismo?

Debe reforzarse el hecho de que en este mundo todos somos diferentes en la forma y debemos valorar esas diferencias. Esta es una labor de los padres y la familia, en primer lugar, y también es responsabilidad del sistema escolar, como potenciador de este aprendizaje. ¡Qué vivan esas diferencias!. Dentro de cada familia se puede tomar conciencia de que las personas con autismo te quieren, te escuchan y necesitan hacerte feliz, y que en un ambiente de respeto recíproco se vivirá mucho mejor. Decirles, por ejemplo, “que un niño con autismo no te pueda hablar, no significa que no te escuche. Puede que no te comprenda de la misma manera que uno está acostumbrado, pero abre otras formas de percibir el mundo y de contactarse, tal vez tampoco con gestos, pero sí con algo más profundo”. Decirles también: “El mundo puede ser mucho mejor con estas formas diferentes de pensar y disfrutar los sentidos”, “Debemos aprender de ellos, cuidarlos de los peligros y quererlos como a todos nuestros amigos, hermanos y primos”.

Testimonio de mamá: “una carrera de amor”

Escribo hoy sobre autismo mirando a mi hijo mayor, Benjamín, quien tiene TEA no verbal y ya tiene 20 años. Pienso en el camino recorrido junto a él y llego a varios momentos que me gustaría compartir con otras familias, decidiendo llamar a estos breves relatos *partes de una carrera de amor*. Así es, esto es una carrera larga, una maratón tal vez, pero mi primer mensaje es que tengan esperanza. Recorrer esta carrera nos lleva mucho más lejos de lo que pensamos en el momento en que recibimos el diagnóstico. Este nos acompañará siempre (como buena condición) con momentos más simples y otros más complejos.

Lo primero que quiero comentar es que debemos dedicar nuestra energía a la acción. Después de llegar al diagnóstico (sea certeza o sospecha), no debemos perder tiempo buscando culpas o desgastarnos en tener muchas opiniones de diferentes profesionales porque no nos gusta el primer mensaje o ansiamos certezas. Esta no es la mejor opción. Porque, afortunadamente, nadie tiene certezas pronósticas en TEA. Con trabajo, armando un equipo y con mucho amor, las personas en el espectro logran llegar “*al infinito y más allá*”. Es por eso que, después de un duelo razonable en familia, hay que mirar el proceso con el prisma adecuado. En nuestro caso, lo hicimos siempre mirando lo positivo. Así nuestro Benjamín nos transformó y ahora somos una mejor pareja, familia y profesionales gracias a él. Nos ha enseñado muchas cosas, nos ha obligado a ser la mejor versión de nosotros mismos, a hacer equipos, a encontrar a otros padres en el mismo camino y a no perdernos la experiencia de una flor, una rica comida o un sonido especial, porque en lo sensorial las personas con autismo nos llevan una gran ventaja a los *neurotípicos*: ellos viven a una intensidad sensorial superior. Esto, que los asusta en ocasiones, también puede tener su mirada positiva cuando ya lo logran modular, disfrutando del tiempo presente de una forma tan pura y real, que solo podemos aprender de ellos.

Sería falso decir que todo fue maravilloso porque no es así. Hay muchos momentos de este viaje que son complejos, pero ahora, por ejemplo, estoy aquí escribiendo y lo veo a mi lado sonreír, me veo a mí feliz y tranquila, y pienso: Se puede, se vive, y él se lo merece. ¿Qué? Todo, todo el esfuerzo mío, de mi marido, de mis hijos, de mi mamá, de nuestra nana, de todos sus terapeutas en estos 20 años de vida, de toda mi familia por hacer que su vida sea feliz y, creo, lo estamos logrando con fuerza, con unión, con mucho amor.

Tengo muchas miradas de todos los temas que involucran el desarrollo de un niño con TEA (20 años de experiencia en vivir con estas diferencias y ¡que vivan las diferencias!). Estoy segura de que el mundo será un lugar mucho mejor cuando todos nos reconozcamos diferentes y valiosos tal cual somos. Tomaré ahora dos puntos para desarrollar con ustedes: el sueño y las pataletas.

¿Cómo es el sueño en los niños y niñas con autismo?

En mi historia, el sueño fue un gran problema en la primera etapa. En esas noches sin dormir, que fueron mi realidad por varios años, Benjamín tenía entre 3 y 5 años, y duraba solo un rato de la noche durmiendo. A las 4:30 am despertaba “a jugar”, con energía, corriendo por el pasillo, queriendo comer y sacar los juguetes para comenzar la rutina. Yo, con mucho sueño, trataba que volviera a dormir probando toda estrategia, cada truco leído en internet, pero muchas veces lo lograba a las 6:15, a solo 10 minutos de que mi despertador sonara... Y así me iba a operar o trabajar con mucho sueño. ¿Qué nos ayudó? Ser constantes, pedir ayuda a los profesionales, hacernos de una buena rutina familiar. Lo primero fue descubrir que los problemas de sueño son una preocupación común para muchas familias que tienen niños con autismo.

¿Por qué los niños con autismo pueden tener problemas de sueño?

Los niños con autismo tienen una variedad de desafíos que pueden contribuir a los problemas del sueño. Algunos de los factores que pueden influir se muestran en la tabla 33-1.

Factores	Descripción	Comentario o solución
Hiperactividad y agitación	Los niños con autismo pueden experimentar hiperactividad o agitación, lo que dificulta que se relajen y concilien el sueño.	Un buen masaje de pies o una rica tina antes de dormir pueden ser la clave.
Sensibilidades sensoriales	Muchos niños con autismo tienen sensibilidades sensoriales, lo que significa que pueden ser más sensibles a luces brillantes, sonidos fuertes o texturas incómodas en su ropa de cama.	Un elemento a probar, sobre todo en invierno, son las mantas con peso adicional que los “abrazan”.
Rutinas y rituales	Los niños con autismo a menudo se benefician de las rutinas y rituales consistentes, y las interrupciones en estas rutinas pueden afectar negativamente su capacidad para conciliar el sueño.	Cuidar el mantenimiento de rutinas consistentes y anticipar la exposición a cambios en esas rutinas.
Problemas gastrointestinales	Algunos niños con autismo pueden experimentar problemas gastrointestinales que causan malestar y dificultan el sueño. Esto es más común cuando hay historial de diarreas frecuentes, reflujo o constipación.	Manejo nutricional y médico.
Comorbilidades	Los niños con autismo a menudo tienen comorbilidades médicas o de salud mental, como trastornos del sueño, que pueden contribuir a sus problemas para dormir.	Tratamiento por la especialidad correspondiente.

Tabla 33-1. Factores que influyen en los trastornos del sueño en TEA

Consejos para ayudar a los niños con autismo a dormir mejor⁸¹:

- Establecer una rutina: crear una rutina consistente para la hora de acostarse que incluya actividades relajantes, como leer un libro o tomar un baño caliente. Esto ayuda a los niños a prepararse para dormir. En el caso de viajes o dormir en otros lugares, sugiero transportar algo que recuerde su propio entorno, como un cojín o peluche que ayude a reconocer su nuevo lugar en un hotel o casa nueva.
- Crear un ambiente propicio para el sueño: asegurarse de que el dormitorio del hijo/a sea cómodo y tranquilo. Puedes considerar cortinas opacas, música suave o una luz nocturna tenue para crear un ambiente propicio para el sueño, cuidando la temperatura en invierno y verano, en la medida de lo posible.
- Evitar estimulantes antes de acostarse: evitar alimentos o bebidas con mucha azúcar, comida muy abundante y, sobre todo, evita (siempre) bebidas con cafeína a la hora de dormir, ya que pueden interferir con el sueño.
- Limitar la exposición a pantallas: reducir la exposición a dispositivos electrónicos, como tabletas, tv o teléfonos antes de acostarse, ya que la luz azul de las pantallas puede alterar el ritmo circadiano. Mejor probar cantando una canción o leyendo un buen cuento.
- Consultar a tiempo a un especialista: si los problemas de sueño del hijo/a persisten, se debe considerar la consulta a un profesional de la salud, como un pediatra o un neurólogo especialista en el sueño, para obtener orientación adicional. Existen suplementos como la melatonina que pueden ayudar mucho.

¿Son frecuentes las pataletas o rabietas en las personas con TEA?

Cada edad trae sus propios desafíos y, sin duda, esta conocida fase del desarrollo infantil en el espectro autista es muy marcada. Los niños pequeños con dificultades comunicativas se frustran cuando no los comprendemos, lo que es una enorme fuente de pataletas. En TEA las pataletas son catastróficas, cuesta mucho consolarlos y pueden determinar conductas de auto o heteroagresión que son muy complejas y tristes para la familia. Cuando se avanza a la adolescencia, tienen mucha fuerza y buscar un control físico ya es imposible. La clave entonces es la prevención y anticipación conductual. Debemos además estar alertas a comorbilidades que pueden aparecer, ya sea que tengan un trastorno del ánimo o que a la base de un problema de conducta tengamos

81 Ver capítulo 17, "Higiene del sueño".

algo orgánico, como un dolor abdominal, dental o cefalea, entre algunas de las causas de crisis que pueden presentarse. Como médicos, llamamos a que los profesionales del equipo de salud crean más en los padres, ya que ellos son los expertos en sus niños: cuando llegue una familia con un niño con TEA a urgencia y digan “*mi hijo algo tiene*”, “*él/ella no es así*”, debemos ir a buscar el porqué. Podría ser una otitis o algo que no sea obvio y no debemos atribuir sus manifestaciones conductuales como propias de las personas con TEA. Este síntoma conductual puede ser la expresión del dolor. Los padres saben mucho y llevar a su hijo/a a la urgencia es lo suficientemente complejo, por lo que, si llegan, estemos claros: hay algo que evaluar.

Los problemas de agresividad y pataletas son desafíos comunes que pueden enfrentar los padres de niños con autismo. Estos comportamientos pueden ser estresantes tanto para los padres como para el niño y su entorno escolar, pero es importante comprender que existen estrategias efectivas para manejarlos.

Antes de ver estrategias de manejo, quiero comentarles más causas para que las tengan en mente.

¿Cuáles son las causas de la agresividad y pataletas en niños con TEA?

Las mostramos en la tabla 33-2.

Factores	Descripción	Comentario o solución
Comunicación limitada	Los niños con autismo pueden tener dificultades para expresar sus necesidades y deseos, lo que puede llevar a la frustración y, en última instancia, a la agresividad o las pataletas.	Por eso las terapias se centran en generar estrategias comunicativas, ya sea por lenguaje oral (habla) o por el uso de sistemas de comunicación alternativo.
Sobrecarga sensorial	Los estímulos sensoriales pueden ser abrumadores para algunos niños con autismo, lo que puede provocar una respuesta de lucha o huida.	Pensar en todos los sentidos como factores gatillantes: tacto, olores, brillos o colores y, el principal, el ruido.
Cambios en la rutina	Los niños con autismo a menudo se benefician de rutinas predecibles. Cualquier cambio en la rutina diaria puede causar ansiedad y desencadenar comportamientos agresivos.	Por eso debemos trabajar en la anticipación de momentos como vacaciones, mudanzas, llegada de nuevos hermanos.
Dificultades sociales	Las habilidades sociales son un desafío para muchos niños con autismo. La frustración por no comprender las interacciones sociales puede desencadenar la agresividad.	Trabajar en la adquisición de herramientas en talleres grupales puede ser muy beneficioso.

Tabla 33-2. Causas de agresividad en niños con TEA

Consejos para las familias⁸²

- Comunicación efectiva: fomentar la comunicación a través de sistemas de comunicación alternativa, como imágenes, señales o dispositivos de comunicación. Esto ayudará al hijo a expresar sus necesidades de manera más efectiva. Usa el lenguaje no verbal, utiliza frases simples, piensa en lo que puede necesitar y ayúdale a comunicarlo. Recuerda priorizar el enseñarles a pedir ayuda.
- Identifica desencadenantes: observa y registra por escrito (esto ayudará mucho a buscar patrones) los eventos o situaciones que desencadenan la agresividad o las pataletas. Identificar patrones puede ayudarte a evitar o manejar estas situaciones de manera proactiva. No podemos llegar cuando ya estamos en la “tormenta”, en esos momentos el niño no nos escuchará. El ideal es encontrar las señales que indican que ya hay angustia en el niño y así evitar llegar a la tormenta perfecta. Normalmente son pequeñas señales, como por ejemplo más estereotipias, aumento de bruxismo o la emisión de algún sonido, entre muchas otras.
- Rutinas predecibles: mantener una rutina diaria consistente y comunicar los cambios con la suficiente anticipación (caso de viaje o mudanza). Esto brindará al hijo una sensación de seguridad.
- Enseñanza de habilidades sociales: trabajar en el desarrollo de éstas mediante el juego y las actividades estructuradas para ayudar al hijo a comprender y participar en interacciones sociales de manera más efectiva. Enseñar explícitamente el lenguaje no verbal, para que pueda reconocer señales en las personas cuando no lo expresan directamente.

82 Ver capítulo 9, "Período de pataletas".

Lectura recomendada



Comunidad Autista (s.f.). *Comprender la mente autista, cuadernos para navegar en una mente diferente*.

Silberman, S. (2016) *Neurotribes: The Legacy of Autism and the Future of Neurodiversity*. Avery publishing group.

Gardin, T. (2019). *El cerebro autista, el poder de la mente distinta*. Sba libros.

Bibliografía

- Adams, H.R. y Johnson, C.M. (2018). Sleep problems in children with autism spectrum disorders: A guide for families. *Journal of Pediatric Neurology*, 16, (2), 74-82.
- Anderson, C., Law, J. K., Daniels, A. y Rice, C. (2009). Occurrence and family impact of elopement in children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 123, (6), e870-e876.
- El-Sheikh, M. y Sadeh, A. (2015). Sleep and development: Advancing theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 80, (1), 1-243. DOI: 10.1111/mono.12158.
- Malow, B.A. et al. (2012). A practice pathway for the identification, evaluation, and management of insomnia in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 130, (Supplement 2), S106-S124. DOI: 10.1542/peds.2012-0900H.
- Matson, J.L. y Nebel-Schwalm, M.S. (2005). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 28, (4), 341-352.
- Mirenda, P. y Smith, I.M. (2010). Autism, Augmentative Communication, and Assistive Technology: What Do We Really Know?. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 25, (3), 168-178.
- Rattaz, C., Michelon, C. y Baghdadli, A. (2015). Symptom Severity as a Risk Factor for Caregiver-Reported Challenging Behaviors in Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, (9), 2881-2890.
- Richdale, A.L. y Schreck, K.A. (2009). Sleep problems in autism spectrum disorders: Prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Medicine Reviews*, 13, (6), 403-411. DOI: 10.1016/j.smrv.2009.02.003.
- Simola, P., et al. (2014). Psychosocial and somatic outcomes of sleep problems in children: A 4-year follow-up study. *Child Psychiatry & Human Development*, 45, (5), 554-563. DOI: 10.1007/s10578-014-0485-1.

34

Acompañando a un niño con enfermedad física

§

MARTHA SMITH TORRES

Pediatra intensivista

Jefa programa NANEAS Clínica Alemana



Cuando uno de nuestros hijos se enferma, se genera gran angustia en todos, altera el normal funcionamiento de nuestras vidas, nos saca de la zona de confort a la que estamos acostumbrados y es un llamado de atención que nos ubica en el presente.

Nunca me imaginé que esto me podía pasar a mí o a mi familia...

Cuando lo que le ocurre a un hijo es una enfermedad grave, un accidente inesperado, una condición genética, una enfermedad crónica o una enfermedad rara o poco frecuente, ocurre un terremoto o tsunami en nuestro interior, desestructurando todo lo que “teníamos proyectado” y abriendo una serie de sentimientos encontrados, interrogantes y frustraciones. Es un panorama incierto hoy y en los días que vienen. Nos preguntamos: ¿Es grave? ¿Se va a mejorar? ¿Tiene solución? ¿Hay algo que podamos hacer?

Una de las cosas más difíciles, como pediatra intensivista, es hablar con los papás para explicar lo que le está pasando a su hijo cuando está hospitalizado con una condición grave: la manera de entregar información veraz y empática con respecto al diagnóstico y pronóstico a corto o mediano plazo, lo que tenemos que hacer para mantenerlo estable, los procedimientos necesarios para su manejo. Es un mundo desconocido para los padres y el buen diálogo con el pediatra desde el primer encuentro es fundamental.

La odisea diagnóstica

Es de suma importancia para la familia tener claridad con respecto a lo que está ocurriendo con su hijo. Este camino al diagnóstico no siempre es lo rápido que quisieran las familias y muchas veces requiere de tiempo, paciencia y confianza en nuevos equipos y personas. Es en este recorrido al diagnóstico de certeza que nosotros como equipo debemos acompañar y contener a las familias. Muchas veces logramos la certeza diagnóstica, lo que nos permite construir en base a una nueva realidad y proyectarnos hacia adelante, creando nuevas expectativas. Es un período sensible, con emociones difíciles de elaborar. Hay ocasiones en las que no llegamos al diagnóstico, lo que hace más difícil este proceso: siempre es necesario recorrer este camino acompañado.

¿Cómo dar noticias a la familia?

En la literatura existe mucha información de cómo dar la noticia a los padres, basados en modelos de niños afectados con cáncer o modelos de duelo perinatal (Lee, 2022; Fallowfield, 2004). La entrega de noticias tristes, difíciles o malas es un trabajo ingrato, pero necesario en medicina. Los médicos generalmente no se sienten cómodos al entregar malas noticias. Sin embargo, la entrega correcta de la información favorece el entendimiento, aceptación y posterior ajuste de la familia. Durante la formación médica, las competencias necesarias para entregar malas noticias no son cubiertas en las mallas curriculares, de tal manera que el formar en estos aspectos a los estudiantes de medicina es una necesidad urgente, ya que existe evidencia –especialmente recopilada en la última década– que demuestra la importancia de integrar destrezas de comunicación en alumnos de pre y postgrado.

Para aprender estas habilidades han surgido estrategias como el protocolo SPIKES, utilizado para entregar malas noticias a las personas que tienen cáncer. Este método permite que el profesional de salud tenga un acercamiento y comunicación empática con las familias que van a enterarse de una mala noticia de un paciente. Lo presentamos en la tabla 34-1, como una forma de que tanto padres como profesionales de la salud lo conozcan y avancemos en una cultura que integra los dolores como parte de la vida y en la que es posible hablar de esto de una forma constructiva y respetuosa.

Paso 1: <i>Setting up</i> (preparando) la entrevista:	• Elegir un sitio con privacidad • Involucrar a las personas significativas para la familia • Sentarse • Hacer conexión con el paciente • Manejo del tiempo y de las interrupciones
Paso 2: Percepción (Evaluar percepción del paciente)	• Aplicar axioma antes de decir algo, preguntar. Uso de preguntas abiertas que permitan evaluar la percepción que el familiar tiene de la situación médica • Evaluar si existe negación, omisión de detalles, expectativas poco realistas
Paso 3: Invitación (Obtener la invitación del paciente)	• Discutir de qué manera quiere recibir la información: en forma abierta o conversando con un familiar en caso que no desee conocer detalles
Paso 4: <i>Knowledge</i> (Dar conocimiento e información al paciente)	• Advertir al paciente que va a recibir malas noticias puede disminuir el shock que significa entregar abiertamente la información. “Lamentablemente tengo que informarle malas noticias...” • Utilizar un lenguaje simple, no técnico • Entregar de a poco la información, chequeando si el paciente está comprendiendo • Si el pronóstico es malo, evitar frases como: “No hay más que hacer” y centrarse en manejo de dolor y otros objetivos terapéuticos
Paso 5: Emociones (Responder a las emociones del paciente con respuestas empáticas)	• Observar cualquier emoción del paciente • Identificar la emoción del paciente nombrándola • Identificar la causa de la emoción • Dar a entender al paciente que uno ha conectado con su emoción
Paso 6: <i>Strategy</i> (estrategia y resumen)	• Lograr planes claros a futuro permite sentirse menos ansiosos y desorientados • Compartir la toma de decisiones con la familia • Chequear si la información ha sido comprendida correctamente

Tabla 34-1. Protocolo SPIKES (Baile, 2000)

¿Qué es lo que los padres necesitamos escuchar del equipo de salud acerca de la enfermedad o condición de nuestro hijo/a?

En un estudio cualitativo (Brouwer, 2021), se consultó a un grupo de padres cuyos hijos se encontraban en una condición de riesgo vital. Las experiencias de los padres acerca de la comunicación de noticias se muestran en la tabla 34-2, identificando las barreras y los facilitadores.

Barreras	Facilitadores
Falta de comunicación oportuna	Conversar tempranamente con las familias. Cuando existe incertidumbre de cómo informar a las familias, pedir ayuda de expertos.
Falla en pedir a los padres su opinión	Preguntar a los padres cómo quieren recibir la información. No olvidar solicitar su opinión.
Sensación de los padres de estar poco preparados durante y después de la conversación	Preparar a los padres para la conversación. Mantener esta comunicación de modo que los padres no se sientan sobrepasados en un ambiente apropiado.
Falta de claridad sobre el tratamiento futuro	Ser claro sobre la vida y cuidados de su hijo después de la conversación. Ofrecer apoyo de grupos de cuidados paliativos u otras instancias de apoyo.
Dificultad de los médicos de comunicar incertidumbres	Está bien tener dudas e incertidumbres acerca de la enfermedad y evolución del paciente.
Falla en la calendarización de nuevas conversaciones	No forzar a tomar decisiones en una reunión hasta permitir a la familia procesar la información. Fijar una segunda reunión.
Presencia de muchos especialistas o personas desconocidas	Presentar a los especialistas involucrados y evitar visitas con muchas personas, favoreciendo la comunicación uno a uno.
Preocupación de los padres acerca de cómo entregar las malas noticias a sus hijos	Discutir con los padres cómo y cuándo dar la noticia a sus hijos. Asegurarse que tienen la información adecuada sobre la condición y pronóstico del paciente.
Entregar malas noticias en contextos diferentes a una conversación	Ser cuidadoso en la manera y forma de dar una mala noticia. Orientar al equipo de salud sobre la importancia de cómo y cuándo dar noticias.
Falta de comprensión e interpretación del lenguaje médico	Usar un lenguaje comprensible para los padres.

Tabla 34-2. Barreras y facilitadores en la comunicación de noticias

¿Cómo le doy las malas noticias a mis hijos?

Del mismo modo que para el equipo de salud es importante estar preparado para dar malas noticias, los padres necesitan una formación al respecto. Leonardo Rocker⁸³ da algunos consejos prácticos que orientan a los padres sobre cómo dar este tipo de noticias:

83 Ver en lectura recomendada.

- Ser honesto, es decir, evitar inventar hechos, basarse en la historia real, pero expresarla con delicadeza.
- Estar preparado para responder sus preguntas, con un uso del lenguaje apropiado para su edad.
- Respetar su capacidad para hacer frente a las noticias y su derecho a escucharlas.
- Proporcionar tranquilidad. Para esto se recomienda el esperar a tener la historia completa –dentro de lo posible– antes de contarla, para evitar el uso excesivo de la imaginación que suele ser más pesimista que la realidad.
- Ser modelo de buen autocuidado.
- Solicitar ayuda para usted y sus hijos si es necesario.

Los niños son capaces de comprender dependiendo de su nivel de desarrollo. Aportamos en la lectura complementaria dos links (b y c) en que se entregan sugerencias y tips para poder entregar mejor estas malas noticias según el rango de edad del hijo/a. Algunos aspectos de lo descrito en estos artículos se resumen en la tabla 34-3.

Niños de 0-5 años	• Elegir un lugar cómodo donde se sienta contenido, con un juguete o un objeto valioso (tuto, tete) a su disposición. • Crear ambiente seguro: con expresión calmada, abrazar o mecer generando un ambiente de seguridad. • Tratar de estar tranquilo. • Estar atento a sus emociones. • Tener en cuenta que a esa edad no son capaces de comprender la muerte y desaparición de algún ser querido.
Niños de 6-9 años	• A esta edad, los niños pueden comprender que la muerte es irreversible. Su concepto de la muerte es algo que puede ser controlado. • No involucrarlos en esta noticia los puede hacer sentir responsables. • Hacer algo especial con su hijo que lo ayude a sentir mejor. • No sorprenderse que su hijo piense que esto es por culpa de alguien: a esta edad es difícil comprender que las cosas malas pueden suceder y que no es culpa de nadie en particular.
Niños de 10-11 años	• Los niños a esta edad comprenden la permanencia en el tiempo de la muerte. • Hay que ser paciente en su proceso de duelo. Mantenerlos siempre contenidos. • Ser honesto. • Comentarlos con otros adultos importantes, como profesores por ejemplo, para observar sus emociones.

Tabla 34-3. Recomendaciones según rango de edad

¿Cómo puede afectarse la vida de los hermanos de un niño enfermo?

Cuando un hijo está enfermo la vida cambia para toda la familia⁸⁴, no solo la de los padres. La mayoría de los cuidados de parte de los padres se dedica al hijo enfermo, lo que genera a veces que los demás hijos/as se pueden sentir descuidados. Esto puede afectar su desempeño no solo en el colegio, sino en su vida cotidiana, ya que están expuestos a múltiples factores tensionantes que les pueden ser difíciles de sobrellevar apropiadamente:

- Se pueden sentir culpables porque no están enfermos.
- Pueden imaginar si ellos tuvieron que ver con la enfermedad del hermano.
- Tienen miedo de enfermarse.
- Pueden ponerse celosos.
- Pueden enojarse porque tienen que asumir funciones en casa que su hermano enfermo no tiene.
- Avergonzados o enojados cuando extraños ven a su hermano como alguien diferente.
- Pueden tomar una actitud sobreprotectora hacia el hermano.

Los padres frente a esta situación tienen que aprender a balancear tiempo de calidad para su hijo enfermo y sus otros hijos, generando una relación especial con cada uno de ellos, asumiendo que cada uno puede requerir distintos cuidados. Es fundamental ser honestos y responder a las preguntas que les planteen.

La presencia de un hermano con una condición especial de salud puede ser una oportunidad de desarrollar empatía, responsabilidad y adaptabilidad.

¿Cómo puede afectarme a mí como cuidador y qué puedo hacer al respecto?

Los padres de un niño con una enfermedad crónica, se ven sometidos a una serie de situaciones que generan stress: los cuidados de su hijo enfermo y de sus hermanos y sus propias preocupaciones y emociones. Esto puede llevar a empeorar el estado de salud mental de los cuidadores y con eso afectar a todo el núcleo familiar.

Durante la enfermedad de un hijo, se pueden presentar tres etapas en el ajuste parental a esta situación:

- La crisis (prediagnóstico y ajuste inicial).
- La fase crónica (Fase de largo aliento).
- La fase terminal en caso de enfermedades progresivas o terminales.

En todas estas etapas los padres pueden experimentar angustia y estrés. En este recorrido junto a sus hijos, se presentan oportunidades de identificar y entregar herramientas a las familias que están viviendo estas emociones.

El apoyo del equipo de salud mental que trabaja en conjunto con las familias permite identificar estos problemas y, en conjunto con el equipo de salud, realizar intervenciones para llevar de mejor manera este camino.

Las intervenciones van dirigidas a empoderar a las familias en el manejo de sus hijos, a través de la educación, conocimiento de la enfermedad de sus hijos, acceso a grupos de padres y otros grupos de apoyo.

También tienen como objetivo cuidar al cuidador, favoreciendo espacios de recreo (deporte, salidas con amigos) sueño sano y alimentación sana –asegurando su bienestar– y soporte médico, psicológico y farmacológico en caso que sea necesario.

Después de la tormenta, sale el sol

- Vivir este camino es una odisea y un desafío para todos.
- Siempre es importante recordar que no están solos y que es bueno pedir ayuda.
- Después de estos días llenos de tormenta y oscuridad, siempre sale el sol y nos permite ver el futuro con optimismo. Y en este trayecto cambiamos, crecemos, maduramos, aprendemos y nos animamos a seguir caminando.

84 Ver en lectura recomendada *Siblings of children with chronic illnesses or disabilities* y *Sibling support project*.

Lectura recomendada

	Rocker, L. (s.f.). <i>Breaking bad news to your children.</i>		Hospital Sant Joan de Deu, (2017). <i>La primera noticia, claves para el profesional.</i>
	Breaking bad news to children teens (s.f.).		Siblings of children with chronic illnesses or disabilities. (s.f.).
	Breaking bad news to children (s.f.).		Sibling support project. (s.f.).

Bibliografía

Hospital Sant Joan de Deu, (2017). *La primera noticia, claves para el profesional*. Recuperado de <https://www.sjdhospital-barcelona.org/sites/default/files/content/file/2022/11/24/3/guia-primera-noticia-sant-joan-deu.pdf>

Lee, T. *et al.* (2022). Communication skills utilized by physicians in the pediatric outpatient setting. *BMC Health Services Research*, 22, 993.

Fallowfield, L. y Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*, 363, 312-19.

Baile, W.F. (2000). SPIKES-A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.

Brouwer, M.A., *et al.* (2021). Breaking bad news: what parents would like you to know. *Arch Dis Child*, 106, 276-281.

Belzer, L.T. (2022). Psychosocial Considerations for the Child with Rare Disease: A Review with Recommendations and Calls to Action. *Children*, 9, 933. <https://doi.org/10.3390/children9070933>.

Bradshaw *et al.* (2019). Improving health, wellbeing and parenting skills in parents of children with special health care needs and medical complexity – a scoping review. *BMC Pediatrics* 19:301.

Entendiendo la ansiedad

§

PAULA ROTHHAMMER ACHONDO, PH.D.

Psicóloga clínica infantojuvenil

ALFONSO CORREA DEL RÍO

Psiquiatra infantil y del adolescente



Si bien los miedos, las preocupaciones y la ansiedad son normales durante el desarrollo y muchas veces nos ayudan y protegen de situaciones de riesgo, muchos niños y niñas viven en solitario niveles de ansiedad que sobrepasan los límites normales y con regularidad no lo comentan, pasan inadvertidos y no reciben el adecuado apoyo.

La ansiedad es una emoción normal que nos ayuda a poner en marcha lo mejor de nuestras habilidades de adaptación y nos protege de situaciones peligrosas. Por lo tanto, la ansiedad en sí misma no es un problema. El miedo, las preocupaciones y la ansiedad en niños pueden tomar distintas formas. Por ejemplo, un niño pequeño, preescolar, puede sentir miedo de la oscuridad, llorar cuando lo dejan en el jardín o tener miedo de que entren los ladrones. Cuando son más grandes, pueden tener miedo de caer mal a los demás, de no ser lo suficientemente inteligentes o estar preocupados por lo que los demás van a decir de él o ella. La presencia de miedo y ansiedad son esperables, ya que son emociones normales, aunque no agradables. Sin embargo, es frecuente que sobrepase lo normal, siendo común la formación y aparición de un trastorno ansioso que se diagnostica en alrededor de uno de cada diez niños.

Los niños con mayor ansiedad de lo esperado tienden a ser muy sensibles e intensos, con regularidad son más retraídos y pueden tener menos amigos. Muchos son autoexigentes, tienen buen rendimiento escolar y suelen estar muy preocupados por cumplir con sus deberes, a veces tanto que esto podría interferir en su trabajo escolar. Presentar ansiedad acentuada es muy estresante para quien lo vive y tiende a generar alta demanda para los padres, en términos de tiempo y desgaste emocional.

¿Cuándo la ansiedad es un problema?

Como ya se señaló, tener miedos y momentos de ansiedad es normal, forma parte de la vida. Sentir miedo de los extraños cuando se es pequeño, llorar al separarse de la mamá o papá, temor a que te pique una abeja, a las arañas, a la oscuridad o a los monstruos, forma parte del desarrollo. Muchos de estos miedos aparecen a una determinada edad y desaparecen a medida que crecemos y somos más conscientes de nuestros pensamientos pudiendo racionalizar de mejor manera lo que nos está pasando. Entonces, un miedo es un problema cuando es más intenso de lo esperado o si persisten más allá de la edad en que es razonable que ocurran. En esas condiciones se pueden escapar de lo tolerable y afectar negativamente la adaptabilidad. Por ejemplo, cuando un niño deja de hacer algo entretenido porque hay algo que lo hace sentir inseguro; cuando ya no quiere ir a casa de sus amigos por que no se siente cómodo;

cuando no puede dormir solo por las noches siendo ya mayor, porque tiene miedo; cuando no se queda a dormir a la casa de los abuelos pensando en que algo malo le pasará al papá o a la mamá. Es decir, es un problema cuando los niños dejan o evitan hacer algo importante, saludable o entretenido para ellos por estar excesivamente preocupados.

¿Qué es la ansiedad y la angustia?

Ansiedad es un estado de preocupación en el que, a través del pensamiento, se anticipa una situación riesgosa o potencialmente peligrosa (*expectación ansiosa*). La emoción que está a la base de la ansiedad es el miedo, miedo⁸⁵ de que algo malo vaya a ocurrir. El pensamiento ligado a la ansiedad tiende a ser catastrófico o exageradamente negativo. Un aspecto central para entender cómo funcionamos los seres humanos es tener presente que los pensamientos, las emociones, lo que nos ocurre en el cuerpo y la conducta están intrínsecamente conectados y son inseparables. Es decir, si pensamos algo, vamos a sentir algo, reaccionamos con el cuerpo (a lo que llamamos *angustia*) y vamos a tener una respuesta conductual. En el caso de la ansiedad, los pensamientos tienden a ser catastróficos, las emociones desagradables, la sensación en el cuerpo molesta y la conducta probablemente será negativa y/o evitativa. Mientras más negativo y catastrófico el pensamiento, más intensa la emoción de miedo, más cosas suceden en el cuerpo y más evitativa es la conducta. Por ejemplo:

Pensamiento	Emoción	Cuerpo	Conducta
Me va a ir mal en la prueba de matemáticas Mis profesores y compañeros van a pensar mal de mí	Siento miedo, preocupación y ansiedad	Mi cuerpo se pone tenso y duele el estómago	la conducta puede ser no querer enfrentar la situación de evaluación

Angustia es la expresión somática (física, corporal) de la ansiedad. Es la manifestación en el cuerpo de la sensación desagradable de que algo malo va a ocurrir. La angustia frecuentemente se manifiesta como tensión muscular, sensación de falta de aire, aumento de la frecuencia cardíaca, palpitaciones, dolor abdominal, cefalea (dolor de cabeza), sudoración y el erizamiento del pelo y vellos.

85 El concepto *miedo* usualmente se reserva para cuando la circunstancia que lo genera es identificable o puntual, y lleva a la persona a tomar alguna medida específica, a diferencia de lo que genera ansiedad, que generalmente es algo más vago e inespecífico, difícil de identificar.

Cuando la ansiedad, el miedo o la angustia sobrepasan lo normal –por su intensidad, su interferencia en la vida cotidiana y/o su prolongación en el tiempo– se pueden configurar diversos cuadros patológicos que requerirán de algún apoyo o tratamiento especializado de psicólogo y psiquiatra. Los cuadros más frecuentes relacionados con esto son el trastorno por ansiedad de separación, las fobias (miedo patológico a algún objeto o circunstancia específica), la fobia escolar y la fobia social; también existen el trastorno por ansiedad generalizada, el mutismo selectivo y el trastorno agudo de angustia (trastorno de pánico). Otros cuadros que son clasificados aparte, aunque están íntimamente relacionados con la ansiedad, son el trastorno obsesivo compulsivo y aquellos relacionados con una vivencia estresante específica que sobrepasa las capacidades de adaptación, como son los trastornos de adaptación (de alta prevalencia), el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés post-traumático. No ahondaremos aquí sobre las características de estos trastornos, para ello sugerimos profundizar con la bibliografía.

¿Por qué algunas personas llegan a tener una ansiedad excesiva y otras la manejan normalmente?

Existen factores genéticos que predisponen a una mayor ansiedad, como algunos rasgos constitucionales del temperamento que tienen relación con la facilidad de activación de los sistemas de alerta. La modulación sensorial⁸⁶ también cumple un rol, en la medida en que un hiperregistro de alguna vía sensorial, que no alcanza a ser modulado, implica un exceso de información que facilita la generación de ansiedad.

Aunque existe también heredabilidad de algunas de las patologías relacionadas con la ansiedad, la gran mayoría de las manifestaciones al respecto pueden ser moduladas desde el ambiente. Entre los factores ambientales que disminuyen o aumentan la ansiedad están:

- Los aspectos vinculares que dirijan el desarrollo hacia un vínculo seguro v/s un vínculo ansioso (sea evitativo o ambivalente) o un vínculo desorganizado⁸⁷. Cualquiera de estos últimos dificultará el manejo apropiado de la ansiedad.
- Durante toda la crianza, la forma en que los padres -o adultos a cargo- se relacionen con sus hijo/as podrán influir fuertemente en una mayor o menor ansiedad. Si son adultos respetuosos de las emociones del hijo, que dan espacio a que el hijo se sienta competente, tendrán menos ansiedad.

86 Ver capítulo 5, "Modulación sensorial".

87 Ver capítulo 4, "Vínculo seguro".

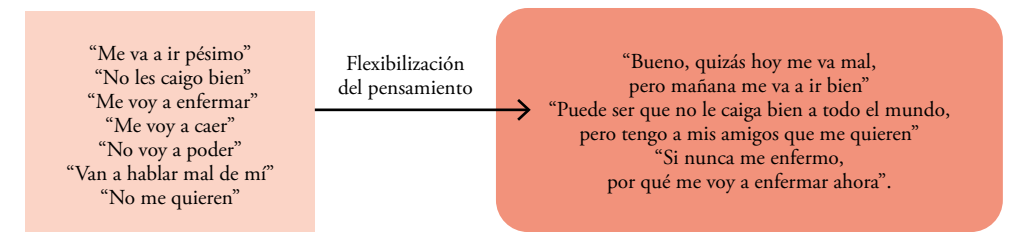
- Las vivencias estresantes externas y la forma de afrontar los problemas también influirán. Mientras más vivencias tensionantes se acumulen y mientras menos se resuelvan, habrá más ansiedad. Por el contrario, el poder salir adelante de los conflictos, aprendiendo de ellos, disminuirá la ansiedad y fortalecerá las herramientas que se tienen para elaborarla⁸⁸.
- La consistencia de los padres, que cumplan con lo que dicen, ayudará a disminuir la impredecibilidad del futuro y, por tanto, disminuir la ansiedad.
- La sobreprotección de los padres tiende a generar ansiedad, ya que se transmite, la mayoría de las veces sin quererlo, inseguridad. El mensaje que se le entrega a un niño o niña cuando se le sobreprotege es que no se tienen las herramientas necesarias para hacer frente o bien de que el mundo es muy inseguro, entonces se crece con la idea de no poder o de que algo negativo puede ocurrir.

¿Cómo enseñar a mi hijo o hija a encauzar apropiadamente la ansiedad?

En primer lugar, al comprender que una parte de ansiedad es normal, aprendemos poco a poco a vivir con una cuota de esa emoción, que no es agradable, pero que nos sirve para tomar algunas decisiones. Una fuerza que bien dirigida nos será útil para adaptarnos a situaciones nuevas o desconocidas. En la medida en que como padres podamos dar ejemplo de tolerar ese nivel de ansiedad normal, tanto nosotros como nuestras hijas e hijos gastarán menos energía en combatir la ansiedad y más en utilizarla positivamente para los desafíos de adaptación. Es importante tomar en cuenta que la *lucha contra la ansiedad* –cuando no se acepta, dado el desgaste que genera– puede ser un factor que aumenta la ansiedad misma, que potencia la angustia (expresión somática de la ansiedad) y facilita entrar en un círculo vicioso que lleva a la patología.

Cuando se ha generado un estado ansioso por sobre lo normal, el componente principal que lo gatilla es la presencia de pensamientos excesivamente catastróficos y rígidos. Los niños ansiosos tienden a llegar siempre a una misma conclusión, muy negativa. Cuando estos pensamientos se flexibilizan y se accede a pensamientos alternativos menos negativos, el miedo tiende a disminuir y la sensación de ansiedad se alivia, ya que disminuye la percepción de peligro o daño (esquema 35-1).

88 Ver capítulo 38, "Resiliencia ¿Cómo potenciarla?".



Esquema 35-1. Flexibilización de pensamientos catastróficos

Muchas veces sucede que los padres y madres se desgastan intentando que sus hijos lleguen a estas conclusiones menos catastróficas, sin embargo, no sucede pese a los esfuerzos, generando un gran cansancio. Las respuestas de los hijos frente al intento de los padres para calmar la ansiedad son del tipo: “es que tú eres mi mamá, siempre me vas a encontrar inteligente y linda”, “lo dices solo para que me sienta bien”, “no te creo”.

Una de las razones de porqué esto ocurre es porque intentamos cambiar el pensamiento negativo de nuestros hijos con una idea o una conclusión que tiene que ver con nuestras experiencias, con la forma en que nosotros vemos el mundo, no con la de ellos. Hay que recordar que un niño o niña ansiosa ve el mundo desde un prisma de peligro e inseguridad, y no va a pensar distinto a menos de que llegue él o ella a una conclusión distinta desde su propia experiencia, no desde la de los padres.

Para esto es necesario que como padres/madres seamos receptivos de la emoción del hijo/a⁸⁹, que demos un espacio para acoger la angustia, para aprender a tolerar no solo ellos mismos a la propia, sino comenzando con una reacción no ansiosa del adulto ante la angustia del menor.

¿Cómo lograr flexibilizar el pensamiento en relación a la ansiedad?

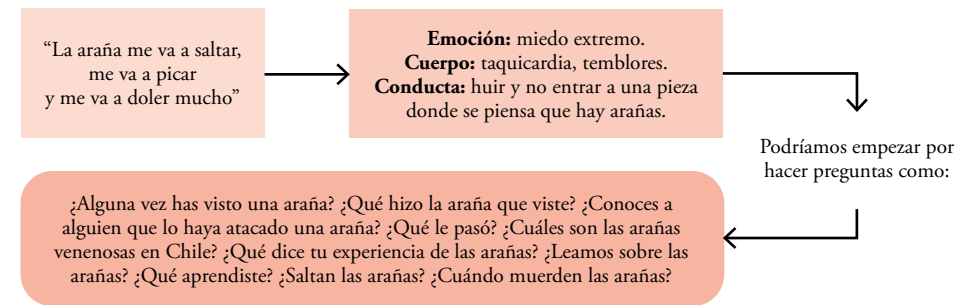
Podemos utilizar dos estrategias para ayudar a nuestros hijos/as:

1. “En realidad no pasa nada, mi experiencia me lo dice...”

Quizás esta sea la mejor conclusión a la que una niña o niño ansioso pueda llegar, pero, ¿cómo hacemos esto? Podemos intentar hacerle preguntas que permitan aterrizar las ideas catastróficas a un plano de realidad y que, desde su propia experiencia,

89 Ver capítulo 8, "Comunicación emocional".

vaya llegando a nuevas ideas o nuevas conclusiones menos catastróficas. Luego preguntar cómo se siente con estas nuevas ideas. Ver recuadro 35-2.

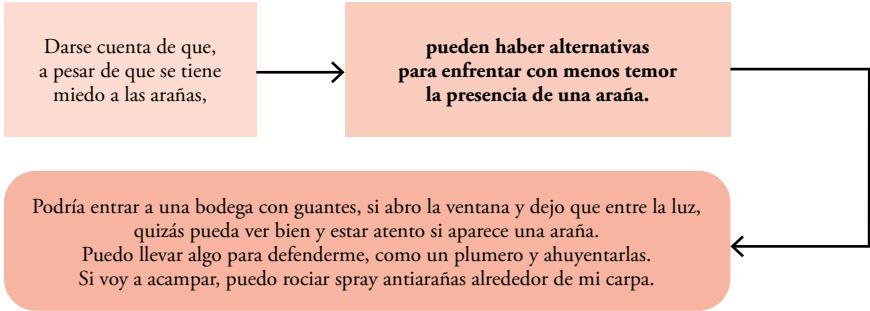


Recuadro 35-2. Secuencia posible ante una fobia específica a las arañas

Estos ejemplos de preguntas permiten que los niños vayan a su experiencia, piensen sobre las arañas y lleguen a conclusiones más realistas y flexibles. Así bajan su ansiedad, probablemente no a cero, sino a un nivel aceptable para animarlo a que viva alguna experiencia con arañas, gradualmente, desde lo más fácil a lo más difícil. Mientras más experiencias tengan, mayor capacidad van a tener de llegar a ideas distintas y menos catastróficas, y aumentamos la probabilidad de que nos digan “en realidad no pasa nada”. Podemos también ir preguntando cómo están sus emociones y su cuerpo a medida que piensan de manera más positiva, ayudando así a que vayan tomando consciencia de que su ansiedad va disminuyendo y aprendan a convivir con el nivel normal de ansiedad. Quizás nunca pierdan del todo el miedo a las arañas, pero puede llegar a un nivel aceptable que le permita ir acampar o entrar a una bodega, manteniendo las precauciones útiles o necesarias.

2. “Puedo resolver, aunque tenga miedo...”

Junto con pensar en positivo o menos catastróficamente, la percepción de tener las herramientas personales y contar con posibilidades para afrontar un determinado miedo ayuda a que los niños y niñas se sientan más seguros de sí mismos y bajen los niveles de ansiedad. Un ejemplo, sobre el mismo caso anterior, en el recuadro 35-3.



Recuadro 35-3. Ejemplo de secuencia en torno al miedo

Mientras más herramientas se perciban y más competentes se sientan, mayor percepción de seguridad y menor intensidad del miedo, menor preocupación, menos incertidumbre y menor ansiedad. Al acercarse a un nivel de ansiedad normal, esta se aprende a tolerar y se convive de mejor forma con ella.

Estas dos estrategias pueden ser muy útiles para ayudar a una niño o niña a lograr mayor tolerancia al miedo, a las preocupaciones y a la ansiedad. Probablemente en un niño o niña con una trastorno ansioso, la ansiedad no va a disminuir nunca a cero, sino que vamos a poder ayudar a que logre llevar sus niveles de ansiedad a límites aceptables para que no sufra y no se pierda el vivir experiencias que podrían ser muy gratificantes y constructivas para su propio desarrollo.

¿Cuándo deben utilizarse fármacos en el tratamiento?

Si bien parte importante del tratamiento será el psicoterapéutico –tanto con la psicoeducación a los padres, la modificación de aspectos relacionales padre-hijo/a, madre-hijo/a y la psicoterapia individual–, en algunas ocasiones se hacen necesarios o imprescindibles el uso de medicamentos. En las patologías que tienen un mayor componente biológico, como el trastorno agudo de angustia y el trastorno obsesivo compulsivo, frecuentemente deben usarse fármacos de la familia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que no producen dependencia. En situaciones en que la angustia es muy intensa, demasiado prolongada o si interfiere con la vida cotidiana –por un tiempo lo más breve posible–, se usan ansiolíticos como las benzodiazepinas (clonazepam, alprazolam, lorazepam, clotiazepam). La razón del uso por tiempo breve es para evitar el efecto de tolerancia y dependencia que puede ocurrir con estos fármacos. Por lo tanto, si bien en muchos casos los medicamentos pueden ser útiles, deben ser indicados por un médico, solo si se detecta una patología

y dentro del contexto de un control de seguimiento y una terapia, ya sea realizada por un psicólogo clínico o por el mismo psiquiatra formado en psicoterapia.

Finalizando

Padres y madres podemos observar si se han sobrepasado los niveles normales de ansiedad y miedo y estar al tanto de que existen terapias eficientes para el manejo de la ansiedad, porque sí es posible darle a niños y niñas un mayor bienestar, a través del logro de la capacidad para sentir seguridad y confianza en el mundo que los rodea, creyendo en las propias herramientas para afrontar situaciones potencialmente difíciles.

Bibliografía

Correa, A. (2019). Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, en C. Almonte y M.E. Montt, *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp. 585-597). Mediterráneo.

Larraguibel, M. (2019). Trastorno de ansiedad, en C. Almonte y M.E. Montt, *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp. 536-550). Mediterráneo.

Rapee, R. et al. (2008). *Helping your Anxious Child. A Step by Step Guide for Parents*. Editorial New Harbinger Publications, Inc.

Bullying y cyberbullying
¿Cómo identificarlo para ayudar a nuestros hijos?

§

ÁNGELA GONZÁLEZ CANO

ROXANA AGUILERA ESPÍNDOLA

ROSARIO PÁEZ ALCOHOLADO

Psiquiatras infantiles y del adolescente



El bullying y ciberbullying son situaciones frecuentes en nuestra comunidad. Su impacto afecta a la víctima, al agresor, pero también a toda la familia y comunidad escolar.

Es importante generar una conducta de prevención constante, promoviendo las buenas prácticas de tolerancia e inclusión, así como mantener una conducta alerta que permita una detección precoz y un enfrentamiento oportuno.

¿A qué se refieren los términos bullying y ciberbullying?

El *bullying* o acoso escolar es una forma de violencia donde se presenta una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un estudiante contra otro. Se trata de una acción negativa, continua e intencionada que crea una relación de dominio/sumisión entre pares y que se sostiene en un período de tiempo prolongado.

La variante del acoso que se produce a través de internet es el ciberbullying. Este puede ser por plataformas virtuales, mensajes de texto, chats y/o redes sociales. La particularidad de este tipo de acoso es que los contenidos se hacen virales (se difunden rápidamente) y permanecen en el tiempo, dado que no son fácilmente eliminables de la web. Los agresores pueden tener sensación de anonimato y un falso sentimiento de impunidad, lo que lo ha transformado en una forma prevalente de violencia.

Las consecuencias del ciberbullying pueden tener un mayor impacto en las víctimas, dada la velocidad y magnitud de difusión. La mayoría de los casos de ciberacoso son una prolongación digital de un acoso presencial, por lo que van acompañados de un bullying tradicional con todas sus secuelas.

¿Cuáles son las formas en que puede presentarse el bullying?

El bullying puede presentarse de varias formas:

- Agresiones verbales. Son las más habituales. Pueden producirse de manera más indirecta a través de difamaciones o creación de rumores, así como de forma directa con agresiones como insultos, sobrenombres u otros comentarios vejatorios.
- Agresiones físicas como golpes, lesiones con objetos, etc.
- Extorsiones, hurtos, robos y daños de las pertenencias, etc.
- Exclusión social, que margina a la víctima y le impide participar en el grupo o comunicarse.
- Acoso sexual. Vale la pena destacar que se refiere aquí al acoso entre pares y no desde figuras de autoridad o adultos. En caso que así fuera, debe abordarse como abuso sexual y no bullying, tomando todas las medidas de protección clínicas y judiciales correspondientes.

Todas estas formas de agresión pueden producir daño emocional y psicológico en la víctima, el que perpetúa y va aumentando el miedo al agresor.

Según la guía de prevención del acoso escolar de UNICEF (2019), entre los tipos de ciberbullying encontramos:

- La persecución u hostigamiento a través de las redes: amenazas, insultos, grabaciones, publicación de datos personales, uso de software espías y virus.
- La exclusión a través de mensajes denigrantes, burlas y rumores que humillan y menosprecian a la víctima.
- La manipulación, que consiste en la modificación y difusión de contenidos web: material trucado, conversaciones manipuladas o alteradas, etc.

¿Quiénes componen la dinámica del bullying?

En el bullying se reconocen tres actores involucrados: la víctima, el agresor y el observador.

La víctima

Es el estudiante que sufre el acoso. Puede tener baja autoestima, ser inseguro o tímido. Puede pertenecer a una familia sobreprotectora o ser buen alumno y tener buenas notas. La víctima suele ser rechazada por el resto del grupo y puede normalizar su indefensión y aceptar su rol sumiso. En el caso del ciberbullying, además, suele contar con poco apoyo en las redes sociales y acaba siendo víctima de alianzas dentro de los grupos (UNICEF, 2019). Estudiantes con condiciones neurodivergentes (trastorno del espectro autista, déficit atencional, trastornos del lenguaje/aprendizaje) o que pertenezcan a minorías migrantes, religiosas, LGTBIQ+, son más propensos a ser víctimas de acoso escolar.

Es importante considerar que las características descritas son las más frecuentes; sin embargo, en la práctica, cualquier niño, niña o adolescente puede ser víctima de bullying.

El agresor

Es quien ejerce el acoso. Puede actuar impulsivamente o en forma premeditada. Generalmente necesita dominar al grupo buscando reconocimiento y aceptación. Puede ser inseguro, aunque intente no parecerlo. Tiende a construir relaciones basadas en la exclusión y el menosprecio. Manipula, se comporta de forma agresiva y tiene una baja tolerancia a la frustración (UNICEF, 2019).

El ciberagresor, por otro lado, puede comportarse de manera normal y adecuada en el plano físico, ejerciendo paralelamente su lado agresivo en las redes, aprovechan-

do el anonimato que estas le proporcionan, y donde además puede ser más seguido y apoyado. Es importante tener en cuenta que se considera ciberagresor a todo aquel que produce los contenidos, los sube a la web, los ve o los comparte (UNICEF, 2019).

Recordemos que el agresor es a la vez otro niño, niña o adolescente, por lo que es fundamental que sea evaluado oportunamente por un equipo de salud mental, ya que su conducta podría ser una manifestación de algún cuadro de depresión, alteración del desarrollo de la personalidad o trastorno emocional, así como manifestación de algún tipo de vulneración.

El observador

Es el testigo del acoso. No participa directamente ni lo apoya, pero es consciente de la situación y, por lo tanto, se transforma en cómplice. Puede comportarse de forma pasiva, si no interviene directamente en la agresión, o en forma activa, ya sea apoyando la agresión o activa-defensora, si a veces ayuda a la víctima (UNICEF, 2019).

En el caso del ciberbullying, los observadores se multiplican, ya que son todos los que ven el contenido, distinguiendo los que se mantienen al margen, los que comparten el contenido como agresores directos y los que defienden a la víctima.

¿Cómo puedo reconocer que mi hijo está siendo víctima de algún tipo de hostigamiento?

Muchas veces es difícil percibir las señales de alarma, pero hay algunas manifestaciones que deberían ponernos en alerta, como se muestra en la tabla 36-1:

Ámbito escolar	Ámbito emocional/ conductual	Ámbito físico	Otros
Rechazo o desinterés por asistir al colegio	Baja autoestima	Dolor abdominal/ cefaleas	Lesiones físicas como rasguños, heridas o moretones
Rechazo a entrar al colegio	Sentimientos de culpa	Insomnio/ pesadillas	Pérdida de objetos personales
Solicitudes frecuentes de ser retirado antes del término de la jornada	Aislamiento de amigos y/o pares	Cambios en patrón de alimentación	Llegar a casa con sus pertenencias rotas
Baja en rendimiento escolar	Evitar estar lejos de los adultos		Ser objeto de burlas y/o comentarios de pares
	Cambios bruscos en el humor, tristeza, miedo		

Tabla 36-1. Señales de alerta de víctima de hostigamiento

Estos síntomas son difíciles de interpretar y pueden no estar presentes. Es importante que, si como padres nos sentimos desconcertados y confundidos, intentemos construir un espacio de confianza que propicie la comunicación con nuestros hijos/as y no dudemos en solicitar el apoyo profesional, evitando culparnos y sacar conclusiones precipitadas.

¿Cómo podemos abordar como padres el bullying? ¿Cómo coordinamos con el colegio?

El bullying es un problema que se da en el ámbito escolar, por lo que debe ser abordado siempre en ese espacio.

Las intervenciones deben enfocarse primero en la prevención, usando el apoyo del equipo psicosocial del establecimiento. Una vez producido un evento de bullying, debe ser enfrentado en forma conjunta con el colegio, manteniendo siempre una buena relación con el equipo docente y los apoderados, enfrentando la situación como comunidad y como grupo curso.

Las intervenciones específicas de los involucrados deben darse de manera individual, tanto para la víctima como el agresor, quienes debieran recibir apoyo psicológico y no enfrentarlos entre ellos. Como en cualquier situación abusiva, la primera medida es que la víctima y el agresor dejen de estar en contacto, lo que podría implicar medidas como cambio de aula, hasta suspensión de clases tanto para la víctima como el agresor.

Como padres debemos actuar siempre con el ejemplo y evitar mostrarles conductas violentas o de malos tratos hacia otros, ser respetuosos con los demás, de manera que ellos actúen con el ejemplo o modelo que les damos.

¿Cómo educar a los niños/as para que no hagan bullying? ¿Cómo enseñarles a identificarlo en los demás y cómo ayudar?

La guía de prevención del acoso escolar de UNICEF propone lo siguiente:

Se deben fomentar los vínculos afectivos, enseñar a cuidar del otro y procurar su bienestar. Se debe enseñar a detectar las relaciones tóxicas y las que no se basen en la igualdad, sino en el aislamiento y el abuso de poder. El derecho a la igualdad es uno de los pilares para prevenir la violencia en la infancia y adolescencia.

Hay que abordar las diferencias de los seres humanos como algo positivo que otorga riqueza para el grupo⁹⁰. Se debe fomentar la apertura a la diversidad en una comunidad, ya que, de esta manera, los niños, niñas y adolescentes que la forman asu-

⁹⁰ Ver capítulo 30, "Neurodiversidad".

mirán la diferencia como riqueza y se relacionarán desde la igualdad, independiente de diferencias de género, físicas, económicas o cualquier otra. Una diferencia nunca deberá percibirse como un fallo que les haga sentir culpables o inferiores.

La participación, el respeto hacia los demás y la corresponsabilidad son fundamentales en la prevención. Los niños, niñas y adolescentes deben ser parte activa en la mejora de su comunidad. Por eso, se debe fomentar su participación en los espacios donde conviven (colegios, parques, espacios deportivos, ludotecas y otros). Debemos permitirles opinar, proponer o incluso dirigir los procesos que afecten a sus comunidades, siendo agentes activos de la prevención.

Al tener estas herramientas, lograrán identificar cuándo una situación que no es adecuada hacia los demás se está produciendo y tendrán la capacidad de conversar con un adulto de confianza (profesor, inspector o padres) para que esto se detenga.

¿Cómo hago que mi hijo, que sufre de bullying, no repita esa conducta como método de defensa? ¿Cómo le enseño a mi hijo a defenderse correctamente cuando no quiere acusar?

Para que un niño pueda "defenderse" del bullying, lo más importante es que la situación de hostigamiento debe detenerse y ser intervenida en el ámbito escolar.

Se le debe explicar la diferencia entre "acusar" y "contar o pedir ayuda". Mientras la primera opción se utiliza para meter en problemas a un compañero, la segunda permite proteger a alguien. No se trata de acusar a un compañero/a, sino de prender las alarmas porque una situación escolar inadecuada está sucediendo en el colegio, para que pueda ser abordada de manera saludable e integral por el equipo de convivencia escolar y sea detenida lo antes posible.

La educación en *buenos tratos* es la mejor y más adecuada manera de enfrentar la situación.

¿Cómo reconocer si un hijo está haciendo bullying?

Reconocer cuando un hijo está siendo el agresor no es fácil. Puede encontrarse más alejado de los pares, estar más irritable o evidenciar conductas agresivas u hostigadoras hacia terceros. Puede presentar una actitud de justificación de la violencia, validándola. También podemos encontrar conversaciones de sus redes sociales donde nos damos cuenta que se encuentra hostigando a otros.

Si sospechamos que esto estuviera pasando, debemos conversar con nuestro hijo con miras a identificar si hay algo que lo esté afectando emocionalmente, evitando cul-

parlos o castigarlos. Dicho esto, se les debe verbalizar que no se puede permitir que este tipo de conductas continúe y se debe solicitar ayuda profesional, ya que a largo plazo pudiera presentar problemas conductuales con conductas antisociales y/o delictuales, mayor riesgo suicida y desarrollo de una depresión o trastorno ansioso.

Como padres, ¿cómo debemos apoyarlos, más allá de ir al colegio y conversar con los profesores? ¿Cómo manejar el tema en el hogar?

Debemos estar siempre atentos a los cambios de conducta y humor de nuestros hijos/as, mantener una relación de confianza, escucha mutua y respeto que nos permita preguntarles posteriormente cómo se sienten y cómo podemos ayudarlos. Siempre debemos reafirmarles que tienen derecho a sentirse seguros, tranquilos y felices, y que ser acosados no es su culpa.

Se debe empatizar con su miedo, su vergüenza, y no pedirles que hagan algo para lo que no están preparados.

Hay que intentar objetivar los hechos con fechas y lugares. Se debe evitar pedirle al hijo que sea él el que se defienda, al menos de manera directa, enseñándole que intimidar a otros no es un juego y que la conducta debe ser detenida inmediatamente porque es perjudicial. Como adultos cuidadores, no podemos permitir que este tipo de conductas continúe, siendo fundamental romper el silencio que es la base del abuso.

Reforzar siempre su autoestima y lo valioso que es como persona, siempre positivamente cuando cumpla las reglas, y, cuando esto no ocurra, ser firmes en indicar las consecuencias, pero NUNCA ser agresivos.

Como padres, debemos estar siempre involucrados en sus actividades, intereses y conocer bien a sus amigos, así como mantener un contacto fluido y permanente con el colegio⁹¹.

¿Cómo pesquisar a tiempo y cuáles son los pasos a seguir para terminar una situación de acoso?

Si tomamos conocimiento de que nuestro hijo está viviendo una situación de acoso escolar, es importante validarlo y reforzar el hecho de haberlo contado. Siempre se debe considerar la necesidad de proporcionar a la víctima apoyo en salud mental.

Debemos informar prontamente al colegio, ya sea al profesor, al departamento de convivencia escolar, la jefatura de estudios y, eventualmente, a la dirección del estableci-

91 Ver capítulo 45, "Relación padres-escuela".

miento. Se insta a mantener una actitud conciliadora y de colaboración con el colegio, al mismo tiempo que se tiene que pedir la participación activa de este para detener la situación de acoso (CEAPA, 2013). Los colegios están obligados a intervenir en situaciones de acoso entre sus alumnos y seguir los pasos establecidos en el reglamento interno y el protocolo de convivencia escolar como la ley lo indica (Ley 20.536).

Si tras todos estos pasos con el colegio la situación continúa, se debe acudir a la entidad reguladora de la institución (departamento de educación municipal, DAEM, o a la superintendencia de educación, que es el ente regulador de la calidad en educación en Chile).

De existir lesiones físicas, se debe acudir a un centro de salud para que un médico realice la constatación de lesiones que se debe presentar en caso de denuncia. Si se toma la decisión de denunciar, hay que tener en cuenta que se establece la responsabilidad penal desde los 14 años de edad. Por debajo de esta edad, no se le pide responsabilidad ante la justicia, aunque cometa actos delictivos.

¿Cuáles son las consecuencias del bullying en los niños/as si no se aborda a tiempo?

Para todos los actores que se ven involucrados en este problema, existe un grave impacto y las consecuencias se pueden visualizar tanto en el corto como en el largo plazo. Según la guía para padres y madres sobre acoso escolar de CEAPA (2013) podemos observar las siguientes consecuencias:

Generalmente, en el corto plazo, en los niños que son víctimas podemos observar dificultad para concentrarse, baja autoestima, poca asertividad, dificultad para integrarse en grupos, ausentismo escolar e inestabilidad emocional. También es bastante frecuente observar la presencia de problemas para dormir, enuresis (pérdida del control de orina) y dolores físicos. A mediano y largo plazo estas consecuencias se intensifican, pudiendo presentar ansiedad, depresión y conducta disruptiva. De acuerdo a la intensidad y gravedad de estos cuadros, podrían presentar ideas de muerte y conductas suicidas⁹².

En los niños agresores también se observan consecuencias. Si se mantiene esta dinámica, se puede observar dificultades para el cumplimiento de normas, relaciones sociales negativas, déficit en el autoconcepto, alta autoestima, falta de empatía y sentimientos de ira, culpa, crueldad, insensibilidad e irresponsabilidad. Frecuentemente también se observa fracaso y rechazo escolar, conductas antisociales y delictivas, consumo de sustancias, incumplimiento de normas, relaciones sociales negativas, crueldad, depresión e ideación suicida. Incluso, la exacerbación de los actos

92 Ver capítulo 42, "Prevención de la conducta suicida".

agresivos en la adolescencia podría llevarlos al uso de armas blancas y de fuego en situaciones consideradas criminales.

En los niños observadores existen consecuencias también, ya que la actitud pasiva podría estar motivada por el temor a convertirse en víctima o porque sienten que nada de lo que hagan hará una diferencia. En ellos lo primero que se puede evidenciar es un *conflicto de emociones*, ya que, por una parte, sienten pena por lo que sucede, vergüenza por mantener el silencio y consuelo de que sea otro par y no él o ella quien sufre el acoso. Posteriormente, pueden experimentar sentimientos de miedo, culpa, sumisión, pérdida de empatía, desensibilización, poca solidaridad e interiorización de conductas antisociales y delictivas como medio para satisfacer necesidades. En la adolescencia se podría ver en estos niños un déficit en el desarrollo moral y emocional, sentimientos de indefensión similar al de la víctima, confusión ante lo que corresponde al éxito social y maltrato, indiferencia y un déficit en la jerarquización de valores introyectados.

Lectura recomendada



Confederación española de asociaciones de padres y madres de alumnos CEAPA (2013). *Acoso escolar, guía para padres y madres*.



Ministerio de Educación (2019). *¿Cómo prevenir y abordar la violencia escolar?* DEG División de Educación General.



Ministerio de Educación (2011). *Prevención del Bullying en la comunidad educativa*. Unidad de transversalidad educativa.



Ministerio de Salud (2021) *Guía para la detección y Primera respuesta ante situaciones de ciberacoso en adolescentes y jóvenes, para profesionales de salud*.



UNICEF (2019). *Guía para prevenir el acoso escolar*. Comité español.

Zabay, M. y Cansado, A. (2018). *Todos contra el Bullying*. Editorial Alienta.

Para niños

Cali, D. (2010). *Malena ballena*. Editorial Libros del Zorro Rojo.

Cardemil, A. (2022). *Palabras Mágicas*. Editorial Cardemil Ricke, Andrea Alejandra.

De Kinder, J. (2015). *Rojo o Porque el Bullying no es Divertido*. Tramuntana editorial.

Thomas, P. (2008). *No te Metas Conmigo: Hablemos del Acoso Escolar*. Editorial Juventud.

Para adolescentes y adultos

Compton, A. et al. (2017). *Y luego ganas tú*. Editorial Nube de Tinta.

Palacio, R.J. (2013). *La Lección de August*. Editorial Nube de Tinta.

Moreno, E. (2020). *Invisible*. Editorial Nube de Tinta.

Sitios de ayuda

Fonoinfancia, apoyo psicológico gratuito para la infancia 800-200-818 <https://www.fonoinfancia.cl/>

Fundación Katy Sommer, Previniendo ciberviolencia y suicidio juvenil, Elige salvar. <https://fsummer.org>

Fundación para la confianza, por un mundo sin abuso. <https://www.paralaconfianza.org/>

Saludresponde, 600-360-7777

Bibliografía

Arab, E. (2019). Violencia escolar. En C. Almonte y M.E. Montt, *Psicopatología infantil y de la Adolescencia*, (3ª edición, pp. 314-326). Mediterráneo.

Confederación española de asociaciones de padres y madres de alumnos CEAPA (2013). *Acoso escolar, guía para padres y madres*. Recuperado de <https://unaf.org/wp-content/uploads/2015/06/Guia-acoso-escolar-CEAPA.pdf>

Ministerio de Salud (2021) *Guía para la detección y Primera respuesta ante situaciones de ciberacoso en adolescentes y jóvenes, para profesionales de salud*. Recuperado de <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/10/Guia-para-la-deteccion-y-primera-respuesta-ante-situaciones-de-ciberacoso-en-Adolescentes-y-Jovenes-para-Profesionales-de-Salud.pdf>

Ministerio de Educación (2019). *¿Cómo prevenir y abordar la violencia escolar?* DEG División de Educación General. Recuperado de https://convivenciaparcidudadania.mineduc.cl/wp-content/uploads/2019/10/cartilla_10.pdf

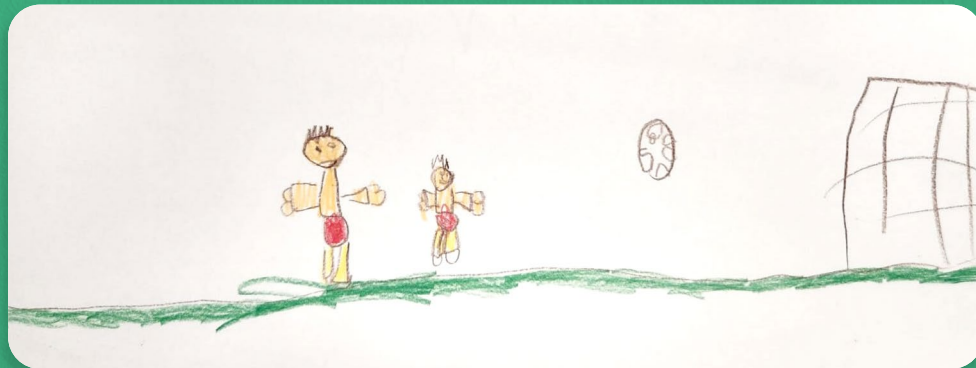
Ministerio de Educación (2011). *Prevención del Bullying en la comunidad educativa*. Unidad de transversalidad educativa. Recuperado de <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/bitstream/handle/20.500.12365/486/MONO-408.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Morales-Ramírez, M. y Villalobos, M. (2017). El impacto del bullying en el desarrollo integral y aprendizaje desde la perspectiva de los niños y niñas en edad preescolar y escolar. *Revista Electrónica Educare*, 21, (3), 25-44.

Stephens, M.M., Cook-Fasano, H.T. y Sibbaluca, K. (2018). Childhood Bullying: Implications for Physicians. *Am Fam Physician*, 97, (3), 187-192.

UNICEF (2019). *Guía para prevenir el acoso escolar*. Comité español. Recuperado de https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5920_d_UNICEF-guia-acoso-escolar.pdf

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN



Todos somos vulnerables

¿Es necesaria esta visión para un desarrollo sano?

*

ALFONSO CORREA DEL RÍO

Psiquiatra infantil y del adolescente



No se trata de estar etiquetando a cada persona con caricaturas, enrostrándoles su problema o incapacidad, sino que, en cuanto todos aceptamos nuestras propias debilidades, vulnerabilidades y limitaciones, aceptamos también las de los demás y los demás avanzan en el camino de aceptar las nuestras y dejan de ser un problema.

Solo al aprender a valorarnos, no solo en las virtudes y diferencias, sino incluso en nuestras debilidades, nos hará vivir la verdadera inclusión.

¿A qué se refiere cuando hablamos de vulnerabilidad?

El vivir implica vulnerabilidad. En el mundo, en esta existencia transitoria, tenemos un sinnúmero de limitaciones, propias de ser organismos vivos.

Resiliencia –sobre lo que se profundiza en el próximo capítulo– se refiere a la capacidad de sobreponerse a las dificultades. Técnicamente sería lo opuesto a *vulnerabilidad*, la cual tiene relación con la incapacidad de reponerse frente a un evento adverso. Sin embargo, las adversidades siempre estarán y no somos omnipotentes para superarlas. Aprendemos a convivir con limitaciones, aunque eso no nos libere de la vulnerabilidad. Resiliencia y vulnerabilidad pueden coexistir armónicamente.

En un mundo competitivo, el “no poder” es visto como un fracaso, pero cuando hablamos de salud mental, el aceptar los fracasos o aquellas áreas en las que somos impotentes o vulnerables nos abre a la salud, por ejemplo, por estas dos vías: una, aceptar la ayuda y comprender que la vida tiene sentido en el apoyo con el otro; y segundo, a evitar vivir frustrado por aquello que no se logra o aquello que no depende de mí ni del trabajo conjunto.

¿Aceptar nuestros límites no nos limita más?

Es un asunto filosófico y también muy práctico, cotidiano y simple. Para calmar la sed debemos pararnos, acercarnos a una fuente de agua y beberla: si no reconociéramos los límites, creeríamos que en el simple hecho de sentir sed y desear no tenerla estaríamos ya saciados. Para disfrutar un día de campo necesitamos desplazarnos, ir al campo, sentir el aroma, ver diversos colores y formas, escuchar el sonido de aquel espacio: si nouviésemos límites, todas esas sensaciones ya las tendríamos con solo desearlas y no sería necesario ir a ningún lugar ni percibir nada, porque, al no tener límites, ni siquiera nuestros órganos sensoriales tendrían razón de ser; no sería necesario recibir información de algo que está “fuera” de los límites, ya que nosotros mismos seríamos ese fuera. Por supuesto que esto es cuestionable metafísicamente, pero, si nos asumimos como seres corporales, tenemos límites, nuestra piel es un límite que nos pone en contacto con “lo otro”. Esto se extrapola al aceptar que difícilmente podremos correr más fuerte que lo que nuestro cuerpo lo permita, que no podemos

agregar más horas en un mismo día, que existen estaciones del año y ritmos naturales que no se pueden alterar (aunque se intente y creamos que los dominamos) o que requerimos de oxígeno y nutrientes para vivir. Es decir, la vida es con límites y no podemos pretender no tenerlos. El aceptarlos no nos limita más, al contrario, nos hace conscientes de una realidad que se abre para nosotros, para cada uno.

Si ya hay límites propios de la vida, ¿por qué poner más?

No se trata de ponernos más límites, se trata de aceptar lo que ya hay. Esto, además, va de la mano con ofrecer un mayor nivel de certeza ante la incertidumbre que nos ofrece el mundo. Los límites son parte de la naturaleza, la que sigue determinadas leyes que de a poco se han ido descubriendo con la ciencia. Los límites, en este mundo, nos aportan seguridad⁹³, permiten que a pesar de nuestras incertidumbres y ambigüedades, podamos sentirnos suficientemente seguros⁹⁴.

¿Qué tiene que ver esto con el ser padres?

Uno de los temas que más frecuentemente nos agobian como padres es *cómo poner límites a nuestros hijos*, sea en la edad de las pataletas o en la adolescencia... O cuando sean adultos y sigan viviendo en casa. Al parecer la pregunta debe ser: ¿cómo ayudarles a aceptar los límites propios de la vida? Y, ¿cómo aceptar mis propios límites como padre o madre? Así entender que, tanto niños como adultos, no podremos hacer todo bien, aceptar que nos equivocaremos y que, aunque las intenciones sean buenas, muchas veces incluso haremos daño.

La aplicación práctica de reconocernos con límites es cotidiana en nuestra labor como padres, se ve reflejada cada día, por ejemplo, cuando tomamos de la mano a nuestro hijo de 3 años para cruzar la calle (no permitiéndole ir solo) o cuando nos vamos a acostar porque ya se puso el sol y estamos cansados; cuando le digo que no puedo ayudarlo más porque estoy ocupado; si le digo que no compraremos algo porque no corresponde; si hay que esperar para sacar una fruta del árbol, porque aún no está madura; cuando, junto al hijo, visitamos algún familiar enfermo porque necesita ayuda o compañía; o si estudiamos junto a un compañero que le cuesta más aprender; o esperamos en una larga fila porque necesitamos algo, etc. Los límites siempre están presentes y, al reconocerlos, nos orientan a determinadas conductas.

93 Ver capítulo 9, "Período de pataletas".

94 Ver capítulo 15, "Favoreciendo una identidad integrada".

¿De qué estigmas y estereotipos podemos liberarnos con esta conciencia de vulnerabilidad?

Al aceptar que no somos perfectos, la visión de tener una incapacidad o una enfermedad se disuelven como problema. De tal manera que, aunque se nos dé un diagnóstico o se diga que necesitamos tal o cual ayuda, no será un estigma, al contrario, será una forma de asumir un problema o comprender que no hay un problema, porque ya está aceptado. Si tengo dificultad para concentrarme en determinadas situaciones, si soy menos inteligente o si tengo una parálisis de una pierna y lo asumo, tomo las medidas correspondientes, busco ayuda y me adapto a la situación (la acepto). A partir de aquello se abren varias posibilidades, por ejemplo: camino más lento, uso una silla de ruedas, los profesores toman medidas ajustadas a mis necesidades o me pongo metas menores y valoro el paso a paso.

Entonces, no se trata de estar etiquetando a cada persona con caricaturas, enrostrándoles su problema o incapacidad, sino que, en cuanto todos aceptamos nuestras propias debilidades, vulnerabilidades y limitaciones, aceptamos también las de los demás y los demás avanzan en el camino de aceptar las nuestras y dejan de ser un problema. Esto es aplicable tanto para la relación de padres hacia hijos como de hijos hacia padres, entre hermanos, entre niños y niñas en el barrio o colegio, y entre adultos. Si aceptamos las debilidades, crecemos como personas y crecemos en una relación más armónica y compasiva (*compasión*: "sufrir con", acercarse, comprender y acompañar la pasión del otro, en su *Pathos*: en la enfermedad, las limitaciones y vulnerabilidades).

¿Cómo influye esta visión para fortalecer la acogida de la diversidad y la verdadera inclusión?⁹⁵

Se habla mucho de *inclusión* en la última década, como un gran avance desde el concepto de *integración* previo. En la *integración* se planteaba a nivel escolar, entre otras cosas, el hecho de que el niño con alguna discapacidad pueda adaptarse al sistema y pueda estar presente en las mismas aulas que otros niños. En la *inclusión*, se es más respetuoso de la realidad de cada uno y se busca que el conjunto del sistema pueda adaptarse a la necesidad de cada niño, "entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de la sociedad" (UNESCO, 1960). Pero, si bien el fortalecimiento de la conciencia de la inclusión y del desarrollo de políticas públicas que den el marco y la normativa para ello, ayudan en el avance

95 Ver capítulo 30, "Neurodiversidad".

por este camino, no avanzaremos lo suficiente sin primero estar convencidos de que todos tenemos limitaciones, que todos somos vulnerables, que la meta no es llegar a ser los mejores, ni que todos sean pioneros, ni que todos podamos hacer de todo.

Solo al aprender a valorarnos, no solo en las virtudes y diferencias, sino incluso en nuestras debilidades, nos hará vivir la verdadera inclusión. Necesitamos salir del paradigma de los que pueden más y los que pueden menos, de los que son más capaces y los que lo son menos o de los que saben más y los que saben menos; debemos salir -en cuanto al valor del ser humano- del concepto cuantificable de más o menos. No corresponde ordenarnos en una recta numérica.

¿De qué nos sirve tomar conciencia de que somos vulnerables?

Aceptarse vulnerables nos puede liberar de la autoexplotación por rendir cada vez más (relacionado con el estrés y la depresión), de competir y vivir de apariencias (relacionado con la somatización), de la frustración constante de no alcanzar metas (relacionado con la ansiedad excesiva), de explotar a otros o explotar al medio ambiente (relacionado con el narcisismo y vacío interior) y de clasificarnos entre los que pueden más y los que pueden menos (relacionado con la exclusión, la inequidad y el resentimiento).

Asumiendo las vulnerabilidades se nos ilumina mejor el camino para conseguir o mantener ese estado de salud que no es la perfección, pero que es un camino compartido, agradable y más llano o amable. Podemos así favorecer que el desarrollo neurobiológico –incluyendo en este concepto lo psicológico y espiritual, parte de la vida (*bio*)– sea armónico, como parte de una comunidad y del ecosistema del cual esta es parte.

¿Cuáles son los niveles de prevención y cómo podemos seguir avanzando en salud mental?

En salud mental y en medicina en general, la acción preventiva se da a distintos niveles⁹⁶: la promoción de la salud, actuando a nivel de toda la población (llamada también prevención primordial); la protección específica para determinados grupos amplios, ante la existencia de factores de riesgo; luego, ante el inicio de la enfermedad, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno junto con la limitación del daño (evitar complicaciones o la prolongación de la enfermedad); y la prevención terciaria o rehabilitación de las funciones que sean necesarias ante la presencia de una enfer-

96 Ver capítulo 6, "Supervisión de salud infantil".

medad crónica. Aceptarse vulnerable puede ser de utilidad en estos distintos niveles de prevención.

La OMS, a través de la *Conferencia mundial para la promoción de salud*, ha destacado la importancia de *Educación para la salud* que es una tarea que tenemos como sociedad, donde todos estamos involucrados activamente. En la primera conferencia, en 1986, realizada en Ottawa, Canadá (OMS, 1987), se plantearon muchos temas sociales aún pendientes por resolver. En la tercera, realizada en Sundsvall (Suecia) en 1991, se destacó la importancia del ambiente familiar, manifestando que se debía trabajar desde las edades tempranas fomentando la amistad, la armonía familiar y la comunicación positiva. Y en la última conferencia, realizada el 2021 en Ginebra, Suiza, se destacó la necesidad de “asumir compromisos mundiales destinados a lograr resultados sanitarios y sociales equitativos, ahora y para las generaciones futuras, sin destruir la salud de nuestro planeta” (OMS, 2021). Se hizo una dura crítica al sistema sociopolítico actual, asociando el consumismo y desprecio por el planeta como motivos que hicieron crecer la pandemia recién vivida.

Considerando estos antecedentes de la reflexión internacional y la gran importancia que se le da a la salud mental para el logro de la salud general, es que debemos seguir buscando formas de avanzar en esto. Concordante con la importancia del trabajo en las primeras etapas del desarrollo, con el mejorar nuestra labor de crianza y con la necesidad de involucrar a cada persona en el asumir el control de su salud, es que se aportan en este libro herramientas para aquello.

Una de las herramientas es integrar en nuestro acervo cultural el siguiente concepto: *asumir que tenemos debilidades y aceptar nuestra vulnerabilidad*; que el sentido de la vida no está en lograr ser los mejores, los más inteligentes, ni los más grandes y que la felicidad no nos llegará espontáneamente, en el futuro de la mano del progreso tecnológico, sino que es una tarea de cada día.

¿Qué se puede prevenir?

Como hemos visto en otros capítulos de este libro, hay numerosas condiciones biológicas que se darán independientemente de nuestra capacidad preventiva (capítulos 31, 32 y 33) y hay situaciones externas que también tendremos que vivir sí o sí (capítulos 26 y 27) y muchas veces veremos sobrepasadas nuestras capacidades de adaptación a eventos traumáticos. (capítulos 28, 29, 35, 35 y 36). Con el trabajo por desarrollar una adecuada autoestima, un vínculo seguro, en libertad de movimiento, con un buen manejo de emociones y en colaboración, sin autoexigencia, estaremos preparados para afrontar las dificultades de mejor manera. Tanto padres como hijos

aceptaremos mejor las dificultades, se generarán menos patologías o se atenuarán las complicaciones. La esquizofrenia, la bipolaridad, la discapacidad cognitiva o el déficit atencional serán mucho mejor llevados cuando exista una base sólida en la formación de la identidad, de tal forma que se puede vivir en armonía, con salud mental, incluso en esas condiciones. Un niño con autismo que es aceptado y valorado tendrá mucho menor riesgo de tener además un trastorno ansioso o una depresión que si es rechazado, distanciado o no valorado en sus propias capacidades. Un niño con trastorno por crisis aguda de angustia e incluso un niño con epilepsia⁹⁷ tendrán muchas menos crisis si se les ofrece un entorno seguro, acogedor y armónico.

Como ha dicho el connotado psiquiatra infanto juvenil, Boris Cyrulnic⁹⁸ (2019), la resistencia al dolor es lo que causa sufrimiento, “el dolor es inevitable, pero el sufrimiento es opcional”, como expresa también la sabiduría oriental.

La aceptación de la vulnerabilidad cambia la forma en cómo se vive una limitación o una enfermedad y, con ello, cambia la evolución de la enfermedad. Es posible tener salud mental conviviendo con la enfermedad (al igual que es posible vivir, aún sabiendo que vamos a morir). Aceptando la enfermedad se lleva a cabo de mejor manera cualquier tratamiento (comenzando con la aceptación de la necesidad de ayuda) y mejora el pronóstico o posible resolución de la patología.

Lectura recomendada



Cyrulnik, B. (2019). *Versión Completa. Resiliencia: el dolor es inevitable, el sufrimiento es opcional*. Boris Cyrulnik. Aprendamos juntos 2030.



UNESCO (1960). *Convención relativa a la Lucha contra las Discriminaciones en la Esfera de la Enseñanza*.



Organización Mundial de la Salud. (2021), *Comunicado de prensa, Conferencia mundial de promoción de salud*.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá. (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de salud*. Recuperado de <https://www.ucm.es/delegacion-cultura-preventiva/file/cartaottawa?ver>.

Organización Mundial de la Salud. (2021), *Comunicado de prensa, Conferencia mundial de promoción de salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies#:~:text=las%20sociedades%20resilientes.,La%2010.,de%20bienestar%20en%20las%20sociedades>.

UNESCO (1960). *Convención relativa a la Lucha contra las Discriminaciones en la Esfera de la Enseñanza*. Recuperado de <https://www.unesco.org/es/legal-affairs/convention-against-discrimination-education>.

97 Ver capítulo 32, “¿Cómo ayudar al niño con epilepsia?”

98 Boris Cyrulnic, neurólogo, psiquiatra, psicoanalista y etólogo francés, nacido en Burdeos, 1937.

Resiliencia
¿Cómo potenciarla?

§

MARÍA JOSÉ CHANÁ FERRADA

Psiquiatra infantil y del adolescente



La resiliencia no es una característica fija o innata, sino que es un proceso dinámico y multifacético que puede ser influenciado por factores individuales, relacionales y contextuales (Masten, 2014).

Los niños y jóvenes pueden aprender y fortalecer su resiliencia a través de experiencias positivas, interacciones sociales saludables y la adquisición de habilidades de afrontamiento.

¿Qué es resiliencia?

Resiliencia es un término que se comenzó a utilizar en psicología hace aproximadamente 30 años. Surge desde la física y la ingeniería, al analizar el comportamiento de los materiales (como fierro, plástico, plata, etc.) y la observación de la capacidad de estos para recuperar su forma inicial después de que se ejerce una fuerza que los deforma. En el ser humano, específicamente en salud mental, se traduce como la capacidad de una persona para salir fortalecida luego de una situación adversa “que lo deforma”.

En los últimos años, mediante investigación psicológica, se ha delimitado cuáles son las características de una persona “resiliente”. De estos estudios se desprende una conclusión muy relevante: la resiliencia es la capacidad de adaptarse y superar adversidades. Está influenciada por factores individuales, relacionales y contextuales, los que se pueden promover. Si bien hay factores congénitos que la facilitan, no es una capacidad innata, sino que se construye en el tiempo a partir de lo que se trae, pero en base o gracias a lo que se experimenta durante el desarrollo.

¿Resiliencia y los factores protectores de la salud mental son lo mismo?

Los factores protectores y la resiliencia están estrechamente relacionados, pero no son exactamente lo mismo. Los factores protectores pueden influir en la resiliencia de una persona, pero la resiliencia es un proceso activo que implica la capacidad de superar situaciones adversas.

Los factores protectores se refieren a *características, recursos o condiciones que reducen la probabilidad de que una persona experimente problemas de salud mental o pueden mitigar el impacto negativo de situaciones adversas* y promover un mejor funcionamiento psicológico. Actúan como una especie de «amortiguador» frente al estrés y las dificultades, pudiendo incluir factores internos, como la autoestima, la inteligencia emocional, las habilidades sociales, entre otros; y factores externos, como el apoyo social, la estabilidad familiar, las oportunidades educativas y laborales, entre otros.

Por otro lado, la resiliencia se refiere a la *capacidad de una persona para hacer frente, recuperarse y adaptarse positivamente a situaciones adversas o estresantes*. Es la capacidad de «rebotar» después de enfrentar dificultades, superarlas y crecer a partir de ellas. Si bien

los factores protectores pueden contribuir a aumentar la resiliencia de una persona, no necesariamente garantizan que una persona sea resiliente. La resiliencia también puede ser influenciada por otros factores, como la genética, la personalidad, la experiencia previa en la afronta de situaciones adversas, entre otros.

En resumen, los factores protectores son las condiciones que reducen la probabilidad de problemas de salud mental, mientras que la resiliencia es la capacidad de una persona para recuperarse de situaciones adversas. Ambos son importantes para mantener una buena salud mental.

¿Cuáles son las características de una persona resiliente?

Según Masten⁹⁹ (2014), la resiliencia no es una característica fija o innata, sino que es un proceso dinámico y multifacético que puede ser influenciado por diversos factores. Identificó tres grupos de factores que contribuyen a aumentar la resiliencia:

1. **Factores individuales:** se refieren a las características y habilidades personales que ayudan a una persona a afrontar y adaptarse a situaciones difíciles. Esto puede incluir la autodisciplina, la regulación emocional, la persistencia, el optimismo y una autoimagen positiva.
2. **Factores relacionales:** corresponden a las relaciones cercanas y de apoyo que una persona tiene en su vida, como los vínculos familiares, amistades, mentores y figuras de apoyo en la comunidad. Las relaciones positivas y el apoyo emocional brindan un sistema de soporte crucial durante momentos de adversidad.
3. **Factores contextuales:** el entorno social, cultural y comunitario en el que una persona se encuentra. Un entorno seguro y estable, acceso a recursos y servicios, oportunidades educativas y comunitarias y normas sociales positivas, pueden promover la resiliencia.

Masten enfatiza que la resiliencia no se desarrolla solo en momentos de crisis, sino que es un proceso que se construye a lo largo del tiempo y en un contexto social y cultural específico. Los niños y jóvenes pueden aprender y fortalecer su resiliencia a través de experiencias positivas, interacciones sociales saludables y la adquisición de habilidades de afrontamiento.

⁹⁹ Ann Masten es una destacada psicóloga del desarrollo, conocida por su investigación sobre la resiliencia en niños y jóvenes.

¿Cómo se construye la resiliencia? ¿Se puede ir mejorando esta capacidad?

La resiliencia se nutre de diversos factores claves:

- **Apoyo social:** relaciones positivas brindan respaldo en momentos difíciles.
- **Autoestima saludable:** confiar en uno mismo y conocer las habilidades y limitaciones personales.
- **Habilidades sociales:** relacionarse positivamente y resolver conflictos.
- **Estabilidad emocional:** mantener el equilibrio emocional, saber que la emociones son pasajeras y maleables, por lo tanto, se pueden regular.
- **Optimismo:** mantener una perspectiva positiva.
- **Flexibilidad cognitiva:** capacidad de adaptarse, ser flexible y dar respuestas creativas.
- **Manejo del estrés:** habilidades para gestionar el estrés, como la relajación o la actividad física.
- **Autodisciplina:** establecer hábitos saludables y metas realistas.

La resiliencia, esa capacidad de enfrentar desafíos y salir adelante, se construye paso a paso. Imagina a Juanito, un chico de 10 años, que tuvo un problema con su amigo. Dice Juanito (preocupado): “Papá, tuve una pelea con Pedro. No sé qué hacer”. Papá (apoyando): “No te preocupes, Juanito. Todos tenemos desacuerdos. ¿Quieres hablar sobre lo que pasó?”.

El apoyo social es clave y la conversación con sus padres brinda a Juanito consuelo y diferentes perspectivas. Al confiar en sus habilidades para manejar la situación, refuerza su autoestima.

Juanito (decidido): “Creo que debería hablar con Pedro y entender su punto de vista”.

Desarrollar habilidades sociales es esencial. La capacidad de Juanito para comunicarse efectivamente le permite abordar el problema. Juanito (optimista): “Espero que podamos resolver esto y seguir siendo amigos”.

El optimismo de Juanito le ayuda a mantener una actitud positiva ante el conflicto. Al considerar diferentes perspectivas y aprender a manejar el estrés a través del diálogo, demuestra flexibilidad cognitiva. Juanito (reflexivo): “Quizás debí haber entendido mejor a Pedro. La próxima vez, seré más paciente”.

La autodisciplina entra en juego al establecer metas realistas, como evitar conflictos similares en el futuro. Esta experiencia fortalece la resiliencia emocional de Juanito, dándole herramientas para enfrentar situaciones similares con confianza.

¿Se aprende a ser resiliente solo cuando te caes? ¿Cómo le enseño a un niño sin adversidad en su vida a ser resiliente y tolerar la frustración, cuando no se ha visto expuesto a eso?

La resiliencia no se trata solo de aprender de los golpes duros. Claro, superar desafíos puede hacerla más fuerte, pero hay muchas maneras de cultivar esa habilidad a lo largo de la vida. Resulta de una mezcla de cosas, como lo que heredas, el entorno en el que creces y las cosas que te pasan.

Para desarrollar la resiliencia, necesitas aprender a lidiar con las situaciones difíciles, ganar nuevos conocimientos y sentirte mejor contigo mismo. También es importante buscar ayuda de amigos, familiares o profesionales, mantener una mentalidad positiva y usar estrategias saludables para afrontar problemas.

La resiliencia no significa que nunca te enfrentarás a problemas ni que no te afectarán. Más bien, se trata de poder levantarte, adaptarte y crecer a partir de esas experiencias complicadas. Por ejemplo, imagina a un niño apasionado por el deporte que se fractura el pie. Aunque enfrenta un momento difícil, aprende a adaptarse, busca apoyo para su recuperación y descubre una nueva pasión por la música durante su proceso de sanación.

¿Cómo contribuir como padres a desarrollar la resiliencia en nuestros hijos e hijas?

Fomentar la resiliencia en nuestros hijos implica crear un ambiente donde expresen libremente sus emociones, destacar lo positivo en los desafíos y fortalecer sus habilidades emocionales¹⁰⁰. Para esto, es importante establecer rutinas y marcar límites claros, lo cual da a entender a los niños que los padres “siguen funcionando para protegerlos” y se pueden apoyar en ellos. Es importante adaptar las estrategias a la edad de cada niño. Ver estrategias en la tabla 38-1.

Por ejemplo, imagina a Martín, un niño de 5 años que perdió su peluche favorito, Osito. Sus padres, al enterarse, crearon un espacio seguro para que Martín expresara cómo se sentía. “Martín, sé que Osito es muy especial para ti. ¿Quieres contarme lo que pasó?”, le preguntó su mamá con suavidad. Martín respondió con tristeza: “Lo perdí en el parque”.

Sus padres, en lugar de minimizar la situación, le dijeron: “Entendemos que Osito es importante. ¿Cómo podemos ayudarte a sentirte mejor?”. Juntos decidieron buscar en

el parque y recordar los momentos felices con Osito. Establecieron una rutina diaria para hablar sobre sus emociones, enseñándole a Martín a identificar y expresar lo que sentía.

Cuando Martín se frustraba por no encontrar a Osito, sus padres le enseñaron formas prácticas de manejar esa frustración, como respirar profundamente. “A veces, hacer una pausa y respirar nos ayuda a sentirnos mejor”, le explicó su papá. Celebraron pequeños logros, como cuando Martín logró expresar lo que extrañaba de Osito.

A medida que pasaba el tiempo, los padres alentaron a Martín a tomar decisiones sobre cómo abordar la pérdida, ya sea buscando un nuevo peluche especial o guardando recuerdos de Osito. Juntos construyeron un ambiente de respeto y tolerancia hacia las emociones de Martín, ayudándolo a enfrentar el desafío con calma y determinación. Este ejemplo destaca cómo las estrategias de fomento de la resiliencia se adaptan a las necesidades específicas de cada niño.

100 Ver capítulo 8, “Comunicación emocional”.

Estrategia	¿Cómo hacerlo?
Fomentar la comunicación abierta y honesta	Crea un ambiente en el hogar en el que se sientan cómodos hablando sobre sus emociones y pensamientos, brindándoles el apoyo y la orientación necesarios.
Fomentar el pensamiento positivo	Ayuda al niño a enfocarse en los aspectos positivos de las situaciones y a encontrar soluciones. Anímalo a identificar sus propias fortalezas y a buscar oportunidades de crecimiento en los desafíos.
Establecer rutinas y límites claros	Proporcionar una estructura estable y consistente a su vida cotidiana puede ayudarle a sentirse seguro y protegido, lo que puede fomentar la resiliencia.
Enseñarles habilidades de afrontamiento	Enséñales habilidades prácticas para manejar situaciones difíciles, como la resolución de problemas, la gestión del estrés y la comunicación efectiva.
Promover el desarrollo de habilidades emocionales	Ayuda al niño a identificar y expresar sus emociones de manera adecuada. Enséñale técnicas de regulación emocional, como la respiración profunda, el contar hasta diez o dibujar sus sentimientos.
Promover la autoestima	Ayúdalos a desarrollar una imagen positiva de sí mismos, reconociendo sus fortalezas y habilidades, animándolos a intentar cosas nuevas y apoyándolos en sus esfuerzos.
Fomentar la autonomía	Permite que tus hijos tomen decisiones informadas y asuman responsabilidades apropiadas para su edad y desarrollo, lo que puede ayudarles a desarrollar un sentido de independencia y fortaleza.
Establecer un ambiente de respeto y tolerancia	Fomenta un ambiente en el hogar en el que se respeten las diferencias y se celebren las similitudes. Darles oportunidades para enfrentar desafíos: Proporcionales oportunidades para experimentar el fracaso y el éxito, lo que puede ayudarles a desarrollar la resiliencia.
Establecer metas realistas	Ayuda al niño a establecer metas alcanzables y a celebrar los logros, incluso los pequeños. Esto les brindará una sensación de competencia y les enseñará a perseverar a pesar de los obstáculos. Si la montaña es muy alta para el niño, este no querrá escalar.
Proporcionar apoyo emocional	Ayuda a tus hijos a desarrollar habilidades para identificar y expresar sus emociones, y brinda apoyo emocional cuando sea necesario.
Fomentar el apoyo social	Ayuda al niño a construir y mantener relaciones sociales saludables. Los amigos y familiares pueden ser un valioso sistema de apoyo en momentos difíciles. Tener distintos grupos de amigos, como amigos del colegio, amigos del pasaje o amigos del fútbol, genera más oportunidades de aprendizaje y de crea redes sociales.
Modelar la resiliencia	Ser un buen ejemplo de resiliencia, afrontando los desafíos con calma, persistencia y determinación, puede ser una herramienta poderosa para fomentar la resiliencia en sus hijos. Los niños aprenden mucho al observar e imitar el comportamiento de los adultos significativos en sus vidas.
Reconocer la individualidad de cada niño/a	Cada niño es único, por lo que es importante adaptar estas estrategias a su edad y nivel de desarrollo. Sé paciente y brinda apoyo constante mientras el niño aprende a enfrentar y superar los desafíos.

Tabla 38-1. Estrategias para desarrollar la resiliencia en niños/as (adaptado de Ann Masten, 2014)

Desarrollar la resiliencia es un proceso continuo que lleva tiempo y esfuerzo. Como padre/madre, tu papel es fundamental en el desarrollo de habilidades y fortalezas en tus hijos para que puedan enfrentar los desafíos de la vida de manera efectiva.

En caso de una adversidad como el cáncer¹⁰¹,
¿cómo mejorar la resiliencia?

La presencia de cáncer en un niño u otro miembro de la familia es un gran desafío. Para mejorar la resiliencia del niño y la familia ante esta enfermedad, es importante tomar medidas específicas.

En primer lugar, es importante que el niño reciba el apoyo emocional adecuado. Los padres deben ser comprensivos y escuchar a sus hijos cuando necesiten hablar sobre sus sentimientos y preocupaciones. Es importante que los padres no minimicen los sentimientos del niño y le brinden un espacio seguro para expresarse.

Imagina a Sofía, una niña cuyo hermano menor, Mateo, está luchando contra el cáncer. Una tarde, sus padres se sientan con ella para hablar sobre la enfermedad de Mateo. La mamá dice: “Sofía, sabemos que esta situación es difícil para todos ¿cómo te sientes al respecto?”. Sofía responde: “Estoy asustada, mamá. No entiendo por qué Mateo está enfermo”. El papá contesta: “Entendemos que es confuso, cariño. Es normal sentir miedo. Queremos que sepas que estamos aquí para hablar cuando lo necesites”.

Además, mantener una rutina diaria es una buena manera de ayudar a los niños a sentirse seguros y predecibles en momentos de incertidumbre. Para mantener una rutina, los padres continúan con las actividades diarias de Sofía, como ir a la escuela y participar en sus actividades favoritas.

Papá: “Hoy es día de deporte, ¿quieres ir al parque a jugar fútbol como siempre?”. Sofía: “Sí, creo que eso me hará sentir mejor”.

La familia puede encontrar apoyo emocional a través de grupos de apoyo¹⁰² de padres o grupos de apoyo para niños con cáncer. Estos pueden proporcionar un espacio seguro donde las familias pueden compartir sus experiencias y emociones con otros que están pasando por lo mismo.

También es importante que la familia se mantenga informada sobre la enfermedad del niño y su tratamiento. Esto puede incluir reuniones regulares con el equipo de tratamiento, leer información relevante y hacer preguntas sobre el tratamiento. Es importante incluir a los hermanos o niños cercanos en algunas de las consultas con el

101 Ver capítulo 34, "Acompañando a un niño con enfermedad física".

102 Ver capítulo 44, "Redes de apoyo".

médico. Papá: “Vamos a tener una reunión con los doctores mañana para hablar sobre cómo está respondiendo Mateo al tratamiento. ¿Quieres venir con nosotros?”. Sofía: “Sí, quiero saber cómo está”.

Finalmente, es importante que la familia tenga acceso a recursos prácticos y financieros que puedan ayudarles a hacer frente a la enfermedad, como servicios de cuidado de niños y servicios de transporte.

En resumen, mejorar la resiliencia del niño y la familia ante el cáncer infantil implica brindar apoyo emocional, mantener una rutina diaria, buscar grupos de apoyo, mantenerse informado sobre la enfermedad y tener acceso a recursos prácticos y financieros.

Lectura recomendada

Maurice, J.E., Steven, E.T. y Brian, S. (1999). <i>Educación con inteligencia emocional</i> . Plaza & Janes Editoriales SA.	Nelsen, J. y Erwin, C. (2006). <i>Crianza Positiva: Disciplina Positiva para niños pequeños</i> . Ediciones Medici.
Tsabary, S. (2015). <i>Padres conscientes: Educar con el corazón</i> . Gaia Ediciones.	Rojas, D. y Valles, I. (2023). <i>Rayos y centellas, mi mamá tiene cáncer de mama</i> . Editorial U11A.
Lantieri, L. y Goleman, D. (2008). <i>Inteligencia emocional infantil y juvenil: Ejercicios para cultivar la fortaleza interior en niños y jóvenes</i> . Kairós.	Santandreu, R. (2015). <i>Educación con serenidad: Soluciones creativas para padres y profesores</i> . Grijalbo.
	Tierno, B. (2012). <i>Educación en la resiliencia: Guía práctica para trabajar la fortaleza emocional</i> . Espasa.

Bibliografía

Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, (9), 459-466.

Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.

McCubbin, I., Thompson, A., Thompson, E. y Futrell, J. (1998). *Resiliency in African American families*. SAGE Publications, Inc.

Rolland, J. S. y Walsh, F. (2006). Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, (5), 527-538.

Epigenética

¿Es verdad que el ambiente influye en la biología?

§

XIMENA CARRASCO CHAPARRO

Neuropediatra

MS Neurobiología y ciencias de la conducta



Muchos eventos que afectan a los individuos durante su desarrollo, son capaces de producir marcas epigenéticas que pueden afectar la expresión génica en sistemas corporales cruciales como el sistema inmune, el sistema endocrino, el cardiovascular y el sistema nervioso central.

¿Qué es epigenética?

El término tiene varias interpretaciones según distintos autores, aunque todas relacionadas: “lo que está más allá de los genes”, “herencia más allá de los genes” o “lo que está encima de los genes”. La primera alude a los múltiples procesos que median entre el genotipo y el fenotipo, o sea, todo lo que ocurre para que a partir de la información genética o genotipo, se termine obteniendo un cierto rasgo observable que denominamos fenotipo. La segunda acepción se refiere a que no solo se hereda a las células hijas o a generaciones venideras lo que está escrito en el ADN, sino más, y ese adicional sería epigenético; el último significado es tan concreto y lo define como *lo que queda inscrito sobre el material genético e influye en él*.

Si bien el término se acuñó en la literatura científica en 1942, los conocimientos sobre epigenética se han incrementado exponencialmente a partir de este siglo, siendo las investigaciones y publicaciones en la materia del orden de miles cada año. El presente capítulo no pretende para nada profundizar en biología celular o molecular, pero sí entregar conceptos esenciales.

¿Cómo funciona lo epigenético?

Someramente, el material genético de cada individuo, localizado en el interior del núcleo de cada célula, corresponde a hebras de ADN que se encuentran enrolladas sobre unas proteínas especiales, las histonas, conformando la cromatina, o su versión compactada, los cromosomas. Cuantos cromosomas y cuantos genes están en su interior son características propias de la especie: en los humanos 46 cromosomas (2 de ellos sexuales), y más o menos 20.000 genes, cuyo detalle es propio de cada sujeto.

Lo que se denomina “código genético” es efectivamente un lenguaje: secuencias específicas de tres pares de bases de una hebra de ADN “significan” un aminoácido particular y secuencias de aminoácidos conforman a su vez los péptidos y proteínas que forman la base estructural y funcional de los organismos (el proteoma). La lectura del código genético se efectúa en dos etapas sucesivas, *transcripción* y *traducción*, que están a cargo de sofisticadas maquinarias moleculares (también proteicas), las que operan con tanta precisión que parece que siguieran las instrucciones de un manual.

Se estima que menos de un 2% del material genético que poseen los seres humanos corresponde a *exones* de genes, es decir, segmentos que codifican partes concretas de proteínas; el 98% del material genético es “no-codificante”, con funciones regulatorias, secuencias repetidas y aún mucho misterio por resolver.

Qué parte del código genético se traduce a proteínas es algo específico para cada tipo de tejido, es decir, lo que se expresa en neuronas no es lo mismo que se expresa en una célula hepática o en una célula muscular, por ejemplo. Esa es la base de la diferenciación celular dentro de un organismo: la “expresión génica diferencial”, es decir, lo que se transcribe y traduce del ADN, y lo que no, es específico para cada tipo celular, lo que además puede variar según la etapa del desarrollo en que se encuentre el individuo.

Las señales que silencian partes del ADN en determinadas células o que, contrariamente facilitan su lectura, son marcadores u “operadores” epigenéticos: moléculas que, posicionándose directamente sobre la hebra de ADN o modificando la estructura de las histonas y cromatina, impiden o ayudan a que la maquinaria transcripcional sintetice un ARN mensajero, a partir del cual se producirá la traducción a proteínas en el citoplasma. A grandes rasgos, existen péptidos o proteínas “supresores” y otros “promotores” o “aumentadores” de la expresión de determinados genes.

También algunas moléculas más simples, como grupos metilo (CH₃), pueden enlazarse a bases nitrogenadas del ADN o a las histonas, bloqueando la lectura de lo que está río abajo; son esas *metilaciones* el mecanismo epigenético más estudiado a la fecha, una marca molecular altamente influenciada por el ambiente. Se han descubierto otras múltiples “escrituras moleculares” sobre el ADN, por ejemplo acetilaciones, hidroxilaciones, ubiquitinaciones e incluso ciertos neurotransmisores del tipo aminas biógenas, como dopamina y serotonina, pueden enlazarse al ADN de las neuronas en las que actúan, generando marcas epigenéticas como efecto de ciertos patrones de actividad neural.

¿Cómo explicarlo de otra manera?

Sobre el ADN se posicionan moléculas que determinan qué del ADN se puede leer y qué no. Esa *escritura sobre el genoma* es el “*epigenoma*”; cada individuo posee entonces no solo un genotipo, sino también un epigenotipo. No modifica la secuencia de pares de bases nitrogenadas (no modifica el genotipo), pero sí determina qué se expresará.

Valga señalar que el conocimiento sobre las dinámicas genéticas y epigenéticas se está aún develando. El hecho de que las metilaciones, por ejemplo, sean marcas potencialmente reversibles, abre caminos de investigación sobre cómo modificarlas en favor de la salud.

Otro aspecto crucial es que el epigenoma puede heredarse, para lo cual existen mecanismos moleculares que permiten mantener las marcas producidas en las células progenitoras, reproduciéndolas en sus células hijas tras la división celular. Esto ha sido observado en múltiples especies vegetales y animales, y podría existir también en los humanos, aunque en nuestra especie ha sido más difícil de probar. En otras palabras, qué tanto de las marcas epigenéticas, como las metilaciones del ADN, se borran en las meiosis (división) de las células germinales y cuántas logran reproducirse es un tema en investigación.

En la cadena de procesos que median entre el genotipo y el fenotipo, el ARN tiene un papel tanto o más protagonista. Un mismo ARN mensajero puede post-procesarse producto de la transcripción de un segmento de ADN, dando varias versiones de sí, lo que se traducirá en diferentes productos proteicos. Esto se llama *splicing alternativo*, un mecanismo altamente eficiente para otorgar diversidad a partir de una misma información genética, que permite a las especies ahorrarse un buen número de genes.

Por otra parte, existen los ARN no codificantes, entre los cuales están los micro-ARNs, moléculas pequeñas que pueden, entre diversas acciones, “capturar” ARNs mensajeros y favorecer o impedir su traducción, constituyéndose como un mecanismo epigenético adicional a las marcas escritas sobre el ADN, de máxima importancia para numerosos procesos, entre ellos plasticidad neuronal.

¿Para qué existen estos mecanismos tan complejos?

Desde una perspectiva ecológica y evolutiva, los procesos epigenéticos son mecanismos adaptativos de corto plazo en respuesta a las influencias ambientales, que pueden trascender por varias generaciones; ello fue claramente evidenciado en plantas ante cambios ambientales y confirmado luego en especies animales, desde invertebrados a mamíferos, incluyendo humanos. Se trata de “una nueva clase de herencia”. Un camino adaptativo rápido que complementa al camino lento dado por la darwiniana selección natural.

Un problema, eso sí, es que, a diferencia de la selección natural que, a través de la supervivencia de los mejor adaptados, va poniendo a prueba por generaciones qué genes son los que resultan más convenientes para la especie, el “camino adaptativo rápido” epigenético sirve a corto plazo, lo cual no asegura que, pasada la condición ambiental (usualmente adversa) que produjo el cambio, este siga siendo adaptativo. Se ha descubierto que el epigenoma opera sobre la sexualidad, el neurodesarrollo, los procesos de envejecimiento, el desarrollo de cáncer y las respuestas inflamatoria e inmunológica; estas últimas, de no estar bien sintonizadas, en lugar de ser un mecanismo de defensa se

convierten en enfermedad, como alergias, patologías autoinmunes, inflamación crónica, dolor... De allí la importancia de entender cómo tales procesos, las metilaciones por ejemplo, pueden ser revertidos.

Desde otra perspectiva, la adaptabilidad epigenética escaparía de la regla de la supervivencia del mejor y el perfeccionamiento de la especie, rigiéndose por el superar las adversidades del aquí y del ahora, lo que tiene derivadas interesantes desde el punto de vista antropológico y social.

¿Por qué se introduce el tema de la epigenética en un libro sobre desarrollo infantil y crianza?

Porque muchos eventos que afectan a los individuos durante su desarrollo, son capaces de producir marcas epigenéticas que pueden afectar la expresión génica en sistemas corporales cruciales como el sistema inmune, el sistema endocrino, el cardiovascular y el sistema nervioso central. Es más, si estas marcas epigenéticas se producen también en células germinales de los afectados (óvulos en las mujeres o espermios en los hombres), pueden traspasarse a sus descendientes.

Las contingencias ambientales a las que estamos sometidos a lo largo de la vida (dieta, contaminantes, condiciones climáticas y ciertas experiencias en el plano psicológico y social) afectan a los cromosomas, pero no a sus componentes genéticos, sino a la información epigenética (el epigenoma); producen lo que algunos autores denominan “epi-mutaciones”.

Valga destacar que cuando un sujeto se encuentra en su período de desarrollo, las influencias ambientales (incluyendo experiencias) a las que es sometido impactarán más, porque pueden desviarlo del desarrollo normal. Experiencias tempranas, en particular aquellas que generan “estrés tóxico” mediante metilaciones del ADN, pueden impedir o reducir la expresión de péptidos fundamentales para el correcto neurodesarrollo, como por ejemplo, el *factor neurotrófico derivado de cerebro* (Bdnf), que participa en la formación de conexiones neuronales.

Se entiende por estrés tóxico una respuesta de estrés excesiva, gatillada por una amenaza inusualmente intensa o prolongada, frente a la cual el niño o niña que lo sufre no contó con la protección de un adulto que actuara como amortiguador, protegiendo, consolando, explicando y con ello reduciendo la propia respuesta de estrés.

En períodos críticos del desarrollo de diversos subsistemas neurales, el estrés tóxico puede impactar su conformación y su modo de percibir y responder a los estímulos ambientales. Particularmente susceptible sería el propio sistema de respuesta al estrés en el primer año de vida, uno de cuyos protagonistas es el eje neuro-endocrino hipotálamo-

hipofisis-adrenal, responsable de la liberación de cortisol; más tarde podrían afectarse también epigenéticamente por estrés tóxico las redes que sustentan el desarrollo del lenguaje y las redes de control cognitivo, comandadas desde el lóbulo frontal del cerebro. Algo muy relevante es que ya en la vida fetal se es susceptible al estrés materno, mediante moléculas que pasan a través de la placenta.

¿Cómo influyen las experiencias en la expresión génica?

Uno de los ejemplos a la fecha “emblemáticos” con que se puede responder esta pregunta surge de la línea de investigación del doctor Michael Meaney, de la Universidad de McGill en Canadá. Su modelo experimental fueron ratas madres y sus crías. Observó que las ratas difieren en su conducta maternal: algunas son madres “afectuosas” que lamen y acicalan a las ratitas bebés de su camada. Lo hacen especialmente como una especie de consuelo cuando las crías han sufrido alguna experiencia atemorizante (por ejemplo, que los experimentadores las tomen y separen por un rato de su madre); esas mismas buenas madres arquean su espalda al amamantar a sus crías, ofreciendo de manera más fácil los pezones para que se alimenten. Otras ratas en cambio son poco lamedoras y menos preocupadas por sus crías al amamantarlas. Estos dos tipos de estilo materno se hereda a las ratas hembras de la camada, es decir, cuando ellas son madres, expresan el mismo tipo de conducta materna que experimentaron ellas como hijas. Para dilucidar si esta conducta transgeneracional está determinada genéticamente o no, se probó qué pasaba si se ponía una rata hija de una “mala madre” en la camada de una rata “buena madre”. El resultado fue que, cuando esa rata fue madre, expresó la conducta de su madre sustituta y no la de su madre biológica, es decir, no sería una condición genética, pero sí resultó ser hereditaria, porque la conducta de la rata sustituta abuela se reprodujo a su vez en sus nietas. ¿Cómo se explica esto? Según diversas investigaciones, serían mecanismos epigenéticos.

El equipo de Meaney descubrió que afecta el sistema de autorregulación de la respuesta endocrina al estrés: cuando la ratita bebé NO es consolada por su madre después de una experiencia estresante, se metila una región de su ADN que impide la fabricación de receptores de glucocorticoides (cortisol) en ciertas regiones cerebrales, lo que a su vez impide que se reduzca la respuesta de estrés por parte del eje hipotálamo-hipofisis-adrenal (HHA); en lo que al caso respecta, ante una respuesta de estrés intensa, se reduce la conducta maternal. Las ratitas hijas serán más susceptibles a experiencias estresantes, dando respuestas de estrés excesivas, lo que altera también su sistema inmunológico. Las ratitas que reciben consuelo y cuidados, en cambio, responden frente a experiencias novedosas y estresantes de manera más modesta, más regulada, en concordancia con

que expresan receptores de glucocorticoides en mayor cantidad para que se ejerza un adecuado freno a la respuesta del eje HHA.

Otros investigadores aportan evidencias adicionales en relación directa con la conducta materna, en base nuevamente a un modelo de roedores sobre depresión post-parto, cuadro frecuente en madres humanas. Al someter a una madre nodriza a “estrés social crónico”, introduciendo un macho desconocido en la jaula en que ella se encuentra amamantando a sus crías, se produce una evidente respuesta de estrés por parte de esta, lo que a su vez redundará en un escaso crecimiento de las crías y una alteración de la conducta materna transgeneracional, es decir, en la rata afectada por el estresor y en las crías hembras cuando son madres adultas. En este caso, se observa como efecto epigenético una metilación de los receptores de neuro-hormonas como Ocitocina y Vasopresina (involucradas ambas de manera directa en la estimulación de la conducta materna) y de Prolactina, otra hormona relacionada con maternaje y lactancia.

¿Qué importancia tiene saber esto como padres?

Máxima importancia porque, tal como se vio en las ratitas, se ha demostrado también en humanos que las conductas parentales son mediadoras de la reacción corporal a los estresores que experimente un niño.

Múltiples evidencias demuestran que el estilo parental influye en el desarrollo emocional y cognitivo de los hijos, en su salud mental futura, en la presencia o ausencia de enfermedades crónicas no transmisibles (p.ej., obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus y otras) y en la vulnerabilidad o en la resiliencia frente a adversidad¹⁰³.

Especialmente en las primeras etapas del desarrollo humano, desde la etapa intrauterina y en los llamados períodos críticos del desarrollo de diversos sistemas neurales, es importante ser “buenos padres”.

En la etapa prenatal, la madre embarazada, además de los cuidados obstétricos, debería experimentar un ambiente acogedor, exento de estresores mayores, una buena dieta y descanso suficiente. Luego de nacer, los bebés necesitan, además de satisfacer sus necesidades biológicas y experiencias de aprendizaje, seguridad, consuelo y acompañamiento frente al dolor. En la etapa preescolar, además de lo anterior, se requiere de padres sanos, regulados emocionalmente de manera tal que sus conductas sean predecibles, estables, con reacciones emocionales variadas, proporcionadas y acordes a las diversas situaciones y acciones de sus hijos, quienes los miran como modelo y como señalizador, en esencia, lo que llamamos una correcta y positiva disciplina.

103 Ver capítulo 2, "Parentalidad".

Se debe tener absoluta claridad respecto a que la adversidad física o emocional, si llega a generar estrés tóxico, puede causar marcas epigenéticas que perjudicarán el neurodesarrollo y que pueden persistir en el tiempo, incluso a través de varias generaciones.

Lo psicológico y lo social influyen sobre lo biológico poderosamente, inclusive por varias generaciones.

Si mi hijo tiene un trastorno del desarrollo, ¿se puede modificar su evolución con epigenética?

Las marcas epigenéticas son potencialmente reversibles y, por ende, podrían ser objeto de intervenciones terapéuticas, por ejemplo, des-metilando regiones específicas del genoma para recuperar su capacidad de expresión. El problema es que aún no se tiene el conocimiento suficiente para realizar tales modificaciones.

Pese a esto, desde un punto de vista más general, sugerimos promover algunas medidas que contribuyen a reducir los efectos del estrés tóxico y que se muestran en la tabla 39-1:

Correcta higiene del sueño ¹⁰⁴
Práctica de ejercicio físico
Alimentación balanceada
Meditación o <i>mindfulness</i>
Ambientes familiares sanos
Intervenciones psicoterapéuticas ¹⁰⁵

Tabla 39-1. Medidas que reducen los efectos del estrés

Los trastornos del neurodesarrollo, como se expone en otros capítulos de este libro, obedecen en la mayor parte de los casos a una sumatoria de factores, siendo lo genético de gran importancia, por lo que en la mayoría de los casos, corresponden a lo que denominamos cuadros “poligénicos/multifactoriales”. Trastornos del espectro autista por ejemplo, suelen persistir en el tiempo, pero su sintomatología logra reducirse de

104 Respecto al sueño, es el estado de reposo en que el organismo efectúa múltiples procesos, entre los cuales se regula al eje HHA y se reducen los neurotransmisores del estrés como adrenalina y noradrenalina.

105 En relación a las intervenciones psicoterapéuticas, nos referimos especialmente a aquellas orientadas a resignificar experiencias adversas de la niñez.

manera significativa en base a intervenciones de estimulación del neurodesarrollo, especialmente cuando estas son precoces.

Bibliografía

Burke, N. (2021). *El pozo más profundo: Sanar los efectos a largo plazo de las experiencias infantiles adversas*. Editorial Eleftheria.

Cavalli, G., y Heard, E. (2019). Advances in epigenetics link genetics to the environment and disease. *Nature*, 571, (7766), 489–499. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1411-0>

Murgatroyd, C. A. y Nephew, B. C. (2013). Effects of early life social stress on maternal behavior and neuroendocrinology. *Psychoneuroendocrinology*, 38, (2), 219–228. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.05.020>

Nelson, C. A. *et al.* (2020). Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ (Clinical research ed.)*, 371, m3048. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048> Cavalli & Heard

Phua, D. Y., Kee, M. Z. L. y Meaney, M. J. (2020). Positive Maternal Mental Health, Parenting, and Child Development. *Biological psychiatry*, 87, (4), 328–337. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.09.028>

Skinner, M. K. (2014). A new kind of inheritance. *Scientific American*, 311, (2), 44–51. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0814-44>

Weaver, I. C. *et al.* (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature neuroscience*, 7, (8), 847–854. <https://doi.org/10.1038/nn1276>

Cuidado de los padres durante la etapa perinatal

§

LORENA LÜDERS MORALES

Psicóloga clínica perinatal



La etapa perinatal comprende el período desde el embarazo hasta alrededor del año de vida y es una etapa especialmente sensible para toda la familia. A los cambios físicos que experimenta la madre con el embarazo, se suman los cambios en la configuración familiar y la modificación de los roles.

¿Cómo compartir las tareas para ayudarnos frente al cansancio de los primeros meses?

El cuidado de un recién nacido es un desafío, desde el cansancio físico por las horas de sueño interrumpidas, hasta el esfuerzo que implica descifrar sus necesidades y constantes cambios. Cuando es el primer hijo, es probable que se sume la incertidumbre sobre si se están realizando bien los cuidados, asociado a las capacidades que como padres tenemos de favorecer la sobrevivencia y el buen desarrollo del hijo. En este sentido, se pone el juego la confianza sobre la eficacia de las capacidades parentales.

Algunos padres pueden estar más abiertos a recibir ayuda de otros miembros de la familia o de otros cuidadores que los acompañen. Otros padres pueden sentirse exigidos por tener que suplir todas las necesidades de sus hijos sin recurrir a ayuda de otros. Lo mismo puede ocurrir en relación con el cumplimiento de las funciones maternas o paternas.

Sin embargo, es necesario tener en mente el antiguo proverbio que dice “Se necesita un pueblo para criar a un niño”. Desde esta concepción de la crianza es probable que los padres puedan sentirse en roles complementarios, entre ellos y con otras figuras de cuidado, y no sentirse amenazados en su rol de madre/padre si reciben ayuda. Es importante que los padres puedan conectarse con su propia vulnerabilidad y necesidad de los otros para así enviar los mensajes adecuados a su red de apoyo.

Dentro de la relación de padres, es muy probable que durante las primeras semanas se genere un nuevo ordenamiento de los roles. Lo ideal es que cada uno pueda compartir sus expectativas y necesidades, buscando un equilibrio adecuado para todos los miembros de la familia. Muchas veces las soluciones creativas, que pueden alejarse de los moldes socialmente transmitidos, son las que permiten un mejor ajuste a cada cultura familiar.

En resumen, para manejar el cansancio y la ansiedad de los primeros meses, es recomendable tener en mente que un niño es parte de una familia nuclear pero también de una comunidad, por lo que recibir ayuda de otros cuidadores es algo de beneficio

para todos. Por otro lado, dentro de la pareja ejercitar la flexibilidad de los roles y generar instancias de comunicación para buscar un ajuste óptimo. Considerar que las responsabilidades y roles de cada uno están en constante cambio durante las distintas etapas de la crianza.

¿Cómo no desesperar si el bebé es irritable?

Frente a la irritabilidad de un bebé, el primer paso debe ser realizar un chequeo médico, con el objetivo de descartar dolencias físicas. Una vez que se ha descartado el dolor físico como causa de la irritabilidad, es necesario tener en mente desafíos del desarrollo que puedan estar influyendo en el bienestar del bebé, tal como cambios en los ciclos de sueño o crecimiento de los dientes.

Cuando no hay enfermedad física o malestar debido a crisis del desarrollo, es posible pensar en la variabilidad del temperamento. Cada ser humano nace con cierta disposición de base a la autorregulación, adaptación al entorno, inhibición ante lo novedoso, impulsividad, nivel general de actividad y capacidad de mantener la atención. Estas diferencias en las características del temperamento pueden observarse desde los primeros días de un recién nacido.

Sin embargo, a lo largo del desarrollo de un niño el temperamento puede volverse más agudo o moderarse debido a situaciones vitales o disponibilidad del entorno para responder a sus necesidades. Por ejemplo, un recién nacido con mayor tendencia a la introversión se verá beneficiado por cuidadores que lo estimulen en la interacción, mientras que un recién nacido con tendencia a la extroversión e impulsividad se verá beneficiado de un ambiente estable y rutinas predecibles.

Por otro lado, es importante tener en mente que la regulación de un recién nacido se enmarca dentro de un vínculo con la madre, padre u otro cuidador. Esto implica que en cada día se pone en juego el temperamento del bebé por un lado, y el temperamento o personalidad del cuidador. En este sentido, una madre puede sentir que su bebé es irritable si es que ella tiene un temperamento de base más tranquilo, mientras que otra madre con tendencia a la extroversión lo puede considerar dentro de los parámetros normales.

En conclusión, si se han descartado los dolores físicos, es posible pensar en el temperamento para explicar cierto nivel de irritabilidad o demanda de un recién nacido. Si prima la irritabilidad, se sugiere evitar la sobre estimulación e intentar mantener un ambiente estable y con rutinas predecibles. Junto con esto, recurrir a las redes de apoyo para evitar el agotamiento físico y emocional que implica sostener la contención por tiempos prolongados.

Si estas medidas no son suficientes, es posible que recibir consultoría de terapeuta ocupacional o psicólogo sea de ayuda para pensar en conjunto qué necesidades específicas tiene el bebé.

¿Cómo elaborar el rechazo que podría sentir hacia mi bebé?

El período del embarazo y postparto es una etapa muy sensible para las madres, durante el cual se viven cambios físicos, pero además las vivencias del mundo interno y emocional se intensifican. Diversos autores han descrito este período como una “regresión”, en el sentido que las madres hacen una revisión de su infancia y de su relación con sus cuidadores. Este movimiento permite que la madre logre identificarse con el bebé que se está gestando, al conectarse con sus propias experiencias de vulnerabilidad.

Aunque en la sociedad prime una visión más bien idealizada de la maternidad y de las emociones que debería sentir una madre, los sentimientos de rechazo hacia el bebé no son algo ajeno para las madres. Así como no es algo ajeno en ninguna relación entre humanos. Más que pensar que no debiera aparecer el rechazo, lo importante es tener en mente cuáles emociones predominan.

Si durante las semanas o meses posteriores al parto los sentimientos de rechazo hacia el bebé son muy intensos, es necesario evaluar la presencia de depresión postparto. Este tipo de depresión se caracteriza por cambios en los hábitos de alimentación o sueño, ánimo disminuido, llanto, sentimientos de rabia, aislamiento de familiares y amigos, dificultad para cuidar al bebé y/o sentimientos de rechazo. Es posible realizar un primer tamizaje de estos síntomas mediante una prueba de auto-reporte llamada Test de Edimburgo.

Frente a la presencia de sintomatología asociada a depresión postparto, se recomienda consultar a un profesional de la salud mental (psiquiatra o psicólogo), ya que su tratamiento oportuno alivia de manera considerable el malestar de la madre y su bebé, junto con prevenir trastornos en salud mental y dificultades vinculares. En general los tratamientos durante el período perinatal son muy efectivos y más breves, ya que debido al momento vital de la madre, es un período muy fértil para los cambios psíquicos.

Si es que la madre ha tenido experiencias infantiles complejas, tales como maltrato, abuso o abandono, es posible que sea más difícil transitar por el embarazo y postparto. Será ideal realizar una elaboración de esas experiencias para así estar disponible para las necesidades del recién nacido.

Aunque hasta el momento la teoría y la investigación se ha centrado en las vivencias de las madres, es posible plantear que para los padres el nacimiento de un hijo es

también un momento sensible. Junto a la preocupación por el bienestar de la madre, del recién nacido y los hijos mayores, los padres elaboran la relación que tuvieron con sus figuras de apego. En este camino, es posible que aparezcan sentimientos de rechazo hacia el bebé y/o dificultades para estar disponibles para sus necesidades. Si esas emociones predominan, será beneficioso consultar para despejar estos conflictos y estar presentes en el desarrollo de su hijo.

En resumen, los sentimientos de rechazo son una manifestación posible dentro de la relación entre los padres y sus hijos, sin embargo, cuando predominan o toman un lugar central en la relación es importante recibir ayuda para elaborarlo. De esta manera, se logrará una mayor armonía en el funcionamiento familiar y se favorecerá el desarrollo del bebé.

¿Cómo manejar la ansiedad de querer que haga todo bien y que tenga un desarrollo óptimo? ¿Qué hacer con el sentimiento de impotencia como madre y padre?

Es probable que todos los padres a lo largo de la crianza tengan momentos de preocupación y otros en los que prime una sensación de impotencia al observar ciertas dificultades o sufrimientos en los hijos.

En el período perinatal esta sensación puede ser aún más intensa, dada la fragilidad del bebé y el ritmo acelerado de desarrollo físico y psíquico que ocurre en pocos meses. Junto a esto, durante los primeros meses los padres están recién empezando a conocer a su hijo, identificando sus recursos y fortalezas, por lo que puede ser más difícil confiar en que podrán superar los obstáculos.

En este sentido, una de las ideas que se puede tener en mente para manejar la ansiedad y la impotencia propias de la paternidad, es el valor del aprendizaje. El aprendizaje, en sus diversas dimensiones, implica algún grado de emoción displacentera, la cual se supera en función del placer de haber logrado algo nuevo. Por ejemplo, vemos cómo el niño que está aprendiendo a caminar se caerá muchas veces antes de consolidar la marcha. Sin embargo, podemos apreciar también su expresión de triunfo y orgullo cuando logra desplazarse con confianza. De manera intuitiva los padres van ayudando al bebé para que no se lastime gravemente, pero al mismo tiempo permitiendo algún grado de autonomía que le permita desplegar la nueva habilidad que busca desarrollar.

Muchas veces la capacidad de los padres de observar a su bebé es la mejor herramienta con la que cuentan, ya que pueden evaluar qué necesita su hijo de ellos en cada momento. Esta habilidad no se asocia con una especie de poder mágico que lea la mente del niño, sino más bien con el registro de lo que el bebé manifiesta y la posibilidad de

tolerar que muchos aprendizajes son por ensayo y error. Cuando priman las auto exigencias con respecto al rol de padres, aumenta la ansiedad frente a procesos que muchas veces tienen otros ritmos.

Tal como dice el psiquiatra infantil Miguel Hoffmann “Los árboles no crecen tirando de las hojas” y, por lo tanto, muchas veces la mejor ayuda es la compañía y la confianza en las propias capacidades de los hijos y su tiempo de aprendizaje. Tener en mente el valor de este acompañamiento también puede ayudar a manejar los sentimientos de impotencia.

Lectura recomendada	
Stern, D. (1999). <i>El nacimiento de una madre, cómo la experiencia de maternidad te cambia para siempre</i> . Paidós.	Brazelton, B. (1994). <i>Su hijo, momentos claves en el desarrollo desde el período prenatal hasta los seis años</i> . Da Capo Lifelong Books.
Hoffmann, J.M. (2015). <i>Los árboles no crecen tirando de las hojas, el desarrollo humano de padres e hijos durante el primer año de vida</i> . Hoffmann / CIAD; Quinta edición.	Cardemil, A. (2023). <i>Apego seguro, temperamento, pataletas, emociones y límites. Desarrollo pre-escolar</i> . Ediciones B.

Bibliografía

Bick, E. (2012). Notas sobre la observación de infantes en la formación psicoanalítica. En Magagna y Juárez (compiladoras) *Observación de bebés*. Paidós.

Byng-Hall, J. (1986). Family Scripts: A Concept which can Bridge Child Psychotherapy and Family Therapy Thinking. *Journal of Child Psychology*, 1986, 12, (1).

Fraiberg, S. (1975). Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships. *Journal of the American Academy of child Psychiatry*. Volume 14, Issue 3, Summer 1975, 387-421.

Lustgarten, N. (2014). La parentalidad desde la perspectiva de Winnicott. En Rotenberg, E. (compiladora), *Parentalidades*. Lugar Editorial.

Magagna, J. (2007). The couple's cradle for the inner child. En (Magagna, J. Pasquini, P.) *Being Present for your Nursery Age Child*. Karnac.

Stern, D. (1995). *Constelación Maternal*. Paidós.

Winnicott, D.W. (1986). *En niño en el grupo familiar. El hogar nuestro punto de partida*. Paidós.

Factores protectores de depresión en niños y niñas

§

ANA MARINA BRICEÑO ARIAS

Psiquiatra infantil y del adolescente



El criar hijos con una sana autoestima, basada en logros reales y con vínculos afectivos familiares saludables, nos ayuda a disminuir el riesgo de que desarrollen una depresión.

¿Existe la depresión en niños?

Es difícil para los adultos pensar que los niños puedan sufrir una depresión. Aún más se sorprenden cuando les explicamos que incluso los bebés pueden estar deprimidos. Esta incredulidad posiblemente está relacionada con que no es una patología tan frecuente, afortunadamente, y también a que como sociedad muchas veces idealizamos la infancia, pensando que es un momento de la vida en que todo es bello y no existen mayores problemas.

Un estudio epidemiológico chileno publicado el año 2012 encontró que un 3,5% de los niños de 4 a 11 años presentan un trastorno del ánimo (De la Barra y cols, 2012). Otro estudio del año 2011 (Rescorla y cols, 2011) estima que entre el 12 y el 16% de los niños chilenos entre 1 y 5 años tendrían algún problema emocional como ansiedad o depresión, lo que ubicó a Chile como el país con mayor prevalencia dentro de todos los estudiados, los que tenían en promedio solo un 5% de niños con estas enfermedades. Si consideramos que estos datos se publicaron hace más de 10 años y previo a la pandemia, donde se ha demostrado que aumentó la prevalencia de estas patologías, podemos imaginar que su frecuencia actualmente es aún mayor.

¿Cómo se manifiesta la depresión en un niño pequeño?

Las características de la depresión van cambiando según la edad del paciente. En los bebés, se puede desarrollar la llamada Depresión Anaclítica, que se relaciona muy específicamente con la ausencia de desarrollo del vínculo con un adulto. Esto puede ocurrir cuando muere el cuidador principal y no hay un reemplazo disponible, por ejemplo, y fue descrito a fines de la II Guerra Mundial por René Spitz en bebés huérfanos institucionalizados que recibían en forma impersonal solo los cuidados básicos, sin interacciones afectivas significativas. Se caracteriza principalmente por un retraso en el crecimiento físico y en la ganancia de peso que no tiene una causa biológica, y que puede ser tan severo como para llevar a la muerte. También hay otras señales al observar al bebé, como escasa o nula sonrisa social, dificultad o rechazo al contacto físico, retraso del desarrollo psicomotor, entre otras.

Ya desde el preescolar (2 a 5 años), encontramos que con mayor frecuencia la depresión se relaciona con eventos vitales importantes, como pérdidas de personas significativas o cambios bruscos que afectan la vida diaria del niño o niña. Algo que dificulta a los adultos poder identificar la depresión infantil es que en algunas ocasiones los síntomas son opuestos a lo que se piensa. Especialmente puede presentarse con irritabilidad en vez de ánimo depresivo o incluso con inquietud motora, en lugar de verse un niño más tranquilo o “apagado”, y a esta edad son frecuentes las manifestaciones físicas de las enfermedades mentales, con dolores abdominales o de cabeza. También podemos encontrar un niño o niña con síntomas clásicos como ánimo depresivo o dificultad para disfrutar las cosas que habitualmente disfrutaba, pero como esta situación en general no es permanente, sino que tienen momentos de mejor ánimo en que logran jugar, algunos padres llegan a pensar que su estado no es genuino, sino que está tratando ganar algo o manipular alguna situación.

En el escolar (entre 6 y 12 años) ya podemos observar algunos niños o niñas que tienen los síntomas típicos de la depresión, pero sigue siendo más frecuente la irritabilidad y dificultades en la concentración, por lo que a veces incluso se confunde con déficit atencional. También a esta edad las manifestaciones físicas de los cuadros emocionales son comunes, por lo que no es raro que los padres consulten inicialmente al pediatra porque su hijo o hija se queja de algún tipo de dolor físico. Como ya está inserto en el ambiente escolar, una de las señales de alerta puede ser que baje las notas o que cambie su conducta en clases, pero es importante hacer notar que no siempre esto ocurre; a veces, algunos padres piensan que si no hay cambios en las notas o el colegio su hijo no puede estar sufriendo una enfermedad de salud mental, lo que no es así en todos los casos.

¿Cómo diferenciar si un hijo está triste o tiene depresión?

Una pregunta habitual es cómo diferenciamos la tristeza normal de la depresión en los niños. Una diferencia importante es la cantidad de tiempo que vemos al niño o niña con un ánimo triste o irritable: cuando es la mayoría del tiempo y dura más de dos semanas, esto apunta a una situación patológica, mientras que la tristeza normal por alguna situación específica suele ser más breve. También debemos considerar los síntomas asociados, algunos de los cuales ya se han mencionado: síntomas físicos como dolores de diferentes tipos; dificultades para concentrarse; alteraciones en el sueño y/o apetito (disminuido o en exceso); fatigabilidad, cansancio, pérdida de energía o aumento de la actividad motora; sentimientos de culpa frecuentes; dificultad para disfrutar las actividades que siempre han sido placenteras y pensamientos de muerte o

de suicidio. Y algo muy importante es que este cambio en el estado habitual del niño o niña genera molestias significativas o le afecta en su funcionamiento habitual, ya sea escolar, familiar, social u otro.

¿Qué necesitamos entender de las causas de la depresión?

Siempre surge la pregunta sobre por qué ocurren estas enfermedades en los niños y la mejor respuesta es que son multicausales. Eso significa que habitualmente encontraremos varias razones por las cuales un niño en particular está sufriendo un cuadro depresivo, no solo una. Acá se encuentran las causas genéticas, las que dan cuenta de un 37% del riesgo de enfermar (Sullivan y cols, 2000), por lo cual se considera que la depresión es familiar y más frecuente en niños que su papá o mamá han tenido esta enfermedad. Existen varias teorías que explican cómo esta genética se expresa en el cerebro para que se produzca una depresión, siendo la hipótesis monoaminérgica una de las más aceptadas. Esta plantea que en el cerebro con depresión existe un desbalance en los neurotransmisores cerebrales implicados en el ánimo, como serotonina, noradrenalina y dopamina, entre otros. Dentro de las causas ambientales podemos encontrar eventos vitales de importancia, como muerte de algún ser querido, separación de los padres, accidentes y otros eventos traumáticos, enfermedades crónicas o de riesgo vital del niño o de algún familiar, por ejemplo, pero también es posible que un niño o niña desarrolle una depresión después de situaciones más habituales de la vida, como nacimiento de un hermano o un cambio de casa.

¿Qué hacer como padres para prevenir la depresión?

Esta es una de las grandes dudas que podemos tener como padres. Existen varias conductas que se pueden tomar como hábitos familiares que pueden ayudar en la tarea de prevención, pero es importante recordar que estos solo bajan el riesgo de la enfermedad, sin evitarla por completo. Algunas ideas con respaldo científico son:

1. Desarrollar un vínculo seguro con los padres o cuidadores principales en el primer año de vida.
2. Dormir las horas necesarias.
3. Alimentación saludable.
4. Comer en familia al menos una vez al día.
5. Involucrarse en actividades extracurriculares.
6. Recibir luz solar y mantener niveles adecuados de vitamina D.

- 7. Hacer ejercicio físico.
- 8. Postergar y regular el tiempo de pantallas y redes sociales.
- 9. Fomentar relaciones de amistad y de pertenencia a diferentes grupos.
- 10. Propiciar conductas positivas como el agradecer, perdonar, ayudar a los demás, entre otras.
- 11. Cultivar la espiritualidad y el sentido de trascendencia.

¿En qué poner especial atención para fortalecer la autoestima del hijo o hija?

Respecto a las estrategias de crianza que nos ayudan a disminuir el riesgo de padecer esta enfermedad, podemos decir que el criar hijos con una sana autoestima, basada en logros reales y con vínculos afectivos familiares saludables, puede colaborar con esta tarea. Para esto, podemos considerar algunas ideas que se han mencionado en capítulos anteriores¹⁰⁶:

- 1. Evitar la sobreprotección: un hijo o hija excesivamente protegido está recibiendo el mensaje de que el mundo es amenazante y peligroso, lo que aumenta su estrés. También puede sentir, incluso en forma inconsciente, que se le protege en exceso porque no es capaz de mantenerse seguro por sí mismo, lo que disminuye su autoestima.
- 2. Permitir el desarrollo de la tolerancia a la frustración: es como andar en bicicleta, solo aprendemos a tolerar la frustración cuando nos frustramos. Por esto, es importante que los padres generen límites adecuados a la edad y que se cumplan, lo cual implica que haya frustración, por ejemplo, el que se respete el horario de sueño la mayoría de los días. Algunos padres evitan que los hijos se frustren y tratan de entregarles todo lo que desean, pero eso implica que cuando llegue el momento en su vida que no consigan lo que quieren (que siempre llega), no logren manejar esta emoción molesta.
- 3. Evitar transmitir competitividad y exigencias excesivas: en el otro extremo, los padres o cuidadores excesivamente exigentes generan que los hijos sientan que nada de lo que hacen es suficiente para satisfacerlos. En este punto es importante tomar conciencia de cómo funciona el adulto en su propia vida para evitar trans-

106 Ver capítulos: 2, "Parentalidad"; 9, "Período de pataletas"; 37, "Todos somos vulnerables"; 10, "La empatía y su desarrollo" y 47, "Educando en el agradecimiento".

- mitir este patrón a sus hijos cuando lo tiene. Un buen antídoto a este problema es aprender a felicitar a los hijos por sus logros, para lo que se requiere una felicitación genuina y sin "peros".
- 4. Respeto y buen trato: los niños merecen el mismo respeto que los adultos, es decir, requieren que les hablemos con un vocabulario adecuado y acorde a su edad, sin groserías o insultos, sin golpes ni cayendo en descontrol. El maltrato verbal, físico, sexual y la negligencia pueden generar graves daños tanto en el autoconcepto de los niños como en su capacidad de dar y recibir amor, lo que puede afectar sus relaciones y su vida en general. Si los padres o cuidadores no logran dar un buen trato a sus hijos, necesitan pedir ayuda profesional para lograrlo.
- 5. Relaciones nutritivas, consistentes y amorosas: cuando los hijos se sienten amados desde la definición de Humberto Maturana (2003) "aceptar al otro como un legítimo otro en la convivencia", es decir, se sienten aceptados en sus características especiales, sin ser comparados con otros hermanos o amigos, criticados u obligados a cambiar, es más probable que logren amarse y aceptarse a ellos mismos. Esto también implica el aprender, desde el ejemplo, que existen límites en todas las relaciones, los cuales respetamos para cuidarnos a nosotros y a los demás. Niños y niñas criadas con amor y respeto tendrán menos riesgo de enfermar, pero, por sobre todo, serán personas de bien y un gran aporte para nuestro mundo.

Lectura recomendada

Briceño, A.M. (2022). *Depresión en adolescentes: cómo acompañarlos a enfrentar esta enfermedad y las claves para prevenirla*. Ediciones El Mercurio.



Rescorla, L.A. et al. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of clinical child and adolescent psychology*. 40, (3), 456-467.

Bibliografía

De La Barra, M.F., Vicente, P.B., Saldivia, B.S., y Melipillán, A.R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23, (5), 521-529.

Maturana, H.R.(2003). *El sentido de lo humano*. JC Sáez editor.

Rescorla, L.A. et al. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of clinical child and adolescent psychology*. 40, (3), 456-467. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247339/#R31>

Sullivan, P.F., Neale, M.C., y Kendler, K.S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American journal of psychiatry*. 157, (10), 1552-1562.

Prevención de la conducta suicida

¿Qué podemos hacer como padres?

§

ANTONIA OLIVARI LUENGO

ROSARIO PÁEZ ALCOHOLADO

Psiquiatras infantiles y del adolescente



Cuando el niño/niña no ve una solución ni la posibilidad de pedir o recibir ayuda (frente a la desesperanza o desesperación por una situación difícil o traumatizante), es posible que aparezca la idea de la muerte y del suicidio.

Se debe acoger al niño que sufre y mencionarle que se está allí para él y que buscarán juntos una solución, siempre manteniendo la calma y sin prometer cosas que no se podrán cumplir.

¿Qué es una conducta suicida?

Las conductas suicidas se definen como la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causar daño a sí mismo o la muerte. Este concepto puede ser entendido como un “espectro” que abarca a las ideas y deseos suicidas (lo que es la ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados.

Dentro del contexto del niño/a, hay que destacar que el desarrollo tiene un rol muy relevante en este tema, ya que modula el concepto de lo que es una conducta suicida. Hasta aproximadamente los 7 años de edad, la idea de que la muerte es algo irreversible no está clara¹⁰⁷. El manifestar la idea de morir previo a esa edad no refleja necesariamente el deseo de muerte real, sino que puede ser solo la necesidad de no estar en ese momento o de no poder solucionar una dificultad que se siente abrumadora, con la idea de después continuar viviendo. Posterior a esa edad, la idea de muerte como algo irreversible ya está más definida y la manifestación de no querer seguir viviendo tiene un significado más profundo. De esta manera, relacionado con el desarrollo del pensamiento y el desarrollo psicoafectivo, es que observamos que son infrecuentes los intentos de suicidio en menores de 10 años (aunque no inexistentes). Ya sobre los 11 años comienzan a ser más frecuentes e incluso constituyen uno de los principales motivos de consulta en salud mental.

Como padres, ¿a qué tenemos que poner atención en relación a la conducta suicida?

Generalmente, la suicidalidad es el resultado de un proceso no espontáneo y que muchas veces puede ser identificable. La mayoría de los suicidios son el resultado de un elaborado proceso que incluye el desarrollo de pensamientos de muerte y de suicidio, hasta la fijación de esas ideas y la elaboración de un plan. Otras veces corresponde a una idea o acto impulsivo que surge ya sea intempestivamente o dentro de un

¹⁰⁷ Aunque según las experiencias vividas, algunos niños ya a los 5 años podrían tener claridad sobre la irreversibilidad de la muerte.

contexto desarrollado en el tiempo. En este proceso, los niños muchas veces envían diversos mensajes y signos a los que debemos estar atentos para poder identificarlos y ponernos en alerta. Estos pueden indicar un estado de crisis y son una manera de pedir ayuda, si bien muchas veces no son tan evidentes. Generalmente transcurren varias semanas o días entre las primeras ideas suicidas y el acto, aunque puede ocurrir rápidamente en los niños más impulsivos.

En la tabla 42-1 podemos visualizar algunos signos a tomar en cuenta, ya que nos muestran un estado de sufrimiento y angustia, lo cual no constituye necesariamente un riesgo de suicidio, pero sí un estado emocional frágil que requiere de alguna acción de su entorno más cercano, ya sea de tiempo, escucha, atención y algún cambio en la forma cómo nos estamos relacionando.

Cambios que nos alertan de dificultades emocionales severas
Cambios drásticos en su comportamiento.
Deshacerse de objetos significativos.
Disminución del rendimiento académico.
Retraimiento, aislamiento.
Cambio en los hábitos alimentarios (comer mucho o muy poco).
Cambios en la forma de vestir.
Pérdida del cuidado personal y los hábitos de higiene.
Conductas de riesgo como actitudes temerarias.
Desinterés, pérdida de placer en actividades que anteriormente disfrutaba.
Tristeza, llanto, ansiedad, angustia, desesperanza.
Sentimientos de fracaso e inutilidad, baja autoestima.
Agresividad, emociones contradictorias y cambiantes.

Tabla 42-1. Signos de alerta de fragilidad emocional

¿Las autoagresiones son un intento suicida?

Las autoagresiones son conductas infrecuentes en los niños –previo a la adolescencia–; sin embargo, desde el período de confinamiento por la emergencia sanitaria por el Covid-19, las estamos viendo cada vez de manera más frecuente en prepúberes. Las formas más habituales de autoagresión son los cortes en los antebrazos y los muslos, pero también pueden ser golpes de puño, golpes con objetos, rasguños, lesiones autoinflingidas con las uñas, mordeduras y quemaduras.

Estas conductas se relacionan con estados emocionales intensos, alcanzando un estado máximo donde, en general, los niños sienten que van a explotar, no logran ver

una forma sana de canalizar la emoción que sienten y muchas veces tampoco logran identificarlas por completo. Lo que sienten puede ser angustia, rabia, culpa, pena, sensación de impotencia, etc., a los que le sigue un acto impulsivo que no da tiempo a la reflexión. Como es una sensación transitoria, es muy frecuente que posteriormente a su realización aparezcan fuertes sentimientos de culpa y vergüenza que inducen a esconder las lesiones y a no referirse a lo ocurrido.

La mayoría de las autoagresiones no tienen una intención suicida, sino que buscan un alivio inmediato con una sensación física dolorosa a un dolor psíquico no tolerable. De todas maneras, el que un niño realice autoagresiones se asocia significativamente a un mayor riesgo de realizar en algún momento un intento de suicidio.

Cualquiera de estas situaciones es de una gravedad mayor y debe ser motivo para buscar apoyo y realizar algún cambio en la forma en cómo nos estamos relacionando. Muchas veces requerirá de consulta a un especialista en salud mental.

¿Cómo expresan los niños las ideas suicidas?

Lo expresan de forma directa o indirecta, como vemos en la tabla 42-2, con distintas verbalizaciones que hace el niño/a:

De manera directa	De manera indirecta
No quiero seguir viviendo.	Ya no quiero estar acá. Ya no puedo más. Quisiera estar con mi abuelita, mi mascota (que ya han fallecido).
Me quiero morir.	Quisiera desaparecer. No me importa nada. Me gustaría dormirme y no despertar más.
No soporto esta vida.	¿Qué pasaría si yo me muero? Tengo miedo de lo que podría hacer. Luego van a poder estar tranquilos.
Expresar que tienen un plan (tomar medicamentos, lanzarse de altura).	¿Cómo sería mi funeral? ¿Tú te pondrías muy triste si yo me muero? Quisiera que pasara algo muy malo.

Tabla 42-2. Formas de expresar ideación suicida

Muchas veces expresan sentimientos de desesperanza, de no encontrar una salida al sufrimiento, de sentirse atrapados, de estar frente a un dolor insoportable y, muy frecuentemente, de ser un peso para la familia.

¿Qué hay de verdad sobre las ideas de suicidio en niños?

Existen muchos mitos en torno al suicidio, por lo que nos gustaría poder analizar algunos para así otorgar mayor conocimiento a los padres y cuidadores de niños que puedan estar pasando por un momento emocional complejo.

Mito 1: “La persona que habla del suicidio no lo realizará”.

Según los estudios realizados, el 75 % de las personas que han cometido un suicidio lo habían anunciado. Una persona que habla de sus ideas suicidas no tiene menos riesgo de llevarlo a cabo. En general, las personas en riesgo de suicidio hablan de ello. Nunca se debe prejuzgar la gravedad o la sinceridad de las ideas suicidas.

La amenaza de suicidio siempre debe ser tomada seriamente y no considerada una manipulación. La persona está realmente sufriendo y necesita ayuda. Las amenazas de suicidio son solicitudes de ayuda, no solo llamados de atención.

Mito 2: “Una persona con ideas suicidas realmente quiere morir”.

La idea que sustenta la conducta suicida generalmente es dejar de sufrir y no necesariamente morir. La gran mayoría de las veces, especialmente en niños hay una gran ambivalencia entre, por un lado, el deseo de ser rescatado y vivir (mejorar su experiencia); y, por el otro, el de morir, dado el sufrimiento que está teniendo.

Mito 3: “Existe una causa única y fácilmente identificable”.

El suicidio es multifactorial. No exige *una* causa, *una* situación o *una* razón, sino que muchas cosas internamente relacionadas. Es una acumulación de factores, que van desde lo genético y biológico a lo ambiental y relacional, con eventualmente alguna vivencia gatillante que lo lleva al *paso al acto*, pero aquella nunca es *la* causa única.

Mito 4: “Pensar en suicidarse, le ocurre a muy pocos”.

Casi todos en algún momento de la vida tenemos situaciones difíciles y traumatizantes (fallecimiento de alguien cercano, un accidente, fracaso escolar, enfermedad, ser víctima de bullying), ante las cuales usamos nuestros mecanismos de adaptación y pedimos ayuda a nuestros más cercanos. El niño, como hemos revisado, muchas veces pide ayuda en forma indirecta y no siempre es fácil para los padres detectarlo.

Cuando el niño/niña no ve una solución ni la posibilidad de pedir o recibir ayuda (frente a la desesperanza o desesperación), es posible que aparezca la idea de la muerte y del suicidio, aunque no se elabore un plan para realizarlo. Ambas situaciones son un

signo de alerta que nos debe movilizar para ayudar en la búsqueda de alternativas sanas de resolución de conflictos.

Es cierto que no le ocurre a todos, pero la prevalencia de vida de las ideas suicidas están alrededor del 50%, bastante más frecuente de lo que podríamos intuir.

Mito 5: “Una persona que se ve feliz no se suicida, la persona que piensa en suicidarse se ve siempre deprimida”.

Es cierto que la mayoría de las personas con ideación suicida presenta un trastorno del ánimo severo, pero no todas presentan signos de depresión. Al contrario, algunas pueden parecer duras e insensibles y otras de buen humor y muy activas. Los niños y niñas, aunque estén cursando con una depresión, frecuentemente logran con esfuerzo encontrar buenos momentos y disfrutarlos, lo que puede hacernos creer que no necesitan ayuda. Ellos pueden estar escondiendo sufrimiento profundo e ideas de muerte. Además, la depresión en niños tiene síntomas diferentes que en adultos, pueden estar más activos como parte del mismo cuadro y eso confundir a quienes los acompañan en estas dificultades.

Mito 6: “Hablar del suicidio alienta a que lo realice”.

Este es uno de los mitos más arraigados, pero en realidad el preguntar directamente a alguien si tiene o no ganas de vivir o si piensa en el suicidio, no es sugerirle la idea, sino, al contrario, le permite expresar su malestar, su desesperanza y su sufrimiento. Hablar del suicidio a alguien que se encuentra mal emocionalmente, no lo incita a realizarlo. Al contrario, es la ocasión para sentirse reconocido, comprendido y solicitar el apoyo adecuado.

Al abrir el tema, la mayoría de las personas se sienten más aliviadas, porque descargan una “mochila” que llevaban en secreto. Por otra parte, si no se pregunta sobre estas ideas, el otro se sentirá menos visto, menos validado en sus emociones y no se podrá saber que esas ideas están presentes ni tomar las medidas necesarias.

Mito 7: “No se puede detener a alguien que está decidido a suicidarse”.

Generalmente, tener ideación suicida es un estado temporal, especialmente en niños. Aunque la persona pueda estar mal emocionalmente por un largo período, la crisis suicida es frecuentemente limitada, sobre todo si el entorno reacciona adecuadamente y logra brindar el apoyo necesario. Escuchar y ofrecer soporte emocional a un niño vulnerable puede disminuir el riesgo de suicidio. Hay que recordar que muchas veces están ambivalentes respecto a la muerte.

Se puede también disminuir el riesgo dificultando el acceso a los medios para cometer un suicidio. No tener “a mano” cómo realizarlo puede detener a la persona, llevarla a pensar, arrepentirse y/o pedir ayuda. Esto es particularmente útil en los más impulsivos, es una manera de aumentar la posibilidad de acceder a la ayuda.

Para dificultar el acceso en alguien que tiene el riesgo de hacerse daño, se debe pensar en todas los métodos que podría tener el niño para cometer un suicidio. Por ejemplo, mantener todos los medicamentos de la casa bajo llave y que no exista la posibilidad de que acceda a esa llave; eliminar el acceso a elementos cortantes, como cuchillos, tijeras, corta cartones, rasuradoras; eliminar los venenos o tóxicos, sogas y, por supuesto, las armas. También se deben poner protecciones en las ventanas en caso de vivir en altura.

¿Cómo hablar sobre ideas de suicidio con un niño?

Para preguntar por las ideas suicidas, hay que hacerlo en el momento oportuno y de la manera adecuada. Se debe tener el tiempo necesario para escuchar apropiadamente y poder completar la conversación de buena manera. Por ejemplo, no puede ser llevándolo al colegio y terminar la conversación cuando baja del auto, o justo antes de que se vaya a dormir porque luego se hace tarde y se le deja solo con estos pensamientos. El adulto que pregunta debe también lograr tener control sobre sus emociones, ya que si al escuchar esto se angustia, llora, pierde el control y reta al niño, solo va a aumentar su sufrimiento y la sensación de que no cumple sus expectativas, lo que podría profundizar la idea de la muerte como un alivio para el resto. No hay que negar que esas ideas existen ni minimizarlas. Se debe acoger al niño que sufre y mencionarle que se está allí para él y que buscarán juntos una solución, siempre manteniendo la calma y sin prometer cosas que no se podrán cumplir. Tampoco se debe realizar un interrogatorio del tipo “¿pero por qué?”, “¿qué te pasó?”, “¿alguien te hizo daño?”. Por una parte, el realizar estas preguntas de manera inquisitiva nos llevará a que el niño se cierre y deje de contarnos lo que le está pasando y, por otra parte, no se puede esperar que tenga esas respuestas, ya que, como mencionamos, estos pensamientos tienen múltiples factores y no una causa específica. En la tabla 42-3 se recomiendan algunas formas de hablar sobre este tema.

Evitar decir	Cambiarlo por
• Pero tú nunca lo harías, ¿no? • No se te ocurra hacerlo porque yo me muero sin ti. • ¿Cómo se te ocurre pensar esas tonteras? • No digas eso, nada es tan terrible. • Pero si tú tienes todo, ¿cómo puedes pensar eso? • No puedo creer que me estés diciendo esto. • Todo el mundo tiene problemas. • Deja de hacer teatro. • Piensa en los demás. • Deja de llamar la atención. • No me puedes hacer esto a mí. • Deja de pensar en eso. • Ya va a pasar, no tiene importancia.	• Por mucho que la situación en este momento te parezca muy difícil, estoy convencido de que podría cambiar y me gustaría ayudarte en eso. • Todo el mundo tiene problemas, pero no todos tienen la valentía de pedir ayuda, estoy aquí para ti. • Muchas gracias por tener la confianza de contármelo, busquemos ayuda. • Te estoy escuchando, esto parece algo muy importante. • Tú eres alguien muy importante para mí (también para tu familia, amigos...). Tu vida es muy valiosa. • ¿Hay algo que yo pueda hacer para que te sientas mejor? • No me había dado cuenta que te sentías así, gracias por contarme. Veremos cómo podemos salir de esto juntos. • Te debes haber sentido muy mal pensado esto solo, estoy aquí para ayudarte. • Sé que es doloroso pensar en esto, pero encontraremos una solución.

Tabla 42-3. ¿Qué decir y qué evitar decir?

¿Qué factores protectores se pueden estimular y cómo?

Los factores protectores se entienden como las variables que disminuyen la probabilidad de que aparezca la conducta suicida. Los podemos dividir en factores personales/individuales y socioculturales, los cuales se muestran en la tabla 42-4. Como padres y cuidadores el objetivo es poder identificar en cada niño sus propias características para poder potenciar estos factores de acuerdo a su etapa del desarrollo, así como también incentivar contextos que favorezcan una interacción en armonía con otros: la comunicación, el apoyo y acompañamiento emocional.

Individuales	Socioculturales
Lograr un buen estado de salud física y mental. Autoestima y desarrollo de identidad saludable. Mostrar habilidades sociales y recursos de afrontamiento ante dificultades. Buenas habilidades de comunicación. Capacidad para expresar y regular las propias emociones. Desarrollo de valores como respeto, cooperación y amistad. Sentido de pertenencia a un grupo, cultura o religión.	Red social de apoyo y calidad. Relaciones familiares saludables, con buena cohesión entre los diferentes miembros, confianza, respeto y seguridad. Relaciones saludables entre iguales en los contextos escolares, con existencia de formación y protocolos acerca de la prevención y abordaje de la conducta suicida. Fomentar la concientización social. Fácil acceso a recursos de ayuda eficaces (salud, educación). Amplificar valores relacionados con la identidad sexual y étnica.

Tabla 42-4. Factores protectores de la conducta suicida

Lectura recomendada



Ministerio de Educación (2019). *Prevención del suicidio Adolescente en el sistema educativo chileno*.



www.infosuicide.org



Ministerio de Salud, Chile. Programa Nacional de Prevención del Suicidio (2019). *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolares*.



Quédate (s.f.). Programa para la prevención del suicidio del Gobierno de Santiago, aprobado por el Consejo Regional y ejecutado por las Fundaciones ProCultura, Todo Mejora, Katy Summer, Míranos, Círculo Polar, Para la Confianza y José Ignacio.

Línea telefónica *4141 "No estás solo, no estás sola". Atención gratuita desde celulares de lunes a domingo, las 24 horas del día.

Bibliografía

- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque Actualizado. *Rev.Med.Clin.Condes*, 23, (5), 607-615.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71, (3), 183-191.
- Ministerio de Educación (2019). *Prevención del suicidio Adolescente en el sistema educativo chileno*. Recuperado de <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/bitstream/handle/20.500.12365/18635/PrevencionSuicidioAdolescente.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud, Chile. Programa Nacional de Prevención del Suicidio (2019). *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolares*. Recuperado de <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/bitstream/handle/20.500.12365/18426/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nader, A. y Boheme, V. (2003). Automutilación: ¿Síntoma o síndrome?. *Boletín Sociedad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia*, 14, (1), 32-37.
- Irrázaval, M., Martínez V., Behn, A., y Martínez, P. (2017). *Revisión sistemática de estudios de efectividad, costo-efectividad y programas de salud en establecimientos educacionales destinados a la prevención de conductas suicidas en adolescentes*. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2021). *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>.
- Vásquez, P., Armero, P., Martínez, L. y García, J. (2023). Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *Anales de Pediatría Asociación Española de Pediatría*. 98, (3), 204-212.

43

Prevención del abuso sexual

Una responsabilidad de todos

§

SOLEDAD HERRERA HUERTA

Psiquiatra infantil y del adolescente



No es fácil para un niño/a entender a cabalidad lo que les está ocurriendo (en situaciones como el abuso sexual, para nadie es fácil), especialmente si en su hogar existe poca formación en temas de sexualidad.

¿Por qué hablar de sexualidad con las niñas y niños?

Todas las niñas/os deben saber de sexualidad¹⁰⁸, independiente de su género, orientación sexual, tipo de desarrollo, etnia, cultura, edad, religión, creencias u otras experiencias de vida. Esto evita la instalación de información errada, de mensajes distorsionados transmitidos por la pornografía u otro, especialmente a través de internet.

La entrega de información sobre el cuerpo, sobre la diferencia entre los contactos sexuales normales y los abusivos, y sobre la distinción entre conductas públicas y privadas, favorece el desarrollo de una actitud sexual sana.

La seducción es parte del abuso sexual, por lo que resulta esencial estar informado no solo de nuestro cuerpo y su desarrollo, sino que también de los derechos a la privacidad y las normas sociales. Es fundamental enseñar a nuestros hijos e hijas que la sexualidad y el abuso sexual no pueden ser “secretos”. Los abusadores u ofensores con frecuencia insisten en el secreto de lo que está sucediendo.

¿Quién o quiénes debieran hablar de sexualidad con las hijas/os?

La familia es el pilar de la sociedad y el tema de psicosexualidad debe estar presente en nuestras conversaciones, pero muchas madres, padres y cuidadores no saben cómo hacerlo. La propia educación recibida, asociada a miedo, confusión y vergüenza, puede que se lo impida o bien sienten que carecen de las habilidades, la confianza y el conocimiento para hablar con sus hijos/as de sexualidad y buscan apoyo en terceros: escuela, iglesia, otro familiar, un profesional. De ahí que es necesario estar informados para sentirnos competentes para hablar de estos aspectos.

Queremos involucrarnos en la educación sexual de nuestros hijos pero, ¿cómo hacerlo?

Es frecuente que sobre estos temas surjan algunas preocupaciones: “Si le doy a mi hija/o demasiada información, eso va a animar su curiosidad y va a querer probar”.

¹⁰⁸ Ver capítulo 14, “Enseñar sexualidad ¿Cuánto, qué, cómo y por qué?”

Esa preocupación es semejante a “¿no será demasiado temprano?”. Sin embargo, el interés de los niños en asuntos sexuales es parte de la curiosidad natural con la cual nacieron. Cuando sus esfuerzos de entender la sexualidad se ignoran, niegan o, aún peor, se castigan, los niños se pueden obsesionar con el tema y buscar información en internet, lo que podría inducir a ensayar comportamientos adultos.

O también podemos pensar como padres: “¿No es muy pequeña/o?”. Claro que es pequeño para recibir largas descripciones explícitas, pero al decirle las cosas de manera clara, breve y sencilla se abre la puerta para seguir hablando en el futuro. Este es el tiempo para establecer una comunicación abierta y confiable en un ambiente que le asegure a su hija/o que puede ser escuchado con respeto y hacer las preguntas que necesite.

Nuestros hijos/as reciben de las redes sociales, entre otras cosas, mucha información sobre la sexualidad, ya sea de parte de sus amigos o de los medios de difusión. Es preferible que lo escuchen de sus padres. Los niños se asustan más cuando tienen información parcial y dudosa, puede que usen su imaginación y a veces fabriquen detalles más complejos.

Muchos de los problemas relacionados con las conductas sexuales abusivas provienen de la falta de educación sobre sexualidad y las normas de interacción social. En la tabla 43-1 se especifican algunas sugerencias de cómo hablar sobre sexualidad.

Hablar del tema como de cualquier otro, evitando que sea un monólogo prolongado. Puede que esto reduzca su ansiedad, pero recuerde que un niño/a en edad escolar presta atención un máximo de 15 minutos consecutivos.
Asegúrese de que su conversación incluya términos que puedan comprender y no solo hechos biológicos. Cuando no entienden algo los niños y niñas se “desconectan”.
No esperar que exista una crisis para decidirse a hablarlo.
No se preocupe en decir demasiado, no tiene por qué explicar todo de una vez.
Puede que sus hijos le pregunten algo que usted no tenga claro, puede decir: “Déjame investigar, no lo tengo claro”.
Utilice siempre una terminología correcta cuando se refiera a las partes del cuerpo.

Tabla 43-1. Sugerencias de cómo hablar sobre sexualidad

¿Qué temas incluir en el diálogo con los hijos/as?

Como se profundizó en el capítulo 14 (Enseñar sexualidad ¿Cuánto, qué, cómo y porqué?) el hablar sobre sexualidad con los niños/as en edad preescolar protege contra el abuso sexual. Ellos deben saber que es posible y correcto decirle “no” a un adulto.

Se les puede explicar que hay personas adultas que son inadecuadas, que no saben hacer amigos de su misma edad y en cambio buscan niños/as a quienes les piden hacer cosas que no deben hacer, como bajarse los pantalones o tocar sus genitales. Los padres deben decir al niño/a que, si alguien le pide que haga algo así o que guarde un secreto sobre eso, debe contarlo de inmediato a un adulto de confianza que lo escuche y lo ayude.

No espere que su hijo o hija sea adolescente para hablarle sobre la pubertad y los cambios físicos que conlleva, tales como la menstruación y las poluciones nocturnas, que algunos niños tienen prematuramente. Hable de estos temas tanto con las niñas como con los varones y también sobre las erecciones. Incluya los temas sobre diversidad sexual, comercio sexual y pornografía infantil. Es necesario ayudar a su hijo o hija a sentirse cómodo cuando tenga dudas sobre sexualidad. No avergonzarlos al decirle que “cuando sea grande conversarán sobre el tema”. Si el niño o niña pregunta, es porque necesita entender algo, que lo escuchen, verifiquen que entendió y le pregunten si necesita saber algo más.

Cuando mi hijo o hija pregunte sobre temas de sexualidad, ¿qué le digo?

El interés por aprender sobre sexualidad es muy precoz. En lo cotidiano surgen momentos ideales para enseñar sobre anatomía, reproducción y el nacimiento. Cuando los padres aprovechan esas oportunidades no solo les dan información a sus hijos e hijas, sino que también demuestran su apertura al tema, se establece un ambiente de confianza, tranquilidad y afecto que anima a los niños a preguntar. Puede revisar sobre esto el capítulo 14, Enseñar sexualidad ¿Cuánto, qué, cómo y porqué?

Algunos consejos:

- Pregúntele a su hijo/a. Muchas veces es necesario contra preguntar, nos orienta a saber qué es lo que realmente quiere saber: ¿por qué estás preguntando eso? (destinado a saber si oyó o vio algo y entender quién más podría estar involucrado en la duda que plantee el hijo/a), ¿qué crees tú? Esto les dará una idea de cuánto sabe su niño/a y qué tipo de lenguaje usa para expresarlo.
- Contéstenle honestamente. Esto le da la oportunidad de presentar sus valores, opiniones y de darle a su niño/a información correcta.
- Use las palabras correctas para cada parte del cuerpo, incluidas las partes sexuales del cuerpo, lo que facilitará que se hable sobre ellas si es necesario. El uso de las

palabras correctas fomenta una actitud sexual positiva, ya que saberlas puede ser importantísimo ,por ejemplo, si un niño o una niña está tratando de describir una herida o un acto de abuso sexual.

¿Por qué los niños y niñas temen contar acerca del abuso sexual?

Existen muchas razones y factores que influyen en que los niños no cuenten que los han abusado o que les sigue ocurriendo. En ocasiones, el ofensor/a amenaza a los niños/as o a algún miembro de la familia. Muy frecuentemente intenta confundir al niño/a sobre lo que está bien o está mal. Suelen decirles que el abuso “está bien” o que es “un juego”. Intentan avergonzar o culpar al niño/a y decirle que sus padres se enojarán. Los niños/as tienen miedo de que no les crean o que puedan lastimar a su familia. Para algunos niños/as, que en un principio no hablaron sobre el abuso, el miedo a hablarlo va aumentando por las consecuencias que implica y por el miedo de que vuelva a suceder, tal vez buscando olvidar (o querer creer que no sucedió) la situación de abuso.

No es fácil para un niño/a entender a cabalidad lo que les está ocurriendo (en cosas de este tipo, para nadie sería fácil), especialmente si en su hogar existe poca formación en temas de sexualidad. Además de que, si alguien que normalmente esperas que te cuide, te daña, genera tal grado de desconcierto que afecta las bases de la seguridad en sí mismo y en el mundo que le rodea, confundiendo y desorganizando el pensamiento.

Por esto, la responsabilidad en la prevención del abuso sexual es de todos. Mientras la relación que se construya con los hijos/as sea más cercana, protectora, acogedora, con comunicación sincera y respetuosa, más podremos prevenir o detectar a tiempo.

En la tabla 43-2 resumimos algunas ideas sobre en qué debemos enfocarnos como padres sobre la educación en sexualidad:

Enséñele a nombrar las partes del cuerpo por su verdadero nombre.
Enséñele al niño/a a diferenciar entre “lo bueno” y “lo malo” del contacto físico con otras personas. Sea bien específico en cuanto a la diferencia entre la actividad sexual sana y el abuso sexual. Use un vocabulario que el niño/a pueda entender.
En la sexualidad sana, cuando dos personas se tocan, es porque ambas lo desean y tienen edad para decidirlo.
Explíquelo a su hijo, hija que, aunque lo más probable que él o a ella no vayan a vivir experiencias de abuso sexual, sí les podría ocurrir.
Evite enfocarse solamente en “el peligro con los desconocidos”. Los niños son abusados más frecuentemente por personas que ellos conocen y en quien ellos confían. Puede ser alguien de la familia, una persona externamente agradable.
La persona que abusa sexualmente puede ser alguien que le ofrece algo a cambio de hacer alguna cosa, o que le amenaza o le atemoriza.
Saber que tiene derecho a tomar decisiones respecto a su cuerpo, a sentirse seguro en decir que NO cuando no quiera que le toquen, aunque esto no sea de una manera sexual y a decir que NO cuando no quiera tocar a otra persona.
Permita que su hijo/a defina qué tipos de contacto le gustan y cuáles no. Enfatizar que es bueno ser firme y que respeten sus límites físicos.
Cree reglas de contacto con su hijo/a. Hable sobre quién puede tocarlo/la, qué tipo de contacto es aceptable y qué hacer si alguien rompe estas reglas. Recalque que nadie puede romper estas reglas, incluso si los conoce o le generan agrado.
Que sepa que los adultos y niños/as mayores nunca necesitan ayuda con sus partes íntimas (por ejemplo, al bañarse o al ir al baño).
Enséñele a asearse solo y no depender de alguien en el cuidado de sus partes íntimas para que no tengan que depender de adultos o de otros niños mayores.
Enséñele la diferencia entre los buenos secretos (como una fiesta sorpresa lo cual está bien ya que el secreto no hay que guardarlo por mucho tiempo) y los malos secretos (aquellos que asustan y que los niños deben guardar para siempre, lo cual no es bueno). Ver video indicado en la bibliografía.
Es importante que las niñas/os sepan que cuentan con un adulto e identifiquen con quién podrían hablar si les ocurriera algo abusivo. Además, deben saber que si ese adulto/a no le cree o no actúa como si le creyera, debe seguir contándolo a otros hasta que obtenga ayuda.

Tabla 43-2. Qué enseñar especialmente sobre sexualidad para prevenir el abuso (Fuente: apuntes de la autora en diplomado de abuso sexual, varios autores)

¿Cómo comunican los niños/as que han sido abusados?

Que los niños/as cuenten directamente que han sufrido un abuso no es lo más frecuente. Es posible que comiencen a preguntar más sobre el cuerpo, la forma de

relacionarse o sobre el sexo. Es posible que hablen parte de lo que sucedió o que lo cuenten fingiendo que le sucedió a otra persona. De alguna manera, están intentando decir algo y según la reacción del que lo escucha seguir más allá. Los niños que revelan el abuso sexual frecuentemente se lo dicen a un adulto que no es su padre o su madre.

Generalmente, se negarán a contar más si la reacción del adulto es negativa o con gritos, horrorizándose o centrándose solo en las propias emociones como padre o madre, y no en las necesidades de acogida del hijo/a. Muchas veces lo que nos están diciendo es muy difícil de aceptar. Puede ser muy incómodo si no estamos medianamente preparados. Por eso es importante saber cómo acoger estos intentos de mayor diálogo.

¿Cómo conversar con su hija/o que ha sido abusado sexualmente?

Cuando un hijo/a revela una situación de abuso, no es fácil saber qué decir. A veces es mejor guardar silencio, controlando la angustia y la rabia, la decepción o las culpas y, quizás, en un primer momento, lo mejor sea solo dar un buen abrazo transmitiendo tranquilidad, apoyo y acogida. Se necesita una actitud de escucha respetuosa, receptiva, no cuestionando lo que diga el niño o la niña. Debe mostrarse abierto a escuchar todo lo que el hijo/a quiera contar y transmitirle seguridad de que se buscará la mejor forma de ayudarlo.

Dígale a su hija/o que usted está allí para él/ella en todo momento y cúmplalo. Esto es válido tanto cuando ya ha ocurrido la situación de abuso como antes de que ocurra, previniendo y generando las confianzas necesarias. Los abusadores infantiles suelen decirles a los niños que nadie les creerá. Por ello es tan importante demostrarle al hijo/a lo contrario, estando siempre abierto al diálogo y validando sus ideas y sentimientos. Profundizando sobre lo que le hace sentirse seguro/a, feliz o asustado/a.

Siempre enfatizar en el diálogo con el hijo que nunca es su culpa si alguien abusa sexualmente de él o ella, y que lo que sea que le ocurra debe contárselo a un adulto en el que confíe.

¿Qué estrategias de cuidado debo aplicar como padre/madre?

Es nuestro deber, como adultos que queremos el bien de nuestro hijos/as, protegerlos del abuso sexual. Para esto es necesario establecer límites físicos y emocionales. Entre los físicos están: la privacidad en el baño, a la hora de vestirse y de dormir; de *tocamientos* o *tocaciones* no deseados en zonas genitales y otras partes del cuerpo. Los límites emocionales se refieren a respetar y aceptar sus sentimientos y opiniones; apoyar el derecho del hijo/a a decir “no” a cualquier conducta inapropiada de un adulto y si el niño/a se queja

de experiencias negativas, tome la queja muy en serio e indague al respecto. En la tabla 43-3 se plantean indicaciones para el establecimiento de estos límites.

• Tenga cuidado con los adultos que pasan mucho tiempo con su hijo/a, si no es parte de su trabajo.
• Cuidado con los adultos que coquetean con el niño/a.
• Cuidado con los adultos con quienes el niño o niña se comporta de manera que expresa inconformidad o de forma inapropiada.
• Cuidado con los adultos que consumen drogas o alcohol.
• Cuidado con los adultos que abusan físicamente de otros adultos o de niños/as.
• No permita que un adulto que haya sido acusado y/o condenado por abuso sexual esté cerca de su hijo/a.
• Vigile y proteja a su hijo/a de otros niños/as que exhiban conductas físicas, emocionales o sexuales contra su hijo/a.
• Si hay otros niños en la casa, esté al tanto de las conductas seductoras, dominantes y/o agresivas.
• Cuidado con los adultos que buscan espacios privados para estar con su hija/o.
• Ponga atención a conductas seductoras, dominantes o agresivas de personas que interactúan con sus hijas/os.
• Esté pendiente de si a su hijo/a lo intimidan los amigos/as.
• No deje al niño/a con otra persona a quien usted no conozca muy bien.

Tabla 43-3. Estrategias de cuidado sobre límites físicos y emocionales (Fuente: apuntes de la autora en diplomado de abuso sexual, varios autores)

¿Cuándo preocuparse y buscar ayuda profesional?

Para ayudar a discernir como padres en relación a esto, en la tabla 43-4 se describen comportamientos sexuales de niños/as que son naturales y saludables, comportamientos sexuales que son motivo de preocupación y comportamientos sexuales que requieren de consulta inmediata. La Dra. Cavanagh Johnson (2015) advierte que esta guía no se puede utilizar para determinar si un niño/a ha sido o no abusado sexualmente y que, al evaluar la gravedad de un comportamiento particular que se encuentra dentro de estos cuadros, es importante considerar dónde se ha producido el comportamiento, cómo fue descubierto y la relación entre los niños y niñas que participaron en el comportamiento.

Normal	Preocupante	Buscar ayuda profesional
Habla de sexo con amigos. Habla sobre tener una niña/niño amigo.	La mayoría de las conversaciones son sexuales, sexualiza las relaciones.	Habla de sexo y actos sexuales repetidamente.
Quiere privacidad cuando está en el baño o se cambia de ropa.	Se molesta mucho cuando se le observa cambiarse de ropa, usar el baño o bañarse.	Es agresivo o temeroso cuando demanda privacidad.
Le gusta escuchar y contar chistes “sucios”, emite algunos sonidos sexuales.	La frecuencia de contar chistes “sucios” o hacer sonidos sexuales se mantiene después de ser corregido.	Sigue contando chistes “sucios” o haciendo sonidos sexuales, incluso después de la exclusión de la escuela y de actividades sociales.
Juega juegos con niños de la misma edad relacionados con el sexo y la sexualidad.	Quiere jugar juegos relacionados con el sexo y la sexualidad con niños mucho más jóvenes, mayores o desconocidos.	Obligan a otros a jugar juegos sexuales que los hacen sentir incómodos.
Dibuja genitales en algunas figuras desnudas pero no en otros o en dibujos de personas vestidas.	Dibuja genitales desproporcionados al tamaño del cuerpo.	Los genitales se destacan como la principal característica del dibujo. Dibujos de sexo, sexo en grupo, sexo con animales, sadismo, masoquismo, etc.
Explora las diferencias entre hombres y mujeres adultos, niños y niñas.	Confundido sobre las diferencias hombre/mujer después de que todas las preguntas han sido respondidas.	Juega roles masculinos o femeninos de manera exclusivamente triste, enojada o agresiva.
Aprovecha la oportunidad de mirar a las personas desnudas	Mira fijamente o se escabulle para mirar a las personas desnudas después de ser corregido.	Pide a otros que se quiten la ropa. Trata de desnudar a la fuerza a niños o adultos.

Tabla 43-4. Conductas sanas, de alerta y motivos para consultar al especialista (adaptada de Cavanagh Johnson, 2015)

Lectura recomendada	
Barudy, J. (1998). <i>El dolor invisible en la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil</i> . Ediciones Paidós.	 Fundación para la confianza. (s.f.) <i>Por un mundo sin abuso</i> .
Lecannelier, F. (2014). <i>El trauma oculto en la infancia. Guía científicamente informada para padres, educadores y profesionales</i> . Ediciones B.	 Moore-Mallinos, J. (2006). <i>¿Tienes un secreto? Díselo a alguien</i> . Edebe Ediciones Don Bosco S.A.

Bibliografía

Cavanagh Johnson, T. (2015). *Understanding Children's Sexual Behaviors: What's Natural and Healthy*. Neari Press.
Comité Asesor Provincial sobre Abuso Sexual Infantil (2015). *Children's sexual behaviour: a parent's guide*.
Cifuentes, P. (2019). TESINA *Educación sexual y su incidencia en los adolescentes del Instituto Nacional de Educación Básica San Benito, Mazatenango*. Licenciatura thesis, USAC.

Redes de apoyo

¿Cuándo y con quién?

§

PALOMA LOIZA BASTÍAS

Trabajadora social

CARLOS SILVA JIMÉNEZ

Psiquiatra infantil y del adolescente



Una red está formada por un conjunto de elementos que le dan fuerza y unidad a cada uno de sus componentes, y generan un todo. Es más que la suma de sus partes. Nos permite avanzar juntos, sostenernos unos con otros, crear lazos, acompañarnos, y crear un sentido compartido.

¿Quiénes pueden ser nuestras redes de apoyo?

Las redes de apoyo para padres de niños y adolescentes corresponden al grupo de personas o las comunidades que brindan ayuda, asistencia y recursos a los padres para mejorar la calidad de vida de sus hijos. Estas redes pueden estar compuestas por amigos, familiares, vecinos, grupos de apoyo, profesionales de la salud, educadores y otros padres que enfrentan situaciones similares.

¿Dónde puedo encontrar redes de apoyo?

- Familiares y amigos cercanos: los miembros de la familia, amigos y vecinos pueden ser una gran fuente de apoyo emocional y práctico. Pueden ofrecer una ayuda ocasional en el cuidado de los niños, escuchar y brindar consejos.
- Grupos de apoyo para padres: los grupos de apoyo están formados por padres que comparten las mismas preocupaciones y desafíos en la crianza de los hijos. Algunos funcionan al amparo de una institución mayor y otros son grupos formados espontáneamente en la comunidad por motivación de los propios padres. Estos grupos pueden ofrecer un lugar seguro para hablar sobre problemas específicos, compartir experiencias y aprender de otros padres que han pasado por situaciones similares.
- Profesionales de la salud: los médicos, psicólogos, terapeutas y trabajadores sociales pueden brindar orientación y apoyo a los padres de niños y adolescentes, proporcionando recursos y estrategias específicas para manejar problemas de salud mental y conductuales.
- Educadores y entrenadores: los maestros, entrenadores y otros profesionales escolares pueden ser una fuente valiosa de apoyo para los padres. Pueden ayudarlos a entender mejor el comportamiento y el rendimiento académico de sus hijos y brindarles consejos sobre cómo pueden apoyarlos mejor.
- Instituciones externas: en casos más complejos, en que la familia requiere más que solo el apoyo en la crianza, existen instituciones públicas y privadas que, por instrucción de un juez de familia, deben intervenir directamente en la formación

de los niños o adolescentes. Estas intervenciones pueden ser preventivas o dirigidas concretamente a situaciones que ponen en riesgo el bienestar de nuestros hijos. Es importante no cerrarnos a estas instancias cuando son necesarias, ya que protegen y contienen a los niños y adolescentes en su período de mayor fragilidad.

¿La responsabilidad de crianza es de los padres o es compartida?

En esta sección, y para permitirnos incluir a toda la variedad de familias que existen, cambiaremos el concepto “padres” por el de “*cuidadores*”, considerando situaciones especiales como violencia intrafamiliar o la desvinculación por parte de uno o ambos padres, tema que en este capítulo no será posible abordar de manera detallada.

Además, es necesario comprender que en la actualidad las familias se organizan de maneras muy distintas, en las que las necesidades económicas, el desarrollo profesional o las responsabilidades con otros miembros de la familia, genera de manera natural la necesidad de buscar apoyo en otras personas.

Aquí es cuando aparecen las redes de apoyo, que brindan ayuda a los cuidadores en la crianza de los hijos. Al unirse a estas redes, los cuidadores pueden obtener recursos y estrategias específicas para enfrentar este desafío.

La responsabilidad sobre la orientación con la que buscamos criar a nuestros hijos, los valores que queremos inculcarles y cómo queremos que se sientan y relacionen en torno a los demás, recae generalmente sobre los cuidadores. En este sentido, el rol de la comunidad será el de reafirmar y fortalecer en el proceso de la crianza las decisiones tomadas por los cuidadores. Por ejemplo, si deciden que asistan a un colegio con una orientación religiosa específica o con alguna orientación educativa particular.

Como nombramos más arriba, existen situaciones especiales en que los padres o adultos responsables de la crianza deben ser subsidiados en el ejercicio de su responsabilidad (como casos de violencia intrafamiliar), garantizando que este acompañamiento en el desarrollo del niño o adolescente disminuya un riesgo de daño. Siempre debe primar el cómo optimizar el sano desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, siendo los *cuidadores* los principales responsables y el *entorno* quien sustenta y permite que esa función se dé.

¿Desde qué edad y cómo mis hijos deben comenzar a abrirse a la comunidad?

Como se mencionaba anteriormente, podemos pensar en las redes de apoyo como un sistema concéntrico, que va desde el núcleo familiar mismo, considerando a ambos padres y hermanos, la familia extendida (los abuelos, tíos y primos) y finalmente los espacios de la comunidad donde están insertas las familias (vecinos, colegio, grupos de amigos de los padres, etc.). En este sentido, entonces, entendemos que la apertura a la comunidad es un proceso continuo que comienza desde el primer año de vida, desde que se reciben visitas en la casa, con las salidas a caminar a la plaza, al acompañar a los padres a las compras o a visitar a los abuelos o amigos de la familia.

En paralelo con el desarrollo progresivo de la autonomía, lo relevante es de qué forma nuestros hijos se van haciendo parte de la comunidad en la que están insertos, concretamente, qué espacios físicos ocupan, con quiénes y qué roles cumplen dentro de estos espacios.

En una primera instancia, cuando comienzan la etapa preescolar (transición menor hasta kínder), su rol es ir transitando desde el ser cuidados, hacia el ejercicio paulatino de su autonomía, en un rol de iniciar contacto con pares y adultos previamente desconocidos. En esta etapa, la apertura a la comunidad dice relación con un aprendizaje muy guiado de normas básicas de convivencia y de hábitos, por lo que el contacto directo y periódico entre los padres y el establecimiento educacional y entre los padres y sus hijas e hijos, es fundamental para supervisar tanto la adaptación general a este espacio, como para conocer la experiencias y vivencias de los hijos e hijas en relación a sus compañeros y sus tutores. Podemos comenzar a entender si son extrovertidos o introvertidos, sus preferencias lúdicas y sus mayores habilidades o elecciones académicas.

Más adelante, ya en la etapa escolar (educación básica), los menores gozan de un mayor grado de autonomía y la socialización o apertura a espacios distintos al hogar aumenta rápidamente, pasando cada vez más tiempo en contacto con otros niños y otros adultos. Es en esta etapa donde las relaciones con los pares ocurren en *espacios públicos* comunes y donde –habiendo adquirido en la etapa preescolar habilidades sociales respecto de normas de convivencia tales como el respeto por los pares y tutores, higiene personal y otros– ahora se abocan a actividades concretas o quehaceres que entregan nuevos aprendizajes sobre normas sociales, esta vez ampliando la actividad o el quehacer que se realiza junto a otros niños.

Las actividades en las que se involucran los hijos e hijas –o, como se decía antes, qué espacios ocupan, en compañía de quién y ocupando qué rol–, están bajo el alero de las decisiones de los adultos responsables o tutores legales y, en este sentido, deben enten-

derse como espacios donde nuestros hijos adquieren las herramientas para ir progresivamente convirtiéndose en miembros activos de nuestra sociedad desde cada comunidad.

¿Cuáles son las instancias para ello?

Siguiendo la estructura esbozada en la respuesta anterior, si consideramos que la comunidad es una *aldea* constituida por la familia extendida, los amigos de la familia, el espacio geográfico donde vive la familia y el sistema escolar, la primera instancia de apertura a la comunidad es el propio hogar. Desde muy temprana edad, en el hogar se reciben visitas que habitualmente son familiares y amigos, con reuniones sociales, celebraciones, almuerzos, etc. En estos encuentros, es donde los hijos tendrán las primeras aproximaciones al tipo de comunidad en el que están insertos, entendiendo los espacios comunitarios o sociales como lugares donde se aplican un conjunto de normas explícitas e implícitas (tono y volumen de voz, uso de lenguaje, horarios y puntualidad entre otros), a las cuales los hijos e hijas comenzarán a habituarse y, por lo tanto, a suscribir, en alguna medida, como propias.

Un segundo espacio o instancia, ya saliendo del propio hogar, son los establecimientos educacionales, donde los menores comienzan a pasar cada vez más tiempo en su día a día. En paralelo a estas, existen hoy en día diversas alternativas donde los menores pueden ocupar su tiempo, como los after-school o academias de deportes (fútbol, artes marciales, tenis, etc.) o de disciplinas artísticas (ballet, dibujo, teatro, etc.). Al mismo tiempo, y como corolario a la inclusión al sistema escolar, los hijos serán invitados a los cumpleaños de sus compañeros, por lo que los niños se relacionarán con otros niños que no conocen (amigos del barrio y hermanos del cumpleaños) y con otros adultos que proporcionarán ejemplos de maneras de relacionarse que los niños comenzarán a observar y a imitar o rechazar.

A medida que los niños vayan creciendo y tengan más autonomía, pueden ser invitados a alojar a la casa de sus amigos o incluso a pasar vacaciones con las familias de otros amigos. Podrán también participar en talleres de verano, donde el tiempo que permanecerán sin la supervisión directa de los padres es mayor. En estas instancias, la comunicación directa y oportuna entre los padres y sus hijos, y entre los padres y los adultos responsables de cuidar a sus hijos, será crucial a la hora de orientar estas experiencias de socialización dentro del marco que a los padres les parezca más adecuado.

Otra instancia donde los niños, niñas y adolescentes pueden socializar son las organizaciones sociales, sean estas fundaciones, organizaciones religiosas, grupos de voluntarios, agrupaciones de vecinos, etc. Es relevante destacar que, sea cual sea la instancia donde los hijos se relacionen con la comunidad, lo fundamental es que los

menores se sientan tranquilos, cómodos y acompañados, para que estas experiencias sean integradas como positivas y, por lo tanto, que se genere un sentido de pertenencia a la comunidad de la cual se está formando parte y no un rechazo hacia ella.

- Las redes de apoyo potenciales son los distintos miembros de la comunidad donde la familia se encuentra inserta: familia, amigos, profesores, tutores, personal de salud, etc.
- La inserción en la comunidad es un proceso gradual y continuo que orienta desde dónde nuestros hijos aprenden a relacionarse con los demás y las normas que van incorporando.
- Si bien existen múltiples instancias de relación con la comunidad, lo fundamental es que nuestros hijos se sientan cómodos en un proceso que tiene a los padres o adultos responsables como guías, acompañantes y amortiguadores de las posibles tensiones que de este proceso surjan.

Tabla 44-1. Resumiendo

Lectura recomendada



Villalba, C. (2004). La perspectiva ecológica en el Trabajo Social con infancia, adolescencia y familia. *Portularia* 4, 287-298. ISSN 1578-0236.

Bibliografía

Cuervo, A. (2009). *Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia*. Fundación Universitaria Los Libertadores.

Villalba, C. (2004). La perspectiva ecológica en el Trabajo Social con infancia, adolescencia y familia. *Portularia* 4, 287-298. ISSN 1578-0236. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/60629883.pdf>

Garland, A.F., et al. (2013). Improving community-based mental health care for children: translating knowledge into action. *Adm Policy Ment Health*, 40, (1), 6-22.

Reupert, A., et al. (2022). It takes a village to raise a child: Understanding and expanding the concept of the ‘village’. *Frontiers in Public Health*, 10, 756066. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.756066>.

Tappe, K.A., et al. (2013). Children’s physical activity and parents’ perception of the neighbourhood environment: Neighbourhood impacts on kids study. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 10, (39).

Relación padres-escuela

¿Cómo cumplir una labor colaborativa?

§

JUAN MARTÍN CASTILLO CONTRERAS

Psiquiatra infantil y del adolescente

ESTUDIAR



REPETIR

5°C → 50



“La educación no cambia el mundo,
cambia a las personas que van a cambiar el mundo”.

(Freire, 1921, citado por Soto, 2022)

¿Somos los padres los agentes primarios en la educación de nuestros hijos?

Cuando se decide formar un proyecto de familia a través del vínculo que establecen las personas, es inherente que pase por nuestras mentes la idea de tener hijos. Cuando tomamos esta decisión de manera consciente-responsable y decidimos formar un proyecto de vida, no basta tan solo con el afecto y cubrir las necesidades básicas de supervivencia y protección, sino que también implica proyectar cuál será nuestro concepto de educación y, por añadidura, las expectativas escolares y académicas que tenemos como padres frente a nuestros hijos, porque, aunque puedan variar en el tiempo, deben ser tomadas con convicción y compromiso, ya que nos involucran al menos quince años. Si bien los padres son los primeros responsables, vivimos junto a otros y las escuelas son una red de apoyo indispensable no solo para la adquisición de conocimientos, sino para la socialización¹⁰⁹.

¿Bajo qué criterios debemos escoger el que será el mejor colegio para nuestros hijos?

Según un estudio, el alumno promedio recibe un total de 31,5 horas cronológicas a la semana en el aula (aproximadamente 6 horas y 18 minutos al día), siendo Chile el país con el mayor número de horas de instrucción en aula a la semana en los países OCDE. Esta información es relevante, ya que nos permite vislumbrar al colegio como un agente primario no tan solo en la educación formal, sino también en la educación emocional que implica aspectos sociales y afectivos que forjarán en gran medida el carácter de nuestros hijos: resiliencia, nivel de tolerancia a la frustración, empatía, resolución de conflictos, vinculación consciente y responsable, entre tantas otras.

Tener claridad sobre los criterios para la elección del colegio más apropiado para nuestros hijos es una de las cuestiones centrales que fundamenta este capítulo. Por lo tanto, una de las preguntas centrales que fundamenta este capítulo es: ¿bajo qué crite-

¹⁰⁹ Ver capítulo 44, "Redes de apoyo".

rios debemos escoger el que será el mejor colegio para nuestros hijos? Para hacer una buena elección debemos realizarnos de manera reflexiva las siguientes preguntas:

1. ¿Qué buscamos en un colegio? A lo que podemos responder: excelencia académica, espíritu deportivo, desarrollo socioemocional, inclusión, metodología de enseñanza-aprendizaje, experiencias educativas internacionales.
2. ¿Qué expectativas tenemos como padres en relación con la educación de nuestros hijos? Pregunta compleja y personal que estará influenciada por nuestros anhelos, éxitos y desaciertos según nuestra vivencia escolar.
3. ¿Cómo queremos que sea la experiencia escolar de nuestros hijos? Respuesta motivada por un alto componente emocional de bienestar que promueva la tranquilidad y la seguridad de nuestros hijos.
4. ¿Qué significancia daremos al rendimiento académico? La respuesta refleja la atribución que otorguemos a la valoración social del éxito académico, validación personal y expectativas referentes al sistema de ingreso universitario.
5. ¿Qué tan importante será la dimensión socioafectiva y el desarrollo de las habilidades “blandas” durante todo este proceso? La respuesta que debemos obtener de la reflexión y el entendimiento es que el individuo no consigue su desarrollo pleno solo por la acumulación de saberes, sino que debe entender y gestionar su mundo emocional para lograr esa regulación interna que le permita enfrentar las situaciones complejas de la vida, desarrollando resiliencia, empatía y tolerancia a la frustración, entre tantas otras.

No debemos olvidar que las preguntas planteadas anteriormente están centradas exclusivamente en los requerimientos y expectativas que tenemos como padres, pero no podemos olvidar las características individuales de nuestros hijos. Frente a esto, debemos realizarnos preguntas tales como:

1. ¿Qué fortalezas vislumbramos en nuestros hijos? ¿Predominan sus habilidades cognitivas, sociales, deportivas o afectivas?
2. ¿Qué condiciones ambientales necesita para poder desenvolverse? ¿Pocos alumnos por sala, jornada escolar tradicional o reducida, mayores espacios de reflexión, diálogo y autodescubrimiento?
3. ¿Qué recursos pedagógicos podría requerir mi hijo? ¿Metodologías de enseñanzas enfocadas en la comprensión, construcción y aplicación, educación personalizada? ¿Más de una profesora por aula, equipo multidisciplinario de apoyo?

Cuando logramos responder a las preguntas y llegar a un consenso, considerando como primer eje y el más importante las necesidades de nuestros hijos –y con posterioridad las nuestras como padres–, lo que sigue es la búsqueda de colegio que responda a la reflexión antes realizada. En la tabla 44-1 se muestran algunas consideraciones a tomar en cuenta. Debemos flexibilizar nuestras expectativas como padres para mejorar la calidad de vida de nuestros hijos, no cargando una mochila con deseos y frustraciones que no les pertenecen, apoyándolos en la construcción de identidad a través de cimientos propios.

Expectativas	No aferrarnos a nuestra experiencia para construir las expectativas que corresponden a nuestros hijos.
Exigencia	No hacer de la exigencia el eje fundamental del proceso escolar. Apelar a las diferencias individuales.
Decisiones	Practicar la coherencia a través de la aceptación de las consecuencias de nuestras decisiones.

Tabla 44-1. Consideraciones en la elección de colegio

¿En qué indicadores podemos fijarnos para diferenciar un colegio de otro?

Cada una de las entidades educativas busca plasmar un sello en la educación que los diferencie e individualice en su rol educativo. Es por esto que debemos prestar especial atención a los elementos que cada proyecto educativo ofrece, considerando las características y necesidades de nuestros hijos. A continuación, se detallan factores y elementos que tenemos que considerar al momento de nuestra elección.

1. Admisión: aspecto que alude a los protocolos y sistema de admisión; rendición de pruebas pedagógicas y psicológicas, ingreso especial a padres ex-alumnos del colegio, requisito de ingreso como condición matrimonial y participación religiosa, entre otras.
2. Identidad de la institución: identificar si es que existe alguna tendencia particular en relación a la política, creencia religiosa, valórica o importancia que le den a las acciones sociales.
3. Infraestructura y condiciones ambientales de las instalaciones e implementación: salas con recursos por asignatura, recursos tecnológicos, espacios comunes, áreas verdes, convenios con estadios, piscinas u otras.

- 4. Proyecto educativo: misión y visión educativa, formación continua por parte de docentes, multidisciplinariedad para abordar temáticas académicas y formativas, nivel de exigencia, adquisición de una segunda o tercera lengua, metodología de enseñanza, actividades extraprogramáticas, entre otras.
- 5. Disciplina formativa: si bien forma parte del proyecto educativo, es fundamental abordarlo como un eje central en la toma de nuestra decisión. La experiencia escolar de nuestros hijos estará supeditada a cómo se les enseñará a remediar las equivocaciones y solucionar los conflictos. El enfoque se puede dar a través de una actitud dialogante, reflexiva o desde causa-consecuencia.
- 6. Equipo multidisciplinario: existencia dentro del colegio de profesionales relacionados con salud mental y aprendizaje, encargados de abordar las necesidades educativas que puedan presentar los estudiantes.
- 7. Costos económicos asociados al proyecto educativo: se debe considerar y planificar el costo económico que implica y conlleva el proyecto educativo, como cuota de incorporación, matrícula, mensualidad, giras de estudio, propuesta de intercambios a otros países, convenios con ingreso a universidades extranjeras, entre otras.

Podemos resumir los aspectos principales en la tabla 44-2

Identidad y valores	Familia y colegio deben compartir los ideales que promueven para evitar un conflicto de enseñanza.
Disciplina	Los padres deben compartir la perspectiva con la que abordarán las equivocaciones y resolución de conflictos.
Equipo multidisciplinario	Contar con el apoyo de un equipo que detecte y oriente a un plan de acción frente a una necesidad educativa.

Tabla 44-2. Consejos prácticos en la elección de colegio

Si bien los factores mencionados anteriormente se pueden cumplir a modo de *check list*, no pueden ser los únicos factores determinantes para la elección del colegio para nuestros hijos, porque también debemos considerar el aprendizaje y sus pilares fundamentales. Según la metodología finlandesa el bienestar del estudiante, la participación del mismo, la interacción estudiante-profesor y la alianza profesor-apoderado son ejes fundamentales. Y sobre eso, expone Méndez¹¹⁰, “se desarrolla una metodología pedagógica innovadora en miras a las habilidades del futuro”, ahondando

110 En Gálvez, 2022.

en que concretamente “los lineamientos pedagógicos del método finlandés son las competencias transversales curriculares, el aprendizaje experiencial, la versatilidad metodológica, la activación física de los estudiantes, la evaluación como parte del aprendizaje y la participación e involucramiento de los alumnos en cada proceso formativo”.

Quando ya formamos parte del Colegio, ¿qué debemos hacer?

Después de todo el proceso de elección, es necesario adherir y asumir lo que conlleva el proyecto educativo del colegio que escogimos. Esto implica que debemos aprender a convivir sanamente.

“Aprender a convivir consiste en el respeto a la dignidad de cada persona, respetar sus derechos y deberes, estableciendo relaciones de igualdad y respeto mutuo, evitando cualquier tipo de violencia”

(Zaitegi, 2019)

Según Zaitegi, para desarrollar una convivencia sana se requiere de: inteligencia intrapersonal (gestionar nuestras emociones), inteligencia interpersonal (aprender a comunicarse, a escuchar activamente a un otro y abordar conflictos de manera efectiva) y de valores cívicos que nos permitan vivir y convivir en armonía como sociedad. Aquí algunas recomendaciones:

1. No debemos olvidar nuestras motivaciones y convicciones del proyecto educativo que brinda el colegio. Debemos asumir la responsabilidad de nuestra elección.
2. La actitud como apoderado debe ser colaboradora y proactiva con lo solicitado por parte del profesorado y los otros apoderados. Debemos acoger las sugerencias que nos hagan de una manera positiva y constructiva.
3. No quedar ajeno/a a las actividades propuestas por la comunidad, asistiendo y colaborando en lo que se requiera. La disposición que tengamos será un gran predictor de la experiencia escolar que vivamos.
4. Concientizar que ninguno de nuestros hijos está exento de tener conflictos con un compañero/a, por lo tanto, la resolución de la situación debe darse desde el diálogo y la empatía, sabiendo que otro puede estar pasando por un mal momento. Se busca ser objetivo y no juzgar las situaciones desde el ámbito personal.

- Se deben respetar los mecanismos y protocolos para resolver conflictos, inquietudes y solicitudes. Al ignorar los acuerdos para hacer las cosas, estamos ignorando e invalidando nuestra propia decisión.
- Apoyar desde casa la labor del colegio, supervisando la realización de actividades, refuerzo adicional en el caso de que sea necesario, implementación de hábitos que permitan la autonomía e independencia escolar.
- Se recomienda que exista una coherencia valórica y formativa en casa respecto a lo propuesto por el colegio.

En la tabla 44-3, exponemos conceptos importantes a tener en cuenta para la resolución de conflictos en el contexto escolar.

No sesgarse con un juicio valórico	Cambiar la perspectiva pensando que puede ser nuestro hijo/a que está atravesando por un momento complejo. No utilizar la ética o la moral para cuestionar la situación.
Empatía y respeto	Concientizar, comprender y aceptar la diversidad que implica estar inserto en un grupo social.
Aprendizaje y cambio	Comprender que niños y adolescentes están en proceso de construcción de identidad, por lo tanto, permitir la equivocación como un agente de cambio.

Tabla 44-3. Consejos prácticos para la resolución de conflictos

Así cada establecimiento educativo debe mantener los aspectos positivos que están en práctica y reorientar aquellos que dan respuesta a la diversidad de necesidades que presenta el alumnado, que se ha incrementado significativamente los últimos años en relación a la forma de aprender.

Al revisar los lineamientos pedagógicos de la metodología finlandesa de educación, llama la atención la importancia que otorgan a los aspectos de la convivencia escolar, comprendiendo la educación como un constructo sistémico. Ellos plantean que las bases del modelo son “la confianza, la autonomía, el sentido de pertenencia, la equidad y la felicidad”. Si bien nuestro sistema educativo es culturalmente diferente al finlandés, podríamos evaluar la incorporación de alguno de estos pilares como eje central en la educación, considerando los buenos resultados que ha logrado Finlandia no solo en el aprendizaje, sino también los altos índices de felicidad que han sido destacados en las mediciones internacionales (Gálvez, 2022).

¿Qué hacer frente a la adversidad y exigencias escolares?

En los tiempos actuales que corren, donde el bombardeo de información y la inmediatez se hacen cada vez más vertiginosas, es fundamental que como comunidad escolar enfrenten la situación generando un trabajo mancomunado con el colegio, pero, ¿cómo se hace? A continuación, se sugieren algunas estrategias:

- Generar comunicación positiva entre apoderados, conversando las problemáticas y considerando el punto de vista de todos.
- Si la situación involucra a todos los estudiantes, la directiva del curso debe solicitar una reunión con académicos, equipo de apoyo y directivos para abordar la situación.
- Manifiestar las inquietudes en primera instancia al profesor de asignatura, continuar con el profesor jefe y luego jefe de UTP o coordinador de ciclo.
- Frente a temáticas socioemocionales y conductuales, solicitar intervenciones a nivel de alumnos y apoderados con los especialistas afines a cada caso.
- Frente a estudiantes con cuadros emocionales o conductuales complejos, apoyar desde casa educando, concientizando y fomentando la empatía, comprensión de la diversidad sin un sesgo negativo de las acciones y comportamientos.
- Asistir a reuniones o citaciones que realicen los profesores para fomentar la comunicación directa y resolución de conflictos.
- Realizar y asistir a actividades extraprogramáticas que permitan crear un vínculo socio afectivo entre padres y compañeros.

Como seres sociales necesitamos desenvolvernos en diferentes contextos, siendo el escolar fundamental para desarrollarnos a nivel cognitivo, social y emocional. Como padres inmersos dentro de este contexto, ponemos en juego habilidades como la empatía y la comprensión, practicando y reflejando hacia nuestros hijos la sana convivencia a través del respeto y la resolución de conflictos. Dependerá de cada uno de nosotros como adultos lo que transmitamos a nuestros hijos y la sociedad del futuro que construiremos.

Lectura recomendada



Gálvez, R. (2022). Educación del futuro: reportaje la tercera. *Diario La Tercera*. 30 de julio.



Soto, M.¹ (2022). La educación no cambia al mundo: cambia a las personas que van a cambiar el mundo. *Revista Observatorio Económico N° 168*.



Lecannelier, F. (2013). Reportaje. Ser niño en Chile hoy. *Hacer familia*.



Zaitegi, Nélida. (2019). Educación para la convivencia y resolución de conflictos. *Canal aprendamos juntos 2030*.

¹ Mónica Soto: Doctora en Educación Matemática Universidad de los Lagos. Académica FEN- UAH.

46

¿Cuándo acudir a consulta de salud mental?

§

ALFONSO CORREA DEL RÍO

CATALINA DATTAS VARGAS

Psiquiatras infantiles y del adolescente



El desarrollo de un niño integra varios elementos, tanto intelectuales, físicos, socioemocionales, espirituales y culturales que se ven potenciados dentro de un entorno familiar, social, educacional y comunitario, los que permiten avance y crecimiento en su vivir. Existen diversas alteraciones dentro del desarrollo del niño que pueden aparecer, pero hay que recordar que no todas estas deben ser consideradas como una patología. En caso de una alteración o retroceso en alguno de los elementos mencionados durante el capítulo, se sugiere consultar con alguno de los profesionales o especialistas mencionados y, en caso de mayores dudas, consultar con su pediatra de cabecera.

Esperamos que a través de este capítulo puedan identificar elementos a considerar como alertas para la oportuna consulta y de esta manera prevenir, evitar o tratar patologías que puedan afectar a sus hijos.

Al detectar un problema de salud mental en nuestro hijo, ¿qué debemos hacer como padres?

Es importante enfatizar que, como hemos profundizado en otros capítulos, hay que tener en cuenta que lo sano mentalmente no es *no tener problemas*, tampoco es que sepamos resolver todas las dificultades ni menos que sepamos resolverlas solos. Tanto nuestros hijos como nosotros como adultos tendremos momentos de desadaptación a las situaciones que vivimos.

Sobre qué debemos hacer como padres, lo primero es ser conscientes de las dificultades y ser conscientes también de que nos está costando saber cómo afrontarlas. En segundo lugar, es necesario compartir con alguien ese sentir, pedir ayuda a nuestro entorno natural y cercano. El solo hecho de hablar sobre lo que nos pasa ayuda a tener otra perspectiva. El poner palabras a nuestro sentir organiza y reordena. Cuando esas palabras son verbalizadas a otro, tenemos una apertura mayor para mirar la situación desde más alto.

El primer paso, “ser conscientes de las dificultades”, no siempre es fácil. Necesitamos muchas veces que otros nos puedan ayudar a ver el síntoma. Para ello es necesario estar abiertos como padres a escuchar no solo a los hijos, sino también a otros padres, amigos y a la comunidad más cercana. Muchas veces son ellos los que nos alertan y nos muestran las señales que hacen necesario que pidamos ayuda.

Cada vez existen más personas capacitadas en primeros auxilios psicológicos, sea porque realizaron una capacitación en ello o por otros aspectos formativos que han recibido. Esto permite que en situaciones de crisis que afectan a un mayor número de personas, se pueda acceder más fácilmente a alguna ayuda y no requerir siempre de algún profesional de la salud mental, sea en psiquiatría o psicología clínica.

El paso siguiente, luego de tomar conciencia de un síntoma y buscar la ayuda en la red de apoyo¹¹¹ natural, consiste en la búsqueda de ayuda profesional, ya sea del sistema público (a través de servicios de atención primaria en CESFAM¹¹², o en el nivel secundario

111 Ver capítulo 44, “Redes de apoyo”.

112 Centro de salud familiar.

en COSAM¹¹³ o terciario en hospitales) o del sistema privado (en algún centro de atención de salud mental, clínica o consulta particular).

¿Cómo saber cuándo es momento de consultar con un profesional en el área? ¿Frente a qué signos y síntomas debo estar alerta?

Vale la pena definir qué es un síntoma y qué es un signo. Un síntoma es una señal subjetiva de que algo ha superado nuestra capacidad de adaptación y un signo es la señal más concreta u objetiva de ello. No toda molestia o sentimiento desagradable es un síntoma. De hecho, la minoría lo son. Cuando nuestras capacidades como organismo vivo se ven superadas, incluidas las capacidades de nuestro entorno (familia, amigos u otras personas con vínculo positivo), y no logramos resolver o *disolver* el problema, debemos acudir a algún profesional en el área.

El tiempo que uno debe esperar es variable según la situación y claramente aquello no es fácil de transmitir adecuadamente en este texto: lo importante es dar el tiempo justo para cada cosa, que no sea demasiado pronto sin darse la oportunidad de resolverlo uno con su entorno ni demasiado tardío, negándonos a la ayuda externa. Es decir, debemos confiar en las capacidades propias y, al mismo tiempo, evitar un orgullo excesivo que nos haga demorarnos en consultar y aumentar el daño. Cuando el problema es desde un inicio muy desbordante, en el que claramente las redes de apoyo natural no bastarán, entonces se debe consultar desde un comienzo. Por otro lado, si ya los recursos propios se ven superados o las redes de apoyo natural son insuficientes, debemos acudir al especialista.

¿Cuál es el rol de cada profesional del equipo de Salud Mental Infantil? ¿A quiénes recurrir?

En el equipo de salud mental los profesionales son variados y pueden trabajar en conjunto. Independiente de a quién se le consulte primero, entre el equipo existe el conocimiento para derivarse internamente en caso de ser necesario, lo que siempre se conversa con los padres para seguir la mejor indicación acorde a la problemática evaluada. Si bien el profesional médico es el encargado de establecer el diagnóstico y planificar el esquema de tratamiento –las intervenciones a realizar– y los profesionales que debieran intervenir, esto puede comenzar con la evaluación inicial de otro profesional.

113 Centro comunitario de salud mental.

Las profesiones habitualmente involucradas son Psicología, Psiquiatría, Neurología, Pediatría, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Psicopedagogía, a los que en situaciones especiales se agregan Trabajo Social, Kinesiología, Nutrición, Enfermería, TENS o cuidador personal.

En la tabla 41-1 mostramos los motivos de consulta más frecuentes según edad y la recomendación sobre quiénes son los profesionales más frecuentemente involucrados.

Edad	Motivo de consulta frecuentes según edad	¿A quién recurrir en primera instancia?	¿Qué otro profesional participa de la evaluación o tratamiento?
0 - 1	Inseguridad en el vínculo, alteraciones del sueño, niño que llora mucho, exceso de irritabilidad.	Pediatra Psiquiatra Infantil Neuropediatra	Psicólogo Perinatal
	Alteración de la alimentación, cólicos, alergia alimentaria.	Pediatra Nutricionista Gastroenterólogo	Equipo de tratamiento integral, incluyendo Psiquiatría Infantil, Nutriología y Psicología
	Falta de interacción con el ambiente, apego desorganizado, estimulación temprana.	Pediatra Neuropediatra y/o Psiquiatra Infantil	Terapeuta ocupacional Fonoaudiólogo Psicólogo clínico Infantil Kinesiología
1 - 3	Manejo pataletas.	Pediatra (en situación de normalidad de la conducta) Psicólogo Clínico Infantil	Psiquiatra Infantil
	Evaluación del desarrollo (lenguaje, psicomotricidad).	Pediatra Neuropediatra Psiquiatra Infantil	Fonoaudiología Terapia Ocupacional
	Retraso en el lenguaje, dificultad en el procesamiento sensorial, desregulación emocional o conducta, déficit en la comunicación social y sospecha Espectro Autista.	Fonoaudiología Terapia Ocupacional Neuropediatra Psiquiatra Infantil	Equipo de tratamiento integral - FonoaudiologíaTerapia Ocupacional - Psicología Clínica Infantil
	Selectividad alimentaria.	Pediatra Psiquiatra Infantil Psicología clínica Infantil	Equipo de tratamiento integral - Nutriologa - Nutricionista - Terapeuta ocupacional - Fonoaudiología

3 - 5	Persistencia del Oposicionismo, ingreso ansioso al colegio, celos excesivos ante nacimiento de hermano.	Psicología clínica Infantil Psiquiatra Infantil	Terapeuta familiar para terapia parental
	Disfunción parental, alteración integración social, conductas obsesivas, desregulación emocional. Ansiedad de separación.	Psiquiatra Infantil Psicología clínica Infantil	Terapeuta familiar Terapeuta grupal (Ps o TO) Terapia Ocupacional Psicólogo clínico Infantil
	TEA, TDAH del preescolar y otros trast del desarrollo.	Neuropediatra Psiquiatra Infantil	Psicología clínica Infantil Fonoaudiología Terapeuta Ocupacional Terapeuta grupal
5 - 11	TDAH, bajo desempeño escolar.	Neuropediatra Psiquiatra Infantil	Neuropsicólogo clínico infantil Psicopedagogía Terapia Ocupacional
	Reacciones o trastornos ansiosos, trastornos del ánimo.	Psicólogo Clínico Infantil Psiquiatra Infantil	Terapia Ocupacional

Tabla 41-1. A quién acudir según el motivo de consulta más frecuente, por rango de edad

¿Cómo se comunica el equipo con los padres y con el colegio u otras redes?

La comunicación con los padres o tutores debe ser continua. Cada profesional establece una forma de diálogo, ya sea sesión a sesión o cada cierta cantidad de sesiones. Cuando un equipo variado atiende a un niño, se debe privilegiar que exista un interlocutor principal que sea el que tiene un diálogo más cercano con los padres, para evitar el exceso de información que pueda confundir la intervención.

Cuando un niño o niña está en tratamiento, ocasionalmente es necesaria la coordinación entre el equipo tratante no solo con los padres, sino además con el equipo docente. Esta se realiza siendo los padres los intermediarios de la comunicación entre los otros dos equipos. A veces los padres autorizan para que los tratantes se comuniquen directamente con el colegio; sin embargo, ellos –tutores legales– deben mantenerse informados de lo conversado. Para complementar sobre el tema de comunicación padres-colegio y otras redes de apoyo, ver capítulos 47, Redes de apoyo y 48, Relación padres-escuelas.

¿Cuándo es estimulación temprana y cuándo terapia?

Para poder definir en qué momento se indica estimulación temprana o terapia es necesario precisar y explicar la diferencia entre ambas.

La estimulación temprana hace referencia al conjunto de herramientas dirigidas a los niños durante sus primeros años de vida (en general entre 0 y 6 años) que tienen como fin estimular y potenciar el desarrollo de sus habilidades físicas, intelectuales y socioemocionales, lo que a su vez previene el retraso del desarrollo psicomotor. Por otro lado, la terapia es necesaria una vez que estas estrategias preventivas no son suficientes para detener un retraso en el desarrollo psicomotor o en la aparición de una patología. Cuando, a pesar de una intervención preventiva reiterada, no se logra evitar una alteración en el desarrollo normal del niño, es necesario realizar una terapia que detenga el avance de la patología o del retraso del desarrollo psicomotor bajo la orientación del Pediatra o especialista a cargo.

¿Cuáles son las alertas ante cada grupo de síntomas?

Cada patología presenta diferentes alertas o situaciones en donde los padres deben dar aviso a los profesionales tratantes o consultar a un especialista para su apoyo. En la tabla 41-2 se describen las alertas según cada grupo de síntomas, sin necesariamente corresponder a alguna patología en particular, puesto que aquello lo determinará el especialista. Es importante destacar que de manera general siempre es bueno consultar con un profesional o especialista cuando se ve que ciertas situaciones o conductas del niño están interfiriendo en su funcionalidad, afectando su desarrollo físico, intelectual o socioemocional. En caso de mayores dudas, se sugiere consultar con su pediatra para obtener una adecuada orientación.

Alteración del sueño (Ver capítulo 17, "Sueño")	- Somnolencia diurna asociada a irritabilidad. - Dificultad para conciliar el sueño durante un período extendido, a pesar de mantener adecuada higiene del sueño y rutina de sueño previo a acostarse. - Incontinencia urinaria nocturna cuando previamente existía continencia.
Irritabilidad y disregulación emocional (Ver capítulo 8, "Comunicación emocional"; 9, "Pataletas"; y 31, "Educando al niño con TDAH")	- Episodios de irritabilidad llegando a auto o heteroagresión (hacerse daño a sí mismo o a otros). - Episodios de disregulación emocional mantenida durante períodos extensos del día a pesar de que no haya un desencadenante o que el desencadenante se elimine.
Alimentación (Ver capítulo 21, "Alimentación")	- Disminución o alteración en la alimentación afectando el desarrollo pondoestatural del niño. - Selectividad en la alimentación asociado a una evitación de algunas texturas. - Restricción severa en la alimentación o conductas de compensación (como vómitos) asociadas a una baja autoestima y deseos de cambio.
Miedos o ansiedad (Ver capítulo 35, "Ansiedad")	- Cambios o aumento en la intensidad de los miedos, más allá de los normales para la edad. - Aislamiento o retraimiento en su relación socioemocional con su entorno. - Limitación o alteración de su funcionamiento diario.
Bajo desempeño escolar (Ver capítulo 23, "Hábitos de estudio" y capítulo 31, "Educando al niño con TDAH")	- Niño desmotivado con estudiar, aprender o asistir a clases. - Autoestima baja en relación a su desempeño. - No logra mantener la atención durante un período esperado para la edad y se desconcentra rápidamente. - Elementos que orienten a consumo de sustancias.
Retraso en algún área del desarrollo	- Retraso según hitos esperados en el desarrollo del lenguaje (ver capítulo 7, "Lenguaje"). - Retraso en los hitos esperados en el desarrollo de habilidades motoras (motor grueso y fino) (ver capítulo 18, "Libertad de movimiento"). - Incontinencia urinaria diurna en niños mayores de 4 años y nocturno en niños mayores de 5 años (ver capítulo 22, "Control de esfínteres"). - Incontinencia fecal diurna en niños mayores de 4 años y nocturno en niños mayores de 3 años (ver capítulo 22, "Control de esfínteres").
Bullying escolar (Ver capítulo 36)	- Aislamiento con su grupo de pares. - Solicitar encarecidamente no asistir más al colegio o evitar actividades relacionadas a este. - Baja de ánimo mantenida en el tiempo. - Irritabilidad permanente. - Llanto o angustia constante que no cede a la contención verbal o al acompañamiento. - Desmotivación en relación al estudio o dificultad para concentrarse. - Desmotivación al realizar actividades que previamente le parecían placenteras.

Tabla 41-2. Alertas en cada grupo de síntomas

Educando en el agradecimiento

§

MARIANA LABBÉ TORRES

Psiquiatra infantil y del adolescente



Estamos en un mundo que va a un ritmo frenético, lleno de exigencias y deseos sin fin. Es muy fácil sentir frustración e insuficiencia. En este escenario, enseñar a nuestros hijos el valor del agradecimiento se convierte en una tarea esencial para fomentar una mentalidad positiva, un amor propio saludable y una conexión profunda con el mundo que nos rodea.

¿Existe una relación entre la felicidad y ser agradecidos?

Tenemos un set point para la felicidad o el bienestar, como la temperatura corporal que tiende a mantenerse en cierto rango; lo mismo podría pasar con la vivencia de *bienestar subjetivo*¹¹⁴. Creemos que lograremos la anhelada felicidad, si cumplimos ciertos sueños y si nos pasan cosas buenas (cosas externas a nosotros), pero las investigaciones muestran que, tras el impacto de eventos altamente positivos, las personas simplemente se adaptan y vuelven a su nivel de previo de bienestar o a su set point. Diferentes investigadores evaluaron a un grupo de personas que habían ganado importantes sumas de dinero en la lotería: si bien al poco tiempo del suceso este grupo presentó un aumento en su bienestar, algo más tarde, el nivel de bienestar volvió a su línea de base. Lo mismo pasa frente a eventos estresantes. Estudios verificaron que personas que sufrieron un accidente medular que los llevó a tener que usar sillas de ruedas, contrariamente a lo que podría suponerse, luego de un tiempo de duelo no registraban un menor nivel de satisfacción al que tenían previo al suceso. Estas personas volvían a estar tan satisfechos con sus vidas, como lo habían estado en el período anterior al accidente. El set point de bienestar subjetivo varía de persona a persona y puede tener cierta desviación según las experiencias vitales y los aprendizajes. En resumen, algunas personas tenderán biológicamente a ser más resilientes y otros tenderán más a la ansiedad y depresión. Las diferencias entre individuos se deben principalmente al temperamento y a la personalidad. Tiene bases en la genética, como también en las vivencias de las personas, sobre todo en las experiencias relacionales con nuestras *figuras de apego*¹¹⁵. El bienestar subjetivo depende de ese *diálogo interno* (cómo nos hablamos a nosotros mismos) y cómo interpretamos lo que nos pasa.

Sonya Lyubomirsky¹¹⁶ estudió gemelos univitelinos (mismo componente genético) y encontró que un 50% de diferencia entre los niveles de felicidad de las personas dependía de su valor de referencia o set point, el cual estaba determinado genéticamente,

114 Bienestar subjetivo es la evaluación que la propia persona hace respecto a cómo se siente con su vida o en un período de ella.

115 Ver capítulo 4, "Vínculo seguro".

116 Psicóloga rusa, profesora de la Universidad de California. Doctora en psicología social y de la personalidad por la Universidad de Stanford. Graduada *summa cum laude* por la Universidad de Harvard. Autora del libro *Los mitos de la felicidad: Descubre las claves de la felicidad auténtica*.

mostrando que se retorna a ese valor de referencia a pesar de haber pasado por grandes dificultades. En su modelo comprensivo, se plantea que solo el 10% de las diferencias en los niveles de felicidad se explican por las distintas circunstancias de la vida (niveles socioeconómicos, salud o enfermedad, belleza física). Esto sería por la adaptación hedónica. Queda un 40% restante que depende de nuestros comportamientos y diálogos internos. Es una parte importante para poder incidir sobre nuestra felicidad.

Una forma de modificar nuestro set point es a través del *cultivo* de nuestro interior. Se trata de lograr estar en el momento presente, con aceptación y sin juicio, ser más compasivos y generosos. Hacer el ejercicio de *agradecer* ha demostrado en múltiples investigaciones que genera bienestar, nos cambia nuestro set point interno, nos hace más resilientes. La práctica de agradecer nos brinda mayor bienestar, un bienestar más permanente, que depende menos de nuestras circunstancias o de lo que nos ocurra en el día a día.

¿Debemos educar el cultivar nuestro interior en tiempos de tanta prisa?

Estamos en la época de lo inmediato, todo lo queremos al instante; ¡Lo quiero para ya! ¡Ojalá que para ayer! Los niños van copiando a los adultos: tienen toda una programación de su día, clases a diferentes horas, actividades predeterminadas, un tiempo para comer, para llegar a la casa, jugar un rato, tareas, la rutina de la noche e irse rápido a la cama. No es malo tener ritmos y rutinas, pero, si se lleva esta estructura a deber-hacer-mucho-en-poco-tiempo, no solo el adulto se llenará del estrés, sino también los niños.

Estamos invadidos por la tecnología, pegados al móvil y este abuso tecnológico no nos conecta con nuestro interior, sino que nos saca de él, nos distrae. Estamos recibiendo constantemente un tsunami de información. Con la exigencia de *hacer* mucho y poco espacio para el *ser*. Entonces, tenemos que generar el hábito de intentar vaciarnos y enlentecer el proceso en el que estamos, para tomar más conexión con el *aquí y ahora*.

Con nuestros hijos tenemos que desarrollar el hábito de estar en el momento presente y hablarnos más compasivamente¹¹⁷. Es esencial cultivar el ser, estar conectado con uno mismo, los valores y las virtudes. El agradecimiento es una virtud –la virtud de valorar– que se desarrolla en el tiempo. A través del agradecimiento, podemos cultivar otros valores.

117 *Compasión*: similar a la palabra empatía, involucra el hecho de compenetrarse e involucrarse en el padecimiento o el sentimiento del otro, lo que lleva a una conducta solidaria, respetuosa, comprensiva y generosa hacia el otro.

Educar la vida interior de nuestros hijos les puede ayudar a reconocer, regular y gestionar sus emociones de una forma más adecuada y saludable¹¹⁸. Se puede enseñar a los niños y adolescentes a aprender a escoger, a tolerar la frustración, a aplazar la recompensa inmediata, a gozar del esfuerzo. Hay que favorecer que los niños puedan tomar conciencia de sus emociones y necesidades, de sus límites, de sus motivaciones, que de a poco vayan forjando su propia idea de sí mismos y del mundo. En definitiva, la educación de la interioridad nos ayuda a ser nosotros mismos y a ser más felices.

¿Cómo favorecer el hábito de agradecer?

Hay un libro llamado *Pensar rápido, pensar despacio*, de Daniel Kahneman¹¹⁹, que habla de que hay un pensamiento rápido, emocional, que no necesita esfuerzo mental y extrae conclusiones de forma automática, y un pensamiento lento, que es reflexivo y racional. El cerebro intenta ahorrar energía, por lo que prioriza el pensamiento automático sobre el más reflexivo. Por esto, los hábitos son fundamentales, porque si transformamos una conducta en un hábito, esta tenderá a activarse automáticamente.

Se puede favorecer el hábito de agradecer a través de prácticas formales (por ejemplo, hacer consciente que se tomará un tiempo para concentrarse en todo lo que queremos agradecer) o informales, como agradecer en el momento que nos sentimos agradecidos o cuando recordamos e invocamos espontáneamente algo que nos genera agradecimiento. Así, el agradecimiento será parte de nuestra forma de ver el mundo y lograremos mayor bienestar.

Para cultivar el agradecimiento, hay algunas estrategias sencillas que se pueden realizar individualmente o, idealmente, como práctica familiar (ver tabla 47-1).

118 Ver capítulo 8, "Comunicación emocional".

119 Psicólogo israelí-estadounidense. Ha trabajado sobre la psicología del juicio, la toma de decisiones y la economía del comportamiento.

Diario de gratitud	Dediquen unos minutos al día para escribir en un diario tres cosas por las que estén agradecidos. Pueden ser grandes o pequeñas, simplemente enfóquense en reconocerlas. Se puede escribir o mencionar en la noche, antes de dormir. Hay personas que utilizan un frasco del agradecimiento y van colocando papeles con dibujos o frases que lo conectan con este. Cuando las personas están atravesando una situación más desagradable, pueden ir y leer lo que escribieron.
Expresión de gratitud	Practiquen expresar el agradecimiento hacia las personas que les rodean. Puede ser con palabras, notas escritas a mano, dibujos o pequeños actos de bondad.
Reflexiona sobre las experiencias positivas	Tómense un momento para recordar las experiencias gratificantes y reflexionar sobre cómo les han impactado de manera positiva. Aprecien los aspectos positivos de esas experiencias. Se puede hacer recordando una situación (por ejemplo, unas vacaciones), un momento donde lo pasaron muy bien como familia o donde el niño tuvo un desafío y logró algo con su esfuerzo, que son como sus propias historias de héroe o pequeñas victorias. Se pueden ver fotos que conecten con lo anterior. Tener objetos o recuerdos en la habitación que conecten con esas experiencias, que les recuerden que han tenido lindos momentos, que son amados, respetados, valorados y que pertenecen a un grupo.
Enfócate en lo positivo	Intenten cambiar la mentalidad para enfocarse en los aspectos positivos de la vida, en lugar de quedarse atrapados en los negativos. Reconozcan los pequeños momentos de felicidad y denle importancia. No se trata de negar o minimizar lo negativo. Se trata de evitar las generalizaciones, ponderar lo transitorio de lo permanente, hablar más de la situación y emoción que generó una situación que de algo que se debe a la identidad de la persona o de algo personal. Por ejemplo: si no obtuvo el resultado que quería en la prueba, podría decir “soy tonto, no sirvo”, pero un enfoque más positivo sería “No estudie lo suficiente, sé que, si me preparó mejor, me irá mejor”.
Hacer actividades que conecten con el bienestar	Compartir, practicar deporte o una actividad artística, leer un libro juntos, explorar y frecuentar la naturaleza, cocinar juntos, hacer algún tipo de meditación, rezar, leer sobre crecimiento personal, etc. Mihály Csíkszentmihályi, psicólogo que escribió el libro <i>Fluir</i> , dice que el bienestar estaría en la actividad humana en sí y no en la satisfacción o logro de la meta final. La teoría del flujo, también llamada “Teoría de la experiencia óptima”, se formuló a partir de una rigurosa investigación en la que se midió la calidad de las experiencias vividas en un conjunto de sujetos, donde las personas que referían mayor bienestar era las que lograban la absorción en la tarea, el placer o disfrute en la actividad, sin ser muy conscientes del tiempo, a lo que llamó estar en el Flow (en el estado de fluir). Ser consciente de estas pasiones, de haber experimentado el fluir.

Tabla 47-1. Estrategias para cultivar el agradecimiento

Recuerda que la práctica constante es clave para cultivar el agradecimiento. A medida que integres estas estrategias en tu vida diaria y lo practiques con tu familia, notarás los beneficios en tu bienestar y en los que te rodean.

¿Qué más necesitamos para construir esa actitud de agradecimiento?

La interioridad es más que los pensamientos que tenemos, es todo un conjunto de información a la que no siempre estamos atentos (sensaciones físicas, emociones). Trabajar la interioridad será como poner la lupa a nuestra conciencia: que la propia mente se mire a sí misma y al cuerpo. El doctor Daniel Siegel, neurobiólogo, llama a esa capacidad *mindsight*. Esta función de la mente humana no hay que confundirla con la capacidad de razonar, reflexionar o divagar, sino más bien con la de observar (contemplar, poner atención) nuestras propias sensaciones, emociones o pensamientos con una actitud de *testigo*, sin juicio. No se refiere a enfocar nuestra atención en todo lo que pasa en nuestro interior, porque caeríamos en un error que, al contrario de lo que se busca, nos llevaría a un deterioro del bienestar. Cuando hay excesiva auto-preocupación, autoanálisis o búsqueda del sí mismo, los estudios muestran que hay un empeoramiento de nuestra salud mental. Los invito a leer sobre la red neuronal por defecto (*Default*). Esta red de nuestro cerebro se activa cuando divagamos, cuando aparentemente estamos en reposo, no ocupados en realizar una actividad en particular. Esta red es importante para la creatividad, resolución de problemas, conciencia de sí mismo y otros, pero pasar mucho tiempo vagabundeando en nuestros pensamientos nos puede hacer mal, nos desconecta de los otros y del disfrute. Entonces, el ejercicio que se busca es una meditación, aprender a estar presente sin juicio, volviendo amablemente al aquí y ahora, cuando la mente quiere comenzar a divagar.

Cuando invitemos a los niños a conectar con el agradecimiento el ideal es que logren el *mindsight*, la capacidad de la mente humana para contemplarse a sí misma. La idea es que no solo sea desde reconocer cognitivamente que se está agradecido, sino desde la emoción y sensación corporal que nos genera una situación particular.

¡Diga gracias! ¿Cómo se dice? Por favor y gracias

Enseñar gratitud a nuestros hijos va más allá de enseñarles a decir «gracias». Se trata de guiarlos para que puedan identificar y valorar las experiencias positivas que la vida les ofrece. Puede ser beneficioso que los niños sean *políticamente correctos*, ya que favorece habilidades sociales y el respeto mutuo, pero aún mejor si les ayudamos a conectar con su interior. “¿Cómo te hace sentir? Concéntrate en tu cuerpo, en las sensaciones, ¿cómo te hace sentir haber logrado esto que querías? ¿Cómo te hace sentir que este amigo te ayudara? ¿Qué notas en tu cuerpo cuando estás probando esa comida o acariciando a este perro? ¿Es amor, alegría, disfrute, tranquilidad, paz, satisfacción, esperanza, curiosidad? ¿Me siento importante para el otro, querido, apre-

ciado?”. Agradecemos sentir ese bienestar y valoremos a la persona o situación que lo generó. Esto incluye auto-agradecerse. En la satisfacción global, el contenido afectivo es más importante que lo cognitivo, aunque ambos están relacionados.

¿Qué importancia tiene el ser un buen modelo?

Educar en el agradecimiento es enseñar a sentir el privilegio de vivir, soñar y amar. Apreciar la belleza, cultivar el asombro, incluso por las cosas simples, por los pequeños detalles, sin que haya ocurrido nada extraordinario. Esto lo podemos transmitir a los niños, practicándolo nosotros mismos, viviendo y expresando agradecimiento, conectando con el amor, la alegría, el goce y el asombro en nuestras acciones cotidianas. Albert Einstein decía: “Educar con el ejemplo no es una manera de educar, es la única”. Cuando los niños nos vean mostrando y sintiendo gratitud hacia los demás o por una situación, incluso por algo propio, entenderán que es una actitud valiosa y digna de imitar, fomentando que tengan esa actitud de aprecio constante en su día a día.

Enseñemos a valorar a las personas que nos cuidan y nos acompañan, los esfuerzos y los actos de generosidad de los demás, las cosas buenas que nos rodean, nuestro cuerpo, nuestros talentos, capacidades, valores y virtudes. Alentarles a que expresen su gratitud de manera sincera y oportuna, ya sea a través de palabras, dibujos o un simple gesto de agradecimiento, les brindará la oportunidad de compartir su gratitud y fortalecer el vínculo con quienes les rodean al sentir la alegría que da el dar.

¿Qué relación hay entre virtud y felicidad?

Según Aristóteles, las *virtudes* son las que nos permiten llevar una *buen vida*, ser felices. Señala que la virtud es, por tanto, el camino de la felicidad. Actuar moralmente, ser buenos ciudadanos. Es lo que llamó la ética del *eudemonismo*¹²⁰, relacionada con la autorrealización, autodeterminación, autoaceptación, propósito, sentido de vida, la cooperación y confianza en los demás. Es decir, con vivir una vida virtuosa. El padre de la psicología positiva, Martín Seligman, también pone a las virtudes como la base para el florecimiento, para vivir y alcanzar bienestar. Son las fortalezas o rasgos de carácter las que nos permiten alcanzar ese tipo de vida. Por otro lado, el *hedonismo* sostiene que la felicidad consiste en maximizar el placer y minimizar el dolor, lo que está asociado a la gratificación inmediata. Tenemos entonces que distinguir entre los

estados afectivos placenteros, pasajeros, que nos pueden producir ciertas situaciones, versus la satisfacción percibida cuando actuamos en coherencia a nuestras aspiraciones y valores. Esta última generaría una gratificación no inmediata, pero más duradera. El hedonismo es algo más efímero (asociado al *tener*), mientras el eudemonismo está asociado más al *ser*, que es permanente.

Por esto, creo importante favorecer las virtudes en nuestros niños. Los griegos mencionan cuatro *virtudes éticas*: justicia, sabiduría, fortaleza y templanza. A estas agregaría la gratitud, la humildad, la tolerancia, el respeto, la solidaridad, la honestidad, la compasión con uno mismo y con los otros. Centrarnos solo en el hedonismo (la satisfacción inmediata y breve) puede ser peligroso, podría volvernos egoístas, utilitaristas y consumidores insaciables. No creo que ese sea el camino para el bienestar individual, comunitario ni planetario.

¿Qué consecuencias tiene ser agradecidos?

Al enseñarle a nuestros hijos la virtud de ser agradecidos, los capacitamos para que sean conscientes de las cosas buenas que tienen y aprendan a valorarlas. Esto los ayuda a conectar con los demás, desarrollar empatía, compasión, tener un diálogo más amable con ellos mismos y con los otros, a cuidarse y cuidar. Les permitirá también enfrentar desafíos y momentos difíciles con una actitud más optimista. Incluso, se puede agradecer tener experiencias difíciles, emociones o sensaciones displacenteras, porque estas cosas, que frecuentemente se catalogan como malas, pueden estar ahí por una razón, para ayudarnos a detectar que estamos cansados, que algo es peligroso, que necesitamos ayuda, que tenemos que cuidarnos o nos lleva algún aprendizaje.

No existen las emociones o sensaciones “buenas o malas” ni “positivas o negativas”, sino agradables o desagradables¹²¹. Todas las emociones o sensaciones son válidas y tienen una función. Cuando al niño se le esté haciendo difícil conectar con el agradecimiento por alguna experiencia que valore negativamente, se le puede compartir el cuento Sufí: *Buena suerte o mala suerte, ¿Quién sabe?*¹²² o alguno que cuente la historia de los héroes. Porque el viaje o el camino del héroe siempre comienza con una llamada a la acción, un desafío que los lleva a pasar momentos difíciles y que impulsa a explorar nuevas posibilidades, para al final ganar una habilidad o un conocimiento. Odo Marquard en su libro *Felicidad en la Infelicidad*, dice: “lo humanamente posible no es la perfecta felicidad, sino la imperfecta felicidad, la felicidad en la infelicidad (...)”

120 *Eudemonismo* o *Eudaimonismo*: concepto filosófico sobre una ética basada en la búsqueda de la felicidad a través de una vida buena, coherente con nuestras virtudes.

121 Ver capítulo 8, “Comunicación emocional”.

122 Ver en https://www.youtube.com/watch?v=_hyHgzmRZU código QR en la bibliografía.

porque para los hombres no existe la felicidad sin sombras”. Debemos saber que somos merecedores de felicidad y de amor, teniendo cuidado con sabotearnos, pensando que el bienestar está en la perfección.

En la tabla 47-2 se resumen los beneficios para la salud que ha demostrado practicar la gratitud:

Mejora del bienestar emocional	La gratitud está relacionada a una mayor satisfacción con la vida, niveles más bajos de depresión y ansiedad, y una mayor felicidad o bienestar en general. Las personas con mayor bienestar son más sociables, creativas y solidarias. Son más sanas y más longevas.
Reducción del estrés	El acto de expresar gratitud se ha asociado con una disminución de los niveles de cortisol, una hormona relacionada con el estrés. Además, practicar la gratitud puede ayudar a mejorar la resiliencia y afrontar el estrés de manera más efectiva.
Mayor optimismo y positividad	La gratitud está relacionada con una visión más optimista de la vida y un aumento de sentimientos positivos. Cultivar una mentalidad agradecida puede ayudar a cambiar el enfoque hacia lo positivo en lugar de enfocarse en lo negativo.
Mejor calidad de sueño	La gratitud antes de dormir se ha asociado con un mejor sueño y una mayor calidad del mismo. Esto puede deberse a que el acto de enfocarse en cosas positivas antes de acostarse ayuda a calmar la mente y promover la relajación.

Tabla 47-2. Beneficios del agradecimiento para la salud

Lectura recomendada

Brown, B. (2016). *Los dones de la imperfección*. Gaia Ediciones.

Capponi, R. (2019). *Felicidad sólida, sobre la construcción de una felicidad perdurable*. Zig-Zag.

Clear, J. (2021). *Hábitos Atómicos*. Paidós.

Csikszentmihályi, M. (2021). *Fluir (flow): una psicología de la felicidad*. Editorial Debolsillo.

Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Editorial Vergara.

Kahneman, D. (2014). *Pensar rápido, pensar despacio*. Editorial Debolsillo.

López González, L. (2015). *Educación interioridad*. Plataforma.

L’Ecuyer C. (2015). *Educación en la realidad*. Plataforma.

L’Ecuyer C. (2012). *Educación en el asombro*. Plataforma.

Lyubomirsky, S. (2008). *La Ciencia de la Felicidad*. Urano.

Marquard, O. (2007). *Felicidad en la Infelicidad*. Katz.

Martinez, D., Ivanovic-Zuvic, F. y Manríquez W. (2016). *La Felicidad (evidencias y experiencias para cambiar nuestro mundo)*. Serie roja, SONEPSYN.

Seligman, M.¹. (2016). *Florecer*. Editorial Océano

Seligman, M. (2011). *Niños optimistas*. Debolsillo.

Siegel, D. (2011). *Mindsight: La nueva ciencia de la transformación personal*. Ediciones Paidós Ibérica.

Videos

 Lyubomirsky, S. (Abril 2020). Desmitificando la felicidad. La felicidad en tiempos de incertidumbre, canal de YouTube de *Aprendamos juntos* 2030.

 D’Ors, P. (2021). El ejercicio lento de lo cotidiano. Canal de YouTube de *Aprendamos juntos* 2030.

 Cuento Chino (s.f.). *Mala suerte, buena suerte*.

¹ Martin Seligman, padre de la psicología positiva.

Bibliografía

Myers, M. (1992). The secrets of happiness. *Psychology Today*, 25, 38-46.

Myers, D.G. y Diener, E. (1995). Who Is Happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.

Brickmann, P., Coates, D. y Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: is happiness relative. *Journal of personality and social psychology*, 36, 917- 927.

Castro, A. (2009) El Bienestar Psicológico. Cuatro Décadas De Progreso. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*. 66, (23), 46-72.

Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological bulletin*. 125, (2), 276-302.

Diener, E., Lucas, R., y Scollon, C. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revisions to the adaptation theory of well-being. *American psychologist*. 61, 305-314.

Emmons, R y Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and social psychology bulletin*. 11, (1), 89-97.

Emmons, R.A., y McCullough, M.E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, (2), 377-389.

Fredrickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E., y Larkin, G.R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, (2), 365-376.

Jackowska, M., Brown, J., Ronaldson, A., y Steptoe, A. (2016). The impact of a brief gratitude intervention on subjective well-being, biology and sleep. *Journal of Health Psychology*, 21, (10), 2207-2217.

- Kini, P., Wong, J., y McInnis, S. (2016). Gabbing gratitude: A conceptual framework of the gratitude–health connection and a review of relevant literature. *Psychological Reports*, 119, (2), 281–307.
- Lyubomirsky S, King, L, Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803–55.
- Watkins, P.C., Woodward, K., Stone, T., y Kolts, R.L. (2003). Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude, and relationships with subjective well-being. *Social Behavior and Personality. An International Journal*, 31, (5), 431–451.
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: contrast of personal expressiveness: eudaemonía and hedonic enjoyment. *Journal of personality and social psychology*, 64, 678–691.
- Wood, A. M., Froh, J.J., y Geraghty, A.W.A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30, (7), 890–905.





Epílogo

§

¿Necesitamos hablar de estas cosas una y otra vez?

Toda relación –ser padres, por ejemplo– tiene aspectos que no cambian en el tiempo, como la noción de entrega, la preparación para la vida autónoma y la importancia de que el contexto de la crianza sea una matriz de socialización, de humanización y de afectividad. Lo que puede ir cambiando es la cultura en la que estas relaciones están insertas, la historia recorrida y las situaciones puntuales que toca vivir. El cómo se lleve a cabo este sentido de crianza puede variar sustancialmente, pero la importancia de aprender a relacionarse es una tarea constante, para todos.

¿Cómo trabajar la relación con equilibrio entre firmeza y cariño?

Mucho se repite la frase de que en el pasado se era más estricto, que los niños incluso aprendían a golpes y que ahora se les deja hacer de todo. Esta idea tiene dos errores conceptuales, constituyéndola como un mito. En primer lugar, no podemos afirmar que los niños aprendían, menos si esos mismos niños son los que ahora actúan como padres más permisivos con sus hijos; y, en segundo lugar, el no agredir no es lo mismo que ser más permisivo. Es posible poner límites sin ser agresivo.

Entonces, efectivamente puede ir de la mano el ser firme y a la vez cariñoso. Ser firme es muy distinto a ser autoritario o agresivo. La firmeza tiene relación con ofrecer seguridad, con ser consecuente cumpliendo lo que se dice, es decir, dar un marco de

seguridad y confianza gracias a que se es consecuente. Ser cariñoso, respetuoso y saber escuchar al otro no es lo mismo que ser permisivo. Ser permisivo implica ser inconsecuente, no cumpliendo lo que uno mismo ha dicho que cree importante cumplir¹²³.

¿Es cada vez más difícil poner límites en la “moda de crianza respetuosa”?

No crean que respetar es no poner límites. Criar con respeto no es moda, siempre ha existido, en forma fluctuante y con distintos estilos y creencias, pero hace miles de años también se sabía lo que era el respeto y la influencia que este tenía en las relaciones humanas (se deduce de los estudios antropológicos).

Volviendo a los límites: mostrar a los hijos que la vida tiene límites les ayuda a aceptar una realidad. Ser consecuentes entre lo que se dice y lo que se hace, como se ha dicho en varios capítulos de este libro, aporta seguridad, dado que el niño observa que existe consistencia entre ambas conductas y, aunque no le guste el límite que le especifican, se sentirá con más confianza tanto en el entorno como en sí mismo. Puede que el niño no tome conciencia en ese momento de la mayor seguridad interior que eso le aporta, que se sienta pasado a llevar e incluso alegrará falta de respeto. Pero no nos confundamos, falta de respeto sería no cumplir con lo que como padres creamos que es importante, siempre y cuando esto provenga de una convicción basada en el amor y no para demostrar autoridad, para desahogar una rabia o frustración como padre o madre, ni para descargar alguna inseguridad que tengamos por nuestros propios traumas.

Los límites que debemos poner son los que realmente creemos necesarios para cuidar, proteger y guiar, los que se disciernen desde las necesidades percibidas en los hijos¹²⁴, no las nuestras como adultos, sabiendo además que nos podemos equivocar y que podemos pedir perdón. Eso no rebaja nuestra autoridad, realza la experiencia de que somos seres que reflexionamos y que somos flexibles ante la aparición de otros argumentos que nos ayudan a cambiar de opinión. Reiteramos: no es lo mismo ser flexible que inconsistente, así como no es lo mismo ser consistente que rígido. Nuestra tarea consiste en ser flexibles y consistentes.

Esperamos que este libro les sirva de guía y los acompañe en la maravillosa tarea de acompañar el crecimiento de otra persona. Un abrazo grande a todos ustedes.

123 Recomendamos aquí la lectura del libro de Jorge Barudy (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: manual de evaluación de las competencias y resiliencia parental*. Editorial Gedisa.

124 Propias del desarrollo y de las características individuales, como se ha visto a lo largo de todo este libro.

Autores



Aguilera Espíndola, Roxana. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (desde 2022). Servicio de salud de Arica (2016-2022) Hospital de Linares (2022-2023) actualmente en Hospital el Carmen de Maipú y Hospital Roberto del Río.

Bretón Moll, Alejandra. Psicóloga clínica, psicodiagnóstico y psicoterapia infantil, adolescencia y adultez temprana. Clínica Alemana de Santiago (desde 2018). Formación en psicomotricidad, psicometría, alimentación y desarrollo en general.

Briceño Arias, Ana Marina. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (2009-2022). Autora del libro *Depresión en Adolescentes* (2022), Ediciones El Mercurio.

Burón Klose, Verónica. Neuropediatra Clínica Alemana de Santiago (desde 1990). Jefe Unidad de Neurología pediátrica. Directora diplomado de Neurobiología de Neurodesarrollo Infantil Universidad del Desarrollo-Clínica Alemana. Past President SOPNIA.

Bustamante Loyola, Jorge. Psicólogo Clínico 0-3 años, Clínica Alemana de Santiago (desde 2015) Master en Psicología y Psicopatología Perinatal (Universitat de Valencia), Junta Directiva de la asociación Mundial por la Salud Mental Infantil - filial España (ASMI-WAIMH).

Canals Lambarri, Sergio. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (desde 2002). Diplomado en Filosofía y Teología. Unidad de Psiquiatría Filosofía y Humanidades, Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile. Profesor Magíster en Ingeniería Industrial PUC. Autor del libro *Si todo Bullying nada es Bullying* (2010) y *El poder de la caricia* (2ª ed. 2014).

Carrasco Chaparro, Ximena. Neuropediatra, MS Neurobiología y Ciencias de la Conducta. Profesora Asociada Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Médico staff Neurología Pediátrica, Clínica Alemana de Santiago y Hospital Pediátrico Luis Calvo Mackenna, Fundación Soy más –La Pintana.

Castillo Franzoy, Marcela. Otorrinolaringóloga, Clínica Alemana de Santiago (desde 2009). Decana Facultad de Medicina Clínica Alemana UDD. Madre de un feliz joven con TEA no-verbal.

Castillo Contreras, Juan Martín. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (desde 2013).

Castro Medina, Sonia. Psicóloga Clínica Infantojuvenil, terapeuta grupal, equipo dolor crónico no-oncológico. Clínica Alemana de Santiago (desde 2006). Diplomada en Mindfulness relacional y prácticas del bienestar UAI. Formación en terapia centrada en la compasión.

Correa Del Río, Alfonso. Psiquiatra Infantil y del Adolescente. Jefe Unidad de Salud Mental Infantil Clínica Alemana de Santiago (desde 2008). Autor del libro *Mirándonos, promoviendo la empatía para prevenir la conducta suicida* (2019), *Naturaleza, fe y Psiquiatría* (2018) y *Empatía, una experiencia virtuosa* (2021), entre otros. COSAM-CODESAM Pudahuel. Presidente SOPNIA período 2024-2025.

Chaná Ferrada, María José. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (desde 2022).

Dávila Del Solar, Anamaría. Psicóloga Clínica Infantojuvenil, Clínica Alemana de Santiago (2009-2022). Terapeuta EMDR. Especialista en Psicodiagnóstico Clínico.

Dattas Vargas, Catalina. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (desde 2023). Encargada del programa de Salud Mental de Calera de Tango (2017-2019). COSAM-CODESAM Pudahuel (desde 2023) Instituto Chileno de Neurología (desde 2023).

Espoz Lazo, Pablo. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (desde 2022). Hospital Excequiel González Cortés (desde 2020). Jefe Unidad de Enlace desde 2023. Miembro Fundación GrowUp. Director SOPNIA desde 2022.

González Cano, Ángela. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (desde 2022). Facilitadora TripleP nivel 3. Hospital Excequiel González Cortés (2015-2023) en Unidad hospitalaria de cuidados intensivos de psiquiatría (UHCIP).

Herrera Huerta, Soledad. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (desde 2007). Terapeuta familiar. Diplomado en Abuso Sexual. Formación en dolor crónico y psico-oncología.

Iturra Enei, Francisca. Magíster en Psicología Clínica Infantojuvenil mención psicoanálisis. Postítulo en el área jurídica y en psicomotricidad infantil. Clínica Alemana de Santiago (desde 2023).

Jeanneret Murdoch, Valerie. Psiquiatra Infantil y del Adolescente Centro de adolescencia, Clínica Alemana de Santiago (desde 2020) Fellow psiquiatría infantil en Eberhard Karls Universität, Tübingen, Alemania. Terapeuta Familiar ICHTE. Diplomada en Trastornos Alimentarios y en Altas Capacidades.

Jaume Guazzini, Francisco. Psicólogo Clínico, Magister en Psicología Clínica, Doctor(c) en Psicología. Especialización en Salud Mental Infantil, Desarrollo Socioafectivo, Autorregulación e Investigación en Neurociencias/Psicofisiología Cognitiva y Afectiva. Psicoterapeuta infantil en Departamento de Pediatría, Clínica Alemana de Santiago (desde 2017).

Labbe Torres, Mariana. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (2016-2022). Terapeuta EMDR.

Loiza Bastías, Paloma. Trabajadora Social, Área hospitalizados, Clínica Alemana de Santiago (desde 2022)

Lüders Morales, Lorena. Psicóloga Clínica Perinatal. Clínica Alemana de Santiago (desde 2018)

Olivari Luengo, Antonia. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (desde 2022). Docente UDD. Master en prevención e intervenciones precoces en Salud Mental, Universidad de Verona Italia.

Osoorio Martini, Constanza. Psicóloga Clínica Infantil. Psicología de enlace. Clínica Alemana de Santiago (desde 2023).

Páez Alcoholado, Rosario. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (desde 2022). Postítulo en psicoterapia sistémica narrativa Infanto juvenil (Universidad de Chile) y trauma (IFIV). Hospital El Carmen de Maipú (desde 2014).

Portuguez Guiloff, Kareen. Psicopedagoga, University of UTAH, USA. Minor en Psicología Infantil, Universidad de Utah. Profesora de educación Básica, Universidad de Valparaíso. Programa Neurodesarrollo, Clínica Alemana de Santiago (desde 2010)

Rojas Bustos, Paula. Pediatra, Clínica Alemana de Santiago (desde 2011). Diploma Intervención Temprana PUC 2018.

Romero Jiménez, Macarena. Psicóloga Clínica perinatal e infantojuvenil, Unidad de Neonatología, Clínica Alemana de Santiago (desde 2023). Magister en psicoanálisis intersubjetivo PUC.

Rothhammer Achondo, Paula. Psicóloga Clínica Alemana de Santiago (desde 2016). Magíster en psicología clínica infanto juvenil Universidad de Chile. Doctora en psicología Universidad de Chile.

Rybertt Vergara, Vivian. Pediatra Nutrióloga Infantil y Adolescente. Jefa Unidad de Nutrición pediátrica y del programa de Trastornos Alimentarios Infantiles, Centro del Niño, Clínica Alemana (desde 2006).

Salinas Aguilar, Patricia. Pediatra, Jefe Unidad de Pediatría Ambulatoria, Clínica Alemana de Santiago (desde 2002). Autora del libro *Cuidando a tu hijo* (1997) y coautora *Consulta pediátrica, guía práctica* (2007).

Sepúlveda Maggiolo, Mireya. Psicóloga Clínica y de la Salud, Clínica Alemana (desde 2017) Magister en Psicología Clínica, Universidad Adolfo Ibáñez, Postítulo en Psicomotricidad Universidad Diego Portales, Diplomada en Neurobiología del Desarrollo Infantil, Universidad del Desarrollo, Diplomada en Trastornos de la Alimentación Pontificia Universidad Católica. Coordinadora Psicología del Departamento de Pediatría, Clínica Alemana de Santiago. Docente Universitaria. Miembro del GDT Salud Mental Perinatal de Sonepsyn.

Silva Jiménez, Carlos. Psiquiatra Infantil y del Adolescente, Clínica Alemana de Santiago (desde 2022). Magíster en Psicología Clínica Infanto-Juvenil. Unidad de terapia familiar Hospital Luis Calvo Mackenna (Universidad de Chile).

Smith Torres, Martha. Pediatra, Especialista en Medicina Intensiva Infantil PUC. Jefa de programa NANEAS, Clínica Alemana de Santiago (desde 2007).

Schönhaut Berman, Luisa. Pediatra, Centro del Niño, Clínica Alemana de Santiago (desde 2001). Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile. Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, Universidad de Chile. Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad de la Frontera. Doctor en Metodología de la Investigación Biomédica y Salud Pública, Universidad Autónoma de Barcelona. Profesor Investigador Titular Adjunto, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

Valenzuela Pérez, Pedro. Terapeuta Ocupacional, Centro del Niño, Clínica Alemana de Santiago (desde 2008). Diplomado en Trastornos del Espectro Autista, Universidad de Chile. Máster en Trastornos del Espectro Autista, Universidad de La Rioja y Viguera Editores.

Vargas Becerra, María Lorena. Terapeuta Ocupacional, Centro del Niño, Clínica Alemana de Santiago (desde 2016). Licenciado en Ciencias de la Ocupación Humana, Terapeuta Ocupacional, Universidad de Chile. Diplomada en cuidado integral en NANEAS. Especialista en el área de Neurodesarrollo , Juego, e Integración Sensorial. Hospital Luis Calvo Mackenna (1997-2019). Fundadora del Centro de Rehabilitación ALTHEA..

Venegas Silva, Viviana. Neuropediatra, Clínica Alemana de Santiago (desde 1999). Especialista en EEG y Epilepsia. Máster en ТДАН. Jefe Unidad de Neurofisiología y Epilepsia del Instituto Neurocirugía Dr Alfonso Asenjo. Centro Avanzado de Epilepsia Clínica Alemana. Past President SOPNIA. Editora del libro *Marihuana: consensos y evidencias de su impacto en la salud* (2015).

Venegas Castro, Andrea. Fonoaudióloga. Magister en docencia UDD. Programa Neurodesarrollo. Centro del Niño, Clínica Alemana de Santiago (desde 2013).

Yuri Blanch, Anita. Terapeuta Ocupacional, Programa de Neurodesarrollo, Centro del Niño, Clínica Alemana de Santiago (desde 2019). Certificada en evaluación diagnóstica de autismo ADOS-2.

Yañez Costa, Elizabeth Nicole. Pediatra Nutrióloga, Clínica Alemana de Santiago (desde 2002). Hospital de Carabineros (desde 1998).

Zerán Ruiz-Clavijo, Belén. Psicóloga Clínica Infantojuvenil. Unidad de Oncología Pediátrica. Clínica Alemana de Santiago (desde 2022). Máster en Psicooncología, Universidad Complutense de Madrid, España. Psicóloga del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna (2008 a 2021).

Palabras clave

§

<i>Abuelos</i> (35,449)	<i>Asertividad, asertivo</i> (92, 129, 131)
<i>Aburrimiento</i> (180)	<i>Bienestar Subjetivo</i> (22, 473)
<i>Abuso sexual</i> (156, 435)	<i>Boris Cyrulnic</i> (388)
<i>Accidentes</i> (67, 280)	<i>Bosque, baños curativos de</i> (141, 142)
<i>Acogida</i> (102, 385, 442)	<i>Bonding</i> (49)
<i>Acompañar</i> (10, 23, 67, 224, 233, 247, 262, 272, 277, 285, 349, 385, 44, 488)	<i>Buen trato, buenos tratos</i> (55, 148, 225, 373, 423)
<i>Acoso escolar</i> (367)	<i>Buena vida</i> (135, 478)
<i>ADN (Ácido Desoxirribonucleico)</i> (399)	<i>Bullying</i> (367, 430)
<i>Agradecimiento</i> (91, 141, 471)	<i>Células progenitoras</i> (403)
<i>Agresor</i> (369-372)	<i>Ciberbullying u hostigamiento digital</i> (250, 367)
<i>Altruismo</i> (111, 112)	<i>Código genético</i> (401)
<i>Ambiente seguro</i> (134, 166, 194, 353)	<i>Colaboración</i> (10, 35, 206, 374, 387)
<i>Anticipadores</i> (178)	<i>Colecho</i> (187)
<i>Autismo</i> (305, 335)	<i>Comorbilidades</i> (317, 331, 342)
<i>Autoestima</i> (166-168, 194, 211, 387, 393, 422, 433)	<i>Competitividad</i> (24, 422)
<i>Autonomía</i> (22, 29, 97, 165, 177, 231, 237, 396, 414, 449)	<i>Comunicación</i> (54, 77, 129, 215, 337, 396, 433, 438, 450, 461)
<i>Ansiedad</i> (30, 177, 187, 221, 287, 309, 357, 414, 470)	<i>Comunicación de noticias</i> (352)
<i>Angustia</i> (345, 360-365, 428)	<i>Comunicación emocional</i> (87-94)
<i>Alimentación</i> (82, 217)	<i>Conducta moral</i> (168)
<i>Alimentación perceptiva</i> (220)	<i>Conductas prosociales</i> (111)
<i>Antropocentrismo</i> (142)	<i>Conflicto de lealtades</i> (297)
<i>ARFID</i> (223)	<i>Consulta Salud Mental</i> (463)
<i>Arte</i> (13, 215)	<i>Consistencia</i> (176, 362, 488)
	<i>Contención</i> (52, 102, 196, 263, 287, 413)
	<i>Control de esfínteres</i> (231)

Control sano (67)
Cooperación (32, 111, 262, 433, 478)
Cultivo (474)
Creatividad (81, 141, 179, 204, 477)
Crisis (267, 296, 388, 392, 428)
Crisis epilépticas (325)
Cuerpo (148-158, 191, 201, 360, 477)
Cuidadores (448)
Deberes humanos (24)
Default, red neuronal por defecto (477)
Déficit atencional (313)
Desconcentración (315)
Desidealizar (198)
Diagnóstico (13, 339, 349, 385)
Dibujo (14, 209-216, 287)
Dioses (118,)
Dioses digitales (121)
Divorcio emocional (300)
Duelo (263, 283-292, 325, 341)
Edípico, período (147)
Educación para la salud (387)
Egocentrismo (139)
Elección de colegio (457)
Electroencefalograma (326)
Empatía (105-114, 129-131, 262, 479)
Empatía afectiva (107)
Empatía cognitiva (107, 109)
Entorno (139-144, 310, 412)
Epigenética (399-408)
Equipo de salud (9, 68, 344, 351, 466)
Espiritualidad (117-126)
Escuela (307, 453-462)
Esfinteres (231)
Espectro Autista (132, 337-343)
Estilo de crianza (31)
Estrés (52, 98, 138, 226, 267, 315, 361, 391)
Estrés tóxico (404-407)

Eudemonismo (478)
Expectación ansiosa (360)
Expectativas (67, 167, 220, 273, 340, 411, 456)
Éxito académico (239, 456)
Factores protectores (23, 224, 391, 433)
Familia ensamblada (36)
Felicidad (25, 387, 461, 473-480)
Fenotipo (401)
Figuras de apego (92, 414, 473)
Flexibilidad (135, 176, 199, 309, 412)
Flexibilidad cognitiva (393)
Frustración, tolerancia a la (22, 94, 102, 394, 422)
Funciones ejecutivas (317)
Genotipo (401-403)
Grafismo (211-215)
Grupo, terapia de (134-135)
Habilidades sociales (194, 208, 249, 262, 449)
Hábitos (173-178)
Hábitos de estudio (237-243)
Hedonismo (478-479)
Higiene del sueño (94, 181-190)
Hiperactividad (313-322, 342)
Hiperfoco (318)
Hipersensibilidad sensorial (61, 306, 361)
Hipersexualización (158)
Huella Mnémica (212)
Identidad (139, 154, 161-168, 388)
Impulsividad (315, 412)
Incongruencia (198)
Integración (22, 307, 385)
Integración sensorial (61, 223, 317)
Interacción digital (249)
Juego (80-81, 133, 179, 201-208)
Lactancia (53, 69, 188, 278, 406)
Latencia, período de (147)
Lenguaje (77-85, 250, 337)
Lenguaje inclusivo (12)

Limitaciones (13, 24, 97, 166, 198, 309, 383, 393)
Libertad de movimiento (191-200)
Llanto, llorar (50-55, 91, 289, 359, 413)
Malas noticias (350-353)
Medio digital (248)
Masturbación (157)
Meta (199, 321, 386, 476)
Metilaciones (402-404)
Microbiota (140)
Miedo (90, 297, 359, 470)
Mindsight (477)
Momento presente (474)
Monoparentalidad (34)
Motivación (179, 194, 204, 317)
Movimiento (59, 193, 337)
Modulación sensorial (21, 57-64, 361)
Muerte (119, 263, 285-291, 353, 427)
Nativos digitales (246)
Naturaleza (126, 137-144, 254, 384, 476)
Neurodiversidad (303-307, 337)
Neurodivergencia (132, 305-308)
Neuromarketing (249)
Neurotípicas (305)
No-verbal (337)
Observador (371)
Oxitocina (53)
Pandemia (11, 75, 249, 387, 419)
Pantalla (74, 84, 180, 186, 216, 220, 245-254, 333, 343, 422)
Parentalidad (27-38)
Paraverbales (337)
Pataletas o rabietas (95-103, 343, 384, 467)
Patrón relacional (50)
Pausa (118, 180, 219, 310, 395)
Pensamientos catastróficos (363)
Permanencia del objeto (205)
Picky eater (223)

Poder (24, 383)
Potencial (21, 67, 125, 318)
Pragmático, lenguaje (337)
Prevención (67-74, 278, 372, 386, 421, 440)
Primeros auxilios psicológicos (465)
Promoción (67, 150, 387)
Psicosexualidad (437)
Psicomotricidad (141, 195)
Redes de apoyo (270, 280, 300, 413, 445-451, 466)
Refuerzo positivo(102, 197, 321)
Resiliencia (309, 383, 389-398, 406)
Respeto (308, 340, 373, 423, 433, 460, 488)
Resfrío (277-278)
Resolución de conflictos (431, 455, 460)
Responsabilidad (24, 180, 239, 260, 272, 375, 448)
Ritmos (42, 141, 151, 195, 233, 384)
Selectividad alimentaria (222)
Salud Mental (21-24, 463-470)
Seguridad (51, 97, 110, 166, 194, 204, 240, 273, 384, 442, 487)
Sexualidad (145-159, 437-444)
Socioafectivas (53, 199)
SPIKES, Protocolo (350)
Supervisión de salud (65-75)
Temperamento (39-45, 97, 361, 412)
Tensión (52, 221, 273, 295, 354)
Triangulación (297)
Vacunas (72)
Víctima (370)
Videojuegos (247-253)
Vínculo de apego (47-55, 226)
Vínculo afectivo (47, 96, 163)
Virtud, virtudes (98, 474-479)
Voluntad (97, 197, 231-240)
Vulnerabilidad (37, 135, 332, 383-388, 411)



Gracias:

A cada uno de los autores de cada capítulo, los que con generosidad aportaron sus conocimientos y tiempo para generar lo que aquí se entrega.

A Carol Madariaga, mi esposa, fonoaudióloga, madre de 3 hijos, por su constante incentivo para la realización de este libro desde hace por lo menos 15 años, confiando en el beneficio que podría traer para muchos otros padres.

A Ricardo Musalem, amigo, psicólogo, por sus ideas en relación a educación y salud mental.

A Beatriz Correa, mi hermana socióloga, por su confianza en el rol de la empresa en colaborar para que sus trabajadores sean mejores padres y madres.

A Catalina Dattas, por su apoyo en la revisión de capítulos y por el impulso para seguir adelante en medio del camino.

A la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA), y su presidente anterior, el Dr. Felipe Méndez, Neuropediatra, por apoyar en el fortalecimiento de la salud mental infantil.

Al Departamento de Pediatría de Clínica Alemana de Santiago y su jefe actual, el Dr. Felipe Cavagnaro.

Al Centro de Humanidades Médicas de la Universidad del Desarrollo, por confiar en el proyecto y apoyarlo.

A la Asociación de Médicos Clínica Alemana (AMCA) por su apoyo en financiar parte de este proyecto, vía concurso de fondos en la categoría de proyectos de vocación humanista.

A cada niño y niña que aportó con su dibujo para inspirar la realización del libro, haya o no sido seleccionado para aparecer aquí. Gracias a: Mariana, Olivia, Ana, Antonia, Emilia, Carolina, Jorge, Loreto, Lourdes, Nicole, Beltrán, Elisa, Christopher, Rafael, Amanda, Lucía, Hector, María Ignacia, Analía, Daniela, Gaspar, Julieta, Gustavo, Catalina, Violeta, Mercedes, Alma, Agustín, Andrés, Leonor, Adela, Juan José, Juan Cristóbal, Sebastián, Alejandra, Amanda y Camila. Gracias a todos ellos y tantos otros que se expresan en el dibujo.



Parte del equipo del departamento de pediatría y unidad de salud mental infantil de Clínica Alemana de Santiago.
Crédito fotografía: Arabella Retes Heredia

El equipo de salud mental infantil de Clínica Alemana de Santiago, junto a algunos otros profesionales, conscientes de la importancia de prevenir y disminuir la alta frecuencia de problemas de salud mental, aporta aquí su experiencia y conocimientos.

El eje organizador del libro son las preguntas que padres y madres se hacen frecuentemente y la motivación principal son los niños y niñas representados en sus dibujos.

Lo expuesto es un aporte en la formación como padres. No es, ni pretende ser, la última palabra, es un punto de partida para ir construyendo poco a poco, con la visión y la experiencia de cada uno en el ejercicio cotidiano de la maternidad y paternidad.

ACOMPañANDO EN EL CAMINO DE LA CRIANZA DE 0 A 10 AÑOS
La aventura/artetarea de ser padres en el siglo xxi ha sido publicado por EDITORIAL AL VIENTO. Para su composición se utilizaron los tipos de la familia Adobe Garamond Pro en sus variantes regular, bold, italic y versalitas, y Cera Pro en la cubierta.

