
La preadolescencia: un nuevo desafío para la Salud Mental infantil

Lic. María Cristina Gay, Lic. Zulema Mirta Díaz, Lic. Nora Graciela Frid, Lic. Mónica González, Julieta Olivieri

Colaboradores: Lics. Soledad Maceira, Romina Rodríguez

El área de Preadolescencia de los Consultorios Externos de la Unidad de Salud Mental admite niños desde los 9 años y 6 meses hasta los 11 años y 11 meses, al momento de la primera consulta. Fue creada en diciembre de 1999 por el Dr. Carlos Camuso, entonces Jefe de la Unidad, como respuesta a la intensa y específica demanda de niños de esa franja etaria. Es un lugar de formación y capacitación por el que rotan concurrentes, residentes y visitantes tanto de este Hospital como de otros, incluso del interior del país.

La fundamentación de nuestra práctica clínica se basa en el psicoanálisis, pero, con los años, hemos ido adaptando la asistencia psicoterapéutica a los nuevos modelos de demanda de la época actual e implementando nuevos dispositivos de atención que respondan adecuadamente a las necesidades de la población consultante.

A excepción de los niños derivados por Oficio Judicial, a los que se les da turno directamente, todo paciente debe ingresar por Admisión, a la que debe llegar con una derivación de un médico del Hospital. Esta admisión la realiza todo el equipo, tomándola como una instancia quizás única y no como una simple pesquisa. Si bien puede transformarse en el inicio de un proceso mayor (diagnóstico o terapéutico), la consideramos también un proceso en sí mismo y una oportunidad privilegiada de intervención, antes de que el advenimiento de la adolescencia propiamente dicha implique intervenir en plena tormenta pulsional (más dificultoso, de mayor riesgo y con pronóstico más reservado). Tiene una duración variable según el caso, con el fin de que el paciente y sus padres se vayan con alguna devolución o sugerencia a sus inquietudes. Esta admisión consta de 5 etapas:

Ingreso: El niño y los padres o los adultos responsables ingresan en la consulta. Se interroga al niño sobre sus datos personales (nombre, edad, fecha de nacimiento, etc.). A continuación, el equipo se presenta (cada uno dice su nombre y profesión) y se le pregunta al niño si sabe por

qué lo trajeron y, en caso negativo, se le pide al adulto que le explique al niño el motivo. Luego se le informa frente a sus padres que se guardará el secreto profesional con él, a fin de establecer un vínculo de confianza desde el comienzo de la consulta, y que no será así con los padres, aclarando que, de considerarlo necesario, el equipo transmitirá al niño alguna información suministrada por los adultos.

Entrevista con el niño

Entrevista con los padres: Ambas entrevistas son semidirigidas, donde además de lo que surja libremente, se indaga sobre el motivo de consulta, el grupo conviviente, los vínculos familiares, los hábitos, los miedos, las hipótesis sobre lo que les ocurre, etc.

Reunión del equipo: Intercambio de impresiones y elaboración de hipótesis para decidir la devolución y las indicaciones.

Finalización del proceso de admisión: Se realiza junto con los padres y el niño, a quien se le relata lo más relevante de la información proporcionada por los padres, así como algunas conclusiones del equipo y las propuestas por seguir (se realizan psicodiagnósticos, orientación a padres, psicoterapias individuales, vinculares, familiares y grupales con grupo paralelo de padres en terapia de vínculos, además de psicoprofilaxis quirúrgica y talleres específicos).

En el equipo, trabajan en forma conjunta psicólogos y psiquiatras, si es necesario, se incluyen psicopedagogos y musicoterapeutas. Los pediatras u otros especialistas, según cada caso, participan activamente como médicos que derivan, médicos tratantes o consultores del equipo.

En estos 10 años de historia, el 60% de los pacientes provenía de la Provincia de Buenos Aires. De los 1126 pacientes admitidos hasta la actualidad, durante los primeros años, la prevalencia fue de un 62% de varones y un 38% de mujeres, cifra que ha variado notablemente en los últimos 5 años; el porcentaje se invirtió a un 58% de niñas y un 42% de niños.

Area de Preadolescencia
Unidad de Salud Mental
Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"
Gallo 1330 (1425)
Buenos Aires, Argentina

Los motivos de consulta actuales más frecuentes son patologías de tipo impulsivas, abuso, maltrato y violencia, familias de alto riesgo, trastornos alimentarios, patologías psiquiátricas y problemas de aprendizaje. Los trastornos psicósomáticos y las fobias revisten mayor gravedad que antes y se comienza a recibir a niños preadolescentes con patologías que solían verse sólo en adolescentes o adultos (ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.).

En los últimos años, se ha observado un marcado incremento de patologías cada vez más severas que requieren del uso de psicofármacos, por lo cual aumentaron sensiblemente las derivaciones no sólo desde la Provincia de Buenos Aires, sino también desde otras provincias y otros hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que no cuentan con profesionales especializados en esta área. Estos casos, por su gravedad y riesgo tanto desde lo emocional como desde lo socioeconómico, requieren un abordaje integral cada vez más complejo y representan un desafío creciente en cuanto a los recursos necesarios para llevarlo a cabo.

Originalmente los Consultorios Externos no contemplaban a la preadolescencia como un grupo etario separado de la adolescencia, sino que esta última área atendía niños desde los 10 años.

En la última década, se observó un incremento muy significativo de las consultas por niños a partir de los 10 años, con una problemática sensiblemente diferente de la de las décadas de 1970, 1980 y 1990. Indiscutiblemente, estos cambios no son fortuitos, sino la consecuencia de una serie de factores que antes no existían.

En la actualidad, los niños de entre 9 y 12 años tienen conciencia de autonomía, fenómeno que antes se daba recién a partir de los 13-14 años. Exigen respeto por sus deseos, gustos, elecciones, opiniones y formas de ser. Reclaman mayor grado de independencia, sin aceptar la supervisión de los padres. Se generan fuertes roces familiares que se dan cada vez más temprano y son el resultado de un desajuste generacional, dado que los padres en su historia personal vivieron esas demandas alrededor de los 15 años.

Los niños entre los 10 y 12 años tratan de diferenciarse de sus padres demandando poseer objetos personales (televisor, celular, computadora), tener un espacio propio (su cuarto) y sus tiempos (ser ellos quienes dispongan de sus horarios). Los padres no los sienten capaces de valerse por sí mismos y de ser responsables de esa independencia; no obstante, creyendo evitar

conflictos más graves, muchas veces, acceden a las demandas inadecuadas de sus hijos.

Este *adelantamiento de la adolescencia* está asociado a la intensidad y cantidad de estímulos a la que los niños están expuestos. Las generaciones anteriores contaban con los padres y la escuela como agentes socializadores, cuya autoridad y confiabilidad eran incuestionables a esta edad. Hoy en día, los pares, la televisión, la música e Internet contribuyen a forjar su desarrollo. Todo cambia velozmente: lo que un día defienden con ardor lo olvidan al siguiente. Las nuevas tecnologías y el desarrollo de los procesos de globalización han alterado, en forma radical, el modo de las relaciones personales; en particular en los niños y jóvenes que son el grupo que mayor uso hace de los nuevos tipos de comunicación. Las relaciones a través de Internet tienen características particulares. Todo es instantáneo, inmediato y fugaz: lo divertido, lo agresivo, lo social y lo lúdico. Es el lugar donde se puede jugar a construir distintas identidades e incluso cambiar códigos orales y escritos preestablecidos sin aparente riesgo ni consecuencia, pero por sobre todas las cosas, es el mejor modo de dejar de lado a los padres muy tempranamente, dando lugar a un espacio virtual donde interactúan y son reconocidos por sus pares, sintiendo que pertenecen a un grupo y no a su familia.

La cantidad de información que manejan los niños desde pequeños es similar, igual o aun superior a la que manejan sus padres. El bombardeo de estímulos para lo que los chicos de esta edad no están emocionalmente preparados, sin mediación de filtro alguno que permita verificar cómo se metabolizan los datos, unido a la presión social para una maduración temprana, traen aparejado que los preadolescentes manifiesten comportamientos que los llevan a tomar contacto precoz con el cigarrillo, el alcohol, las drogas y las relaciones sexuales.

Los videojuegos, la televisión y los pasatiempos electrónicos, en general, dan como resultado niños más expertos, osados e imaginativos, pero también más vulnerables, inseguros y emocionalmente lábiles. Estas características obstaculizan la posibilidad de procesar mentalmente los impulsos antes de llevarlos a la acción. La profusión de lo inmediato y lo virtual dificulta la adecuada evaluación de consecuencias y riesgos en la realidad como diferentes de lo imaginado o deseado. Si se agrega a todo lo expuesto que los padres, cada vez más preocupados por sí mismos y por temor a que sus hijos dejen de "pertenecer", flexibilizan los límites tornándolos elásticos y confusos, se pueden comprender

mejor las patologías de la preadolescencia del nuevo siglo.

Consideramos oportuna la presentación del caso clínico de Marcela, como modelo de intervención desde la Pediatría y la Psicopatología, así como de la complejidad de los motivos de consulta actuales.

Caso clínico

Marcela, de 9 años y 10 meses, llega a la Admisión (acompañada por sus padres) derivada por dos residentes de la Unidad de Salud Mental (psicóloga y psiquiatra) que la atendieron durante los 26 días de internación pediátrica por deshidratación y negativa a comer, que le generó la pérdida de 5 kg de peso rápidamente. Al poco tiempo de estar internada comenzó a comer y beber sin dificultad, y refirió sentir desesperanza, no poder dormir o despertarse varias veces, no querer tener amigas, haber dejado de jugar con muñecas cuando se dio cuenta de que “no estaban vivas”, no jugar ni mirar televisión, tener poderes sobrenaturales y mover objetos con la mente.

Al momento de la admisión, impresiona como una niña con un desarrollo pondoestatural inferior a lo esperable para la media de su edad cronológica, en significativa discordancia con una actitud y un vocabulario grotescamente “adultiforme”, que acompaña con gesticulaciones exageradas y extrañas.

Desde el inicio, quedó claro que sus intentos de dar indicaciones a las entrevistadoras eran consecuencia de un estilo de funcionamiento familiar: “papá dice que no quiere que yo vaya, pero voy a ir igual”, “hay cosas en mi casa que las decido yo”, “a mis padres no los dejo decidir todo sobre mi vida”. Citaremos algunos expresiones de Marcela:

“Al probar la comida, algo me decía que la dejara, mi cuerpo sentía que no lo tenía que tolerar, es como una sensación, no un pensamiento, me daba asco”.

“Me pellizco y me lastimo la piel, me muerdo, me tiro de los pelos, a veces me pego. Pienso que me puedo volver loca, tengo un montón de pensamientos que no se pueden sacar de la mente”.

“A veces me enojo y tengo ganas de tirarme por un balcón, pero no lo hago por mi familia, que los quiero mucho”.

“En el período de mis amigas imaginarias, Stella y Aguamarina (dos víboras) me ponía

contenta y al minuto lloraba. Yo sabía que después venía un momento muy triste y al minuto muy contenta”.

“Es raro, porque a veces me siento querida por mis padres, pero a veces me siento más distanciada como si yo fuese alguien ajeno a mi familia. A veces los veo y los reconozco, pero después los veo, y los veo como desconocidos, y eso me da miedo. Mi mamá, por ejemplo, me acompaña, pero no sabe en realidad lo que me pasa”.

De la entrevista de admisión con los padres, surge la discordancia entre estos en relación con el registro de las serias dificultades de Marcela, que no se iniciaron cuando se negó a comer. El padre refiere “siempre estuvo en su mundo, en su juego aislado, no conectada con otros chicos, no iba a casa de nadie, ni siquiera a los cumpleaños..., nunca lloraba”.

La madre, en cambio, reconoce que si bien de chica se agarraba de sus piernas para no relacionarse con nadie, “ahora hablaba con sus compañeras y yo la veía contenta”. Dice que “sí festejaba su cumpleaños, no con sus amigos ni compañeros, pero quería que invitara a mis amigas”.

Aunque nunca antes habían hecho una consulta, la vio una psicóloga en cuatro oportunidades, cuando comenzó a dejar de comer y les había manifestado que era “una crisis de características preadolescentes”.

Sobre el final de la entrevista con los padres, se les comunica que el equipo no considera que se trate de una crisis evolutiva normal, sino que a Marcela le están pasando cosas muy serias que no comenzaron ahora. Como reacción, su madre dice “a veces quisiera que ojalá no hubiese pasado todo esto, que siguiera siendo bebé. Me da miedo con qué me voy a encontrar, ¿qué tengo delante? ¡No sé cómo tratarla!, ahora me da pánico quedarnos solas o que la traten diferente”.

Luego se informa a los padres y a la niña que los problemas de larga data hicieron eclosión con el episodio que generó la internación y que, por esa razón, se realizará una evaluación diagnóstica (psicológica y psiquiátrica) que se iniciará a la brevedad.

Del psicodiagnóstico se pudo inferir que la niña presenta un discurso colmado de expresiones difíciles, ademanes y gesticulaciones exagerados que sólo se interrumpen cuando corrige o da indicaciones a las entrevistadoras, relatando los tratamientos y prescripciones médicas que recibió en el Hospital.

Su madre (40 años, docente universitaria en Letras) se divorció del papá de la niña (40 años, docente de Historia) hace 7 años, cuando Marcela tenía 2 años. Es la única hija de ambos padres, si bien ambos tienen nueva pareja conviviente.

Tanto la niña como su familia dicen que un año antes de la consulta comenzó con irritabilidad extrema, berrinches prolongados que culminaban con la destrucción de objetos y autoagresiones que la ponían en riesgo. Simultáneamente aparecieron las dificultades para conciliar y mantener el sueño, y miedo a perder el control y volverse loca. En relación con la afectividad, tiene momentos de tristeza, desgano, aburrimiento, sentimientos de no ser querida ni verse linda, que alternan con otros momentos de estar llena de energía y entusiasmo, llega a comentar que va a ser modelo, presidenta, defensora universal de los animales, etc. Comentó que prefería estar triste y desgana da a tener que sentirse muy inquieta, nerviosa y no poder frenar su mente.

En su relato aparecieron también alteraciones sensorceptivas en las que mantenía diálogos con unas serpientes que veía, y con sus muñecas Barbie a las que creía humanas, además de fantasmas a los que no les teme. Estos desaparecieron dos meses antes de comenzar con la anorexia y deshidratación por las que fue internada. No se encontraron alteraciones de la imagen corporal compatibles con trastorno de la conducta alimentaria.

Respecto de los datos significativos de la historia evolutiva, encontramos que las pautas del desarrollo estaban mantenidas a excepción del lenguaje. Según cuentan los padres, hablaba fluidamente antes del año de vida, era admirada y generaba atracción por ello en todos sus familiares. A los cuatro años, comenzó danza y luego natación a los seis; en ambas actividades, decidió tomar clases libres por no tolerar a los profesores que le indicaban lo que tenía que hacer. Nunca tuvo una apropiada integración social ni aun en la escuela. En este lugar, aunque su rendimiento académico siempre fue excelente, ayudaba a la maestra a controlar el mal comportamiento de sus compañeros.

Como antecedentes familiares de importancia aparece enfermedad en el abuelo paterno que presentó repetidos episodios psicóticos por los que fue internado y abuso de alcohol de larga data.

De la evaluación realizada se privilegió como urgencia adecuar el pensamiento y la conducta, además de estabilizar el humor y el ritmo del sueño, razón por la cual se inició tratamiento psicofarmacológico con risperidona 1 mg/día, previa interconsulta con el Servicio de Cardiología, como corresponde en estos casos.

Además, se indicó tratamiento psicoterapéutico individual para la niña, orientación a los padres y derivación a psicoterapia individual a la madre, para acompañarla en el necesario proceso de separación de su hija y aceptación de la etapa evolutiva en la que se encuentra.

En la actualidad, Marcela cumple regularmente con los tratamientos indicados; se restableció el ritmo de sueño, disminuyó su irritabilidad y la frecuencia e intensidad de sus berrinches, y desaparecieron las autoagresiones. Comenzó a socializarse en la escuela y asiste a clases de gimnasia deportiva y empezó a manifestar intereses más acordes a su edad.

Conclusión

Los preadolescentes representan un porcentaje importante dentro del grupo de los adolescentes y, por ende, de la sociedad. Por tener características específicas, es primordial conocer sus estilos de vida, intereses, inquietudes, ansiedades, temores, modos relacionales, etc., no solamente como los expertos en mercado (que los reconocen como una franja diferenciada de consumidores potenciales), para dirigirles mensajes publicitarios y venderles nuevos productos, sino también básicamente para poder planificar y ejecutar programas de promoción y protección de la salud y de prevención. Esto toma mayor relevancia si se tiene en cuenta la tendencia en la pirámide poblacional a incrementarse el porcentaje de adultos: es cada vez más necesario implementar estrategias tendientes a que los preadolescentes de hoy sean en el futuro una población de adultos sanos.